
Verteilungsgerechtigkeiten und Eigeninteressen
als Handlungsmotive im Gesundheitswesen

Eine psychologische Untersuchung

**Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophisch-Pädagogischen Fakultät**

der

Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt

vorgelegt von

Juliane Dorothea Kärcher, Gartengasse 5, 85049 Ingolstadt

2007

Referent: Univ. Prof. Dr. Elisabeth Kals

Korreferent: Univ. Prof. Dr. Joachim Thomas

Tag der letzten mündlichen Prüfung: 25. Juli 2007
(gemäß § 15 Abs. 1)

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1 Einleitung und Überblick	1
2 Allokationsprobleme im Gesundheitswesen als psychologische Herausforderung..	4
2.1 Das Handlungsfeld Gesundheitswesen	5
2.1.1 Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems	5
2.1.2 Allokationsprobleme im Gesundheitswesen als Gerechtigkeitsprobleme	7
2.1.3 Reformperspektiven im deutschen Gesundheitswesen	15
2.2 Motive kollektiven Handelns	19
2.2.1 Das Motiv Eigennutz.....	19
2.2.2 Moralische Motive des Handelns	25
2.3 Verteilungsgerechtigkeiten.....	29
2.3.1 Normative und empirische Gerechtigkeitsperspektiven	30
2.3.2 Themen der (Verteilungs-)Gerechtigkeitsforschung.....	32
2.3.3 Determinanten der Verteilungsgerechtigkeit: Empirische Ergebnisse.....	37
2.4 Gerechtigkeit als Rhetorik für verdeckten Eigennutz?	43
2.4.1 Gerechtigkeit als Instrument	44
2.4.2 Gerechtigkeit als primäres Ziel	52
2.5 Forschungsdesiderate	59
3 Entwicklung der eigenen Untersuchung	62
3.1 Fragestellungen der Untersuchung.....	62
3.2 Ausgewählte Untersuchungsvariablen	71
3.3 Zusammenschau der zentralen Untersuchungsfragen	77
4 Methode	78
4.1 Messinstrument, Datenerhebung und Stichprobe.....	78
4.2 Item- und Skalenanalysen	85
4.2.1 Bereitschaftsskalen.....	87
4.2.2 Kontextuelle und dispositionale Eigeninteressen.....	89
4.2.3 Kontextuelle und dispositionale Gerechtigkeiten	90
4.3 Die Qualität der Untersuchung.....	91

5	Befunde.....	95
5.1	Allgemeine Urteile über das deutsche Gesundheitssystem.....	95
5.1.1	Engagementbereitschaften im Handlungsfeld Gesundheitswesen in der Gesamtstichprobe	95
5.1.2	Engagementbereitschaften im Handlungsfeld Gesundheitswesen in den Teilstichproben.....	101
5.1.3	Allgemeine Urteile im Handlungsfeld Gesundheitswesen.....	104
5.1.4	Verteilungsgerechtigkeitsurteile im Handlungsfeld Gesundheitswesen	107
5.2	Gerechtigkeit im Gesundheitssystem – eine Rhetorik für verdeckten Eigennutz?	111
5.3	Motivstrukturen im Handlungsfeld Gesundheitswesen	115
5.3.1	Motivstrukturen positiv und negativ erlebten Emotionen.....	115
5.3.2	Erklärungsmodell der Verantwortungszuschreibung	119
5.3.3	Erklärungsmodell der Engagementbereitschaften für ein gerechtes Gesundheitssystem	123
6	Zusammenfassung, Diskussion und Ausblick.....	130
6.1	Zusammenfassung und Diskussion der Studie.....	130
6.2	Zusammenfassung und Diskussion der Befunde	133
6.3	Ausblick	142
7	Literatur	147

Anhang A – Fragebogen

Anhang B – Summative Tabellen der Item- und Skalenanalysen

Anhang C – Tabellen der Zusammenhangs- und Vergleichsanalysen

Verzeichnis der Tabellen im Text

Tabelle 1:	Kontextabhängigkeit der Verteilungsprinzipien	38
Tabelle 2:	Altersverteilung der Stichprobe	84
Tabelle 3:	Schulbildung der Stichprobe	84
Tabelle 4:	Engagementbereitschaften in der Gesamtstichprobe	96
Tabelle 5:	Vergleichsanalysen (t-Test für gepaarte Stichproben, Fallausschluss listwise) der Engagementbereitschaften im Selbst- und Fremdbild (N=484)	98
Tabelle 6:	Zusammenhang der Engagementbereitschaften und sozialer Erwünschtheit	99
Tabelle 7:	Zusammenhang der Engagementbereitschaften im Selbst- und Fremdbild..	100
Tabelle 8:	Lineare Regression: Vorhersage politischer Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem durch die Engagementbereitschaft für eigene Interessen.....	100
Tabelle 9:	Vergleichsanalysen der Engagementbereitschaften in Abhängigkeit des Versichertenstatus (N=192) (t-Test für unabhängige Stichproben, Fallausschluss listwise)	102
Tabelle 10:	Allgemeine Urteile gesetzlich und privat Versicherter (parallelisierte Teilstichprobe N=192)	105
Tabelle 11:	Lineare Regression: Vorhersage des Urteils bezüglich der Gesamtfairness durch die Gesamteffizienz des deutschen Gesundheitssystems.....	106
Tabelle 12:	Allgemeine Urteile gesetzlich und privat Versicherter (parallelisierte Teilstichprobe N=192)	106
Tabelle 13:	Verteilungsgerechtigkeiten in der Gesamtstichprobe	107
Tabelle 14:	Zusammenhang der Verteilungsgerechtigkeitsprinzipien.....	109
Tabelle 15:	Zusammenhang der Verteilungsgerechtigkeitsprinzipien und eigenen Interessen in der Gesundheitsversorgung.....	113
Tabelle 16:	Erlebte Emotionen beim Gedanken an die Gesundheitsversorgung bzw. das Gesundheitssystem insgesamt.....	116
Tabelle 17:	Lineare Regression: Vorhersage positiv erlebter Emotionen.....	117
Tabelle 18:	Lineare Regression: Vorhersage negativ erlebter Emotionen.....	118
Tabelle 19:	Zusammenhang negativ erlebter Emotionen bzw. die subjektive Bewertung als Verlierer des gesetzlichen Gesundheitssystems und Variablen des Eigeninteresses	119

Tabelle 20:	Verantwortungszuschreibungen in der Gesamtstichprobe.....	120
Tabelle 21:	Lineare Regression: Vorhersage Zuschreibung staatlicher Verantwortung für Veränderungen im Gesundheitswesen	121
Tabelle 22:	Lineare Regression: Vorhersage Verantwortungszuschreibung für Veränderungen im Gesundheitswesen auf externe Institutionen	121
Tabelle 23:	Verursachungszuschreibungen in der Gesamtstichprobe.....	122
Tabelle 24:	Lineare Regression: Vorhersage politischen Engagements im Gesundheitssystem durch Bereitschaftsmaße in der Gesamtstichprobe	124
Tabelle 25:	Zusammenhang der Engagementbereitschaften und Gerechtigkeitsvariablen.....	125
Tabelle 26:	Zusammenhang der Engagementbereitschaften und Verantwortungszuschreibungen	126
Tabelle 27:	Zusammenhang der Engagementbereitschaften und Verantwortungszuschreibungen	127

Verzeichnis der Abbildungen im Text

Abbildung 1:	Versichertenstatus in der Stichprobe.....	82
Abbildung 2:	Mittelwertsvergleich der subjektiv verfügbaren finanziellen Mittel.....	83
Abbildung 3:	Geschlechterverteilung in der Stichprobe	84
Abbildung 4:	Engagementbereitschaften der Gesamtstichprobe im Selbst- und Fremdbild	97
Abbildung 5:	Ergebnis der univariaten Varianzanalyse (AV = Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen)	103
Abbildung 6:	Verteilungsgerechtigkeitsurteile der Gesamtstichprobe.....	108
Abbildung 7:	Verteilungsgerechtigkeitsurteile in Abhängigkeit vom Versichertenstatus	114

Abkürzungsverzeichnis

α	Cronbach's Alpha
Abb.	Abbildung
AM	arithmetisches Mittel
B	unstandardisiertes Partialgewicht des Prädiktors (b)
Beta.....	standardisiertes Partialgewicht des Prädiktors (β)
d.....	Effektgröße (t-Test)
df.....	Anzahl der Freiheitsgrade
ebd.	ebenda, ebendort
Ed., Eds.	editor(s), Herausgeber
erzw.	ein erzwungener Faktor
h^2	Kommunalität
Hrsg., hrsg.	Herausgeber, herausgegeben
KUR	Kurtosis
l.....	Faktorladungskoeffizient
λ	Eigenwerteverlauf (Lambda)
MAX	Maximaler empirischer Datenwert
MIN	Minimaler empirischer Datenwert
MD	Median
MO	Modus
N	Stichprobengröße
n.s.	nicht signifikant
p.....	Signifikanzniveau
%.....	Prozent, prozentuale Angabe
r.....	Korrelationskoeffizient
R^2	Determinationskoeffizient
r_{ij}	Korrelation zweier Items
r_{it}	Trennschärfe
$r_{ttc(G)}$	Split-Half-Reliabilität (nach Guttman)
$r_{ttc(S)}$	Split-Half-Reliabilität (nach Spearman)
s^2_{Ges}	aufgeklärte Gesamtvarianz
SCH.....	Schiefe
SD.....	Standardabweichung
SE B.....	Standardfehler des Partialgewichts des Prädiktors
Tab.	Tabelle
vgl.	vergleiche, siehe zum Vergleich
*	$p < .05$
**	$p < .01$

1 Einleitung und Überblick

“Justice is like a greased pig,
it yells loudly
but is hard to catch.”

(Törnblom, 1992, S. 177)

In modernen Gesellschaften rücken Fragen nach gerechten Verteilungen in den Mittelpunkt der Diskussionen und Auseinandersetzungen. Die institutionell gefestigten gesellschaftlichen Verteilungsarrangements werden in Frage gestellt. Dies gilt auch für das deutsche Gesundheitswesen, das vor grundlegenden Veränderungen steht. Teilweise emotional aufgeheizte politische Debatten über Reformen des Gesundheitswesens machen gesellschaftliche Allokationsprobleme und Verteilungskonflikte deutlich. Herkömmliche Maßnahmen der Konfliktlösung, die gesellschaftlich widerstreitende Gruppeninteressen über eine Ausweitung von Leistungen zufrieden stellen, sind in Anbetracht knapper Kassen ein Traum aus Zeiten prosperierender Volkswirtschaften. Denn die ökonomischen und sozialen Strukturen haben sich seit den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts verändert. Der „Kuchen“, der zu verteilen ist, ist zusehends kleiner geworden. Damit hat sich der Fokus gewandelt: Es geht um die Frage, wie Beitragslasten zu verteilen und Gesundheitsleistungen einzuschränken sind. Ziel ist, ein nachhaltig finanzierbares Gesundheitssystem zu sichern.

Wie mit (Finanzierungs-)Problemen umzugehen ist und wie Allokationsprobleme gelöst werden sollten, ist strittig. Die Diskussion dieser Fragen wird zumeist ausschließlich in Politik und Medien geführt und Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung und Leistungsfinanzierung werden politischen Mandatsträgern überlassen (Bobbert, 2003). Ethische Überlegungen über die Verteilung von Gesundheitsleistungen und Finanzierungslasten spielen in den gesundheitspolitischen Verteilungsdebatten, wenn überhaupt, eine untergeordnete Rolle (z.B. Bobbert, 2003; Dabrock, 2003). Verteilungsgerechtigkeit ist jedoch eine zentrale Forderung in den gesundheitspolitischen Diskussionen. Allerdings wird Gerechtigkeit häufig nur als parteipolitisches Schlagwort benutzt. Dabei sind gerechte Verteilungen ein wichtiges Anliegen der Bevölkerung (Ullrich, 2002). Dennoch gibt es kaum empirische Befunde darüber, was subjektiv in der Bevölkerung als gerecht wahrgenommen wird – vielleicht, weil Gerechtigkeit nur schwer „einzufangen“ ist, wie Törnblom (1992) im Eingangszitat zum Ausdruck bringt. Wie bedeutsam es ist, jenseits der Meinung der Politiker die Perspektive der Bevölkerung zu integrieren, zeigt eine

aktuelle Studie der BertelsmannStiftung (Vehrkamp & Kleinstеuber, 2006): Parlamentarier halten die Verteilungen in Deutschland für gerechter als die Bürgerinnen und Bürger¹.

So ist zu beobachten, dass gesundheitspolitische Debatten häufig ausschließlich aus einer volkswirtschaftlichen Perspektive geführt werden. Diese fokussiert in gesellschaftlichen Verteilungskonflikten primär ökonomische Aspekte. Die psychologische Realität der Bürgerinnen und Bürger² bleibt wie gesagt außer Acht. Damit Reformkonzepte akzeptiert und nachhaltig erfolgreich sein können, muss jedoch das subjektive Erleben der Bevölkerung einbezogen werden. Die volkswirtschaftliche Perspektive sollte daher um eine psychologische Sicht ergänzt und die vielfältige psychologische Expertise genutzt werden. Zur Lösung aktueller gesellschaftlicher und politischer Fragestellung kann zurückgegriffen werden auf Ergebnisse psychologischer Grundlagenforschung. Daneben stehen Ergebnisse bedingungsanalytischer Forschungsansätze, die vertieftes Wissen über verschiedene politische Handlungsfelder zur Verfügung stellen.

Mit der vorliegenden Arbeit wird der Versuch unternommen, erstes systematisches Wissen über Urteile, Motive und Bereitschaften für das Handlungsfeld Gesundheitssystem zu generieren. Die Forschungsarbeit ist als problemorientierte Forschung im Sinne einer Sozialpsychologie der sozialen Probleme entworfen (Maes, 2004a). Damit wird die Forderung prominenter Wissenschaftler aufgegriffen, mehr als bisher Probleme der Realität als Probleme der Literatur zu lösen (z.B. Frey, 1996). Eine angewandte Forschung zur Lösung sozialer Probleme sieht sich jedoch besonderen Herausforderungen gegenüber:

„Auf der einen Seite muss und möchte er [der Psychologe] Theorien formulieren und überprüfen; auf der anderen Seite will er – im Sinne Lewins – praktische Probleme lösen und die Theorien anwenden. Beides zugleich zu erreichen kommt durchaus einer Quadratur des Kreises gleich. Das Dilemma besteht darin, dass komplexe Probleme im Alltag nicht 1:1 abbildbar und in empirische, experimentelle Forschung umsetzbar sind. Die Aufforderung praxisrelevanter zu forschen, wird zwar bejaht, doch die Umsetzung gelingt häufig nicht. Dass oft wenig praxisnah geforscht wird, ist allerdings nicht nur der Praxisblindheit der Forscher zuzuschreiben, sondern ergibt sich auch aus dem Anspruch, saubere, experimentelle Forschung machen zu wollen“ (Frey, 1996, S. 56).

Mit diesen Herausforderungen ist auch die vorliegende empirische Studie zu Fragen der (Un)Gerechtigkeiten im deutschen Gesundheitssystem konfrontiert. Wie sind die vielschichtigen gesellschaftlichen Probleme und Meinungen im Gesundheitssystem

¹ Zugunsten der Lesbarkeit wird im Weiteren auf eine geschlechtsneutrale Formulierung verzichtet. Wenn nicht näher spezifiziert, umfasst die männliche Form Männer und Frauen gleichermaßen.

abzubilden? Wie sind komplexe soziale Realitäten zu modellieren? Wie sind Einstellungen und subjektive Theorien zu operationalisieren? Wie ist die hierarchische Bedeutung zentraler Variablen auszumachen? Wie sind wechselseitige Verbindungen zu wählen? Im Anwendungsfeld des deutschen Gesundheitswesens ist dabei im Besonderen die komplexe und sich ändernde Situation zu beachten.

Ein theoriegeleitetes Forschungsprogramm, das die komplexe Realität des deutschen Gesundheitswesens abbildet, muss den Bogen zwischen hinreichender Differenziertheit und methodischer Sparsamkeit spannen. Zentrale Konzepte, die in sozialen und politischen Bezügen relevant sind, sollen eine adäquate Erfassung deskriptiv kognitiver Repräsentationen sozialer Realitäten in der menschlichen Wahrnehmung einerseits sowie die Erklärung sozialrelevanter Bereitschaften und Handelns andererseits ermöglichen.

Die diskutierten gesellschaftlichen Verteilungsentwürfe und Reformierungen des deutschen Gesundheitssystems sind geleitet durch implizite Menschenbildannahmen. Der Mensch wird in der Wissenschaft und im Alltagsverständnis nach dem verbreiteten Bild des homo oeconomicus häufig ausschließlich eigennutzorientiert entworfen. Die psychologische Forschung hat die Verbreitung einer gesellschaftlichen Norm des Eigeninteresses eindrücklich belegt (z.B. Miller, 1999; Ratner & Miller, 2001). Ob dies jedoch der subjektiven Realität der Bevölkerung entspricht, ist für verschiedene Handlungsfelder empirisch zu prüfen. Denn die Psychologie setzt dem Eigennutzmotiv moralische Motive entgegen, um menschliches Handeln zu erklären. Psychologische Forschung und Literatur verweist unter anderen auf zwei Konzeptgruppen, die in sozialen Realitäten bedeutsam sind: Gerechtigkeit (Montada, 1995a, 1998a, 2002a; Maes & Schmitt, 2004) und Verantwortung (Bierhoff, 1994, 2002; Auhagen & Bierhoff, 2001).

Damit sind die zentralen Konzepte umrissen, die Grundlage des vorliegenden Forschungsprogramms zur Erklärung von Urteilen und Bereitschaftsbildungen im deutschen Gesundheitswesen bilden. Eine systematische Analyse der Einstellungen gegenüber und Bereitschaften zur Stützung sozialstaatlichen Institutionen ist Voraussetzung für eine angemessene und nachhaltig akzeptierte Gesundheitspolitik, die die veränderten Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems in Betracht zieht. Erst eine systematische Analyse ermöglicht, auf dieser Grundlage Empfehlungen zur Optimierung der Verteilung wohlfahrtsstaatlicher Leistungen und finanzieller Lasten abzuleiten.

Sie ist daher nicht nur erkenntnisorientiert bezogen auf Grundlagen wissenschaftlicher Fragestellungen, sondern bietet darüber hinaus auch die Möglichkeit, praktische Empfehlungen zur Lösung gesellschaftspolitischer Problemstellungen abzuleiten. Denn eine Missachtung subjektiver Überzeugungen und subjektivem Gerechtigkeitserleben über Verteilungen von Leistungen und Lasten in der Gesundheitsversorgung birgt in modernen Demokratien die Gefahr von sozialen Unruhen. Wird ein System als ungerecht erlebt, steigt die Wahrscheinlichkeit, ein solches System zu missbrauchen (Tyler, 2001; Jost & Major, 2001).

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in drei inhaltliche Abschnitte: Im ersten theoretischen Teil wird das Handlungsfeld Gesundheitswesen skizziert, ein Überblick über die Forschung zu Motiven kollektiven Handelns gegeben und die Psychologie der Verteilungsgerechtigkeiten entworfen. Daran schließt sich die Debatte bezüglich der Natur der Gerechtigkeit an: Sind Forderungen nach Gerechtigkeit Rhetoriken für verdeckten Eigennutz? Aus den theoretischen Ausführungen werden Forschungsdesiderate abgeleitet, die in die Formulierung der zentralen Forschungsfragen der Arbeit münden. Im zweiten empirischen Abschnitt werden die Methode der Untersuchung sowie die Validierung zentraler Messinstrumente beschrieben. Die Darstellung der empirischen Befunde bildet das Kernstück des empirischen Abschnittes. Im abschließenden dritten Abschnitt werden die Ergebnisse der Studie zusammengefasst und diskutiert, Schlussfolgerungen der Studie beschrieben und weitere Forschungserfordernisse skizziert. Im Ausblick werden die Ergebnisse hinsichtlich der Implikationen für die Gesundheitspolitik diskutiert.

2 Allokationsprobleme im Gesundheitswesen als psychologische Herausforderung

Im theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit wird zunächst das Handlungsfeld Gesundheitswesen dargestellt, um den spezifischen Kontext der vorliegenden Arbeit zu entfalten (vgl. Kap. 2.1). Dabei werden die Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens dargestellt und die Allokationsprobleme als Gerechtigkeitsprobleme diskutiert. Dies mündet in der Beschreibung der Reformperspektiven, die in der Gesundheitspolitik entworfen sind. Im Anschluss daran werden aus theoretischer Sicht Motive kollektiven Handelns beschrieben

(vgl. Kap. 2.2): das Motiv Eigennutz wird kontrastiert mit moralischen Motiven des Handelns. Daran schließt sich die Erläuterung der Psychologie der Verteilungsgerechtigkeiten an (vgl. Kap. 2.3). Zunächst werden hierzu normative und empirische Gerechtigkeitsperspektiven gegenübergestellt. Dann werden Themen der (Verteilungs-) Gerechtigkeitsforschung aufgefächert und empirische Ergebnisse zu Determinanten der Verteilungsgerechtigkeit beschrieben. Hier schließt sich die Frage nach der Natur von Gerechtigkeit an (vgl. Kap. 2.4): Ist Gerechtigkeit als Rhetorik für verdeckten Eigennutz zu verstehen? Dazu wird die Auffassung von Gerechtigkeit als Instrument der Auffassung von Gerechtigkeit als primäres Ziel gegenübergestellt. Aus den theoretischen Ausführungen werden im abschließenden Kapitel Forschungsdesiderate abgeleitet (vgl. Kap. 2.5).

2.1 Das Handlungsfeld Gesundheitswesen

Eine problemorientierte Forschung im Handlungsfeld Gesundheitswesen muss der **komplexen Realität des deutschen Gesundheitssystems** gerecht werden. Es ist aufschlussreich, eine Rekonstruktion normativer Leitideen des deutschen Gesundheitssystems und eine Skizze inhärenter Allokationsprobleme einer psychologischen Bedingungsanalyse voranzustellen.

2.1.1 Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems

Historisch gewachsene Strukturen charakterisieren das heutige Gesundheitssystem und die damit verbundenen Verteilungskonflikte auf spezifische Weise (Beske & Hallauer, 1999). In Europa haben sich zwei unterschiedliche Gesundheitssysteme ausgebildet: das Bismarck- und das Beveridge-Modell, benannt nach großen Reformern der Sozialpolitik Fürst Bismarck im Deutschen Reich und Sir Beveridge im Vereinigten Königreich (Baur, Frank & Leiter, 2000). Das **Bismarck-System**, das neben Deutschland in Frankreich, den Niederlanden und der Schweiz angewendet wird, beruht auf einer einkommensabhängigen Pflichtversicherung. Charakteristisch ist, dass einzelne Leistungsbringer im Gesundheitswesen freiberuflich tätig sind. Das **Beveridge-System** finanziert sich aus Steuereinnahmen. Die Mitgliedschaft ist für die Bewohner eines Landes verpflichtend. Die Höhe des Gesundheitsbudgets ergibt sich prozentual aus den Steuereinnahmen. Charakteristisch für dieses System sind im Staatsdienst stehende Mitarbeiter des Gesundheitswesens, die auf einem eher bescheidenen Lohnniveau

arbeiten. Die Leistungen des staatlichen Gesundheitswesens legt eine nationale Behörde fest (Baur, Frank & Leiter, 2000).

Finanzierungsprobleme des deutschen Gesundheitssystems

Die einkommensabhängige Finanzierung der Krankenversicherung in Deutschland ist derzeit mit spezifischen Finanzierungsproblemen konfrontiert. Knappe Kassen und sinkende Beiträge gefährden das deutsche Gesundheitssystem. Die sich weiter öffnende Einnahmen-Ausgaben-Schere im Gesundheitswesen ist anerkannte Realität. In vielen Expertenbeiträgen werden die Ursachen der Finanzierungsprobleme analysiert und systematisiert (zum Überblick z.B. Aufderheide, 2002; Kruse et al., 2003). Wichtige Hintergründe der Finanzierungskrise sind u.a.:

(1) Steigende Arbeitslosenzahlen. Sinkende Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland sind belegt (Brümmerhoff & Henke, 1991). Durch die Koppelung der Einnahmen an die Grundlohnsumme haben steigende Arbeitslosenzahlen einen direkten Effekt (5,2 Millionen Arbeitslose in der Bundesrepublik Deutschland im April 2005; 4,7 Millionen im September 2005; Statistisches Bundesamt, 2005). Die durchschnittlichen Einnahmen pro Versicherten sinken. Eine lohnzentrierte Beitragserhebung und die damit verbundenen hohen Lohnnebenkosten werden als zusätzlicher negativer Anreiz für den Arbeitsmarkt bewertet (Adomeit et al., 2003).

(2) Veränderte Altersstruktur. Problematisiert wird die sich verändernde Altersstruktur der deutschen Bevölkerung (Adomeit et al., 2003). Der steigende Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung führt zu erhöhten Kosten (BMGS, 2003a; 2003b). Allerdings verweisen Experten darauf, dass kein linearer Zusammenhang zwischen Alter und Gesundheitsausgaben besteht (Zweifel, 2001). Vielmehr bezögen sich die hohe Versorgungskosten unabhängig vom Alter auf das **letzte Lebensjahr** (Felder, 2003; Kruse et al., 2003) bzw. auf die Zeit kurz vor dem Tod (Zweifel, 2001).

(3) Steigende Ausgaben durch medizinische Innovationen. Die Ausgabenentwicklung durch medizinische Innovation wirkt auf die Kassen der Krankenversicherungen (zum Überblick Breyer, 2002). Mit der Veränderung medizinischer Möglichkeiten steigen die Ausgaben für Gesundheitsleistungen. Der medizinische Fortschritt wird dabei vor allem von der wachsenden Gruppe älterer Menschen in Anspruch genommen (Adomeit et al., 2003).

Zudem wird von einigen Autoren darauf hingewiesen, dass im Zuge der **deutschen Wiedervereinigung** mit der Übertragung des Sozialrechts die Sozial- und Versicherungssysteme zusätzlich belastet wurden (z.B. Kleinhenz, 2005; Liebig, Lengfeld & Mau, 2004). Insgesamt lässt die Verknappungssituation gesellschaftliche Verteilungsfragen im deutschen Gesundheitssystem deutlich zutage treten.

2.1.2 Allokationsprobleme im Gesundheitswesen als Gerechtigkeitsprobleme

Gesellschaftliche Verteilungsfragen sind in ihrem Kern Gerechtigkeitsprobleme. Für die Analyse der Entwicklungsdynamik moderner Gesellschaften fällt daher Konflikten um die **Institutionalisierung und den Wandel von Gerechtigkeitsprinzipien** eine Schlüsselrolle zu (Liebig & Lengfeld, 2002). Dies gilt auch für Allokationsprobleme im deutschen Gesundheitswesen als Teil des sozialen Sicherungssystems und des modernen Wohlfahrtsstaates. Gerade hier spielt Gerechtigkeit eine herausragende Rolle (Olsen, 1997), denn der Wohlfahrtsstaat verspricht eine **Lösung für gesellschaftliche Verteilungsprobleme** (Liebig, Lengfeld & Mau, 2004). Dementsprechend groß sind auch die normativen Erwartungen, die man ihm aufbürdet. Das heißt aber auch: Die durch den Wohlfahrtsstaat und seine Institutionen vorgenommenen Umverteilungen sind in besonderer Weise rechtfertigungsbedürftig. Institutionen spiegeln als dauerhafte soziale Arrangements die Verteilung von Ressourcen und Lebenschancen. Sie müssen eine moralische Plausibilität aufweisen, um in Gesellschaften anhaltend Bestand zu haben. Zudem sind sie als „geronnene Gerechtigkeitsvorstellungen“ (Sesselmeier, 1998) zu verstehen. Institutionen konditionieren Gerechtigkeitsvorstellungen, indem sie alternative Arrangements ausblenden, Vorstellungen von Angemessenheit transportieren und Sozialisationseffekte auslösen (Schmidt, 1995; Liebig, Lengfeld & Mau, 2004).

Letztlich wird der Sozialstaat durch **Gerechtigkeitsperzeptionen** der Bevölkerung zusammengehalten, die sich durch ein System spezifischer Institutionen mit jeweils spezifischen sozialen Normen ausdifferenzieren (Liebig, Lengfeld & Mau, 2004). Es ist zu fragen: Welches sind die leitenden Gerechtigkeitsvorstellungen, nach denen Institutionen Leistungsrechte vergeben? Welche Deutungsmuster finden sich innerhalb der Bevölkerung?

Verteilungskonflikte in der Gesundheitsversorgung

Allen (mehr oder weniger) expliziten gesellschaftlichen Verteilungsentscheidungen im deutschen Gesundheitswesen liegen **Verteilungskonflikte** zugrunde (Ullrich, 2002a). Verteilungskonflikte bestehen zwischen privaten und öffentlichen Haushalten, zwischen Bund, Ländern und Gemeinden, zwischen Gewinn- und Lohneinkommensbeziehern, Investoren und Vermögenseigentümern, Erwerbstätigen und Arbeitslosen sowie zwischen den Generationen. Zudem stehen sich die Interessen von Personen mit höherem Einkommen zu solchen mit niedrigeren Arbeitsentgelten, von Alleinstehenden und kleinen bzw. großen Familien, sowie von jungen und alten Versicherten gegenüber.

Verteilungskonflikte werden von **ideologischen Diskursen** und weltanschaulichen Bekenntnissen begleitet. Diese beziehen sich beispielsweise auf das Verhältnis von öffentlichem Engagement und privater Initiative, von Marktsteuerung und solidarischer Regelung, von ausdifferenzierter und ausgewogener Einkommensverteilung. Konservative, marktliberale und monetaristische Konzepte stehen im Widerstreit zu Leitbildern einer stärker gesellschaftlichen Regelung des Marktes, sozialer Demokratie und kreislauforientierter Beschäftigungspolitik.

Gesellschaftliche Verteilungskonflikte spiegeln sich auch in den Institutionen des Wohlfahrtsstaates. Den einzelnen Sicherungssystemen liegen unterschiedliche, zum Teil widersprüchliche Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit zugrunde (Ullrich, 2002a; Lewin-Epstein, Kaplan & Levanon, 2003).

Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung

Wesentliches Strukturmerkmal des deutschen Gesundheitssystems ist die Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Rund 90% der Bevölkerung sind in den Krankenversicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen. Die übrige Bevölkerung ist größtenteils privatversichert. Die Rate der Nichtversicherten beträgt 0,3% (Murswiek, 1997).

Die **gesetzliche Krankenversicherung** ist charakterisiert durch das *Solidaritätsprinzip* (Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch). Ausdruck hierfür ist die Bemessung der Mitgliedsbeiträge nach einem Prozentsatz des Arbeitsentgelts. Grundlage ist das Verteilungsprinzip der finanziellen Leistungsfähigkeit (vgl. Kap. 2.3). Alter, Geschlecht, sonstiges Vermögen, gesundheitliche Risiken und Familienstand werden bei der Beitragsbemessung nicht

berücksichtigt. Familienangehörige sind in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragsfrei mitversichert, sofern sie über kein eigenes Einkommen verfügen bzw. ihr Einkommen eine bestimmte Höhe nicht übersteigt.

Das Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung besteht aus folgenden (ex-ante) Umverteilungen (Wille, 1997): vom gesunden zu kranken Versicherten (Risikoausgleich), von Mitgliedern mit höherem Einkommen zu solchen mit niedrigeren Arbeitsentgelten (Einkommensumverteilung), von Alleinstehenden über kleine zu großen Familien (Familienlastenausgleich), von jungen zu alten Versicherten (Generationenausgleich). Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmen sich nach der medizinischen Notwendigkeit, so dass alle Versicherten, unabhängig von der Höhe ihrer geleisteten Beiträge, Anspruch auf die gleichen Leistungen haben (mit Ausnahme des Krankengeldes).

Die **private Krankenversicherung** ist neben der gesetzlichen Krankenversicherung Träger der finanziellen Sicherung im Krankheitsfall (Beske & Hallauer, 1999; PKV, 2004). Strukturmerkmal der privaten Krankenversicherung ist das **Äquivalenzprinzip**. Entsprechend der Vertragstheorie des Staates besteht zwischen dem Bürger und dem Staat eine „do ut des“-Beziehung: der Bürger leistet eine Abgabe, um dafür vom Staat eine äquivalente Gegenleistung zu erhalten (vgl. die Staatsphilosophie des 17. Jahrhunderts von Hobbes und Locke). Nach dem Äquivalenzprinzip stellt der Beitrag des Versicherten eine äquivalente Abgabe, d.h. einen Marktpreis für die Versicherungsleistung dar (Wille, 1997). Entsprechend richten sich die Beitragsprämien der privaten Krankenversicherung nach dem individuellen Versicherungsrisiko und den gewählten Leistungen.

Problematisiert wird die Trennung von gesetzlichen und privaten Versicherungen im Schlagwort „**Zwei-Klassen-Gesellschaft**“ (z.B. Bäcker, 01.07.2003). Die Beiträge finanziell besser gestellter Gesellschaftsmitglieder fließen nicht in den „Topf“ der gesetzlichen Krankenversicherungen. Sie stehen damit nicht für den solidarischen Beitragsausgleich zur Verfügung. Durch die höhere Vergütung durch private Krankenversicherungen erhalten finanziell besser gestellte Gesellschaftsmitglieder eine bevorzugte medizinische Behandlung. Zudem ist die Gruppe privat Versicherter nicht von Einsparungen im Leistungskatalog des gesetzlichen Gesundheitssystems betroffen.

Fragen gerechter Allokationen im Gesundheitswesen

In Expertenkreisen bestehen keine Zweifel darüber, dass Lösungen der Allokationsprobleme und Verteilungskonflikte für eine nachhaltige und gesicherte Gesundheitsversorgung gefunden werden müssen. Die Notwendigkeit einer Reformierung des deutschen Gesundheitssystems ist in der Öffentlichkeit unbestritten. Die wesentlichen Gründe sind erörtert. **Strittig ist jedoch, wie den gesellschaftspolitischen Fragen zu begegnen ist:** Wie sollen die steigenden Kosten im Gesundheitsbereich finanziert werden? Wie sind in Zukunft Lasten und Leistungen zu verteilen? Welche Kriterien sind bei der Verteilung von Leistungen und Belastungen anzulegen?

Diese Fragen berühren Aspekte der Domäne Verteilungsgerechtigkeit. Für das Gesundheitssystem ist zu fragen: **Was ist gerecht?** Die Psychologie der Verteilungsgerechtigkeit wird ausführlich in Kapitel 2.3 entworfen. An dieser Stelle werden bereits psychologische Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit bezogen auf das Gesundheitssystem skizziert.

Denn: In Bezug auf die Gesundheitsversorgung sind vielfältige gesellschaftliche Verteilungsfragen zu spezifizieren (in Anlehnung an Montada, 1994a, 1995a):

(1) Welche Güter, Rechte und Lasten darf eine Gemeinschaft ver- bzw. zuteilen? Darf eine allgemeine Gesundheitsversorgung einzelnen Bevölkerungsgruppen vorenthalten werden, oder hat jeder ein Basisrecht auf Gesundheitsversorgung? Ist z.B. das Recht auf Wahl und Mitsprache bei Behandlungen ein zu verteilendes Gut oder ist es ein Grundrecht aller, das nicht zur Verteilung ansteht?

(2) Unter wem sind die Aufteilungen vorzunehmen? Wer sind die Zuteilungsberechtigten und Leistungspflichtigen? Sollen beispielsweise finanziell besser Gestellte mehr Beiträge leisten? Sollen alle den gleichen Beitrag zahlen? Sollen diejenigen mit höherem Erkrankungsrisiko höhere Beiträge zahlen? Sollen Menschen für die gleiche Versorgung den gleichen Beitrag zahlen? Oder sind ungleiche Beitragszahlungen, beispielsweise mit Leistungsfähigkeit, Bedürftigkeit, Ausgleich von Ungleichheiten, Lebensführung zu begründen? Soll allein eine Erkrankung über die Gesundheitsversorgung entscheiden oder sind andere Kriterien (wie beispielsweise Lebensführung, Alter, Finanzlage) zu berücksichtigen? Sollten Menschen mit

der gleichen Krankheit dieselbe Versorgung erhalten? Oder sind ungleiche Verteilungen zu rechtfertigen? Sind Bedürfnisse zukünftiger Generationen mit zu bedenken?

(3) *Und nicht zuletzt*: Wer darf die Verteilung vornehmen und durch wen ist ihre Durchführung und Umsetzung zu kontrollieren?

Es könnte eingewendet werden, dass in der öffentlichen Debatte Fragen der gesundheitspolitischen Gerechtigkeit bereits aufgeworfen und Reformvorschläge auch im Hinblick auf ihre Gerechtigkeit überprüft werden. Eine genauere Analyse zeigt jedoch, dass geführte Diskussionen zumeist an der Oberfläche bleiben: **Gerechtigkeit wird nicht ausreichend spezifiziert** und häufig im Singular gedacht (z.B. Lauterbach, 2003).

Gerechtigkeit im Plural

Übersehen wird, dass eine Vielzahl von Gerechtigkeitsprinzipien in Konkurrenz stehen. Denn: Es gibt immer gute Gründe für die Anwendung alternativer Verteilungsprinzipien. Zudem sind mit der Anwendung eines Prinzips immer auch Ungerechtigkeiten verbunden (Montada, 1995b, 1995c; Gerhardt, 2005). Zu beachten ist: Gerechtigkeitsprinzipien haben jeweils **subjektive Gültigkeit**. Sprichwörtlich formuliert: „Justice is in the eye of the beholder“ (Törnblom, 1992).

Damit ist klar: Gerechtigkeit ist nicht im Singular zu denken, denn die *eine* Gerechtigkeit gibt es nicht (vgl. auch Kap. 2.3). Vielmehr sollte man von einem **Pluralismus von Gerechtigkeiten** ausgehen. Dies gilt auch für die aktuellen Diskussionen über Änderungen im Gesundheitswesen. Allerdings findet kein offener Austausch darüber statt, welche Kriterien in Diskussionen und Vorschlägen jeweils angewendet und wie sie gewichtet werden. Voraussetzung hierfür wäre, dass erfahrene Ungerechtigkeiten wahrgenommen werden. Zudem muss ein Interesse und eine Bereitschaft zur Kommunikation und Kooperation bestehen (Montada & Kals, 2007). Die Kenntnis nicht nur psychologischer, sondern auch philosophischer und soziologischer Gerechtigkeitsmodelle könnte einen solchen Austausch systematisieren.

Die geführten Diskussionen in der Öffentlichkeit – auch wenn Gerechtigkeiten nicht differenziert werden – verweisen jedoch darauf: *Gerechtigkeit ist ein zentrales Anliegen im Handlungsfeld Gesundheitswesen.*

Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit

Zu beobachten ist: In den öffentlichen Diskussionen wird mit Gerechtigkeit häufig nur die Anwendung des Gleichheitsprinzips verknüpft (z.B. Lauterbach, 2003). Dem **Gleichheitsprinzip**, das bereits Aristoteles als zentrales Gerechtigkeitsprinzip anführt, kommt häufig eine herausragende Rolle als Basisprinzip der Gerechtigkeit zu (Montada, 1994b; vgl. auch Kap. 2.3). Forderungen nach Chancengleichheit etwa sind wesentliche Bestandteile politischer Programme. Allerdings sollte auch hier differenziert werden. Es ist zu fragen: Sollte das Gleichheitsprinzip in dem Sinne Anwendung finden, dass alle Menschen bezüglich aller Zuteilungen gleiche Anrechte oder gleiche Pflichten haben (vgl. Montada, 2000)?

Für Verteilungsfragen sind über das Gleichheitsprinzip hinaus die in der psychologischen Literatur **klassischen Gerechtigkeitsprinzipien** der Bedürftigkeit, der Leistung oder der Äquivalenz von Beitrag zu Leistung (das „Equity-Prinzip“) heranzuziehen (vgl. Kap. 2.3). Die Grundfragen sind: Haben alle gleiche Rechte und Pflichten? Sollten alle gleiche Anteile erhalten oder beitragen? Und darüber hinaus: Sind ungleiche Verteilungen zu rechtfertigen (Montada, 1995c)? Dies ist zu klären, weil die unterschiedlichen Verteilungsprinzipien mit unterschiedlichen Argumenten Ungleichverteilungen in der Gesellschaft begründen (Schmitt, Maes & Schmal, 1995; Gergen, Morse & Gergen, 1980; Törnblom, 1992).

Neben den sog. klassischen Verteilungsprinzipien stehen **weitere Gerechtigkeitsprinzipien** (vgl. hierzu auch Kap. 2.3). Verteilungsentscheidungen können mit den Kriterien Mitgliedschaft, Sozialstatus, Alter, Geschlecht, bisherige Leistungen, Leistungsfähigkeiten, bisherige Nachteile und Belastungen, aktuelle Bedürftigkeit, zu erwartenden Nutzen usw. begründet sein (Montada, 1995c). Je nach ideologischer Orientierung und je nach Kontext kann in Verteilungsfragen das ein oder andere Prinzip präferiert werden.

Die Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit können noch weiter gefasst werden. In den Reformdiskussionen des deutschen Gesundheitswesens etwa werden die **Prinzipien der Solidarität und Subsidiarität** kontrastiert (Beske, 1997). Das Solidarprinzip ist neben dem Subsidiaritätsprinzip ein wichtiger Grundsatz sozialer Gesellschaften. Dies kristallisiert sich vornehmlich in der Frage, wie viel Eigenverantwortung und wie viel gegenseitige Verantwortung in gesellschaftlichen Entwürfen etabliert sein soll (Beske, 1997).

Gerechtigkeitsanalysen ziehen aber auch **funktionale Gesichtspunkte** in Betracht. Der Utilitarismus etwa betont die Funktion einer Verteilung für den gesellschaftlichen

Gesamtnutzen. Hierbei sind jedoch nicht nur der materielle Nutzen, sondern auch Zusammenhalt, Harmonie und Frieden in einer Gesellschaft zu bedenken (Montada, 1995c; Petersen, 2004). Ökonomische **Effektivitäts- und Effizienzüberlegungen** sind in Verteilungskonflikten von großer Bedeutung (Schmidtchen, 2004; Mitchell et al., 1993; Montada, 1997). So wird eine Wirtschaftsordnung, die die Maximierung des Gemeinnutzens als Effizienzkriterium hat, Ungleichheiten (etwa im Einkommen oder Besitz) in Kauf nehmen, wenn dies der Gesamtproduktivität und dem Gesamtnutzen zugute kommt (Montada, 1995b, 1995c). **Pareto** fordert, dass niemand durch eine nutzenorientierte Entscheidung gegen seinen Willen geschädigt werden darf (Montada, 1995c; Tamura & Kameda, 2004). Die Steigerung des Gesamtnutzens soll nicht auf Kosten einzelner Personen, Gruppen oder Subgruppen, etwa durch eine Ausbeutung sozial schwacher Bürger, geschehen. Auch für **Rawls** (1979) ist Ungleichheit nur tolerierbar, wenn auch die Schlechtergestellten insgesamt davon profitieren (vgl. Kap. 2.3). Dies sind Versuche, einen Ausgleich von Effizienz- und Gerechtigkeitsgesichtspunkten zu schaffen. Bemühungen eines solchen Ausgleichs finden sich auch in formulierten Reformvorschlägen für das deutsche Gesundheitssystem (vgl. Kap. 2.1.3): Für eine nachhaltige und zukünftige Gesundheitsversorgung werden neben Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit wirtschaftliche Effizienzkriterien berücksichtigt.

In der Soziologie wird die Idee der **Teilhabeerechtigkeit**, ein „neues, auf soziale Teilhabe zielendes Gerechtigkeitsparadigma“ (Leisering, 2004, S. 37), diskutiert. Es stützt das Ziel einer grundlegenden Neuorientierung des bundesdeutschen Sozialstaates und beinhaltet verschiedene Formen gesellschaftlicher Teilhabe. Partikularistische Teilhabekonzepte (Familiengerechtigkeit, Geschlechtergerechtigkeit, Generationengerechtigkeit) knüpfen an eine neu interpretierte Leistungs- oder produktivistische Gerechtigkeit an. Dagegen verkörpern universalistische Teilhabekonzepte (wie etwa in Grundsicherungsmodellen) Ideen universeller Teilhabe: Sie zielen ab auf eine Grundsicherung, die an den Hilfeempfänger nichts voraussetzen außer Bedürftigkeit oder Menschenwürde (Leisering, 2004; Zelleke, 2005). Das Paradigma der Teilhaberechtigkeit wird insgesamt jedoch kritisch betrachtet. Es sei ein zu vager Begriff, der vieles abdecken kann. „Man könnte eher von einer neuen politischen Semantik als von einem klar konturierten Paradigma reden“ (Leisering, 2004, S. 40).

Ungerechtigkeitserleben

Bei all diesen Überlegungen darf die individuelle Sicht nicht außer Acht geraten. Individuelle Urteile über Gerechtigkeit drücken sich häufig in erlebter Ungerechtigkeit aus (Montada,

1995a). Dabei gibt es eine große interindividuelle Differenz hinsichtlich der Häufigkeit und Intensität von erlebter Ungerechtigkeit, die unter anderem durch die psychologischen Konstrukte (Un-)Gerechtigkeitssensibilität (Schmitt, Neumann & Montada, 1992), Gerechtigkeitszentralität sowie Gerechte-Welt-Glaube (Dalbert, Montada & Schmitt, 1987) erklärt werden. Untersuchungen zeigen, dass Ungerechtigkeitserleben konstruiert ist: (1) Die Situation widerspricht einem für diese Situation als gültig angesehenen Gerechtigkeitsprinzip; (2) für diese Situation wird eine Person oder eine Instanz verantwortlich gemacht (Montada, 1995a). Hier wird die Bedeutung der individuellen Verantwortungszuschreibung deutlich.

Erlebte Ungerechtigkeit im Gesundheitssystem ist nicht empirisch erforscht bzw. die Ungerechtigkeitsforschung steckt noch in den Anfängen (z.B. Ullrich, 2002a, 2002b; Lewin-Epstein, Kaplan & Levanon, 2003). Die empirische Erforschung von Ungerechtigkeitswahrnehmungen ist auch in anderen politischen Feldern rudimentär, wie etwa in der Beschäftigungspolitik (Montada, 1997). In der Regel werden Gerechtigkeitsbewertungen undifferenziert erhoben, ohne die angelegten Gerechtigkeitsprinzipien oder Verantwortlichkeitszuschreibungen zu identifizieren. **Welche (begründeten) Gerechtigkeitsprinzipien werden im Gesundheitswesen als verletzt bewertet?** Welchen Akteuren wird Verantwortlichkeit für die Entstehung und/oder Behebung von Missständen zugeschrieben? Ohne diese differenzierte Erhebung ist eine Beantwortung dieser Fragen und damit ein sachlicher Diskurs über (Un)Gerechtigkeitsurteile nicht möglich.

Motivationale Konsequenzen von Ungerechtigkeitserleben

Gerechtigkeitsurteile und das verknüpfte (Un)Gerechtigkeitserleben haben ihre Entsprechung in Emotionen (insbesondere der Empörung) einerseits und Handlungen andererseits (vgl. Kap. 2.3 und 2.4). „To evoke justice is the same thing as banging on the table: an emotional expression which turns one’s demand into an absolute postulate“ (Ross, 1974 zit. nach Cullen, 1992, S. 16). Erlebte Ungerechtigkeit ist der Kern vieler Konflikte im privaten, im gesellschaftlichen Bereich oder auf der Bühne internationaler Politik (Montada & Kals, 2007).

Ungerechtigkeitserleben und **Emotionen** sind dabei häufig nicht klar artikuliert und beruhen häufig auf „vorbewussten Kognitionen“ (Epstein, 1984). Eine Analyse der Emotionen (wie beispielsweise Empörung) wird daher „als Königsweg“ zu noch nicht artikulierten Kognitionen und damit der zugrunde liegenden Gerechtigkeitsvorstellungen angesehen (Epstein, 1984). Denn die psychologische Gerechtigkeitsforschung zeigt, dass erlebte

Ungerechtigkeit mit Empörung einhergeht, zu Vorwürfen führt, Ansprüche auf Kompensation und Bestrafung rechtfertigt, sowie eine (Konflikt-)Partei, die die eigenen Gerechtigkeitsstandards verletzt hat, moralisch verurteilt wird (zum Überblick Montada, 2000; Mikula, Scherer & Athenstaedt, 1998).

Forderungen nach mehr Gerechtigkeit sind der **Antrieb politischer Bewegungen**. Ungerechtigkeitserleben motiviert zu Aufbegehren und politischen Umstürzen – und unterstreicht damit den normativen Charakter von Gerechtigkeit (Montada, 2001; Maes & Schmitt, 2004).

Die Frage nach **Gerechtigkeit und Legitimität** ist für die (emotionale) Intensität sozialer Konflikte zentral (Montada, 2000; Jost & Major, 2001). Die experimentelle Aggressionsforschung zeigt beispielsweise, dass illegitime, ungerechtfertigte Zielblockierung, Beeinträchtigungen oder Kränkungen Aggression auslöst (zum Überblick Gollwitzer, 2005). Forschung zur relativen Deprivationstheorie verweist darauf, dass nicht die subjektiv wahrgenommene Schlechterstellung gegenüber ähnlichen anderen Personen Aggressionstendenzen auslöst, sondern unverdiente und ungerechte Benachteiligung, für die ein Verantwortlicher ausgemacht werden kann (Bierhoff, 1998). Aufstände werden ausgelöst durch Rechtsverletzungen staatlicher Autoritäten oder durch Verschlechterung der Lebensbedingungen, die als vermeidbar und verschuldet durch staatliche Instanzen angesehen werden (Moore, 1984; Montada, 2000).

Es ist festzuhalten: Verschiedene Verteilungsprinzipien konkurrieren. Ihre Geltung, Gewichtung und Implementierung ist diskutabel. Ökonomische Effizienzkriterien sind zu berücksichtigen. Diese verschiedenen (Verteilungs-)Gerechtigkeiten haben gerade im Handlungsfeld Gesundheitswesen als Teil des Wohlfahrtsstaates theoretische Gültigkeit und sollten in der empirischen Forschung in ihrer Vielfältigkeit aufgegriffen werden. Darüber hinaus ist die Subjektivität von Gerechtigkeit zu beachten, die sich im persönlichen Ungerechtigkeitserleben widerspiegelt.

2.1.3 Reformperspektiven im deutschen Gesundheitswesen

Die Konkurrenz verschiedener Verteilungsprinzipien und gesellschaftspolitischen Verteilungszielen spiegelt sich in der Gesundheitspolitik wider. Vorliegende Reformvorschläge des Gesundheitswesens setzen an verschiedenen Stellen des

Gesundheitswesens an. **Sie sind als Versuche zu werten, gerechte Verteilungsinstitutionen zu skizzieren.** Dabei sollen sie auch dem Kriterium einer nachhaltigen Finanzierbarkeit des Systems genügen.

Die **Ziele einer Gesundheitsreform** in Deutschland sind vielfältig (z.B. BMGS, 2003a; Kommission „Soziale Sicherheit“, 2003). Weitestgehend herrscht zwischen den verschiedenen Reformvorschlägen darüber Konsens, dass (1) die hohe Versorgungsqualität erhalten bleibt, (2) die gesamte Bevölkerung Zugang zu einem entsprechenden Gesundheitsschutz hat, und (3) die Bezahlbarkeit des Gesundheitssystems dauerhaft gesichert wird. Darüber, wie diese Ziele zu erreichen sind, besteht Uneinigkeit. Verschiedene Ziele stehen **potentiell in Konflikt** (Murswiek, 1997): (a) Auf gesellschaftlicher Ebene steht das Solidaritätsprinzip im Vordergrund: Im Bedarfsfall soll jeder Bürger unabhängig von Einkommen und sozialem Status Anspruch auf die notwendige Gesundheitsversorgung haben. (b) Auf der medizinischen Ebene geht es um die bestmögliche Qualität der Gesundheitsversorgung unter Wahrung der menschlichen Würde. (c) Auf ökonomischer Ebene geht es um die kostengünstige Versorgung mit Gütern und Diensten. Die verfügbaren finanziellen Mittel sollen nicht nur effektiv, sondern auch effizient verwendet werden.

Diskutierte Reformentwürfe für das deutsche Gesundheitswesen

Es werden unterschiedliche Reformmodelle hinsichtlich der Finanzierung für das deutsche Gesundheitswesen diskutiert. Die prominenten Konzepte sind durch Gesundheitspolitiker der „**Rürup-Kommission**“ (BMGS, 2003a) sowie der „**Herzog-Kommission**“ (Kommission „Soziale Sicherheit“, 2003) ausgearbeitet.

Die **Rürup-Kommission** schlägt konzeptionell unterschiedliche Reformmodelle vor (BMGS, 2003a; vgl. auch Jacobs, 2003; Mayer, 2003).

(1) Bürgerversicherung. Die Grundidee des Modells der Bürgerversicherung (vorgeschlagen durch Karl Lauterbach) ist die Erweiterung der Basis der Beitragszahler sowie die Erweiterung der Bemessungsgrundlage. Das Modell plädiert für ein System, in dem im Sinne des *Gleichheitsprinzips* alle Bürger integriert sind. Bislang privat versicherte Selbständige, Beamte und Spitzenverdiener werden in eine Versicherung integriert. Die Beitragsbemessung erfolgt – wie bisher – nach dem *Prinzip wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit*. Dabei werden auch Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, Miet- und Zinseinkünfte sowie Einkünfte aus Aktiengewinnen einbezogen. Für die lohnabhängigen Beitragsteile bleibt es bei der

paritätischen Finanzierung. Die (gesetzliche) Krankenversicherung als Vollversicherung sichert das medizinisch Notwendige ab. Private Krankenversicherungen sollen Zusatzversicherungen für solche Leistungen anbieten, die medizinisch nicht notwendig sind.

(2) Pauschale Gesundheitsprämien. Nach diesem Modell (ausgearbeitet von Bert Rürup) zahlt jeder (erwachsene) Versicherte zur Absicherung seines Krankenversicherungsschutzes eine einheitliche Prämie (in der öffentlichen Diskussion auch „Kopfpauschale“ genannt). Diese ist unabhängig vom Einkommen. Im Durchschnitt ist über alle gesetzlichen Krankenversicherungen eine monatliche Prämie von rund 210 Euro ermittelt, was etwa 9,5 Prozent des durchschnittlichen Einkommens eines Arbeitnehmers entspricht (BMGS, 2003a; 2003b). Kinder sind – wie bisher – mitversichert, für Ehepartner wird ein eigener Pauschalbetrag erhoben. Angestrebt wird eine vollständige Entkopplung der Beiträge von den Arbeitskosten. Der Grundsatz der paritätischen Finanzierung wird aufgegeben. Die bisherigen Arbeitgeberanteile werden steuerpflichtig ausbezahlt. Ein sozialer Ausgleich erfolgt über das Steuer- und Transfersystem. Versicherte mit geringen Haushaltseinkommen erhalten steuerfinanzierte Prämienzuschüsse. Die privaten Krankenversicherungen bleiben als kapitalgedeckte Krankenvollversicherungen bestehen.

Die **Herzog-Kommission** schlägt das Modell der sog. **Solidarischen Gesundheitsprämie** vor. Es ist ein Prämienmodell, das dem beschriebenen Modell pauschaler Gesundheitsprämien ähnlich ist. Auch in diesem Konzept orientiert sich die Festsetzung der Beiträge am *Gleichheitsprinzip*: Jeder gesetzlich Versicherte zahlt unabhängig vom Einkommen den gleichen Beitrag in die Krankenversicherung ein. Es wird eine monatliche Prämienhöhe von 210 Euro (Siems, 30.07.2003) bzw. 109 Euro (CDU, 2004) diskutiert. Im Unterschied zum Modell pauschaler Prämien schlägt die Herzog-Kommission vor, die paritätische Finanzierung nur teilweise aufzugeben: Der Arbeitgeberanteil zur Finanzierung der Gesundheitskosten wird abgesenkt und auf 6,5 Prozent festgeschrieben. Davon werden 5,4 Prozent steuerfrei dem Versicherten zugeschlagen. Die restlichen 1,1 Prozent dienen der Finanzierung des Krankengeldes durch den Arbeitgeber. Darüber hinaus wird für eine Umstellung des Finanzierungssystems auf ein kapitalgedecktes System plädiert. Für jeden Bürger wird ein Kapitalstock aufgebaut, der die im Laufe seines Lebens durchschnittlich zu erwartende Leistungsausgaben deckt (z.B. Kommission „Soziale Sicherheit“, 2003; Adomeit et al., 2003). Ein sozialer Ausgleich wird nach diesem Modell über die Einführung eines sog. „Sozial-Solis“ in Höhe von 15 Prozent der Einkommenssteuer erreicht. Damit würde der Solidarbeitrag nicht nur von den gesetzlich Versicherten, sondern von allen Bürgern getragen.

Reformmodelle beziehen sich auch auf eine **Reduktion des Leistungsumfangs** und mögliche Einsparungen durch erhöhte Selbstbeteiligung. Die Herzog-Kommission empfiehlt beispielsweise, über den Zahnersatz hinaus klar abgrenzbare Leistungsblöcke aus dem allgemeinen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herauszulösen (Kommission „Soziale Sicherheit“, 2003). Auch Krankengeldleistungen sollen aus dem Zuständigkeitsbereich gesetzlicher Krankenversicherungen ausgegliedert werden. Die Zuständigkeit für die Absicherung des Krankengelds wird auf die Arbeitgeber übertragen. Diese sind gesetzlich verpflichtet, diese Leistung zu versichern. Damit sei die „willkürliche Trennung der Zuständigkeiten für die Lohnfortzahlung und das Krankengeld“ aufgehoben (Kommission „Soziale Sicherheit“, 2003). Darüber hinaus wird in verschiedenen Reformvorschlägen eine Förderung des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit verschiedener Versorgungsangebote und Behandlungsmethoden unterstützt.

Bei grundlegenden institutionellen Veränderungen ist aus psychologischer Perspektive zu beachten: Der Verteilung von Leistungen und Lasten innerhalb der Gesellschaft muss zugestimmt werden (Jost & Major, 2001). Erst recht in Anbetracht knapper Ressourcen und notwendigen Einsparungen muss die Mehrzahl der Bevölkerung die den Reformen zugrunde gelegten Allokationen mittragen. Und Politiker müssen gute Gründe für ihre Verteilungs- und Einsparungsentscheidungen vorbringen und entsprechend wirkmächtige Diskurse inszenieren. Bei politischen und sozialen Umbrüchen wird immer der Ruf nach Gerechtigkeit laut (Lepenes, 1994; Montada, 1995b). Welche Vorstellungen sich allerdings hinter dem Begriff der Gerechtigkeit verbergen, ist häufig unklar. Für die Entwicklung politischer, nachhaltig akzeptierter Lösungen von Allokationsproblemen ist es deshalb unabdingbar, Auffassungen und Meinungen in der Bevölkerung zu kennen. Die Psychologie kann volkswirtschaftliche, gesundheitsökonomische oder soziologische Analysen um eine individuelle Perspektive erweitern. Empirische Forschung ermöglicht, subjektive Meinungen zu erfassen und bedingungsanalytisch zu untersuchen. Eine **psychologische Perspektive** betrachtet das Handlungsfeld Gesundheitswesen **individuumbezogen**: Wie denken die einzelnen Bürgerinnen und Bürger über Beitrags- und Leistungsverteilungen? Beziehungsweise welche Einstellungen sind vorherrschend bezüglich verschiedener Verteilungssysteme im Gesundheitswesen? Mit der individuellen Betrachtungsebene und systematischen Fokussierung der zugrunde liegenden Motive rückt die Psychologie ins Zentrum.

2.2 Motive kollektiven Handelns

Das deutsche Gesundheitswesen (und im speziellen die gesetzliche Krankenversicherung) ist ein kollektives Gut. Es entsteht durch kollektives Handeln und wird durch die Gemeinschaft getragen. Charakteristisch ist, dass, im Gegensatz zu privaten Gütern, niemand von der Nutzung gemeinschaftlicher Güter ausgeschlossen wird. Es ist daher von hohem gesellschaftlichem Interesse, zu wissen, welche Gerechtigkeitsperzeptionen verbreitet sind. Zudem ist zu fragen, unter welchen Umständen sich Menschen für gemeinschaftliche Güter engagieren – dies im Besonderen im Angesicht der skizzierten Finanzierungsprobleme und Verteilungskonflikte im deutschen Gesundheitswesen.

Die *social dilemma* Forschung verweist auf zentrale Variablen kollektiven Handelns: **Eigeninteresse, Gerechtigkeit, Verantwortung** (zum Überblick Müller, 2003; Gerhardt, 2005). Auch für Handlungsfeld Gesundheitswesen liegt die Bedeutung dieser Handlungsmotive nahe.

2.2.1 Das Motiv Eigennutz

Das Phänomen des kollektiven Handelns wurde in den Sozialwissenschaften lange Zeit nur beiläufig betrachtet (Gerhardt, 2005) und die Erforschung des Phänomens wurde überwiegend Ökonomen überlassen (z.B. Olson, 1998). Nicht selten wird für ökonomische Analysen menschlichen Handelns das Bild des rationalen und eigennützigen Menschen herangezogen (z.B. Ramb & Tietzel, 1993).

Das Menschenbild der Ökonomie

Das ökonomische Verhaltensmodell, das sog. Neoklassische Paradigma der Ökonomie mit Wurzeln im Utilitarismus des 19. Jahrhunderts, konstruiert den menschlichen Entscheider als rational, eigennützig und materialistisch (Schlösser, 1992). Dies entspricht dem Menschenbild des **homo oeconomicus** (Spranger, 1950). Hauptmerkmal ist die Unterstellung des Rationalprinzips als Verhaltensmaxime. Daneben wird das Streben nach Nutzenmaximierung als urteils- und handlungsbestimmend angenommen (Wiswede, 1995). Dieser „wirtschaftlich“ denkende Mensch ist Grundlage der Analysen der klassischen und neoklassischen Wirtschaftstheorie (Gabler-Wirtschafts-Lexikon, 1997), wie etwa der ökonomischen

Verhaltenstheorie (Ramb & Tietzel, 1993) oder der allgemeinen Theorie menschlichen Verhaltens (Becker, 1982, 1993).

Diese Theorien beschränken sich dabei nicht auf ökonomische Kontexte. Vielmehr hat das ökonomische Modell Erklärungsansprüche, die weit über wirtschaftliche Fragestellungen hinausgehen (Wiswede, 1995; Kals, 1999). Dieser „ökonomische Imperialismus“ (Lazear, 2000; Frey, 1990) spiegelt sich beispielsweise in der Politik (z.B. „Ökonomische Theorie der Politik“ bzw. „Public Choice Approach“, zum Überblick Orchard & Stretton, 1997), in der Soziologie (im sog. „Rational Choice Approach“, zum Überblick Boudon, 2003), sowie in der Rechtswissenschaft („Ökonomische Theorie des Rechts“, Adams, 2004). Auch in weiteren nicht ökonomischen Kontexten, wie etwa bei Problemen der natürlichen Umwelt, Familie, Geschichte, Sport und Kunst findet das Modell Anwendung (McKenzie & Tullock, 1984; Frey & Benz, 2001, 2002). Das Bild des homo oeconomicus hat auch in den Sozial- und Geisteswissenschaften erhebliche Aufmerksamkeit gefunden (Becker, 1982). Von nobelpreisgekrönten Forschern wird sozial verantwortliches, altruistisches und gemeinsinniges, auf die Etablierung von Gerechtigkeit zielendes Handeln mit (dahinterliegendem) Eigeninteresse erklärt (z.B. Becker, 1993). Diese breite Anwendbarkeit des ökonomischen Modells, das jedes Verhalten durch Eigeninteresse motiviert erklären kann, wird von Proponenten des Ansatzes als dessen Stärke verstanden (Becker, 1993).

Ökonomisches Denken ist bei strikter Betrachtung der Rationaltheorie formalwissenschaftlich und nicht realwissenschaftlich und versteht Rationalität im Sinne einer normativen Theorie (Wiswede, 1995). Jedoch hat sich in der Ökonomie, beispielsweise in der sozialökonomischen Verhaltensforschung (z.B. Schmolders, 1978) oder in den sog. behavioral economics (z.B. Gilad & Kaish, 1986), schon früh eine Abkehr von klassischen Modellanalysen hin zu empirischen Forschung etabliert.

Der Einfluss des Neoklassischen Paradigmas ist in der ökonomischen Wissenschaft und Forschung ungebrochen (Frey, 1990; Lazear, 2000). Entsprechend sind nach wie vor die Postulate des ökonomischen Ansatzes Gegenstand aktueller kritischer Auseinandersetzung (z.B. Mansbridge, 1990; Kals, 1999; Montada, 1998a, 1998b; Maes, 2004a).

Kritische Betrachtung der Postulate des ökonomischen Ansatzes

Die Kritik an den Postulaten des ökonomischen Ansatzes bezieht sich auf das Rationalprinzip einerseits und auf die Ein-Motiv-Annahme des Eigennutzes andererseits.

(1) Kritik am Rationalprinzip. In der Ökonomie wird von den von Neumann-Morgenstern (1947) proklamierten Axiomen als Erfordernis für eine rationale Entscheidung ausgegangen. Das Modell unterstellt die Verfügbarkeit einer lückenlosen Information über sämtliche Entscheidungsalternativen und deren Konsequenzen.

Das Rationalprinzip wird durch die **empirische Entscheidungsforschung** herausgefordert (Gilad & Kaish, 1986; Frey, 1990). Experimente der kognitiven Psychologie haben den Kern der ökonomischen Theorie grundsätzlich in Frage gestellt (zum Überblick Mayer, 1992): Die menschliche Kapazität zur Informationsverarbeitung ist eingeschränkt; sie unterliegt systematischen Verzerrungen und folgt vereinfachenden Heuristiken. Damit beschreibt die Erwartungsnutzentheorie individuelles Verhalten unter Unsicherheit nur unzulänglich (Frey, 1990). Bereits die Väter der Wirtschaftspsychologie haben die Annahmen des ökonomischen Verhaltensmodells kritisch hinterfragt und eine Integration psychologischer und ökonomischer Ansätze angestrebt (z.B. Simon, 1978; Schmolders, 1978; Katona, 1960). Im Konzept der „bounded rationality“ (Simon, 1978) etwa werden psychologische Erkenntnisse in das ökonomische Entscheidungsmodell eingefügt, indem der Rationalitätsbegriff erweitert wird: Eine Entscheidung ist dann rational, wenn sie mit den Werten, Alternativen und Informationen, die zur Zeit der Entscheidungsfindung abgewogen werden, konsistent ist. Diese Erweiterung des Rationalbegriffs hat sich in der Ökonomie jedoch nicht etabliert. Nach wie vor lässt die Auffassung des Menschen als rationalen Egoisten in der Ökonomie keinen Spielraum für „psychologische Subtilitäten“ (Fehr, 1995, S. XVII).

Denn: „Attacken der Psychologie gegen die inadäquate, karikaturhafte Darstellung“ (Kirchler, 1995, S. XX) wurden von Ökonomen selten als an ihre Vorstellungen von menschlichem Verhalten adressiert erlebt. Allenfalls wurde dies als unseriöse Kritik abgetan. Vielmehr werden entsprechend dem ökonomischen Modell systematische **Verletzungen des Rationalprinzips als „Anomalie“** oder „Paradoxon“ bezeichnet (Frey, 1990). Im Journal of Economic Perspectives, dem meistgelesenen ökonomischen Journals, gibt es seit Ende der achtziger Jahre eine regelmäßige sog. „Anomalie-Kolumne“. Sie ist wie folgt überschrieben:

„Economics can be distinguished from other social sciences by the belief that most (all?) behaviour can be explained by assuming that agents have stable, well-defined preferences in markets that (eventually) clear. An empirical result qualifies as an anomaly if it is difficult to ‘rationalise’, or if implausible assumptions are necessary to explain it within the paradigm.“ (Fehr, 1995, S. XVII)

Die Fragen, die an den Grundfesten der Ökonomie rütteln, sind vielmehr: Verfolgen Menschen ihre Ziele tatsächlich in bestmöglicher Weise? Was wollen und können Menschen maximieren, ihren egoistischen Gewinn, den Profit für sich und andere, oder sind sie bestrebt, den moralischen Geboten in der Gesellschaft entsprechend zu handeln? Gibt es Unterschiede zwischen isolierten Individuen, die „kühl“-rational überlegen und Mitgliedern von Kollektiven, die innerhalb der Schranken von Regeln und Normen handeln? (vgl. z.B. Etzioni, 1988).

Es ist anzumerken, dass die Kritik am Rationalprinzip nicht den Schluss zulässt, dem Menschen sei es grundsätzlich unmöglich, rational zu handeln (Montada, 1983). Das **Menschenbild der Psychologie** schreibt dem Menschen Rationalität in der Weise zu, dass er die Kompetenz hat, sein Verhalten zu planen, Informationen zu suchen und entscheidungsrelevante Argumente abzuwägen – entgegen den Annahmen eines allgemeinen Determinismus. Die anthropologische Annahme, der Mensch habe Kontrollmöglichkeiten über sein Verhalten, ist Voraussetzung für die Annahme von Wahlmöglichkeiten und damit von Freiheit und Verantwortlichkeit.

(2) Kritik des Eigennutzmotivs. In der Ökonomie wird aus dem Rationalprinzip häufig zwingend die Maximierung des erwarteten Nutzens als Entscheidungskriterium abgeleitet (z.B. Schoemaker, 1980): Handeln ist dann rational, wenn es der eigenen Nutzenmaximierung dient. Denn der homo oeconomicus ist ein „rationaler Egoist, der in sozialen Interaktionen seinen eigenen subjektiven Nutzen maximieren möchte und sich dabei zweckrational verhält“ (Miller, 1994, S. 6). Es wird angenommen, dass der Mensch eine egoistische Zielfunktion hat und die Optimierung bzw. Maximierung des persönlichen Nutzens das Motiv menschlichen Handelns ist (Gravelle & Rees, 1981). Häufig werden nicht bloß wohldefinierte Präferenzen unterstellt, sondern egoistische Ziele (Fehr, 1995). Eigeninteresse wird als das dominante bzw. alleinige Motiv menschlichen Handelns entworfen (vgl. zum Überblick Kals, 1999; Montada, 1998a; Mansbridge, 1990; Sears & Funk, 1990).

Interessanterweise wird in Eigeninteresse-Modellen häufig nicht näher spezifiziert, was unter Eigeninteresse gefasst wird (Gillespie & Greenberg, 2005). Auch der Utilitarismus spezifiziert Eigeninteresse nicht. Im Utilitarismus ist Eigennutz das zentrale (oder alleinige) Handlungsmotiv. Alle Mittel, derer man sich bedient, erhalten ihre Rechtfertigung über die Ziele, denen sie dienen. Damit gibt der Zweck den Mitteln ihren Nutzen (Etzioni, 1988).

Eigeninteresse ist das „Great X“, ein leerer Generalnenner, in den alle Werte überführt werden können (Gerhardt, 2005).

Auch in der aktuellen wissenschaftlichen Literatur besteht keine Einigkeit über die Definition von Eigeninteresse (Cropanzano et al., 2001). Häufig wird Eigeninteresse mit Egoismus gleichgesetzt (Jencks, 1990). Altruistisches Verhalten, das die Nutzenmaximierung anderer zum Ziel hat, Neid und Missgunst, mit dem Ziel den Nutzen anderer zu minimieren, sind vom Eigennutzkonzept ausgeschlossen (Mansbridge, 1990). Eine enge Auslegung von Eigeninteresse als materieller Eigennutz steht einer weiten Fassung von Eigennutz gegenüber. Eigennutz umfasst demnach die Vielfalt als wertvoll erachteter Güter und Interessen. Der Erklärungswert bleibt hierbei jedoch trivial.

Unbestritten ist: Eigennutz ist ein menschliches Kardinalmotiv (Miller & Ratner, 1996). Die Annahme, es sei das einzige menschliche Motiv, ist jedoch aus verschiedenen Gründen problematisch:

- Eine Ein-Motiv-Annahme wird aus wissenschaftstheoretischer Sicht als **unproduktiv** betrachtet, denn ein einziges Motiv besitzt keine Erklärungs- und Vorhersagekraft (Montada, 1998a, 1998b; Kals, 1999). Die Nutzentheorie stellt eine abstrahierte Variante utilitaristischer Erklärungsmodelle dar, die letztlich inhaltsarm sind und zu tautologischen Erklärungen führen (Wiswede, 1995). Auch philosophische Ansätze betonen die Eingeschränktheit der Ein-Motiv-Annahme (Holley, 1999): Egoismus als universale Erklärung für jegliches Verhalten zu benutzen führt zu **tautologischen Begründungen** und macht immun gegen jegliche Widerlegung. „If all else fails, there is a strategy used by advocates of universal egoism to make their case airtight against any counterexamples. It involves claiming that a person must be motivated by self-interested desires because what moves her to act is always her own desires“ (Holley, 1999, S. 42).
- Häufig werden auch Handlungen auf Eigeninteresse zurückgeführt, die auf den ersten Blick keinem Eigeninteresse dienen (Mansbridge, 1990). Dies ist etwa der Fall, wenn altruistisches Handeln evolutionsbiologisch als Sicherung der eigenen genetischen Zukunft interpretiert wird. Oder empathisches Helfehandeln mit einem Drang zur Reduktion eigener Belastungen erklärt wird. Durch solche „**Brückenannahmen**“ (Kals, 1999, S. 279) verdeckten Eigennutzes werden die Vorstellungen des Ein-Motiv-Modells gestützt. Damit ist es letztlich nur eine Frage der eigenen Kreativität, jegliches Verhalten

auf Eigeninteresse zurückzuführen (Kals, 1999). Diese „Kreativität“ ist auch bei Ergebnisinterpretationen innerhalb der psychologischen Gerechtigkeitsforschung zu beobachten (Lynn & Oldenquist, 1984, 1986). Kapitel 2.4 vertieft diese Diskussion.

Die Betriebswirtschaft hat sich (auch) kritisch mit den Annahmen des ökonomischen Verhaltensmodells auseinander gesetzt. Ergebnisse empirischer ökonomischer Studien widersprechen dem Bild des homo oeconomicus (zum Überblick Hogarth & Reder, 1987). Die Befunde werden jedoch nur in Ausnahmen in der Volks- und Betriebswirtschaft aufgegriffen (Fehr, 1995). Vorherrschende Modelle der Ökonomie sind nach wie vor in gewissem Sinn frei von jeglicher Psychologie. Denn: Alternative, psychologische Variablen werden im Allgemeinen als überflüssig erachtet, zumal bei der Analyse von Makroprozessen. Unterschiedliche Reaktionsformen aufgrund differentieller Einstellungen, Erwartungen oder Motivationen interessieren nicht sonderlich. Sie würden im „Gesetz der großen Zahl“ unterschiedslos aufgehen und seien nicht systematisch gerichtet, so die ökonomische Argumentation (vgl. Wiswede, 1995). Hier zeigt sich der größte Unterschied zur Psychologie: Aus (sozial-)psychologischer Sicht können psychologische Bindeglieder eine Reiz-Reaktions-Verbindung systematisch und gerichtet verändern (vgl. bereits Katona, 1960). Anstelle nivellierender Effekte sind vielmehr kumulative Wirkungen zu beobachten (Wiswede, 1995).

Für das **Handlungsfeld Gesundheitswesen** gilt es, die Bedeutung von **Eigennutzmotiven** genauer zu betrachten. Es kann beobachtet werden, dass die Diskussionen über gesundheitspolitische Veränderungen vor allem in Sinne eines Interessenkonflikts geführt werden. In der öffentlichen Diskussion wird der Eindruck erweckt, dass Interessen unterschiedlicher Gesellschaftsgruppen unvereinbar einander gegenüber stünden. Jeder Bürger sei bemüht, eigene Belastungen oder Belastungen der eigenen Gruppe zu verringern, und gleichzeitig den eigenen Nutzen, den man aus dem Gesundheitssystem ziehen kann, zu maximieren. Dieses rationale Abwägen eigener Vorteile entspricht dem skizzierten Bild des zweckrationalen Menschen (Kals, 1999). Aus diesen Beobachtungen könnte gefolgert werden: Das Menschenbild eines egoistischen Menschen ist nicht nur ein wissenschaftliches Arbeitsmodell in der Ökonomie, sondern auch im Alltagsverständnis wirksam (vgl. für eine vertiefte Diskussion Kap. 2.4.1).

Aus psychologischer Perspektive stellt sich die **Frage nach den Motiven menschlichen Handelns**: Motiviert Menschen, wie das ökonomische Verhaltensmodell postuliert, ausschließlich der eigene Nutzen? Ist das Bild des homo oeconomicus eine adäquate

Beschreibung für Handlungsmotive im Gesundheitswesen? Oder ist die Vorstellung eines nutzenmaximierenden Menschen in politischen Fragen wie im Bereich der Gesundheitspolitik – auch – ein Mythos (Miller, 1999), wie dies in anderen Handlungsfeldern gezeigt wurde (vgl. hierzu Kap. 2.4.1)? Oder muss vielmehr von einem Motivpluralismus ausgegangen werden?

2.2.2 Moralische Motive des Handelns

Eine psychologische Perspektive entwirft Handlungen **motivpluralistisch** (Kals, 1999). Menschliches Handeln ist danach nicht eindimensional nutzen- bzw. eigeninteressemotiviert zu begreifen. Vielmehr kann eine manifeste Handlung durch eine Vielzahl unterschiedlicher Motive festgelegt sein, die zeitgleich oder sequentiell auftreten (Heckhausen, 1989). Die Annahme eines Motivpluralismus ist wissenschaftstheoretisch nicht trivial. Denn diese konzeptuelle Vorentscheidung wird, wie skizziert, nicht von allen Disziplinen bzw. nicht von allen Vertretern der unterschiedlichen Disziplinen geteilt (vgl. Kap. 2.2.1 sowie Kap. 2.4.1).

Es gilt, bewusst zu reflektieren, dass die zugrunde gelegten Menschenbilder der jeweiligen Forschungsrichtungen die Wahl des Forschungsparadigmas und die realisierten theoretischen Konstrukte festlegen (Schwartz, 1997; Gerhardt, 2005).

Psychologische Modelle der Handlungsmotivation

Psychologische Modelle und Theorien integrieren erfolgreich pluralistische Motive menschlichen Handelns (zum Überblick z.B. Kals, 2000a; Schmitt, Maes & Neumann, 1994). **Handlungstheoretische Modellvorstellungen** (z.B. Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen, 1991) identifizieren u.a. Einstellungen und subjektive Normen als handlungsleitend. Andere sozialpsychologische Modelle, wie etwa das Modell altruistischen Verhaltens nach Schwartz (1977), stellen **Verantwortungsübernahme** in ihr Zentrum. Empirische Studien bestätigen die Bedeutung dieses Prädiktors (z.B. für Umweltverhalten Auhagen & Neuberger, 1994). Darüber hinaus ist die Bedeutsamkeit von Akzeptanz **gesellschaftlicher Normen** für das Verhältnis von Individuum und Gemeinschaft aufgezeigt (z.B. Eckensberger, 1993; Peterson, 1994). In der umweltpsychologischen Forschung etwa qualifizieren sich die Motive Verantwortung sowie Akzeptanz (ökologischer) Normen, die Allmende-Klemme zu überwinden und Verzicht zum Schutz der Umwelt in Kauf zu nehmen, ohne einen eigenen (ökologischen) Nutzen zu erwarten (vgl. zum Überblick Kals, 1996a). Im Gesundheitsschutz sind es vor allem soziale Verantwortung und Verantwortungszuschreibungen, die (neben

personbezogenen Komponenten) zu Engagement für den persönlichen Gesundheitsschutz motivieren (Kals & Montada, 2001).

Entsprechend dem **Eigenschaftsmodell** der differentiellen Psychologie werden situationsbezogene Kognitionen, Emotionen und Verhaltensbereitschaften als Spezifikation stabiler und generalisierter Dispositionen aufgefasst (Ajzen, 1991; Krampen, 1987). Damit wird Dispositionen neben kontextuellen Motiven handlungsfördernde Kraft zugewiesen.

In **gerechtigkeitspsychologischen Modellen** sind Gerechtigkeitsurteile Motive des (gemeinnützigen) Handelns (zum Überblick Montada, 1995a, 2003; vgl. auch Schwartz, 1975). Dabei wird vor allem das Erleben von Ungerechtigkeit als wesentliche Motivation eigenen Handelns gesehen (vgl. Kap. 2.1.2). Die psychologische Forschung zu Fragen der Verteilungsgerechtigkeit ist ausführlich in Kapitel 2.3 bzw. Kapitel 2.4 beschrieben.

In kognitiven und attributionstheoretischen **Emotionsmodellen** (Frijda, 1993; Montada, 1989) sind Emotionen die Vermittler zwischen Kognitionen und Handlungstendenzen. Diese Modelle bilden damit in gewisser Weise eine Untergruppe der aufgeführten Modelle (Kals, 2000a). Häufig spielen Emotionen in Handlungsmodellen jedoch eine untergeordnete Rolle, obwohl es in vielen Kontexten Hinweise auf deren Bedeutsamkeit gibt (Kals, 2000b). Denn häufig sind relevante Kognitionen eingebettet in entsprechende Emotionen. Es zeigt sich, dass etwa wahrgenommene Ungerechtigkeit häufig einhergeht mit (moralischer) Empörung (Montada, 1992) und diese in Konfliktsituationen handlungsleitend ist (Müller, 2003). Ebenso spielt Empörung über ungerechte Umweltpolitiken eine zentrale Rolle für umweltschützendes Handeln (Kals, 1996a, 1996b).

Die Empirie bestätigt die pluralistische Motivkonzeption: Empirische Untersuchungen in verschiedenen Handlungsfeldern verweisen neben der Bedeutung von Eigeninteressen auf die Bedeutung moralischer Variablen (zum Überblick z.B. Müller, 2003). Besonders in Handlungsfeldern, in denen leicht eigennützige bzw. egoistische Motivationen unterstellt werden, verweist die Empirie auf die Bedeutung dieser Variablen (z.B. Gerhardt, 2005).

Gerechtigkeitsforschung in realen Handlungskontexten

In der aktuellen Gerechtigkeitsforschung finden sich Studien in realen Verteilungskontexten, die versuchen, sich komplexen Gerechtigkeitsperzeptionen (etwa durch Fragebogenstudien) zu nähern (Törnblom, 1992). Nach wie vor sind solche Studien jedoch rar (vgl. Kap. 2.3). Erst

in den letzten Jahren gibt es vereinzelt Bemühungen, Fragen der Verteilungsgerechtigkeiten in realen Lebenskontexten zu untersuchen und die Erkenntnisse aus experimentellen oder Vignetten-Studien ökologisch zu validieren.

Die vor allem im US-amerikanischen Raum etablierte Forschung zu Themen der **organisationalen Gerechtigkeit** (organizational justice) stellt Fragen zu Verteilungs- und Verfahrensgerechtigkeit im Handlungsfeld von Wirtschafts- und Non-profit-Organisationen in den Mittelpunkt (zum Überblick Greenberg & Colquitt, 2005; Cohen-Charash & Spector, 2001). Die Ergebnisse verweisen auf Gerechtigkeit als zentrales Handlungsmotiv in diesen Lebens- bzw. Arbeitskontexten (für eine vertiefte Diskussion vgl. Kap. 2.4).

Auch in anderen Handlungsfeldern wurde **Gerechtigkeit als zentrales Motiv** identifiziert. Arbeiten aus der Forschergruppe um Montada widmen sich u.a. folgenden Fragen (Arbeitsgruppe „Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral“, n.d.):

„Unter welchen Bedingungen übernehmen Menschen Verantwortung für andere, die Gemeinschaft, den Schutz der Umwelt, den schonenden Umgang mit natürlichen Ressourcen? ... Welche Rolle spielt das Gerechtigkeitsempfinden bei der Entstehung und Lösung von Konflikten zwischen Individuen und Gruppen und auf welchen Maßstäben beruhen Gerechtigkeitsurteile? Wie wirken sich individuelle Unterschiede in Gerechtigkeitsüberzeugungen, Wertorientierungen und Einstellungen gegenüber moralischen Konventionen auf soziale Interaktionen, den Umgang mit Konflikten, die Verarbeitung von Gewinnen und Verlusten und das eigene Wohlbefinden aus?“

Eindeutig ist, wie bereits angedeutet, die Bedeutung moralischer Gerechtigkeitsmotive im **Handlungsfeld Umweltschutz** bestätigt: Die Unterstützung umweltschützender Politiken basiert zu einem großen Maße auf Gerechtigkeitsüberzeugungen (Kals, 1996a). Dies gilt auch für das eigene Engagement für den Umweltschutz: Nicht die eigene Betroffenheit von umweltverschmutzenden Einflüssen, sondern vor allem moral- und gerechtigkeitsbezogene Motive sind entscheidend (Kals, 1996a; Kals & Russell, 2001). Auch für politische Interventionen zeigt sich eindeutig (Montada & Kals, 2000): Verhaltensappelle zum Schutz der Umwelt sind keine adäquaten politischen Maßnahmen, weil sie als ungerecht bewertet werden. Vielmehr werden Gesetze als sinnvoller eingestuft, da sie alle Bürger betreffen und keine Möglichkeit zum (ungerechten) „Trittbrettfahren“ besteht.

Neben dem Anwendungsfeld Umweltschutz wurden auch im **Feld lokaler Umweltkonflikte** neben eigenen Interessen moralische Variablen als handlungsbestimmend identifiziert (Kals, 2000a; Müller, 2003): Kooperative Bereitschaften in Konfliktsituationen sind stark

ausgeprägt; Bereitschaften zur kooperativen als auch zur harten Verhandlung kovariieren mit Gerechtigkeitsmotiven; nur harte Verhandlungsstrategien sind auch durch Eigeninteressen motiviert (Müller, 2003). In Konfliktsituationen am Arbeitsplatz bestätigt sich ein ähnliches Muster (Kals & Kärcher, 2001).

Auch die Forschung der australischen Forschergruppe um Syme verweist auf die Bedeutung von Gerechtigkeitsmotiven in verschiedenen Bereichen der **Verteilung knapper (natürlicher) Ressourcen** (Syme et al., 2000; Seligman, Syme & Gilchrist, 1994; Nancarrow et al., 2003; Johnston et al., 2001). Als Quelle der Handlungsmotivation wird die wahrgenommene Gesamtfairness politischer Entscheidungen betont (Syme, Nancarrow & McCreddin, 1999; Syme et al., 2000). Im **Handlungsfeld Arbeit** ist die Bedeutung verschiedener Gerechtigkeiten zur Vorhersage von Handlungsbereitschaften und Engagements für die Allgemeinheit ebenso bestätigt (Gerhardt, 2005). Die Befunde zeigen, dass die Motivgruppen Eigennutz und Gerechtigkeit unabhängig voneinander zur Prädiktion der Bereitschaft zu Lohnverzicht beitragen.

Es kann festgehalten werden: In aktuellen Studien, die Eigennutz neben anderen Handlungsmotiven explizit einschließen, ist die konkurrierende Bedeutung alternativer Motive der Gerechtigkeit und Verantwortung für unterschiedliche politische Handlungsfelder empirisch bestätigt.

Für das **Handlungsfeld Gesundheitswesen** steht eine systematische Untersuchung relevanter Bereitschafts- und Handlungsvariablen aus. Dabei ist gerade für das Gesundheitswesen die Frage der gerechten Verteilung von Leistungen und Lasten von besonderer Bedeutung (vgl. Kap. 2.1). Die Bedeutsamkeit von Gerechtigkeit zur Vorhersage von Engagement und Handlungen in anderen gesellschaftlichen Handlungsfeldern legt dies aus psychologisch-wissenschaftlicher Sicht auch für das Handlungsfeld Gesundheitswesen nahe.

Spannungsfeld verschiedener Handlungsmotive im Gesundheitswesen

Im Handlungsfeld Gesundheitswesen sind multiple, teilweise konkurrierende Motive anzunehmen. Das Spannungsfeld verschiedener Handlungsmotive lässt sich in der deutschen Bevölkerung beobachten: Einerseits lässt sich ein hohes Problembewusstsein mit der grundsätzlichen **Einsicht in die Notwendigkeit weitreichender Einsparungen** finden – im Gesundheitswesen wie auch in anderen öffentlichen Domänen. In Umfragen spricht sich die Bevölkerung grundsätzlich für einschränkende Reformen aus (Perspektive Deutschland,

2004). Andererseits **missfallen Kürzungen**, höhere Abgaben, Leistungsbeschneidungen oder private Zusatzzahlungen. Dies verweist auf die zentralen Fragen der (Verteilungs-)Gerechtigkeit: Wann werden Zuteilungen und Umverteilungen als fair oder verdient erachtet? An diesen Verteilungsfragen entzünden sich emotionale Diskussionen.

Damit ist eine **Barriere zur Unterstützung** des Gesundheitswesens identifiziert. Folgende Annahme könnte abgeleitet werden: Wird das grundlegende Verteilungssystem als ungerecht und unfair betrachtet, sinkt die positive Einstellung und die Bereitschaft, sich für das Gemeinschaftsgut einzusetzen. Im Umkehrschluss ist zu fragen, ob ein als gerecht erachtetes System Bürgerinnen und Bürger zu Engagement mobilisiert. **Gibt es eine Bereitschaft in der Bevölkerung, sich für ein gerechtes Gesundheitssystem zu engagieren?**

Zur Aufklärung dieser Frage kann die Psychologie einen wesentlichen Beitrag leisten. Verteilungskonflikten im Gesundheitswesen liegt auch immer eine moralische Auseinandersetzung um die Durchsetzung von Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit zugrunde (vgl. Kap. 2.1). Die Bedeutsamkeit von Gerechtigkeit in verschiedenen gesellschaftlichen Kontexten bestätigt (Kap. 2.2): Für eine systematische Integration in eine Bedingungsanalyse im Handlungsfeld Gesundheitswesen gilt es jedoch, die **Variable (Verteilungs-)Gerechtigkeit zu spezifizieren**. Denn, wie Sanders und Hamilton, befinden: „Justice – [is] a word of great simplicity and almost frightening scope“ (Sanders & Hamilton, 2001, S. vii). Der Versuch einer Spezifikation wird im folgenden Kapitel 2.3 vorgenommen.

2.3 Verteilungsgerechtigkeiten

Die bisherigen Ausführungen zeigen: Die zentrale Herausforderung der Veränderungen des deutschen Gesundheitswesens ist eine nachhaltig akzeptierte Verteilung der Leistungen und Lasten in der Gesellschaft. Um- und Neuverteilungen stoßen in der Bevölkerung dann auf breite Zustimmung, wenn sie als gerecht bewertet werden (Jost & Major, 2001; Tyler et al., 1997). Veränderungen im Gesundheitssystem und einhergehende Änderungen in der Finanzierung werden dann unterstützt, wenn sie dem allgemeinen Rechts- und Gerechtigkeitsgefühl entsprechen. Damit rückt die Gerechtigkeitsdomäne der Verteilungsgerechtigkeit ins Zentrum (Montada, 1995a).

Jedoch: Was ist Gerechtigkeit? Was ist Verteilungsgerechtigkeit? Wie sind Allokationen gerecht zu gestalten? Wie sind in einer Gesellschaft Leistungen und Lasten zu verteilen?

Diese Fragen müssen geklärt sein, bevor ein empirisches Forschungsprogramm für Verteilungsfragen im Gesundheitssystem entworfen wird. Mit Fragen gesellschaftlicher Verteilungsgerechtigkeit bzw. -ungerechtigkeit setzen sich verschiedene Disziplinen auseinander. Meist stehen vor allem philosophisch-normative und empirisch orientierte Ansätze (besonders der Psychologie und Soziologie) getrennt neben einander (Sabbagh, 2002). Dies, obwohl in der Gerechtigkeitsforschung eine engere Zusammenarbeit zwischen empirischen und normativen Disziplinen gefordert wird (Liebig, 2002) und beide Disziplinen voneinander lernen könnten (Liebig, 2001).

2.3.1 Normative und empirische Gerechtigkeitsperspektiven

Die Kenntnis normativer Gerechtigkeitstheorien und der Ergebnisse der empirischen Gerechtigkeitsforschung ist die Grundlage einer fundierten empirisch-psychologischen Analyse subjektiver Gerechtigkeitsbewertungen, wie sie in Kapitel 2.5 bzw. Kapitel 3 systematisiert wird.

Normative Theorien der Verteilungsgerechtigkeit

Philosophisch-normative Gerechtigkeitstheorien treffen Aussagen darüber, wie geschätzte und begehrte Güter bzw. notwendige Belastungen und Gemeinkosten auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen gerecht verteilt werden *sollten* (Sabbagh, 2001, 2002; Schmidt, 2001; Cullen, 1992; Höffe, 2001).

Aristoteles ist nach Platon³ der erste, der sich dem Konzept Gerechtigkeit systematisch nähert (zum Überblick Sabbagh, 2001; Cullen, 1992). Im fünften Buch der Nikomachischen Ethik unterscheidet er zwischen verschiedenen Arten von Gerechtigkeit (Aristoteles, 1995): die allgemeine und die besondere Gerechtigkeit, die wiederum in Ausgleichs- und Verteilungsgerechtigkeit unterteilt ist. Im Sinne der besonderen Gerechtigkeit erhält jeder das Seine: Gleiche werden gleich und Ungleiche ungleich behandelt (Aristoteles, 1995). *Ausgleichsgerechtigkeit* zielt dabei auf eine Aufrechterhaltung der sozialen Ordnung und des allgemeinen Wohlergehens mit den Anliegen der Vorurteilslosigkeit und Unparteilichkeit

³ Platons „Gerechtigkeit“ (dikaiosúné) bezieht sich auf die Erfüllung der Funktion innerhalb der polis, für die man von Natur aus am besten bestimmt ist (Cullen, 1992).

(Cullen, 1992). *Verteilungsgerechtigkeit* ist bezogen auf die Verteilung von Wohlstand, Rechten, Ehren, wie auch Pflichten. Dabei gilt: „The just is the proportional and the unjust is what violates the proportional“ (Cullen, 1992, S. 16). Hier ist bereits die heute weitgehend akzeptierte Unterscheidung zwischen prozeduraler Gerechtigkeit und Verteilungsgerechtigkeit angedeutet (vgl. Kap. 2.3.2).

Die Philosophie lenkte in den 1960er Jahren die Aufmerksamkeit wieder auf Themen und Probleme der sozialen oder Verteilungsgerechtigkeit (Cullen, 1992). Die in dieser Zeit geführten Diskussionen gipfelten 1971 in der Veröffentlichung von **Rawls' Theorie der Gerechtigkeit** (Rawls, 1979). Seither wurden zahlreiche philosophische Schriften verfasst, die sich mit Problemen der Gerechtigkeit von sozialen und ökonomischen Ordnungen und Einrichtungen der Gesellschaft beschäftigten (Cullen, 1992; Sabbagh, 2001). Ausgewählte philosophische Gerechtigkeitstheorien zu gesellschaftlichen Verteilungsfragen sind im Überblick bei Sabbagh (2002) und Liebig (2001) dargestellt. In der modernen Philosophie werden verschiedene Kriterien der Gerechtigkeit vorgeschlagen, u.a. „Gerechtigkeit als Fairness“ (Rawls, 1979), „Gerechtigkeit als Anspruch“ (Nozick, 1976), „Gerechtigkeit als Gleichheit“ (Nielsen, 1979) sowie „Gerechtigkeit als Unparteilichkeit“ (Barry, 1989). Daneben werden Bedarf, Respekt des Rechts, und verschiedene Formen von Verdienst und Leistung diskutiert (vgl. zum Überblick Cullen, 1992).

Deskriptiv-explanatorische Gerechtigkeitsansätze

Fragen der empirischen (sozial-)psychologischen Gerechtigkeitsforschung dagegen sind auf den Ist-Zustand bezogen: **Wann werden Allokationen als gerecht bewertet?** In welchem Ausmaß entsprechen Verteilungsentscheidungen und die Bewertung der Verteilung anerkannten Regeln oder Prinzipien von Verteilungsgerechtigkeit? Gibt es situationale oder personale Variablen, die das Ausmaß festlegen, in welchem Verteilungsentscheidungen und -bewertungen mit diesen Regeln korrespondieren? Wie viele unterschiedliche Regeln und Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit können im Alltagsverständnis differenziert werden? Gibt es identifizierbare situationale und/oder personale Variablen, die festlegen, welche Gerechtigkeitsprinzipien in einer Entscheidungssituation Anwendung finden? In welchen Situationen werden welche Verteilungsprinzipien von welchen Personen als gerecht bewertet und welche (innerpsychischen und/ oder zwischenmenschlichen) Folgen ergeben sich daraus? (Mikula, 1981, 2001)

Sozialpsychologische und deskriptiv-explanatorische Theorien der Gerechtigkeit stellen das „Sein“ in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen (Haase, 2002; Montada, 1995a). Der Fokus liegt auf dem **subjektiven Gerechtigkeits- und Ungerechtigkeitsempfinden** (sense of justice) und dessen Auswirkungen auf menschliche Handlungen und Bewertungen. Die empirischen Disziplinen informieren darüber, ob geltendes Recht oder theoretische Verteilungsprinzipien übereinstimmen mit dem allgemeinen Gerechtigkeitsgefühl. Rechtsordnungen und Gesetze bedürfen in demokratischen Systemen der Zustimmung der Bürger, d.h. sie müssen weithin als richtig anerkannt sein (z.B. Jost & Major, 2001). Damit hat die empirische Gerechtigkeitsforschung auch normative Relevanz (Montada, 1995a).

Es gibt es eine Vielzahl psychologisch-empirischer Forschungsarbeiten zu Fragen der Verteilungsgerechtigkeit. Die wissenschaftliche Literatur hierzu ist imposant (vgl. z.B. Deutsch, 1985; Mikula, 2001; Markovsky, 1987; Törnblom, 1992; Tyler & Smith, 1998; Tyler, 2000; Maes & Schmitt, 2004). Wie bereits angedeutet sind jedoch nur wenige Arbeiten bezogen auf konkrete Verteilungsfragen in der Gesellschaft. Diese wurden exemplarisch in Kapitel 2.2.2 skizziert. Die Mehrzahl der Studien ist jedoch beschränkt auf experimentelle Laborstudien oder Vignetten-Studien. Im Folgenden werden die bisherigen Leistungen der (Verteilungs-)Gerechtigkeitsforschung dargestellt und bewertet.

2.3.2 Themen der (Verteilungs-)Gerechtigkeitsforschung

Historisch betrachtet hat sich die eindimensionale Konzeption der Verteilungsgerechtigkeit als Equity gewandelt zu einem mehrdimensionalen Ansatz in den 70er Jahren, dessen Forschungstradition erweitert wurde durch die heute vorherrschenden Kontingenzansätze (Skitka & Crosby, 2003).

Equity-Theorie

Eine fundamentale Annahme der Equity-Theorien ist das Verständnis von interpersonalen Beziehungen im Sinne eines **Austauschvorganges** (vgl. zum Überblick Wenzel, 1997; Mikula & Schwinger, 1981): Menschen investieren bestimmte Beiträge (input) und erwarten einen bestimmten Gewinn (output). Austauschtheoretiker gehen davon aus, dass das Bedürfnis nach Gerechtigkeit vorwiegend in der lang- oder kurzfristigen Maximierung des eigenen Nutzens liegt (Homans, 1961; Adams, 1965; Walster, Walster & Berscheid, 1978; vgl. zum Überblick Törnblom, 1992). Diskrepanzen zwischen Input und Output werden als Ungerechtigkeit bzw. **Unausgewogenheit** (inequity) erlebt. Die Bilanzen hängen dabei von

sozialen Vergleichsprozessen ab. Inequity motiviert zur Reduktion der erlebten Diskrepanz: Änderung des eigenen Inputs, Änderung des eigenen Outputs, „kognitive Verzerrung“ des eigenen Inputs oder Outputs, Aufgabe der Beziehung, „kognitive Verzerrung“ des Inputs oder Outputs der anderen, oder Veränderung des eigenen Vergleichsmodells (Adams, 1965).

Die umfassende **Kritik an der Equity-Theorie** kann als Ursprung vielfältiger theoretischer und empirischer Entwicklungen im Feld der Verteilungsgerechtigkeit betrachtet werden (zum Überblick Törnblom, 1992). Der schwerwiegendste Kritikpunkt ist sicherlich die Begrenzung des Begriffs der Verteilungsgerechtigkeit alleine auf die Proportionalität von Beitrag und Gewinn (bzw. Input und Output).

Mehr-Prinzipien-Ansatz

Aus Sicht des Mehr-Prinzipien-Ansatzes gibt es neben dem Equity-Prinzip eine Vielzahl anderer Verteilungsprinzipien, die für eine gerechte Verteilungsentscheidung herangezogen werden (Schwinger, 1980; Mikula, 1980; Sabbagh, 2005). Dies wurden bereits in Kapitel 2.1.2 angedeutet. Die Verteilungskriterien werden, so die Annahme, in Abhängigkeit von Merkmalen der Sozialbeziehung sowie der Situation angewandt (Törnblom, 1992).

Neben dem **Equity-** bzw. Beitragsprinzip stehen drei weitere, „klassische“ Prinzipien: das Prinzip der **Gleichheit**, der **Leistung** sowie des **Bedarfs** (Schwinger, 1986). Diese werden von manchen Autoren als „die wichtigsten“ bezeichnet (z.B. Leventhal, Karuza & Fry, 1980; Schwinger, 1980; Folger, Sheppard & Buttram, 1995; Ullrich, 2004). Diese Auffassung wird jedoch nicht einhellig geteilt. Zudem verantwortet eine solche Klassifizierung eine weitestgehend fehlende systematische Forschung anderer, alternativer Prinzipien (Törnblom, 1992). Vereinzelt gibt es Forscher, die explizit weitere Prinzipien einbeziehen.

Reis (1984) etwa untersuchte insgesamt **17 Gerechtigkeitsprinzipien**, wobei sich die Auswahl auf empirische Arbeiten (wie beispielsweise Lerner, Miller & Holmes (1976) zitiert nach Reis, 1984) einerseits sowie philosophische Ansätze von Rawls, Hobbes, Kohlberg oder Hardin andererseits beziehen (Reis, 1984). Basis für Reis' Arbeit ist Leventhals Modell der Gerechtigkeitsbewertung (Leventhal, 1976). Nach diesem Modell ist die Wahl eines bestimmten Verteilungsprinzips vom jeweiligen Ziel des Entscheidungsträgers abhängig. Reis (1984) identifiziert mit Hilfe einer multidimensionalen Skalierung drei Gerechtigkeitsdimensionen: (1) komplexe anspruch-bestimmende Prinzipien, die langzeitliche Belohnung unterstützen versus einfache output-orientierte Prinzipien, die eine

sofortige Belohnung beinhalten; (2) Prinzipien der Status-Sicherung versus Status-Neutralisation; sowie (3) selbst-bezogene Prinzipien versus Prinzipien, die auf andere bzw. die Gruppe bezogen sind.

Auch **Montada** (2000) geht zur Systematisierung von Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit über die sog. klassischen Verteilungsprinzipien hinaus. Er spezifiziert exemplarisch **weitere Verteilungsprinzipien**: eine Aufteilung von Gütern nach erbrachter Leistung, Aufteilung von Ressourcen nach der Leistungsfähigkeit, Aufteilung nach Bedürftigkeit, nach der Mitgliedschaft und der Seniorität der Mitgliedschaft, nach Status, nach Geschlecht (Montada, 2000). Ebenso hat das Prinzip der Besitzstandswahrung Bedeutung. Dieses Prinzip wird häufig in politischen Debatten geltend gemacht und ist auch in unterschiedlichen verfassungsmäßigen und rechtlichen Normen berücksichtigt (z.B. Versorgungsausgleich nach Scheidung). Die Bedeutung des Prinzips der **Besitzstandswahrung** ist auch empirisch gut bestätigt (Kahneman, Knetsch & Thaler, 1987; Bazerman, White & Lowenstein, 1995). **Kritiker des Mehrprinzipienansatzes** wenden ein, Gerechtigkeit sei nach dieser Auffassung allein davon abhängig, wie viele verschiedene Verteilungsprinzipien sich eine Person erdenken könne und damit zur Systematisierung nicht hilfreich.

Weitere Systematisierungen der Verteilungsprinzipien

Andere Autoren haben sich mit möglichen logischen Ordnungen innerhalb verschiedener Verteilungsprinzipien beschäftigt. Beispielsweise unterschied Anderson bereits 1969 zwischen **exklusiver und inklusiver Bewertungskriterien** (Törnblom, 1992). Exklusive Kriterien sind demnach differenzierte Bewertungen, die den eigenen Gewinn einer Verteilungssituation festlegen, wie es beispielsweise das Beitragsprinzip erfordert. Der Kategorie der inklusiven Bewertungskriterien dagegen gehören Prinzipien an, die Charakteristika des Empfängers betonen und von allen geteilt werden (z.B. Gruppenzugehörigkeit). Aufgrund dieser Kriterien hat jeder Empfänger das Recht, den gleichen Anteil einer Ressource zu bekommen.

Eine weitere Kategorisierung in **Mikro- und Makrogerechtigkeit** schlagen Brickman und andere (1981) vor. Diese Kategorisierung beruht auf der Beobachtung, dass eine gerechte Behandlung von Individuen gleichzeitig zu einer ungerechten Güterverteilung auf Gruppenebene (und umgekehrt) führen kann. Die Autoren betonen, dass für Personen eine gerechte Gesamtverteilung wichtig ist und nicht nur die individuell gerechte Güterverteilung. Diese getrennten Urteile auf Mikro- und Makroebene legen Konflikte nahe: Auch wenn auf

individueller Ebene die Verteilung als gerecht bewertet wird (z.B. wenn ein Individuum, eine Gruppe bzw. eine Institution das erhält, was es bzw. sie verdient), kann die Verteilung auf Makroebene als ungerecht bewertet werden. Diese Unterscheidung wurde auch von anderen Autoren betont (vgl. zum Überblick Törnblom, 1992).

In seinem vielzitierten Buch „Justice: Its determinants in social interaction“ unterscheidet Eckhoff (1974) zwei Kategorien von Gerechtigkeitsprinzipien: zum einen Prinzipien der **Vergeltungsgerechtigkeit**⁴ und zum anderen Prinzipien der **Verteilungsgerechtigkeit**. Beide Gerechtigkeitskategorien der Vergeltungs- und Verteilungsgerechtigkeit basieren auf der Idee der Gleichheit, die (auch) für Eckhoff das zentrale Gerechtigkeitskriterium darstellt (Eckhoff, 1974). Im Sinne der Vergeltungsgerechtigkeit sollten alle Güter den gleichen Wert haben. Die Verteilungsgerechtigkeit bezieht sich auf die Gleichbehandlung von Personen, die ihrerseits differenziert werden: Subjektive, relative Gleichheit sowie Rangordnungsgleichheit beziehen sich auf Charakteristika der Person im Gegensatz zu der objektiven Gleichheit und der Chancengleichheit.

Im Prinzip nur ein Prinzip?

Es wird kontrovers diskutiert, ob sich verschiedene Prinzipien ineinander überführen lassen und als spezielle Varianten eines einzigen „Megaprinzips“ der Gerechtigkeit aufgefasst werden können (Schmitt, 1993). Nicht nur für Eckhoff (1974) ist **Gleichheit** dieses zentrale Gerechtigkeitsprinzip, das auf die eine oder andere Weise (und oft widersprüchlich) umgesetzt werden kann (vgl. z.B. Koller, 1995). Dies gilt auch für andere Verteilungsprinzipien wie beispielsweise das Beitragsprinzip. Das Beitragsprinzip spezifiziert nicht, auf was es bezogen wird. Es kann auf Anstrengung, Leistung oder Fähigkeit oder auf das Bedarfsprinzip bezogen sein. Es kann nach biologischen oder funktionalen Bedürfnissen differenzieren. Dies zeigt, dass Verteilungsprinzipien, die generell und vage beschrieben sind, wie etwa „Jedem das Gleiche“, „Jedem entsprechend seines Beitrags“ oder „Jedem entsprechend seiner Bedürfnisse“, offen sind für eine Spannbreite von Interpretationen.

Empirische Ergebnisse deuten auf die Bedeutung von **Subkategorien von Verteilungsprinzipien** (in der englischen Literatur sog. „subrules“) hin. Für das Prinzip der Gleichheit zeigten z.B. Törnblom und Jonsson (1985), dass Gerechtigkeitsbewertungen in Abhängigkeit von den Itemformulierungen variierten. Auch Montada (2002a) spezifiziert

⁴ Hier ist zu beachten, dass der Begriff der Vergeltungsgerechtigkeit hier nicht im herkömmlichen Sinne der sozialpsychologischen Literatur zu verstehen ist (z.B. Montada, 1995a).

Verteilungsprinzipien durch Unterkategorien. Er stellt neben das Prinzip der Gleichverteilung die **Chancengleichheit**. Chancengleichheit ist immer dann die bestmögliche Annäherung an das Gleichheitsprinzip, wenn ein Gut nicht aufteilbar ist. Alternativ berücksichtigt eine Zuteilung zeitlich befristeter Nutzungsrechte bzw. zeitlich befristeter Pflichten das Gleichheitsprinzip. Eine Untersuchung von Schmitt und Montada (1982) bestätigt die Unterscheidung von Gleichheit und Chancengleichheit empirisch.

Kontingenzansätze: Determinanten von Verteilungsprinzipien

Kontingenzansätze beschreiben die Determinanten, die in unterschiedlichen Situationen bestimmen, welches Verteilungsprinzip als gerecht erachtet wird. Dabei nehmen die meisten Vertreter des Kontingenzansatzes an, dass gerechtes Verhalten in einer bestimmten Situation typischerweise durch **ein dominierendes Prinzip** geleitet wird. Zudem wird postuliert, dass verschiedene Gerechtigkeitsprinzipien in unterschiedlichen Situationen bevorzugt werden. Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass das Gerechtigkeitsurteil in einer bestimmten Situation exklusiv auf einem Verteilungsprinzip basiert, das in dieser Situation das dominante ist (z.B. Deutsch, 1975; Lerner, 1975; Törnblom & Jonsson, 1985; zum Überblick Wenzel, 1997). Die sozialpsychologische (experimentelle) Forschung ist weitestgehend durch diese Annahmen geleitet und wird in Kapitel 2.3.3 ausgeführt.

Das Gerechtigkeitsurteil – eine pragmatische Mixtur?

Leventhal's Theory of Justice Judgement (1976) entwirft das Gerechtigkeitsurteil als Konglomerat verschiedener Prinzipien. Verschiedene, separate Gerechtigkeitsregeln werden nach dieser Auffassung zu einem **Gesamturteil** kombiniert (vgl. Törnblom, 1992).

Auch Montada (1995b) geht davon aus, dass sog. „**pragmatische Mixturen**“ (Montada, 1995b, S. 23) verschiedener Gerechtigkeitsprinzipien das Gerechtigkeitsempfinden von Personen widerspiegeln. Hierin sieht er ein großes, auch gesellschaftspolitisches Konfliktlösungspotential für Verteilungsprobleme: „Wenn man unterstellt, daß es unter den Betroffenen und in der Allgemeinheit unterschiedliche im Prinzip begründete Gerechtigkeitsansichten gibt, berücksichtigen solche Mixturen die Ansichten einer größeren Anzahl von Menschen“ (Montada, 1995b, S. 24).

Verfahrensgerechtigkeit

Die bisherigen und die folgenden Ausführungen sind ausschließlich auf die Psychologie der Verteilungsgerechtigkeit bezogen. Der exklusive Fokus auf Verteilungsgerechtigkeit wurde in

den späten 70er und 80er Jahren des letzten Jahrhunderts durch Arbeiten zur prozeduralen Gerechtigkeit erweitert (Skitka & Crosby, 2003). Empirisch zeigte sich: nicht allein das Ergebnis einer Verteilungsentscheidung ist wichtig, sondern ebenso der Entscheidungsprozess (Thibaut & Walker, 1975; Deutsch, 1975; Leventhal, 1980; Leventhal, Karuza & Fry, 1980). Zahlreiche sozialwissenschaftliche Forschung bestätigt die relative Bedeutung von distributiver und prozeduraler Gerechtigkeit in unterschiedlichen Anwendungsfeldern und Settings (Turillo et al., 2002; zum Überblick auch Tyler & Smith, 1998). In der gerechtigungspsychologischen Literatur wird aktuell das Verhältnis von Verteilungs- und Verfahrensgerechtigkeit diskutiert (vgl. z.B. Thibaut & Walker, 1975; Deutsch, 1985; Leventhal, 1980; Leventhal, Karuza & Fry, 1980). Die Differenzierung der Gerechtigkeitsdomänen Verteilung und Verfahren wird von einigen Autoren als künstlich bewertet (z.B. Folger, 1996; Ambrose & Arnaud, 2005; Hauenstein, McGonigle & Flinder, 2001; Cropanzano & Ambrose, 2001) und eine getrennte Konzeptualisierung als unzulänglich betrachtet (Brockner & Weisenfeld, 1996). Daher werden Anstrengungen dahingehend unternommen, die Konzepte der distributiven und prozeduralen Gerechtigkeit zu integrieren (z.B. Törnblom & Vermunt, 1999). Angemessen sei die Erfassung globaler Gerechtigkeits- und Fairnessurteile, die dann mit psychologischen Variablen zu verbinden seien (Ambrose & Arnaud, 2005). **Es gibt jedoch gute Gründe, die Domänen der Gerechtigkeit getrennt zu analysieren** (vgl. Montada, 1995a). Dieser Auffassung entspricht auch die vorliegende Arbeit.

Insgesamt: Eine explizite Konzeptualisierung und Formulierung differenzierter Verteilungsprinzipien ist für eine systematische Forschung sowie eine theoretische Präzisierung von Verteilungsprinzipien unabdingbar.

2.3.3 Determinanten der Verteilungsgerechtigkeit: Empirische Ergebnisse

Kontingenztheoretisch wurden Faktoren der Verteilungsgerechtigkeit vornehmlich experimentell untersucht. Aus der Gesamtheit der empirischen Forschung werden zusammenfassend verschiedene Ergebnistrends als repliziert angesehen (Schmitt, 1993). Foki sind der **soziale Kontext**, indem sich ein Verteilungsproblem stellt (etwa Erwerbsleben, Freundschaften, fürsorgliche Kontexte), die **Art der Beziehung**, die innerhalb eines Kontextes vorherrscht (z.B. kompetitiv vs. kooperativ; kurzfristig vs. langfristig), die **Art des Gutes**, das zugeteilt oder entzogen wird (z.B. materielle vs. symbolische Werte), sowie die **Eigenschaften, die einen Zuteilungsanspruch begründen**, etwa Anstrengung, Begabung,

Bedürfnisse, Bedürfnisgenese (vgl. zum Überblick Schmitt, 1994; Schmitt, Maes & Schmal, 1995). Daneben sind **Konsequenzen** der Anwendung unterschiedlicher Verteilungsprinzipien Gegenstand wissenschaftlicher Gerechtigkeitsstudien (Törnblom, 1992; Deutsch, 1985).

(1) Situative Einflussfaktoren

Welches Prinzip durch welche Determinanten in einer bestimmten Situation bevorzugt wird, wurde bereits von Deutsch (1975) experimentell erforscht (zum Überblick Deutsch, 1985). Seine Ergebnisse sind noch heute Basis aktueller Forschung (z.B. Zbylut, 2003; Conlon, Porter & Parks, 2004).

Sozialer Kontext und zu verteilende Ressourcen. Der soziale Kontext sowie dessen jeweilige Zielsetzung legen, so die Hypothese von Deutsch (1975), die Präferenz eines bestimmten Gerechtigkeitsprinzips fest: Die Charakteristika einer Situation (z.B. Wettbewerb und Sachlichkeit) und bestimmte Gruppenorientierungen (z.B. ökonomisch, kooperativ) führen zur Anwendung verschiedener Gerechtigkeitsprinzipien. Dabei gilt: „The more impersonal the relations of the members of a group are, the more likely they are to use equity“ (Deutsch, 1975, S. 148). Die Ressourcentheorie von Foa und Foa (1976) weist auf den Einfluss der Art der Ressource hin, die verteilt wird. Verschiedene Studien bestätigen dies (Schmitt & Montada, 1982; Törnblom & Foa, 1983; zum Überblick Schwinger, 1980; Törnblom, 1992). Tyler und andere (1997) haben Ansätze zur Spezifikation kontextueller Einflüsse einerseits und Einflüsse durch die Art der Ressource andererseits integriert. **Die Ergebnisse:** Leistungsproportionale Aufteilungen werden in ökonomischen und wettbewerbsorientierten Kontexten bevorzugt; Gleichverteilungen in kooperativen und freundschaftlichen Kontexten; bedürfnisorientierte Verteilungen in gemeinschaftsbezogenen und fürsorgenden Kontexten (Gollwitzer & Schmitt, 2006; zum Überblick Törnblom & Foa, 1983). Zudem bringt eine amerikanische Studie von Hochschild (1981) Bildungskontexte mit dem Gleichheitsprinzip, ökonomische Märkte mit dem Beitragsprinzip, sowie politische Kontexte mit dem Gleichheitsprinzip in Verbindung. Die Befundlage ist jedoch **nicht eindeutig** (Schmitt, 1993). „In general, relatively little research effort has so far been devoted to examining the impact various characteristics of the allocated outcome may have on the evaluation and choice of justice principles“ (Törnblom, 1992, S. 214). Die Ergebnisse sind in Tabelle 1 veranschaulicht (vgl. auch Tyler et al., 1997, S. 59).

Verteilungsprinzip	Sozialer Kontext	Ziel	Typische Ressourcen
Equity	ökonomisch, wettbewerbsorientiert	Effizienz, Produktivität	Geld, finanzielle Gewinne & Mittel, Rolle, Status
Gleichheit	kooperativ	Harmonie	sozio-emotionale Gewinne, Liebe, Information, Konsumgüter
Bedürfnis	gemeinschaftsbezogen, fürsorgend	Förderung, Entwicklung	sozio-emotioale Gewinne, Information, Konsumgüter

Tabelle 1: Kontextabhängigkeit der Verteilungsprinzipien (vgl. Gollwitzer & Schmitt, 2006)

Einfluss von Knappheit bzw. Überfluss. Darüber hinaus wurden die Einflüsse von Knappheit bzw. Überfluss von Gütern auf die Wahl von Verteilungsprinzipien untersucht. Die Befundlage ist uneinheitlich. Einerseits hat Knappheit bzw. Überfluss keinen Effekt auf das Entscheidungsverhalten (z.B. Greenberg, 1981). Die Erklärung: in Zeiten des Überflusses steigen die individuellen Ansprüche. Die Wahrnehmung der Güter unterscheidet sich daher nicht von der in einer Zeit der Knappheit (Greenberg, 1981). Andererseits verweisen Untersuchungen von Hegtvedt (1987) auf Einflüsse von Knappheit und Überfluss: Bei Ressourcenüberfluss werden Verteilungen nach dem Beitragsprinzip bevorzugt; bei Ressourcenknappheit wird Gleichverteilung präferiert. Auch Untersuchungen von Skitka und Tetlock (1992) bestätigen Unterschiede. Der Einfluss ist in diesen Studien jedoch moderiert durch die Verantwortungsattribution: Bei Ressourcenknappheit werden denjenigen Hilfe verweigert, die für ihre bedürftige Situation selbst verantwortlich gemacht werden. Das entscheidende Verteilungsprinzip für Anwärter, die für ihre Situation nicht verantwortlich gemacht werden, ist Bedürftigkeit. Weitere kognitive Bewertungs- und Attribuierungsprozesse wurden weniger untersucht, obwohl Einflussfaktoren dieser Art vorstellbar sind (Törnblom, 1992; Utne & Kidd, 1980).

(2) Personale Einflussfaktoren

Es gibt **keine gesicherten Erkenntnisse** hinsichtlich des Einflusses sozio-demographischer Variablen auf Gerechtigkeitsurteile. Vielmehr scheinen grundlegende Werthaltungen und politische Orientierungen mit der Bevorzugung von Gerechtigkeitsprinzipien in Zusammenhang zu stehen. Zu beachten ist: Personale Faktoren, die eine Bevorzugung eines Gerechtigkeitsprinzips bestimmen, sind vornehmlich quasi-experimentell und korrelativ ermittelt.

Geschlecht. In der Philosophie werden durch Gilligan zwei Moralen der Geschlechter entworfen: eine weibliche Fürsorge-Moral bzw. eine Moral der Verantwortung im Gegensatz

zu einer männlichen Gerechtigkeitsmoral bzw. einer Moral des Rechts (Gilligan, 1984). Nunner-Winkler dagegen bezeichnet diese Annahme als Mythos. Sie betont, dass es nur eine Moral geben könne (Nunner-Winkler, 1991). Ein oberflächlicher Blick auf Ergebnisse empirischer Studien bestätigt die Annahme Gilligans: Frauen präferieren das Gleichheits- und Männer das Beitragsprinzip (zum Überblick Törnblom, 1992; Mikula, 1980; Bierhoff, Cohen & Greenberg, 1986).

Eine systematische Betrachtung der Ergebnisse zeigt jedoch: Die Effekte sind auf unterschiedliche Forschungsparadigmen rückführbar (Major & Deaux, 1982). Wenn derjenige, der die Güter zuteilt, selbst keinen Anteil erhält, gibt es kaum Geschlechtseffekte. Wenn die Person jedoch sich selbst und anderen einen Anteil zuteilt, teilen sich Frauen weniger zu als Männer. Moderiert wird dies zusätzlich durch die eigenen Leistungen: Frauen mit besseren Leistungen bevorzugen das Gleichheitsprinzip, während Männer mit besseren Leistungen Aufteilungen nach dem Beitragsprinzip vornehmen. Bei unzureichenden eigenen Leistungen entscheiden sich Frauen wie Männer für das Beitragsprinzip (Major & Deaux, 1982).

Alter. Bezüglich des Einflusses des Alters herrscht Uneinigkeit auf Gerechtigkeitskonzepte (z.B. Deutsch, 1985; Major & Deaux, 1982). Montada (1980) folgert: bisherige Studien verweisen zwar auf Entwicklungsunterschiede, geben aber keine Auskünfte darüber, welcher Art diese Unterschiede sind. Es gibt keine Kenntnis über Altersnormen, über deren Herausbildung oder über die Stabilität interindividueller Differenzen. Ebenso gibt es kein differenziertes entwicklungspsychologisches Bedingungswissen (Montada, 1980). Dies hat sich bis heute nicht grundlegend verändert. Diese Fragestellungen sind nach wie vor nicht Gegenstand der Forschung (vgl. auch Mikula, 1980; Schmitt, 1993). Ausnahme bildet etwa die Arbeit von Wendorf, Alexander und Firestone (2002).

Persönlichkeitsmerkmale. Auch hinsichtlich verschiedener Persönlichkeitsmerkmale sind die Ergebnisse nicht eindeutig. Es ist zweifelhaft, ob es interindividuell unterschiedliche Variablen gibt, die Gerechtigkeitsverhalten unabhängig von der Situation vorhersagen können (Major & Deaux, 1982). Nachgewiesen werden konnten jedoch Zusammenhänge zwischen Gerechtigkeitsüberzeugungen und grundlegenden Werthaltungen sowie politischen Orientierungen (Schmitt & Montada, 1982; Wegener & Liebig, 1991; Maes & Schmitt, 1999; vgl. auch Kap. 2.1.2 bzw. 2.2.2).

(3) Folgen unterschiedlicher Verteilungsprinzipien

Die Anwendung unterschiedlicher Prinzipien führt zu unterschiedlichen Effekten für das Sozialsystem (Mikula, 1980). Die gewählten Verteilungsprinzipien haben Einfluss auf die individuelle Zufriedenheit, auf die Gruppeneffektivität, eine bestimmte Aufgabe zu erledigen, auf das sozio-emotionale Klima zwischen Gruppenmitgliedern, auf die Machtstruktur zwischen Gruppenmitgliedern, auf die Beziehung zwischen Gruppen, u.a.m. (zum Überblick Törnblom, 1992).

Als bestätigt gilt (zum Überblick Deutsch, 1985; Schwinger, 1980; Mikula, 1980; Törnblom, 1992): Die Verteilungsprinzipien Gleichheit und Bedarf führen zu kollegialen Gefühlen untereinander; Gleichverteilung des Gewinns führt zu Gruppensolidarität und -harmonie (z.B. Steiner, 1972, zit. nach Törnblom, 1992); das Prinzip winner-takes-all bzw. der Proportionalität führen zu konkurrenzbetonten Beziehungen; das Beitragsprinzip als Kriterium der Ressourcenverteilung verhindert die Entwicklung affektiver Bindungen zwischen Gruppenmitgliedern (z.B. Sampson, 1969, zit. nach Törnblom, 1992).

Auch bei Außenstehenden ist zu beobachten: Personen ziehen auf Basis von angewandten Verteilungsprinzipien Schlüsse über die affektiven Gruppenmerkmale (Törnblom, 1992). So wird ein höheres Maß an Freundschaft und Zuneigung attribuiert, wenn eine Restaurantrechnung zu gleichen Teilen und nicht entsprechend des Beitragsprinzips bezahlt wird (Greenberg, 1983).

(4) Bedeutung begehrtter Güter versus negativer Lasten

Wie Personen die Verteilung von begehrten Leistungen im Unterschied zu negativen Lasten bewerten, ist für Sozialpsychologen mindestens so interessant wie für Politiker – erst recht in Zeiten von Budgetkürzungen. Jedoch: Verbreitete Gerechtigkeitsmodelle beziehen sich vornehmlich auf die Verteilung von Gütern und (positiven) Leistungen. Ihre Annahmen werden häufig eins zu eins auf Lastenverteilungen übertragen (Törnblom, 1992). Vertiefende Untersuchungen gibt es nur vereinzelt.

Diese Ergebnisse geben allerdings Hinweise auf systematische Unterschiede⁵ (vgl. zum Überblick Törnblom, 1992; van Dijk et al., 1999; Törnblom & Vermunt, 1998).

⁵ vgl. zu diesem Thema auch Ausgaben 11 und 12 der Zeitschrift Social Justice Research 1998 sowie 1999

Ergebnisse von (vornehmlich) Vignetten-Studien verweisen auf einen Unterschied hinsichtlich der Wahl des Verteilungsprinzips (Sabbagh & Schmitt, 1998). Eine Studie von Schmitt und Montada (1982) zeigt: In positiven und negativen Verteilungssituationen wird das Bedarfsprinzip am gerechtesten für Privilegien und das Gleichheitsprinzip für Symbole (wie Lob/Schuld) betrachtet. Unklar sind die Ergebnisse für Gelder bzw. Güter und Positionen (Berufung/Abberufung): für diese Ressourcen wurden das Bedarfs- wie das Beitragsprinzip für positive Ergebnisse, jedoch nur das Bedarfsprinzip für negative Ergebnisse als gerecht angesehen. In einer Studie von van Dijk und anderen (1999) zeigte sich, dass Verluste gleich, und Gewinne ungleich verteilt wurden. Zudem wurde gezeigt, dass die Verteilung von Lasten mehr Begründung und Legitimation als die Verteilung von Leistungen benötigt (Törnblom & Vermunt, 1998).

Zusammenfassend: Die Verteilung positiver Leistungen und negativer Lasten hat einerseits unterschiedliche Implikationen für Gerechtigkeitsbewertungen und andererseits für Verhalten, das durch eine bestimmte Verteilung hervorgerufen wird (zum Überblick Törnblom & Vermunt, 1998; Vermunt & Törnblom, 1999).

Einschränkungen der Übertragbarkeit

Empirische Ergebnisse zur Verteilungsgerechtigkeit sind zahlreich. Die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf reale gesellschaftspolitische Verteilungsprobleme im Allgemeinen und auf Verteilungsprobleme des Gesundheitswesens in Deutschland im Besonderen ist eingeschränkt durch verschiedene Faktoren.

- (1) Die **theoretische Konzeptualisierung** einzelner Verteilungsprinzipien ist zumeist eingeschränkt auf drei bzw. vier sog. „klassische“ Verteilungsprinzipien (z.B. Hegtvedt & Cook, 2001; Zbylut, 2003; Fondacaro, Frogner & Moos, 2005; Lewin-Epstein, Kaplan & Levanon, 2003). Andere Prinzipien werden zumeist ignoriert. Diese Einschränkung führt unter Umständen zu Artefakten. Zudem: Eine nicht explizite und uneinheitliche Operationalisierung der Prinzipien begrenzt die Vergleichbarkeit der Ergebnisse erheblich.
- (2) Die Ergebnisse basieren größtenteils auf **experimentellen sowie Vignetten-Studien**, deren (ökologische) Validität gering ist (Deutsch, 1985; Mikula, 1980; Törnblom, 1992). Auf systematische Forschung von realen Problemen kann kaum zurückgegriffen werden. Erfreuliche Ausnahmen wurden skizziert (vgl. Kap. 2.2.2).

- (3) Es gibt **keine konsistente und schlüssige Befundlage** hinsichtlich verschiedener Einflussgrößen auf Verteilungsgerechtigkeit. Dennoch gibt es Ergebnistrends, die repliziert sind (z.B. Schmitt, 1993).
- (4) **Die Ergebnisse sind abhängig vom jeweiligen sozialen, kulturellen und historischen Kontext** der Studien (zum Überblick Gergen, Morse & Gergen, 1980; Törnblom, 1992; Bond, Leung & Schwartz, 1992). Die überwiegende Zahl US-amerikanischer Studien schränkt die Übertragung der Ergebnisse auf Verteilungskontexte in Deutschland ein. Beispielsweise wurde eine stärkere Akzeptanz des Beitrags- bzw. Leistungsprinzips in den USA im Vergleich zu europäischen Ländern nachgewiesen (Törnblom, Jonsson & Foa, 1985). Wegener und Liebig (1991) interpretieren Unterschiede zwischen Deutschland und USA vor dem Hintergrund vorherrschender gesellschaftlicher Ideologien, deren Wurzeln in der religiösen Tradition des lutherischen Protestantismus einerseits und des Calvinismus andererseits liege. Die vorwiegend US-amerikanischen Forschungsergebnisse sollten daher nicht eins zu eins auf den europäischen Kulturraum bzw. Deutschland übertragen werden (Gergen, Morse & Gergen, 1980). Vielmehr sollte gesondert die Forschung Beachtung finden, die in europäischen Ländern durchgeführt wurde (vgl. zum Überblick z.B. Mikula, 1981).

2.4 Gerechtigkeit als Rhetorik für verdeckten Eigennutz?

Die Bedeutung von Gerechtigkeit bei der Verteilung verschiedener Ressourcen, Gütern, Leistungen, Pflichten, Lasten usw. ist in der psychologischen Literatur theoretisch viel diskutiert und empirisch gesichert (vgl. Kap. 2.2 und 2.3). Die Frage nach **Motiven der Gerechtigkeit** bzw. der Natur der Gerechtigkeit wurde im Rahmen dieser Arbeit bislang nur angedeutet. Jedem Gerechtigkeitsmodell liegen diesbezüglich Annahmen zugrunde, die in der Literatur kontrovers diskutiert werden (z.B. Montada, 1998b; Kals, 1999; Lerner, 2003; Maes, 2004b).

Die Fragen sind: Ist Gerechtigkeit (im biologischen Sinne) primäres Ziel? Dienen Forderungen nach Gerechtigkeit der Durchsetzung eigener Interessen? **Sind Forderungen nach Gerechtigkeit Rhetoriken zur Tarnung eigener Interessen?** Können Gerechtigkeitsbestrebungen auf Eigeninteresse zurückgeführt werden oder handelt es sich um gesonderte Motive unter vielen anderen Motiven (Montada, 1998b)? Bei der Beantwortung

dieser Fragen herrscht Uneinigkeit zwischen den Wissenschaftsdisziplinen und innerhalb der Psychologie.

2.4.1 Gerechtigkeit als Instrument

Gerechtigkeit wird von verschiedenen Wissenschaftlern als Instrument zur Durchsetzung oder Wahrung eigener Interessen aufgefasst. Lerner konstatiert: „Contemporary social psychologists typically portray this justice-driven motivation as simply a manifestation of self-interest“ (Lerner, 2003, S. 388). Diese instrumentelle Auffassung von Gerechtigkeit steht in Einklang mit der Vorstellung der ökonomischen Neoklassik (Kirchgässner, 2000; Kirchler, 1995): menschliches Handeln ist ausschließlich motiviert durch das Eigennutzmotiv (vgl. Kap. 2.2.1). **Gerechtigkeit ist Mittel zum Zweck** (Montada, 1998b).

Diese Auffassung spiegelt sich in verschiedenen Ansätzen der politischen Philosophie (Montada, 2002a). Bereits in den Sozialvertragstheorien von Hume oder Adams findet sich die Idee einer rationalen Wahl von Gerechtigkeit (Montada, 2002a). Auch in der Rawls'schen Metapher des fiktiven Urzustandes spiegelt sich diese Vorstellung (vgl. Kap. 2.3.1): Gerechtigkeit ist deshalb für alle vorteilhaft, weil damit längerfristig auch die eigenen Interessen am besten geschützt sind. Durch rationale Überlegungen gelangt man zu einem gerechten Gesellschaftsentwurf, der jedem einzelnen dient (Rawls, 1979).

Die psychologische empirische Gerechtigkeitsforschung sowie die experimentelle Ökonomie begegnen der Frage nach der Natur der Gerechtigkeit empirisch. Im Folgenden sind ausgewählte Ergebnisse und Interpretationen beschrieben und Schlussfolgerungen diskutiert.

Gerechtigkeit aus Eigennutz

Tyler und Dawes (1993) ziehen den folgenden Schluss aus der Forschung der empirischen Gerechtigkeitspsychologie: Die Ergebnisse der Verteilungs- wie auch Verfahrensgerechtigkeitsforschung stünden auf den ersten Blick zwar dem Postulat des Eigennutzes entgegen. Sie legten nahe, dass Menschen in erster Linie um Gerechtigkeit bemüht seien. Allerdings widersprechen diese Ergebnisse nicht dem Modell eines grundsätzlich egoistischen Menschen, der seine eigenen Interessen verfolge (Tyler & Dawes, 1993). Denn: „**The pursuit of justice is self-interested**“ (Gillespie & Greenberg, 2005, S. 180).

Begründet wird diese Interpretation mit psychologischen Gerechtigkeitsmodellen (z.B. Tyler, 1994; Tyler et al., 1997; kritisch dazu Lynn & Oldenquist, 1984). Etwa wird die Wahl des **Equity-Prinzips** als strategische und rationale Wahl zur individuellen Nutzenmaximierung eigener Gewinne gedacht (Walster, Walster & Berscheid, 1978; Homans, 1961; Adams, 1965). Wie in Kapitel 2.3.2 ausgeführt: Für die Pioniere der psychologischen Verteilungsgerechtigkeitsforschung (die Austauschtheoretiker Adams, Homans bzw. Walster, Walster und Berscheid) ist eine Verteilung dann gerecht, wenn die Input-Output Bilanzen positiv ausfallen. Das Equity-Prinzip steht also im Dienste der Maximierung eigener Interessen (zum Überblick Hegtvedt, 1992).

Auch Modelle der bereits in Kapitel 2.2.2 skizzierten **organisationalen Gerechtigkeit** verstehen Gerechtigkeit in Verteilungssituationen im Sinne eigener Interessen (zum Überblick Colquitt & Greenberg, 2001; Colquitt, Greenberg & Zapata-Phelan, 2005; Cohen-Charash & Spector, 2001). Tyler (1994) und Greenberg (2001a, 2001b) etwa konzeptualisieren Verteilungsgerechtigkeit als Equity und sehen Forderungen nach Gerechtigkeit motiviert durch Eigeninteresse. Zur Erklärung werden **zwei Perspektiven** entworfen:

(1) Gerechtigkeit als Instrument zur Durchsetzung eigener Interessen. Nach dem Austauschmodell wird Gerechtigkeit rein instrumentell im Sinne der Eigennutzmaximierung begriffen (z.B. Greenberg, 2001a). Personen berücksichtigen Gerechtigkeit, damit ihre (langfristigen) Interessen gewahrt, geschützt oder verbessert sind (Colquitt & Greenberg, 2001). Gerechtigkeit gibt Kontrolle über Verteilungsergebnisse, was die Maximierung eigener Outcomes begünstigen kann (Colquitt, Greenberg & Zapata-Phelan, 2005).

(2) Gerechtigkeit als Instrument zur Identitätsstiftung. Nach der Vorstellung des sog. Group-Value-Approachs (Tyler, 1994; Tyler & Lind, 1992; Lind & Tyler, 1988; Tyler & Lind, 1990) werden Forderungen nach Gerechtigkeit im Kontext psychologischer Ansätze der sozialen Identität in Gruppen entworfen (Tajfel & Turner, 1986). Die Argumentation: Die soziale Identität durch die Gruppe ist wesentliche Ressource des eigenen positiven Selbstwertes (zum Überblick z.B. Brown, 1996). Das Bemühen um Gerechtigkeit wird im Sinne einer Bemühung um soziale Zugehörigkeit verstanden (Tyler & Dawes, 1993; Tyler, 1994). Menschen wollen als Mitglieder einer sozialen Gruppe, die sie mit dem Entscheidungsträger teilen, fair behandelt werden. Denn: Eine faire Behandlung bestätigt die eigene Mitgliedschaft und den eigenen Status in der Gruppe – und hält den Wert und die Bedeutung der Gruppe aufrecht (Wenzel, 2001a). „Individuals are motivated to pursue

fairness because it ultimately serves the self-directed goal of belonging, [and] the consequences of this goal pursuit can be mutually beneficial insofar as it simultaneously serves both one's own interests and the interests of others" (Gillespie & Greenberg, 2005, S. 180).

Empirische Stützung?

Zur Überprüfung der beiden Erklärungshypothesen führte **Tyler (1994)** standardisierte Telefoninterviews durch. Die Fragen bezogen sich auf Erfahrungen mit Vertretern der Staatsgewalt. Untersucht wurden die Bewertung der Verteilungs- und Verfahrensgerechtigkeit der eigenen Erfahrung sowie die gefühls- und verhaltensbezogene Reaktion auf die Erfahrung⁶. Nach Auffassung des Autors unterstützen die Ergebnisse die Hypothesen: Zum einen sieht er Urteile der Verteilungsgerechtigkeit beeinflusst durch die Bewertung des Verteilungsergebnisses. Dies wird als Hinweis auf die Verfolgung eigener Interessen interpretiert. Zum anderen: Die Urteile der Verfahrensgerechtigkeit sind abhängig von sog. „relational concerns“, also Belangen der Sozialbeziehungen. Dies wird als Bestätigung des Group-Value-Approaches interpretiert: Prozedurale Gerechtigkeit wird begründet durch Bedenken über die eigenen Beziehungen zu Gruppenmitgliedern und der eigenen sozialen Identität als Gruppenmitglied (Wenzel, 2001b). Tyler (1994) folgert: „The [...] explanation for why people care about justice can perhaps best be described as an effort, tempered with realism, to pursue self-interest“ (Tyler, 1994, S. 858). Die Gültigkeit der Schlussfolgerung wird jedoch bezweifelt. Unter anderem ist fraglich, ob die realisierten Items die postulierten Konstrukte valide widerspiegeln. Darüber hinaus ist Eigeninteresse bzw. positive soziale Identität in der Fragebogenstudie nicht eigens operationalisiert und erfasst. Empirisch sind Zusammenhänge damit nicht überprüfbar.

Auch andere Gerechtigkeitsforscher kommen zu dem Schluss, dass Gerechtigkeit ausschließlich auf Eigeninteresse rückführbar ist. Etwa folgern Bazerman, White und Lowenstein (1995), dass Urteile über gerechte Verteilungen häufig verzerrt sind durch Eigeninteresse. Auch Hegtvedt (1992) verweist auf die Wahl von Verteilungsprinzipien in Abhängigkeit von eigenen Interessen. Deutsch (1985) zeigt, dass die Wahl des Verteilungsprinzips abhängig ist von der eigenen Leistung (vgl. auch Kap. 2.3.3): Personen

⁶ Exemplarisch sei hier der Itemwortlaut der Variablen Verteilungsgerechtigkeit wiedergegeben (Tyler, 1994, S. 862): „How favorable was the outcome to you? How favorable was the outcome relative to what you expected prior to the experience? How favourable was the outcome relative to what other people receive in a similar situation? ... How fair was the outcome you received? Did you receive more than you deserved, what you deserved, or less than you deserved? (Distributive Justice).“

mit besseren Leistungen präferieren das sog. „winner-takes-all“-System, während Personen mit mittelmäßigen Leistungen eine proportionale Aufteilung der Gewinne bevorzugen. Gefolgert wird, dass Personen dann eine Verteilung als fair bezeichnen, wenn diese ihre eigenen Interessen maximiert (Deutsch, 1985). Ergebnisse empirischer Studien legen jedoch nahe, dass Spezifikationen vorgenommen werden sollten.

Aufteilungen durch Betroffene

So muss spezifiziert werden, ob die Person, die die Güteraufteilung vornimmt, selbst einen Güteranteil erhält. Studien zeigen, dass Personen, die selbst einen Anteil der Güteraufteilung bekommen (in der englischen Fachliteratur sog. „first-party allocators“), Gewinne entsprechend der eigenen materiellen Interessen aufteilen (z.B. Cook & Hegtvedt, 1992). Hegtvedt (1992) schränkt jedoch ein, dass in solchen Studien ausschließlich Informationen über die Leistung der jeweiligen Personen gegeben wird. „With performance as the only relevant input, a typical trend is for allocators who are high performers in a group to select an equity rule and for allocators who are low performers to choose an equality rule; such respective rule choices provide the allocators with the greatest amount of rewards that can be justified easily“ (Hegtvedt, 1992, S. 318). Dies bestätigen Cook und Yamagishi (1983): Wird nicht nur über die Leistung sondern auch über andere Kriterien informiert, werden diejenigen Informationen für die Wahl des Verteilungskriteriums herangezogen, die den eigenen höchsten Gewinn sichern.

Persönliche Settings

Diese Befunde zeigen sich in unpersönlichen Studiensettings, in denen Gruppenmitglieder unabhängige Aufgaben bearbeiten und in denen keine zukünftige Interaktion wahrscheinlich ist. Die Befunde ändern sich für Settings, in denen mehr Vertrautheit herrscht und in denen direkte Beziehungen bestehen mit ungenügend „belohnten“ Teilnehmern. Das Ergebnis: Die Verteilungsentscheidungen fallen in diesen Situationen weniger eigennutzorientiert aus (z.B. O'Malley, 1983). Deutsch (1985) zeigte, dass sich die Wahl des Verteilungskriteriums einer in einer „face-to-face“ Interaktion verändert: Im unpersönlichen Setting wurde (je nach eigener Leistung) das Prinzip „winner-takes-all“ bzw. Proportionalität, im persönlichen Setting das Gleichheitsprinzip präferiert (Deutsch, 1985).

Erklärungen dieser Effekte: (1) Das sog. „**Höflichkeitsritual**“ erklärt das Phänomen, dass sich Personen selbst den kleineren Anteil eines Gewinns zuteilen (Schwinger, 1980). Dies trete auf, wenn eine Aufgabe Teamorientierung verlange oder wenn die Arbeit und die

Gewinne existentiell unbedeutend seien (Schwinger, 1980). Alternativ argumentiert Reis (1984): (2) Bedenken über die **eigenen Außendarstellung** verhindern eigennütziges Verteilungsverhalten. In persönlicheren Situationen spielen nicht nur materielle Gewinne sondern auch soziale Gewinne und Kosten eine Rolle. So wird angenommen, dass großzügiges Verhalten unter Freunden soziale Anerkennung nach sich zieht, wohingegen egoistisches Verhalten die Gefahr von Ablehnung und soziale Ächtung in sich birgt (Hegtvedt, 1992). Diese Erklärung wird auch im Sinne des Eigennutzmodells interpretiert: „Thus allocators’ distributions that fail to maximize material rewards may minimize social costs and maximize social rewards, creating consistency with allocators’ self-interest, broadly defined” (Hegtvedt, 1992, S. 319).

„Low- und high-impact-Studien“

Lerner weist darauf hin, dass die Ergebnisse vieler Studien, die die Eigennutz-Hypothese stützen, ausschließlich auf sog. „low impact“-Situationen basieren. In diesen verteilen Studienteilnehmer als Rollenspieler in experimentellen Simulationen mit minimalen Anreizen Güter oder beantworten Fragen in hypothetische Vignetten, Fragebogen und Interviews (vgl. hierzu auch Kap. 2.4.2). „With little at stake to be gained or lost, the participants’ main incentives are not to re-establish justice, or maximize their outcomes, for that matter, but rather to manage their impressions. For the most part, they try to be cooperative participants, and, of course, not do anything that would threaten their self or public esteem by appearing foolish or embarrassing” (Lerner, 2003, S. 389).

Lerner (2003) schlussfolgert: Experimentelle „low impact“-Studien bieten vornehmlich die Möglichkeit, zu zeigen, dass sich Menschen nach Gerechtigkeitsnormen verhalten *können*. Dies kann gegebenenfalls im Dienste anderer Motive stehen. Wissenschaftler sollten jedoch nicht die Bedeutsamkeit von Gerechtigkeit aus dem Verhalten von Menschen in künstlichen Laborsimulationen schlussfolgern (Lerner, 2003). Er fordert daher, Gerechtigkeitsmotive ebenso in sog. „high-impact“-Situationen zu untersuchen, in denen unmittelbare, auch emotionale Reaktionen untersucht werden können, die nicht verfälscht sind durch „impression management“ oder andere normativen Regulationen.

Aufteilungen durch Dritte

Daneben stehen Studien, in denen Personen Verteilungssysteme beurteilen, die selbst nicht einbezogen sind in die Güterverteilung (in der englischen Literatur sog. „third party allocators“). Dabei ist der Konflikt zwischen eigenen und alternativen Interessen aufgehoben.

Dies entspricht der Rawls'schen originären Situation des „Schleiers der Unwissenheit“ (Rawls, 1979). Vor allem Frohlich und Oppenheimer haben diese theoretische Annahme empirisch überprüft (zum Überblick Frohlich & Oppenheimer, 1999). Die Ergebnisse der Studien zeigen, dass unparteiische Personen theoriekonform Gewinne zugunsten der am wenigsten Begünstigten verteilen.

Jedoch: Auch diese unparteiischen uneigennütigen Verteilungssysteme werden im Sinne der Eigennutzhypothese interpretiert. Es wird argumentiert, dass Personen, die sich in Verteilungssituationen großzügig gegenüber ihren Mitempfängern verhalten, von neutralen Beobachtern positiver bewertet werden (Hegtvedt, 1992). „Such favorable evaluations of generous allocators reinforce concern with the balancing of social rewards (and costs) with material ones as a major process shaping allocators' decisions in small groups ... Thus, even in the pursuit of self-interest, allocators may enhance the welfare of the collectivity“ (Hegtvedt, 1992, S. 321-322).

Was ist sozial erwünscht: Gerechtigkeit oder Eigennutz?

Voraussetzung für die skizzierten herangezogenen Begründungen ist die Annahme sozialer Regeln bzw. Normen, die eigennütziges Verhalten als negativ brandmarken (Fehr & Fischbacher, 2004). Die Verhaltenswirksamkeit solcher sozialen Normen wird auch in aktuellen Beiträgen der experimentellen Ökonomik postuliert (vgl. Fehr & Fischbacher, 2004). Gerechtigkeit wird als Handlungsnorm betrachtet und sozial erwünschtes Handeln an dieser Gerechtigkeitsnorm orientiert entworfen.

The Norm of Self-interest

Allerdings ist die Annahme der sozialen Ächtung von eigennützigem Handeln empirisch nicht bestätigt. Zumindest verweist die empirische Forschung darauf, dass sich Eigeninteresse zunehmend als sozial erwünschtes Handlungsmotiv im Sinne einer Norm durchsetzt, etwa als „norm of self-interest“ (Miller, 1999). Egoistische Motive sind „salonfähig“ und altruistisches Verhalten wird durch egoistische Motive gerechtfertigt (Kals, 1999). Für diese These gibt es verschiedene Belege.

Beispielsweise beschreibt Wuthnow (1991) das „**Playing-selfish**-Phänomen“ anhand verschiedener Alltagsbeispiele, in denen eigennützige Begründungen für eigenes freiwilliges Engagement gegeben werden (etwa mit der Erklärung „It gave me something to do.“ oder „It got me out of the house.“). Wuthnow (1991) schließt auf eine gesellschaftliche

Normveränderung im Sinne des ökonomischen Eigennutzmodells. Exemplarisch wird darüber hinaus ein politisch verändertes Klima in der sog. „me-decade“ der Reagan-Ära, angeführt⁷ (vgl. Miller & Ratner, 1996; Kals, 1999).

Empirische Hinweise geben experimentelle Studien zur sog. „**Kauffiktion**“ (in der englischen Literatur exchange fiction) (Holmes, Miller & Lerner, 2002). Spenden für einen wohltätigen Zweck sind höher, wenn der Spender im Austausch eine Gegenleistung erhält. Die Besonderheit: Die Gegenleistung ist wenig attraktiv und reizvoll (in den Experimenten eine einfache Kerze). Die Interpretation: Unter dem „cloak of self-interest“ (Holmes, Miller & Lerner, 2002) können sie ungehemmt anderen Menschen helfen. Personen sind dann bereit, Geld zu spenden, wenn ihnen erlaubt wird, so zu handeln, als wäre es ein „fairer“ ökonomischer Handel. Der psychologische Mechanismus: Menschen geben vor, an Kerzen interessiert zu sein, um sich für andere Menschen einzusetzen. Denn: Sie fühlen sich unbehaglich, wenn sie als „Gutmenschen“ auftreten bzw. betrachtet werden (Gerhardt, 2005).

Eine Reihe von experimentellen Studien belegen die **Überschätzung des Einflusses von Eigeninteresse** auf Einstellungen und Verhalten anderer (Miller & Ratner, 1998; zum Überblick Maes, 2004b). Zwei ausgewählte Beispiele:

- Befragungen von Studierenden an der State University in New York zur Bereitschaft, Blut zu spenden. Der Hälfte der befragten Studierenden wurde eine Belohnung von 15 \$ in Aussicht gestellt, der anderen Hälfte nicht. Neben der eigenen Bereitschaft wurden die Studierenden auch nach den Bereitschaften ihrer Kommilitonen befragt – mit oder ohne Bezahlung Blut zu spenden. Mit Bezahlung erklärten sich 73.2 Prozent der Studierenden zur Blutspende bereit, ohne Bezahlung 62.5 Prozent. Das Bemerkenswerte: Die Studierenden gaben gleichzeitig an, dass 62.4 Prozent ihrer Kommilitonen mit Bezahlung, jedoch nur 32.6. Prozent ohne Bezahlung zur Blutspende bereit seien.
- Für die Unterstützung einer staatlichen Übernahme von Gesundheitskosten für Frauen spielte das Geschlecht der befragten Personen keine Rolle ($M_{\text{Frauen}} = 4.27$, $M_{\text{Männer}} = 4.51$ bei einer Skala von 1 bis 7). Bei der Fremdeinschätzung gibt es einen Geschlechtseffekt: die Unterstützung der Männer wird niedriger geschätzt als die der Frauen ($M_{\text{Frauen}} = 5.73$, $M_{\text{Männer}} = 4.33$).

⁷ Die Reagan-Ära wird auch als sog. „me-decade“ bezeichnet. Ronald Reagan begann seine Wahlrede mit dem Satz: „Ask yourself these questions: Are you better off today than you were four years ago?“ (Kals, 1999, S. 278).

Das Fazit der Befunde: Personen überbewerten den Einfluss von Eigeninteresse auf Einstellungen und Verhalten anderer. Personen überbewerten den Einfluss von Eigeninteresse selbst dann, wenn ihre eigenen Einstellungen und ihr eigenes Verhalten vom Diktat des Eigeninteresses abweichen. Personen denken nicht nur, dass andere Menschen aus Eigeninteresse handeln, vielmehr ziehen sie Eigennutz auch zur Erklärung ihres eigenen prosozialen Handelns heran. Sie tun dies vor allem dann, wenn sie ihre Entscheidungen reiflich überlegen können. Dann sind die Wahlen an der Norm der Eigennutzmaximierung ausgerichtet (Lerner, 2003). Miller schlussfolgert: Der „**Mythos Eigeninteresse**“ (Miller, 1999) hat im Alltagsverständnis bereits normativen Charakter und ist damit handlungswirksam (Ratner & Miller, 2001).

Gesellschaftliche Relevanz

Die Ausführungen haben eine besondere gesellschaftliche Relevanz. Eine Legitimierung alltäglichen Eigeninteresses und die damit einhergehende höhere Wahrscheinlichkeit, sich in Entscheidungssituationen zu Lasten normativer Ansprüche an Eigeninteresse zu orientieren, birgt eine große gesellschaftliche Problematik (Kals, 1999). Freiwilliges soziales Engagement ist tangiert. Ebenso wie sämtliche zentralen Gesellschaftsbereiche etwa der Erziehung, Gesundheit oder Religion, in denen unbezahlt Arbeit geleistet wird. Auch politische Handlungskontexte sind betroffen (vgl. Kals, 1999).

Im **Gesundheitssystem** wäre die Konsequenz die Aufgabe des Solidarsystems. Ein Solidarsystem überlebt nur so lange, wie die Bereitschaft zur Unterstützung schwächerer Gesellschaftsmitglieder gegeben ist (vgl. Kap. 2.1.2). Würde sich Eigeninteresse als Norm durchsetzen und nur eigene Kosten-Nutzen-Bilanzen handlungsleitend sein, würde das System schnell kollabieren. Vorrangiges Ziel wäre dann, den maximalen Nutzen bei geringem eigenem Aufwand auszuschöpfen.

Einflüsse der Sozialisation

Besondere Bedeutung kommen für diese Diskussion Studien zu, die belegen, dass sich eine **Eigennutz-Norm ausbilden** kann und nicht als egoistische Disposition gegeben ist. Die Studien zeigen: Die Konfrontation und Auseinandersetzung mit Handlungs- und Entscheidungsmodellen (und deren expliziten oder impliziten Menschenbildannahmen) machen entsprechende Motive salient (Kals, 1999; vgl. auch Kap. 2.2).

- Studierende der Wirtschaftswissenschaften beispielsweise, die im Laufe ihres Studiums mit dem ökonomischen Verhaltensmodell und dem Menschenbild des „Eigennutz-

Maximierers“ konfrontiert sind, verhalten sich in sog. Ultimatum-Spielen rationaler bzw. eigeninteressebezogener als ihre Kommilitonen anderer Studienfächer (Carter & Irons, 1991).

- Studierende der Wirtschaftswissenschaften zeigen eher Trittbrettfahrer-Verhalten als Studierende anderer Fächer (Marwell & Ames, 1981).
- Professoren der Wirtschaftswissenschaften spenden weniger für wohltätige Zwecke als Professoren anderer Disziplinen (Frank, Gilovich & Regan, 1993).

Gründe sehen die Autoren in der spezifischen ökonomischen Ausbildung und der entsprechenden Sozialisation. Dies legen auch Vergleiche zwischen Studienanfängern und Studierende der Ökonomie höherer Semester nahe (Frank, Gilovich & Regan, 1993).

Entgegen der Beobachtung der gesellschaftlichen Verbreitung der Eigennutznorm berichten (Gesellschafts-)Magazine von der „Abkehr vom Egoismus“ (GEO Magazin Nr. 12/2005) oder geben Erfolgsrezepte für eine „richtige Mischung aus Egoismus und Gemeinsinn“ (FOCUS Nr. 40/2005). Ob dies Hinweise sind für oder gegen die „Norm des Eigennutzes“ (Miller, 1999), ist empirisch zu klären.

Anzumerken ist: Es wird nicht bezweifelt, dass Forderungen nach Gerechtigkeit (auch) instrumentell eingesetzt werden können, um eigene Interessen durchzusetzen (z.B. Lerner, 2003). Etwa im Sinne eines „sekundären Gerechtigkeitsmotivs“ (Montada, 1996) finden Gerechtigkeitsstandards aus strategischen Gründen Beachtung. In vielen Lebenskontexten, etwa in Spielen, beim Sport, an der Börse, auf Märkten, ist die Eigennutzmaximierung legitimes Ziel (Montada, 1998b, 2002b). Eine instrumentelle Nutzung von Gerechtigkeit ist auch durch den sog. „egozentrischen Fairness-Bias“ (z.B. Babcock et al., 1995) beschrieben.

2.4.2 Gerechtigkeit als primäres Ziel

Im Kontrast zu der skizzierten instrumentellen Auffassung von Gerechtigkeit wird aus dieser alternativen Perspektive **Gerechtigkeit als ein wesentliches Motiv** menschlichen Handelns verstanden (vgl. Kap. 2.2.2). Gerechtigkeit wird als primäres Ziel konzipiert (Etzioni, 1988). Insbesondere der amerikanische Sozialpsychologe **Melvin Lerner** und der Trierer Psychologe **Leo Montada** haben Gerechtigkeit als eigenständiges Motiv herausgearbeitet: Gerechtigkeit ist nicht nur Mittel zum Zweck, sondern ein Ziel in sich und ein moralischer

Imperativ (Montada, 2002a). „Wenn wir einen Gerechtigkeitsstandard für gültig halten, sehen wir uns selbst und alle anderen *verpflichtet*, diesem Standard zu entsprechen“ (Montada, 2002b, S. 11). Hinweise geben heftige Gefühle von Ärger und Empörung nach erlittener oder empfundener Ungerechtigkeit (Montada, 1992). Auch die vielfältigen Formen von Rachehandlungen und Rachephantasien, die Menschen auch über längere Zeit treiben können, sind Indizien: sie fühlen sich gedrängt, erlittenes Unrecht auszugleichen und zu bestrafen (Miller, 2001).

Bereits seit den 1960er Jahren haben Lerner und Mitarbeiter in unterschiedlichen Experimenten gezeigt, dass Gerechtigkeit ein entscheidendes Motiv vielfältiger Verhaltensweisen sein kann (Maes & Schmitt, 2004; Lerner, 2003). Lerner hat 1975 die Vorstellung eines Gerechtigkeitsmotivs in die Debatte der psychologischen Gerechtigkeitsforschung eingebracht (zum Überblick Lerner, 2003). Die **Entwicklung des Gerechtigkeitsmotivs** entsteht nach Leners Theorie in der Phase, in der sich das Kind weg vom Lustprinzip hin zum Realitätsprinzip orientiert (Lerner, 1977). In einem sog. „persönlichen Vertrag“ verpflichtet sich das Kind, die vom Lustprinzip diktierten Bedürfnisse zurückzustellen. Die neue motivationale Basis sind Vorstellungen darüber, was es verdient. In einem zusätzlichen sog. „sozialen Vertrag“ verpflichtet sich das Individuum, auch dafür zu sorgen, dass andere bekommen, was ihnen gerechterweise zusteht. Nur damit kann das Individuum in einer komplexen Umwelt langfristig agieren. Experimentelle Befunde bestätigen: Bereits Grundschulkinder orientieren sich im Sinne der im persönlichen Vertrag festgelegten Anspruchsberechtigungen nicht an ihren Wünschen, sondern an den Konzeptionen des Verdienens (Lerner, 1977). „Sie möchten bekommen, was sie verdienen, aber gleichzeitig auch erleben, dass andere bekommen, was sie verdienen“ (Maes & Schmitt, 2004, S. 184).

Montada nimmt ebenfalls ein unabhängiges **Gerechtigkeitsmotiv** an. Dieses Gerechtigkeitsmotiv versteht er als primäres, „primordiales Motiv“ (Montada, 2003, S. 3). Das Gerechtigkeitsmotiv wird als eine anthropologische Konstante und insofern universell aufgefasst (Montada, 2003). Dies bedeutet jedoch keineswegs, dass die Vorstellungen darüber, was gerecht und was ungerecht ist, einheitlich und universell sind (Montada, 2003).

Wie bereits in Kapitel 2.4.1 angedeutet, sind **Gerechtigkeitsmotive und Eigeninteressen** schwer zu trennen, weil sie in Situationen oft **konfundiert** sind. Das gleiche Verhalten kann Ausdruck des einen oder des anderen sein. Montada (2002a) nennt verschiedene Beispiele:

- Proteste gegen die eigene Benachteiligung (relative Deprivation) können im Dienste der Verbesserung der eigenen materiellen Situation stehen. Empirische Studien sprechen jedoch dafür, dass soziale Ungleichheiten nur dann zu Unzufriedenheit und Protest führen, wenn sie als unverdient wahrgenommen und wenn sie nicht unter der Kontrolle einer Gruppe, die Spielregeln der Gerechtigkeit beachtet, gesehen werden.
- Nach der Frustrations-Aggressions-Hypothese wird Aggression als Folge von Frustration infolge blockierter Eigeninteressen entworfen. Frühe Befunde stehen dieser Hypothese entgegen: nur willkürliche und ungerechtfertigte Frustration löst Aggression aus.
- Bürgerkriege können als Konflikte verstanden werden, in denen beide Seiten Interessen verfolgen, eigene Vorteile sichern und Nachteile einschränken wollen. Alternativ können diese jedoch auch als Gerechtigkeitskonflikte konstruiert werden: jede Seite glaubt, für legitime Ansprüche zu kämpfen (Montada & Kals, 2007).

Von besonderer Bedeutung für die Klärung der Motivation von Gerechtigkeit sind freilich Situationen, in denen beide Motive nicht konfundiert sind. Dies sind Situationen, in denen Menschen große Mühen und Verluste auf sich nehmen, um ihrem Bedürfnis nach Gerechtigkeit gerecht zu werden (Maes & Schmitt, 2004).

Hier ist die Forschung von Montada und Mitarbeitern zu existentieller Schuld bzw. relativer Privilegierung zu nennen. Bei Bürgerrechtsaktivisten gegen den Vietnamkrieg, die in aller Regel nicht selbst zu den Benachteiligten gehörten, wurde „**existentielle Schuld**“ als Handlungsmotiv diagnostiziert (Hoffmann, 1979, zit. nach Maes & Schmitt, 2004). Aufgrund ihrer eigenen besseren Lebensumstände, die sie nicht verdient zu haben glaubten, fühlten sie sich schuldig. Hierauf basiert die **Theorie der relativen Privilegierung**: ein Gefühl des unberechtigten Vorteils als Reaktion privilegierter Probanden auf Nöte, Elend und Probleme von Schlechtergestellten (privilegierte Deutsche z.B. gegenüber türkischen Gastarbeitern, Menschen in der sog. Dritten Welt, Arbeitslosen, Körperbehinderten (Montada, Schmitt & Dalbert, 1986). Diese Fragebogenuntersuchungen zeigten: Existentielle Schuld ist einer der wichtigsten Prädiktoren für Verzichtsbereitschaft und Solidarität mit den Benachteiligten. Dies auch dann, wenn eigene Interessen (wie Furcht vor dem Verlust eigener Privilegien oder Rechtfertigungen der vorteilhaften eigenen Situation) kontrolliert wurden (Montada, 2002a; Maes & Schmitt, 2004).

Gerechtigkeitsmotive und Eigeninteressen wurden in weiteren Fragebogenstudien der Arbeitsgruppe systematisch verglichen. Es zeigte sich etwa bei ökologischem Engagement, dass dies stärker moralisch als durch Eigeninteresse motiviert ist (Montada & Kals, 1995; Kals, Maes & Becker, 2001; vgl. auch Kap. 2.2.2).

Gerechtigkeit als Norm

Auch Ergebnisse zahlreicher experimenteller Studien verweisen auf die Unabhängigkeit von Gerechtigkeit und Eigennutz (Lynn & Oldenquist, 1986; Miller & Ratner, 1996; Miller, 1999). Etwa zeigen Ergebnisse von Experimenten verschiedener Varianten von Ultimatumspielen, dass Menschen nicht nach dem ökonomischen Verhaltensmodell handeln (Bazerman, White & Lowenstein, 1995; Schroeder et al., 2003). In diesen „Spielen“ müsste nach dem ökonomischen Eigennutzmodell ein Spieler, der von einem anderen Spieler einen geringen Betrag angeboten bekommt (und der für sich den größeren Restbetrag behält), diese Summe annehmen. Tatsächlich wird dieses Angebot jedoch wider den Vorhersagen des ökonomischen Verhaltensmodell abgelehnt (vgl. zum Überblick Müller, 2003). Dieses Ergebnis ist vielfach repliziert (z.B. Güth & Tietz, 1990; Fehr, 1995; Lynn & Oldenquist, 1986).

Auch die Ergebnisse des folgenden Versuchsaufbaus differenzieren die Vorhersagen der Eigennutzhypothese (Bazerman, White & Lowenstein, 1995). In zwei „Spielversionen“ wurden zwei Verteilungssituationen vorgegeben. Eine Entscheidungssituation mit einmaliger Bewertung versus vergleichenden Bewertungen: (1) Teilnehmer sollten einen akzeptablen Minimalbetrag aus einem 10-Dollar-Pool zwischen sich und einem anderen Teilnehmer aufteilen; (2) Teilnehmer sollten aus verschiedenen vorgegebenen 10-Dollar-Aufteilungen auswählen. Wurde die gewählte Aufteilung abgelehnt, erhielt keiner der Teilnehmer etwas. Die zugrunde gelegte Hypothese: Gerechtigkeit wiegt in Version eins schwerer und findet eher Beachtung (Bazerman, White & Lowenstein, 1995). Die Ergebnisse zeigen hypothesenkonform: Der im Mittel akzeptierte Minimalbetrag lag in der Bedingung eins (einmalige Bewertung) mit 4,00 Dollar höher als in der Bedingung zwei (vergleichende Wahl) mit 2,33 Dollar.

Aus den Studien wird gefolgert: Menschen orientieren sich bei Entscheidungen, in denen nur ein Ergebnis bedacht wird, eher an **Gerechtigkeitsnormen**. In Entscheidungen dagegen, in denen es verschiedene Verteilungsergebnisse gegeneinander abzuwägen gilt, tritt die Maximierung eigener Interessen in den Fordergrund. Die Begründung der Autoren: es sei

einfacher, die Maximierung des eigenen Nutzens zu rechtfertigen als die Maximierung von Gerechtigkeit (Bazerman, White & Lowenstein, 1995).

Gerechtigkeit als moralisches Prinzip

Die Ergebnisse verweisen darauf, dass der Eigeninteresse-Ansatz die Bedeutung moralischer Werte für den Menschen übersieht (Turillo et al., 2002). Dem entgegen entwirft der sog. **moral virtues approach** Gerechtigkeit als Grundlage der Würde und des Wertes des Menschen (Gillespie & Greenberg, 2005).

Innerhalb der Forschung zur **organisationalen Gerechtigkeit** wird jenseits eigener Interessen **Gerechtigkeit als moralisches Prinzip** entworfen (z.B. Cropanzano, Goldman & Folger, 2003; Folger, 2001; Turillo et al., 2002). Darin wird ein Bedürfnis nach Gerechtigkeit im Sinne eines deontischen Strebens jenseits materieller Eigeninteressen oder Bemühungen um soziale Anerkennung konzipiert (Turillo et al., 2002). Turillo und andere (2002) haben diese Hypothese empirisch in verschiedenen Experimenten bestätigt. In diesen Studien verzichteten Versuchspersonen auf finanzielle Gewinne, um faires oder unfaires Verhalten einer anderen Person entweder zu belohnen oder zu bestrafen. Diese Studien knüpfen an die Experimente von Kahneman, Knetsch und Thaler (1986) an, die auf eine verbreitete Bereitschaft verweisen, sich für Gerechtigkeit einzusetzen. Turillo und andere (2002) folgern: Das ökonomische Verhaltensmodell ist um Fairnessaspekte zu erweitern. Denn: „**Virtue is its own reward**“ [...] Decision makers make self-sacrificing allocations, despite the absence of short- or long-term benefits for doing so“ (Turillo et al., 2002, S. 839).

Diese Argumentation steht explizit der skizzierten Auffassung prominenter Organizational Justice Forscher (wie etwa Greenberg, 2001a; Colquitt & Greenberg, 2001) entgegen, die Gerechtigkeit auf Eigeninteresse zurückführen und moralische Taten als Bemühungen bewerten, das eigene Selbstbild zu schützen oder Schuldgefühle zu vermeiden (Colquitt & Greenberg, 2001; Kap. 2.4.1).

Auch die Forschung von Sears in **politischen Entscheidungssituationen** widerspricht dem Neoklassischen Paradigma der Ökonomie bzw. der Annahme, Gerechtigkeit sei ausschließlich auf Eigeninteresse reduzierbar (Sears, 1991). Auch in politischen Handlungskontexten ist die Eigennutz-Annahme prominent. Bezüglich des Wahlverhaltens etwa durch die sog. „pocketbook voting“-Hypothese (Sears & Funk, 1990), die das Wahlverhalten durch die eigene finanzielle Situation begründet (vgl. Kals, 1999). So ist die

Frage der politischen Psychologie in folgender Weise zu formulieren: „Is homo politicus informed, consistent, sensible, and rational, operating from a set of stable preferences and values, and responsive to external reality...?“ (Sears, 1987, S. 234).

Frühe empirische Studien in verschiedenen **politischen Handlungsfeldern** zeigen, dass eigennützige Urteile bezüglich der eigenen finanziellen Situation für die politische Meinungsbildung keine Rolle spielen (z.B. Kinder & Kiewiet, 1979). Für das individuelle Wahlverhalten wurde mit einer Reihe von Studien belegt, dass materieller Eigennutz eine relativ unbedeutende Rolle spielt. Beispielsweise wurde dies bezogen auf politische Präferenzen in Bezug auf das so genannte „busing“ (Kinder & Sears, 1981), im Hinblick auf nationale Gesundheitsversicherungen (Sears et al., 1980), bezüglich Steuerpolitiken (Sears & Citrin, 1985), oder im Hinblick auf Arbeitslosigkeit (bereits Schlozman & Verba, 1979; Montada, 1994a) gezeigt. Eigennutz ist dagegen dann bedeutsam, wenn politische Programme klar und sicher Erfolg versprechen und wenn die politische Situation als bedrohlich und uneindeutig wahrgenommen wird (Sears & Allen, 1984; Sears & Citrin, 1985). „...but these prove to be rather rare circumstances in the political world of the ordinary citizen“ (Sears, 1987, S. 235). So verweisen Sears und Funk (1990) auf Situationen, in denen eigene Interessen von Bedeutung sind: eine Reduktion von Steuerlasten wird unterstützt; (Staats-) Angestellte leisten Widerstand gegen Politiken, die ihre Beschäftigung gefährden; in der Zeit der Reagan Regierung bekommt die persönliche finanzielle Situation eine steigende politische Bedeutung (vgl. zum Überblick Sears & Funk, 1990). Die Begründung: Die betroffenen Personen haben in den untersuchten Situationen ihre eigenen Anliegen sehr klar vor Augen.

Es gibt jedoch auch gegenteilige Befunde: Aktuelle Fragebogenuntersuchungen zur Erklärung von Steuerverhalten verweisen auf normative Motive und nicht auf die (ausschließliche) Wirksamkeit eigener Interessen (Wenzel, 2005). Eine endgültige Antwort scheint jedoch noch nicht gefunden: „...it seems clear from the present study that neither the rational actor nor the moral/social actor approach has all answers“ (Wenzel, 2005, S. 505).

Zusammenschau

In der Zusammenschau zeigen sich insgesamt eindeutige Hinweise darauf, dass in verschiedenen Handlungsfeldern nicht nur das eigene Interesse handlungsleitend ist. Vielmehr motiviert (auch) Gerechtigkeit um der Gerechtigkeit willen zu Entscheidungen und Handlungen. **Gerechtigkeit ist also keine Rhetorik für verdeckten Eigennutz.**

Um die widersprüchlichen Forschungsergebnisse in einem richtigen Licht zu interpretieren, fordern daher prominente Gerechtigkeitsforscher wie Lerner, Entscheidungsverhalten nicht nur in sog. „low-impact-Situationen“ zu untersuchen. Reaktionen und Einstellungen sind in **persönlich relevanten Kontexten** zu studieren (Lerner, 2003).

In den letzten Jahren hat sich die Forschung von gerechtigkeitsbezogenen Einstellungen in verschiedenen Handlungskontexten etabliert (Lerner, 2003; vgl. auch Kap. 2.2.2). „Several investigators have conducted valuable research describing how justice-related attitudes (...) may appear in the dialogues involving political and social issues. I hope that these valuable efforts are just the beginning of a renewed interest in understanding how the theme of justice, including the motivation to maintain and re-establish justice, appears in people’s lives” (Lerner, 2003, S. 298).

Es ist zu fordern: Um das Verhältnis von Eigeninteresse und Gerechtigkeit zu verstehen, müssen beide Variablengruppen einer Messung zugänglich gemacht werden (Montada, 1998a, 1998b). Nur durch eine explizite Operationalisierung von Eigeninteressen einerseits und alternativen Motiven andererseits lassen sich Antworten darauf finden, welche Motive bei der Beurteilung politischer Verteilungsfragen bedeutsam sind. Etwa schlagen Weigel, Hessing und Elfers (1999) eine (englische) Egoismus-Skala vor, die an US-Amerikanern und Niederländern validiert ist (Itembeispiele: „The best way to handle people is to tell them what they want to hear.“/ „It is alright to ‘bend’ the law if you do not actually violate it.“). Daneben wurde eine deutsche Eigennutz-Skala von Kals und Mitarbeitern entwickelt (Kals, Ittner & Müller, 2000; Müller, Kals & Müller, 2003a; 2003b; vgl. auch Kap. 3).

Die Studien aus der Forschungsgruppe von Montada können als Beispiel dafür dienen, dass eine explizite Operationalisierung konfundierter Motive ermöglicht, diese zu entflechten (vgl. Kap. 2.2.2). Von besonderem Interesse ist das Korrelationsmuster, das nahe legt: Eigeninteresse ist das Ergebnis erfahrener Ungerechtigkeit (Gerhardt, 2005).

Den **Fragen der Gestaltung des Gesundheitssystems** gilt es ebenfalls, sich empirisch zu nähern. Die aktuellen Bereitschaften in der Bevölkerung sind zu erheben und allgemeine und spezifische Gerechtigkeitsurteile über das Gesundheitssystem zu verstehen. Dabei sind eigeninteressebezogene Motive explizit zu operationalisieren und mit moralischen Motiven zu kontrastieren. Letztlich gibt nur eine empirische Erforschung der Motive und

bedingungsanalytischer Zusammenhänge in gesellschaftlichen und politischen Kontexten Antworten auf die formulierten Fragen.

2.5 Forschungsdesiderate

Die theoretischen Ausführungen münden in die Formulierung folgender Forschungsdesiderate, die in der vorliegenden Arbeit aufgegriffen und eingelöst werden.

Die Forderung einer empirisch-psychologischen Erforschung gesellschaftlicher Realitäten und Probleme ist zwar vielfach formuliert (z.B. Frey, 1996), durch die psychologische Forschung jedoch wenig eingelöst (vgl. Kap. 2.1). Die Gründe sind erörtert (vgl. Kap. 2.1): die Komplexität realer Probleme, die eine adäquate Operationalisierung kognitiver und affektiver Repräsentationen sozialer Realitäten sowie die Erklärung sozialrelevanter Bereitschaften und Handelns erschweren.

Psychologische Expertise schränkt sich damit jedoch unnötig ein und stellt sich selbst ins Abseits. Fundiertes psychologisches Know-How kann wesentliche Beiträge für eine Politikberatung für komplexe gesellschaftlicher Problembereiche bieten. Denn im Sinne des traditionellen Forschungs- sowie des Beratungsmodells kann praxisbezogene Forschung durch Bedingungsanalysen Einstellungen, Urteile und Bürgerverhalten verstehen (Preiser, 1993). Die Beratung politischer Entscheidungsträger kann sich auf verfügbares Fachwissen sowie gewonnene Analyseergebnisse stützen. Daher ist zu fordern:

(1) Die empirisch-psychologische Forschung sollte sich vermehrt (Verteilungs-)Problemen der gesellschaftlichen Realität zuwenden. Nur so kann bedingungsanalytisches Wissen für eine fundierte Politikberatung nutzbar gemacht werden.

Es liegen keine empirisch-psychologischen Arbeiten vor, die sich im Sinne problemorientierter Forschung systematisch Verteilungsproblemen im deutschen Gesundheitswesen zuwenden. Dies ist problematisch, da sich politische Aktionen und Reformen auf intuitive Problemlösungen beschränken müssen, denen häufig implizite Menschenbildannahmen zugrunde gelegt sind (vgl. Kap. 2.2). Wird auf vorhandene Forschungsergebnisse zurückgegriffen, etwa auf Ergebnisse experimenteller

Verteilungsgerechtigkeitsforschung, kann dies nur vor dem Hintergrund eingeschränkter ökologischer Validität erfolgen (vgl. Kap. 2.3).

(2) Das Handlungsfeld Gesundheitswesen sollte Gegenstand empirisch-psychologischer Forschung sein. Dabei sind die Bewertungskriterien der Bevölkerung zu identifizieren.

Eine systematische Analyse kollektiven Handelns gegenüber sozialstaatlichen Solidaritätsinstitutionen ist Voraussetzung für eine angemessene und in der Bevölkerung nachhaltig akzeptierte Gesundheitspolitik, die die veränderten Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems in Betracht zieht. Problemorientierte Forschung im Feld des Gesundheitswesens ist daher nicht nur erkenntnisorientiert bezogen auf Grundlagen wissenschaftlicher Fragestellungen bedeutsam. Sie bietet darüber hinaus auch die Möglichkeit, praktische Empfehlungen zur Lösung gesellschaftspolitischer Problemstellungen abzuleiten.

So ist zu fordern, alle interessierenden Variablen für den Kontext Gesundheitswesen sorgfältig zu wählen, zu operationalisieren und messbar zu machen. Die zu befragenden Bürger sind als Experten ihres eigenen Handelns zu verstehen. Durch eine direkte Befragung entsteht eine transparente Struktur zugrunde liegender Motivationsmuster. Dies bietet die Möglichkeit, die Binnenstruktur der Motive empirisch zu untersuchen. Die Wahl der Variablen sollte theoriegeleitet erfolgen. Durch den Rückgriff auf Ergebnisse qualitativer Studien im Gesundheitswesen (z.B. Ullrich, 1996) wird die Auswahl optimiert. Darüber hinaus sind etablierte Modellvariablen aus anderen gesellschaftlichen Realitäten heranzuziehen (vgl. Kap. 2.2 sowie 2.3).

(3) Engagementbereitschaften und Motivstrukturen sind für das Gesundheitswesen als reale, im gesellschaftlichen Leben verankerte Situation zu untersuchen. Dabei sollen Variablen theoriegeleitet ausgewählt und für den spezifischen Kontext operationalisiert werden.

Für die Beurteilung und Bewertung sozialer Gefüge kommt Gerechtigkeit eine zentrale Stellung zu. Dabei verweist die empirische Gerechtigkeitsforschung nicht nur auf die Bedeutung von Gerechtigkeit hinsichtlich der Beurteilung der Zuteilung oder Austausch von Gütern, Privilegien, Pflichten oder Lasten (z.B. Törnblom, 1992; Utne & Kidd, 1980; Deutsch, 1985; Montada, 1995a), sondern ebenso hinsichtlich der Beurteilung von Verfahren

(z.B. Bierhoff, 1992) oder hinsichtlich politischer Engagementbereitschaften (Montada & Kals, 1995; Kals, 2000a; Shackley & Donaldson, 2000).

Gerechtigkeit hat auch im Handlungsfeld Gesundheitswesen eine herausragende Bedeutung (vgl. Kap. 2.1). In politischen Diskussionen ist Gerechtigkeit häufig jedoch nur ein Schlagwort und wird damit der psychologischen Realität nicht gerecht. Denn: Es gibt nicht nur die eine Gerechtigkeit. Vielmehr ist Gerechtigkeit im Plural zu denken, denn „Justice is in the eye of the beholder“ (vgl. Kap. 2.4.3). Im deutschen Gesundheitswesen sind vor allem Fragen der Verteilungsgerechtigkeit relevant (vgl. Kap. 2.1). Dabei sind die multiplen Verteilungsprinzipien zu spezifizieren. Es ist zu untersuchen, welche Prinzipien aus Perspektive der Bevölkerung subjektiv Gültigkeit besitzen.

(4) Im Handlungsfeld Gesundheitswesen sind Entwürfe der Verteilungsgerechtigkeit explizit zu konzeptualisieren und differenzierte Verteilungsprinzipien zu formulieren, um Gerechtigkeitsvorstellungen der Bevölkerung adäquat abzubilden. Ansatzpunkte bietet die empirische Gerechtigkeitsforschung, die die Bedeutung von Gerechtigkeitsüberzeugungen zur Beurteilung und Bewertung sozialer Gefüge aufzeigt.

Im Handlungsfeld Gesundheitswesen sind implizite Menschenbildannahmen zu explizieren. Hierfür sind die unterschiedlichen Modellvorstellungen politischer Einstellungen und Handlungen im Gesundheitssystem gegeneinander zu prüfen (vgl. Kap. 2.4): Die Ein-Motiv-Annahme des Eigennutzes des ökonomischen Verhaltensmodells muss für die soziale Realität des Gesundheitswesens empirisch getestet werden, indem Eigeninteresse explizit operationalisiert und messbar gemacht wird. Im Kontrast müssen aus psychologischer Perspektive moralbezogene verantwortungs-, gerechtigkeits- und emotionspsychologische Modelle realisiert und von Eigeninteresse abgegrenzt werden.

(5) Im Handlungsfeld Gesundheitswesen ist das Ein-Motiv-Postulat des Eigennutzes empirisch gegen das motivpluralistische Handlungsmodell zu testen, das neben eigennützigen Motiven auch moralische Motive integriert.

Die Analyse (kollektiven) Handelns im Handlungsfeld Gesundheitswesen ist als ein bisher weitgehend unbearbeitetes Forschungsgebiet nachzuholen. Für die Kontrastierung verschiedener Erklärungsmodelle scheint es gut geeignet (vgl. Kap. 2.1).

Darüber hinaus hat das Handeln eine hohe politische Bedeutung, da eine nachhaltige Gesundheitspolitik von Bürgerpartizipation und -unterstützung abhängt.

Daher ist es von zentraler Bedeutung, die Motivgrundlagen dieses Handelns zu kennen, um auf dieser Basis effiziente Reformstrategien abzuleiten. Damit wird ein zentraler Brückenschlag zwischen psychologischer Forschung und gesundheitspolitischer Praxis geleistet.

3 Entwicklung der eigenen Untersuchung

Im vorangestellten Kapitel 2 ist der theoretische Rahmen der vorliegenden Studie skizziert und Forderungen an eine psychologische Forschung im Handlungsfeld Gesundheitswesen expliziert. Forschungsdesiderate sind abgeleitet. Diese sollen mit der vorliegenden Untersuchung eingelöst werden. Im Folgenden werden Fragestellungen und Konzeption des eigenen Forschungsprogramms spezifiziert.

3.1 Fragestellungen der Untersuchung

Für das Handlungsfeld Gesundheitswesen steht eine systematische Untersuchung relevanter Bewertungskriterien aus psychologischer Perspektive aus (vgl. Kap. 2). Grundlegendes Ziel des zu entwerfenden Forschungsprogramms ist daher eine Sammlung ersten bedingungsanalytischen Wissens im Handlungsfeld Gesundheitswesen.

Der Entwurf des eigenen Untersuchungsansatzes sowie die Auswahl der Variablen der Untersuchung orientiert sich an drei Quellen:

- (1) Ergebnisse qualitativer Studien im Handlungsfeld Gesundheitswesen (Ullrich, Wemken & Walter, 1994; Ullrich, 1996, 2002a, 2004). Diese Studien verweisen auf Gerechtigkeitsbewertungen als zentrale Prädiktoren der Zufriedenheit mit dem Solidarsystem.
- (2) Ergebnisse bedingungsanalytischer Studien anderer gesellschaftlicher Handlungsfelder (Gerhardt, 2005, 2006; Kals, 1996a, 2000a; Kals et al., 1998; Müller, 2003; vgl. Kap. 2.2.2).

Hier sind es neben Verantwortungszuschreibungen Gerechtigkeitsperzeptionen, die zur Vorhersage bürgerlichen Engagements einen zentralen Stellenwert einnehmen.

(3) Ergebnisse von Analysen der gesundheitspolitischen Debatten in der Öffentlichkeit (vgl. Kap. 2.1).

Die in der Untersuchung integrierten Variablen werden im Folgenden im Detail betrachtet.

Für das Forschungsprogramm werden **drei Fragenkomplexe** formuliert:

Fragenkomplex 1: Wie in Kapitel 2.1 skizziert, werden Diskussionen um das Gesundheitssystem bzw. um Veränderungen in der Gesundheitsversorgung in Deutschland in Politik und Gesellschaft aus unterschiedlichen Perspektiven geführt. Gerechtigkeit ist eine zentrale Bewertungskategorie (vgl. Kap. 2.1). Daher sind (abgeleitet aus Ergebnissen qualitativer Studien bzw. bedingungsanalytischer Studien aus anderen Handlungsfeldern) neben globalen Fairness- sowie Effizienzurteile kontextbezogene Urteile der (Verteilungs-) Gerechtigkeiten ins Zentrum zu stellen.

In modernen und liberalen Gesellschaften, erst recht in Gesellschaften in einer globalen Welt, ist Pluralität ein wesentlicher Bestandteil. Es gilt, plurale Meinungen und Ansichten im Rahmen der vorgegebenen Verfassung, der Grundrechte oder Grundgesetze zur berücksichtigen. Die gesundheitspolitischen Diskussionen werden jedoch so geführt, als würden je nach Interessengruppe unterschiedliche Kriterien und Prinzipien zur Bewertung herangezogen, als fänden je nach eigener politischer Zugehörigkeit oder Ideologie unterschiedliche Gerechtigkeitsprinzipien Anwendung (vgl. Kap. 2.1). Es entsteht der Eindruck, als bestehe eine unüberbrückbare Polarisierung der Meinungen in der Bevölkerung. Ob diese Annahmen der psychologischen Realität entsprechen, ist empirisch zu prüfen. Wie denken die einzelnen Bürgerinnen und Bürger und wie bewerten sie die Gesundheitsversorgung bzw. geplante Änderungen? Spiegeln die polarisierten Diskussionen die Meinungen bestimmter Bevölkerungsgruppen wider? Wenn ja: was trägt zu dieser Polarisierung bei? Was trägt dagegen zu einer Versachlichung und Relativierung in der Diskussion um Änderungen bei?

Neben allgemeinen Urteilen stehen Handlungsbereitschaften im Handlungsfeld Gesundheitswesen im Mittelpunkt des Interesses. Eine systematische Analyse kollektiven

Handelns gegenüber sozialstaatlichen Solidaritätsinstitutionen ist, wie in Kapitel 2 diskutiert, Voraussetzung für eine in der Bevölkerung akzeptierte Gesundheitspolitik. Die Kenntnis von Bereitschaften in der Bevölkerung bildet hierfür die Grundlage. Bestehen in der Bevölkerung Bereitschaften, sich für das kollektive Gut Gesundheitswesen zu engagieren? Das heißt also: Besteht eine Bereitschaft, sich für ein gerechtes Gesundheitssystem stark zu machen? Oder ist die Bereitschaft zu Engagement bezogen auf die Durchsetzung und Gewährleistung eigener Interessen in der Gesundheitsversorgung?

Doch nicht nur die Bereitschaftsbildungen im Selbstbild sind relevant für gesellschaftspolitische Entscheidungen im Handlungsfeld Gesundheitswesen. Vielmehr ist die Zuschreibung von Bereitschaften anderer wesentliche Informationsquelle. Im Sinne des „Mythos Eigeninteresse“ (Miller, 1999; vgl. Kap. 2.2.1 bzw. 2.4.1) müsste den anderen ausschließlich die Bereitschaft zugesprochen werden, sich für die eigenen Interessen in der Gesundheitsversorgung zu engagieren. Eine Engagementbereitschaft anderer für ein gerechtes System müsste ausgeschlossen werden. Je nach Ausprägung der Bereitschaften und Zuschreibungen von Bereitschaften anderer müssten gesellschaftspolitische Entscheidungen modelliert sein.

Die Ausführungen münden daher in die Formulierung der ersten Forschungsfragen:

(1) Welche allgemeinen Urteile bestehen in der deutschen Bevölkerung über das Handlungsfeld Gesundheitswesen? Unterscheiden sich die Urteile verschiedener Gesellschaftsgruppen? Welche Bereitschaften zum Engagement im Handlungsfeld Gesundheitswesen bestehen in der deutschen Bevölkerung? Gibt es Unterschiede im Selbst- und Fremdbild?

Fragenkomplex 2: Verteilungsfragen im deutschen Gesundheitssystem sind untrennbar verknüpft mit Fragen nach Verteilungsgerechtigkeit (vgl. Kap. 2.1). Die Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems und die damit verknüpften spezifischen Gerechtigkeitsprobleme sind erörtert (vgl. Kap. 2.1.1 und 2.1.2). Die Ergebnisse der umfangreichen psychologischen Forschung zur Verteilungsgerechtigkeit sind referiert (vgl. Kap. 2.3). Auf die subjektive Perspektive pluraler Verteilungsgerechtigkeiten ist verwiesen (vgl. Kap. 2.4.3). Welche subjektiven Gerechtigkeitsvorstellungen über das deutsche

Gesundheitssystem bestehen in der Bevölkerung? Welche Gerechtigkeitsprinzipien werden für Verteilungsentscheidungen im Gesundheitswesen präferiert?

Hier knüpft die Frage nach der Natur der Gerechtigkeitsurteile an. Die kontroversen Sichtweisen zu dieser Frage sind ausführlich in Kapitel 2.2 bzw. Kapitel 2.4 erörtert. Das ökonomische Handlungsmodell legt nahe, dass alles menschliche Handeln motiviert ist durch Eigeninteresse. Dementsprechend sollte die Wahl von Gerechtigkeitsurteilen nach dem Kriterien des eigenen Nutzens ausfallen (vgl. Kap. 2.2.1). Psychologische Modelle pluralistischer Motive modellieren alternative Motive, etwa moralische Motive (vgl. Kap. 2.2.2). Die Frage nach der Natur der Gerechtigkeit ist empirisch zu beantworten: Sind Forderungen nach Gerechtigkeit Rhetoriken, um den eigenen Nutzen zu kaschieren? Oder ist Gerechtigkeit primäres Motiv? Diese Fragen sind in besonderer Weise für Verteilungen im Gesundheitswesen von Bedeutung. Der zweite Forschungsfragenkomplex lautet daher:

(2) Welche Verteilungsprinzipien werden zur Beurteilung des Gesundheitswesens angewendet? Ist die Präferenz der Prinzipien geleitet durch Eigeninteressen?

Fragenkomplex 3: Psychologische Bedingungsanalysen ermöglichen die Untersuchung von Zusammenhängen und Motivstrukturen in einem komplexen Variablenet. Bedingungsanalytisches Wissen steht bisher für das Handlungsfeld Gesundheitswesen nicht zur Verfügung. Für die Untersuchung des komplexen Handlungsfeldes Gesundheitsversorgung wird daher ein heuristisches Modell zugrunde gelegt (vgl. Kap. 2.1). Das bislang nicht systematisierte Handlungsfeld der Gesundheitsversorgung stellt eine besonders harte Testung der zu spezifizierenden Modellvariablen dar. Denn: Gesundheit ist ein persönlich höchst relevanter Kontext (z.B. Deutsch, 1975) und Diskussionen um Einsparungen im System und Veränderungen in der Gesundheitsversorgung sind in der Öffentlichkeit virulent (vgl. Kap. 2.1).

Die theoretische Konzeption der eigenen Untersuchung wird in die Tradition des heuristischen Strukturmodells von Kals und Montada (1994) bzw. Montada und Kals (2000) gestellt, das in verschiedenen gesellschaftlichen Handlungsfeldern erfolgreich Anwendung findet. Dieses Strukturmodell ist ursprünglich zur individualpsychologischen Erklärung und Vorhersage von Fairnessurteilen, Entscheidungen und Handlungsbereitschaften in lokalen

und globalen Umweltkonflikten entwickelt worden. Es handelt sich nicht um eine geschlossene Theorie, sondern explizit um eine Modellheuristik zur Erklärung von Handlungsbereitschaften. Das Strukturmodell integriert in Erweiterung der Modellannahmen von Ajzen (1991) Handlungsbereitschaften (zur Begründung vgl. Kals, 1993). Es ist im Sinne einer Variablenheuristik konzipiert, die der jeweiligen Situation oder dem Handlungsfeld anzupassen ist. Es integriert Forschungsergebnisse verschiedener Modelltraditionen: verantwortungs- und normpsychologische Modelle (Schwartz, 1977), gerechtigkeitspsychologische Modelle sowie emotionspsychologische Modelle (vgl. Kap. 2.2.2). Damit steht dieser Ansatz in Ergänzung zu Modellen, die ausschließlich rationalen Eigennutz als handlungsrelevant postulieren (vgl. Kap. 2.2.1). Mittlerweile hat dieses Modell vielfältige Weiterentwicklungen hinsichtlich unterschiedlicher politischer und gesellschaftlicher Handlungsfelder erfahren (Gerhardt, 2005; Ittner, 2001; Müller, 2003; Russell, 2001). Die Kernaussagen des Modells sind vielfach repliziert (Becker, 2000; Gerhardt, 2006; Kals & Russell, 2000; Müller, 2003; Niegot, 2002). Diese gilt es für das Handlungsfeld Gesundheitswesen weiter zu spezifizieren und zu differenzieren.

Für das Handlungsfeld Gesundheitswesen werden **drei Erklärungsmodelle** herausgegriffen und untersucht. Erklärt werden sollen Emotionen, Verantwortungszuschreibungen, sowie Bereitschaftsmaße. Es wird davon ausgegangen, dass diese Kriterien durch spezifische Prädiktorenmuster vorhergesagt werden können.

(a) Emotionen

Für eine Vielzahl politischer oder gesellschaftlicher Handlungsfelder ist die Bedeutung von Emotionen bestätigt (vgl. Kals, 2000b). Im Handlungsfeld Gesundheitswesen verweisen die hitzig geführten politischen Debatten auf die Bedeutung von Emotionen. Wie in Kapitel 2.1.2 beschrieben, haben in besonderer Weise negativ erlebte Emotionen wie Empörung und Ärger eine starke motivationale und handlungsleitende Kraft (Mikula, Scherer & Athenstaedt, 1998). Denn die Psychologie entwirft Emotionen als Syndrom mit fünf Komponenten (z.B. Kals, 2002; Schmidt-Atzert, 1996): Erlebnisqualität, Kognitionen, Emotionsausdruck, biophysiological Komponente, sowie Handlungsdisposition. Um in der Gesundheitspolitik die in der Bevölkerung vorherrschenden Emotionen verstehen zu können, interessiert vornehmlich deren zugrunde liegende kognitive Struktur (Kals, 2002; Montada, 1993). Zur Modellierung der Emotionen der Bevölkerung bezüglich des Gesundheitssystems werden daher kognitive Erklärungsmodelle herangezogen (zum Überblick Rost, 2005; Scherer, 1990). Diese kognitiven Komponenten können Hinweise zur Steuerung der Emotionen in der

gesundheitpolitischen Debatte geben (Kals, 2002; Montada, 1989). Daher werden die folgenden Forschungsfragen gestellt:

(3a) Welche Emotionen herrschen in der Bevölkerung bezüglich des Gesundheitswesens vor? Wie sind positiv und negativ erlebte Emotionen bezüglich des Gesundheitssystems zu erklären? Welche kognitive Struktur liegt den erlebten Emotionen zugrunde?

(b) Verantwortung

In verschiedenen gesellschaftlichen Handlungskontexten sind Erklärungsmodelle der Verantwortung von Bedeutung (z.B. Bierhoff, 1994; Dalbert, 1982; De Cremer & van Lange, 2001; Fleishman, 1980; Graumann, 1994). Dies gilt auch im Handlungsfeld Gesundheitssystem. Im Handlungsfeld Gesundheitsversorgung stellt sich die Frage, wem die Bevölkerung Verantwortung zuspricht: Wer hat die derzeitige Situation im Gesundheitswesen verursacht? Wer kann die derzeitige Situation im Gesundheitswesen verändern? Wer ist dafür verantwortlich, Veränderungen vorzunehmen?

Verantwortung hat in Handlungsmodellen einen zentralen Stellenwert (z.B. Schwartz, 1977). Da in der Arbeit bisher Verantwortung nur am Rande thematisiert ist (vgl. Kap. 2.2), wird hier – stark verkürzt – die Psychologie der Verantwortung entworfen (vgl. zum Überblick Auhagen, 1999; Auhagen & Bierhoff, 2001).

Nach Lenk (1992) ist Verantwortung ein „Eintreten“, „Einstehen“ eines Handlungssubjektes für Handlungsfolgen vor einer Instanz und gegenüber einem Adressaten“ (Lenk, 1992, S. 79). Dieses Verständnis von Verantwortung ist enthalten, wenn Verantwortung als Persönlichkeitsmerkmal entwickelt wird, wenn auf Verantwortung als soziale Norm Bezug genommen wird oder wenn Verantwortung als Forderung an ein handelndes Subjekt gestellt wird (Bierhoff, 1994). (Soziale) Verantwortung wird vornehmlich in der Altruismusforschung thematisiert (Schwartz, 1977). Verantwortung steht etwa als zentrale motivationale Größe im Mittelpunkt des Modells der altruistischen Persönlichkeit (Bierhoff, 1990). Verantwortung wird demnach als moralische Verpflichtung verstanden, die (neben anderen Faktoren) zu prosozialem Verhalten motiviert (Bierhoff, 1994; Auhagen & Bierhoff, 2001). Verantwortungsgefühl wird dabei als vermittelnde Variable zur Erklärung von hilfreichem Verhalten herangezogen (Auhagen, 1994).

Neben Verantwortung ist in Handlungsmodellen auch der Einfluss von Kontrollüberzeugungen und instrumentellen Handlungsbereitschaften berücksichtigt (Krampen, 1991). Allgemeine Annahmen über die eigenen Handlungsmöglichkeiten kommen in Kontrollüberzeugungen zum Ausdruck, die sich darauf beziehen, ob ein Ereignis als internal (durch die handelnde Person selbst), oder external (im Sinne von Fremdkontrolle oder Zufall) verursacht angesehen wird (Krampen, 1991). Die instrumentelle Handlungsbereitschaft bezieht sich auf eine aktive Orientierung, die die Planung und Ausführung einer Handlung fördert.

Verantwortung wird als Konstrukt entworfen, das sich aus zwei verschiedenwertigen Teilen zusammensetzt (Auhagen, 1994): (1) Ein überwiegend angenehm empfundenen Teil, der mit positiven moralischen Aufgaben in Zusammenhang gebracht wird; (2) ein überwiegend unangenehm empfundener Teil, der als negativ bewertet wird und mit Schuld assoziiert ist. Damit kann jede soziale Situation als Gratwanderung zwischen Herausforderung und Bedrohung aufgefasst werden.

Mit sozialer Verantwortung können weitreichende Handlungsverpflichtungen verknüpft sein (Auhagen, 1994). Daher besteht häufig eine Tendenz, durch Prozesse der Verantwortungsabwehr eine Bindung an ein verantwortliches Handeln zu schwächen. Damit ist Verantwortungsabwehr das Gegenstück zu sozialer Verantwortung (Schmitt, Montada & Dalbert, 1991). Verantwortungsabwehr ist im Sinne eines Schutzmechanismus zu verstehen. Der Einzelne schützt sich davor, zu sehr in die Belange anderer engagiert zu werden. Schmitt, Montada und Dalbert (1991) beschreiben eine dreidimensionale Struktur der Verantwortlichkeitsabwehr: Notlagenleugnung (die Hilfsbedürftigkeit anderer wird bagatellisiert), Selbstverschuldungsvorwurf (der hilfsbedürftigen Person wird deren Notlage selbst zugeschrieben), Abschieben von Verantwortung auf andere (andere Menschen werden als befähigter oder motivierter betrachtet). Das letztgenannte Phänomen wird in der sozialpsychologischen Literatur mit dem Begriff Diffusion der Verantwortung diskutiert (Fleishman, 1980; Gollwitzer & Schmitt, 2006). Darüber hinaus seien auf in der Kriminologie bekannte kognitive „Neutralisationstechniken“ (Sykes & Matza, 1957) verwiesen, die „Wege aus der Verantwortung“ bahnen, etwa kognitive Rationalisierungen wie die Ablehnung von Verantwortung (vgl. Schahn & Giesinger, 1993).

Aus anderen Handlungsfeldern ist bekannt: Wird Verantwortung für gemeinschaftlich genutzte Umweltgüter übernommen, wird der eigenen Person Verantwortlichkeit

zugeschrieben, ist die Bereitschaft erhöht, sich für deren Schutz einzusetzen bzw. Verzicht zu leisten (Kals & Montada, 1994; Kals et al., 1998). Damit überwindet die moralische Variable Verantwortung die sog. Allmende-Klemme, die durch den Gegensatz kurzfristiger Interessen des einzelnen Akteurs und langfristigen Interessen der Gemeinschaft charakterisiert ist. Die Zuschreibung von Verantwortung an die eigene Person (internale Verantwortungsattribution) und zugleich an externe Agenten (externale Verantwortungsattribution), wie beispielsweise Entscheidungsträger in Politik und Wirtschaft, kann umweltschützendes Handeln sehr gut vorhersagen (Kals, 1996). Auch in anderen Handlungskontexten ist die große Bedeutung moralischer Verantwortungszuschreibungen bestätigt (zum Überblick Kals et al., 1998), etwa für den individuellen Gesundheitsschutz (Kals, 1998) oder für das Allgemeinwohl (z.B. De Cremer & Van Lange, 2001).

In der eigenen Studie wird Verantwortung, wie von Auhagen (1994) vorgeschlagen, als Konzept behandelt. Es wird gefragt, was Individuen unter Verantwortung verstehen bzw. wem im Gesundheitswesen Verantwortung zugeschrieben wird. Dabei werden Ergebnisse aus dem Handlungsfeld Umweltschutz aufgegriffen, die für die Zuschreibung von Verantwortung für den Schutz von Allmenden folgende Stufen ableiten (vgl. Kals et al., 1998): (1) ein Bewusstsein für die Gefährdung der Allmende, (2) das Erkennen eigener und fremder Verursachung, (3) Zuschreibung von Einflussmöglichkeiten. Diesem Stufenmodell sind die Stufen der Verantwortlichkeitszuschreibung von Heider (1958) bzw. das Stufenmodell der Verantwortung von Shaver (1985) zugrunde gelegt.

Für das Handlungsfeld Gesundheitswesen sind Verantwortungszuschreibungen in der Bevölkerung nicht bekannt. Daher ist zu untersuchen, wem Verantwortung für die Verursachung und wem Einflussmöglichkeiten zugeschrieben werden. Die Überlegungen münden in die Formulierung der folgenden Fragen:

(3b) Wem wird im Handlungsfeld Gesundheitswesen Verantwortung zugeschrieben? Wer hat die derzeitige Situation im Gesundheitswesen verursacht? Wer kann die derzeitige Situation verändern? Wer ist dafür verantwortlich, Veränderungen vorzunehmen?

(c) Engagementbereitschaften

Der dritte Fragenkomplex bezieht sich auf die Erklärung von Engagementbereitschaften im Gesundheitssystem. Der Bezug auf Bereitschaften ist deshalb sinnvoll, da dieses Konstrukt nicht an konkrete Maßnahmen und Verfahren gebunden ist.

Bereitschaften sind valide Prädiktoren für künftiges Verhalten (Montada, Kals & Becker, submitted), obgleich die Einstellungs-Verhaltens-Diskrepanz in der Fachliteratur kontrovers diskutiert wird (z.B. Hartmann & Wakenhut, 1995). Korrelationsmaße zwischen Bereitschaften und manifestem Verhalten fallen meist gering aus (Hartmann & Wakenhut, 1995). Allerdings werden in der Fachliteratur neben Methodenproblemen zahlreiche Gründe für den niedrigen Zusammenhang erörtert (vgl. zum Überblick Hartmann & Wakenhut, 1995; Gollwitzer & Schmitt, 2006; Kals, 1993). Es ist davon auszugehen, dass der Übergang von einer Handlungsbereitschaft zum tatsächlichen Verhalten durch eine Vielzahl situativer und sozialer Parameter moderiert ist (wie etwa Peer-Urteile, eigenes Selbstbild, Anreizstruktur der Situation, u.v.m.). Personenspezifische Situationseinflüsse sind für Bereitschaftsmaße nicht relevant. Selbstverständlich sind diese im Hinblick auf gesundheitspolitische Entscheidungen und Verhalten im Handlungsfeld Gesundheitswesen von großer Bedeutung. Eine systematische Untersuchung dieser Einflüsse ist im Rahmen der Studie jedoch nicht zu leisten. Daher sind die Kriterien auf Bereitschaftsmaße beschränkt, die erst eine querschnittliche Fragebogenstudie ermöglichen (vgl. Müller, 2003).

In der vorliegenden Studie wird die Erklärung der Bereitschaftsmaße durch pluralistische Motive untersucht. Motive kollektiven Handelns sind in Kapitel 2.2 entworfen. Moralische Motive stehen neben Motiven des Eigennutzes und werden in etablierte psychologische Bereitschafts- und Handlungsmodelle integriert. Rationale Erklärungsmodelle, in denen kognitive Einflüsse im Vordergrund stehen, werden durch Modelle erweitert, die Emotionen in die Vorhersage von Handlungen integrieren.

Die zu untersuchenden Bereitschaften werden bezogen auf Engagement für ein gerechtes Gesundheitssystem. Gibt es in der Bevölkerung eine grundsätzliche Bereitschaft, sich für ein gerechtes Gesundheitssystem zu engagieren? Wann wird in der Bevölkerung ein gerechtes System unterstützt? Darüber hinaus wird geprüft, ob die Erklärung und Vorhersage bestehender Engagementbereitschaften im Handlungsfeld Gesundheitswesen mit den ausgewählten Variablen gelingt. Erweitert werden die Fragen durch die Untersuchung von

Bereitschaften zu Engagement für eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung. Es werden folgende Forschungsfragen formuliert:

(3c) Gibt es in der deutschen Bevölkerung eine Bereitschaft, sich für ein gerechtes Gesundheitssystem zu engagieren? Wann wird ein gerechtes Gesundheitssystem unterstützt? Gibt es eine Bereitschaft, sich für eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung zu engagieren? Gelingt eine Vorhersage von Engagementbereitschaften?

Die gestellten Forschungsfragen werden empirisch beantwortet (vgl. Kap. 5). Eine Rekonstruktion der konkurrierenden Standpunkte und Engagementbereitschaften im Gesundheitssystem wird mit einer Bedingungsanalyse realisiert. Die gewählte Methode der Untersuchung wird in Kapitel 4 beschrieben.

3.2 Ausgewählte Untersuchungsvariablen

Zur Konzeptualisierung der explizierten Fragestellungen sind Untersuchungsvariablen zu wählen. Es wird dabei nicht übersehen, dass die für die Untersuchung gewählten Variablen nur eine Auswahl von vielfältigen Einflussgrößen im Handlungsfeld Gesundheitswesen sind. Es ist bereits ausgeführt, dass die vorgenommenen Beschränkungen nicht willkürlich, sondern theoretisch und empirisch abgeleitet sind. Relevante Beurteilungskategorien des Gesundheitswesens sind im theoretischen Teil der Arbeit bzw. in der Ableitung der Fragestellungen angedeutet.

Engagementbereitschaften im Selbst- und Fremdbild

Im Zentrum der Studie stehen **Engagementbereitschaften** für ein gerechtes Gesundheitssystem. Wie bereits erörtert können Bereitschaften Ausdruck in manifestem Verhalten finden – dies ist jedoch nicht zwingend (vgl. Kap. 3.1).

Bürgerliches Engagement kann auf verschiedene Ziele ausgerichtet sein. Für das Handlungsfeld Gesundheitswesen werden zwei Bewegungsrichtungen herausgegriffen: Das Engagement für ein faires und gerechtes Gesundheitssystem, sowie das Engagement für eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung.

So sind einerseits Bereitschaften zu modellieren, sich **für ein faires und gerechtes Gesundheitssystem** zu engagieren, unter anderen folgende Maßnahmen: Man kann sich informieren, öffentliche Diskussionen über Verbesserungsmaßnahmen anregen, Aufrufe an Politiker unterschreiben, Interessenvereinigungen gründen. Darüber hinaus sind Bereitschaften möglich, auf Gesundheitsleistungen zu verzichten, höhere Versicherungsbeiträge zu zahlen, private Zusatzversicherungen abzuschließen, für bestimmte Gesundheitsleistungen selbst aufzukommen.

Zum anderen sind Bereitschaften vorstellbar, sich **für die eigenen Interessen in der Gesundheitsversorgung** einzusetzen, etwa selbst so wenig wie möglich für die Gesundheitsversorgung zu zahlen. Auch hier sind verschiedene Maßnahmen denkbar: Man kann sich informieren, wie höhere Zahlungen umgangen werden können, oder es ist möglich, an Kundgebungen teilzunehmen, Unterschriften zu sammeln, Aufrufe an Politiker zu unterschreiben, die Öffentlichkeit aufmerksam zu machen, Interessenvereinigungen zu gründen, sowie in eine günstigere Krankenversicherung zu wechseln.

Ergebnisse aus anderen Handlungsfeldern verweisen darauf, dass die eigene Bereitschaft eng mit der Zuschreibung der Bereitschaft anderer verknüpft ist (Gerhardt, 2005, 2006; Müller, 2003). Daher sind neben **Selbst- auch Fremdzuschreibungen** zu berücksichtigen und Bereitschaften parallel aus beiden Perspektiven zu erheben.

Variablen kollektiven Handelns

Aus psychologischer Sicht stellt sich die Frage, wie diese Bereitschaften motiviert sind. Können diese Bereitschaften bedingungsanalytisch erklärt werden? Gelingt eine Vorhersage? Gelingt eine Vorhersage im Handlungsfeld Gesundheitswesen? Je nach gewählter Anthropologie sind unterschiedliche Erklärungsmodelle denkbar – für beide Bereitschaftsrichtungen (vgl. Kap. 2.2).

Variablen des Eigennutzes. Ein zentrales Beurteilungskriterium ist sicherlich das Eigeninteresse. Das Gesundheitssystem wird vor dem Hintergrund der Befriedigung oder Missachtung der eigenen Interessen beurteilt. Die Argumentation: Bereitschaften und Handeln (etwa zur Reduktion eigener Gesundheitskosten) sind motiviert durch eigene Interessen. Man engagiert sich dafür, so wenig wie möglich für die Gesundheitsversorgung zu zahlen, um mehr Geld „im eigenen Portemonnaie“ zu haben, um für andere begehrenswerte Güter mehr Geld zu Verfügung zu haben. Der eigene Nutzen ist evident. Für die Erklärung

einer Bereitschaft, sich aus eigenen Interessen für ein faires und gerechtes Gesundheitssystem einzusetzen, kann auf utilitaristische Theorien (Jeremy Bentham, John Stuart Mill, u.a.) zurückgegriffen werden. Man selbst verspricht sich, in einem fairen und gerechten System auch selbst gut „wegzukommen“. In Kapitel 2.4.1 wurde auf den Rawls'schen Gesellschaftsentwurf verwiesen: Gerechtigkeit ist deshalb für alle vorteilhaft, weil damit längerfristig auch die eigenen Interessen am besten geschützt sind (Rawls, 1979). Dies steht in Einklang mit den Argumenten der sog. Ökonomischen Ethik (zum Überblick Suchanek, 2001). Ökonomische Ethik stelle den Versuch dar, die moralischen Intuitionen mit der Wirklichkeit in Einklang zu bringen. Dies bedeute insbesondere, Moral nicht gegen das Eigeninteresse in Stellung zu bringen, sondern das Eigeninteresse in den Dienst der Moral nehmen. Die Goldene Regel wird umformuliert: Investiere in die gesellschaftliche Zusammenarbeit zum gegenseitigen Vorteil (Suchanek, 2001).

Im vorliegenden Forschungsprogramm werden Variablen des Eigeninteresses zum einen über die eigene Betroffenheit erfasst. Der *eigene Versichertenstatus* ist ein hartes Außenkriterium des Eigennutzes. So sind privat Krankenversicherte nicht von Änderungen oder Einschränkungen in der Versorgung betroffen. Darüber hinaus ist der *eigene Gesundheitszustand* Ausdruck persönlicher Betroffenheit von Verteilungsentscheidungen im Gesundheitswesen. Hier gilt es ebenfalls der Gesundheitszustand von Familienmitgliedern zu berücksichtigen. *Finanzielle Mittel*, die im eigenen Haushalt zur Verfügung stehen, beeinflussen darüber hinaus den Grad der Betroffenheit. Diese Betroffenheitsvariablen werden als Variablen des Eigeninteresses aufgefasst. Zum anderen ist *Eigeninteresse* über direkte Messungen zu erfassen. Einerseits ist der Einfluss *dispositionalen Eigennutzes* in die Untersuchung zu prüfen. Andererseits ist *kontextuelles Eigeninteresse* im Handlungsfeld Gesundheitswesen zu berücksichtigen.

Handlungen und Engagement können durch verschiedene Motive, normative Orientierungen, Wertorientierungen, Interessen oder Bedürfnisse motiviert sein (Montada, 1998b). Normativen Handlungsmodellen liegt eine alternative anthropologische Annahme zugrunde. Handeln wird hier als durch Normen der Verantwortung oder Gerechtigkeit geleitet modelliert (vgl. auch Kap. 2.2.2).

Variablen der Gerechtigkeit. Gerechtigkeit ist ein zentrales Beurteilungskriterium für die Verteilung von Leistungen und Lasten in unterschiedlichen Handlungsfeldern. Dies gilt auch, oder gerade besonders, im Handlungsfeld Gesundheitswesen (vgl. Kap. 2.1.2). Die Postulate

der Gerechtigkeitspsychologie und empirischen Erkenntnisse können dazu dienen, anthropologische Erklärungen für Bereitschaften zu formulieren. Hier wird Gerechtigkeit als eine Motivation menschlichen Handelns betrachtet (vgl. Kap. 2.2.2). So weiß die Gerechtigkeitspsychologie: Bereitschaften für ein faires und gerechtes Gesundheitssystem können durch Normen der Gerechtigkeit geleitet sein (vgl. Kap. 2.2.2 bzw. 2.4.2). Jenseits eigener Interessen ist die Etablierung von Verteilungsgerechtigkeit ein wesentliches Handlungsmotiv (vgl. Kap. 2.3 bzw. 2.4). Oder: Ungerechtigkeitserleben motiviert zu Engagement. „Trittbrettfahren“ (social loafing), das Profitieren vom Engagement und Einsatz anderer, wird in der Regel als „Inkarnation des Eigeninteresses“ (Montada, 1998a) verstanden. Es kann jedoch auch durch (Un-)Gerechtigkeit motiviert sein (z.B. Gerhardt, 2005). Übertragen auf die Bereitschaften im Handlungsfeld Gesundheitssystem: Gesunde zahlen (zunächst) mehr in das Solidarsystem ein als sie an Leistungen in Anspruch nehmen (müssen). Hieraus kann ein Ungerechtigkeitserleben resultieren, denn man will selbst nicht zu den Benachteiligten, „den Dummen“ gehören, die von den eigenen Beiträgen nicht profitieren. So kann das Gefühl von Ungerechtigkeit, selbst „Verlierer des Systems“ zu sein, weil man mehr als andere in die Krankenversicherung einbezahlt bzw. weniger Gesundheitsleistungen beansprucht, zu Engagement für die eigenen Interessen bzw. für ein faires und gerechtes System motivieren.

Die zu berücksichtigenden Gerechtigkeitsvariablen im Einzelnen: *Dispositionale Ungerechtigkeitsensibilität* hat sich in psychologischen Studien als differenzierendes Merkmal qualifiziert (z.B. Kärcher, 2001). Diese dispositionalen Einflüsse gilt es auch im Handlungsfeld Gesundheitswesen zu prüfen. Im Besonderen sind hier jedoch die kontextuellen Gerechtigkeitsvariablen von Bedeutung: An erster Stelle stehen *Urteile über Verteilungsgerechtigkeit* im Gesundheitssystem, gefolgt von Gesamturteilen der *Fairness und Effizienz*, sowie *allgemeine Gerechtigkeitsurteile*, die eine Analyse der politischen Debatte nahe legen (etwa zukünftige Versorgungssicherheit, Transparenz und Einfachheit des Systems). Darüber hinaus gilt es, das Ungerechtigkeitserleben zu berücksichtigen. So sind *wahrgenommene Ungerechtigkeiten durch Missbrauch* des Gesundheitssystems sowie *persönliches Ungerechtigkeitserleben in der Gesundheitsversorgung* von Bedeutung. Darüber hinaus ist zu beachten, ob sich die Befragten selbst als *Gewinner* oder *Verlierer* des Gesundheitssystems erleben.

Variablen der Verantwortung. Zuschreibung von Verantwortung wird in Handlungsmodellen als zentrale Variable konzeptualisiert (z.B. Schwartz, 1977). Im

Handlungsfeld Gesundheitswesen sind unterschiedliche Erklärungsansätze denkbar (vgl. Kap. 3.1). Ein Engagement für niedrigere Beitragssätze könnte geleitet sein durch eine gesellschaftliche Verantwortungsnorm, dass eine Gesundheitsversorgung für jedes Gesellschaftsmitglied erschwinglich zu sein hat. Gesundheit(sversorgung) als Gut, das jedem Menschen unabhängig von der eigenen finanziellen Situation zugänglich sein muss, als grundlegendes Recht. So können auch Erklärungshypothesen für das Engagement für ein faires und gerechtes System aus sozialer Verantwortung gefunden werden: Es liegt in der Verantwortung des einzelnen, des Staates, der Gesellschaft, ein faires und gerechtes System zu etablieren, das die Gesundheitsversorgung für alle derzeitigen und zukünftigen Bevölkerungsgruppen gewährleistet. Aus der Verantwortung folgt die moralische Verpflichtung, sich für ein faires und gerechtes Gesundheitssystem in der Gesellschaft zu engagieren.

In der Untersuchung werden dispositionale sowie kontextuelle Verantwortungsvariablen berücksichtigt. Dispositionale *soziale Verantwortung* ist für verschiedene gesellschaftliche Domänen als wichtiger Motivator identifiziert (Auhagen & Bierhoff, 2001; Bierhoff, 2000). Zur Messung der dispositionalen sozialen Verantwortung wird die Skala der sozialen Verantwortung nach Berkowitz und Daniels (Bierhoff, 2000) aufgegriffen. In den Fragebogen sind daneben Variablen der kontextuellen Verantwortung aus drei Perspektiven zu integrieren (vgl. Kap. 3.1): (1) *Verantwortungszuschreibung für die Verursachung* der derzeitigen Situation im Gesundheitswesen; (2) *Zuschreibung von Einflussmöglichkeiten*, um die derzeitige Situation zu ändern; (3) *Zuschreibung von Verantwortlichkeit* für Veränderungen im Gesundheitswesen. Diese Verantwortungen können internal oder external attribuiert werden. Werden sie external attribuiert können externe Akteure in die Verantwortung gestellt werden oder werden Entwicklungen unpersonalisierten Einflüssen (wie Schicksal) zugeschrieben. Dies gilt auch im Handlungsfeld Gesundheitswesen. Es kann sein, dass *keinem Akteur* Verantwortung zugeschrieben wird. Alternativ sind mehr oder weniger personalisierte Akteure zu berücksichtigen. Denkbare Akteure sind *externe Institutionen*, wie etwa die Pharmaindustrie, Kassenärztliche Vereinigungen, gesetzliche und private Krankenversicherungen sowie Ärzte, oder *politische Institutionen*, wie etwa der Staat und Politiker. Wird internal attribuiert, werden *einzelne Bürger* bzw. *man selbst* in der Verantwortung gesehen.

Emotionen

Bisher wurden fast ausschließlich kognitive Variablen beachtet, was für kognitive Handlungsmodelle charakteristisch ist. Sie lassen allerdings eine wesentliche Motivationsquelle außer Acht: Emotionen. Die Bedeutung von Emotionen in psychologischen Handlungsmodellen ist in Kapitel 2.2 ausgeführt. Daher werden in der vorliegenden Studie Emotionen explizit integriert (vgl. Kap. 3.1). Für das Handlungsfeld Gesundheitswesen werden, auch mit Blick auf die öffentliche Diskussion, die folgenden positiv und negativ erlebten Emotionen als relevant erachtet: Optimismus, Sicherheit, Stolz, Dankbarkeit und Ärger, Empörung, Ausgeliefertsein, Pessimismus.

Kontrollvariablen

Zur Kontrolle und Validierung der Variablen und Effekte sind ausgewählte Kontrollvariablen zu realisieren. Mit Blick auf die Ökonomie der Untersuchung werden diese auf ein Minimum reduziert. Neben demographischen Variablen, der Zugehörigkeit zu bestimmten Bevölkerungsgruppen (etwa Selbsthilfe- und Patientengruppen, Mitarbeiter von Krankenversicherungen) ist die Tendenz zu sozial erwünschtem Antwortverhalten sowie der Informationsgrad über aktuelle Gesundheitsdebatten in der Öffentlichkeit zu berücksichtigen.

Tendenz zu sozial erwünschtem Antwortverhalten. Soziale Erwünschtheit bedeutet, dass Personen ihr Verhalten bzw. ihre Antworten in einem Fragebogen an sozialen Normen orientieren und sich bemühen, einen möglichst guten und angepassten Eindruck zu machen (Gollwitzer & Schmitt, 2006). Häufig wird diese Tendenz auf ein Motiv nach sozialer Anerkennung zurückgeführt bzw. gleichgesetzt (Crowne & Marlowe, 1960). In einer Fragebogenuntersuchung sind Maßnahmen zu treffen, eine Verfälschung der Antworten zu vermeiden und zu kontrollieren (Gollwitzer & Schmitt, 2006; Kirchhoff et al., 2003; Mummendey, 1987). Dazu zählt u.a. in einem Begleitschreiben an die Ehrlichkeit der Probanden zu appellieren, oder darauf hinzuweisen, dass es keine richtigen und falschen Antworten gibt. Zur Kontrolle einer möglichen Verfälschung dienen sog. Soziale-Erwünschtheits-Skalen, wie etwa die SES-17 Skala von Stöber (1999).

Informationsgrad über aktuelle Gesundheitsdebatten. Im Rahmen einer Untersuchung im Handlungsfeld Gesundheitswesen ist ein möglicher Einfluss des Informationsgrads über diskutierte Gesundheitspolitiken und -debatten zu berücksichtigen.

Demographische Variablen. Die demographischen Variablen dienen vornehmlich der Beschreibung der Stichprobe (Alter, Geschlecht, Schulbildung). Der Zusammenhang dieser Variablen auf zentrale Untersuchungsvariablen ist empirisch zu prüfen.

Alternative Variablen. Es gibt eine Reihe weiterer Variablen, deren Einfluss im Handlungsfeld Gesundheitswesen begründbar sind. Denkbare alternativ zu integrierende Konzepte sind etwa dispositionelle **Protestantische Arbeitsethik** (Maes & Schmitt, 2001) oder **Glaube an eine gerechte Welt** (Dalbert, Montada & Schmitt, 1987; Maes, 1992). Dies legt beispielsweise eine Studie von Schmitt, Maes und Schmal (1995) für innerdeutsche Verteilungsfragen nahe. Darüber hinaus könnten **Kollektivismus- und Individualismusorientierungen** einen wesentlichen Einfluss ausüben (Bierbrauer, Meyer & Wolfradt, 1994). Von Bedeutung könnte darüber hinaus die in anderen Handlungsfeldern bedeutsame Variable der kontextuellen **Verfahrensgerechtigkeit** sein (z.B. Müller, 2003).

Damit ist die Auswahl und Konzeptualisierung der berücksichtigten Variablen im Handlungsfeld Gesundheitswesen getroffen: Variablen sind definiert, theoretisch eingebettet und die Auswahl begründet. Die Variablen dienen als Grundlage für weitere Analysen zur Gewinnung diagnostischer Erkenntnisse über Urteile, Motive und Handlungsabsichten im Handlungsfeld Gesundheitswesen. Es wird nicht übersehen, dass die Variablen nur eine Auswahl neben weiteren plausiblen Variablen darstellt.

3.3 Zusammenschau der zentralen Untersuchungsfragen

Ziel der Arbeit ist die Sammlung ersten bedingungsanalytischen Wissens im Handlungsfeld Gesundheitswesen. Orientiert an den in Kapitel 2.5 abgeleiteten Forschungsdesideraten wurden zentrale Forschungsfragestellungen für das vorliegende Untersuchungsprogramm formuliert (vgl. Kap. 3.1), die auf die folgenden Fragen zu verdichten sind.

- (1) Welche allgemeinen Urteile und Bereitschaften bestehen im Handlungsfeld Gesundheitswesen?
- (2) Welche Gerechtigkeitsurteile sind im Handlungsfeld Gesundheitswesen bedeutsam? Sind diese Urteile Ausdruck maskierten Eigeninteresses?

- (3) Welche Erklärungsmodelle können modelliert werden: Für positiv und negativ erlebte Emotionen bezüglich des Gesundheitssystems, für Verantwortungszuschreibungen im Handlungsfeld Gesundheitssystem, für Verhalten und Bereitschaften im Gesundheitssystem?

Diese Fragen werden im folgenden empirischen Teil der Arbeit beantwortet.

4 Methode

Ziele und Fragestellungen der vorliegenden Studie sind in den voran stehenden Kapiteln beschrieben. In diesem Kapitel ist die gewählte Methode der Fragebogenuntersuchung dargestellt. Zunächst werden Messinstrument, Datenerhebung und Stichprobe erläutert (vgl. Kap. 4.1) und Ergebnisse der durchgeführten Item- und Skalenanalysen dargestellt (vgl. Kap. 4.2). In Kapitel 4.3 werden die Qualität und Güte der Untersuchung diskutiert.

4.1 Messinstrument, Datenerhebung und Stichprobe

Im Rahmen des Forschungsprojektes zur verantwortungs- und gerechtigkeitspsychologischen Rekonstruktion konkurrierender Standpunkte und Handlungsbereitschaften im deutschen Gesundheitssystem wurde eine Fragebogenstudie durchgeführt. Die Zielstichprobe sind pflicht-, freiwillig pflicht- oder privat versicherte Bürgerinnen und Bürger Deutschlands. Zur gewählten Form der Untersuchung wird bemerkt, dass eine querschnittliche Fragebogenstudie ausschließlich korrelative Ableitungen erlaubt. Diese Wahl wird getroffen, da die Fragestellungen vornehmlich auf subjektive Sichtweisen und Bewertungen vor dem Hintergrund der individuellen Lebenslage im Vergleich zu (realen oder hypothetischen) Alternativen abzielt. In standardisierten Situationen, die im Experiment künstlich hergestellt werden, könnten diese nicht abgebildet werden (vgl. Gerhardt, 2005). Denn in einem einfachen Laborexperiment könnte die Komplexität des Gesundheitswesens nicht adäquat modelliert werden (vgl. Kap. 2.1). Auch anhand qualitativer Interviews könnten subjektive Sichtweisen und Bewertungen sinnvoll erhoben und kristallisiert werden.

Vor dem Hintergrund der zur Verfügung stehenden Ressourcen scheidet diese personalaufwendige Erhebungsform jedoch aus. Zudem ist die Beantwortung multivariater Fragestellungen, wenn überhaupt, nur eingeschränkt möglich. Die Wahl der Methode fällt daher wie ausgeführt auf eine querschnittliche Fragebogenstudie, deren spezifische Einschränkungen nicht übersehen werden (vgl. Bortz & Döring, 2006; Kirchhoff et al., 2003).

Das methodische Vorgehen der Untersuchung wird im Folgenden im Einzelnen ausgeführt.

Das Messinstrument

Auf Grundlage der in Kapitel 3 dargestellten Fragestellungen wurde ein **Fragebogen** entwickelt, der Standpunkte und Bereitschaften der Bevölkerung zu Fragen des deutschen Gesundheitssystems erfasst (vgl. Anhang A). Der Fragebogen stand in Papier-Bleistift-Version und als Online-Version im Internet zur Verfügung. Die **Papier-Version** umfasst insgesamt 19 Seiten, wobei zusätzlich ein Deckblatt und ein Anschreibens mit allgemeinen Erläuterungen vorangestellt wurden. Der **Online-Fragebogen** war in 14 Abschnitte gegliedert. Die Items entsprechen in Wortlaut und Reihenfolge der Papierversion. Allein die Instruktion war der Online-Befragung angepasst. Der Onlinefragebogen konnte auf einer Internetseite der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt abgerufen werden (www.ku-eichstaett.de/umfrage-gesundheit/). Zur Rekrutierung wurden u.a. Pressemitteilungen mit Informationen über die Studie und einem Aufruf zur Teilnahme an der Online-Erhebung geschaltet. Die Erhebung erfolgte anonym. Am Ende des Fragebogens wurde den Teilnehmern die Möglichkeit gegeben, auf einem gesonderten Blatt bzw. in einem gesonderten Datenbankverfahren ihre Adresse anzugeben, um über die Ergebnisse der Studie informiert zu werden.

Die Beantwortung der **insgesamt 246 Items des Fragebogens** erfolgt mit einer sechsstufigen Likert-Skala. Die Rating-Skala ist numerisch und verbal markiert. Es wurde eine geradzahlige Anzahl von Skalenstufen gewählt, um ein zumindest tendenziell in eine Richtung weisendes Urteil zu erzwingen und damit die Verfälschung durch eine übermäßige zentrale Tendenz zu verhindern (Bortz & Döring, 2006). Die Ausnahme bilden die demographischen Fragen sowie die Items der sozialen Erwünschtheit (SES-17, Stöber, 1999), die durch eine dichotome Skala zu beantworten sind.

Um der **Tendenz zu sozial erwünschtem Antworten** entgegen zu wirken, wurden, neben dem Einsatz der beschriebenen Kontrollskala von Stöber (1999), verschiedene Techniken zur

Reduktion und Vermeidung dieser Verzerrungstendenz angewandt (vgl. Kap. 3.2). Um die Furcht vor sozialer Verurteilung bzw. einer Orientierung des Antwortverhaltens an verbreiteten Normen und Erwartungen zu reduzieren, wurde die Anonymität der Befragung betont und an die Ehrlichkeit der Teilnehmer appelliert (Crowne & Marlowe, 1960). Zudem wurden neutrale Itemformulierungen gewählt, indem keine bewertenden Adjektive genutzt wurden, um die Itemschwierigkeit an die Bevölkerung anzupassen. Es wurde Vertrauen in die Wissenschaftlichkeit der Arbeit hergestellt und die inhaltliche Neutralität hervorgehoben.

Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte **von Mai bis August 2004**. In dieser Zeit waren Veränderungen des Gesundheitssystems und gesundheitspolitische Diskussionen immer wieder Gegenstand medialer Berichterstattung, die zwar verfolgt, jedoch nicht systemisch erhoben und analysiert wurden. Mögliche Einflüsse wurden über den Informationsstand der Probanden kontrolliert (vgl. Kap. 3.2).

Ziel der schriftlichen Befragung ist es nicht, **repräsentative Aussagen** über die bundesdeutsche Bevölkerung zu treffen. Eine repräsentative Erhebung ist mit einem Erhebungsinstrument mit beschriebenem Umfang aus pragmatischen und finanziellen Gründen nicht möglich. Repräsentativität ist grundsätzlich eine problematische Zielvorgabe, da Personen nicht zur Teilnahme an einer Befragung gezwungen werden können. Der Fokus der eigenen Studie liegt daher von vorne herein auf der statistischen Repräsentativität in dem Sinn, dass der Umfang der Stichprobe optimal ist, um inferenzstatistisch gültige Schlüsse zu ziehen (z.B. Bortz & Döring, 2006).

Zielstichprobe ist, wie formuliert, die allgemeine deutsche Bevölkerung. Um ein umfassendes Spektrum verschiedener Meinungen und Ansichten der Bevölkerung abzudecken, wurden über die allgemeine Bevölkerung hinaus gezielt verschiedene **Bevölkerungsgruppen** zur Teilnahme motiviert. Sie sollten einen besonders hohen Informationsgrad über das deutsche Gesundheitssystem haben und sich an Diskussionen über gesundheitspolitische Fragen beteiligen. Denn es ist vor allem diese Gruppe, die den öffentlichen Diskurs bestimmt. Es wurden gezielt Vertreter von Krankenversicherungen, Selbsthilfegruppen, Patientengruppen sowie ärztlichen Vereinigungen rekrutiert. In einem entsprechenden Schreiben wurde der Internetlink des Fragebogens auf dem Server der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt verschickt (www.ku-eichstaett.de/umfrage-gesundheit/).

Auf der Internetseite stand der Fragebogen als pdf-Datei zum Download einerseits sowie zum Online-Ausfüllen andererseits zur Verfügung. Zudem wurden Pressemitteilungen mit Informationen über die Studie und einem Aufruf zur Teilnahme an der Online-Erhebung an relevanten Stellen geschaltet.

Stichprobe

Zielstichprobe sind gesetzlich oder privat versicherte Bürgerinnen und Bürger. Von insgesamt 300 verteilten Fragebögen in *Papier-Version* wurden im genannten Zeitraum 203 ausgefüllt zurückgegeben. Dies entspricht einer äußerst zufrieden stellenden Rücklaufquote von 68 Prozent. Die hohe Rücklaufquote spricht für die Repräsentativität der Stichprobe für die befragte Grundgesamtheit. Die *Online-Version* des Fragebogens wurde von 281 Personen ausgefüllt, wobei 67 Personen den Fragebogen nicht vollständig beantwortet haben. Dies erklärt, dass von einigen Teilnehmern demographische Angaben fehlen, die am Ende des Fragebogens erhoben wurden. Damit nahmen **insgesamt 484** Personen an der Fragebogenstudie teil. Insgesamt machten 140 Personen von der Möglichkeit Gebrauch, über die Ergebnisse der Studie informiert zu werden. Dies signalisiert ein hohes Interesse an Thema und Befragung.

Um die Ergebnisse der Datenanalysen (vgl. Kap. 5) richtig einzuordnen und zu interpretieren, muss die Verteilung verschiedener Merkmale in der Stichprobe bekannt sein. Darüber hinaus beruht das gewählte methodische Vorgehen weitgehend auf multivariaten Analysen. Deren sinnvoller Einsatz setzt eine zufrieden stellende Varianz der Variablen voraus. Die Integration verschiedener Bevölkerungsgruppen erhöht die Wahrscheinlichkeit viele unterschiedlicher Antworten. Die Stichprobe wird im Folgenden näher beschrieben.

Versichertenstatus

An der Befragung nahmen vorwiegend Personen teil, die **gesetzlich krankenversichert** sind (**N = 323**). Ein geringerer Anteil der Stichprobe ist **privat versichert** (**N = 97**), wobei von 64 Personen die Information über ihren Versicherungsstatus fehlt (vgl. Abb. 1). Damit ist der Großteil der Stichprobe von aktuellen und zukünftigen Änderungen im Gesundheitssystem als gesetzlich Krankenversicherte direkt betroffen.

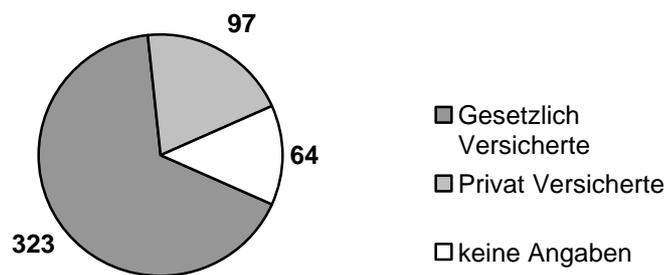


Abbildung 1: Versichertenstatus in der Stichprobe

Für die Item- und Skalenanalysen sind Entscheidungen über den **Umgang mit den Teilstichproben** der Studie zu treffen. Unterschiedliche bzw. identische Urteile z.B. von gesetzlich und privat Versicherten können als besondere Validitätshinweise gewertet werden, da privat Versicherte durch Entscheidungen im gesetzlichen Krankenversicherungssystem nicht direkt betroffen sind und somit ihre Gerechtigkeitsurteile nicht Eigeninteressen verdecken können. Daher ist es sinnvoll, ausgewählte Analysen getrennt für die Teilstichproben der gesetzlich und privat Versicherten durchzuführen (vgl. Kap. 6).

Gesundheitszustand

Für Urteile über das deutsche Gesundheitssystem ist weiter der eigene **Gesundheitszustand** von Bedeutung. Insgesamt geben 366 befragte Personen an, dass ihr eigener Gesundheitszustand insgesamt gut ist. In der Gesamtstichprobe leiden 61 Personen unter einer chronischen Krankheit. Auch die genannte Gruppe ist von Veränderungen in der Gesundheitsversorgung in besonderer Weise betroffen und findet daher in ausgewählten Analysen gesondert Beachtung.

Spezifische Bevölkerungsgruppen

Für die Fragestellungen der Forschungsarbeit ist darüber hinaus von Bedeutung, inwieweit die Teilnehmer der Studie durch Veränderungen im Gesundheitssystem direkt oder indirekt beeinflusst sind. 195 Personen geben an, dass sie selbst oder Familienangehörige **bei einer Krankenversicherung beschäftigt** sind; 58 Personen sind im **Gesundheitssektor beschäftigt** (z.B. Ärzte, Apotheker, Physiotherapeuten, Pflegedienst); 202 Teilnehmer sind **Mitglieder in Selbsthilfegruppen oder in Verbänden**, die sich für Gesundheitsförderung engagieren.

Finanzielle Mittel

Die subjektive Einschätzung der im eigenen Haushalt zur Verfügung stehenden **finanziellen Mittel** auf einer sechsstufigen Antwortskala von 1 = „äußerst knapp“ bis 6 = „mehr als genug“ liegt in der Stichprobe im Schnitt bei $M = 3,59$ mit einer Streuung von $SD = 1,2$ (vgl. Abb. 2). Gesetzlich und privat versicherte Befragte unterscheiden sich zwar hinsichtlich ihrer Einschätzung ihrer finanziellen Mittel (t-Test für unabhängige Stichproben, $t_{(369)} = 2.87$, $p < .01$, $d = 0.36$), die Mittelwerte für beide Gruppen weichen jedoch nicht signifikant vom Skalenmittelpunkt ab und streuen relativ hoch ($M_{\text{gesetzlich}} = 3.48$, $SD_{\text{gesetzlich}} = 1.18$; $M_{\text{privat}} = 3.91$, $SD_{\text{privat}} = 1.23$).

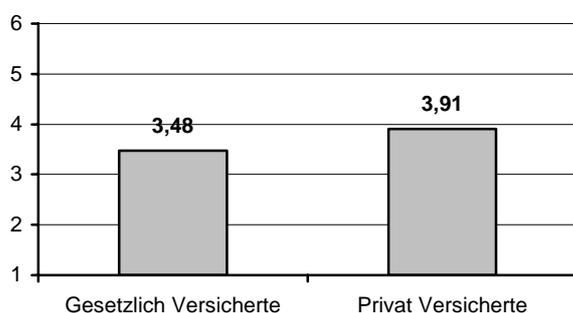


Abbildung 2: Mittelwertsvergleich der subjektiv verfügbaren finanziellen Mittel

Informationsgrad

Des Weiteren wird die **Informiertheit** der einzelnen Befragten über aktuelle gesundheitspolitische Diskussionen betrachtet. Die Gesamtstichprobe gibt an, im Schnitt sehr gut über das deutsche Gesundheitssystem informiert zu sein ($M = 4.21$, $SD = 1.06$). Interessanterweise erleben sich Mitarbeiter oder Angehörige von Mitarbeitern von Krankenversicherungen (t-Test für unabhängige Stichproben, $t_{(407)} = 1.98$, $p < 0.05$, $d = 0.19$) oder Mitglieder von Selbsthilfegruppen oder Gesundheitsverbänden (t-Test für unabhängige Stichproben, $t_{(409)} = 2.47$, $p < 0.05$, $d = 0.25$) nur in geringem Maße besser informiert sind als die Vertreter der Allgemeinbevölkerung (im Mittel jeweils nicht kleiner als $M = 4.11$).

Geschlecht und Alter

Insgesamt nahmen **244 Frauen** und **175 Männer** (bei 65 fehlenden Angaben) an der Untersuchung teil (vgl. Abb. 3). Die Geschlechterverteilung ist damit zwar nicht ganz ausgewogen (58,2% Frauen gegenüber 41,8% Männern), Ergebnisse zu den Fragestellungen der Studie sind damit jedoch nicht eingeschränkt.

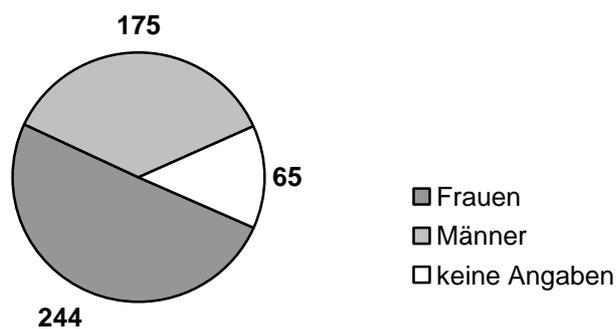


Abbildung 3: Geschlechterverteilung in der Stichprobe

Die **Altersverteilung** liegt im Durchschnitt bei 40 Jahren, wobei der Range von 16 bis 82 spannt und ein Schwerpunkt auf der Gruppe der 21 bis 30 Jährigen (25.8%) liegt (vgl. Tab. 2). Das Alter streut jedoch sehr weit. In der Stichprobe sind alle Alterskategorien vertreten.

Tabelle 2: Altersverteilung der Stichprobe (M = 40, SD = 14)

Altersgruppe	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	Fehlend
N	14	125	94	78	69	32	4	1	67
%	2.9	25.8	19.4	16.1	14.3	6.6	0.8	0.2	13.8

Schulbildung

Die sozio-ökonomische Verteilung, u.a. erhoben über den **Schulabschluss**, ist in der Stichprobe nicht ausgeglichen (vgl. Tab. 3). Der Großteil (61.6%) der Teilnehmer hat Abitur. Damit ist diese Bildungsgruppe in der Stichprobe überrepräsentiert. Dies ist teilweise durch die Rekrutierungsstrategien zu erklären. Einerseits wurden, wie beschrieben, gezielt informierte Bevölkerungsgruppen angesprochen und andererseits ist eine Vorselektion von Personen mit Internetzugang in einer Online-Befragung festgelegt (vgl. Batinic & Bosnjak, 2000).

Tabelle 3: Schulbildung der Stichprobe

Schulabschluss	ohne	Haupt-/ Volksschule	Mittlere Reife	Abitur	Fehlend
N	2	27	78	298	79
%	0.4	5.6	16.1	61.6	16.3

Familienstand

Insgesamt sind 230 Befragte (47.5%) **verheiratet** und 242 (50.0%) geben an, ein Kind oder bis zu fünf **Kinder** zu haben.

Es lässt sich festhalten, dass die Stichprobe von 484 Personen im Vergleich zur demographischen Struktur der deutschen Gesamtbevölkerung (vgl. Statistisches Bundesamt, 2004)

- mehr privat Krankenversicherte enthält (gegen ca. 9 % der deutschen Bevölkerung),
- mehr Frauen umfasst (für die deutsche Gesamtbevölkerung: 48.9% Männer und 51.1% Frauen)
- ein niedrigeres Durchschnittsalter aufweist,
- im Schnitt mehr Personen mit höherer Schulbildung einschließt.

Die schiefen Verteilungen in der Gesamtstichprobe **bedeuten für die Arbeit**, die Ergebnisse der Datenanalyse vor diesem Hintergrund zu interpretieren und die dadurch bedingte begrenzte Gültigkeit bei der Ergebnisinterpretation zu beachten. Die Stichprobe ist nicht repräsentativ für die allgemeine Bevölkerung. Vielmehr repräsentiert sie vorwiegend aufgeklärte Bevölkerungsgruppen, die zum Teil über spezifische Wissensbestände verfügen und zugleich bereit sind, relativ viel Zeit zur Beantwortung der Untersuchungsfragen aufzuwenden. Obwohl in der Stichprobe ein deutlicher Schwerpunkt auf Personen mit hohem Schulabschluss liegt, ist dennoch eine Vielzahl von Meinungen vertreten. Eine ausreichende Varianz in den Variablen kann erwartet werden (vgl. Kap. 4.2). Eine Interpretation deskriptiver Ergebnisse erfolgt vor dem Hintergrund der Stichprobenverteilung. Ausgewählte Analysen werden für parallelisierte Teilstichproben durchgeführt.

4.2 Item- und Skalenanalysen

Im Rahmen der vorliegenden Fragebogenstudie wurde, wie beschrieben, ein eigenes Messinstrument entwickelt. Bis auf die deutsche Fassung der Skala zur Erhebung sozialer Verantwortung nach Berkowitz (Bierhoff, 2000), die gekürzte Skala zur Messung sozialer Erwünschtheit (SES-17, Stöber, 1999) sowie die teilweise modifizierte Skala zur Erhebung dispositionalen Eigeninteresses (Kals, Ittner & Müller, 2000; Müller, Kals & Müller, 2003a, 2003b), wurden die Skalen für das Anwendungsfeld Gesundheitssystem neu konzipiert. Daher

werden nach der Beschreibung der Methodik die Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen dargestellt, um die Güte der eingesetzten Items und Skalen zu dokumentieren.

Die gewählte Methodik

Mit Hilfe von Faktorenanalysen wurde dem erhobenen großen Variablensatz eine ordnende Struktur unterlegt (Bortz, 1993; Hair et al., 2006). Als Methode der Faktorenextraktion wurde die **Hauptachsenanalyse** gewählt mit dem Ziel, die Varianz der Variablen durch hypothetische Größen zu erklären (Backhaus et al., 1994; Hair et al., 2006). Der alternativen und verbreiteten Methode der Hauptkomponentenanalyse liegt die theoretische Annahme zugrunde, alle Faktoren erklärten alle Variablen und entsprechend sei die Varianzaufklärung 100 Prozent (Backhaus et al., 1994). Der Konzeption des eigenen Messinstrumentes entspricht diese Annahme nicht. Um eine möglichst klare Faktorenstruktur zu erhalten, wurden bei Lösungen mit mehr als einem Faktor die Faktoren mit Hilfe der **orthogonalen Varimax-Rotation** rotiert (Diehl & Staufenbiel, 2002). Zur optimalen Nutzung der Daten wurden fehlende Werte listenweise ausgeschlossen, da von einigen Probanden der Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt wurde (Diehl & Staufenbiel, 2002).

Folgende Kriterien wurden im Sinne einer Heuristik für die **Entscheidung der Faktorenlösung** herangezogen (Bortz & Döring, 1995, 2006): (1) das sog. **Kaiser-Kriterium**, bei dem die Zahl der zu extrahierenden Faktoren der Zahl der Faktoren mit einem Eigenwert größer eins entspricht (vgl. Bortz, 1993); (2) der sog. **Scree-Test**, bei dem die Eigenwerte in einem Koordinatensystem nach abnehmender Wertefolge abgetragen werden und die Zahl der Faktoren entsprechend des Kurvenverlaufs gebildet wird (Cattell, 1966); (3) orientiert am **Anteil aufgeklärter Varianz** der entsprechenden Faktorenlösung; (4) orientiert an den **Reliabilitäten** (wie interne Konsistenz sowie Split-Half-Reliabilitäten) der entsprechenden Faktorenlösungen; sowie (5) orientiert an der **Höhe der Faktorladungen**, wobei Items mit geringeren Ladungen als 0,40 aus den weiteren Analysen ausgeschlossen wurden (Lienert, 1989). Zudem waren **inhaltlich-theoretische Überlegungen** entsprechend der aufgestellten Hypothesen für die Faktorenextraktion für Faktorenanalysen als exploratives Verfahren für sinnvolle und begründbare Ergebnisse im Sinne einer „sinnvollen Interpretierbarkeit“ (Bortz & Döring, 1995, S. 355) entscheidend.

Entsprechend wurden in der vorliegenden Untersuchung Items, deren Faktorladung kleiner 0,40 ist sowie Items, deren Faktorladung die Forderung der Einfachstruktur verletzen, aus weiteren Analysen ausgeschlossen. Für die einzelnen Items sind neben Mittelwert und

Streuung die jeweiligen Trennschärfen (Item-Total-Correlation) berechnet. Zur Beurteilung der Güte der durch die Faktorenanalysen gebildeten Skalen wurden, wie erwähnt, Reliabilitätskennwerte berechnet (zur Beurteilung der internen Konsistenz Cronbach's Alpha sowie Split-Half-Reliabilitäten nach Guttman und Spearman-Brown). Hierbei werden Werte von mindestens 0,70 für neu konzipierte Skalen als zufrieden stellend bewertet (Clark-Carter, 1998; Kline, 2000).

Das Antwortverhalten der Untersuchungsteilnehmer wurde anhand von Häufigkeitsverteilung der Testwerte ermittelt. **Normalverteilte Testwerte** sind für zahlreiche inferenzstatistische Verfahren Voraussetzung. Die Forderung normalverteilter Messwerte erübrigt sich jedoch bei großen Stichproben bzw. ist nicht sinnvoll, da geringe Verteilungsabweichungen zu schnell signifikant werden, wie es in der vorliegenden Studie der Fall ist (vgl. Bortz, 1993). Auch für Subgruppenberechnungen wird der übliche Richtwert größer 30 Untersuchungsobjekten nicht unterschritten (Bortz & Döring, 2006). Für ausgewählte zentrale Skalen wurde dennoch durch den Goodness-of-Fit-Chi-Quadrat-Test bzw. mit dem Komogorov-Smirnov-Test überprüft, ob eine überzufällige Abweichung der empirischen Verteilung vorliegt (Bortz & Döring, 2006). Insgesamt kann für alle zentralen Skalen die Voraussetzung der Normalverteilung als gegeben angesehen werden.

Die Überprüfung der **Messgenauigkeit** durch Reliabilitätskoeffizienten ist auch für die Güte der Ergebnisse weiterer multivariater Analysen (wie z.B. linearen Regressionsanalysen) von entscheidender Bedeutung. In Regressionsanalysen führen messfehlerbehaftete Prädiktoren zu einer Unterschätzung des Regressionskoeffizienten, wobei bereits bei einer Reliabilität von $r_{tt} = 0,70$ die β -Koeffizienten mit 30% unterschätzt werden (vgl. Pedhazur, 1982).

In Anhang B sind die **Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen** der Gesamtstichprobe **zusammenfassend** tabellarisch aufgeführt (vgl. Tab. B-1). Im Folgenden werden Ergebnisse exemplarischer Skalenanalysen für die Gesamtstichprobe beschrieben, die für die Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung zentral sind (vgl. Kap. 3).

4.2.1 Bereitschaftsskalen

Bereitschaften, sich für ein gerechtes Gesundheitssystem bzw. sich für eigene Interessen im Gesundheitssystem zu engagieren, wurden parallel aus zwei Perspektiven erhoben. Zum einen wurden die eigenen Bereitschaften erfragt. Zum anderen wurde gefragt, wie die

Bereitschaften der Mehrzahl der Deutschen, also das Fremdbild, eingeschätzt werden (vgl. Kap. 3.1). Die Ergebnisse der Skalenanalysen der Bereitschaften für ein gerechtes Gesundheitssystem sind im Folgenden dargestellt.

Engagementbereitschaften für ein gerechtes Gesundheitssystem (Selbstbild)

Die Skala zur Ermittlung eigener Engagementbereitschaften für ein gerechtes Gesundheitssystem umfasst neun Items. Theoretisch werden zwei Faktoren angenommen: politische Engagementbereitschaften und Bereitschaften, für die Gesundheitsversorgung (mehr) zu zahlen bzw. auf Gesundheitsleistungen zu verzichten. Die empirische Analyse bestätigt zum Teil die a-priori Dimensionierung. Die Hauptachsenanalyse bildet mit dem Kriterium „Eigenwerte größer eins“ eine zweifaktorielle Lösung (aufgeklärte Itemgesamtvarianz von 50.22%). Wie erwartet kann ein Faktor *Politische Engagementbereitschaften für ein gerechtes Gesundheitssystem* über fünf Items mit einer zufrieden stellenden internen Konsistenz von Cronbach's $\alpha = 0,75$ aggregiert werden. Die Bereitschaften verschiedener Zahlungs- und Verzichtsmodalitäten sind in der Stichprobe dagegen zu differenzieren. Die Bereitschaft, für bestimmte Gesundheitsleistungen selbst aufzukommen und die Bereitschaft, private Zusatzversicherungen abzuschließen korrelieren signifikant mit $r = 0,57$ ($p < .01$) und bilden den zweiten Faktor *Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen*. Die *Bereitschaft, für ein gerechtes Gesundheitssystem höhere Beiträge zu zahlen* und die *Bereitschaft, für ein gerechtes Gesundheitssystem auf Gesundheitsleistungen zu verzichten* werden in weitere Analysen als Einzelrestitems berücksichtigt, da sie einen eigenen inhaltlich wichtigen Bereich repräsentieren (vgl. Tabelle B-1 in Anhang B).

Engagementbereitschaften für ein gerechtes Gesundheitssystem (Fremdbild)

Die Ergebnisse der Faktorenanalyse der Fremdzuschreibungen der Engagementbereitschaften für ein gerechtes Gesundheitssystem sind den Engagementbereitschaften im Selbstbild ähnlich. Auch hier werden mit dem Kaiser-Kriterium entsprechend der erwarteten Dimensionierung zwei Faktoren extrahiert: *Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (Fremdbild)* aggregiert über fünf Items (Cronbach's $\alpha = 0.78$) und *Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen (Fremdbild)*. Entgegen der Ergebnissen der Bereitschaften im Selbstbild weisen alle Items Faktorladungen größer 0.40 auf und qualifizieren sich damit zu einem Faktor (mit einer internen Konsistenz von Cronbach's $\alpha = 0.76$). Aus theoretischen Gründen wird jedoch eine parallele Lösung der Engagementbereitschaften im Selbst- und Fremdbild gewählt: *Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen (Fremdbild)*

wird über zwei Items aggregiert, die hoch ($r = 0.62$, $p < .01$) korrelieren. Daneben werden *Bereitschaft, für ein gerechtes Gesundheitssystem höhere Beiträge zu zahlen (Fremdbild)* sowie *Bereitschaft, für ein gerechtes System auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (Fremdbild)* als Einzelitems in weitere Analysen eingehen (vgl. Tabelle B-1 in Anhang B).

4.2.2 Kontextuelle und dispositionale Eigeninteressen

In der Fragebogenuntersuchung wurden Eigeninteressen durch verschiedene Variablen erhoben:

(1) *Eigene Betroffenheiten* durch Veränderungen im Gesundheitssystem u.a. operationalisiert über den eigenen Versicherungsstatus, über den eigenen Gesundheitszustand, sowie über eigene zur Verfügung stehende finanzielle Mittel. Die Verteilung dieser personenbezogenen Variablen ist in Kapitel 4.1 beschrieben.

(2) *Eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung* (Itembeispiel „Mir ist ausschließlich eine optimale Gesundheitsversorgung meiner eigenen Person wichtig, egal wie viel es die Krankenversicherung kostet.“).

(3) *Dispositionales Eigeninteresse* anhand der modifizierten Skala von Kals, Ittner und Müller (2000) bzw. Müller, Kals und Müller (2003).

Eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung wurde durch sieben Items erfasst. Das Ergebnis der Hauptachsenanalyse beschreibt eine zweifaktorielle Lösung, die der a-priori Annahme entspricht. Die Lösung klärt 35.24% der Itemgesamtvarianz auf. Der Faktor *Eigene Interessen bei der Gesundheitsversorgung* wird über vier Items aggregiert. Die interne Konsistenz liegt mit Cronbach's $\alpha = 0.57$ im unteren Akzeptanzbereich. Für Wiederholungsuntersuchungen müsste diese Skala optimiert werden. Ein Item qualifiziert sich nicht für die Lösung, da dessen Faktorladung unter dem kritischen Wert von 0,40 liegt. Die beiden Items, die den zweiten Faktor *Eigennützige Wahl KV-finanzierter Leistungen* bilden, korrelieren zu $r = 0,41$ ($p < .01$).

Zur Ermittlung **dispositionalen Eigeninteresses** wurde, wie erwähnt, die Skala von Kals und Mitarbeitern eingesetzt (Kals, Ittner & Müller, 2000; Müller, Kals & Müller, 2003). Diese wurde jedoch in der Weise modifiziert, dass die eindimensionale Operationalisierung der Eigennutzskala mit acht Items um den Gegenpol einer altruistischen Grundhaltung erweitert wurde. Damit kann die Inhalts- und Konstruktvalidität der Skala geprüft werden. Die faktoranalytischen Ergebnisse bestätigen die Vorgehensweise und die Validität der Skala. Die

Hauptachsenanalyse schlägt mit dem Kriterium „Eigenwerte größer ein“ zunächst entgegen der theoretischen Erwartungen eine dreifaktorielle Lösung vor (aufgeklärte Gesamtvarianz von 51.24%). Der Scree-Test verweist jedoch auf einen deutlichen „Knick“ im Eigenwerteverlauf nach den ersten beiden Werten. Daher wurde eine zweifaktorielle Lösung erzwungen, die 42,61% der Itemgesamtvarianz erklärt. Die Lösung zeigt eine klare Trennung eigennütziger und altruistischer Items, wobei ein Item aus weiteren Analysen ausgeschlossen wird (Faktorladung <0.40). Entsprechend werden zwei Faktoren aggregiert: *Dispositionaler Eigennutz* mit einer internen Konsistenz von Cronbach's $\alpha = 0,78$ sowie *Dispositionaler Altruismus* mit einem Cronbach's $\alpha = 0,67$.

4.2.3 Kontextuelle und dispositionale Gerechtigkeiten

Der Fragebogen umfasst insgesamt fünf Gerechtigkeitsvariablen: Verteilungsgerechtigkeiten und allgemeine Gerechtigkeitsurteile bezogen auf das Gesundheitssystem, kontextuelle Ungerechtigkeitsurteile über Missbrauch im Gesundheitssystem, eigenes Ungerechtigkeitserleben bezüglich der Gesundheitsversorgung im Vergleich zu anderen sowie dispositionale Gerechtigkeits sensibilität. Die Ergebnisse sind in Tabelle B-1 in Anhang B zusammenfassend dargestellt.

Verteilungsgerechtigkeiten wurden für Verteilung von Leistung und Lasten in einer Skala erhoben. Erwartet wurde, dass sich Faktoren entsprechend der Verteilungsprinzipien Leistung bzw. Leistungsfähigkeit, Bedürftigkeit, Ausgewogenheit und Gleichheit sowie Nachhaltigkeitsaspekten von Verteilungen bilden. Die Lösung einer Hauptachsenanalyse mit dem Kriterium „Eigenwerte größer eins“ bietet eine vierfaktorielle Lösung an (aufgeklärte Gesamtvarianz von 39.25%): Der erste Faktor *Verteilung von Gesundheitsleistungen nach dem Bedürftigkeitsprinzip* wird über drei Items aggregiert (Cronbach's $\alpha = 0.67$). Auf dem zweiten Faktor, bezogen auf Beitragsverteilungen, laden Gleichheits- und Leistungsfähigkeitsprinzip (letzteres mit negativem Vorzeichen) hoch. Inhaltliche Überlegungen führen zu der Entscheidung, diesen Faktor zu splitten in *Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Gleichheitsprinzip* sowie *Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip*. Zu Lasten der Reliabilität, aber zugunsten der inhaltlichen Interpretierbarkeit, werden weitere Analysen mit inhaltlich differenzierten Einzelitems durchgeführt. Den dritten Faktor bilden zwei Items, deren Korrelation ($r = 0.40$, $p < .01$) den Faktor *Verteilung von Zahlungen und Leistungen nach dem Equityprinzip* bestätigt. Faktor vier bezieht sich mit zwei aggregierten Items auf Nachhaltigkeitsaspekte von

Versorgungsverteilungen (Korrelation von $r = 0.33$, $p < .01$) und wird beschrieben als *Zukünftige Versorgungssicherheit*. Ergebnisse weiterer Analysen mit diesen Faktoren müssen vor dem Hintergrund teilweiser geringer Reliabilitätswerte interpretiert werden.

Die fünf Items der **Ungerechtigkeitsurteile über Missbrauch** im Gesundheitssystem werden aufgrund des Ergebnisses der Hauptachsenanalyse zu einem Faktor *Wahrgenommene Ungerechtigkeiten* aggregiert. Diese einfaktorielle Lösung klärt 54,19 Prozent der Itemgesamtvarianz auf. Die interne Konsistenz der Skala ist mit Cronbach's $\alpha = 0,85$ äußerst zufrieden stellend.

Ungerechtigkeitserleben in der Gesundheitsversorgung wird mit vier Items gemessen, deren Faktor *Ungerechtigkeitserleben in der Gesundheitsversorgung* durch die einfaktorielle Lösung der Hauptachsenanalyse bestätigt wird. Für die Güte der Skala spricht die aufgeklärte Gesamtvarianz von 73,42 Prozent und die interne Konsistenz der Skala von Cronbach's $\alpha = 0,91$.

Dispositionale Gerechtigkeitssensibilität wird über fünf Items aggregiert. Die einfaktorielle Lösung der Faktorenanalyse, die 65,61 Prozent der Gesamtvarianz erklärt, bestätigt den Faktor. Die interne Konsistenz von Cronbach's $\alpha = 0,90$ spricht für die ausgeprägte Messgenauigkeit der Skala.

Insgesamt sind die a-priori angenommenen Dimensionen der zentralen Skalen weitgehend bestätigt. Die Variablenbildungen können als faktoren- und skalenanalytisch abgesichert gelten. Die Ergebnisse sind in Tabelle B-1 in Anhang B zusammenfassend dargestellt.

4.3 Die Qualität der Untersuchung

Die Bewertung der Qualität bzw. Güte der Untersuchung und des Messinstrumentes wird im Folgenden anhand der zentralen psychologischen Gütekriterien vorgenommen (vgl. Bortz & Döring, 2006; Lienert, 1989). Dazu wird geprüft, ob Objektivität, Reliabilität (die teilweise bereits in Kap. 4.2 diskutiert wurde) sowie Validität der Untersuchung Bestand haben und Forderungen der empirischen Wissenschaft standhalten.

Die **Objektivität** als Ausmaß der Unabhängigkeit der Ergebnisse vom Untersucher (Lienert, 1989) ist für die vorliegende Untersuchung im Hinblick auf Durchführungs- und Auswertungsobjektivität zu prüfen. Im Sinne einer hohen Durchführungsobjektivität wurde ein standardisierter Fragebogen mit standardisierten Instruktionen konzipiert und in Form einer schriftlichen Papier- sowie Online-Befragung durchgeführt. Eine hohe Auswertungsobjektivität ist gewährleistet durch das vorgegebene Antwortformat einer sechsstufigen Likert-Type-Skala, die eine Antwortbewertung eindeutig vorschreibt. Bei offenem Antwortformat wurden die Werte direkt übernommen (z.B. Alter) oder ohne Informationsverlust entsprechenden Kategorien zugeordnet (z.B. Schulbildung).

Im Zeitraum der Datenerhebung waren aktuelle Veränderungen und Veränderungspläne in der Gesundheitsversorgung häufig Thema medialer Berichterstattung. Dies schränkt die Bedingungskonstanz der Untersuchung ein (z.B. Langeheine & Lehmann, 1986): Medienberichte wurden zwar verfolgt, jedoch aus ökonomischen Gründen nicht systematisch erhoben und analysiert. Mögliche Einflüsse auf die Meinungsbildung der Bevölkerung wurden im Fragebogen jedoch durch Kontrollitems (z.B. „Ich verfolge die aktuellen Diskussionen über Reformen im Gesundheitssystem nur am Rande.“) erfasst. Ergebnisse von Subgruppenanalysen zeigen keine systematischen Unterschiede in der Beurteilung von Personen, die angeben, gut oder schlecht über aktuelle Veränderungen im Gesundheitssystem informiert zu sein. Insgesamt ist von einer objektiven Untersuchung auszugehen, was Voraussetzung ist für die im Folgenden diskutierten Kriterien der Reliabilität und Validität (vgl. Lienert, 1989).

Die **Reliabilität** gibt den Grad der Präzision bzw. Messgenauigkeit der Skalen bzw. des gesamten Fragebogeninstrumentes an. Sie ist umso höher, je kleiner der Messfehler eines gemessenen Wertes ist. Reliabilitätskoeffizienten wurden für alle gebildeten Skalen berechnet (Cronbach's α als Maß der internen Konsistenz; Testhalbierungs-Reliabilitäten nach Spearman Brown und Guttman als Äquivalenzmaße) und als zentrale Kriterien der Skalenbildung herangezogen (vgl. Kap. 4.2 bzw. Tabelle B-1 in Anhang B). Nach Bortz und Döring (1995) sind Tests dann als gut zu bewerten, wenn sie mindestens eine Reliabilität von 0,80 aufweisen. Verschiedene Autoren weisen jedoch darauf hin, dass bei der Reliabilitätsbewertung darauf zu achten sei, wie die zu messenden Merkmale geartet sind (Clark-Carter, 1998; Bortz & Döring, 2006), wobei Cronbach's Alpha mindestens einen Wert von 0,70 erreichen sollte (Kline, 2000). Die in der vorliegenden Untersuchung aggregierten

Skalen besitzen insgesamt zufrieden stellende bis hohe Genauigkeitskennwerte (vgl. Tabelle B-1 in Anhang B).

Die **Validität** einer Untersuchung gilt als das wichtigste Beurteilungskriterium. Es gibt eine Vielzahl gegenseitig abhängiger Validitätsarten, die es zu prüfen gilt (vgl. z.B. Clark-Carter, 1998; Bortz & Döring, 2006): u.a. Augenschein-, Inhalts-, Kriteriums- und Konstruktvalidität. Die Wahl einer Fragebogenstudie als Methode zur Gewinnung von Einstellungs- und Bereitschaftsurteilen erfordert im Rahmen der Validitätsprüfung eine Diskussion sozial erwünschten Antwortens (vgl. Kap. 3.2).

Für *Augenschein- und Inhaltsvalidität* gibt es keine quantifizierbare Größe. Der Inhalt der Items soll vielmehr das zu messende Konstrukt in seinen wichtigsten Aspekten erschöpfend erfassen. Für die Untersuchung wurde die Inhaltsvalidität dadurch gewährleistet, dass die Konstruktion der Skalen einerseits theoriegeleitet erfolgte. Darüber hinaus wurden die Items an eine Analyse der Argumente in der öffentlichen Diskussion über Änderungen des Gesundheitssystems angelehnt. Zudem wurden Ergebnisse vorliegender qualitativer Studien im Sinne einer Pilotstudie herangezogen (vgl. Ullrich, Wemken & Walter, 1994; Ullrich, 2002a). Im Sinne einer *kriteriumsbezogenen Validität* als Übereinstimmung eines Testergebnisses mit einem korrespondierenden (Außen-)Kriteriums (Bortz & Döring, 2006) ist für die vorliegende Untersuchung beispielsweise zu prüfen, ob die Bereitschaft zu Engagement für ein gerechtes Gesundheitssystem mit tatsächlichem Verhalten (politisches Engagement) im Sinne einer Übereinstimmungsvalidität in Zusammenhang stehen. Für die vorliegende Untersuchung sind die Korrelation mit $r = 0,52$ ($p < .01$) für politisches Engagementbereitschaft für eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung bzw. $r = 0,64$ ($p < .01$) für politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem als hoch zu bewerten. Die Interpretation dieses Ergebnisses ist jedoch nur eingeschränkt vorzunehmen, da das Verhalten wie die Bereitschaften in Form von Einstellungsmessungen erfolgte. Auf eine Erhebung durch andere Modalitäten (z.B. im Sinne einer multimodalen Erhebung) wurde aus ökonomischen Gründen verzichtet.

Weitere Validitätshinweise geben vergleichende Analysen der Papier-Bleistift- bzw. der Online-Version des Fragebogens. Die Validität der jeweiligen faktoriellen Struktur der Skalen ist für die Teilstichproben der Papier-Bleistift-Version und der Online-Version bestätigt. Dazu wurden jeweils für die Online-Stichprobe wie für die Papier-Stichprobe getrennt Faktorenanalysen durchgeführt (vgl. Tab. B-2 und B-3 in Anhang B). Die Ergebnisse der

Faktorenanalysen der Gesamtstichprobe werden für die jeweiligen Teilstichproben bestätigt, was die Reliabilität und Validität der Erfassung von psychologischen Merkmalen im Internet unterstreicht (vgl. hierzu Batinic & Bosnjak, 2000; Cohrs et al., 2005). Zudem wurden anhand parallelisierter Substichproben der Einfluss von Papier- bzw. Online-Version mittels ausgewählter t-Tests überprüft. Die Ergebnisse vergleichender Analysen mit einer nach Versichertenstatus, Geschlecht, Alter sowie Schulbildung parallelisierten Stichprobe von $N = 292$ zeigen keine statistisch signifikanten Unterschiede der zentralen Variablen (vgl. Tab. C-11 und Tab. C-12 in Anhang C). Aus ökonomischen Gründen wird auf die ausführliche Darstellung dieser Berechnungen im Rahmen dieser Arbeit verzichtet und beschränkt sich auf Überblickstabellen in Anhang B (vgl. Tab. B-1 bis B-3 in Anhang B).

Schließlich wird die Tendenz sozial erwünschten Antwortens (social desirability) geprüft und die Ergebnisse hinsichtlich der Validität der Untersuchung diskutiert. Es wurden verschiedene Maßnahmen getroffen, um die **Tendenz zu sozialer Erwünschtheit** beim Beantworten des Fragebogens zu reduzieren (vgl. Kap. 3.2 bzw. 4.1). Zur Kontrolle wurde die gekürzte Skala zur Erfassung sozial erwünschten Antwortens mit dichotomer Antwortskala (SES-17, Stöber, 1999) eingesetzt. Insbesondere stehen die Angaben zu Engagement- und Verzichtsbereitschaft sowie die Gerechtigkeits- und Eigennutzurteile unter Verdacht, durch gesellschaftliche Normen geleitet zu sein. Tatsächlich korreliert nur eine Bereitschaftsskala positiv mit sozialer Erwünschtheit ($r = 0.15$, $p < .01$; vgl. Tab. 5 in Kap. 5). Bemerkenswert ist zudem, dass die Fremdzuschreibungen der Bereitschaften nicht mit sozialer Erwünschtheit korreliert sind (vgl. Kap. 5). Die Gerechtigkeits- sowie Eigeninteresseurteile weisen keinen Zusammenhang mit sozialer Erwünschtheit auf. Ausnahme bildet das eigene Ungerechtigkeits erleben ($r = 0.21$, $p < .01$). Insgesamt sprechen die verschiedenen Validitätsprüfungen jedoch für eine valide Messung.

Damit wird die Qualität und Güte des entwickelten Instruments insgesamt als zufriedenstellend beurteilt. Einschränkungen der Güte einzelner Skalen werden für Folgeanalysen berücksichtigt.

5 Befunde

Bisher sind aus den theoretischen Ausführungen die Fragestellungen und die Methodik der vorliegenden Studie abgeleitet. Im folgenden Kapitel sind die Befunde der Fragebogenstudie dargestellt. Die Struktur der Darstellung orientiert sich an den drei zentralen Fragestellungen der Forschungsarbeit, wie sie in Kapitel 3 spezifiziert sind. Zunächst wird über die allgemeinen Urteile über das deutsche Gesundheitssystem unter Berücksichtigung ausgewählter Teilstichproben berichtet (Kap. 5.1). Im Anschluss wird in Kapitel 5.2 der Frage nachgegangen, ob Gerechtigkeit im Gesundheitssystem als Rhetorik für verdeckten Eigennutz zu verstehen ist. Daran schließen die Befunde bezüglich der Motivstrukturen im Handlungsfeld Gesundheitswesen an (Kap. 5.3). Hierfür werden Motiverklärungen für Emotionen, Verantwortung und Engagementbereitschaften modelliert.

5.1 Allgemeine Urteile über das deutsche Gesundheitssystem

Im Folgenden werden die Ausprägung und Verteilung der Urteile und Meinungen der befragten Bürgerinnen und Bürger über das deutsche Gesundheitssystem auf Grundlage der gesamten Stichprobe und bezüglich ausgewählter Teilstichproben der durchgeführten empirischen Studie dargestellt.

5.1.1 Engagementbereitschaften im Handlungsfeld Gesundheitswesen in der Gesamtstichprobe

Im Fragebogen wurden die Teilnehmer nach unterschiedlichen Bereitschaften befragt (vgl. Kap. 3.1 bzw. 3.2). Einerseits sollten sie ihre Bereitschaft angeben, sich für ein gerechtes System zu engagieren.

Deskriptive Analysen zeigen, dass die **Bereitschaft, sich politisch für ein gerechtes System einzusetzen**, in der Gesamtstichprobe mit einem Mittelwert von $M = 4,13$ über dem Skalenmittelwert von 3,5 liegt (vgl. Tab. 4). Auch die Bereitschaft, für ein gerechtes System bestimmte Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen, liegt über dem Skalenmittelpunkt (t-Test für eine Stichprobe: $t_{(418)} = 6.50$, $p = .00$). Allerdings muss differenziert werden: Die Bereitschaft für ein Engagement für ein gerechtes System geht nicht so weit, auf

Gesundheitsleistungen zu verzichten. Die Verzichtsbereitschaft ist mit einem Mittelwert von $M = 2,86$ niedrig.

Tabelle 4: Engagementbereitschaften in der Gesamtstichprobe

Variable	M	SD	N	MD	MO	SCH	KUR	MIN	MAX
Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem	4.13	1.00	408	4.2	4	-.29	.003	1	6
Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem	3.34	1.25	413	3.4	2	.20	-.60	1	6
Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen	3.92	1.32	408	4.0	4	-.44	-.50	1	6
Bereitschaft, für ein gerechtes System auf Gesundheitsleistungen zu verzichten	2.86	1.44	408	3.0	1	.29	-.90	1	6

Zur differenzierten Erfassung wurde im Fragebogen andererseits auch nach der **Bereitschaft gefragt, sich für eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung zu engagieren**. Die Ergebnisse zeigen eine Bereitschaft zum Engagement für eigene Interessen knapp unter dem Skalenmittelpunkt von 3,5 (vgl. Tab. 4).

In der Gesamtstichprobe gibt es eine Bereitschaft, sich für ein gerechtes Gesundheitssystem zu engagieren. Die politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung bleibt dagegen darunter und ist signifikant niedriger als die politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem. Der Unterschied ist auf dem .01-Niveau signifikant. Das 95 Prozent Konfidenzintervall der Differenz der Mittelwerte (0.70, 0.89) grenzt Null aus (t-Test für gepaarte Stichproben: $t_{(411)} = 16.47$; $p = .00$; $d = 0.72$).

Soweit sind die deskriptiven Befunde der Engagementbereitschaften im Selbstbild beschrieben. **Wie werden die Bereitschaften der anderen eingeschätzt? Ergibt das Fremdbild ein vergleichbares Muster?**

Die Ergebnisse vergleichender Analysen zeigen, dass die Engagementbereitschaften für ein gerechtes Gesundheitssystem **im Fremdbild signifikant niedriger** eingeschätzt werden. Dies gilt für die politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes System wie auch für die Bereitschaften, für ein gerechtes System bestimmte Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen bzw. auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (vgl. Abb. 4). Anderen Bürgern wird insgesamt eine geringere Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem zugesprochen. Die Bereitschaften werden damit im Fremdbild unterschätzt. Effektgrößenberechnungen ergeben mittlere bis große Effekte (Cohen, 1988; vgl. Tab. 5).

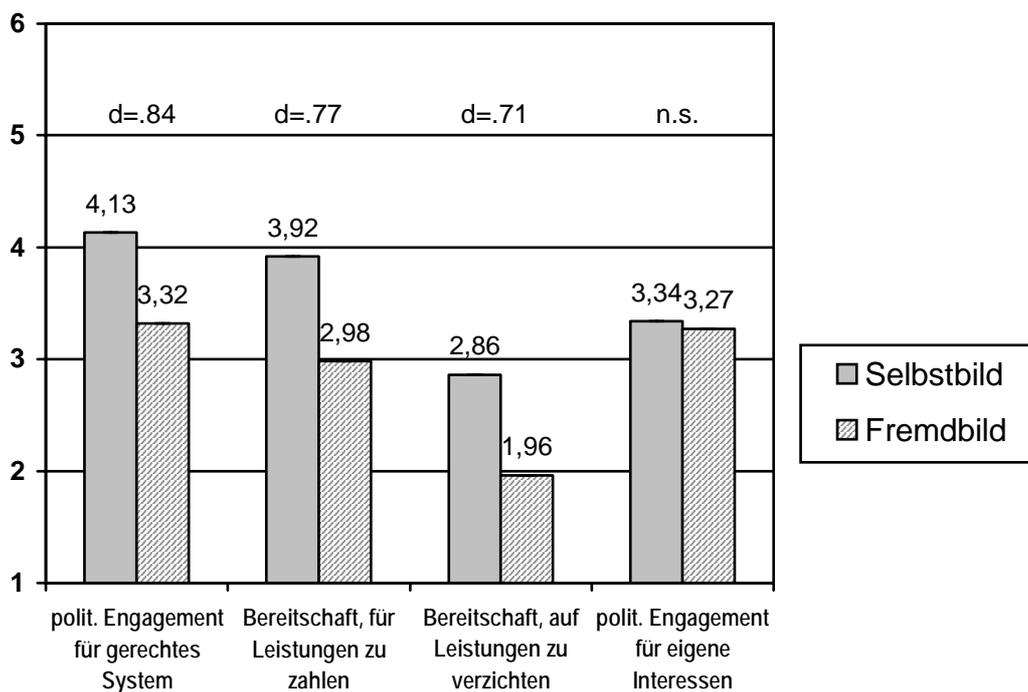


Abbildung 4: Engagementbereitschaften der Gesamtstichprobe im Selbst- und Fremdbild

Ein anderes Bild ergibt sich für die Einschätzung der Bereitschaft zum Engagement für die eigenen Interessen in der Gesundheitsversorgung (die letzten Balken in Abb. 4). Erwarten würde man – verfolgt man, wie in Kapitel 2.1 beschrieben, die Gesundheitsdebatten in den Medien –, dass den anderen ein hohes Engagement für eigene Interessen zugesprochen wird. Die empirischen Ergebnisse zeigen jedoch, dass sich die Bereitschaftsurteile für eigene Interessen im Selbst- und Fremdbild **nicht signifikant unterscheiden** (vgl. Tab. 5).

Tabelle 5: Vergleichsanalysen der Engagementbereitschaften im Selbst- und Fremdbild (N=484) (t-Test für gepaarte Stichproben, Fallausschluss listweise)

Variable	M	SD	T	d	r
Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (Selbstbild)	4.13	1.00	13.57** (df=403)	0.83	.24**
Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (Fremdbild)	3.32	.94			
Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen (Selbstbild)	3.92	1.32	12.67** (df=403)	0.76	.26**
Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen (Fremdbild)	2.98	1.14			
Bereitschaft, für ein gerechtes System auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (Selbstbild)	2.86	1.44	11.26** (df=403)	0.71	.21**
Bereitschaft, für ein gerechtes System auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (Fremdbild)	1.96	1.07			
Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem (Selbstbild)	3.34	1.25	n.s.	-	.38**
Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem (Fremdbild)	3.28	1.11			

** p < .01

Die Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem ist bei den befragten Vertretern der allgemeinen Bevölkerung hypothesenkonform höher ausgeprägt ist als subjektiv angenommen wird. Wichtig ist hier, dass Bereitschaften anderer nicht grundsätzlich unterschätzt werden. Vielmehr wird den anderen explizit eine Bereitschaft für ein Engagement für ein gerechtes System nicht zugetraut.

Eingewendet werden könnte, dass sich die eigenen Bereitschaftsbekundungen an sozialen Normen orientierten und auf die Motivation rückführbar seien, sich selbst als eine für die Gemeinschaft engagierte Person darzustellen. Daher ist der **Einfluss sozial erwünschten Antwortverhaltens** (Crowne & Marlow, 1960) auf die Bereitschaftsurteile zu prüfen (vgl. Kap. 3.2). Zusammenhangsanalysen zeigen (vgl. Tab. 6): Es bestehen keine signifikanten bzw. geringe, inhaltlich nicht bedeutsame, korrelative Zusammenhänge der Engagementbereitschaften mit der Skala zur Erfassung sozialer Erwünschtheit (Stöber, 1999).

Der Einfluss der Tendenz sozial erwünschten Antwortens reicht demnach als Erklärung nicht aus.

Tabelle 6: Zusammenhang der Engagementbereitschaften und sozialer Erwünschtheit

Variable	Soziale Erwünschtheit	
	Selbstbild	Fremdbild
Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem	-.15**	-.15**
Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen	.10*	n.s.
Bereitschaft, für ein gerechtes System auf Gesundheitsleistungen zu verzichten	n.s.	n.s.
Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem	-.12*	-.11*

* $p < .05$, ** $p < .01$

Eine alternative Erklärung stellt die von Miller und Ratner (1996) bzw. Ratner und Miller (2001) in die wissenschaftliche Diskussion eingebrachte Hypothese der verbreiteten „**norm of self-interest**“ dar (vgl. Kap. 2.4.1 sowie 3.1). Entsprechend dieser Hypothese müsste die Bereitschaft zum Engagement für ein gerechtes Gesundheitssystem unterschätzt werden. Die empirischen Befunde bestätigen dies: Die eigene Bereitschaft zum Engagement für ein gerechtes System ist signifikant höher (vgl. Tab. 5). Für die Engagementbereitschaft für eigene Interessen dagegen gilt, dass entsprechend der Eigennutz-Norm die Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Selbst- wie im Fremdbild hoch ausgeprägt sein müsste. Tatsächlich liegen die Mittelwerte signifikant unter dem Skalenmittelwert (t-Tests für eine Stichprobe: im Selbstbild $t_{(412)} = -2.54$, $p = .01$ bzw. im Fremdbild $t_{(412)} = -4.27$, $p = .00$).

Zudem könnte eingewendet werden, dass für gültige Schlussfolgerungen die politischen Engagementbereitschaften für ein gerechtes System einerseits und für eigene Interessen andererseits von den Befragten **nicht ausreichend differenziert** würden: Die politischen Engagementbereitschaften für ein gerechtes Gesundheitssystem und für eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung korrelieren im Selbstbild zu $r = 0,64$ ($p < .01$) bzw. im Fremdbild zu $r = 0,63$ ($p < .01$) (vgl. Tab. 7).

Tabelle 7: Zusammenhang der Engagementbereitschaften im Selbst- und Fremdbild

Variable	2	3	4
1 Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (Selbstbild)	.64**	.23**	.28**
2 Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem (Selbstbild)		.30**	.38**
3 Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (Fremdbild)			.63**
4 Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem (Fremdbild)			

* $p < .05$, ** $p < .01$

Die Frage ist: **Wird in der Beurteilung der Bereitschaftsmaße differenziert zwischen einem politischen Engagement für ein gerechtes System einerseits und für eigene Interessen andererseits?** Erhellung bringt die Berechnung einer linearen Regression (vgl. Tab. 8): Die Bereitschaft, sich politisch für ein gerechtes Gesundheitssystem einzusetzen, wird zu 42 Prozent durch die Bereitschaft erklärt, sich politisch für eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung zu engagieren (vgl. Tab. 8). Demnach ist 42 Prozent der Varianz auf die Bereitschaft zu politischem Engagement bezogen – unabhängig davon, ob das Engagement bezogen ist auf ein gerechtes System oder auf eigene Interessen.

Tabelle 8: Lineare Regression: Vorhersage politischer Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem durch die Engagementbereitschaft für eigene Interessen

Kriterium	Prädiktorvariable	R ²	B	SE B	r	beta	T
Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (Selbstbild)	Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem (Selbstbild)	.42	.51	.03	.64	.64	17.16**
	(Konstante)		2.42	.11			22.74**
F _{ges} = 294.49**		df = 1/416					

** $p < .01$

Um die Motivation zu politischem Engagement im Gesamten zu verstehen, sind weitere Detailanalysen der Engagementbereitschaften notwendig. Kapitel 5.3.3 widmet sich dieser Frage.

Bei der Betrachtung der deskriptiven Ergebnisse der Bereitschaftsmaße fällt die hohe Streuung in den Urteilen auf (vgl. Tab. 4). In der Gesamtstichprobe sind die Bereitschaften für ein gerechtes Gesundheitssystem bzw. für eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung hoch differenziert (vgl. Tab. 4). Wie ist diese hohe Varianz zu erklären? Zeigt sich hierin ein breites Meinungsspektrum mit Blick auf die Komplexität des Handlungsfeldes Gesundheitswesen? Oder ist die hohe Varianz in den Urteilen durch verschiedene Bevölkerungsgruppen zu erklären? Es ist zu prüfen, ob die Bereitschaftsbildung in Abhängigkeit der Zugehörigkeit zu verschiedenen Bevölkerungsgruppen besteht. Entsprechend werden im Folgenden die Bereitschaften ausgewählter Teilstichproben betrachtet.

5.1.2 Engagementbereitschaften im Handlungsfeld Gesundheitswesen in den Teilstichproben

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, ob die Bereitschaftsbildung in Abhängigkeit von der eigenen Betroffenheit verschiedener Bevölkerungsgruppen variiert. Das Eigennutzmodell postuliert die (ausschließliche) Motivation eigener Interessen bzw. eigener Betroffenheit (vgl. Kap. 2.2.1 sowie 3.1). In der vorliegenden Studie ist die eigene Betroffenheit exemplarisch operationalisiert durch den Versichertenstatus sowie den eigenen Gesundheitszustand (vgl. Kap. 3.2). Nach dem Eigennutzmodell müsste etwa die Bereitschaft gesetzlich versicherter Befragungsteilnehmer signifikant höher sein als die Bereitschaft von privat versicherten Befragungsteilnehmern – denn die letztgenannte Gruppe ist nicht betroffen von Veränderungen des gesetzlichen Versichertensystems, die zur Diskussion stehen. Ähnliches lässt sich für den Gesundheitszustand ableiten. Daneben sind weitere Einflüsse auf die Bereitschaftsmaße denkbar (vgl. Kap. 3.2). Etwa könnte der Grad der Informiertheit über das Gesundheitssystem und Diskussionen etwaiger Veränderungsentwürfe Einfluss nehmen auf die Bereitschaftsbildung für ein Engagement.

Versichertenstatus

Die Ergebnisse von Unterschiedsanalysen mit einer nach Versichertenstatus, Geschlecht, Alter sowie Schulbildung parallelisierten Stichprobe von $N = 192$ zeigen: Die politische Engagementbereitschaft unterscheidet sich zwar statistisch signifikant zwischen den Gruppen, die Effektgrößen sind jedoch klein und die Ergebnisse damit inhaltlich nicht bedeutsam (t-Test für gepaarte Stichproben, vgl. Tab. 9).

Tabelle 9: Vergleichsanalysen der Engagementbereitschaften in Abhängigkeit des Versichertenstatus ($N=192$) (t-Test für unabhängige Stichproben, Fallausschluss listwise)

Variable	M	SD	T	p	d
Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (Mitglieder GKV)	4.28	.96	2.40* (df=183)	.02	0.36
Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (Mitglieder PKV)	3.92	1.06			
Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem (Mitglieder GKV)	3.41	1.31	2.96** (df=183)	.00	0.43
Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem (Mitglieder PKV)	2.88	1.13			

* $p < .05$, ** $p < .01$

Statistisch signifikante und inhaltlich bedeutsame Unterschiede zwischen gesetzlich und privat versicherten Untersuchungsteilnehmern finden sich nur für die Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen ($M_{GKV} = 3.78$, $SD_{GKV} = 1.31$, $M_{PKV} = 4.58$, $SD_{PKV} = 1.00$; t-Test für unabhängige Stichproben: $t_{(175)} = -4.69$, $p = .00$, $d = -0.69$). Eine multivariate Prüfung (vgl. Abb. 5) unter Berücksichtigung der finanziellen Mittel, die subjektiv im eigenen Haushalt zur Verfügung stehen, bestätigen zwei signifikante Haupteffekte mit nach Cohen (1988) mittleren Effektgrößen Mitgliedschaft (HE: $F_{(1,162)} = 13.06$, $p = .00$, partielles Eta-Quadrat $\eta^2 = .08$) sowie finanzielle Mittel (HE: $F_{(1,162)} = 11.45$, $p = .00$, partielles Eta-Quadrat $\eta^2 = .07$). Die Interaktion ist nicht signifikant.

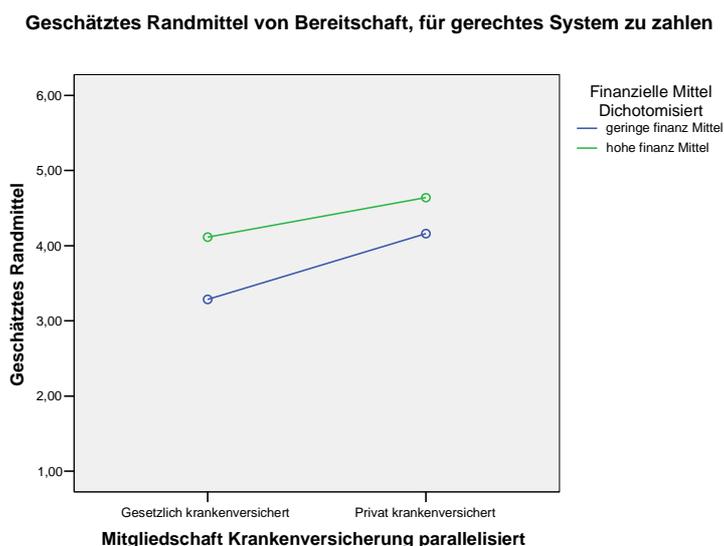


Abbildung 5: Ergebnis der univariaten Varianzanalyse (AV = Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen)

Insgesamt kann festgehalten werden, dass es, wie theoretisch erwartet, keinen bedeutsamen Unterschied zwischen den Bereitschaften gesetzlich und privat Versicherten Studienteilnehmern gibt.

Gesundheitszustand

Ergebnisse von Unterschiedsanalysen mit einer nach Gesundheitszustand, Geschlecht, Alter sowie Schulbildung parallelisierten Stichprobe von $N = 94$ zeigen nur signifikante Unterschiede für die politische Engagementbereitschaften für ein gerechtes Gesundheitssystem wie auch für eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung mit mittleren Effekten (vgl. Tab. C-1 in Anhang C). Die Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen bzw. die Bereitschaft, für ein gerechtes System auf Gesundheitsleistungen zu verzichten, unterscheidet sich nicht zwischen gesunden und kranken Fragebogenteilnehmern. Der eigene Gesundheitszustand hat hypothesenkonform keinen Einfluss auf die Bereitschaftsbildung der Studienteilnehmer.

Weitere Bevölkerungsgruppen und Informationsgrad

In weiteren Subgruppenanalysen (Mitglieder von Patienten- und Selbsthilfegruppen, Mitarbeiter von Krankenversicherungen) zeigen sich signifikante Unterschiede ebenfalls

ausschließlich bezüglich der politischen Engagementbereitschaft. Etwa sind Mitarbeiter von Krankenversicherungen tendenziell eher bereit zu politischem Engagement für ein gerechtes System bzw. für eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung (vgl. Tab. C-2 in Anhang C). Die Bereitschaftsbildungen zu politischem Engagement unterscheiden sich in Abhängigkeit des Grades der eigenen Informiertheit über das Gesundheitssystem bzw. der diskutierten Reformentwürfe. Zahlungs- und Verzichtsbereitschaften sind unabhängig vom Informationsgrad (vgl. Tab. C-3 in Anhang C). Die Effekte sind jedoch nur von mittlerer bzw. kleiner Größe. Der Grad der Informiertheit über gesundheitspolitische Diskussionen hat keinen bedeutsamen Einfluss auf die Bereitschaftsbildung.

Die Subgruppenanalysen klären die hohen Varianzen in den Bereitschaftsurteilen nicht auf. Vielmehr streuen die Urteile auch innerhalb der Subgruppen stark und zeigen ähnliche Verteilungsmuster wie in der Gesamtstichprobe. Die differenzierten Meinungen treten also auch innerhalb der ausgewählten Bevölkerungsgruppen auf und sind unabhängig vom Informationsgrad über aktuelle Diskussionen um das Gesundheitswesen.

Dies wird als Hinweis dafür interpretiert, dass die Komplexität des Themas in der Stichprobe wahrgenommen wird und keine „Schwarz-Weiß-Meinungen“ in der Bevölkerung oder in bestimmten Bevölkerungsgruppen vorherrschen. Die polarisierende Diskussion durch Interessenvertreter, die in den Medien vorherrschen (vgl. Kap. 2.1), spiegeln nicht die erlebte Realität und Meinungen in der befragten Bevölkerungsgruppe wider.

Die differenzierten Urteile und die hohe Varianz in den Urteilen der befragten Vertreter der Bevölkerung zeigen sich auch in allgemeinen Urteilen über das Gesundheitswesen (vgl. Kap. 5.1.3) sowie in den spezifischen Verteilungsgerechtigkeitsurteilen (vgl. Kap. 5.1.4). Diese werden im Folgenden beschrieben.

5.1.3 Allgemeine Urteile im Handlungsfeld Gesundheitswesen

Neben den Engagementbereitschaften wurden allgemeine Urteile über das deutsche Gesundheitssystem erfragt. Die Ergebnisse explorativer Analysen zeigen insgesamt, dass das deutsche **Gesundheitswesen** und das zugrunde liegende **Solidarsystem** von den befragten Personen **akzeptiert und wertgeschätzt** werden. Dabei erfährt das solidarische System durch

die gesetzlich versicherten Befragten signifikant mehr Zustimmung als durch privat Versicherte (t-Test für unabhängige Stichproben: $t_{(189)} = 2,87$, $p = .01$, $d = 0.41$). In der Stichprobe der Befragten besteht kein Zweifel darüber, dass jeder Einzelne ein grundlegendes Recht auf Gesundheitsversorgung hat – unabhängig vom Versichertenstatus (vgl. Tab. 10).

Tabelle 10: Allgemeine Urteile gesetzlich und privat Versicherter (parallelisierte Teilstichprobe N=192)

Variablen	Gesetzlich Versicherte		Privat Versicherte		T	p	d
	M	SD	M	SD			
Grundlegendes Recht auf Gesundheitsversorgung	5.41	0.70	5.24	1.14	1.24	.22	-
Bedeutung der GKV als Ausdruck des Solidarprinzips	4.72	0.98	4.26	1.23	2.87*	.01	0.41
Wahrgenommene Gesamtfairness des Gesundheitssystems	3.37	1.29	3.25	1.28	0.49	.62	-
Wahrgenommene wirtschaftliche Effizienz des Gesundheitssystems	2.04	0.94	2.06	0.96	-0.16	.87	-

* $p < .05$

Allerdings wird das aktuelle deutsche Gesundheitswesen als wenig **wirtschaftlich effizient** eingestuft. Ebenso liegt das Urteil hinsichtlich der **Gesamtfairness** des Gesundheitssystems unabhängig vom Versichertenstatus mit $M = 3,37$ unter dem Skalenmittelwert von 3,5 (vgl. Tab. 10). Dabei ist das Urteil über wirtschaftliche Effizienz inhaltlich eng verknüpft mit dem Fairness-Urteil. Die Variablen korrelieren zu $r = 0,38$ ($p < .01$) miteinander. Gerechtigkeit bzw. Fairness und Effizienz sind demnach keine konkurrierenden Kriterien, wie häufig angenommen wird. Vielmehr ergänzen sie einander (vgl. Fetchenhauer et al., 2006; Frick, 2003; Montada, 1997). Das Ergebnis einer linearen Regression bestätigt dies. Insgesamt kann 15 Prozent des Fairnessurteils durch das Effizienzurteil erklärt werden (vgl. Tab. 11).

Tabelle 11: Lineare Regression: Vorhersage des Urteils bezüglich der Gesamtfairness durch die Gesamteffizienz des deutschen Gesundheitssystems

Kriterium	Prädiktorvariablen	R ²	B	SE B	r	beta	T
Gesamtfairness des Gesundheitssystems	Gesamteffizienz des Gesundheitssystems	.15	.47	.05	.38	.38	8.97**
	(Konstante)		2.11	.11			17.00**
F _{ges} = 80.39**		df = 1/469					

** p < .01

Dieses Ergebnis könnte so interpretiert werden, dass im Gesamtfairnessurteil, das über das deutsche Gesundheitssystem gefällt wird, Effizienz Aspekte eingehen. Nicht jedoch im Sinne eines rationalen Abwägens bis zum Urteilsspruch, sondern vielmehr im Sinne von Haidt (2001) als *intuitives moralisches Urteil*.

Darüber hinaus herrscht in beiden Versichertengruppen insgesamt Einigkeit darüber, dass das derzeitige **Gesundheitssystem unzureichend** und daher **reformbedürftig** ist (vgl. Tab. 12). Die Ergebnisse zeigen, dass die Kriterien der **Transparenz und Einfachheit** – neben Verteilungsgerechtigkeitsurteilen, die im folgenden Kapitel 5.1.4 berichtet werden – wichtige Merkmale sind, um das Versicherungssystem zu bewerten. Transparenz und Einfachheit wird eine hohe Bedeutung zugesprochen (vgl. Tab. 12). Ebenso ist die **Sicherheit der zukünftigen Krankenversorgung** ein wesentliches Kriterium zur Beurteilung des Gesundheitssystems (vgl. Tab. 12).

Tabelle 12: Allgemeine Urteile gesetzlich und privat Versicherter (parallelierte Teilstichprobe N = 192)

Variablen	Gesetzlich Versicherte		Privat Versicherte		T	p	d
	M	SD	M	SD			
Bedeutung von Transparenz des Gesundheitswesens	5.68	0.70	5.67	0.64	0.11	.92	-
Bedeutung von Einfachheit des Gesundheitswesens	5.55	0.66	5.43	0.68	1.18	.24	-
Wahrgenommene Reformbedürftigkeit des Gesundheitssystems	4.98	1.01	4.85	1.05	0.88	.38	-
Zukünftige Versorgungssicherheit	4.79	0.84	5.01	0.97	-1.68	.10	-

Für die Gesamturteile und Bereitschaftsmaße lässt sich festhalten:

Das solidarische Krankenversicherungssystem erfährt Zustimmung und Wertschätzung. Das momentane System wird jedoch als wenig fair und effizient beurteilt. Es besteht eine Bereitschaft, sich für ein gerechtes Gesundheitssystem einzusetzen, die in der befragten Stichprobe unterschätzt wird. Damit sind Gerechtigkeit bzw. Fairness sowie Effizienz, Einfachheit, Transparenz und zukünftige Versorgungssicherheit zentrale Kriterien, nach denen Gesundheitssysteme bewertet werden.

Hier schließt sich die Frage an, welche Verteilungsprinzipien die Vertreter der allgemeinen Bevölkerung im Gesundheitswesen als gerecht ansehen. Dieser Frage wird im Folgenden nachgegangen.

5.1.4 Verteilungsgerechtigkeitsurteile im Handlungsfeld Gesundheitswesen

Die in der Studie befragten Bürgerinnen und Bürger haben über Verteilungsfragen im Gesundheitssystem sehr differenzierte Urteile bezüglich der Anwendung unterschiedlicher Gerechtigkeitsprinzipien. Bei der Frage, wie Gesundheitsleistungen und Beitraglasten zu verteilen sind, werden jeweils unterschiedliche Gerechtigkeitsprinzipien präferiert (vgl. Tab. 13).

Tabelle 13: Verteilungsgerechtigkeiten in der Gesamtstichprobe

Variable	M	SD	N	MD	MO	SCH	KUR	MIN	MAX
Verteilung von Gesundheitsleistungen nach dem Bedürftigkeitsprinzip	5.13	0.96	484	5.33	6	-1.19	0.99	1	6
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip	4.92	1.39	484	2.00	1	0.73	-0.75	1	6
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Gleichheitsprinzip	2.73	1.71	484	5.00	6	-1.31	0.90	1	6
Verteilung von Zahlungen und Leistungen nach dem Equityprinzip	2.37	1.17	484	2.00	1	0.73	0.04	1	6

Die größte Zustimmung in der Stichprobe findet das **Bedürftigkeitsprinzip**. Demnach sollte die Verteilung von Gesundheitsleistungen nach Bedarf erfolgen. Zudem wird das **Leistungsfähigkeitsprinzip** favorisiert, nachdem Beitragszahlungen entsprechend der finanziellen Leistungsfähigkeit bemessen werden sollten. Das **Gleichheitsprinzip** sowie das **Equityprinzip** dagegen werden eher abgelehnt (vgl. Abb. 6).

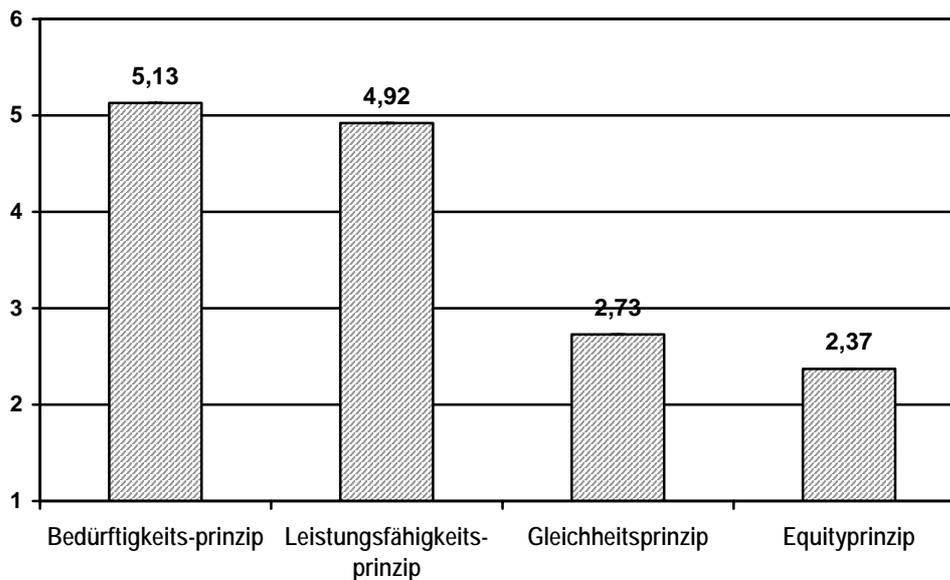


Abbildung 6: Verteilungsgerechtigkeitsurteile der Gesamtstichprobe

Die Unterschiede in den Urteilen bezüglich der Verteilungsgerechtigkeiten sind statistisch signifikant (t-Test für gepaarte Stichproben bezüglich des Bedürftigkeits- und Leistungsfähigkeitsprinzips: $t_{(443)} = 3.07$, $p = .00$, $d = 0.18$; t-Test für gepaarte Stichproben bezüglich des Gleichheits- und Equityprinzips: $t_{(443)} = 4.07$, $p = .00$, $d = 0.25$). Die Verteilungsprinzipien sind untereinander korreliert (vgl. Tab. 14). Faktorenanalysen bestätigen jedoch unabhängige Dimensionen und bestätigen etablierte Forschungsrichtungen der Gerechtigkeitspsychologie, die Verteilungsgerechtigkeiten differenzieren (vgl. Kap. 4.2.3).

Tabelle 14: Zusammenhang der Verteilungsgerechtigkeitsprinzipien

Variable	2	3	4
1 Verteilung von Gesundheitsleistungen nach dem Bedürftigkeitsprinzip	.24**	.02	-.21**
2 Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip		-.38**	-.24**
3 Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Gleichheitsprinzip			.20**
4 Verteilung von Zahlungen und Leistungen nach dem Equityprinzip			

** p < .01

Das Handlungsfeld Gesundheitswesen wird nach verschiedenen Verteilungsprinzipien beurteilt. Es finden verschiedene Verteilungsgerechtigkeiten Anwendung. Die *eine* Gerechtigkeit – häufig in gesundheitspolitischen und medialen Diskussionen beschworen (vgl. Kap. 2.1.2 bzw. 2.3) – gibt es nicht. Vielmehr bestehen in der befragten Bevölkerung differenzierte Gerechtigkeitsurteile.

Können die Präferenzen der Verteilungsprinzipien in der Stichprobe durch **personale Einflüsse** bzw. Norm- und Werthaltungen (vgl. Kap. 2.3.3) erklärt werden? Es wurde geprüft, ob die Präferenz der Gerechtigkeitsprinzipien der befragten Bevölkerung zwischen weiteren Bevölkerungsgruppen variiert und ob personale Einflussfaktoren wie Geschlecht und Alter zu berücksichtigen sind. Tabelle C-4 in Anhang C zeigt keine statistisch und inhaltlich bedeutsamen Korrelationen. Die in der Studie gewählten Persönlichkeitsmerkmale Egoismus, Altruismus sowie (Un-)Gerechtigkeitssensibilität sind statistisch unkorreliert bzw. inhaltlich kaum bedeutsam korreliert (vgl. Tab. C-4 in Anhang C).

Es ist auffällig, dass sich die Präferenz der Gerechtigkeitsprinzipien an den **aktuell gegebenen institutionellen Leistungs- und Lastenverteilungen** orientiert (vgl. Kap. 2.1). Im derzeitigen gesetzlichen Versicherungssystem werden Finanzierungslasten nach dem Prinzip der Leistungsfähigkeit verteilt und Gesundheitsleistungen am Bedarf orientiert. Sind die Ergebnisse so zu interpretieren, dass die angelegten Gerechtigkeitsprinzipien der Gesundheitsinstitutionen bestätigt und gutgeheißen werden? Oder sind die Präferenzen der Prinzipien der Leistungsfähigkeit und Bedürftigkeit im Sinne eines *status quo bias*

(Fernandez & Rodrik, 1991; Kahneman, Knetsch & Thaler, 1991) oder im Sinne „geronnener Gerechtigkeitsvorstellungen“ (Sesselmeier, 1998; vgl. Kap. 2.1.2) zu interpretieren? Ergebnisse verschiedener Studien verweisen darauf, dass Menschen in komplexen Verteilungssituationen ihre Präferenz für Verteilungsprinzipien an den etablierten Verteilungsentscheidungen orientieren – entsprechend dem genannten *status quo bias* (z.B. Fernandez & Rodrik, 1991; Kahnemann, Knetsch & Thaler, 1991).

Mit der eigenen Studie sind diese Fragen nur teilweise zu beantworten. Obwohl die auch institutionell etablierten Verteilungsgerechtigkeiten präferiert werden, wird das Gesundheitssystem insgesamt als unfair und reformbedürftig bewertet (vgl. Tab. 12 bzw. Tab. B-1 in Anhang B).

Ein Hinweis, dass die institutionalisierten Verteilungssysteme Einfluss haben auf die Prinzipienpräferenz, geben im Rahmen der eigenen Studie kleinere bis mittlere Effekte des Versichertenstatus (vgl. Kap. 5.2, Tab. C-7 in Anhang C). Wenn der *status quo bias* Einfluss hat auf die Präferenz des Verteilungsprinzips, müssten gesetzlich Versicherte die Verteilung der Beitragslasten nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip und privat Versicherte nach dem Equityprinzip favorisieren. Die Ergebnisse von Vergleichsanalysen bestätigen dies nur teilweise und nur tendenziell (vgl. Tab. C-7 in Anhang C). Die Verteilung der Beitragslasten nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip wird von gesetzlich versicherten Befragten signifikant stärker favorisiert als von privat versicherten Befragten. Bezüglich der Beurteilung des Equityprinzips gibt es jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Versichertengruppen.

Ob der *status quo bias* auch für Verteilungsurteile im komplexen Handlungsfeld Gesundheitswesen verantwortlich ist, ist in einer gesonderten Untersuchung zu klären. Denkbar wäre hierfür eine vergleichende Studie in Ländern mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen, z.B. in Deutschland, Frankreich, den Niederlanden und der Schweiz, deren Gesundheitswesen am Bismarcksystem orientiert sind, oder England, Australien und Kanada, deren Gesundheitswesen vornehmlich steuerfinanziert und damit dem Beveridge-System zuzuordnen sind (vgl. Kap. 2.1.1).

5.2 Gerechtigkeit im Gesundheitssystem – eine Rhetorik für verdeckten Eigennutz?

Der zweite Fragenkomplex der vorliegenden Studie fokussiert die Natur der Gerechtigkeitsurteile im deutschen Gesundheitssystem (vgl. Kap. 3.1). In Kapitel 2 sind die kontroversen Motivmodelle zwischen den Disziplinen der Psychologie und Ökonomie einerseits und innerhalb der Psychologie andererseits ausführlich diskutiert. Es wurde ausgeführt, dass das ökonomische Handlungsmodell menschliches Handeln eigennutzmotiviert entwirft (vgl. Kap. 2.2.1). Entsprechend sind nach diesem Modell auch Gerechtigkeitsurteile geleitet durch eigene Interessen. Auch prominente psychologische Gerechtigkeitsforscher, etwa Vertreter der Forschungsrichtung der organizational justice in den USA, beschreiben Gerechtigkeitsurteile als eigeninteressemotiviert (vgl. Kap. 2.4.1). Bezogen auf das Handlungsfeld Gesundheitswesen bedeutet dies: Hinter den Forderungen gerechter Verteilung im Gesundheitswesen sollten eigene Interessen stehen, die mit den entsprechenden Allokationen durchgesetzt würden. Forderungen nach Gerechtigkeiten sollten nichts anderes sein als Rhetoriken, den dahinter stehenden eigenen Nutzen zu verdecken (vgl. Kap. 3.1).

Alternative psychologische Modelle postulieren dagegen eine motivpluralistische Perspektive. Neben dem Eigennutzmotiv werden gleichwertig andere Handlungsmotive, wie etwa Verantwortung und Gerechtigkeit, angenommen (vgl. Kap. 2.2.2). Es wird für möglich erachtet, dass Gerechtigkeitsforderungen einem primären Gerechtigkeitsmotiv entspringen – und nicht per se interessengeleitet sind. Demnach ist die Quelle von Forderungen nach Gerechtigkeit und gerechten Verteilungen ein genuin menschliches Gerechtigkeitsmotiv (vgl. Kap. 2.4.2). Im Handlungsfeld Gesundheitswesen sollten Verteilungspräferenzen entsprechend unabhängig von der eigenen Betroffenheit und der eigenen Interessen sein.

Nach Modellen, die die eigenen Interessen als primäre Motivquelle ansehen, sollten in Abhängigkeit eigener Betroffenheiten (eigener Gesundheitszustand, finanzielle Mittel, Versichertenstatus) unterschiedliche Verteilungsprinzipien präferiert werden (vgl. Kap. 3.1). Darüber hinaus sollte ein Zusammenhang zwischen der Präferenz der Verteilungsprinzipien mit kontextuellem Eigennutz im Gesundheitswesen bestehen (Itembeispiel: Für mich gilt: so wenig wie möglich einzahlen, so viel Gesundheitsleistungen wie möglich bekommen).

Das Eigennutzmodell ist für viele Handlungsfelder widerlegt. Vielmehr haben sich motivpluralistische Modelle empirisch bestätigt (vgl. Kap. 2.2.2 bzw. 3.1). Das komplexe

Handlungsfeld Gesundheitswesen wird durch die vorliegende Studie erstmals einer empirischen Prüfung unterzogen. Die Ergebnisse von vergleichenden und Zusammenhangsanalysen zeigen das folgende Bild.

Gesundheitszustand

Ergebnisse von Unterschiedsanalysen mit einer nach Gesundheitszustand, Geschlecht, Alter sowie Schulbildung parallelisierten Substichprobe von $N = 94$ zeigen für die Verteilungsgerechtigkeitsurteile in Abhängigkeit des Gesundheitszustandes hypothesenkonform **keine signifikanten Unterschiede** (vgl. Tab. C-5 in Anhang C). Die Präferenzen der Verteilungsprinzipien sind entgegen den Postulaten des Eigennutzmodells unabhängig vom eigenen Gesundheitszustand.

Finanzielle Mittel

Das gleiche Bild zeigt sich im Hinblick auf die im eigenen Haushalt subjektiv verfügbaren finanziellen Mittel (Subgruppenermittlung durch Split am Skalenmittelwert: $N_{\text{geringe Mittel}} = 148$, $N_{\text{hohe Mittel}} = 229$). Es zeigen sich **keine signifikanten Unterschiede** in der Präferenz der Verteilungsprinzipien zwischen Personen mit hohen und niedrigen finanziellen Mitteln (vgl. Tab. C-6 in Anhang C). Die Gerechtigkeitsurteile sind entgegen der Vorhersagen des Eigennutzmodells unabhängig von den eigenen finanziellen Mitteln.

Jenseits eigener Betroffenheiten durch den eigenen Gesundheitszustand oder der eigenen finanziellen Mittel sind im Handlungsfeld Gesundheitswesen darüber hinaus eigene Interessen bei der Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen. Hängen Präferenzen der Verteilungsprinzipien mit eigenen Interessen im Kontext des Handlungsfeldes Gesundheitswesen zusammen?

Eigene Interessen bei der Gesundheitsversorgung

Zusammenhangsanalysen zwischen Verteilungsgerechtigkeitsurteilen und kontextuellem Eigeninteresse zeigen hypothesenkonform **keine signifikanten Ergebnisse** (vgl. Tab. 15). Das Postulat des Eigennutzmodells kann nicht aufrechterhalten werden. Ausnahme bildet das Equityprinzip. Hier findet sich eine signifikante Korrelation von $r = 0,16$ ($p < .01$), die jedoch inhaltlich nicht bedeutsam ist. Die statistisch signifikante Korrelation verweist jedoch auf die

Nähe des Equityprinzips zu ökonomischem Kosten-Nutzen-Denken (vgl. Folger, Sheppard & Buttram, 1995; Mikula & Schwinger, 1981; Zbylut, 2003).

Tabelle 15: Zusammenhang der Verteilungsgerechtigkeitsprinzipien und eigenen Interessen in der Gesundheitsversorgung

Variable	Eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung
1 Verteilung von Gesundheitsleistungen nach dem Bedürftigkeitsprinzip	n.s.
2 Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip	n.s.
3 Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Gleichheitsprinzip	-.09*
4 Verteilung von Zahlungen und Leistungen nach dem Equityprinzip	.16**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Als ein hartes Außenkriterium für die Präferenz von Allokationen im Gesundheitswesen kann der Versichertenstatus der Teilnehmer betrachtet werden (vgl. hierzu auch die Ausführungen in Kap. 5.1.4). Privat Krankenversicherte sind nicht in gleichem Maße betroffen von Änderungen und Reformen der Versichertenbeiträge oder der Leistungszuweisung. Es ist daher von besonderem Interesse, ob sich diese beiden Versichertengruppen in ihren Gerechtigkeitsurteilen unterscheiden. Welche empirischen Ergebnisse finden sich?

Versichertenstatus

Ergebnisse von Unterschiedsanalysen mit einer nach dem Versichertenstatus, Geschlecht, Alter sowie Schulbildung parallelisierten Substichprobe von $N = 192$ zeigen für die Verteilungsgerechtigkeitsurteile ein uneinheitliches Bild (vgl. Abb. 7).

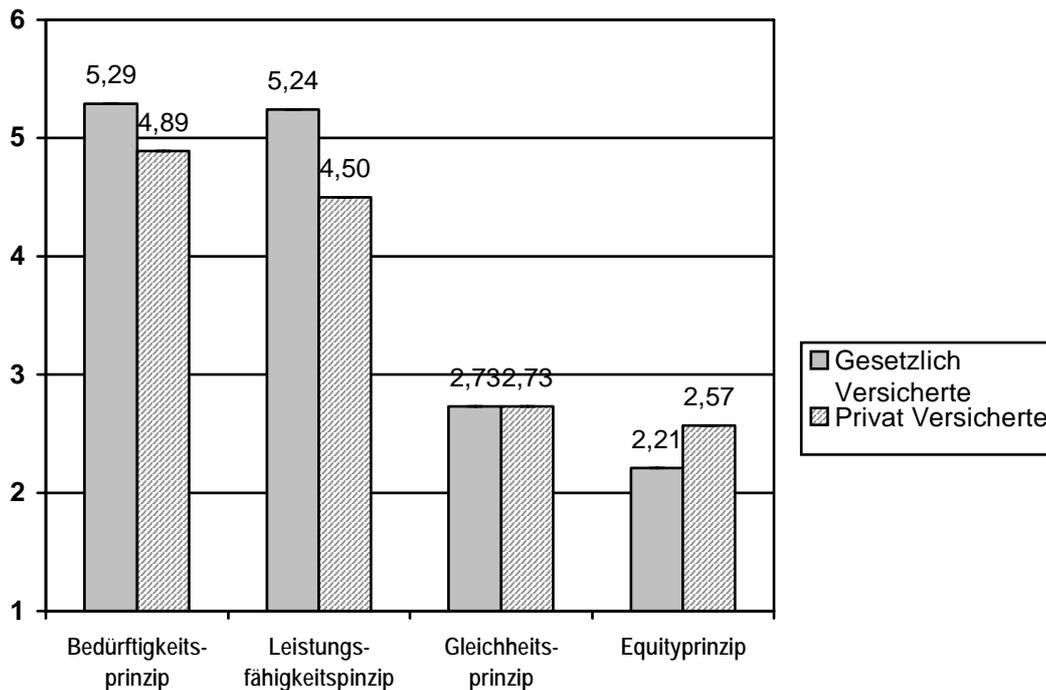


Abbildung 7: Verteilungsgerechtigkeitsurteile in Abhängigkeit vom Versichertenstatus

Hinsichtlich des Versichertenstatus als hartes Außenkriterium zeigen Vergleichsanalysen signifikante Unterschiede für die Präferenz des Bedürftigkeitsprinzips und des Leistungsfähigkeitsprinzips (vgl. Tab. C-7 in Anhang C). Effektgrößenberechnungen ergeben allerdings nur mittlere bzw. kleine Effektgrößen. Vor diesem Hintergrund kann nur eingeschränkt von der statistischen auf eine inhaltliche Bedeutsamkeit geschlossen werden (vgl. Tab. C-7 in Anhang C). Die niedrigen Effektgrößen bestätigen in der Tendenz die Unabhängigkeit der Gerechtigkeitsurteile vom Versichertenstatus: Gesetzlich oder privat versicherte Studienteilnehmer unterscheiden sich nicht systematisch in ihrer Präferenz der Verteilungsprinzipien.

Dass die Gerechtigkeitsurteile so gut wie unabhängig vom Versichertenstatus sind, wird als besonderer Validitätshinweis gewertet. Privat Versicherte sind durch Entscheidungen im gesetzlichen Krankenversicherungssystem nicht direkt betroffen. Ihre Gerechtigkeitsurteile können keine eigenen Interessen maskieren.

Weitere Bevölkerungsgruppen

Darüber hinaus gibt es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Verteilungspräferenzen und der Zugehörigkeit zu bestimmten Bevölkerungsgruppen, die im Gesundheitswesen in besonderer Weise engagiert sind (etwa Mitglieder von Gesundheits- oder Selbsthilfegruppen

sowie Mitarbeiter von Krankenversicherungen und deren Angehörige, vgl. Tab. C-8 in Anhang C).

Die Verteilungsgerechtigkeitsurteile im Handlungsfeld Gesundheitswesen sind nicht als maskiertes Eigeninteresse zu interpretieren. Weder die eigene Betroffenheit noch die eigenen Interessen bei der Gesundheitsversorgung haben Einfluss darauf, wie Urteile über gerechte Allokationen von Leistungen und Lasten getroffen werden und welche Verteilungsprinzipien präferiert werden. Vielmehr verweisen die Ergebnisse der Analysen darauf, dass Gerechtigkeitsurteile nicht ausschließlich durch Eigeninteresse motiviert sind.

5.3 Motivstrukturen im Handlungsfeld Gesundheitswesen

Der dritte Fragenkomplex der vorliegenden Studie zielt auf die Analyse der Motivstrukturen im deutschen Gesundheitswesen. Das heuristische Strukturmodell von Kals und Montada (1994) bzw. Montada und Kals (2000) zur Vorhersage von Handlungsbereitschaften in diversen Gesellschaftskontexten wird erweitert (vgl. Kap. 3). Exemplarisch werden für das Handlungsfeld Gesundheitswesen drei Erklärungsmodelle herausgegriffen: (1) Die Erklärung von Emotionen gegenüber dem Gesundheitswesen anhand kognitiver Urteile; (2) die Erklärung von Verantwortungszuschreibungen; sowie (3) die Erklärung von Engagementbereitschaften im Handlungsfeld Gesundheitswesen.

5.3.1 Motivstrukturen positiv und negativ erlebten Emotionen

In der gesellschaftspolitischen Diskussion um Änderungen des deutschen Gesundheitswesens werden Emotionen explizit nicht diskutiert. Dass (vor allen Dingen negativ erlebte) Emotionen in den Diskussionen und Entscheidungsprozessen eine große Rolle spielen, zeigen die hitzig geführten Debatten (vgl. Kap. 2.1). Aus psychologischer Perspektive sind kognitive Emotionsmodelle der Psychologie Wegweiser für die Analyse kognitiver Bewertungen, die Emotionen zugrunde liegen (vgl. Kap. 3.1). Dadurch haben Emotionen in Verteilungskonflikten einen großen diagnostischen Wert (Montada & Kals, 2007). Sind die konstituierenden Kognitionen der herrschenden Emotionen transparent, und werden damit die Ursachen heftiger emotionaler Widerstände offenkundig, können Maßnahmen zur Steuerung und Veränderung der Emotionen angedacht werden (etwa durch Klärung von Hintergründen oder Aufklärung falscher Annahmen).

Daher ist die Analyse und Modellierung der kognitiven Motivstruktur positiv und negativ erlebter Emotionen im Handlungsfeld Gesundheitswesen theoretisch sinnvoll und praktisch relevant.

Die Teilnehmer der Fragebogenstudie wurden nach ihren Gefühlen beim Gedanken an die Gesundheitsversorgung und an das deutsche Gesundheitssystem insgesamt befragt (vgl. Kap. 3.1 bzw. Anhang A: Fragebogen). Wird in der Psychologie von Gefühl gesprochen, steht vor allem die subjektive Erlebniskomponente im Vordergrund (z.B. Kals, 2002). Im Begriff der Emotion spiegelt sich die Auffassung, dass die subjektive Erlebniskomponente eine unter mehreren anderen Komponenten (kognitive, motivationale, physiologische, motorische Komponente) darstellt. Wird im Folgenden von erlebten Emotionen gesprochen, wird die syndromische Definition von Emotionen zugrunde gelegt und gleichzeitig auf das subjektive Erleben verwiesen (vgl. auch Kap. 3.1).

Die empirischen Daten bestätigen den Augenschein: Deskriptive Analysen zeigen, dass vor allem die negativ erlebten Emotionen (Ärger, Pessimismus, Empörung, Ausgeliefertsein) über bzw. gegenüber der Gesundheitsversorgung bzw. dem Gesundheitswesen insgesamt mit Werten um den Skalenmittelpunkt vorherrschen. Positiv erlebte Emotionen (Optimismus, Sicherheit, Stolz, Dankbarkeit) sind niedriger ausgeprägt (vgl. Tab. 16). Bemerkenswert sind hier jedoch die hohen Streuungen, insbesondere hinsichtlich der negativ erlebten Emotionen.

Tabelle 16: Erlebte Emotionen beim Gedanken an die Gesundheitsversorgung bzw. das Gesundheitssystem insgesamt

Variable	M	SD	N	MD	MO	SCH	KUR	MIN	MAX
Negativ erlebte Emotionen	3.70	1.21	426	3.75	3.75	-.12	-.58	1	6
Positiv erlebte Emotionen	2.78	1.05	426	2.75	3.00	.20	-.40	1	6

Die hohen Streuungen sind teilweise durch den Gesundheitszustand zu erklären: Teilnehmer der Studie, die angeben, nicht gesund zu sein, erleben signifikant negativere Emotionen als gesunde Studienteilnehmer (t-Test für unabhängige Stichproben: $t_{(90)} = -2.02$, $p = 0.04$, $d = 0.42$). Allerdings handelt es sich nach Cohen (1988) nur um einen mittleren Effekt. Keine oder praktisch unbedeutende Unterschiede bestehen dagegen hinsichtlich des Versichertenstatus der Studienteilnehmer ($r_{\text{pos. Emotionen}} = -.02$, $r_{\text{neg. Emotionen}} = .01$) oder der

subjektiv zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln ($r_{\text{pos. Emotionen}} = .15^{**}$, $r_{\text{neg. Emotionen}} = -.15^{**}$).

Wie sind die negativ und positiv erlebten Emotionen zu begreifen? Gelingt eine Vorhersage der Emotionen durch andere, kognitive Variablen?

Zunächst werden die **positiv erlebten Emotionen** betrachtet. Diese entstehen den Analyseergebnissen folgend vornehmlich dann, wenn das gesetzliche Versicherungssystem wertgeschätzt wird und man sich selbst als Gewinner des gesetzlichen Versicherungssystems wahrnimmt. Gleichzeitig wird dem Staat nicht die Verantwortung als Verursacher der derzeitigen Situation im Gesundheitswesen zugewiesen. Durch diese Variablen können allerdings nur 25 Prozent der Varianz des Kriteriums erklärt werden. Tabelle 17 zeigt die Ergebnisse der Regressionsberechnung im Überblick.

Tabelle 17: Lineare Regression: Vorhersage positiv erlebter Emotionen

Kriterium	Prädiktorvariablen	R ²	B	SE B	r	beta	T
Positiv erlebte Emotionen	Wertschätzung des gesetzlichen Versicherungssystems	.13	.33	.05		.32	6.53**
	Staatliche Verursachung der Situation im Gesundheitswesen	.21	-.28	.05		-.27	-5.61**
	Subjektiver Gewinner des gesetzlichen Versicherungssystems	.25	.21	.05		.19	4.00**
	(Konstante)		2.24	.38			5.92**
F _{ges} = 35.56**		df = 3/325					

** p < .01

Die **negativ erlebten Emotionen** können zu 33 Prozent mit den in der Untersuchung realisierten kognitiven Variablen vorhergesagt werden (vgl. Tab. 18). Nur teilweise entsprechen die Variablen derer, die für die Bildung positiv erlebter Emotionen relevant sind (vgl. Tab. 17). Auch bei den negativ erlebten Emotionen ist bedeutsam, dass der Staat als maßgeblicher Verursacher für die Situation im Gesundheitswesen (hier mit entgegengesetztem Vorzeichen) betrachtet wird. Dagegen ist die Eigenwahrnehmung als subjektiver Verlierer des gesetzlichen Gesundheitssystems relevant für die Bildung negativ erlebter Emotionen. Darüber hinaus qualifizieren sich Gerechtigkeitsvariablen:

Ungerechtigkeitserleben in der Gesundheitsversorgung sowie das dispositionale Merkmal der Ungerechtigkeitssensibilität.

Tabelle 18: Lineare Regression: Vorhersage negativ erlebter Emotionen

Kriterium	Prädiktorvariablen	R ²	B	SE B	r	beta	T
Negativ erlebte Emotionen	Staatliche Verursachung der Situation im Gesundheitswesen	.22	.43	.06		.36	7.46**
	Subjektiver Verlierer des gesetzlichen Versicherungssystems	.28	.16	.05		.18	3.53**
	Ungerechtigkeitserleben in der Gesundheitsversorgung	.31	.15	.05		.17	3.18**
	Dispositionale Ungerechtigkeits-sensibilität	.33	.12	.05		.11	2.38*
	(Konstante)		.27	.33			.83
$F_{\text{ges}} = 37.85^{**}$		df = 4/314					

* $p < .05$, ** $p < .01$

Insgesamt geben diese Ergebnisse Aufschluss über wesentliche kognitive Bedingungen der emotionalen Reaktionen der Teilnehmer auf das Gesundheitssystem. Es lohnt sich, einen genaueren Blick auf die negativ erlebten Emotionen gegenüber dem Gesundheitssystem zu werfen. Diese haben, wie in Kapitel 2.1.2 bzw. Kapitel 3.2 ausgeführt, das Potential zum Antrieb politischer Bewegungen. Denn Ungerechtigkeitserleben motiviert zu Aufbegehren und politischen Umstürzen (Moore, 1984; Montada & Kals, 2007). Dies ist für die Akzeptanz gesundheitspolitischer Entscheidungen relevant.

Negativ erlebte Emotionen treten auf, wenn die Verantwortung für die derzeitige Situation im Gesundheitswesen auf den Staat attribuiert wird. Darüber hinaus ist für die Genese positiv wie negativ erlebter Emotionen entscheidend, ob man sich selbst als Verlierer oder Gewinner des gesetzlichen Gesundheitssystems wahrnimmt. Die Bewertung, selbst mehr in das System einzuzahlen als man zurückbekommt, geht mit negativ erlebten Emotionen einher. Diese negative Bilanzierung ist gepaart mit Ungerechtigkeitserleben und verstärkt durch eine dispositionale Ungerechtigkeits-sensibilität. Sind hier verdeckte Eigeninteressen im Hintergrund?

Oberflächlich betrachtet könnte hier Eigennutz als Motiv vermutet werden. Zusammenhangsanalysen zeigen jedoch: Die Bewertung, Verlierer des Systems zu sein, ist unabhängig von eigenen Interessen. Für die Entstehung negativer Emotionen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung bzw. auf das Gesundheitssystem qualifizieren sich keine Variablen des Eigennutzes. Darüber hinaus sind negative Emotionen im Allgemeinen und die Bewertung, Verlierer des Systems zu sein im Speziellen, mit realisierten Variablen des Eigennutzes unkorreliert (vgl. Tab. 19).

Tabelle 19: Zusammenhang negativ erlebter Emotionen bzw. die subjektive Bewertung als Verlierer des gesetzlichen Gesundheitssystems und Variablen des Eigeninteresses

Variable	Negative Emotionen	Subjektiver Verlierer des gesetzlichen Gesundheitssystems
Eigene Interessen bei der Gesundheitsversorgung	n.s.	n.s.
Gesundheitszustand	n.s.	n.s.
Finanzielle Mittel	n.s.	n.s.

Die skizzierten Ergebnisse bestätigen die Ergebnisse der Gerechtigkeitsanalysen in Kapitel 5.1: **Gerechtigkeit** ist das zentrale Kriterium, nachdem die gesetzliche Gesundheitsversorgung bewertet wird. Je nach kognitiven Bewertungen entstehen negativ oder positiv erlebte Emotionen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung bzw. das gesetzliche Gesundheitswesen.

5.3.2 Erklärungsmodell der Verantwortungszuschreibung

Im Folgenden werden die Fragen des dritten Fragenkomplexes bezüglich der Verantwortungszuschreibung beantwortet. Wem wird im Handlungsfeld Gesundheitswesen Verantwortung zugeschrieben?

In der Gesamtstichprobe wird in erster Linie der **Staat in der Verantwortung** gesehen, das derzeitige das Gesundheitswesen zu verändern und ein gerechtes Gesundheitssystem zu etablieren (vgl. Tab. 20). Daneben werden, wenn auch weniger als der Staat, die verschiedenen Institutionen der Gesundheitsversorgung (gesetzliche und private Krankenversicherungen, Kassenärztliche Vereinigungen, Pharmaindustrie) für Änderungen

verantwortlich gezeichnet. Den Bürgern und der eigenen Person wird ebenso Verantwortung zugesprochen. Die Werte liegen jedoch nur knapp über bzw. auf dem Skalenmittelwert von 3,5. Einhellig abgelehnt wird, keinem Akteur Verantwortung zuzuschreiben und „den Dingen ihren Lauf zu lassen“.

Tabelle 20: Verantwortungszuschreibungen in der Gesamtstichprobe

Variable	M	SD	N	MD	MO	SCH	KUR	MIN	MAX
Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf den Staat	5.40	0.88	419	6.00	6.00	-1.61	2.60	1	6
Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf verschiedene Institutionen	4.82	0.98	425	5.00	6.00	-1.13	2.09	1	6
Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf einzelne Bürger/ Bürgergruppen	3.66	1.44	425	4.00	4.00	-0.09	-0.84	1	6
Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf sich selbst	3.55	1.54	423	4.00	4.00	-0.03	-1.04	1	6
Keine (menschliche) Verantwortlichkeit	1.20	0.66	409	1.00	1.00	4.92	28.38	1	6

Auch für die Verantwortungsurteile stellt sich, vergleichbar zu den in Kapitel 5.1.1 berichteten Bereitschaftsmaßen, die Frage, ob die Urteile zwischen Bevölkerungsgruppen systematisch variieren. Ergebnisse vergleichender Analysen zeigen, dass die Urteile unabhängig vom Versichertenstatus, Gesundheitszustand oder von finanziellen Mitteln gefällt werden (vgl. Tab. C-9 in Anhang C).

Wie sind die Verantwortungszuschreibungen an externe Agenten zu erklären?

Entsprechend dem Stufenmodell der Verantwortung sollten die Wahrnehmung von Kontroll- und Einflussmöglichkeiten einerseits und Zuschreibungen für die Verursachung andererseits entscheidend sein für die Verantwortungszuschreibung für Veränderungen im Gesundheitswesen (vgl. Kap. 3.1). Die empirischen Ergebnisse bestätigen dieses Modell zum Teil. Die Zuschreibung von Verantwortlichkeit für Veränderungen im Gesundheitswesen an den Staat kann zu 21 Prozent dadurch erklärt werden, dass der Staat einerseits als Verursacher der derzeitigen Situation im Gesundheitssystem betrachtet wird und dem Staat andererseits Möglichkeiten zugesprochen werden, Veränderungen herbeizuführen (vgl. Tab. 21).

Tabelle 21: Lineare Regression: Vorhersage Zuschreibung staatlicher Verantwortung für Veränderungen im Gesundheitswesen

Kriterium	Prädiktorvariablen	R ²	B	SE B	r	beta	T
Zuschreibung von Verantwortlichkeit an den Staat	Einflussmöglichkeiten des Staates	.17	.29	.04	.41	.33	6.81**
	Attribution der Verursachung auf Gesetze des Staates	.21	.18	.04	.34	.22	4.64**
	(Konstante)		3.01	.24			12.60**
F _{ges} = 52.10**		df = 2/397					

** p < .01

Analog kann die Zuschreibung von Verantwortlichkeit an externe Institutionen mit 35 Prozent durch entsprechende Attribuierung und Zuschreibung von Einflussmöglichkeiten an externe Institutionen erklärt werden (vgl. Tab. 22).

Tabelle 22: Lineare Regression: Vorhersage Verantwortungszuschreibung für Veränderungen im Gesundheitswesen auf externe Institutionen

Kriterium	Prädiktorvariablen	R ²	B	SE B	r	beta	T
Zuschreibung von Verantwortlichkeit an externe Institutionen	Einflussmöglichkeiten externer Institutionen	.30	.50	.05	.55	.44	10.03
	Attribution der Verursachung auf externe Institutionen	.35	.26	.05	.44	.25	5.63**
	(Konstante)		1.21	.25			4.93**
F _{ges} = 111.22**		df = 2/419					

** p < .01

Die durch das Stufenmodell der Verantwortung (vgl. Kap. 3.1) postulierten Variablen zur Erklärung von Verantwortungszuschreibungen können im Handlungsfeld Gesundheitswesen insgesamt jedoch nur geringe bzw. kleine Varianzanteile vorhersagen. Die weiteren in der Studie realisierten Variablen (etwa Variablen des Eigeninteresses oder der Gerechtigkeiten) leisten darüber hinaus keinen Aufklärungsbeitrag. Auch dispositionale Variablen (etwa dispositionale soziale Verantwortung) erklären die Muster der Verantwortungsattributionen für Veränderungen im Gesundheitssystem nicht.

Ein ähnliches Bild wie für die Verantwortungszuschreibung für Veränderungen zeigt sich für die **Verantwortungszuschreibung für die Verursachung** der Situation im Gesundheitswesen (vgl. Tab. 23). Hier sind es in erster Linie externe Agenten, die als Verursacher der derzeitigen Situation im Gesundheitswesen verantwortlich gemacht werden. Psychologisch interessant ist die Diskrepanz in den internalen Attributionsmustern: andere Bürger und Bürgergruppen werden mit einem Mittelwert von $M = 3,05$ in einem weit stärkeren Maß als Verursacher betrachtet als die eigene Person. Für die eigene Person wird die Verantwortung, die Situation im Gesundheitswesen (mit)verursacht zu haben, mit einem Mittelwert von $M = 1,54$ eher abgelehnt (t-Test für gepaarte Stichproben: $t_{(428)} = 24.52$; $p = .00$; $d = 1.42$).

Tabelle 23: Verursachungszuschreibungen in der Gesamtstichprobe

Variable	M	SD	N	MD	MO	SCH	KUR	MIN	MAX
Attribution der Verursachung auf veränderte Rahmenbedingungen	5.12	1.04	428	5.00	6.00	-1.50	2.61	1	6
Attribution der Verursachung auf Gesetze des Staates	4.77	1.03	430	5.00	5.00	-0.76	0.40	1	6
Attribution der Verursachung auf Institutionen	4.31	0.93	430	4.40	3.80	-0.32	-0.26	1	6
Attribution der Verursachung auf Bürger und Bürgergruppen	3.05	1.24	429	3.00	3.00	0.17	-0.60	1	6
Internale Attribution der Verursachung auf die eigene Person	1.54	0.86	429	1.00	1.00	1.72	2.86	1	6

Stehen die Verantwortungsattributionen in Zusammenhang mit eigener Betroffenheit oder eigenen Interessen? Zusammenhangsanalysen zeigen, dass sich die Zuschreibungsmuster im Großen und Ganzen nicht in Abhängigkeit vom Versichertenstatus, dem Gesundheitszustand oder den subjektiv zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln unterscheiden. Ebenso sind die Verantwortungszuschreibungen unabhängig von eigenen Interessen in der Gesundheitsversorgung (vgl. Tab. C-10 in Anhang C).

Vornehmlich werden dem Staat sowie gesundheitspolitischen Institutionen Verantwortung für Veränderungen im Gesundheitssystem zugeschrieben. Dies u.a. deshalb, weil dem Staat sowie den gesundheitspolitischen Institutionen Einflussmöglichkeiten zugesprochen werden und weil auf Staat sowie Gesundheitsinstitutionen Verursachung attribuiert wird. Die Zuschreibungsmuster unterscheiden sich nicht in Abhängigkeit von der eigenen Betroffenheit oder von eigenen Interessen in der Gesundheitsversorgung (vgl. Tab. C-10 in Anhang C).

5.3.3 Erklärungsmodell der Engagementbereitschaften für ein gerechtes Gesundheitssystem

Engagementbereitschaften werden als valide Prädiktoren für manifestes Verhalten betrachtet (Montada, Kals & Becker, submitted). In zahlreichen Studien unterschiedlicher Handlungskontexte (etwa dem Umweltschutz oder im der Arbeitswelt) konnte gezeigt werden, dass diese Handlungsbereitschaften durch multiple Motive vorhergesagt werden können (vgl. z.B. Gerhardt, 2005; Kals, 1993; Müller, 2003; vgl. auch Kap. 2.2). Neben Eigennutzmotiven sind vor allem moralische Variablen der Verantwortung und Gerechtigkeit, die sich für eine Vorhersage qualifizieren. Im Gesundheitswesen verweisen qualitative Studien auf die Bedeutsamkeit von Gerechtigkeit (Ullrich, 2004). Daneben sind (neben Kognitionen) Emotionen für die Modellierung von Bereitschaftsmaßen zentral (vgl. Kap. 3.1). Im Rahmen der vorliegenden Studie ist zu untersuchen, ob sich diese Motive auch im Handlungsfeld Gesundheitswesen zur Erklärung von Engagementbereitschaften bewähren.

Sind, wie in anderen Handlungsfeldern, neben Gerechtigkeitsperzeptionen auch Eigennutz und Verantwortung zur Bereitschaftsbildung im Gesundheitswesen bedeutsam? Für das **Handlungsfeld Gesundheitswesen** bietet sich eine eigene Situation. Es ist u.a. zu beachten, dass das deutsche Gesundheitswesen als kollektives Gut ein komplexes Gefüge ist; es ist zu beachten, dass die Reformdiskussionen unübersichtlich sind und es keine eindeutigen Expertenmeinungen gibt; es ist zu beachten, dass Gesundheit eine hohe persönliche Relevanz hat; es ist zu beachten, dass es Vorstellungen und Bestrebungen unterschiedlichster Interessengruppen zu differenzieren gilt.

Die zentralen Kriterien der vorliegenden Studie sind **Engagementbereitschaften** für ein gerechtes Gesundheitssystem einerseits und Engagementbereitschaften für eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung andererseits (vgl. Kap. 3.1). Die Frage, ob es in der Bevölkerung eine grundsätzliche Bereitschaft gibt, sich für ein gerechtes Gesundheitssystem

bzw. für die eigenen Interessen zu engagieren, ist bereits beantwortet (vgl. Kap. 5.1.1 bzw. 5.1.2). Die deskriptiven Befunde zeigen, dass es in der Stichprobe eine hohe Bereitschaft gibt, sich für ein gerechtes Gesundheitssystem zu engagieren. Das Engagement für die eigenen Interessen bleibt darunter.

Darüber hinaus wurden die Studienteilnehmer nach ihrem derzeitigen **aktiven politischen Engagement** für Änderungen im Gesundheitssystem befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Angaben für die Gesamtstichprobe bei einem Mittelwert von $M = 3,44$ (bei einer Standardabweichung von $SD = 1,14$) fast auf dem Skalenmittelpunkt der Antwortskala liegen. Dieses tatsächliche Engagement kann zu 43 Prozent durch die Bereitschaftsbekundungen für ein Engagement für ein gerechtes Gesundheitssystem sowie für ein Engagement für eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung erklärt werden (vgl. Tab. 24). Dies ist als Hinweis dafür zu werten, dass sich Bereitschaften zur Vorhersage von manifestem Verhalten eignen (vgl. Kap. 3.1). Die Umsetzung von Bereitschaftsbekundungen in manifestes Verhalten ist immer moderiert von sozialen und situativen Rahmenbedingungen (z.B. Gollwitzer & Schmitt, 2006; Hartmann & Wakenhut, 1995). Dies gilt auch im Handlungsfeld Gesundheitswesen. Eine Varianzaufklärung von 43 Prozent durch Bereitschaftsmaße kann als überaus zufrieden stellend bewertet werden.

Tabelle 24: Lineare Regression: Vorhersage politischen Engagements im Gesundheitssystem durch Bereitschaftsmaße in der Gesamtstichprobe

Kriterium	Prädiktorvariablen	R ²	B	SE B	r	beta	T
Eigenes politisches Engagement im Gesundheitswesen	Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem	.41	.59	.06	.64	.52	10.60**
	Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem	.43	.17	.04	.52	.18	3.76**
	(Konstante)		.44	.18			2.42*
F _{ges} = 153.75**		df = 2/412					

* $p < .05$, ** $p < .01$

Im Folgenden wird nun geprüft, ob im Rahmen der vorliegenden Studie die in Kapitel 3.1 spezifizierte Forschungsfrage beantwortet werden kann: **Wann wird in der Bevölkerung ein gerechtes System unterstützt? Wie können bestehende Engagementbereitschaften erklärt und vorhergesagt werden? Gelingt eine Vorhersage der Engagementbereitschaften im Handlungsfeld Gesundheitswesen?**

Entsprechend der Modellheuristik nach Montada und Kals (1998) wurden in der vorliegenden Studie für das Handlungsfeld Gesundheitswesen Gerechtigkeitsvariablen integriert (vgl. Kap. 3), um deren Vorhersagekraft für Engagementbereitschaften zu prüfen.

Gerechtigkeitsvariablen

Die Ergebnisse bivariater Korrelationsanalysen zeigen keine statistisch bedeutsamen Zusammenhänge der Verteilungsgerechtigkeitsvariablen mit den gewählten Engagementbereitschaften (vgl. Tab. 25).

Tabelle 25: Zusammenhang der Engagementbereitschaften und Gerechtigkeitsvariablen

Variable	Polit. Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem	Polit. Engagementbereitschaft für eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung	Politisches Engagement im Gesundheitssystem
1 Verteilung von Gesundheitsleistungen nach dem Bedürftigkeitsprinzip	n.s.	n.s.	.16*
2 Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip	.10*	.15**	.19**
3 Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Gleichheitsprinzip	n.s.	n.s.	n.s.
4 Verteilung von Zahlungen und Leistungen nach dem Equityprinzip	n.s.	n.s.	-.10*
5 Ungerechtigkeits erleben in der Gesundheitsversorgung	.16**	.23**	.11*
6 Dispositionale (Un-)Gerechtigkeitssensibilität	.28**	.30**	.33**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Ausnahmen bilden die Verteilungspräferenz nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip, Ungerechtigkeits erleben in der Gesundheitsversorgung im Sinne einer erlebten eigenen Benachteiligung sowie die dispositionale Gerechtigkeitssensibilität. Inhaltlich sind die statistischen Signifikanzen mit Korrelationskoeffizienten bis $r = 0,30$ ($p < .01$) jedoch nur eingeschränkt bedeutsam. Für berichtetes politisches Engagement sind ähnliche Ergebnisse wie für die Engagementbereitschaften zu finden. Vor allem steht das Merkmal der dispositionalen Ungerechtigkeits sensibilität mit einem Korrelationskoeffizient von $r = 0,33$

($p < .01$) in bedeutsamem Zusammenhang mit politischem Engagement im Gesundheitssystem (vgl. Tab. 25).

Verantwortungszuschreibungen

Neben Gerechtigkeitsvariablen leisten Verantwortungszuschreibungen in anderen Handlungsfeldern einen zentralen Beitrag für die Vorhersage von Engagementbereitschaften (vgl. z.B. Kals, 1994, 1998). Im Handlungsfeld Gesundheitswesen zeigen sich für die Verantwortungsattributionen zwar statistisch bedeutsame Zusammenhänge. Die Effektgrößen sind nach Cohen (1988) jedoch als klein zu bewerten und damit inhaltlich nicht bedeutsam (vgl. Tab. 26).

Tabelle 26: Zusammenhang der Engagementbereitschaften und Verantwortungszuschreibungen

Variable	Polit. Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem	Polit. Engagementbereitschaft für eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung	Politisches Engagement im Gesundheitssystem
1 Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf den Staat	.27**	.19**	.22**
2 Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf verschiedene Institutionen	.23**	.20**	.16**
3 Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf einzelne Bürger/ Bürgergruppen	.20**	.13**	n.s.
4 Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf sich selbst	.28**	.17**	.15**
5 Keine (menschliche) Verantwortlichkeit	n.s.	n.s.	-.12*
6 Dispositionale soziale Verantwortung	.25**	.20**	.31**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tatsächliches politisches Engagement im Gesundheitswesen steht mit einem Korrelationskoeffizienten von $r = 0,31$ ($p < .01$) in Zusammenhang mit dem Merkmal der dispositionalen sozialen Verantwortung (Bierhoff, 2000).

Eigennutzvariablen

Nach dem ökonomischen Verhaltensmodell sollten, wie bereits mehrfach ausgeführt, Eigennutzvariablen Engagementbereitschaften und Handeln vorhersagen. Ist das Eigennutzmotiv im Handlungsfeld Gesundheitswesen das zentrale Motiv? Qualifizieren sich Eigennutzvariablen zur Vorhersage des Engagementbereitschaften? Die Ergebnisse zeigen, dass die realisierten Eigennutzvariablen in keinem statistisch bedeutsamen Zusammenhang mit den politischen Engagementbereitschaften für ein gerechtes Gesundheitswesen bzw. eigenen Interessen in der Gesundheitsversorgung stehen (vgl. Tab. 27). Das heißt: Im Handlungsfeld Gesundheitswesen sind es auch nicht die Variablen des eigenen Nutzens, die politisches Engagement bzw. die politischen Engagementbereitschaften vorhersagen können.

Tabelle 27: Zusammenhang der Engagementbereitschaften und Verantwortungszuschreibungen

Variable	Polit. Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem	Polit. Engagementbereitschaft für eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung	Politisches Engagement im Gesundheitssystem
1 Eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung	-.13*	n.s.	-.24**
2 Versichertenstatus	n.s.	-.18**	n.s.
3 Gesundheitszustand	-.13*	-.16**	n.s.
4 Finanzielle Mittel	n.s.	-.14**	n.s.

* $p < .05$, ** $p < .01$

Insgesamt gelingt die Vorhersage der Engagementbereitschaften für ein gerechtes Gesundheitssystem bzw. für eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung durch die in der Studie realisierten Variablen nur eingeschränkt. In der Tendenz zeigt sich, dass Gerechtigkeit und Verantwortung wie in anderen Handlungsfeldern auch im Handlungsfeld Gesundheitswesen in Zusammenhang stehen mit Engagementbereitschaften. Die Effektgrößen sind jedoch niedrig und entsprechend niedrig sind die Varianzaufklärungen der linearen Regressionsanalysen. Bemerkenswert ist, dass sich auch das Eigennutzmotiv nicht eindeutig zur Erklärung der Engagementbereitschaften beiträgt.

Was sind die Gründe, dass die in anderen Handlungsfeldern bestätigten Motive keinen bedeutsamen Beitrag leisten für die Vorhersage der Engagementbereitschaften für ein gerechtes Gesundheitssystem einerseits und für eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung andererseits?

Ein erneuter Blick auf die Verantwortungsvariablen lohnt an dieser Stelle (vgl. Kap. 5.3.2). In anderen Handlungskontexten, wie etwa der Umwelt- und Gesundheitsschutz, sind Verantwortungen als einflussreiche Prädiktoren für Bereitschaftsmaße identifiziert (vgl. Kals, 1996a; Kals & Montada, 2001). Die Verantwortungen, die in der vorliegenden Studie den Bürgern bzw. sich selbst zugeschrieben werden, liegen im Mittel auf dem Skalenmittelwert von 3,5. Allerdings sind die sehr hohen Streuungen augenfällig: Die Streuungen liegen bei $SD = 1,54$ bzw. $SD = 1,44$ (vgl. Tab. 20). Die Verantwortungsurteile liegen durch alle Bevölkerungsgruppen hinweg weit auseinander zu gehen und es lassen sich keine systematischen Zusammenhänge der Verantwortungsvariablen mit realisierten Kontrollvariablen finden (vgl. Kap. 5.3.2). Viel eindeutiger wird dem Staat Verantwortlichkeit für Änderungen im Gesundheitswesen zugeschrieben (vgl. Tab. 20).

Dass im ersten Schritt bereits den Bürgern bzw. sich selbst keine eindeutige Verantwortung zugeschrieben wird, legt die Vermutung nahe, dass dies auch in einem zweiten Schritt Einfluss hat auf die uneinheitlichen Bereitschaftsbildungen, sich für ein gerechtes Gesundheitssystem bzw. für eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung zu engagieren. Denn in der (Sozial-)Psychologie ist bekannt, dass in komplexen Situationen „Wege aus der Verantwortung“ eingeschlagen werden, wie sie bereits in Kapitel 3.1 angedeutet sind. Es lassen sich kognitive **Prozesse der Verantwortungsabwehr** beobachten, um eine Bindung an ein verantwortliches Handeln zu schwächen. Ob diese Prozesse auch im Handlungsfeld Gesundheitswesen bestehen, kann jedoch im Rahmen der vorliegenden Studie nicht geklärt werden. Dieser Frage ist in weiteren Studien empirisch nachzugehen. Hinweise dafür, dass die skizzierten „Wege aus der Verantwortung“ tatsächlich eingeschlagen werden, könnten die Ergebnisse hinsichtlich des berichteten tatsächlichen Engagements im Gesundheitswesen geben. Die Korrelationen des berichteten Engagements mit den Verantwortungszuschreibungen sind signifikant niedriger als die Korrelationen der Bereitschaftsmaße. Ausnahme bildet eine generelle soziale Verantwortung (Bierhoff, 2000), die höher korreliert mit dem berichteten Engagement für Änderungen im Gesundheitswesen als mit den Bereitschaftsmaßen (vgl. Tab. 26).

Ein weiterer Grund für die polarisierten Meinungen und Urteile bzw. Bereitschaftsbildungen könnte auch ein **unterschiedlicher Kenntnisstand über gesundheitspolitische Diskussionen** sein. Das Gesundheitswesen und mögliche Änderungen der Strukturen sind seit langem Gegenstand gesundheitspolitischer Debatten und damit medialer Berichterstattung (vgl. Kap. 2.1). Meldungen und Berichte über verschiedene Reformkonzepte,

gesundheitpolitische Diskussionen oder Stellungnahmen von Experten, die zu der Zeit der Erhebung zugänglich und in der Öffentlichkeit virulent waren, können Einfluss auf die Beantwortung des Fragebogens genommen haben. Wie bereits in Kapitel 5.1.2 angedeutet, wurde dieser Einfluss kontrolliert. Es zeigen sich in den Ergebnissen keine systematischen Einflüsse auf die Urteile und Bewertungen (vgl. Kap. 5.1.2). Der Kenntnisstand der gesundheitspolitischen Debatten korreliert nicht systematisch mit den zentralen Variablen der Untersuchung und kann somit nicht als Erklärung herangezogen werden, dass die Vorhersage der Bereitschaftsmaße nicht gelingt.

Gibt es weitere Gründe dafür, dass das in anderen sozialen Handlungsfeldern bestätigte Modell im Handlungsfeld Gesundheitswesen nur eingeschränkt bestätigt werden kann? Neben diesen inhaltlichen Überlegungen sind **methodische Aspekte** zu berücksichtigen. Die Operationalisierung der zentralen Variablen erfolgte durch die Konstruktion neuer Skalen für das Handlungsfeld Gesundheitswesen. Um die Komplexität des Handlungsfeldes Gesundheitswesen adäquat wieder zu geben, wurden die Skalen zu Lasten der Verständlichkeit und Einfachheit auf einem sehr abstrakten und intellektuellen Niveau formuliert. Die Beantwortung der Items erfordert ein hohes Reflexionsniveau der Studienteilnehmer. Zur Beantwortung der Gerechtigkeits-, Verantwortungs- und Eigennutz-Items sind große Abstraktionsleistungen zu erbringen und die Beurteilung ausgewählter Aspekte des komplexen Gesundheitswesens erfordert hohe kognitive Leistungen. Die Skalen der Engagementbereitschaften sind im Gegensatz – entsprechend der Inhalte – konkret und verhaltensnah beschrieben. Die Engagementbereitschaften sind anschaulich und fassbar formuliert und entsprechend einfach zu beantworten (Hinweise auf die Itemschwierigkeit geben Mittelwert und Streuungen, vgl. Kap. 5.1.1). Hier liegt vielleicht der wichtigste Grund dafür, dass die Vorhersage der Engagementbereitschaften im Handlungsfeld Gesundheitswesen mit den spezifizierten Variablen nicht glückt: Das **unterschiedliche Spezifikationsniveau der Skalen** legt die Inhalte auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen fest. Es wird gefolgert, dass (auch) das unterschiedliche Spezifikationsniveau die niedrigen Korrelationen bzw. die nicht geglückte Vorhersage der gewählten Kriterien bedingt.

6 Zusammenfassung, Diskussion und Ausblick

Die vorliegende Studie verfolgt das Ziel, erstes bedingungsanalytisches Wissen im Handlungsfeld Gesundheitswesen zu sammeln. Dazu wurde aus psychologischer Perspektive ein Forschungsprogramm entworfen, um zentrale Bewertungskriterien zu spezifizieren und deren Zusammenhänge zu identifizieren (vgl. Kap. 3).

Im Folgenden werden zunächst die in Kapitel 2.5 abgeleiteten Forschungsdesiderate und die auf dieser Grundlage konzipierte Studie zusammenfassend skizziert und diskutiert (Kap. 6.1). Daran schließt die Darstellung und Diskussion der zentralen Befunde gemäß der in Kapitel 3 formulierten Fragestellungen an (Kap. 6.2). In Kapitel 6.3 werden Ableitungen der Befunde für gesundheitspolitische Entscheidungen diskutiert.

6.1 Zusammenfassung und Diskussion der Studie

Vor dem Hintergrund (sozial-)psychologischer Forschungsergebnisse und theoretischer Konzepte wurden in Kapitel 2.5 **Forschungsdesiderate** formuliert. Es wird gefordert, dass sich empirisch-psychologische Forschung vermehrt (Verteilungs-)Problemen der gesellschaftlichen Realität zuwendet (vgl. Forschungsdesiderat 1) und so auch das Handlungsfeld Gesundheitswesen zum Gegenstand empirisch-psychologischer Forschung macht. Ziel einer empirischen Forschung sollte sein, die Bewertungskriterien der Bevölkerung zu identifizieren (vgl. Forschungsdesiderat 2) sowie Engagementbereitschaften und Motivstrukturen im Handlungsfeld Gesundheitswesen zu erfassen. Die Auswahl der Variablen sollte theorie- und empiriegestützt begründet sein (vgl. Forschungsdesiderat 3). Ein zentraler Bewertungsmaßstab ist der der (Verteilungs-)Gerechtigkeit. Es wird gefordert, die Domäne der Verteilungsgerechtigkeit explizit zu konzeptualisieren. Dabei ist auf Ergebnisse der empirischen Gerechtigkeitsforschung zurückzugreifen (vgl. Forschungsdesiderat 4). Zur Systematisierung der Handlungs- und Entscheidungsmotive in einem Handlungsfeld ist das Verständnis der impliziten Menschenbildannahmen wichtig. Wird von falschen Annahmen ausgegangen, besteht die Gefahr, dass politische Veränderungsentscheidungen gegen die Überzeugung der Bevölkerung gefällt werden. Für das Handlungsfeld Gesundheitswesen sind daher die impliziten Menschenbildannahmen zu analysieren und zu explizieren. Konkret heißt das, empirisch das Bild des (ausschließlich) eigennutzorientierten Menschen gegen das Bild

eines Menschen zu prüfen, dessen Entscheiden und Handeln in multiplen Motiven gründet (vgl. Forschungsdesiderat 5).

Mit der vorliegenden Studie wird versucht, Teile der formulierten Desiderate einzulösen. Bisher steht für das Handlungsfeld des deutschen Gesundheitswesens kein bedingungsanalytisches Wissen über Motivstrukturen von Handlungs- und Engagementbereitschaften zur Verfügung. Psychologische Bedingungsanalysen spezifizieren und systematisieren Ausprägungen und Zusammenhängen verschiedener Bewertungs- und Motivstrukturen. Zur Untersuchung des komplexen Handlungsfeldes Gesundheitswesen wird ein heuristisches Variablenmodell herangezogen, das in verschiedenen gesellschaftlichen Kontexten erfolgreich eingesetzt wurde (vgl. Kap. 2.1 und 3.1). Das Handlungsfeld der Gesundheitsversorgung stellt dabei eine besonders harte Testung der spezifizierten Modellvariablen dar, denn Gesundheit ist ein besonderes Gut und ein persönlich relevanter Kontext (vgl. Kap. 3.1). Darüber hinaus sind Reformdiskussionen im Gesundheitssystem und grundlegende Veränderungen in der Gesundheitsversorgung in der Politik und in der Öffentlichkeit drängend (vgl. Kap. 2.1 und 3.1).

Die Fragestellungen der vorgelegten Studie sind in Kapitel 3.3 auf die folgenden Fragen verdichtet: (1) Welche allgemeinen Urteile und Bereitschaften bestehen im Handlungsfeld Gesundheitswesen? (2) Welche Gerechtigkeitsurteile sind bedeutsam? Sind diese Urteile Ausdruck maskierten Eigeninteresses? (3) Welche Erklärungsmodelle können modelliert werden: Für positiv und negativ erlebte Emotionen, für Verantwortungszuschreibungen, für Verhalten und Bereitschaften im Gesundheitssystem?

Die theoretische Konzeption der Studie steht in der Tradition des Strukturmodells von Kals und Montada (1994) bzw. Montada und Kals (2000). Das Modell wurde zur Erklärung von Fairnessurteilen, Entscheidungen und Handlungsbereitschaften in lokalen und globalen Umweltkonflikten explizit als Modellheuristik entwickelt (vgl. Kals, 1993). Das bedeutet, dass die relevanten Variablen der jeweiligen Situation oder dem Handlungsfeld anzupassen sind. Das Modell integriert verschiedene Modelltraditionen, wie verantwortungs- und normpsychologische (Schwartz, 1977), gerechtigkeitspsychologische sowie emotionspsychologische Modelle (vgl. Kap. 2.2.2 und 3.1). Es steht damit in Kontrast zu Handlungsmodellen, die ausschließlich rationalen Eigennutz als handlungsrelevantes Motiv voraussetzen (vgl. Kap. 2.2.1 und 3.1). Die Modellvariablen haben sich in unterschiedlichen politischen und gesellschaftlichen Handlungsfeldern zur Systematisierung und Erklärung

relevanter Bereitschafts- und Handlungsmotive bewährt (Becker, 2000; Gerhardt, 2005; Ittner, 2001; Kals & Russell, 2000; Müller, 2002; Niegot, 2002; Russell, 2001).

Für eine erste systematische Untersuchung des Handlungsfelds Gesundheitswesen liegt es nahe, sich an dieser Modellheuristik auch zu orientieren. Zielstichprobe sind gesetzlich oder privat versicherte Bürgerinnen und Bürger. Die zentralen Variablen sind für den Kontext Gesundheitswesen zu spezifizieren und zu differenzieren.

Das Konzept des Forschungsprogramms und damit die Variablenwahl der Untersuchung gründen auf drei Quellen (vgl. Kap. 3.1). Erstens sind Ergebnisse qualitativer Studien über das Gesundheitswesen zugrunde gelegt (Ullrich, Wemken & Walter, 1994; Ullrich, 1996, 2002a, 2004). Zweitens finden Ergebnisse bedingungsanalytischer Studien anderer gesellschaftlicher Lebensbereiche Beachtung (Gerhardt, 2005, 2006; Kals, 1996a, 2000a; Kals et al., 1998; Müller, 2003). Drittens werden Ergebnisse unsystematischer Analysen gesundheitspolitischer Debatten in den Medien und der Öffentlichkeit für die Konzeption berücksichtigt (vgl. Kap. 2.1.3).

Zur Spezifikation der Bewertungskriterien und Handlungsbereitschaften im Kontext Gesundheitswesen wurde die Methode der querschnittlichen Fragenbogenstudie gewählt (vgl. Kap. 4.1). Damit sind die Befunde auf korrelative Ableitungen beschränkt. Da die Fragestellungen der Studie auf subjektive Sichtweisen und Bewertungen vor dem Hintergrund der individuellen Lebenslage zielen, ist diese Wahl jedoch sinnvoll. Eine alternative Studienform, etwa eine standardisierte Situation in einem Laborexperiment zu modellieren, um kausale Ableitungen aus den Ergebnissen zu ermöglichen, würde der Komplexität des Gesundheitswesens nicht gerecht werden. Die Einschränkungen der internen Validität von Fragebogenstudien wiegen für die Beantwortung der gewählten Forschungsfragen weniger schwer als die Einschränkungen der ökologischen Validität eines Laborexperiments. Dies gilt erst recht bei der empirisch-psychologischen Erforschung von Problemen der gesellschaftlichen Realität (vgl. Forschungsdesiderats 1 in Kap. 2.5).

Im Rahmen der vorgelegten Studie wurde ein Fragebogen mit insgesamt 246 Items entwickelt, der als Papier-Bleistift- sowie Online-Version zur Verfügung stand (vgl. Anhang A). Die im Fragebogen enthaltenen Skalen sind für das Gesundheitswesen spezifiziert (vgl. Kap. 4.1). Die Stichprobe umfasst insgesamt 484 gesetzlich und privat versicherte Bürgerinnen und Bürger, die den Fragebogen in Online- bzw. Papier-Bleistift-Version

beantwortet. Die Güte der zentralen Skalen ist durch Item- und Skalenanalysen überprüft und bestätigt (vgl. Kap. 4.2). Die Verteilungsmaße sind zufrieden stellend und die Variablen lassen eine klare faktorielle Struktur erkennen. Die internen Konsistenzen und Reliabilitäten sind als gut bzw. sehr gut zu bewerten. Die Tendenz zu sozial erwünschten Antworten wurde durch die üblichen Maßnahmen reduziert und kontrolliert (vgl. Kap. 4.1).

Die Güte des Fragebogeninstruments bildet die Grundlage der deskriptiven, vergleichenden und multivariaten Analysen, deren Ergebnisse im Weiteren beschrieben und diskutiert werden.

6.2 Zusammenfassung und Diskussion der Befunde

Für die vorgelegte Studie wurden zentrale Fragestellungen formuliert, die in drei Fragekomplexen präsentiert sind (vgl. Kap. 3). An diesen Fragekomplexen orientiert sich die Ergebnisdarstellung in Kapitel 5. Diese Struktur wird auch für die Zusammenfassung und Diskussion der Befunde beibehalten.

Fragenkomplex 1: Welche allgemeinen Urteile bestehen in der deutschen Bevölkerung über das Handlungsfeld Gesundheitswesen? Unterscheiden sich die Urteile verschiedener Gesellschaftsgruppen? Welche Bereitschaften zum Engagement bestehen in der deutschen Bevölkerung? Gibt es Unterschiede im Selbst- und Fremdbild?

Der erste Fragenkomplex bezieht sich auf relevante Bewertungskriterien, die die Bevölkerung zugrunde legt. Die Ergebnisse sind in Kapitel 5.1.3 berichtet. Welche **Bewertungskriterien** haben sich als relevant und wichtig herausgestellt? Insgesamt zeigen die Befunde der Studie, dass die Stichprobe das deutsche Gesundheitswesen und das Solidarsystem der gesetzlichen Krankenversicherung akzeptiert und wertschätzt. Dabei besteht kein Zweifel, dass jeder einzelne ein grundlegendes Recht auf Gesundheitsversorgung hat. Das aktuelle deutsche Gesundheitssystem wird jedoch als wenig wirtschaftlich effizient und fair bewertet. So wundert es nicht, dass die Stichprobe einhellig das Gesundheitssystem als unzureichend und reformbedürftig beurteilt. Gerechtigkeit ist das zentrale Kriterium, nachdem das Gesundheitssystem bewertet wird (vgl. hierzu ausführlich Fragenkomplex 2). Daneben haben Transparenz und Einfachheit zentrale Bedeutung, genauso wie die Sicherheit der zukünftigen Krankenversorgung. Bemerkenswert ist, dass es keine systematischen oder inhaltlich

bedeutsamen Unterschiede in den Urteilen zwischen verschiedenen Subgruppen der Stichprobe gibt. Verschiedene Bevölkerungsgruppen innerhalb der befragten Stichprobe unterscheiden sich im Wesentlichen nicht in ihren Auffassungen über das Gesundheitssystem.

Neben den Bewertungskriterien wird das Ausmaß der **Engagementbereitschaften in der Bevölkerung** untersucht. Gibt es eine Bereitschaft, sich politisch für ein gerechtes Gesundheitssystem zu engagieren? Ist die Engagementbereitschaft für eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung höher ausgeprägt? Die Befunde zeigen, dass es in der Gesamtstichprobe eine deutliche Bereitschaft gibt, sich für ein gerechtes Gesundheitssystem politisch zu engagieren (vgl. Kap. 5.1.1). Dagegen ist die politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung statistisch und inhaltlich signifikant niedriger (die Effektgröße beträgt $d = 0.72$). Aus Sicht des Menschenbildes des homo oeconomicus verblüfft dieser Befund: Das Engagement für eigene Interessen sollte höher ausgeprägt sein. Darüber hinaus sollten sich Bereitschaften gemäß dem Eigennutzmodell in Abhängigkeit der eigenen Betroffenheit unterscheiden. Die empirischen Ergebnisse sprechen gegen das Menschbild des homo oeconomicus und zeigen gemäß der Hypothesen der Studie (vgl. Kap. 5.1.2): (1) die Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem ist höher als die Engagementbereitschaft für eigene Interessen; (2) weder der Versichertenstatus noch der eigene Gesundheitszustand als harte Außenkriterien stehen in Zusammenhang mit der Bereitschaftsbildung. Damit bestätigt sich eine zentrale Annahme der Studie: Eigene Interessen haben für das Engagement keinen zentralen Stellenwert.

Zur vertieften Überprüfung dieser Hypothese wurde getestet, ob es Unterschiede in der Einschätzung dieser Engagementbereitschaften im **Selbst- und Fremdbild** gibt (vgl. Kap. 5.1.1). Ergebnisse vergleichender Analysen der Selbst- und Fremdeinschätzung der Engagementbereitschaften untermauern die Befunde eindrücklicher Experimente von Miller und Ratner (1996) bzw. Ratner und Miller (2001), die die im Alltagsverständnis verbreitete sog. „norm of self-interest“ (Miller, 1999) als Mythos entlarven. Die Ergebnisse zeigen: Die politische Bereitschaft anderer, sich für ein gerechtes Gesundheitssystem zu engagieren, wird mit mittleren bis großen Effektgrößen systematisch unterschätzt; die Einschätzungen der Engagementbereitschaften im Fremdbild sind geringer als die Angaben über die Einschätzungen der Engagementbereitschaften im Selbstbild. Die Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem ist also bei den befragten Personen höher ausgeprägt, als subjektiv angenommen wird. Empirisch konnte ausgeschlossen werden, dass die Bereitschaftsbekundungen auf die Tendenz sozial erwünschten Antwortens und damit auf den

Wunsch, sich verzerrt als „angepasster Gutmensch“ zu präsentieren, rückzuführen ist. Damit kann die zentrale Annahme der Studie als belegt bewertet werden. Der „Mythos Eigeninteresse“ (Miller, 1999) ist als Mythos bestätigt: Eigene Interessen sind auch im Gesundheitswesen nicht die einzige Motivquelle.

Fragenkomplex 2: Welche Verteilungsprinzipien werden zur Beurteilung des Gesundheitswesens angewendet? Ist die Präferenz der Prinzipien geleitet durch Eigeninteressen?

Gerechtigkeit ist – wie ausgeführt – ein zentrales Kriterium, nach dem das deutsche Gesundheitssystem beurteilt wird. Die empirische Gerechtigkeitsforschung verweist darauf, dass (Verteilungs-)Gerechtigkeit spezifiziert werden muss. Denn viele Gerechtigkeitsprinzipien stehen in Konkurrenz. So ist es adäquat, von einem Pluralismus von Gerechtigkeiten auszugehen. Dies ist ausführlich in Kapitel 2.1 bzw. 2.3 erörtert. Empirisch zeigt sich dies mit der vorliegenden Studie auch für das Gesundheitswesen: die *eine Gerechtigkeit*, auch oft beschworen in gesundheitspolitischen Debatten, gibt es nicht. Vielmehr ist **Gerechtigkeit im Plural** zu denken und zu konzeptualisieren.

In den Ergebnissen der Studie zeigt sich dies darin, dass die Stichprobe sehr differenziert urteilt und unterschiedliche Verteilungsprinzipien zur Beurteilung des Gesundheitswesens heranzieht. **Dabei orientiert sich die Präferenz der Prinzipien an den institutionell verankerten Leistungs- und Lastenverteilungen.** In der Stichprobe findet das Bedürftigkeitsprinzip als Maßstab zur Verteilung von Gesundheitsleistungen die größte Zustimmung. Dies entspricht den Befunden der Gerechtigkeitsforschung, die in gemeinschaftsbezogenen, fürsorgenden sozialen Kontexten die Bevorzugung des Verteilungsprinzips der Bedürftigkeit finden (vgl. Kap. 2.3.3). In der Stichprobe wird im Hinblick auf die Verteilung von Beitragslasten das Prinzip der Leistungsfähigkeit favorisiert. Die empirische Gerechtigkeitsforschung verweist für die Ressource Geld bzw. finanzielle Mittel auf die Anwendung des Equityprinzips. Der Befund der Studie steht hier in Diskrepanz zu den Postulaten der Gerechtigkeitsforschung. Dies kann darin begründet sein, dass das Prinzip der Leistungsfähigkeit in vielen experimentellen Studien nicht berücksichtigt ist und daher kein systematisches Wissen zur Verfügung steht (vgl. Kap. 2.3.3). In der Studie lehnt die befragte Bevölkerung das Gleichheitsprinzip und das Equityprinzip eher ab. Damit ist vor allem die These Deuschs (1975) bezüglich des Equityprinzips zu hinterfragen, die postuliert, dass die Präferenz des Equityprinzips zunimmt, je unpersönlicher ein sozialer Kontext

beschaffen ist. Verschiedene Forscher verweisen darauf, dass die Befundlage zur kontextabhängigen Prinzipienpräferenz nicht eindeutig ist (z.B. Schmitt, 1993). Die Ergebnisse der Studie deuten an, dass andere Faktoren als der soziale Kontext maßgeblich sein könnten für die Präferenz der Verteilungsprinzipien. In weiterführenden vergleichenden Länderstudien mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen wäre zu klären, ob sich in der Präferenz des Bedürftigkeitsprinzips bei der Leistungsverteilung und des Leistungsfähigkeitsprinzips bei der Lastenverteilung der so genannte *status quo bias* (z.B. Fernandez & Rodrik, 1991; Kahneman, Knetsch & Thaler, 1991) zeigt oder ob diese Präferenzen im Sinne „geronnener Gerechtigkeitsvorstellungen“ (Sesselmeier, 1998) zu interpretieren sind (vgl. Kap. 5.1.4).

Die Präferenz der Gerechtigkeitsprinzipien der befragten Bevölkerung ist **unabhängig von personalen Einflussfaktoren** wie Geschlecht und Alter. Auch für die Studie gewählte Persönlichkeitsmerkmale Egoismus, Altruismus sowie (Un-)Gerechtigkeitssensibilität sind weitgehend unkorreliert. Dies steht in Einklang mit Erkenntnissen der empirischen Gerechtigkeitsforschung: Es sind keine systematischen Zusammenhänge bekannt.

Darüber hinaus wird im Fragenkomplex 2 die folgende grundlegende Frage gestellt: **Sind Forderungen nach Gerechtigkeiten Rhetoriken, um eigene Interessen zu kaschieren? Stecken hinter den Präferenzen von Gerechtigkeitsprinzipien eigennützige Motive?** Die kontroverse theoretische Diskussion ist umfassend in Kapitel 2.4 entworfen. Letztlich ist die Frage empirisch zu beantworten. Die empirische Prüfung ist in der vorgelegten Studie durch eine explizite Operationalisierung von eigenen Interessen ermöglicht. Die Befunde der Studie sind in Kapitel 5.2 dargestellt. Sie zeigen: Die eigene Betroffenheit (u.a. operationalisiert über den Versichertenstatus, den Gesundheitszustand, zur Verfügung stehende finanzielle Mittel) und eigene Interessen bei der Gesundheitsversorgung stehen in keinem statistisch oder inhaltlich bedeutsamen Zusammenhang mit der Präferenz der Verteilungsgerechtigkeitsprinzipien. Vor allem hinsichtlich des Versichertenstatus als hartes Außenkriterium für Eigeninteressen sind diese Ergebnisse bemerkenswert und werden als besonderer Validitätshinweis bewertet. Die Gerechtigkeitsurteile der Stichprobe maskieren keine eigenen Interessen und sind **keine Rhetoriken verdeckten Eigennutzes**.

Empirisch ist gezeigt, dass im Handlungsfeld Gesundheitswesen Forderungen nach **Gerechtigkeit keinen instrumentellen Charakter** haben. Mit der Präferenz eines Verteilungsprinzips ist nicht die Hoffnung verbunden, durch diese Verteilungsentscheidung

selbst mehr Vorteile zu haben. Das Postulat, dass Gerechtigkeitsbestrebungen letztlich eigennutzorientiert sind, wofür sich z.B. Gillespie und Greenberg (2005) aussprechen, wird empirisch widerlegt. Es wird nicht übersehen, dass es Kontexte gibt, in denen Gerechtigkeitsforderungen als Instrumente zur Durchsetzung eigener Interessen eingesetzt werden. Verschiedene Forschungsarbeiten verweisen auf die Abhängigkeit der Präferenz der Verteilungsprinzipien von eigenen Interessen (Bazerman, White & Lowenstein, 1995; Hegtvedt, 1992; Tyler, 1994). Diese Ergebnisse seien jedoch, folgt man der Argumentation Lerner (2003), beschränkt auf sog. „low-impact“-Situationen, in denen in experimentellen Settings mit minimalen Anreizen Güter zu verteilen oder in hypothetischen Vignetten Verteilungssituationen zu beurteilen seien. In „high-impact“-Situationen dagegen würde dieses künstliche Laborverhalten aufgelöst (vgl. auch Kap. 2.4.2). Das Handlungsfeld Gesundheitswesen kann als eine solche „high-impact“-Situation bewertet werden. Gesundheit ist ein persönlich hoch relevantes Gut, die Gesundheitsversorgung ein emotionales und individuell bedeutsames Thema. So sind die Ergebnisse der Studie vor diesem Hintergrund besonders wichtig: **Im Handlungsfeld Gesundheitswesen sind die Gerechtigkeitsurteile frei von eigenen Interessen.** Gerechtigkeit ist im Handlungsfeld Gesundheitswesen ein primäres Ziel. Ergebnisse anderer politischer Handlungsfelder sind damit auch für das gesundheitspolitische Handlungsfeld belegt: eigene Interessen (etwa die eigene finanzielle Situation) spielen keine Rolle für die politische Meinungsbildung, das individuelle Wahlverhalten oder die Unterstützung politischer Programme (vgl. Kap. 2.4.2). Ob Forderungen und Bestrebungen nach gerechten Verteilungen im Gesundheitswesen als moralisches Prinzip im Sinne eines deontischen Strebens zu verstehen sind, muss in weiteren Studien geprüft werden. Diese könnten angeknüpft sein an die Forschung von Turillo et al. (2002), die aus ihren Ergebnissen schließen, dass Gerechtigkeit für sich wertvoll und erstrebenswert ist.

Fragenkomplex 3: Welche Erklärungsmodelle können modelliert werden: Für positiv und negativ erlebte Emotionen bezüglich des Gesundheitssystems, für Verantwortungszuschreibungen im Handlungsfeld Gesundheitssystem, für Verhalten und Bereitschaften im Gesundheitssystem?

In Kapitel 5.3 sind die Befunde des Fragenkomplexes 3 zu den Motivstrukturen im Handlungsfeld Gesundheitswesen berichtet. Angelehnt an das heuristische Strukturmodell von Kals und Montada (1994) bzw. Montada und Kals (2000) werden exemplarisch drei Erklärungsmodelle herausgegriffen. Um erstes bedingungsanalytisches Wissen in einem noch nicht systematisch untersuchten Handlungsfeld zu generieren, wird dieses exemplarische Vorgehen bewusst gewählt. Im Rahmen dieser Arbeit werden nur Komponenten des Strukturmodells betrachtet. Ergebnisse weiterer, vertiefender Studien sind dann in einem zweiten und dritten Schritt heranzuziehen, um die psychologische Gesamtmodellbildung zur Erklärung und Vorhersage von Handeln und Engagement im Handlungsfeld Gesundheitswesen zu spezifizieren und weiter voranzutreiben.

Eine Modellkomponente bezieht sich auf **negativ und positiv erlebte Emotionen** im Handlungsfeld Gesundheitswesen. Emotionen haben im Handlungsfeld eine besondere Bedeutung. Gesundheit ist ein persönlich relevantes Gut. Die gesundheitspolitischen Debatten werden hitzig geführt. Grundlegende Entscheidungen über Reformen und Änderungen betreffen die Bürger ganz unmittelbar. Dies spiegelt sich in den Ergebnissen der Befragung. Die befragte Bevölkerung erlebt im Hinblick auf das Gesundheitssystem kaum positive Emotionen. Im Umkehrschluss bedeutet dies jedoch nicht, dass das Erleben negativer Emotionen sehr stark ausgeprägt ist, wohl aber liegt es signifikant über dem Mittelwert von 3,5 (vgl. Kap. 5.3.1). Das emotionale Erleben gibt Aufschluss über die dahinter stehenden kognitiven Bewertungen. Daher werden auf der Grundlage kognitiver Emotionsmodelle die Kognitionen der erlebten Emotionen spezifiziert. Die kognitive Struktur negativ erlebter Emotionen kann zu 33 Prozent durch Verantwortungs- und Gerechtigkeitsvariablen erklärt werden: Der Staat wird als Verursacher für die Situation im Gesundheitswesen verantwortlich gemacht und die Gesundheitsversorgung wird als ungerecht wahrgenommen. Entscheidend für das Erleben negativer Emotionen ist zudem, dass man sich selbst als Verlierer des Gesundheitssystems wahrnimmt. Bei der Erklärung negativ erlebter Emotionen fällt auf, dass sich keine Eigennutzvariablen zur Erklärung qualifizieren. Eigene Interessen spielen keine Rolle für das Erleben negativer Emotionen in Bezug auf das Gesundheitswesen. Gleiches gilt für positiv erlebte Emotionen (vgl. Kap. 5.3.1).

Verantwortungszuschreibungen im Handlungsfeld Gesundheitswesen werden als weitere Modellkomponente herausgegriffen und empirisch analysiert. **Erklärungsmodelle der Verantwortungszuschreibung** werden im Rahmen der vorliegenden Studie in der Tradition der Stufenmodelle der Verantwortung entwickelt (vgl. Kap. 3.1). Die Ergebnisse sind in Kapitel 5.3.2 dargestellt. Auf deskriptiver Ebene sind es der Staat und verschiedene gesundheitspolitische Institutionen, die aus Sicht der befragten Bevölkerung verantwortlich sind für Änderungen im deutschen Gesundheitssystem. Bürgern bzw. sich selbst wird kaum Verantwortlichkeit für Veränderungen im Gesundheitswesen zugesprochen. Vielmehr werden der Staat und die gesundheitspolitischen Institutionen in der Verantwortung gesehen. Diese Zuschreibung der Verantwortlichkeit erfolgt nach dem Stufenmodell der Verantwortung: einerseits werden dem Staat und den gesundheitspolitischen Institutionen Einflussmöglichkeiten zugeschrieben und andererseits werden sie für die Verursachung der derzeitigen gesundheitspolitischen Situation verantwortlich gezeichnet. Die Varianzaufklärung durch multiple Regressionsmodelle ist jedoch gering (zwischen $R^2 = 0.21$ und $R^2 = 0.35$). Es gelingt nicht, die Verantwortungszuschreibung für Veränderungen im Gesundheitswesen durch die weiteren in der vorliegenden Studie berücksichtigten Variablen besser zu erklären.

Die dritte Modellkomponente, die im Rahmen der Studie exemplarisch geprüft wird, betreffen die **Engagementbereitschaften im Handlungsfeld Gesundheitswesen**, die zentralen Kriterien der Modellheuristik von Kals und Montada (1994) bzw. Montada und Kals (2000). Im Rahmen des Modells und aufgrund empirischer Ergebnisse wird postuliert, dass diese Engagementbereitschaften als (valide) Prädiktoren manifesten Handelns gelten können. In der vorliegenden Studie sind diese spezifiziert durch Engagementbereitschaften für ein gerechtes Gesundheitssystem einerseits und für die eigenen Interessen in der Gesundheitsversorgung andererseits. Angaben der befragten Bevölkerung zu tatsächlichem politischem Engagement kann mit einer Varianzaufklärung von 43 Prozent durch die Bereitschaftsbekundungen vorhergesagt werden. Die Bereitschaften werden vor diesem Hintergrund als sinnvolle Prädiktoren manifesten Handelns interpretiert, wobei soziale und situative Moderatoreffekte nicht übersehen werden.

Die weitere, zentrale Frage schließt sich an: Wodurch sind Engagementbereitschaften motiviert? Gelingt die Vorhersage der Engagementbereitschaften durch die gewählten Variablen im Handlungsfeld Gesundheitswesen? Diese Frage kann empirisch im Rahmen dieser Studie nicht zufrieden stellend beantwortet werden (vgl. Kap. 5.3.3). Schon auf

korrelativer Ebene sind die Zusammenhänge der Engagementbereitschaften mit Gerechtigkeitsvariablen, Verantwortungszuschreibungen sowie Eigennutzvariablen zwar teilweise statistisch signifikant, doch kaum inhaltlich bedeutsam. Vorhersagen, wie sie in anderen Handlungsfeldern im Rahmen der Modellheuristik von Kals und Montada (1994) bzw. Montada und Kals (2000) empirisch bestätigt sind, gelingen im Handlungsfeld Gesundheitswesen nicht. Regressionsanalytische Überprüfungen können in Anbetracht der niedrigen bivariaten Korrelationen keine Varianzaufklärung bieten, die inhaltlich als sinnvoll zu interpretieren wäre. So kann die Bedeutung von (Un-)Gerechtigkeitserleben für Engagementbereitschaften nur in der Tendenz bestätigt werden. Auf bivariater Ebene zeigt sich, dass es dispositionale Motive einer (Un-)Gerechtigkeitssensibilität sowie soziale Verantwortung sind, die zu Engagement anhalten. Mit Korrelationskoeffizienten bis maximal $r = 0,33$ ($p < .01$) sind diese jedoch inhaltlich nicht bedeutsam. Bemerkenswert ist, dass eigene Interessen auf bivariater Ebene in keinem Zusammenhang stehen mit Engagement im Handlungsfeld Gesundheitswesen. Eine explizite Operationalisierung des Eigennutzes ermöglicht, Annahmen des Eigennutzmodells zu prüfen. In der vorliegenden Studie werden diese Annahmen empirisch zu widerlegt. Als ein wesentliches Ergebnis kann festgehalten werden: (auch) Eigeninteressen qualifizieren sich nicht zur Vorhersage von politischem Engagement im Handlungsfeld Gesundheitswesen.

Wie ist zu erklären, dass eine Vorhersage der Engagementbereitschaften im Kontext Gesundheitswesen nicht glückt? In Kapitel 5.3.3 sind wesentliche Begründungshypothesen bereits skizziert. Die Argumentation wird an dieser Stelle aufgegriffen und erweitert.

Ein **uneinheitlicher Kenntnisstand** über das deutsche Gesundheitssystem und den Reformdiskussionen könnte die uneindeutigen Ergebnisse erklären. Zudem könnte hierin auch die hohe Varianz in den Urteilen begründet sein, die nicht über die Zugehörigkeit zu verschiedenen Bevölkerungsgruppen aufgeklärt werden kann (vgl. Kap. 5.3.3). Im Rahmen der Studie ist der Kenntnisstand bezüglich des Gesundheitswesens als Kontrollvariable erfasst. Kontrollanalysen zeigen, dass diese Erklärung nicht ausreicht: Es gibt keine systematischen Zusammenhänge zwischen zentralen Variablen der Studie und dem Kenntnisstand der befragten Personen. Darüber hinaus gibt es keine systematischen Zusammenhänge zwischen zentralen Variablen und ausgewählten Bevölkerungsgruppen. Die hohe Varianz in den allgemeinen und spezifischen Urteilen ist im Rahmen der Studie nicht zu erklären.

Darüber hinaus sind alternative Erklärungshypothesen zu bedenken. In gesellschaftlichen Handlungsfeldern (wie etwa dem Gesundheits- und Umweltschutz) ist Verantwortung ein wesentlicher Prädiktor für eigenes Engagement. In der vorliegenden Studie qualifizieren sich Verantwortungsvariablen nicht zur Vorhersage der Bereitschaftsmaße. Ein Grund könnte in den niedrigen Verantwortungsattributionen auf Bürger bzw. auf die eigene Person liegen. Im Sinne von kognitiver Prozesse der **Verantwortungsabwehr** wird die Verantwortlichkeit für Änderungen im Gesundheitssystem auf Staat und gesundheitspolitische Institutionen attribuiert – teilweise erklärt durch die Zuschreibung von grundsätzlichen Einflussmöglichkeiten und Verursachung für die Situation im Gesundheitswesen. Wird dem einzelnen Bürger keine Verantwortung zugeschrieben, wundert es nicht, wenn Verantwortung keinen Erklärungswert an den recht hohen Bereitschaftsbekundungen für Engagement einerseits und Angaben über tatsächliches Engagement im Gesundheitswesen andererseits hat.

Zudem müssen neben diesen inhaltlichen Überlegungen auch methodologische Argumente zur Erklärung berücksichtigt werden. Die Operationalisierung der gewählten Variablen erfolgte kontextspezifisch für das Handlungsfeld Gesundheitswesen. Die zentralen Gerechtigkeits-, Verantwortungs- und Eigennutzskalen einerseits und der Bereitschaftsskalen andererseits wurden auf **unterschiedlichem Spezifikationsniveau** operationalisiert. So sind die Inhalte auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen gefasst: die Items der Bereitschaftsskalen sind konkret und verhaltensnah formuliert; die Items der Gerechtigkeits-, Verantwortungs- und Eigennutzsskalen sind abstrakt und auf hohem intellektuellen Niveau angelegt, um der Komplexität des Gesundheitswesens Rechnung zu tragen. Die niedrigen Korrelationen könnten in diesem unterschiedlichen Spezifikationsniveau begründet sein. In nachfolgenden Studien ist diese Erklärungshypothese zu prüfen, bevor das heuristische Variablenmodell für das Handlungsfeld Gesundheitswesen im Gesamten als nicht geeignet bewertet wird.

Insgesamt betrachtet werden die zentralen Anliegen des Forschungsprogramms durch die durchgeführte Studie eingelöst. Erstes bedingungsanalytisches Wissen im Handlungsfeld Gesundheitswesen ist systematisiert. Es ist in weiteren Studien zu vertiefen. Das zentrale Bewertungskriterium Gerechtigkeit ist empirisch bestätigt. Es muss auch im Handlungsfeld Gesundheitswesen im Plural differenziert werden: Es werden verschiedene Prinzipien zur Beurteilung der Verteilung von Leistungen und Lasten im Gesundheitswesen herangezogen. Empirisch ist gezeigt, dass eigene Interessen im Gesundheitswesen nicht den

Stellenwert haben, den politische Gesundheitsdebatten und deren impliziten Menschenbildannahmen suggerieren.

Die Vorhersage der zentralen Bereitschaftskriterien mit den gewählten Variablen glückt nicht. Die Komponenten der Modellheuristik von Kals und Montada (1994) bzw. Montada und Kals (2000) sind in weiteren Studien im Handlungsfeld Gesundheitswesen zu spezifizieren und kontextspezifisch zu operationalisieren, um vertiefte Analysen zu ermöglichen. Dabei ist vor allem auf eine Operationalisierung der Skalen auf gleichem Spezifikationsniveau zu achten.

Dennoch kann die zentrale Hypothese der Arbeit als bestätigt betrachtet werden: Forderungen nach Gerechtigkeiten sind keine Rhetoriken, um eigene Interessen zu kaschieren. Forderungen nach Gerechtigkeiten sind im Handlungsfeld Gesundheitswesen primäre Ziele. Diese Befunde sind für gesundheitspolitische Entscheidungen bedeutsam.

6.3 Ausblick

Praxisbezogene Forschung kann Einstellungen und Urteile von Bürgerinnen und Bürgern ergründen und Bürgerverhalten verstehen. Dabei werden aus psychologischer Perspektive die Bedingungen analysiert, die für Engagement und Handeln bedeutsam sind. Diese Erkenntnisse können einen wesentlichen Beitrag im Rahmen der Politikberatung leisten, damit Gesundheitspolitik nicht an Bürgern vorbei betrieben wird und lang umkämpfte politische Lösungen nicht zuletzt an mangelnder Akzeptanz der Bevölkerung scheitern. Welche Bedeutung haben die Ergebnisse der Studie für die Gesundheitspolitik? Welche Relevanz haben die Ergebnisse für die praktische Politikberatung?

Es werden drei Empfehlungen abgeleitet.

(1) Gerechtigkeitserleben im Gesundheitswesen und gesundheitspolitische Gerechtigkeiten ernst nehmen. Politiker und Entscheidungsträger sollten bei der Ausgestaltung des Gesundheitssystems verschiedene Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit berücksichtigen und gegeneinander abwägen.

Die Ergebnisse der Studie bestätigen die zentrale Bedeutung des (Un-)Gerechtigkeitserleben im Handlungsfeld Gesundheitswesen. Das Gerechtigkeitserleben der Bevölkerung muss in Gesundheitsdebatten als psychologische Realität berücksichtigt werden. Vereinfachende und polarisierende gesundheitspolitische Diskussionen, in denen nur ökonomische Kriterien diskutiert werden und „Gerechtigkeit“ als parteipolitisches Schlagwort missbraucht wird, werden dem Gerechtigkeitsempfinden der Bevölkerung nicht gerecht. Der Singular Gerechtigkeit ist eine Illusion und vielleicht eine nicht ungefährliche Suggestion (Montada, 1994b, 1995b). „Es gibt nicht die eine Gerechtigkeit, von der jedermann, der sich heftig empört, überzeugt ist“ (Montada, 1995b, S. 31). Vielmehr müssen Gerechtigkeiten im Plural ernst genommen werden.

Die befragten Bürgerinnen und Bürger urteilen sehr differenziert über Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem; zur Beurteilung werden verschiedene Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit herangezogen. Die von Eigeninteressen unabhängigen Gerechtigkeitsurteile und Bereitschaftsbildungen geben zentrale Hinweise für eine Ausgestaltung einer zukünftigen Leistungs- und Lastenverteilung im Gesundheitssystem. Bei der Umgestaltung und Neuverteilung im Gesundheitswesen muss die Vielzahl der Verteilungsgerechtigkeitsprinzipien berücksichtigt werden. Denn jedes Verteilungsprinzip ist legitim zu begründen; es gibt in jedem Fall konkurrierende Gerechtigkeitsprinzipien, die Geltung oder Berücksichtigung beanspruchen (Montada, 1995a, 1995b). Welches Verteilungsprinzip dann letztlich Anwendung findet, ist in demokratischen Gesellschaften auszuhandeln (Montada & Kals, 2007).

Gesellschaftliche Diskussionen um Änderungen und Reformierungen des Gesundheitswesens müssen transparent geführt werden. Die Anwendung und Favorisierung bestimmter Verteilungsprinzipien ist zu begründen. Um ein System gerecht zu gestalten, gilt es, einen „Prinzipienmix“ zu realisieren, der von der Mehrzahl der Bürgerinnen und Bürger getragen wird. So ist eine Makrogerechtigkeit des Gesamtsystems zu erreichen (Hegtvedt & Cook, 2001; Brickman et al., 1981) und gesellschaftliche Gerechtigkeitskonflikte zu verhindern.

Hierfür ist das Wissen um die Dilemmastruktur von Gerechtigkeitskonflikten im Allgemeinen und im Gesundheitssystem im Speziellen zentral (vgl. Kap. 2.1.2). (Gerechtigkeits-)Konflikte entstehen, weil bei Verteilungsfragen entweder unterschiedliche Gerechtigkeitsprinzipien Anwendung finden oder das gleiche Gerechtigkeitsprinzip angewendet wird, aber beispielsweise strittig ist, wer Leistungen erbracht hat bzw. zu erbringen hat (Montada &

Kals, 2007). Strategien der Konfliktbearbeitung, wie es im modernen psychologischen Konfliktmanagement oder in der psychologischen Konfliktmediation üblich ist, sind klar umrissen (zum Überblick vgl. Montada & Kals, 2007): In einem ersten Schritt sind Gerechtigkeitsvorstellungen zu klären, die häufig nicht klar artikuliert sind. Auf dieser Grundlage kann Verständnis für Ansprüche und normative Vorstellungen vermittelt werden. Erst dann kann die Dilemmastruktur von Gerechtigkeitskonflikten begriffen und die angelegten Gerechtigkeitsnormen positiv oder empirisch relativiert werden.

Dies gilt auch in der gesundheitspolitischen Debatte: In der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung ist die Anwendung bestimmter Verteilungsprinzipien offen zu legen und zu artikulieren, damit Ansprüche und normative (Gerechtigkeits-)Vorstellungen konstruktiv diskutiert und verhandelt werden können. Gegebenenfalls sind hierzu erweiterte Gerechtigkeitskriterien wie etwa Transparenz, Effizienz und Nachhaltigkeit heranzuziehen, um die Verteilungsgerechtigkeiten zu ergänzen.

(2) Aufklärung der Bürger und Entscheidungsträger: Eigene Interessen spielen im Handlungsfeld Gesundheitswesen keine zentrale Rolle. Forderungen nach Gerechtigkeit sind keine Rhetoriken verdeckten Eigennutzes, sondern entspringen einem Bedürfnis nach gerechten gesellschaftlichen Verteilungen.

Die vorgelegten Daten entkräften den „Mythos Eigeninteresse“. Die Gerechtigkeitsurteile und die Bereitschaftsbildungen sind unabhängig von eigenen Interessen. Wenn mehr Gerechtigkeit gefordert wird, geht es „wirklich“ um Gerechtigkeit; Gerechtigkeitsforderungen sind keine Rhetoriken zur Durchsetzung eigener Interessen, sondern ein zentrales Bedürfnis, das es ernst zu nehmen gilt. Ein erster Schritt wäre, dies der Öffentlichkeit sowie Politikern und Entscheidungsträgern bekannt zu geben. Denn der Einsatz für mehr Gerechtigkeit im Gesundheitswesen wird im Fremdbild unterschätzt und ist höher als subjektiv vermutet wird. Hier hat sich der „Mythos Eigeninteresse“ schon eine Realität geschaffen, die es durch Aufklärung zu relativieren gilt. Es ist darüber zu informieren, dass es im Gesundheitswesen nicht primär um die Durchsetzung eigener Interessen und um die Optimierung der eigenen Person geht. Vielmehr herrscht Einigkeit, dass es ein grundlegendes Recht auf Gesundheitsversorgung gleich einem menschlichen Grundrecht gibt.

Gesundheitspolitische Diskussionen und Debatten werden in Deutschland vorwiegend von Interessenvertretern diverser gesundheitspolitischer Institutionen geführt. Gesetzliche und private Krankenversicherungen, Kassenärztliche Vereinigungen, Pharmaunternehmen, etc. setzen sich für ihre eigenen Interessen ein und legitimieren ihr eigenes Engagement oftmals damit, im Namen bestimmter Bevölkerungsgruppen zu sprechen. Die Daten der Studie stehen dem jedoch entgegen: Es zeigen sich kaum systematische Unterschiede in den Urteilen und Präferenzen zwischen Subgruppen in der befragten Stichprobe. Es gibt in der Bevölkerung keine Gruppen, die durch die Interessenvertreter und den polarisierten Meinungen vertreten wären. Die Implikation dieses Ergebnisses liegt nahe: Die gesundheitspolitischen Debatten müssten in anderer Form geführt werden. In die Diskussionen müssten weitere Akteure einbezogen werden, die Meinung der Bürgerinnen und Bürger müsste besser vertreten sein. Nur ein kleiner Schritt in diese Richtung ist die seit 17. Dezember 2003 durch die Bundesregierung eingesetzte Patientenbeauftragte (die Gesundheitsreform, n.d.). Denn gegen etablierte Lobbyisten hat eine Bürgerbeauftragte ein vergleichsweise geringes Gewicht. Die empirische Identifizierung und im nächsten Schritt politische Anerkennung der (Gerechtigkeits-)Anliegen der Bürger (und damit der Tiefenstruktur der Konflikte) können den Lösungsraum für gesellschaftliche Verteilungskonflikte im Gesundheitswesen öffnen. Eine informierte Diskussion, in der die wirklichen Anliegen der Bevölkerung berücksichtigt werden, könnte die Grundlage für gesellschaftlich akzeptierte Lösungen gesundheitspolitischer Konflikte sein.

(3) Etablierung eines fairen Entscheidungsverfahrens: Dadurch können gesellschaftlich akzeptierte und nachhaltige Lösungen der Verteilungskonflikte im Gesundheitswesen gefunden und begründet werden.

Der Prozess der Ergebnisfindung ist genauso wichtig wie das Ergebnis selbst – wie die gerechtigkeitspsychologische Forschung weiß, sogar noch wichtiger (Tyler, 2000; von den Bos, 2005; von den Bos et al., 1997). Sind in Entscheidungsverfahren beispielsweise die Leventhal-Kriterien der Verfahrensgerechtigkeit (vgl. Leventhal, 1980; Schmitt, 1993) berücksichtigt, werden die Ergebnisse als fair und gerecht bewertet, auch wenn Verteilungen entgegen der eigenen Interessen ausfallen (De Cremer & van Dijk, 2003; De Cremer & Stouten, 2005). Übertragen auf gesundheitspolitische Entscheidungen heißt das: Die Präferenzen der Verteilungsprinzipien sind differenziert und über verschiedene Bevölkerungsgruppen hinweg verschieden. Erweiterte Gerechtigkeitskriterien wie

Transparenz, Effizienz und zukünftige Sicherheit sind wichtige Bewertungskriterien, die es zu berücksichtigen gilt. Eine Entscheidung über die Verteilung der Leistungen und Lasten im Gesundheitswesen kann in einer pluralistischen Gesellschaft niemals die Zustimmung aller Bürgerinnen und Bürger bekommen. Die Entscheidung muss jedoch akzeptiert und mitgetragen werden. Um dies zu erreichen, ist eine transparente Diskussion zu führen, sind alle Meinungen zu hören, müssen die entscheidenden Personen als unvoreingenommen und als repräsentativ betrachtet werden. Wenn diese Kriterien fairer Verfahren eingehalten sind, hat das Ergebnis eine hohe Chance, akzeptiert und unterstützt zu werden.

Die Aufklärung der Bürger über die Bedeutung erlebter (Un-)Gerechtigkeiten regt in der gesundheitspolitischen Diskussion möglicherweise eine differenzierte Diskussion über gesundheitspolitische Gerechtigkeiten an. Wenn die Bürger durch gezielte Information erfahren, dass nicht nur sie alleine, sondern auch andere Bevölkerungsgruppen eine hohe Bereitschaft äußern, sich politisch für ein gerechtes System einzusetzen und finanzielle Beiträge für ein gerechtes System zu leisten, ließe sich eine konstruktive Debatte, in der Eigeninteressen verteidigt werden, in eine konstruktive Gestaltungsdiskussion überführt werden. Somit würde erlebten Ungerechtigkeiten unkontrollierte Kraft genommen, ein kriteriumsorientierter Dialog angeregt und Bereitschaft zur Kooperation gefördert. Und vielleicht ließe sich dadurch auf lange Sicht ein gesellschaftliches Klima der Verständigung vorbereiten, in dem, auch in der politischen Arena, faire Verfahren der Entscheidungsfindung zum Standardrepertoire zur Lösung sozialer Konflikte werden.

In Reformplänen des Gesundheitssystems sollte berücksichtigt werden, dass gesetzlich und privat Versicherte ein solidarisches Versicherungssystem unterstützen. Forderungen nach mehr Gerechtigkeit sind nicht nur Rhetoriken, um eigene Interessen durchzusetzen, sondern müssen als genuin menschliches Bedürfnis ernst genommen werden. Daraus ergibt sich: Die häufig ausschließlich volkswirtschaftliche Perspektive, die in Verteilungskonflikten primär ökonomische Aspekte fokussiert, sollte durch eine psychologische Sicht ergänzt werden. Wird diese psychologische Realität – z.B. in Form subjektiver Gerechtigkeitsüberzeugungen – missachtet, kann dies mit hohen Reibungsverlusten, unvorhergesehenen Kosten sowie sozialem Unfrieden verbunden sein. Politische Entscheidungsträger stehen daher vor der Herausforderung, in vielen Handlungsfeldern auf Verteilungsfragen jene Antworten zu finden, die von der Bevölkerung als gerecht akzeptiert werden. Nur so werden tiefgreifende Änderungen der Verteilung sozialer Verhältnisse die Unterstützung bekommen, die notwendig ist, damit demokratische Systeme stabil funktionieren.

Auch die Wissenschaften sind aufgerufen, ihren Beitrag zu leisten: Forschung sollte aktuelle gesellschaftliche Probleme aufgreifen. Stärker als bisher müssen Verteilungskonflikte in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen erforscht werden, um die herrschenden Meinungen und Auffassungen in der Bevölkerung zu verstehen. Der Komplexität der Probleme kann dabei begegnet werden, wenn Kompetenzen und Forschungsmethoden verschiedener Wissenschaftsdisziplinen zusammenfließen und wenn praxisbezogene Forschung nicht nur zum Schlagwort gerät.

7 Literatur

- Adams, M. (2004). *Ökonomische Theorie des Rechts: Konzepte und Anwendungen* (2. korr. und erg. Aufl.). Frankfurt am Main: Lang.
- Adams, S. J. (1965). Inequity in Social Exchange. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 2, pp. 267-300). New York: Academic Press.
- Adomeit, A., Nederegger, G., Salfeld, R. & Wettke, J. (2003). Eine Gesundheitsreform verträgt keine Kompromisse. *McKinsey Health*, 2, 34-47.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood-Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ambrose, M. L. & Arnaud, A. (2005). Are Procedural Justice and Distributive Justice Conceptually Distinct? In J. Greenberg & J. A. Colquitt (Eds.), *Handbook of organizational justice* (pp. 59-84). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Arbeitsgruppe "Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral" (n.d.). *Über die Arbeitsgruppe*. Retrieved 17/10/2005, from <http://www.gerechtigkeitsforschung.de/inhalte/about.html>
- Aristoteles. (1995). *Die Nikomachische Ethik* (hrsg. von Otfried Höffe). Berlin: Akad.-Verl.
- Aufderheide, D.P. (Hrsg.). (2002). *Gesundheit - Ethik - Ökonomik: wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Auhagen, A. E. (1994). Zur Sozialpsychologie der Verantwortung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 25, 238-247.
- Auhagen, A. E. (1999). *Die Realität der Verantwortung*. Göttingen: Hogrefe.
- Auhagen, A. E. & Bierhoff, H.-W. (Eds.). (2001). *Responsibility - The many faces of a social phenomenon*. London: Routledge.
- Auhagen, A. E. & Neuberger, K. (1994). Verantwortung gegenüber der Umwelt: Eine Studie über umweltbewußtes Handeln. *Gruppendynamik*, 26, 319-332.
- Babcock, L., Loewenstein, G., Issacharoff, S. & Camerer, C. F. (1995). Biased judgements of fairness in bargaining. *American Economic Review*, 85, 1337-1342.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (1994). *Multivariate Analysemethoden: eine anwendungsbezogene Einführung* (7., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Berlin: Springer.
- Bäcker, G. (01.07.2003). Deutschland hat eine Zwei-Klassen-Gesellschaft. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, S. 13.
- Barry, B. (1989). *A Treatise on Social Justice, Vol. 1: Theories of Justice*. Hemel Hempstead: Harvester-Wheatsheaf.
- Batinic, B. & Bosnjak, M. (2000). Fragebogenuntersuchungen im Internet. In B. Batinic (Hrsg.), *Internet für Psychologen* (S. 287-317). Göttingen: Hogrefe.
- Baur, A., Frank, T. & Leiter, J. (2000). Entwicklung des Sozial- und Gesundheitsmarktes – Herausforderungen der Zukunft. In B. Maelicke (Hrsg.), *Veränderungsmanagement in der Sozialwirtschaft* (S. 173-188). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

- Bazerman, M. H., White, S. B. & Lowenstein, G. F. (1995). Perceptions of fairness in interpersonal and individual choice situations. *Current Directions in Psychological Science*, 4(2), 39-43.
- Becker, G. S. (1982). *Der ökonomische Ansatz der Erklärung menschlichen Verhaltens*. Tübingen: Mohr.
- Becker, G. S. (1993). Nobel lecture: The economic way of looking at behavior. *Journal of Political Economy*, 101(3), 385.
- Becker, R. (2000). *Mobilität und Werte. Ein werteppluralistischer Ansatz zur Erklärung der Verkehrsmittelnutzung und der Zustimmung zu verkehrspolitischen Maßnahmen*. Dissertation, Trier: Universitätsbibliothek Trier.
- Beske, F. (1997). Hat die solidarische Krankenversicherung eine Zukunft? In K. Merke (Hrsg.), *Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen? Innovationen im Gesundheitswesen* (Vol. 1, S. 18-23). Berlin: Quintessenz Verlag.
- Beske, F. & Hallauer, J.F. (1999). *Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur - Leistung - Weiterentwicklung* (3. völlig neu bearb. und erw. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bierbrauer, G., Meyer, H. & Wolfradt, U. (1994). Measurement of normative and evaluative aspects in individualistic and collectivistic orientations: The Cultural Orientation Scale (COS). In U. Kim, H. C. Triandis, C. Kagitcibasi, S. C. Choi & G. Yoon (Eds.), *Individualism and collectivism. Theory, method, and applications* (pp. 189-199). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bierhoff, H. W. (1990). *Psychologie hilfreichen Verhaltens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bierhoff, H. W. (1992). Prozedurale Gerechtigkeit: Das Wie und Warum der Fairness. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 23(3), 163-178.
- Bierhoff, H. W. (1994). Verantwortung und altruistische Persönlichkeit. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 25, 217-226.
- Bierhoff, H. W. (1998). Ärger, Aggression und Gerechtigkeit. In H. Bierhoff & U. Wagner (Hrsg.), *Aggression und Gewalt* (S. 26-47). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bierhoff, H. (2000). Skala der sozialen Verantwortung nach Berkowitz und Daniels: Entwicklung und Validierung. *Diagnostica*, 46(1), 18-28.
- Bierhoff, H. W. (2002). Just world, social responsibility, and helping behavior. In M. Ross & D. T. Miller (Eds.), *The justice motive in everyday life* (pp. 189-203). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bierhoff, H. W., Cohen, R. L. & Greenberg, J. (Eds.). (1986). *Justice in Social Relations*. New York: Plenum Press.
- BMGS (2003a). *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- BMGS (2003b). *Die Gesundheitsreform: Eine gesunde Entscheidung für alle!*
Retrieved 20/09/2005, from
http://www.abakus24.de/infos_downloads/online_broschueren/dokumente/aktuell/die_gesundheitsreform_eine_gesunde_entscheidung_fuer_alle_0401.pdf
- Bond, M. H., Leung, K. & Schwartz, S. (1992). Explaining Choices in Procedural and Distributive Justice across Cultures. *International Journal of Psychology*, 27(2), 211-225.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Berlin: Springer.

- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Berlin: Springer.
- Boudon, R. (2003). Beyond Rational Choice Theory. *Annual Review of Sociology*, 29, 1-29.
- Breyer, F. (2002). Ökonomische Grundlagen der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen: Status quo und Lösungsmöglichkeiten. In D. P. Aufderheide (Hrsg.), *Gesundheit - Ethik - Ökonomik : wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens* (S. 11-27). Berlin: Duncker & Humblot.
- Brickman, P., Folger, R., Goode, E. & Schul, Y. (1981). Microjustice and Macrojustice. In M. J. Lerner & S. C. Lerner (Eds.), *The Justice Motive in Social Behavior* (pp. 173-202). New York: Plenum.
- Brockner, J. & Weisenfeld, B. M. (1996). An integrative framework for explaining reactions to decisions: Interactive effects of outcomes and procedures. *Psychological Bulletin*, 120, 189-208.
- Brown, R. (1996). Beziehungen zwischen Gruppen. In W. Stroebe, M. Hewstone & M. Stephenson (Hrsg.), *Sozialpsychologie. Eine Einführung* (Vol. 3. erw. und überarb. Aufl, S. 545-576). Berlin: Springer.
- Brümmerhoff, D. & Henke, K.-D. (1991). *Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung*. (Schriften des Vereins für Sozialpolitik, Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften ; N.F. ; 194/II). Berlin: Duncker & Humblot.
- Carter, J. R. & Irons, M. D. (1991). Are Economists Different, and If So, Why? *Journal of Economic Perspectives*, 5(2), 171-177.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 140-161.
- CDU. (2004). *Das solidarische Gesundheitsprämienmodell der Union*. Retrieved 29/09/2005, from http://www.cdu.de/doc/pdfc/Argumentation_Gesundheit.pdf
- Clark-Carter, D. (1998). *Doing quantitative psychological research from design to report*. Hove: Psychology Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen-Charash, Y. & Spector, P. E. (2001). The Role of Justice in Organizations: A Meta-Analysis. *Organizational Behavior & Human Decision Processes*, 86(2), 278-321.
- Cohrs, J. C., Kielmann, S., Maes, J. & Moschner, B. (2005). Zur Reliabilität und Validität der Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen im Internet: Ergebnisse eine Längsschnittstudie. In K.-H. Renner, A. Schütz & F. Machilek (Hrsg.), *Internet und Persönlichkeit: Differentiell-psychologische und diagnostische Aspekte der Internetnutzung* (S. 38-53). Göttingen: Hogrefe.
- Colquitt, J. & Greenberg, J. (2001). Doing justice to organizational justice: Forming and applying fairness judgments. In S. W. Gilliland, D. Steiner & D. Skarlicki (Eds.), *Theoretical and cultural perspectives on organizational justice* (pp. 217-242). Greenwich, CT: Information Age Press.
- Colquitt, J. A., Greenberg, J. & Zapata-Phelan, C. P. (2005). What Is Organizational Justice? A Historical Overview. In J. Greenberg & J. A. Colquitt (Eds.), *Handbook of*

- organizational justice* (pp. 3-56). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Conlon, D. E., Porter, C. O. L. H. & Parks, J. M. (2004). The Fairness of Decision Rules. *Journal of Management*, 30(3), 329-349.
- Cook, K. S. & Hegtvedt, K. A. (1992). Empirical evidence of the sense of justice. In R. D. Masters & M. Gruter (Hrsg.), *Sense of justice: Biological foundations of law* (pp. 187-210). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Cook, K. S. & Yamagishi, T. (1983). Social determinants of equity judgements: The problem of multidimensional input. In D. M. Messick & K. S. Cook (Eds.), *Equity theory: Psychological and sociological perspectives* (pp. 95-126). New York: Praeger.
- Cropanzano, R. & Ambrose, M. L. (2001). Procedural and distributive justice are more similar than you think: A monistic perspective and a research agenda. In J. Greenberg & R. Cropanzano (Eds.), *Advances in organization justice* (pp. 119-151). Stanford, CA: Stanford University Press.
- Cropanzano, R., Goldman, B. & Folger, R. (2003). Deontic justice: The role of moral principles in workplace fairness. *Journal of Organizational Behavior*, 24(8), 1019-1024.
- Cropanzano, R., Rupp, D. E., Mohler, C. J. & Schminke, M. (2001). Three roads to organizational justice. In J. Ferris (Ed.), *Research in personnel and human resources management* (pp. 1-113). Greenwich, CT: JAI Press.
- Crowne, D. P. & Marlow, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Cullen, B. (1992). Philosophical theories of justice. In K. Scherer (Ed.), *Justice: interdisciplinary perspectives* (pp. 15-64). Cambridge: University Press.
- Dalbert, C. (1982). *Ein Strukturmodell interpersonaler Verantwortlichkeit erwachsener Töchter ihren Müttern gegenüber* (Berichte aus der Arbeitsgruppe "Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral" Nr. 6). Trier: Universität Trier.
- Dalbert, C., Montada, L. & Schmitt, M. (1987). Glaube an eine gerechte Welt als Motiv: Validierungskorrelate zweier Skalen. *Psychologische Beiträge*, 29, 596-615.
- De Cremer, D. & Stouten, J. (2005). When does giving voice or not matter? Procedural fairness effects as a function of closeness of reference points. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 24(3), 203-213.
- De Cremer, D. & van Dijk, E. (2003). Fairness and Ethics in Social Decision Making. *Social Justice Research*, 16(3), 191-194.
- De Cremer, D. & Van Lange, P. A. M. (2001). Why Prosocials Exhibit Greater Cooperation than Proselfs: The Roles of Social Responsibility and Reciprocity. *European Journal of Personality*, 15, 5-18.
- Deutsch, M. (1975). Equity, equality, and need: What determines which value will be used as the basis of distributive justice? *Journal of Social Issues*, 31(3), 137-149.
- Deutsch, M. (1985). *Distributive Justice: A social-psychological approach*. New Haven: Yale University Press.
- Die Gesundheitsreform (n.d.). *Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit*. Retrieved 01/02/2007 from <http://www.die-gesundheitsreform.de/index.html>
- Diehl, J. M. & Staufenbiel, T. (2002). *Statistik mit SPSS. Version 10+11*. Eschborn: Klett.

- Eckensberger, L. H. (1993). Normative und deskriptive, strukturell und empirische Anteile in moralischen Urteilen. In L. H. Eckensberger & U. Gähde (Hrsg.), *Ethische Normen und empirische Hypothese* (S. 328-379). Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Eckhoff, T. (1974). *Justice: Its determinants in social interaction*. Rotterdam: Rotterdam University Press.
- Epstein, S. (1984). Controversial issues in emotion theory. In P. Shaver (Ed.), *Review of personality and social psychology* (pp. 64-88). Beverly Hills: Sage Publication.
- Etzioni, A. (1988). *The Moral Dimension. Toward a New Economics*. New York: Free Press.
- Fehr, E. (1995). Kommentar des Ökonomen. In E. M. Kirchler (Hrsg.), *Wirtschaftspsychologie* (S. XVIII - XXIII). Göttingen: Hogrefe.
- Fehr, E. & Fischbacher, U. (2004). Social norms and human cooperation. *Trends in Cognitive Sciences*, 8(4), 187-190.
- Felder, S. (2003). *Anpassung der Gesundheits- und Langzeitpflegesysteme an die Herausforderungen einer Gesellschaft des langen Lebens*. Retrieved 23/06/2005, from <http://www.issa.int/pdf/anvers03/keynotes/4felder.pdf>
- Fernandez, R. & Rodrik, D. (1991). Resistance to Reform: Status Quo Bias in the Presence of Individual-Specific Uncertainty. *American Economic Review*, 81(5), 1146-1155.
- Fetchenhauer, D., Haferkamp, A., Gresser, F. & Christandl, F. (2006). *Effizienz versus Gerechtigkeit - zur Akzeptanz wirtschafts- und sozialpolitischer Maßnahmen*, Forschungsreferat auf dem 45. Kongress der DGPS, 17.-21.9.2006 in Nürnberg.
- Foa, E. B. & Foa, U. G. (1976). Resource Theory of Social Exchange. In J. W. Thibaut, J. T. Spence & R. C. Carson (Eds.), *Contemporary Topics in Social Psychology* (pp. 99-131). Morristown, NY: General Learning Press.
- Fleishman, J. A. (1980). Collective Action as Helping Behavior: Effects of Responsibility Diffusion on Contributions to a Public Good. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(4), 629-637.
- FOCUS. (Nr. 40/ 2005). Werden Sie Egoist - aber ein netter! *FOCUS*.
- Folger, R. (1996). Distributive and Procedural Justice: Multifaceted Meanings and Interrelations. *Social Justice Research*, 9(4), 395-416.
- Folger, R. (2001). Fairness as deonance. In S. W. Gilliland, D. Steiner & D. Skarlicki (Eds.), *Research in social issues in management* (pp. 3-31). Greenwich CT: Information Age Publishers.
- Folger, R., Sheppard, B. H. & Buttram, R. T. (1995). Equity, equality, and need: Three faces of social justice. In B. B. Bunker & J. Z. Rubin (Eds.), *Conflict, cooperation, and justice: Essays inspired by the work of Morton Deutsch* (pp. 261-289). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Fondacaro, M., Frogner, B. & Moos, R. (2005). Justice in Health Care Decision-Making: Patients' Appraisals of Health Care Providers and Health Plan Representatives. *Social Justice Research*, 18(1), 63-81.
- Frank, R. H., Gilovich, T. & Regan, D. T. (1993). Does Studying Economics Inhibit Cooperation? *Journal of Economic Perspectives*, 7(2), 159-171.
- Frey, B. S. (1990). Entscheidungsanomalien: Die Sicht der Ökonomie. *Psychologische Rundschau*, 41, 67-83.

- Frey, B. S. & Benz, M. (2001). *Ökonomie und Psychologie: eine Übersicht*. Retrieved 17/10/2005, from <http://www.iew.unizh.ch/home/benz/>
- Frey, B. S. & Benz, M. (2002). *From Imperialism to Inspiration: A Survey of Economics and Psychology*. Retrieved 17/10/2005, from <http://www.iew.unizh.ch/home/benz/>
- Frey, D. (1996). Anmerkungen zur Sozialpsychologie - Eine persönliche Stellungnahme. In PVU-Team (Hrsg.), *Perspektiven der Psychologie. Eine Standortbestimmung* (S. 43-64). Weinheim: Psychologie VerlagsUnion.
- Frijda, N. H. (1993). Special issues: Appraisal & beyond: The issue of cognitive determinants of emotion. *Cognition & Emotion*, 7(3 & 4).
- Frick, F. (2003). Wer soll überleben? *Psychologie Heute*, 9, 56-57.
- Frohlich, N. & Oppenheimer, J. (1999). What we learned when we stopped and listened. *Simulation & Gaming*, 30(4), 494-497.
- Gabler-Wirtschafts-Lexikon (1997). *Wirtschaftslexikon* (Vol. 14., vollst. überarb. und erw. Auflage). Wiesbaden: Gabler.
- GEO Magazin (Nr. 12/2005). Der Aufstieg des Guten. Warum sich immer mehr Freiwillige und Ehrenamtliche um das Gemeinwohl in Deutschland verdient machen - und das nicht nur zur Weihnachtszeit. *GEO*.
- Gergen, K. J., Morse, S. J. & Gergen, M. M. (1980). Behavior exchange in a cross-cultural perspective. In H. S. Triandis & R. W. Breslin (Eds.), *Handbook of Cross-Cultural Psychology: Social Psychology* (Vol. 5, pp. 121-154). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Gerhardt, C. (2005). *Arbeitszeit- und Einkommensverzichte als politische Handlungsbereitschaft: die Rolle von Moral, Eigeninteresse und antizipierten Trittbrettfahrern*. Dissertation, Universität Trier: Universitätsbibliothek Trier.
- Gerhardt, C. (2006). ...die Solidarität! - Trittbrettfahren zwischen Moral und Eigennutz. *Wirtschaftspsychologie aktuell*, 2-3, 54-58.
- Gilad, B. & Kaish, S. (1986). *Handbook of behavioral economics. Volume A: Behavioral microeconomics*. Greenwich: JAI Press.
- Gillespie, J. Z. & Greenberg, J. (2005). Are the Goals of Organizational Justice Self-Interested? In J. Greenberg & J. A. Colquitt (Eds.), *Handbook of Organizational Justice* (pp. 179-213). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilligan, C. (1984). *Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau*. München: Piper.
- Gollwitzer, M. (2005). *Ist "gerächt" gleich "gerecht"? Eine Analyse von Racheaktionen und rachebezogenen Reaktionen unter gerechtigkeitspsychologischen Aspekten*. Berlin: wvb.
- Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (2006). *Sozialpsychologie - Workbook*. Weinheim: Beltz.
- Graumann, C. F. (1994). Verantwortung als soziales Konstrukt. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 25, 184-191.
- Gravelle, H. & Rees, R. (1981). *Microeconomics*. London: Longman Group Ltd.
- Greenberg, J. (1981). The Justice of Distributing Scarce and Abundant Resources. In M. J. Lerner & S. C. Lerner (Eds.), *The Justice Motive in Social Behavior. Adapting to Times of Scarcity and Change* (pp. 289-316). New York: Plenum Press.
- Greenberg, J. (1983). Equity and equality as clues to the relationship between exchange participants. *European Journal of Social Psychology*, 13(2), 195-196.

- Greenberg, J. (2001a). Setting the justice agenda: Seven unanswered questions about "what, why and how". *Journal of Vocational Behavior*, 58(2), 210-219.
- Greenberg, J. (2001b). The seven loose can(n)ons of organizational justice. In J. Greenberg & R. Cropanzano (Eds.), *Advances in organization justice* (pp. 245-271). Stanford, CA: Stanford University Press.
- Greenberg, J. & Colquitt, J. A. (Eds.). (2005). *Handbook of Organizational Justice*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Güth, W. & Tietz, R. (1990). Ultimatum bargain behavior - a survey and comparison of experimental results. *Journal of Economic Psychology*, 11(3), 417-449.
- Haidt, J. (2001). The Emotional Dog and Its Rational Tail: A Social Intuitionist Approach to Moral Judgement. *Psychological Review*, 108(4), 814-834.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate Data Analysis* (6th ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Haase, K. (2002). Gerechtigkeit und Unparteilichkeit. Vom Verhältnis von normativen und empirischen Theorien der Gerechtigkeit. In S. Liebig & H. Lengfeld (Hrsg.), *Interdisziplinäre Gerechtigkeitsforschung. Zur Verknüpfung empirischer und normativer Perspektiven* (S. 53-75). Frankfurt/Main: Campus.
- Hartmann, H. A. & Wakenhut, R. (1995). *Gesellschaftlich-politische Einstellungen. Eine theoretische, methodische und praktische Einführung in die Einstellungsforschung*. Hamburg: Kovac.
- Hauenstein, N., McGonigle, T. & Flinder, S. (2001). Meta-Analysis of the relationship between procedural and distributive Justice. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 13, 39-56.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Hegtvedt, K. A. (1987). When rewards are scarce: equal or equitable distributions? *Social Forces*, 66(1), 183-207.
- Hegtvedt, K. A. (1992). When Is a Distribution Rule Just? *Rationality and Society*, 4(3), 308-331.
- Hegtvedt, K. A. & Cook, K. S. (2001). Distributive justice: Recent theoretical developments and applications. In J. Sanders & V. L. Hamilton (Eds.), *Handbook of justice research in law* (pp. 93-132). New York: Kluwer Academic Publishers.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Hochschild, J. (1981). *What's fair? American beliefs about distributive justice*. Cambridge: Harvard University.
- Höffe, O. (2001). *Gerechtigkeit. Eine philosophische Einführung*. München: Beck.
- Hogarth, R. M. & Reder, M. M. (Eds.). (1987). *Rational Choice. The Contrast between Economics and Psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Holley, D. M. (1999). *Self-interest and beyond*. St. Paul: Paragon House.
- Holmes, J. G., Miller, D. T. & Lerner, M. J. (2002). Committing Altruism under the Cloak of Self-Interest: The Exchange Fiction. *Journal of Experimental Social Psychology*, 38, 144-151.
- Homans, G. C. (1961). *Social behavior: Its elementary forms*. New York: Harcourt.

- Ittner, H. (2001). *Verkehrspolitische Engagements und Mobilitätsentscheidungen: Eine Frage von Moral, eigenem Nutzen oder Lebensstilen?* Dissertation, Universität Trier: Universitätsbibliothek Trier.
- Jacobs, K. (2003). Die GKV als solidarische Bürgerversicherung. *Wirtschaftsdienst*, 83(2), 88-91.
- Jencks, C. (1990). Varieties of altruism. In J. J. Mansbridge (Ed.), *Beyond self-interest* (pp. 53-67). Chicago: University of Chicago Press.
- Johnston, C., Kärcher, J., Nancarrow, B. & Syme, G. (2001). *Predicting justice in environmental decision-making. Testing a cross-cultural model*. CSIRO Land & Water, Australian Research Centre for Water in Society (ARCWIS), Perth.
- Jost, J. T. & Major, B. (Eds.). (2001). *The psychology of legitimacy: Emerging perspectives on ideology, justice, and intergroup relations*. New York: Cambridge University Press.
- Kahneman, D., Knetsch, J. L. & Thaler, R. H. (1986). Fairness and the Assumptions of Economics. *Journal of Business*, 59(4), 285-300.
- Kahneman, D., Knetsch, J. L. & Thaler, R. H. (1987). Fairness and the assumptions of economics. In R. M. Hogarth & M. W. Reder (Eds.), *Rational choice: The contrast between economics and psychology* (pp. 101-116). Chicago: University of Chicago Press.
- Kahneman, D., Knetsch, J. L. & Thaler, R. H. (1991). The Endowment Effect, Loss Aversion, and Status Quo Bias. *Journal of Economic Perspectives*, 5(1), 193-206.
- Kals, E. (1993). *Ökologisch relevante Verbotsforderungen, Engagement- und Verzichtsbereitschaften am Beispiel der Luftqualität*. (Dissertation, Universität Trier). Trier: Universität Trier.
- Kals, E. (1996a). *Verantwortliches Umweltverhalten*. Weinheim: Beltz.
- Kals, E. (1996b). Are proenvironmental commitments motivated by health concerns or by perceived justice? In L. Montada & M. J. Lerner (Eds.), *Current societal concerns about justice* (pp. 231-258). New York: Plenum Press.
- Kals, E. (1998). Übernahme von Verantwortung für den Schutz von Umwelt und Gesundheit. In E. Kals (Hrsg.), *Umwelt und Gesundheit: Verknüpfung ökologischer und gesundheitlicher Ansätze* (S. 101-118). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kals, E. (1999). Der Mensch nur ein zweckrationaler Entscheider? *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 7(4), 267-293.
- Kals, E. (2000a). *Gerechtigkeitspsychologische Analyse und Mediation von Konflikten: Ein interkultureller Vergleich am Beispiel lokaler Umweltkonflikte*. (Berichte aus der Arbeitsgruppe "Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral" Nr. 129). Trier: Universität Trier, Fachbereich I - Psychologie.
- Kals, E. (2000b). Gefühle, die unser umweltbezogenes Handeln steuern. In E. Kals, N. Platz & R. Wimmer (Hrsg.), *Emotionen in der Umweltdiskussion* (S. 127-140). Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Kals, E. (2002). *Emotionen in der Umweltbildung*. Fernstudium an der Universität Hagen. Hagen: Gesamthochschule.
- Kals, E. & Montada, L. (1994). Umweltschutz und die Verantwortung der Bürger. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 25, 326-337.

- Kals, E. & Montada, L. (2001). Health behavior: An interlocking personal and social task. *Journal of Health Psychology, 6*(2), 131-148.
- Kals, E. & Kärcher, J. (2001). Mythen in der Wirtschaftsmediation. *Wirtschaftspsychologie, 2*, 17-27.
- Kals, E. & Russell, Y. (2001). Individual Conceptions of Justice and Their Potential for Explaining Proenvironmental Decision Making. *Social Justice Research, 14*(4), 367-385.
- Kals, E., Ittner, H. & Müller, M. (2000). *Gerechtigkeitspsychologische Analyse und Mediation von Konflikten: Fragebogen zu einem verkehrspolitischen Trierer Konflikt*. (Berichte aus der Arbeitsgruppe "Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral" Nr. 134). Trier: Universität Trier, Fachbereich I - Psychologie.
- Kals, E., Maes, J. & Becker, R. (2001). The overestimated impact of self-interest and the underestimated impact of justice motives. *Trames - Journal of Humanities and Social Sciences, 5*, 269-287.
- Kals, E., Montada, L., Becker, R. & Ittner, H. (1998). Verantwortung für den Schutz von Allmenden. *GAIA, 7*(4), 296-303.
- Kärcher, J. (2001). *Gerechtigkeitspsychologische Analyse und Management von Konflikten am Arbeitsplatz* (unveröff. Dipl.-Arbeit). Trier: Universität Trier: Fachbereich I - Psychologie.
- Katona, G. (1960). *Das Verhalten der Verbraucher und Unternehmer*. Tübingen: Mohr.
- Kinder, D. R. & Kiewiet, D. R. (1979). Economic Discontent and Political Behavior: The Role of Personal Grievances and Collective Economic Judgements in Congressional Voting. *American Journal of Political Science, 23*, 495-527.
- Kinder, D. R. & Sears, D. O. (1981). Prejudice and Politics: Symbolic Racism versus Racial Threats to the Good Life. *Journal of Personality and Social Psychology, 3*, 414-443.
- Kirchgässner, G. (2000). *Homo oeconomicus. Das ökonomische Modell individuellen Verhaltens und seine Anwendung in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften* (2. Aufl.). Tübingen: Mohr Siebeck.
- Kirchhoff, S., Kuhnt, S., Lipp, P. & Schlawin, S. (2003). *Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung* (3. Aufl.). Opladen: Leske + Budrich.
- Kirchler, E. M. (1995). *Wirtschaftspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Kleinhenz, G.D. (2005). Marktwirtschaft und Sozialstaat: Zukunftsmodell für Deutschland. *APuZ Aus Politik und Zeitgeschichte, 43*, 33-40.
- Kline, P. (2000). *The Handbook of Psychological Testing*. London: Routledge.
- Kommission "Soziale Sicherheit" (2003). *Bericht der Kommission "Soziale Sicherheit" zur Reform der sozialen Sicherungssysteme*. Retrieved 20/09/2005, from http://www.cdu.de/tagesthema/30_09_03_soziale_sicherheit.pdf
- Koller, P. I. H. (1995). Soziale Gleichheit und Gerechtigkeit. In H.-P. Müller & B. Wegener (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und soziale Gerechtigkeit* (S. 53-79). Opladen: Leske + Budrich.
- Krampen, G. (1987). Handlungstheoretische Analyse politischer Partizipation: Zum Stellenwert methodischer Probleme - Anmerkungen zu Orth (1986). *Zeitschrift für Sozialpsychologie, 18*, 137-141.

- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Kruse, A., Knappe, E., Schulz-Nieswandt, F., Schwartz, F.-W. & Wilbers, J. (2003). *Kostenentwicklung im Gesundheitswesen: Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten?* Retrieved 29/09/2005 from http://www.sam.uni-trier.de/VWL_Sam/veroeffentl/Kruse-Knappe-Schulz-Nieswandt-Schwartz-Wilbers-Kostenentw-Gesundheit-AOK-BW.pdf
- Langeheine, R. & Lehmann, J. (1986). *Die Bedeutung der Erziehung für das Umweltbewusstsein*. Kiel: IPN.
- Lauterbach, K. (2003). *Eine Frage der Gerechtigkeit*. Retrieved 17/3/2006, from http://b-republik.de/b-republik.php/cat/8/aid/544/title/Eine_Frage_der_Gerechtigkeit
- Lazear, E. P. (2000). Economic Imperialism. *Quarterly Journal of Economics*, 115(1), 99-146.
- Leisering, L. (2004). Paradigmen sozialer Gerechtigkeit. Normative Diskurse im Umbau des Sozialstaates. In S. Liebig, H. Lengfeld & S. Mau (Hrsg.), *Verteilungsprobleme und Gerechtigkeit in modernen Gesellschaften* (S. 29-68). Frankfurt/M: Campus Verlag.
- Lenk, H. (1992). *Zwischen Wissenschaft und Ethik*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Lepenes, W. (1994). "Wäre ich ein König, so wäre ich gerecht." Gerechtigkeit: Ein Schlüsselbegriff in den gesellschaftspolitischen Auseinandersetzungen der Gegenwart. In L. Montada (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und soziale Gerechtigkeit* (S. 9-33). Frankfurt: Campus.
- Lerner, M. J. (1975). The Justice Motive in Social Behavior: Introduction. *Journal of Social Issues*, 31, 1-19.
- Lerner, M. J. (1977). The justice motive: Some hypotheses as to its origins and forms. *Journal of Personality*, 45(1), 1-52.
- Lerner, M. J. (2003). The Justice Motive: Where Social Psychologists Found It, How they Lost It, and Why They May Not Find It Again. *Personality & Social Psychology Review*, 7(4), 388-399.
- Leventhal, G. S. (1976). The distribution of rewards and resources in groups and organizations. In L. Berkowitz & E. Walster (Eds.), *Equity Theory: Toward a general theory of social interaction* (Vol. 9, pp. 91-131). New York: Academic Press.
- Leventhal, G. S. (1980). What Should Be Done with Equity Theory? New Approaches to the Study of Fairness in Social Relationships. In K. J. Gergen, M. S. Greenbers & R. H. Willis (Eds.), *Social Exchange: Advances in Theory and Research* (pp. 27-53). New York: Plenum.
- Leventhal, G. S., Karuza, J. & Fry, W. R. (1980). Es geht nicht nur um Fairness: Eine Theorie der Verteilungspräferenzen. In G. Mikula (Hrsg.), *Gerechtigkeit und soziale Interaktion* (S. 185-250). Bern: Huber.
- Lewin-Epstein, N., Kaplan, A. & Levanon, A. (2003). Distributive justice and attitudes toward the welfare state. *Social Justice Research*, 16(1), 1-27.
- Liebig, S. (2001). Lessons From Philosophy? Interdisciplinary Justice Research and Two Classes of Justice Judgements. *Social Justice Research*, 14(3), 265-287.
- Liebig, S. (2002). Gerechtigkeitseinstellungen und Gerechtigkeitsurteile. Zur Unterscheidung zweier Urteilkategorien. In S. Liebig & H. Lengfeld (Hrsg.), *Interdisziplinäre*

- Gerechtigkeitsforschung. Zur Verknüpfung empirischer und normativer Perspektiven* (S. 77-102). Frankfurt/Main: Campus.
- Liebig, S. & Lengfeld, H. (Hrsg.). (2002). *Interdisziplinäre Gerechtigkeitsforschung. Zur Verknüpfung empirischer und normativer Perspektiven*. Frankfurt/Main: Campus.
- Liebig, S., Lengfeld, H. & Mau, S. (Hrsg.). (2004). *Verteilungsprobleme und Gerechtigkeit in modernen Gesellschaften*. Frankfurt: Campus Verlag.
- Lienert, G. A. (1989). *Testaufbau und Testanalyse* (4. Auflage). München: Psychologie-Verlags-Union.
- Lind, E. A. & Tyler, T. (1988). *The social psychology of procedural justice*. New York: Plenum Press.
- Lynn, W. M. & Oldenquist, A. (1984). American social psychologists: The children of Hobbes. *Academic Psychology Bulletin*, 6(1), 43-48.
- Lynn, W. M. & Oldenquist, A. (1986). Egoistic and nonegoistic motives in social dilemmas. *American Psychologist*, 41(5), 529-534.
- Maes, J. (1992). *Konstruktion und Analyse eines mehrdimensionalen Gerechte-Welt-Fragebogens* (Berichte aus der Arbeitsgruppe "Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral", Nr. 64). Trier: Universität Trier, Fachbereich I - Psychologie.
- Maes, J. (2004a). *Die Bedeutung subjektiver Konstruktionen von Gerechtigkeit in realen sozialen Kontexten*. Unveröffentlichtes Manuskript. Universität Trier.
- Maes, J. (2004b). Gerechtigkeit und Eigennutz. Macht und Mythos zweier Motive. In K. Horstmann, M. Hüttenhoff & H. Koriath (Hrsg.), *Gerechtigkeit - eine Illusion?* [= Symposium. Anstöße zur interdisziplinären Verständigung, Band 5] (S. 125-143). Münster: Lit-Verlag.
- Maes, J. & Schmitt, M. (1999). More on ultimate and immanent justice: Results from the research project "Justice as a problem within reunified Germany". *Social Justice Research*, 12, 65-78.
- Maes, J. & Schmitt, M. (2001). *Protestantische-Ethik-Skala (PES): Messeigenschaften und Konstruktvalidität* (Berichte aus der Arbeitsgruppe "Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral", Nr. 146). Trier: Universität Trier, Fachbereich I - Psychologie.
- Maes, J. & Schmitt, M. (2004). Gerechtigkeit und Gerechtigkeitspsychologie. In G. Sommer & A. Fuchs (Hrsg.), *Krieg und Frieden. Handbuch der Konflikt- und Friedenspsychologie* (S. 182-194). Weinheim: Beltz.
- Major, B. & Deaux, K. (1982). Individual differences in justice behavior. In J. Greenberg & R. L. Cohen (Eds.), *Equity and Justice in Social Behavior* (pp. 43 -76). New York: Academic Press.
- Mansbridge, J. J. (Ed.). (1990). *Beyond Self-Interest*. Chicago: University of Chicago Press.
- Markovsky, B. (1987). Distributive Justice: A Social-Psychological Perspective. *American Journal of Sociology*, 92(5), 1262-1264.
- Marwell, G. & Ames, R. E. (1981). Economists Free Ride, Does Anyone Else? Experiments on the Provision of Public Goods IV. *Journal of Public Economics*, 15, 295-310.
- Mayer, O. G. (2003). Einkommensabhängig oder Kopfpauschale? *Wirtschaftsdienst*, 83(10), 624.
- Mayer, R. E. (1992). *Thinking, problem solving, cognition* (2nd ed.). New York: W.H. Freeman and Company.

- McKenzie, R. B. & Tullock, G. (1984). *Homo Oeconomicus: Ökonomische Dimensionen des Alltags*. Frankfurt/Main: Campus.
- Mikula, G. (1980). On the role of justice in allocation decisions. In G. Mikula (Ed.), *Justice and social interaction* (pp. 167–217). New York: Springer.
- Mikula, G. (1981). Concepts of distributive justice in allocation decisions: A review of research in German-speaking countries. *German Journal of Psychology*, 5(3), 222-236.
- Mikula, G. (2001). Justice: Social Psychological Perspectives. In N. J. Smelser (Ed.), *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (pp. 8063-8067). Amsterdam: Elsevier.
- Mikula, G. & Schwinger, T. (1981). Equity-Theorie. In H. Werbik & H.-J. Kaiser (Hrsg.), *Kritische Stichwörter zur Sozialpsychologie* (S. 104-122). München: Fink.
- Mikula, G., Scherer, K. & Athenstaedt, U. (1998). The role of injustice in the elicitation of differential emotional reactions. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 24(7), 769-783.
- Miller, M. (1994). Ellbogenmentalität und ihre theoretische Apotheose: Einige kritische Anmerkungen zur Rational Choice Theory. *Soziale Welt*, 45(1), 5-15.
- Miller, D. T. (1999). The Norm of Self-Interest. *American Psychologist*, 54(12), 1-8.
- Miller, D. T. (2001). Disrespect and the experience of injustice. *Annual Review of Psychology*, 52, 527-553.
- Miller, D. T. & Ratner, R. K. (1996). The Power of the Myth of Self-Interest. In L. Montada & M. J. Lerner (Eds.), *Current Societal Concerns about Justice* (pp. 25-47). New York: Plenum Press.
- Miller, D. T. & Ratner, R. K. (1998). The disparity between the actual and assumed power of self-interest. *Journal of Personality & Social Psychology*, 74(1), 53-62.
- Mitchell, G., Tetlock, P. E., Mellers, B. A. & Ordóñez, L. D. (1993). Judgments of social justice: Compromises between equality and efficiency. *Journal of Personality & Social Psychology*, 65(4), 629-639.
- Montada, L. (1980). Gerechtigkeit im Wandel der Entwicklung. In G. Mikula (Hrsg.), *Gerechtigkeit und soziale Interaktion* (S. 301-330). Bern: Huber.
- Montada, L. (1983). Verantwortlichkeit und das Menschenbild in der Psychologie. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Psychologie in der Veränderung* (S. 162-188). Weinheim: Beltz.
- Montada, L. (1989). Bildung der Gefühle? *Zeitschrift für Pädagogik*, 35, 293-311.
- Montada, L. (1992). Moralische Gefühle. In W. Edelstein, G. Nunner-Winkler & G. Noam (Hrsg.), *Moral und Person* (S. 259-277). Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Montada, L. (1993). Eine pädagogische Psychologie der Gefühle. Kognitionen und die Steuerung erlebter Emotionen. In H. Mandl, M. Dreher & H.-J. Kornadt (Hrsg.), *Entwicklung und Denken im kulturellen Kontext* (S. 229 - 249). Göttingen: Hogrefe.
- Montada, L. (1994a). Arbeitslosigkeit ein Gerechtigkeitsproblem? In L. Montada (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und soziale Gerechtigkeit*. Frankfurt/Main: Campus-Verlag.
- Montada, L. (1994b). Maßnahmen gegen Arbeitslosigkeit. Bewertungen unter Gerechtigkeitsaspekten. In L. Montada (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und soziale Gerechtigkeit* (S. 264-281). Frankfurt/Main: Campus-Verlag.

- Montada, L. (1995a). Gerechtigkeitsprobleme bei Umverteilungen im vereinigten Deutschland. In H.-P. Müller & B. Wegener (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und soziale Gerechtigkeit* (S. 313-333). Opladen: Leske & Budrich.
- Montada, L. (1995b). Diskurse über Gerechtigkeitskonflikte. *Berichte aus dem Zentrum für Gerechtigkeitsforschung der Universität Potsdam, 1*, 10-34.
- Montada, L. (1995c). *Empirische Gerechtigkeitsforschung* (Sonderdruck aus: Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Berichte und Abhandlungen, Band 1). Berlin: Akademie Verlag.
- Montada, L. (1996). Tradeoffs between justice and self-interest. In L. Montada & M. J. Lerner (Eds.), *Current societal concerns about justice* (pp. 259-275). New York: Plenum Press.
- Montada, L. (1997). Beschäftigungspolitik zwischen Gerechtigkeit und Effizienz. In L. Montada (Hrsg.), *Beschäftigungspolitik zwischen Effizienz und Gerechtigkeit* (S. 9-55). Frankfurt/Main: Campus.
- Montada, L. (1998a). Gerechtigkeitsmotiv und Eigeninteresse. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaften, 3*, 413-430.
- Montada, L. (1998b). Justice: Just a rational choice? *Social Justice Research, 11*(2), 81-101.
- Montada, L. (2000). Gerechtigkeit und Rechtsgefühl in der Mediation. In A. Dieter, L. Montada & A. Schulze (Hrsg.), *Gerechtigkeit im Konfliktmanagement und in der Mediation* (S. 36-62). Frankfurt/Main: Campus-Verlag.
- Montada, L. (2001). Justice and its Many Faces: Cultural Concerns. In N. J. Smelser (Ed.), *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (pp. 8037-8042). Amsterdam: Elsevier.
- Montada, L. (2002a). Doing justice to the justice motive. In M. Ross & D. T. Miller (Eds.), *The justice motive in everyday life* (pp. 41-62). Cambridge: Cambridge University Press.
- Montada, L. (2002b). *Maximierung von Eigennutz: ein Erziehungsziel?* Retrieved 22/03/2004, from http://www.psychologie.uni-trier.de/personen/lmontada/veranstaltungen/Maximierung_von_Eigennutz.pdf
- Montada, L. (2003). *Psychologie der Gerechtigkeit*. Retrieved 22/03/2004, from http://www.psychologie.uni-trier.de/personen/lmontada/veranstaltungen/Psychologie_Gerecht.pdf
- Montada, L. & Kals, E. (1995). Perceived justice of ecological policy and proenvironmental commitments. *Social Justice Research, 8*, 305-327.
- Montada, L. & Kals, E. (2000). Political Implications of Psychological Research on Ecological Justice and Proenvironmental Behaviour. *International Journal of Psychology, 35*(2), 168-176.
- Montada, L. & Kals, E. (2007). *Mediation. Ein Lehrbuch auf psychologischer Grundlage* (2. vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Montada, L., Kals, E. & Becker, R. (submitted). *Willingness for Continued Responsible Commitment – A New Concept in Environmental Research*.
- Montada, L., Schmitt, M. & Dalbert, C. (1986). Thinking about justice and dealing with one's own privileges: A study of existential guilt. In H.-W. Bierhoff, R. L. Cohen & J. Greenberg (Eds.), *Justice in social relations* (pp. 125-143). New York: Plenum.

- Moore, B. (1984). *Ungerechtigkeit: Die sozialen Ursachen von Unterordnung und Widerstand*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Müller, M. (2003). *Bedingungen der Konfliktlösung. Eine gerechtigkeitspsychologische Untersuchung am Beispiel eines lokalen Umweltkonflikts*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac.
- Müller, M., Kals, E. & Müller, F. H. (2003a). Eigennutz und Lernverhalten. *Grundlagen der Weiterbildung*, 14(2), 61-68.
- Müller, M., Kals, E. & Müller, F. H. (2003b). Lernverhalten und Eigennutz. *Zeitschrift für Weiterbildung und Bildungspolitik im In- und Ausland*, 2, 61-68.
- Mummendey, H. D. (1987). *Die Fragebogen-Methode: Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-, Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Murswiek, A. (1997). Gesundheitspolitik. In U. Andersen & W. Woyke (Hrsg.), *Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland* (3., völlig überarb. & aktual. Aufl., S. 196-200). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Nancarrow, B., Kaercher, J. D., Po, M. & Syme, G. J. (2003). *Social Values and Impact Study, South West Yarragadee Blackwood Groundwater Area – The Results of the South West and Perth Community Surveys*. CSIRO Land & Water, Australian Research Centre for Water in Society (ARCWIS), Perth. Report to the Waters & Rivers Commission, Government of Western Australia.
- Neumann, J. v. & Morgenstern, O. (1947). *Theory of Games and Oeconomic Behavior*. Princeton: Princeton University Press.
- Niegot, F. (2002). *Verantwortung in der Verkehrspolitik. Motivationale Grundlagen verkehrspolitischen Handelns kommunaler Entscheidungsträger*. Dissertation Universität Trier: Universitätsbibliothek Trier.
- Nielsen, K. (1979). Radical egalitarian justice: justice as equality. *Social Theory and Practice*, 5, 209-226.
- Nozick, R. (1976). *Anarchie, Staat, Utopia*. München: Moderne Verl.-Ges.
- Nunner-Winkler, G. (1991). *Weibliche Moral. Die Kontroverse um eine geschlechtsspezifische Ethik*. Frankfurt: Campus-Verl.
- Olsen, J.A. (1997). Theories of justice and their implications for priority setting in health care. *Journal of Health Economics*, 16(6), 625-639.
- Olson, M. (1998). *Die Logik des kollektiven Handelns* (Vol. 4. Aufl.). Tübingen: Mohr Siebeck.
- O'Malley, M. N. (1983). Interpersonal and intrapersonal justice: The effect of subject and confederate outcomes on evaluations of fairness. *European Journal of Social Psychology*, 13, 121-128.
- Orchard, L. & Stretton, H. (1997). Public Choice. *Cambridge Journal of Economics*, 21(3), 409-430.
- Pedhazur, E. J. (1982). *Multiple regression in behavioral research*. Forth Worth: Harcourt Brace Jovanovich.
- Perspektive Deutschland (2004). *Projektbericht Perspektive Deutschland 2004/05. Die größte gesellschafts-politische Online-Umfrage*. Retrieved 19/11/2005, from http://www.perspektive-deutschland.de/files/presse_2005/Projektbericht_Perspektive_Deutschland_2004_05.pdf

- Petersen, H.-G. (2004). Vom Nehmen vor dem Geben: Ist der Staat als Wohltäter ein starker Staat? Wie viel Steuern für einen starken Staat? - Die Reform des Steuer- und Abgabensystems. *epd-Dokumentation*, 33, 4-25.
- Peterson, R. S. (1994). The role of values in predicting fairness judgments and support of affirmative action. *Journal of Social Issues*, 50(4), 95-115.
- PKV (2004). *Rechenschaftsbericht. Die private Krankenversicherung im Jahr 2004*. Köln: Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
- Ramb, B.-T. & Tietzel, M. (Hrsg.). (1993). *Ökonomische Verhaltenstheorie*. München: Vahlen.
- Ratner, R. K. & Miller, D. T. (2001). The Norm of Self-Interest and Its Effects on Social Action. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 5-16.
- Rawls, J. (1979). *Eine Theorie der Gerechtigkeit (Übersetzung von Hermann Vetter)* (1. Aufl. [Nachdr.]). Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Reis, H. T. (1984). The multidimensionality of justice. In R. Folger (Ed.), *The Sense of Injustice: Social Psychological Perspectives* (pp. 25-61). New York: Plenum Press.
- Rost, W. (2005). *Emotionen. Elixiere des Lebens* (Sonderausg. der 2., überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Russell, Y. (2001). *Intergenerationelle Verantwortlichkeit und Gerechtigkeit im globalen Umweltschutz* (Dissertation Universität Trier). Trier: Universität Trier.
- Sabbagh, C. (2001). A taxonomy of normative and empirically oriented theories of distributive justice. *Social Justice Research*, 14(3), 237-263.
- Sabbagh, C. (2002). Eine Taxonomie normativer und empirischer Theorien der Verteilungsgerechtigkeit. In S. Liebig & H. Lengfeld (Hrsg.), *Interdisziplinäre Gerechtigkeitsforschung. Zur Verknüpfung empirischer und normativer Perspektiven* (S. 23-52). Frankfurt/Main: Campus.
- Sabbagh, C. (2005). Toward a Multifaceted Model of the Structure of Social Justice Judgments: Initial Explorations in Israel and Germany. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 36(1), 74-95.
- Sabbagh, C. & Schmitt, M. (1998). Exploring the structure of positive and negative justice judgments. *Social Justice Research*, 11(4), 381-395.
- Sanders, J. & Hamilton, V. L. (Eds.). (2001). *Handbook of Justice Research in Law*. New York: Kluwer Academic.
- Schahn, J. & Giesinger, T. (Hrsg.). (1993). *Psychologie für den Umweltschutz*. Weinheim: PVU.
- Scherer, K. (1990). Theorien und aktuelle Probleme der Emotionspsychologie. In K. Scherer (Hrsg.), *Psychologie der Emotion* (S. 1-38). Göttingen: Hogrefe.
- Schlozman, K. L. & Verba, S. (1979). *Injury to Insult: Unemployment, Class and Political Response*. Cambridge: Harvard University Press.
- Schlösser, H. J. (1992). *Das Menschenbild in der Ökonomie*. Köln: Wirtschaftsverl. Bachem.
- Schmidt, V.H. (1995). Soziologische Gerechtigkeitsanalyse als empirische Institutionsanalyse. In H.-P. Müller & B. Wegener (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und soziale Gerechtigkeit* (S. 173-194). Opladen: Leske + Budrich.
- Schmidt, V. H. (2001). Social Justice. In N. J. Smelser (Ed.), *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (pp. 14338-14341). Amsterdam: Elsevier.

- Schmidt-Atzert, L. (1996). *Lehrbuch der Emotionspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidtchen, D. (2004). Ökonomie und Gerechtigkeit. In K. Horstmann, M. Hüttenhoff & H. Koriath (Hrsg.), *Gerechtigkeit - eine Illusion? Symposium (Anstöße zur interdisziplinären Verständigung, Bd. 5, S. 43-71)*. Münster: Lit-Verlag.
- Schmitt, M. (1993). *Abriß der Gerechtigkeitspsychologie* (Berichte aus der Arbeitsgruppe "Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral" Nr. 70). Trier: Universität Trier, Fachbereich I - Psychologie.
- Schmitt, M. (1994). Gerechtigkeit. In M. Hockel, W. Molt & L. v. Rosenstiel (Hrsg.), *Handbuch der Angewandten Psychologie* (S. 1-11). München: ecomed.
- Schmitt, M. & Montada, L. (1982). Determinanten erlebter Gerechtigkeit. *Zeitschrift für Sozialpsychologie, 13*, 32-44.
- Schmitt, M., Maes, J. & Neumann, R. (1994). *Gerechtigkeit als innerdeutsches Problem: Skizze eines Forschungsvorhabens* (Berichte aus der Arbeitsgruppe "Gerechtigkeit, Verantwortung, Moral" Nr. 75). Trier: Universität Trier, Fachbereich I - Psychologie.
- Schmitt, M., Maes, J. & Schmal, A. (1995). *Gerechtigkeit als innerdeutsches Problem: Einstellungen zu Verteilungsprinzipien, Ungerechtigkeitssensibilität und Glaube an eine gerechte Welt als Kovariate* (Berichte aus der Arbeitsgruppe "Gerechtigkeit, Verantwortung, Moral" Nr. 82). Trier: Universität Trier, Fachbereich I - Psychologie.
- Schmitt, M., Montada, L. & Dalbert, C. (1991). Struktur und Funktion der Verantwortlichkeitsabwehr. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 12*, 203-214.
- Schmitt, M., Neumann, R. & Montada, L. (1992). *Sensitivity to Experienced Injustice: Structural Equation Measurement and Validation Models* (Berichte aus der Arbeitsgruppe "Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral" Nr. 67). Trier: Universität Trier, Fachbereich I - Psychologie.
- Schmölders, G. (1978). *Verhaltensforschung im Wirtschaftsleben*. Reinbek: Rowohlt.
- Schoemaker, P. J. H. (1980). *Experiments on Decisions under Risk*. Boston: Marinus Nijhoff.
- Schroeder, D. A., Steel, J. E., Woodell, A. J. & Bembenek, A. F. (2003). Justice Within Social Dilemmas. *Personality & Social Psychology Review, 7*(4), 374-387.
- Schwartz, B. (1997). Psychology, idea technology, and ideology. *Psychological Science, 8*, 21-27.
- Schwartz, S. H. (1975). The justice of need and the activation of humanitarian norms. *Journal of Social Issues, 31*, 111-135.
- Schwartz, S. H. (1977). Normative influences on altruism. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 221-279). New York: Academic Press.
- Schwinger, T. (1980). Gerechte Güter-Verteilungen: Entscheidungen zwischen drei Prinzipien. In G. Mikula (Hrsg.), *Gerechtigkeit und soziale Interaktion* (S. 107-140). München: Huber.
- Schwinger, T. (1986). The Need Principle of Distributive Justice. In H. W. Bierhoff, R. L. Cohen & J. Greenberg (Eds.), *Justice in Social Relations* (pp. 211-225). New York: Plenum Press.
- Sears, D. O. (1987). Political Psychology. *Annual Review of Psychology, 38*, 229-255.
- Sears, D. O. (1991). Socio-economics: Challenge to the neoclassical economic paradigm. *Psychological Science, 2*(1), 12-15.

- Sears, D. O. & Allen, H. M. J. (1984). The trajectory of local desegregation controversies and whites' opposition to busing. In N. Miller & M. B. Brewer (Eds.), *Groups in Contact. The Psychology of Desegregation* (pp. 123-151). New York: Academic Press.
- Sears, D. O. & Citrin, J. (1985). *Tax Revolt Something for Nothing in California*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sears, D. O. & Funk, C. L. (1990). The limited effect of economic self-interest on the political attitudes of the mass public. *Journal of Behavioral Economics*, 19(3), 247-271.
- Sears, D. O., Lau, R. R., Tyler, T. R. & Allen, H. M. J. (1980). Self-interest vs symbolic politics in policy attitudes and presidential voting. *American Political Science Review*, 74, 670-684.
- Seligman, C., Syme, G. J. & Gilchrist, R. (1994). The role of values and ethical principles in judgments of environmental dilemmas. *Journal of Social Issues*, 50, 105-119.
- Sesselmeier, W. (1998). Negative Einkommenssteuer und soziale Gerechtigkeit. In S. Blasche & D. Döring (Hrsg.), *Sozialpolitik und Gerechtigkeit* (S. 356-383). Frankfurt/Main: Campus.
- Shackley, P. & Donaldson, C. (2000). Willingness to pay for publicly-financed health care: how should we use the numbers? *Applied Economics*, 32, 2015-2021.
- Shaver, K. G. (1985). *The Attribution of Blame - Causality, Responsibility, and Blameworthiness*. New York: Springer.
- Siems, D. (30.07.2003). Plädoyer für Kopfpauschalen. Gutachten für Rürup-Kommission-Experten: Bürgerversicherung schadet Arbeitsmarkt. *Die Welt*.
- Simon, H. A. (1978). Rationality as a process and product of thought. *American Economic Review, Papers and Proceedings*, 68, 1-16.
- Skitka, L. J. & Crosby, F. J. (2003). Trends in the Social Psychological Study of Justice. *Personality & Social Psychology Review*, 7(4), 282-285.
- Skitka, L. J. & Tetlock, P. E. (1992). Allocating scarce resources: A contingency model of distributive justice. *Journal of Experimental Social Psychology*, 28(6), 491-522.
- Spranger, E. (1950). *Lebensformen*. Tübingen: Niemeyer Verlag.
- Statistisches Bundesamt (2005). *Arbeitsmarkt Deutschland*. Retrieved 29/09/2005 from <http://www.destatis.de/indicators/d/tkarb820.htm>
- Stöber, J. (1999). Die Soziale-Erwünschtheits-Skala-17 (SES-17): Entwicklung und erste Befunde zu Reliabilität und Validität. *Diagnostica*, 45(4), 173-177.
- Suchanek, A. (2001). *Ökonomische Ethik*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Sykes, G. M. & Matza, D. (1957). Techniques of neutralization: A theory of delinquency. *American Sociological Review*, 43, 643-656.
- Syme, G. J., Nancarrow, B. E. & McCredlin, J. A. (1999). Defining the components of fairness in the allocation of water to environmental and human uses. *Journal of Environmental Management*, 57, 51-70.
- Syme, G. J., Kals, E., Nancarrow, B. E. & Montada, L. (2000). Ecological Risks and Community Perceptions of Fairness and Justice: A Cross-Cultural Model. *Risk Analysis: An International Journal*, 20(6), 905 -916.
- Tajfel, H. & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. In S. Worchel & W. G. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (pp. 7-24). Chicago: Nelson-Hall.

- Tamura, R. & Kameda, T. (2004). Do people pursue distributive justice over social efficiency? The functioning of Pareto optimality in group decision making. *Japanese Journal of Social Psychology*, 20(1), 26-34.
- Thibaut, J. & Walker, L. (1975). *Procedural Justice. A Psychological Analysis*. New Jersey: Hillsdale.
- Törnblom, K. Y. (1992). The social psychology of distributive justice. In K. Scherer (Ed.), *Justice: interdisciplinary perspectives* (pp. 177-236). Cambridge: University Press.
- Törnblom, K. Y. & Foa, U. G. (1983). Choice of Distribution Principle: Cross Cultural Evidence on the Effects of Resources. *Acta Sociologica*, 26(2), 161-173.
- Törnblom, K. Y. & Jonsson, D. R. (1985). Subrules of the equality and contribution principles: Their perceived fairness in distribution and retribution. *Social Psychology Quarterly*, 48(3), 249-261.
- Törnblom, K. Y. & Vermunt, R. (1998). Introduction: The Relationship Between Positive and Negative Resource Allocations and How They Affect Our Justice Conceptions. *Social Justice Research*, 11(4), 377-380.
- Törnblom, K. Y. & Vermunt, R. A. (1999). An integrative perspective on social justice: Distributive vs. procedural fairness evaluations of positive and negative outcome allocations. *Social Justice Research*, 12, 37-61.
- Törnblom, K. Y., Jonsson, D. R. & Foa, U. G. (1985). Nationality, resource class, and preference among three allocation rules: Sweden vs. USA. *International Journal of Intercultural Relations*, 9, 51-77.
- Turillo, C. J., Folger, R., Lavelle, J. J., Umphress, E. E. & Gee, J. O. (2002). Is virtue its own reward? Self-sacrificial decisions for the sake of fairness. *Organizational Behavior & Human Decision Processes*, 89(1), 839-865.
- Tyler, T. R. (1994). Psychological models of the justice motive: Antecedents of distributive and procedural justice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 850-863.
- Tyler, T. R. (2000). Social Justice: Outcome and Procedure. *International Journal of Psychology*, 35(2), 117-125.
- Tyler, T. & Dawes, R. M. (1993). Fairness in groups: Comparing the self-interest and social identity perspectives. In B. A. Mellers & J. Baron (Eds.), *Psychological perspectives on justice: Theory and applications* (pp. 87-108). New York, US: Cambridge University Press.
- Tyler, T. R. & Lind, E. A. (1990). Intrinsic versus community-based justice models: When does group membership matter? *Journal of Social Issues*, 46, 83-94.
- Tyler, T. R. & Lind, E. A. (1992). A relational model of authority in groups. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 25, pp. 115-191). San Diego, CA: Academic Press.
- Tyler, T. & Smith, H. J. (1998). Social justice and social movements. In D. T. Gilbert & S. T. Fiske (Eds.), *The handbook of social psychology* (4 ed., Vol. 2, pp. 595-629). New York: McGraw-Hill.
- Tyler, T. R., Boeckmann, R. J., Smith, H. J. & Hino, Y. J. (1997). *Social Justice in Diverse Society*. Boulder, CO: Westview Press.
- Ullrich, C. (1996). Solidarität und Sicherheit. Zur sozialen Akzeptanz der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Zeitschrift für Soziologie*, 25(3), 171-189.

- Ullrich, C. (2002a). Sozialpolitische Verteilungskonflikte und ihre Wahrnehmung durch wohlfahrtsstaatliche Adressaten. *Zeitschrift für Arbeit und Sozialpolitik*, 3(4), 16-21.
- Ullrich, C. (2002b). Reciprocity, justice and statutory health insurance. *Journal of European Social Policy*, 12(2), 123-136.
- Ullrich, C. G. (2004). Sozialpolitische Gerechtigkeitsprinzipien, empirische Gerechtigkeitsüberzeugungen und die Akzeptanz sozialer Sicherungssysteme. In S. Liebig, H. Lengfeld & S. Mau (Hrsg.), *Verteilungsprobleme und Gerechtigkeit in modernen Gesellschaften* (S. 89-96). Frankfurt/M: Campus Verlag.
- Ullrich, C., Wemken, I. & Walter, H. (1994). Leistungen und Beiträge als Determinanten der Zufriedenheit mit der gesetzlichen Krankenversicherung - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung bei den gesetzlich Versicherten. *Zeitschrift für Sozialreform*, 40(6), 349-375.
- Utne, M. K. & Kidd, R. F. (1980). Equity und Attribution. In G. Mikula (Hrsg.), *Gerechtigkeit und soziale Interaktion* (S. 69-106). Bern: Hans Huber.
- van Dijk, E., Engelen, M., van Leeuwen, E., Monden, L. & Sluijter, E. (1999). Distributive justice and the allocation of costs, losses and profits. *Social Justice Research*, 12(1), 5-18.
- van den Bos, K. (2005). What Is Responsible for the Fair Process Effect? In J. Greenberg & J. A. Colquitt (Eds.), *Handbook of organizational justice* (pp. 273-300). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- van den Bos, K., Lind, E. A., Vermunt, R. & Wilke, H. A. M. (1997). How do I judge my outcomes when I do not know the outcome of others? The psychology of the fair process effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1034-1046.
- Vehrkamp, R. B. & Kleinsteuber, A. (2006). *Soziale Gerechtigkeit in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter deutschen Parlamentariern*. Retrieved 18/12/2006, from http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-0A00F0A-55938F43/bst/hs.xsl/nachrichten_36181.htm
- Vermunt, R. & Törnblom, K. Y. (1999). Introduction: Continuing the Effort to Understand the Relationship Between Positive and Negative Resource Allocations and How They Affect Our Justice Conceptions. *Social Justice Research*, 12(1), 1-3.
- Walster, E., Walster, G. W. & Berscheid, E. (1978). *Equity: Theory and research*. Boston: Allyn & Bacon.
- Wegener, B. & Liebig, S. (1991). *Etatismus und Funktionalismus. Ein Vergleich dominanter Ideologien in Deutschland und den USA* (Arbeitsbericht Nr. 5 aus dem International Social Justice Project, Arbeitsgruppe für die Bundesrepublik Deutschland). Heidelberg: Institut für Soziologie der Universität Heidelberg.
- Weigel, R. H., Hessing, D. J. & Elfers, H. (1999). Egoism: Concept, Measurement and Implications for Deviance. *Psychology, Crime & Law*, 5, 349-378.
- Wendorf, C. A., Sheldon, A. & Firestone, I. J. (2002). Social Justice and Moral Reasoning: An Empirical Integration of Two Paradigms in Psychological Research. *Social Justice Research*, 15(1), 19-39.
- Wenzel, M. (1997). *Soziale Kategorisierungen im Bereich distributiver Gerechtigkeit*. Münster: Waxmann.
- Wenzel, M. (2001a). What is Social about Justice? Inclusive Identity and Group Values as the Basis of the Justice Motive. *Journal of Experimental Social Psychology*, 38, 205-218.

- Wenzel, M. (2001b). *The impact of outcome orientation and justice concerns on tax compliance: The role of taxpayers' identity* (Working Paper No 6). Retrieved 31/05/2006, from <http://ctsi.anu.edu.au/publications/WP/6.pdf>
- Wenzel, M. (2005). Motivation or rationalisation? Causal relations between ethics, norms and tax compliance. *Journal of Economic Psychology*, 26(4), 491-508.
- Wille, E. (1997). Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen. In E. Nagel & C. Fuchs (Hrsg.), *Leitlinien und Standards im Gesundheitswesen. Fortschritt in sozialer Verantwortung oder Ende der ärztlichen Therapiefreiheit?* (S. 46-53). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Wiswede, G. (1995). *Einführung in die Wirtschaftspsychologie*. München: Reinhardt.
- Wuthnow, R. (1991). *Acts of compassion*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Zbylut, M. L. (2003). When equity, equality, and need conflict: Allocator and recipient differences in assessments of distributive justice. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering* (Univ Microfilms International Vol. 64, pp. 2430).
- Zelleke, A. (2005). Distributive justice and the argument for an unconditional basic income. *Journal of Socio-Economics*, 34(1), 3-15.
- Zweifel, P. (2001). Alter, Gesundheit und Gesundheitsausgaben - eine neue Sicht. *G+G Wissenschaft*, 1(1), 6-12.

**Anhang A:
Fragebogen**

**Philosophisch-Pädagogische Fakultät
Psychologie III
Sozial- und Organisationspsychologie
Prof. Dr. Elisabeth Kals
Dipl.-Psych. Juliane Kärcher**



Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer der Studie,

der vorliegende Fragebogen ist Teil einer wissenschaftlichen Studie, die erforschen möchte, wie Bürgerinnen und Bürger über das deutsche Gesundheitssystem und im Besonderen über die Gesetzliche Krankenversicherung denken.

Zunächst bedanken wir uns sehr für Ihre Bereitschaft, an dieser Erhebung teilzunehmen.

Wie ist der Fragebogen zu bearbeiten?

Zur Beantwortung der Fragen müssen Sie nicht Expertin oder Experte in Sachen Gesundheitssystem sein. Uns interessiert vielmehr Ihre spontane Meinung zu diesem Thema. Es gibt dabei keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Bitte lesen Sie sich die Fragen sorgsam durch, da manche vielleicht ähnlich erscheinen, aber dennoch unterschiedliche Aspekte beschreiben.

Die meisten Fragen können Sie durch Ankreuzen der entsprechenden Zahl von 1 bis 6 beantworten. Die Zahlen bedeuten dabei Folgendes:

Die Aussage...

1	2	3	4	5	6
...stimmt überhaupt nicht.	...stimmt weitgehend nicht.	...stimmt eher nicht.	...trifft eher noch zu.	...trifft weitgehend zu.	...trifft genau zu.

Ist die Befragung anonym?

Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und dienen rein wissenschaftlichen Zwecken. Sie können den Fragebogen anonym, also ohne Angabe von Namen und Adresse, an die unten genannte Adresse schicken.

Wenn Sie an den Ergebnissen dieser Befragung interessiert sind oder wenn Sie sich vorstellen können, an weiteren Studien aus unserer Arbeitsgruppe teilzunehmen, füllen Sie bitte den entsprechenden Abschnitt am Ende des Fragebogens aus. Diesen Abschnitt können Sie abtrennen und als gesonderten Zettel beilegen, so dass wir Ihnen die Ergebnisse zusenden bzw. Sie für weitere Erhebungen ansprechen können. Wir versichern, dass hierfür Ihre Adresse unabhängig von Ihren Daten gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben wird. Ihre Angaben werden nur für den genannten Zweck verwendet.

Wir bedanken uns bereits an dieser Stelle sehr herzlich für Ihre Unterstützung durch die Beantwortung und Zusendung dieses Fragebogens!

Mit freundlichen Grüßen


(Dipl.-Psych. Juliane Kärcher)


(Prof. Dr. Elisabeth Kals)

**Philosophisch-Pädagogische Fakultät
Psychologie III
Sozial- und Organisationspsychologie
Prof. Dr. Elisabeth Kals
Dipl.-Psych. Juliane Kärcher**



Wie denken Sie über unser Gesundheitssystem?

Code

Bevor Sie die eigentlichen Fragen beantworten, möchten wir Sie bitten, Ihren persönlichen Code aufzuschreiben. Dadurch wird es möglich, Ihre Fragebögen bei einer möglichen Folgebefragung einander zuzuordnen. Ihre Anonymität bleibt dabei vollständig gewahrt.

Bitte schreiben Sie Ihren persönlichen Code in die entsprechenden Kästchen:

- | | | | | |
|---|---|---|--|---|
| 1. Erster Buchstabe Ihres Vornamens | <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> | z.B. Sabine | <input style="width: 40px; height: 30px; border: 2px solid black;" type="text" value="S"/> | |
| 2. Erster Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter | <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> | z.B. Gisela | <input style="width: 40px; height: 30px; border: 2px solid black;" type="text" value="G"/> | |
| 3. Erster Buchstabe des Vornamens Ihres Vaters | <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> | z.B. Alfred | <input style="width: 40px; height: 30px; border: 2px solid black;" type="text" value="A"/> | |
| 4. Ihr Geburtsmonat in Ziffern | <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> | z.B. Juni | <input style="width: 40px; height: 30px; border: 2px solid black;" type="text" value="0"/> <input style="width: 40px; height: 30px; border: 2px solid black;" type="text" value="6"/> |
| 5. Die letzten beiden Ziffern Ihres Festnetzanschlusses (falls Sie keinen Telefonanschluss haben, schreiben Sie bitte „00“) | <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> | <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> | z.B. 08421-931574 | <input style="width: 40px; height: 30px; border: 2px solid black;" type="text" value="7"/> <input style="width: 40px; height: 30px; border: 2px solid black;" type="text" value="4"/> |

Wie denken Sie über unser Gesundheitssystem?

Nun beginnt der eigentliche Fragebogen. Bitte beantworten Sie nun die folgenden Fragen, indem Sie spontan eine Zahl von 1 bis 6 ankreuzen, die Ihrer Meinung entspricht.

Trifft dies für Sie zu?

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

	stimmt überhaupt nicht						trifft genau zu
Das Thema Gesundheitssystem interessiert mich sehr.	1	2	3	4	5	6	
Eigentlich weiß ich wenig über das deutsche Gesundheitssystem.	1	2	3	4	5	6	
Ich kenne mich mit den Veränderungen im Gesundheitssystem seit 1. Januar 2004 gut aus.	1	2	3	4	5	6	
Ich verfolge die aktuellen Diskussionen über Reformen im Gesundheitssystem nur am Rande.	1	2	3	4	5	6	

Wie denken Sie *insgesamt* über das deutsche Gesundheitssystem?

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

	stimmt überhaupt nicht					trifft genau zu
Insgesamt ist das deutsche Gesundheitssystem fair .	1	2	3	4	5	6
Insgesamt ist das Solidarprinzip des Gesundheitssystems fair .	1	2	3	4	5	6
	stimmt überhaupt nicht					trifft genau zu
Insgesamt ist das deutsche Gesundheitssystem wirtschaftlich effizient .	1	2	3	4	5	6
Insgesamt ist das Solidarprinzip des Gesundheitssystems wirtschaftlich effizient .	1	2	3	4	5	6

Wie denken Sie über die Situation im Gesundheitssystem?

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

Ich denke,...	stimmt überhaupt nicht					trifft genau zu
...dass das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich sehr gut abschneidet.	1	2	3	4	5	6
...dass erhöhte Kosten für die Gesundheitsfürsorge unzumutbare finanzielle Belastungen für einzelne Bürger und Bürgerinnen bedeuten.	1	2	3	4	5	6
...dass Lobbyisten (z.B. die Pharmaindustrie) im Gesundheitssystem nur ihre eigenen wirtschaftlichen Interessen verfolgen.	1	2	3	4	5	6
...dass häufig an der falschen Stelle angesetzt wird: Kosten werden nur dann übernommen, wenn die Krankheit bereits ausgebrochen ist, nicht aber zur Vermeidung von Krankheit.	1	2	3	4	5	6
...dass gesetzlich und privat Versicherte unterschiedlich behandelt werden.	1	2	3	4	5	6
...dass das Gesundheitssystem Schutz und Sicherheit bei Krankheiten bietet.	1	2	3	4	5	6
...dass eine gute ärztliche Versorgung in Deutschland eine Frage der eigenen finanziellen Möglichkeiten ist.	1	2	3	4	5	6
...dass die Leistungen des Gesundheitssystems durch Betrug missbraucht werden (z.B. durch Ärzte, durch Versicherte, durch Apotheker, usw.).	1	2	3	4	5	6
...dass jeder Kranke in Deutschland sehr gut versorgt wird.	1	2	3	4	5	6
...dass manche Versicherte mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, als ihr Gesundheitszustand eigentlich erfordert (z.B. Arztbesuche, Kuraufenthalte, usw.).	1	2	3	4	5	6
...dass Zusatzzahlungen (z.B. bei Arztbesuchen die so genannte „Praxisgebühr“, bei Medikamenten, usw.) unerträgliche finanzielle Belastungen für einzelne Bürger und Bürgerinnen bedeuten.	1	2	3	4	5	6

Finden Sie das ungerecht?

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

Es ist ungerecht,...	stimmt überhaupt nicht					trifft genau zu
	1	2	3	4	5	6
...dass einige Versicherte verantwortungsvoll mit den Geldern der Solidargemeinschaft umgehen, die meisten anderen jedoch für sich alles aus dem System „rausholen“.	1	2	3	4	5	6
...dass manche Versicherte durch Verzichte der anderen profitieren.	1	2	3	4	5	6
...dass Personen, die das Gesundheitssystem ausnutzen, unbestraft bleiben.	1	2	3	4	5	6
...dass Vorteile für manche Krankenversicherte dadurch entstehen, dass sie selbst alle Gesundheitsleistungen ausnutzen und andere Versicherte auf Gesundheitsleistungen verzichten.	1	2	3	4	5	6
...dass „Schmarotzer des Gesundheitssystems“ ungestraft davon kommen.	1	2	3	4	5	6

Was ist Ihnen bei der Gesundheitsversorgung wichtig?

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

	stimmt überhaupt nicht					trifft genau zu
	1	2	3	4	5	6
Gesundheitsleistungen, die meine Krankenversicherung nicht übernimmt, zahle ich selbstverständlich aus eigener Tasche.	1	2	3	4	5	6
Mir ist ausschließlich eine optimale Gesundheitsversorgung meiner eigenen Person wichtig, egal wie viel es die Krankenversicherung kostet.	1	2	3	4	5	6
Für mich gilt: so wenig wie möglich einzahlen, so viel Gesundheitsleistungen wie möglich bekommen.	1	2	3	4	5	6
Im Gesundheitssystem sind mir meine Interessen wichtiger als Nachteile, die andere dadurch vielleicht haben könnten.	1	2	3	4	5	6
So viel wie möglich vom Gesundheitssystem zu profitieren, ist für mich unwichtig.	1	2	3	4	5	6
Ich nehme grundsätzlich nur Gesundheitsleistungen in Anspruch, die meine Krankenversicherung übernimmt.	1	2	3	4	5	6
Ich versuche immer, so viele Gesundheitsleistungen wie möglich von meiner Krankenversicherung bezahlt zu bekommen.	1	2	3	4	5	6
Für manche Gesundheitsleistungen zahle ich ohne zu zögern selbst, obwohl meine Krankenversicherung diese übernehmen würde (z.B. Gesundheitskurse, Entspannungstrainings, Ernährungsseminare, usw.).	1	2	3	4	5	6

Finden Sie das gerecht?

In jüngster Vergangenheit wurde in der Öffentlichkeit viel über mögliche Alternativen zur momentanen Beitragszahlung oder der Verteilung von Leistungen im Gesundheitssystem gesprochen. Ideen, wie die der „Bürgerversicherung“, der „Gesundheitsprämie“ oder „Kopfpauschale“, wurden in politischen Kommissionen (z.B. Rürup- oder Herzog-Kommission) entwickelt.

Wie ist Ihre persönliche Meinung dazu? Was finden Sie gerecht?

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

Es ist gerecht,...	stimmt überhaupt nicht					trifft genau zu
...wenn Bürger und Bürgerinnen mit höherem Einkommen mehr in die Krankenversicherung einzahlen als finanziell Schwächere.	1	2	3	4	5	6
...wenn alle Bürger und Bürgerinnen, egal in welcher persönlichen finanziellen Situation, die gleichen Gesundheitsleistungen bekommen.	1	2	3	4	5	6
...wenn allein die Krankheit über Art und Umfang von Gesundheitsleistungen bestimmt (und nicht z.B. Vermögen, Alter, usw.).	1	2	3	4	5	6
...wenn all diejenigen Kranken, die wirklich Hilfe benötigen, diese unter allen denkbaren Bedingungen auch bekommen.	1	2	3	4	5	6
...wenn <i>alle</i> Bürger und Bürgerinnen gleich behandelt werden und den <i>gleichen</i> Beitrag in die Krankenversicherung einzahlen.	1	2	3	4	5	6
...wenn Bürger und Bürgerinnen, die mehr Gesundheitsleistungen benötigen, höhere Beiträge in die Krankenversicherung einzahlen.	1	2	3	4	5	6
...wenn das Gesundheitssystem in Zukunft verlässlich ist, auch wenn dies höhere Kosten bedeutet.	1	2	3	4	5	6
...wenn sich Gesundheitsleistungen an der Höhe der gezahlten Beiträge orientieren.	1	2	3	4	5	6
...wenn für zukünftige Generationen eine sichere Gesundheitsversorgung gewährleistet ist.	1	2	3	4	5	6
...wenn <i>alle</i> Bürger und Bürgerinnen ihren Beitrag in <i>eine</i> Versicherung einzahlen.	1	2	3	4	5	6

Wie ist Ihre Meinung?

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

	stimmt überhaupt nicht					trifft genau zu
Es ist das gute Recht eines jeden Bürgers, im Krankheitsfall volle medizinische Versorgung zu bekommen.	1	2	3	4	5	6
Jeder Bürger muss sich selbst um eine medizinische Versorgung bzw. Absicherung im Krankheitsfall kümmern.	1	2	3	4	5	6
Jedem Bürger steht zu, Gesundheitsleistungen zu bekommen, die zur Behandlung notwendig sind.	1	2	3	4	5	6
Es ist selbstverständlich, dass der Staat für die Gesundheitsfürsorge jedes einzelnen Bürgers zuständig ist.	1	2	3	4	5	6
Vorkehrungen für eine medizinische Versorgung bzw. für eine Absicherung im Krankheitsfall zu treffen, ist Angelegenheit jedes einzelnen Bürgers.	1	2	3	4	5	6
Es ist Sache des Staates, für jeden Bürger die medizinische Versorgung zu sichern.	1	2	3	4	5	6

Sollte sich dies Ihrer Meinung nach im Gesundheitssystem verändern?

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

Meiner Meinung nach...	stimmt überhaupt nicht					trifft genau zu
	1	2	3	4	5	6
...sollten Patienten mehr Mitspracherechte haben (z.B. bei der Wahl des Arztes oder Therapeuten, der Behandlungsform, bei Gesundheitsreformen, usw.).	1	2	3	4	5	6
...sollte die Sonderbehandlung von Besserverdienenden und Beamten abgeschafft werden.	1	2	3	4	5	6
...sollten Patienten über entstandene Kosten routinemäßig und in allen Details informiert werden (z.B. Einsicht in die Kosten, die der Arzt oder das Krankenhaus in Rechnung stellt, usw.).	1	2	3	4	5	6
...sollte das Gesundheitssystem für alle transparent und einfach zu verstehen sein.	1	2	3	4	5	6
...sollte die Behandlung psychischer Erkrankungen den gleichen Stellenwert haben wie körperliche Krankheiten.	1	2	3	4	5	6
...sollten Versicherte mehr Möglichkeiten haben, mit zu entscheiden (z.B. Behandlungsform, Art der Therapie).	1	2	3	4	5	6
...sollten wirksame alternative Heilansätze (z.B. Akupunktur) ebenso anerkannt sein wie die westliche Schulmedizin.	1	2	3	4	5	6
...sollte das Gesundheitssystem so einfach sein, dass sich jeder damit auskennt.	1	2	3	4	5	6
...sollten Bürgerinnen oder Bürger mit entsprechendem Jahreseinkommen private oder gesetzliche Krankenversicherungen frei wählen können.	1	2	3	4	5	6
...sollten Maßnahmen, die Krankheiten vorbeugen, den gleichen Stellenwert haben wie die Behandlung von Krankheiten.	1	2	3	4	5	6

Wie ist Ihre Meinung?

In allen Ländern gibt es Unterschiede, Unstimmigkeiten oder sogar Konflikte zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Dies gilt möglicherweise ebenso für unterschiedliche Personengruppen im deutschen Gesundheitssystem (z.B. wenn von einem „Mehr-Klassen-System“ die Rede ist).

Wie ist Ihre Meinung über Konflikte im deutschen Gesundheitssystem?

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

Meiner Meinung nach gibt es Konflikte zwischen...	stimmt überhaupt nicht					trifft genau zu
...gesetzlich und privat Krankenversicherten.	1	2	3	4	5	6
...Reichen und Armen.	1	2	3	4	5	6
...Kranken und Gesunden.	1	2	3	4	5	6
...Beamten und Nicht-Beamten.	1	2	3	4	5	6
...Jung und Alt.	1	2	3	4	5	6
...Rentnern und Nicht-Rentnern.	1	2	3	4	5	6
...Arbeitnehmern und Arbeitslosen.	1	2	3	4	5	6
...Versicherten, die schonend mit den knappen Mitteln umgehen und solchen, die Versicherungen ausbeuten.	1	2	3	4	5	6

Was bedeutet für Sie die Gesetzliche Krankenversicherung?

Bitte beantworten Sie diese Fragen auch, wenn Sie selbst privat krankenversichert sind.

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist für mich primär...	stimmt überhaupt nicht					trifft genau zu
...finanzielle Absicherung im eigenen Krankheitsfall.	1	2	3	4	5	6
...ein System, in dem Gesunde Kranke unterstützen.	1	2	3	4	5	6
...ein System, das ich aus Überzeugung unterstütze.	1	2	3	4	5	6
...ein System, bei dem Stärkere Schwächere stützen.	1	2	3	4	5	6
...ein Zeichen der Solidargemeinschaft.	1	2	3	4	5	6
...ein notwendiges Übel, das gesetzlich vorgeschrieben ist.	1	2	3	4	5	6
...eine gesellschaftliche Errungenschaft.	1	2	3	4	5	6

Kennen Sie das von sich?

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

	stimmt überhaupt nicht					trifft genau zu
Andere scheinen häufig mehr oder bessere Gesundheitsleistungen zu bekommen als ich (z.B. Medikamente, Kuraufenthalte, usw.).	1	2	3	4	5	6
Häufig werde ich in der Gesundheitsversorgung schlechter behandelt als andere (z.B. längere Wartezeiten, Auswahl der Behandlungsmethoden, usw.).	1	2	3	4	5	6
Anderen scheint es in der Gesundheitsversorgung häufig unverdient besser zu ergehen als mir.	1	2	3	4	5	6
Häufig bekommen nur andere bestimmte Gesundheitsleistungen, die eigentlich auch mir zustehen.	1	2	3	4	5	6

Sind Sie Mitglied einer **Gesetzlichen Krankenversicherung**? Ja Nein

→ **Wenn ja:** Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen weiter.

→ **Wenn nein:** Überspringen Sie bitte die folgenden Fragen auf dieser Seite und beantworten Sie die weiteren Fragen ab Seite 8.

Fühlen Sie sich als Gewinner oder Verlierer?

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

Ich selbst fühle mich als Gewinner des Gesundheitssystems...	stimmt überhaupt nicht					trifft genau zu
...da andere gesetzlich Versicherte mehr in die Gesetzliche Krankenversicherung einzahlen als ich.	1	2	3	4	5	6
...da ich im Vergleich zu anderen mehr medizinische Gesundheitsleistung in Anspruch nehme.	1	2	3	4	5	6
...da ich medizinische Versorgung bekomme, die höher ist als meine geleisteten Beiträge.	1	2	3	4	5	6
...da ich bzw. meine Familie die gesamte medizinische Versorgung bekommt, die ich benötige bzw. wir benötigen.	1	2	3	4	5	6

Ich selbst fühle mich als Verlierer des Gesundheitssystems...	stimmt überhaupt nicht					trifft genau zu
...da andere gesetzlich Versicherte weit mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen als ich.	1	2	3	4	5	6
...da ich im Vergleich zu anderen mehr in die Gesetzliche Krankenversicherung einzahle.	1	2	3	4	5	6
...da ich weitgehend gesund bin und daher keine medizinische Versorgung benötige.	1	2	3	4	5	6
...da ich durch meine Beiträge Versicherte unterstütze, die krank sind.	1	2	3	4	5	6
...da meine geleisteten Beiträge höher sind als die medizinische Versorgung, die ich bekomme.	1	2	3	4	5	6

Wie *fühlen* Sie sich, wenn Sie an die Gesundheitsversorgung und an das Gesundheitssystem insgesamt denken?

Bitte denken Sie jetzt an die Fragen zur Gesundheitsversorgung und zum Gesundheitssystem, die Sie bisher beantwortet haben. Wie fühlen Sie sich?

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

Wenn ich an die Gesundheitsversorgung und an das Gesundheitssystem insgesamt denke,...	stimmt überhaupt nicht						trifft genau zu
...dann bin ich empört.	1	2	3	4	5	6	
...dann empfinde ich Stolz.	1	2	3	4	5	6	
...dann bin ich äußerst pessimistisch.	1	2	3	4	5	6	
...dann fühle ich mich verantwortlich.	1	2	3	4	5	6	
...dann ärgere ich mich.	1	2	3	4	5	6	
...dann fühle ich mich schuldig.	1	2	3	4	5	6	
...dann empfinde ich vor allem Dankbarkeit.	1	2	3	4	5	6	
...dann fühle ich mich ausgeliefert.	1	2	3	4	5	6	
...dann fühle ich mich sicher.	1	2	3	4	5	6	
...dann bin ich ganz optimistisch.	1	2	3	4	5	6	

Wie bewerten Sie das derzeitige Gesundheitssystem?

Das deutsche Gesundheitssystem wird derzeit in den Medien sowie in politischen Kommissionen und Gremien vielfach diskutiert. Die Reformen, die seit Anfang des Jahres 2004 in Kraft getreten sind, haben viele Veränderungen in der Gesundheitsversorgung mit sich gebracht und die derzeitige Situation wird ganz unterschiedlich beurteilt.

Wie bewerten Sie, ganz generell, die derzeitige Situation der Gesundheitsversorgung?

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

	stimmt überhaupt nicht						trifft genau zu
<i>Insgesamt</i> bin ich mit dem derzeitigen deutschen Gesundheitssystem zufrieden.	1	2	3	4	5	6	
Meiner Meinung nach ist das derzeitige deutsche Gesundheitssystem dringend reformbedürftig.	1	2	3	4	5	6	
Ich denke, dass Gelder im derzeitigen deutschen Gesundheitssystem effizient genutzt werden.	1	2	3	4	5	6	
<i>Insgesamt</i> finde ich das derzeitige deutsche Gesundheitssystem gut.	1	2	3	4	5	6	
Ich finde, im derzeitigen deutschen Gesundheitssystem werden Gelder oft sinnlos verschwendet.	1	2	3	4	5	6	

Wer hat die derzeitige Situation im Gesundheitssystem verursacht?

Es gibt unterschiedliche Gründe und Ursachen für die derzeitige Situation im Gesundheitssystem, unabhängig davon, wie man das Gesundheitssystem insgesamt bewertet. Bitte schätzen Sie die folgenden Möglichkeiten danach ein, wer Ihrer Meinung nach die derzeitige Situation verursacht hat. Bitte kreuzen Sie für jede der genannten Ursachen die entsprechende Zahl an.

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

Die derzeitige Situation ist verursacht durch...	stimmt überhaupt nicht					trifft genau zu
...mein eigenes Verhalten.	1	2	3	4	5	6
...das Verhalten jedes einzelnen Bürgers.	1	2	3	4	5	6
...das Verhalten aller Kranken, die Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen.	1	2	3	4	5	6
...das Verhalten der Ärzte.	1	2	3	4	5	6
...die Gesetzlichen Krankenversicherungen.	1	2	3	4	5	6
...die Privaten Krankenversicherungen.	1	2	3	4	5	6
...das Vorgehen der Pharmaindustrie.	1	2	3	4	5	6
...das Handeln der Kassenärztlichen Vereinigungen.	1	2	3	4	5	6
...die Gesetze des Staates.	1	2	3	4	5	6
...das Verhalten der Politiker.	1	2	3	4	5	6
...veränderte Rahmenbedingungen (wie z.B. zunehmende Alterung der Gesellschaft, erhöhte Arbeitslosigkeit, usw.).	1	2	3	4	5	6
...andere, nämlich: _____	1	2	3	4	5	6

Wer kann das derzeitige Gesundheitssystem verändern?

Schätzen Sie im Folgenden bitte ein, wer grundsätzlich Möglichkeiten hat,
das Gesundheitssystem zu verändern.

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

	stimmt überhaupt nicht					trifft genau zu
Ich selbst. (z.B. durch Verzicht auf Gesundheitsleistungen, indem ich Aufrufe an Politiker unterschreibe, durch gesundheitsförderliches Verhalten,...)	1	2	3	4	5	6
Jeder einzelne Bürger. (z.B. durch Organisieren von Informationsveranstaltungen, Schreiben von Leserbriefen, Wahl von Parteien, die entsprechende Programme vertreten, Wahl der Krankenversicherung,...)	1	2	3	4	5	6
Alle Kranken. (z.B. durch Verzicht auf nicht unbedingt notwendige Gesundheitsleistungen, durch gesundheitsförderliche Ernährung,...)	1	2	3	4	5	6
Alle Ärzte. (z.B. Medikamente nur verschreiben, wenn unbedingt nötig, durch Weitervermittlung an Fachkollegen,...)	1	2	3	4	5	6
Die Gesetzlichen Krankenversicherungen. (z.B. durch Schaffung von Kostentransparenz, durch Entbürokratisierung, durch Förderung von Präventionsmaßnahmen,...)	1	2	3	4	5	6
Die Privaten Krankenversicherungen. (z.B. durch individuelle Versicherungsangebote, durch Angebote nicht ausschließlich nur für junge und gesunde Menschen, durch Erweiterung des Versicherungsangebots,...)	1	2	3	4	5	6
Die Pharmaindustrie. (z.B. durch Anerkennung alternativer Heilverfahren, durch Übernahme sozialer Verantwortung jenseits Unternehmensinteressen,...)	1	2	3	4	5	6
Die Kassenärztlichen Vereinigungen. (z.B. Übernahme sozialer Verantwortung jenseits Verbandsinteressen,...)	1	2	3	4	5	6
Der Staat. (z.B. durch Gesetze, die Leistungsmissbrauch verhindern, durch Gesetze die eine „Zwei-Klassen-Versorgung“ verhindern, durch Überdenken des Sonderstatus von Besserverdienenden und Beamten,...)	1	2	3	4	5	6
Nicht Menschen, vielmehr sind äußere Umstände entscheidend.	1	2	3	4	5	6
Andere, nämlich: _____	1	2	3	4	5	6

Wer ist für eine Veränderung des Gesundheitssystems verantwortlich?

In der vorherigen Frage ging es um Ihre Meinung, wer überhaupt grundsätzlich in der Lage ist, das Gesundheitssystem zu verändern. Nun heißt die Frage: Wer ist dafür verantwortlich oder zuständig, also wessen Aufgabe oder Pflicht ist es, dass das Gesundheitssystem z.B. für alle Beteiligten *gerechter* gestaltet wird?

Wessen Aufgabe ist es bzw. wer ist dafür verantwortlich oder zuständig?

Einerseits können diejenigen in der Pflicht gesehen werden, die *verursacht haben*, dass das Gesundheitssystem so ist, wie es ist. (Dies haben Sie auf Seite 9 beantwortet.)

Andererseits aber auch diejenigen, die prinzipiell *in der Lage sind*, also die Möglichkeiten haben, das Gesundheitssystem zu verändern. (Dies haben Sie auf Seite 10 beantwortet.)

Bitte kreuzen Sie die Zahl entsprechend Ihrer Meinung an.

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

Verantwortlich bzw. zuständig für ein <i>gerechteres</i> Gesundheitssystems...	stimmt überhaupt nicht					trifft genau zu
...bin ich selbst.	1	2	3	4	5	6
...ist jeder einzelne Bürger.	1	2	3	4	5	6
...sind alle Kranken.	1	2	3	4	5	6
...sind Ärzte.	1	2	3	4	5	6
...sind die Gesetzlichen Krankenversicherungen.	1	2	3	4	5	6
...sind die Privaten Krankenversicherungen.	1	2	3	4	5	6
...ist die Pharmaindustrie.	1	2	3	4	5	6
...sind die Kassenärztlichen Vereinigungen.	1	2	3	4	5	6
...ist der Staat.	1	2	3	4	5	6
...ist keiner, vielmehr sollte man die Dinge einfach laufen lassen und abwarten.	1	2	3	4	5	6
...sind andere, nämlich: _____	1	2	3	4	5	6

Wofür würden Sie sich aktiv einsetzen?

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Möglichkeiten, wie man sich grundsätzlich aktiv einsetzen kann, damit das deutsche Gesundheitssystem *so fair und gerecht wie möglich* gestaltet wird. Entsprechend persönlicher Möglichkeiten und Neigungen gibt es verschiedene Formen des eigenen Einsatzes und Engagements. Bitte geben Sie an, wozu Sie selbst bereit sind.

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

Um das Gesundheitssystem in Deutschland <i>so fair und gerecht wie möglich</i> zu gestalten, bin ich selbst bereit,...	stimmt überhaupt nicht						trifft genau zu
...mich umfassend zu informieren (z.B. über die eigene Krankenversicherung, durch Nutzung des Internet, durch Anfragen bei der Patientenbeauftragten, usw.).	1	2	3	4	5	6	
...öffentliche Diskussionen über Verbesserungsmaßnahmen anzuregen.	1	2	3	4	5	6	
...Aufrufe an Politiker zu unterschreiben.	1	2	3	4	5	6	
...Interessenvereinigungen beizutreten oder zu gründen.	1	2	3	4	5	6	
...durch die Wahl entsprechender Parteien Einfluss zu nehmen.	1	2	3	4	5	6	
...auf Gesundheitsleistungen zu verzichten.	1	2	3	4	5	6	
...höhere Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen.	1	2	3	4	5	6	
...zusätzliche private Versicherungen abzuschließen.	1	2	3	4	5	6	
...für bestimmte Gesundheitsleistungen selbst aufzukommen.	1	2	3	4	5	6	
...an meine Mitbürgerinnen und Mitbürger zu appellieren, weniger Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen.	1	2	3	4	5	6	

Wofür würden Sie sich engagieren?

Im Folgenden sind Möglichkeiten aufgeführt, wie Sie sich dafür engagieren könnten, *so wenig wie möglich* für die eigene Gesundheitsversorgung *zu zahlen* und dabei eine optimale medizinische Versorgung zu bekommen.

Bitte geben Sie an, wofür Sie bereit sind.

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

Um selbst <i>so wenig wie möglich</i> für die Gesundheitsversorgung zu zahlen (bei eigener optimaler medizinischer Versorgung), bin ich selbst bereit...	stimmt überhaupt nicht						trifft genau zu
...mich zu informieren, wie z.B. höhere Zahlungen umgangen werden können.	1	2	3	4	5	6	
...an Kundgebungen gegen höhere Kosten teilzunehmen.	1	2	3	4	5	6	
...Unterschriften gegen erhöhte Zahlungen zu sammeln.	1	2	3	4	5	6	
...entsprechende Aufrufe an Politiker zu unterschreiben.	1	2	3	4	5	6	
...die Öffentlichkeit auf Missstände im Gesundheitssystem aufmerksam zu machen.	1	2	3	4	5	6	
...an Interessenvereinigungen teilzunehmen oder zu gründen.	1	2	3	4	5	6	
...Informationen über günstigere Krankenversicherungen einzuholen und gegebenenfalls zu wechseln.	1	2	3	4	5	6	

Was tun Sie selbst?

Bisher haben wir gefragt, zu welchem Einsatz und Engagement Sie grundsätzlich bereit wären.

Möglicherweise sind Sie bereits aktiv und engagieren sich in irgendeiner Weise „im Großen oder Kleinen“ für oder gegen das derzeitige Gesundheitssystem. Was tun Sie selbst?

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

	stimmt überhaupt nicht				trifft genau zu	
Ich plädiere in Diskussionen mit Freunden und Bekannten für eine gerechtere Verteilung bei der Gesundheitsversorgung.	1	2	3	4	5	6
Ich diskutiere mit Freunden und Bekannten über das Gesundheitssystem.	1	2	3	4	5	6
Ich engagiere mich politisch gegen Einsparungen im Gesundheitssystem (z.B. in Interessenvereinigungen, durch Unterstützung von Unterschriftenaktionen, Teilnahme an Kundgebungen, usw.).	1	2	3	4	5	6
Ich spreche mit Personen der Gesundheitsfürsorge (z.B. Ärzte, Sprechstundenhilfen, Apotheker, Drogeristen, usw.) über Veränderungen im Gesundheitssystem.	1	2	3	4	5	6
Ich beziehe öffentlich Stellung gegen Missstände im Gesundheitssystem (z.B. bei Diskussionen).	1	2	3	4	5	6
Ich spreche mich in Diskussionen gegen höhere Beiträge und Zuzahlungen für Bürgerinnen und Bürger aus.	1	2	3	4	5	6

Wofür würde sich die Mehrzahl der Deutschen aktiv einsetzen?

Bisher haben wir gefragt, wozu *Sie selbst* bereit sind, sich aktiv einzusetzen.

Im Folgenden möchten wir Sie bitten, einzuschätzen, wozu Ihrer Meinung nach die **Mehrzahl der Deutschen** bereit ist, um ein *fares und gerechtes* Gesundheitssystem in Deutschland zu gestalten.

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

Um das Gesundheitssystem in Deutschland <i>so fair und gerecht wie möglich</i> zu gestalten, ist die Mehrzahl der Deutschen bereit...	stimmt überhaupt nicht					trifft genau zu
...sich umfassend zu informieren (z.B. über die eigene Krankenversicherung, durch Nutzung des Internet, durch Anfragen bei der Patientenbeauftragten).	1	2	3	4	5	6
...öffentliche Diskussionen über Verbesserungsmaßnahmen anzuregen.	1	2	3	4	5	6
...entsprechende Aufrufe an Politiker zu unterschreiben.	1	2	3	4	5	6
...Interessenvereinigungen beizutreten oder zu gründen.	1	2	3	4	5	6
...durch die Wahl entsprechender Parteien Einfluss zu nehmen.	1	2	3	4	5	6
...auf Gesundheitsleistungen zu verzichten.	1	2	3	4	5	6
...höhere Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen.	1	2	3	4	5	6
...zusätzliche private Versicherungen abzuschließen.	1	2	3	4	5	6
...für bestimmte Gesundheitsleistungen selbst aufzukommen.	1	2	3	4	5	6

Wofür würde sich die Mehrzahl der Deutschen aktiv engagieren?

Bitte schätzen Sie nun ein, wofür sich Ihrer Meinung nach die **Mehrzahl der Deutschen** aktiv engagieren würde, um *so wenig wie möglich* für die Gesundheitsversorgung *zu zahlen* (bei optimaler medizinischer Versorgung).

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

Um selbst <i>so wenig wie möglich</i> für die Gesundheitsversorgung zu zahlen (bei eigener optimaler medizinischer Versorgung), ist die Mehrzahl der Deutschen bereit...	stimmt überhaupt nicht					trifft genau zu
...Informationen einzuholen, wie z.B. höhere Zahlungen umgangen werden können.	1	2	3	4	5	6
...an Kundgebungen gegen höhere Kosten teilzunehmen.	1	2	3	4	5	6
...Unterschriften gegen erhöhte Kosten zu sammeln.	1	2	3	4	5	6
...entsprechende Aufrufe an Politiker zu unterschreiben.	1	2	3	4	5	6
...die Öffentlichkeit auf Missstände im Gesundheitssystem aufmerksam zu machen.	1	2	3	4	5	6
...an Interessenvereinigungen teilzunehmen oder zu gründen.	1	2	3	4	5	6
...Informationen über günstigere Krankenversicherungen einzuholen und gegebenenfalls zu wechseln.	1	2	3	4	5	6

Wie ist Ihre persönliche Einstellung zu folgenden Aussagen?

Bitte bewerten Sie, inwiefern die folgenden allgemeinen Aussagen für Sie zutreffen bzw. was Ihre spontane Meinung zu diesen unterschiedlichen Ansichten ist.

Wie bei allen Fragen in diesem Fragebogen gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Kreuzen Sie einfach möglichst zügig die Zahlen entsprechend Ihrer Sicht der Dinge an.

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

	stimmt überhaupt nicht					trifft genau zu
Wer sich nicht genügend um seine eigenen Interessen kümmert, kommt am Ende meistens zu kurz.	1	2	3	4	5	6
Wenn es etwas zu verteilen gibt, ist es wichtig, dass auch Schwächere etwas bekommen.	1	2	3	4	5	6
Eine Lösung kann auch gut sein, wenn die Interessen Schwächerer beachtet werden.	1	2	3	4	5	6
Wenn es etwas zu verteilen gibt, muss man selbst dafür sorgen, dass man möglichst gut wekommt.	1	2	3	4	5	6
Man muss lernen „Nein“ zu sagen, wenn man von einem Vorschlag keine eigenen Vorteile hat.	1	2	3	4	5	6
Im Leben ist es wichtig, sich für andere einzusetzen, auch wenn man dadurch möglicherweise selbst Nachteile hat.	1	2	3	4	5	6
Man darf sich schon mal von Versprechen lösen, wenn man bemerkt, dass man selbst dadurch zu viele Nachteile hat.	1	2	3	4	5	6
Kindern sollte man beibringen, zunächst an andere zu denken.	1	2	3	4	5	6
Im Leben muss man auch dann seine eigenen Interessen verfolgen, wenn andere dadurch Nachteile haben.	1	2	3	4	5	6
Es ist immer entscheidend, dass Nachteile anderer irgendwie ausgeglichen werden.	1	2	3	4	5	6
Es ist wichtig, schon den Kindern beizubringen, dass man eigene Interessen mit Nachdruck durchsetzen muss.	1	2	3	4	5	6
Wenn man sich durch die Leistungen anderer selbst einen Vorteil verschaffen kann, darf man das auch ausnutzen.	1	2	3	4	5	6
Eine Lösung, bei der man die eigenen Interessen zurückstellen muss, ist keine gute Lösung.	1	2	3	4	5	6

Was ist Ihre spontane Meinung zu diesen Aussagen?

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

	stimmt überhaupt nicht					trifft genau zu
Ich reagiere auf ungerechte Situationen sensibler als andere.	1	2	3	4	5	6
Viele sagen mir, ich sei sehr feinfühlig für Ungerechtigkeit in der Welt.	1	2	3	4	5	6
Ich ertrage es nur schwer, wenn jemand ungerecht behandelt wird.	1	2	3	4	5	6
Manchmal kommt es mir vor, als hätte ich spezielle „Antennen“ für Ungerechtigkeiten.	1	2	3	4	5	6
Es macht mich stärker betroffen als die meisten anderen Leute, wenn ich Ungerechtigkeiten beobachte.	1	2	3	4	5	6

Trifft dies für Sie zu?

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

	stimmt überhaupt nicht				trifft genau zu	
	1	2	3	4	5	6
Wenn es sich lohnt, etwas anzufangen, lohnt es sich meist auch, es zu beenden.	1	2	3	4	5	6
Ich gehöre zu der Art von Menschen, auf die andere sich verlassen können.	1	2	3	4	5	6
Ich erledige meine Aufgaben im Allgemeinen so gut ich kann.	1	2	3	4	5	6
Wenn ein Fremder auf meine Unterstützung angewiesen ist, versuche ich, sie ihm zu geben.	1	2	3	4	5	6
Wenn jemand davon abhängig ist, dass ich für ihn einspringe, zögere ich nicht.	1	2	3	4	5	6
Ich würde einen Freund nicht im Stich lassen, wenn er von mir Hilfe erwartet.	1	2	3	4	5	6
Wichtige Angelegenheiten gehen vor, auch wenn die Freizeit lockt.	1	2	3	4	5	6
Wenn man mir eine Aufgabe stellt, erledige ich sie selbst dann, wenn ich mir interessantere Aufgaben vorstellen könnte.	1	2	3	4	5	6

Welche Einstellungen haben Sie?

Im Folgenden ist eine Anzahl von Behauptungen aufgeführt, die persönliche Eigenschaften und Einstellungen betreffen. Lesen Sie bitte jeden Satz, und bestimmen Sie, ob die Behauptung auf Sie persönlich zutrifft oder nicht. Kreuzen Sie bitte jeweils „richtig“ oder „falsch“ an.

	Richtig	falsch
Eigene Fehler gebe ich stets offen zu und ertrage gelassen etwaige negative Konsequenzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Straßenverkehr nehme ich stets Rücksicht auf die anderen Verkehrsteilnehmer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich akzeptiere alle anderen Meinungen, auch wenn sie mit meiner eigenen nicht übereinstimmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Wut oder schlechte Laune lasse ich hin und wieder an unschuldigen oder schwächeren Leuten aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe schon einmal jemanden ausgenutzt oder übers Ohr gehauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einem Gespräch lasse ich den anderen stets ausreden und höre ihm aufmerksam zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich zögere niemals, jemandem in einer Notlage beizustehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich etwas versprochen habe, halte ich es ohne Wenn und Aber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lästere gelegentlich über andere hinter deren Rücken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde niemals auf Kosten der Allgemeinheit leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bleibe immer freundlich und zuvorkommend anderen Leuten gegenüber, auch wenn ich selbst gestresst bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Streit bleibe ich stets sachlich und objektiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe schon einmal geliehene Sachen nicht zurückgegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich ernähre mich stets gesund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einige Angaben zu Ihrer Person

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Angaben zu Ihrer Person, die für die Auswertung des Fragebogens hilfreich sind. Einige dieser Fragen mögen Sie als sehr persönlich empfinden. Sie können sicher sein, dass Ihre Angaben - wie der gesamte Fragebogen - streng vertraulich behandelt und zu rein wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden. Sollten Sie die eine oder andere Frage trotzdem nicht beantworten wollen, so steht Ihnen dies selbstverständlich frei.

Bitte beteiligen Sie sich dennoch an der Erhebung und senden Sie in diesem Fall einfach den unvollständig ausgefüllten Fragebogen zurück.

1. Ihr Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
2. Ihr Alter:	_____ Jahre	
3. Sind Sie verheiratet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
4. Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ja, im Alter von _____ Jahren	
5. Welchen Schulabschluss haben Sie?	_____	
6. Welchen Beruf üben Sie aus?	_____	
7. Sind Sie selbst krankenversichert oder familienversichert (z.B. als Ehefrau, als Kind)?	<input type="checkbox"/> selbst versichert	<input type="checkbox"/> familienversichert
→ <u>Wenn Sie <i>selbst versichert</i> sind:</u>		
Wie hoch ist Ihr monatlicher Krankenversicherungsbeitrag?	€ _____	
8. Wie hoch, schätzen Sie, waren die Kosten für Gesundheitsleistungen für Sie selbst bzw. gegebenenfalls für Sie selbst und Mitversicherte im letzten Jahr?	ungefähr € _____	
9. Sind Sie selbst oder Familienangehörige bei einer Krankenversicherung beschäftigt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
10. Bei welcher Krankenversicherung sind Sie versichert?	_____	
☞ <u>Wenn Sie <i>gesetzlich</i> krankenversichert sind:</u>		
11. Haben Sie private Zusatzversicherungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, nämlich _____
12. Wie schätzen Sie die finanziellen Mittel in Ihrem Haushalt ein?		
→ Bitte geben Sie auf der Skala von 1 = „äußerst knapp“ bis 6 = „mehr als genug“ ein. (Falls Ihnen die Beantwortung dieser Frage zu persönlich erscheint, überspringen Sie diese bitte einfach.)	äußerst knapp	mehr als genug
	1 2 3 4 5 6	

13. Wie ist Ihr Gesundheitszustand?

1 = „stimmt überhaupt nicht“ ... 6 = „trifft genau zu“

	stimmt überhaupt nicht					trifft genau zu
Mein Gesundheitszustand ist insgesamt gut.	1	2	3	4	5	6
Meine Familienmitglieder sind weitgehend gesund.	1	2	3	4	5	6
Ich leide unter einer chronischen Krankheit.	1	2	3	4	5	6
In meiner Familie gibt es mindestens ein Mitglied, das unter einer chronischen Krankheit leidet.	1	2	3	4	5	6
Ich habe ein vergleichsweise hohes Erkrankungsrisiko (z.B. beeinflusst durch Extremsportarten, Krankheiten in der Familie, o.ä.).	1	2	3	4	5	6
Eine Person (oder mehrere Personen) in meiner Familie hat (haben) ein vergleichsweise hohes Erkrankungsrisiko.	1	2	3	4	5	6
Ich würde mich selbst als krankheitsanfällig bezeichnen.	1	2	3	4	5	6
Ich würde von mir sagen: „Ich bin gesund“.	1	2	3	4	5	6

14. Wie wahrscheinlich ist es, dass eine (durchschnittliche) Person Ihres Alters und Geschlechts an einer schweren Krankheit erkrankt? → Bitte schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit auf der Skala von 1 = „völlig unwahrscheinlich“ bis 6 = „garantiert“ ein.	völlig un- wahrscheinlich					garantiert
	1	2	3	4	5	6
15. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie selbst an einer schweren Krankheit erkranken?	völlig un- wahrscheinlich					garantiert
	1	2	3	4	5	6
16. Rauchen Sie? → Bitte schätzen Sie Ihre Rauchgewohnheiten auf der Skala von 1 = „Ich rauche nie“ bis 6 = „Ich rauche sehr viel“ ein.	nie					sehr viel
	1	2	3	4	5	6
17. Hatten Sie in der Vergangenheit schwere Erkrankungen oder Verletzungen? → Bitte geben Sie auf der Skala von 1 = „Ich hatte nie eine schwere Erkrankung“ bis 6 = „Ich hatte sehr viele schwere Erkrankungen“ ein.	nie					sehr viele
	1	2	3	4	5	6
18. Wie häufig waren Sie bisher wegen einer eigenen Krankheit oder Verletzung im Krankenhaus? → Bitte geben Sie auf der Skala von 1 = „Ich war noch nie“ bis 6 = „Ich war schon sehr häufig im Krankenhaus“ ein.	nie					sehr häufig
	1	2	3	4	5	6
19. Sind Sie Mitglied in einer Selbsthilfegruppe oder in einem Verband, der sich für Gesundheitsförderung engagiert? (z.B. Deutsche Ileostomie-Colostomie-Urostomie-Vereinigung e.V. (ILCO), MS Selbsthilfe, Bundesarbeitsgemeinschaft für Verbraucherfragen im Gesundheitswesen, Deutsche aids-Hilfe e.V., Dialysepatienten Deutschlands e.V., Arbeitskreis Down-Syndrom e.V., Deutsche Kinderkrebsstiftung, usw.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ _____ _____					

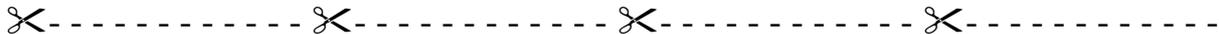


Sie haben es geschafft:
Der Fragebogen ist hier zu Ende.
**Wir möchten uns nochmals für Ihre Mitarbeit
bedanken!**

Haben Sie Anmerkungen oder Kommentare?

Bitte nutzen Sie diese Seite (oder die Rückseite) des Fragebogens, wenn Sie weitere Anmerkungen zum Gesundheitssystem haben. Jeder Kommentar ist wertvoll für uns. Vielen Dank!

Bitte hier abtrennen!



Sie haben die Möglichkeit, Ihre Adresse anzugeben:

Wenn Sie Interesse an den Ergebnissen der Fragebogenumfrage haben und/ oder wenn Sie sich vorstellen könnten, an weiteren Fragebogenerhebungen unseres Instituts teilzunehmen, bitten wir Sie, Entsprechendes anzukreuzen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben getrennt von Ihren Antworten gespeichert - Ihre Anonymität wird vollständig gewahrt. Wir versichern Ihnen, Ihre Angaben nicht an Dritte weiter zu geben und nur zu dem genannten Zweck zu verwenden.

- Ich möchte über die Ergebnisse der Studie informiert werden.
- Ich möchte an weiteren Studien teilnehmen.

Name/ Vorname: _____

Straße/ Hausnummer: _____

Postleitzahl/ Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Anhang B: Summative Tabellen der Item- und Skalenanalysen

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle B-1:	Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen ($N_{\text{Gesamt}} = 484$)	B-1
Tabelle B-2:	Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „online“ ($N_{\text{online}} = 281$).....	B-18
Tabelle B-3:	Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „Papier und Bleistift“ ($N_{\text{Papier}} = 203$)	B-29

Tabelle B-1: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen ($N_{\text{Gesamt}} = 484$)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{\text{ttc}}(\mathbf{G})$	$r_{\text{ttc}}(\mathbf{S})$	$r_{\text{(it)}}$	AM	SD
Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (Selbstbild) (ENGAPOL)	engfai1-5	.74	.59	.62	-	4.08	0.98
	Für ein gerechtes Gesundheitssystem: Selbst bereit, Interessenvereinigungen beizutreten oder zu gründen (engfai4)				.60	3.11	1.50
	Selbst bereit, öffentliche Diskussionen über Verbesserungsmaßnahmen anzuregen (engfai2)				.54	3.41	1.47
	Selbst bereit, sich umfassend zu informieren (engfai1)				.51	4.86	1.16
	Selbst bereit, Aufrufe an Politiker zu unterschreiben (engfai3)				.53	4.36	1.49
	Selbst bereit, durch die Wahl entsprechender Parteien Einfluss zu nehmen (engfai5)				.33	4.71	1.35
Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen (Selbstbild) (ENGZAHL)	engfai8-9	$r = .55$	-	-	-	4.00	1.28
	Für ein gerechtes Gesundheitssystem: Selbst bereit, für bestimmte Gesundheitsleistungen selbst aufzukommen (engfai9)				-	4.04	1.37
	Selbst bereit, zusätzliche private Versicherungen abzuschließen (engfai8)				-	3.93	1.54
Bereitschaft, für ein gerechtes System auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (Selbstbild) (ENGVERZ) (Einzelitem)	engfai6						
	Für ein gerechtes Gesundheitssystem: Selbst bereit, auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (engfai6)				-	2.86	1.42
Bereitschaft, für ein gerechtes Gesundheitssystem höhere Beiträge zu zahlen (Selbstbild) (ENGBEITR) (Einzelitem)	engfai7						
	Für ein gerechtes Gesundheitssystem: Selbst bereit, höhere Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen (engfai7)				-	3.01	1.39

Lösung für $361 \leq N \leq 366$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 2 Faktoren (Faktor 2 gesplittet); aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 33.96\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 2.52, 2.09, 1.07, 0.99

Fortsetzung Tabelle B-1: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen ($N_{\text{Gesamt}} = 484$)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{\text{ttc}}(\mathbf{G})$	$r_{\text{ttc}}(\mathbf{S})$	$r_{\text{(it)}}$	AM	SD	
Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem (Selbstbild) (ENGAEI)	engei2-6	.85	.79	.84	-	3.28	1.21	
	Für eigene Interessen im Gesundheitssystem:							
	Selbst bereit, Unterschriften gegen erhöhte Zahlungen zu sammeln (engei3)					.78	2.97	1.55
	Selbst bereit, an Kundgebungen gegen höhere Kosten teilzunehmen (engei2)					.71	2.91	1.55
	Selbst bereit, an Interessenvereinigungen teilzunehmen oder zu gründen (engei6)					.65	2.87	1.44
	Selbst bereit, entsprechende Aufrufe an Politiker zu unterschreiben (engei4)					.61	3.91	1.62
Selbst bereit, die Öffentlichkeit auf Missstände im Gesundheitssystem aufmerksam zu machen (engei5)					.55	3.80	1.51	
Bereitschaft, sich über mögliche niedrigere Zahlungen zu informieren (Selbstbild) (ENGINF)	engei1, 7	$r = .37$	-	-	-	4.51	1.18	
	Für eigene Interessen im Gesundheitssystem:							
	Selbst bereit, sich zu informieren, wie z.B. höhere Zahlungen umgangen werden können (engei1)					-	4.57	1.37
Selbst bereit, Informationen über günstigere Krankenversicherungen einzuholen und gegebenenfalls zu wechseln (engei7)					-	4.49	1.46	
Lösung für $365 \leq N \leq 368$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 51.33\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.29, 1.24, 0.75								
Politisches Engagement im Gesundheitssystem (Selbstbild) (VERHALT)	verhalt1-6	.81	.80	.80	-	3.39	1.11	
	Engagement in Diskussionen mit Freunden und Bekannten für eine gerechtere Verteilung bei der Gesundheitsversorgung (verhalt1)					.60	4.19	1.49
	Öffentliches Engagement gegen Missstände im Gesundheitssystem (verhalt5)					.61	2.95	1.76
	Diskussionen mit Freunden und Bekannten über das Gesundheitssystem (verhalt2)					.58	4.54	1.35
	Engagement im Gespräch mit Personen der Gesundheitsfürsorge über Veränderungen im Gesundheitssystem (verhalt4)					.55	3.60	1.66
	Politisches Engagement gegen Einsparungen im Gesundheitssystem (verhalt3)					.53	2.28	1.52
	Engagement gegen höhere Beiträge und Zuzahlungen für Bürgerinnen und Bürger (verhalt6)					.53	2.77	1.58
Lösung für $366 \leq N \leq 370$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 41.30\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.06, 0.96								

Fortsetzung Tabelle B-1: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen ($N_{\text{Gesamt}} = 484$)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{\text{ttc}}(\mathbf{G})$	$r_{\text{ttc}}(\mathbf{S})$	$r_{(\text{it})}$	AM	SD
Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (Fremdbild) (MEHRPOL)	mehrfai1-5 Für ein gerechtes Gesundheitssystem:	.75	.66	.70	-	3.28	0.91
	Mehrzahl der Deutschen bereit, öffentliche Diskussionen über Verbesserungsmaßnahmen anzuregen (mehrfai2)				.63	2.74	1.12
	Mehrzahl der Deutschen bereit, entsprechende Aufrufe an Politiker zu unterschreiben (mehrfai3)				.58	3.66	1.40
	Mehrzahl der Deutschen bereit, Interessenvereinigungen beizutreten oder zu gründen (mehrfai4)				.56	2.53	1.10
	Mehrzahl der Deutschen bereit, sich umfassend zu informieren (mehrfai1)				.46	3.51	1.30
	Mehrzahl der Deutschen bereit, durch die Wahl entsprechender Parteien Einfluss zu nehmen (mehrfai5)				.40	3.96	1.39
Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen (Fremdbild) (MEHRZAHL)	mehrfai8-9 Für ein gerechtes Gesundheitssystem:	$r = .60$	-	-	-	3.06	1.15
	Mehrzahl der Deutschen bereit, für bestimmte Gesundheitsleistungen selbst aufzukommen (mehrfai9)				-	2.92	1.32
	Mehrzahl der Deutschen bereit, zusätzliche private Versicherungen abzuschließen (mehrfai8)				-	2.09	1.12
Bereitschaft, für ein gerechtes System auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (Fremdbild) (MEHRVERZ)	mehrfai6 Mehrzahl der Deutschen bereit, auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (mehrfai6)				-	1.97	1.03
	mehrfai7 Mehrzahl der Deutschen bereit, höhere Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen (mehrfai7)				-	2.09	1.12

Lösung für $361 \leq N \leq 364$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 (gesplittete Lösung); aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 43.83\%$;
Verlauf der Eigenwerte λ : 3.12, 1.87, 0.89

Fortsetzung Tabelle B-1: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen ($N_{\text{Gesamt}} = 484$)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{\text{ttc}}(\text{G})$	$r_{\text{ttc}}(\text{S})$	$r_{\text{(it)}}$	AM	SD
Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem (Fremdbild) (MEHREI)	mehrei2-6 Für eigene Interessen im Gesundheitssystem:	.87	.83	.88	-	3.27	1.07
	Mehrzahl der Deutschen bereit, Unterschriften gegen erhöhte Kosten zu sammeln (mehrei3)				.80	3.40	1.38
	Mehrzahl der Deutschen bereit, an Kundgebungen gegen höhere Kosten teilzunehmen (mehrei2)				.75	3.19	1.35
	Mehrzahl der Deutschen bereit, die Öffentlichkeit auf Missstände im Gesundheitssystem aufmerksam zu machen (mehrei5)				.68	3.15	1.21
	Mehrzahl der Deutschen bereit, an Interessenvereinigungen teilzunehmen oder zu gründen (mehrei6)				.66	2.71	1.17
	Mehrzahl der Deutschen bereit, entsprechende Aufrufe an Politiker zu unterschreiben (mehrei4)				.64	3.87	1.37
Bereitschaft, sich über mögliche niedrigere Zahlungen zu informieren (Fremdbild) (MEHRINF)	mehrei1, 7 Für eigene Interessen im Gesundheitssystem:	$r = .44$	-	-	-	4.49	1.03
	Mehrzahl der Deutschen bereit, Informationen über günstigere Krankenversicherungen einzuholen und gegebenenfalls zu wechseln (mehrei7)				-	4.61	1.18
	Mehrzahl der Deutschen bereit, Informationen einzuholen, wie z.B. höhere Zahlungen umgangen werden können (mehrei1)				-	4.38	1.22
Lösung für $362 \leq N \leq 364$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 55.05\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.65, 1.14, 0.73							
Wahrgenommene Gesamtfairness des Gesundheitssystems (GESFAIR) (Einzelitem)	Insgesamt ist das deutsche Gesundheitssystem fair (fair1)				-	3.19	1.27
Wahrgenommene Gesamtfairness des Solidarsystems (SOLFAIR) (Einzelitem)	Insgesamt ist das Solidarprinzip des Gesundheitssystems fair (fair2)				-	3.61	1.40
Wahrgenommene wirtschaftliche Effizienz des Gesundheitssystems (GESEFF) (Einzelitem)	Insgesamt ist das deutsche Gesundheitssystem wirtschaftlich effizient (effi1)				-	2.14	1.00
Wahrgenommene wirtschaftliche Effizienz des Solidarsystems (SOLEFF) (Einzelitem)	Insgesamt ist das Solidarprinzip des Gesundheitssystems wirtschaftlich effizient (effi2)				-	2.69	1.22

Fortsetzung Tabelle B-1: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen ($N_{\text{Gesamt}} = 484$)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{\text{ttc}}(\text{G})$	$r_{\text{ttc}}(\text{S})$	$r_{\text{(it)}}$	AM	SD
Gesamtzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem (GSGUT)	bewert1, 3, 4	.74	.53	.65	-	2.84	0.98
	Insgesamt bin ich mit dem derzeitigen deutschen Gesundheitssystem zufrieden (bewert1)				.63	3.08	1.24
	Insgesamt finde ich das derzeitige deutsche Gesundheitssystem gut (bewert4)				.61	3.21	1.28
	Ich denke, dass Gelder im derzeitigen deutschen Gesundheitssystem effizient genutzt werden (bewert3)				.46	2.18	1.09
Wahrgenommene Reformbedürftigkeit des Gesundheitssystems (GSREFORM)	bewert2, bewert5	$r = .40$	-	-	-	4.81	1.05
	Ich finde, im derzeitigen deutschen Gesundheitssystem werden Gelder oft sinnlos verschwendet (bewert5)				-	4.81	1.30
	Meiner Meinung nach ist das derzeitige deutsche Gesundheitssystem dringend reformbedürftig (bewert2)				-	4.81	1.21
Lösung für $373 \leq N \leq 374$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 51.33\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 2.41, 1.01, 0.71							
Eigene Interessen in der Gesundheitsversorgung (EIGEN)	eigen2-5	.60	.66	.66	-	2.97	1.02
	Für mich gilt: so wenig wie möglich einzahlen, so viel Gesundheitsleistungen wie möglich bekommen (eigen3)				.47	2.83	1.57
	Im Gesundheitssystem sind mir meine Interessen wichtiger als Nachteile, die andere dadurch vielleicht haben könnten (eigen4)				.46	2.60	1.28
	So viel wie möglich vom Gesundheitssystem zu profitieren, ist für mich unwichtig (eigen5) (rekodiert)				.29	3.99	1.65
	Mir ist ausschließlich eine optimale Gesundheitsversorgung meiner eigenen Person wichtig, egal wie viel es die Krankenversicherung kostet (eigen2)				.31	3.44	1.56
Eigennützige Wahl KV-finanzierter Leistungen (WAHLEI)	eigen1, 6	$r = .42$	-	-	-	2.72	1.27
	Gesundheitsleistungen, die meine Krankenversicherung nicht übernimmt, zahle ich selbstverständlich aus eigener Tasche (eigen1) (rekodiert)				-	4.21	1.47
	Ich nehme grundsätzlich nur Gesundheitsleistungen in Anspruch, die meine Krankenversicherung übernimmt (eigen6)				-	2.64	1.49
Lösung für $394 \leq N \leq 398$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 35.96\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 2.00, 1.58, 0.96							

Fortsetzung Tabelle B-1: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen ($N_{\text{Gesamt}} = 484$)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{\text{ttc(G)}}$	$r_{\text{ttc(S)}}$	$r_{\text{(it)}}$	AM	SD
Verteilung von Gesundheitsleistungen nach dem Bedürftigkeitsprinzip (BEDARF)	just2-4	.67	.50	.66	-	5.14	0.94
	Gerecht ist, wenn allein die Krankheit über Art und Umfang von Gesundheitsleistungen bestimmt (und nicht z.B. Vermögen, Alter, usw.) (just3)				.54	5.12	1.22
	Gerecht ist, wenn alle Bürger und Bürgerinnen, egal in welcher persönlichen finanziellen Situation, die gleichen Gesundheitsleistungen bekommen (just2)				.49	4.92	1.44
	Gerecht ist, wenn all diejenigen Kranken, die wirklich Hilfe benötigen, diese unter allen denkbaren Bedingungen auch bekommen (just4)				.47	5.36	0.95
Zukünftige Versorgungssicherheit (ZUKUNFT)	just7, just9	$r = .37$	-	-	-	4.92	0.92
	Gerecht ist, wenn das Gesundheitssystem in Zukunft verlässlich ist, auch wenn dies höhere Kosten bedeutet (just7)				-	4.50	1.25
	Gerecht ist, wenn für zukünftige Generationen eine sichere Gesundheitsversorgung gewährleistet ist (just9)				-	5.31	0.96
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Gleichheitsprinzip (ZAHLGLEI) (Einzelrestitem)	Gerecht ist, wenn <i>alle</i> Bürger und Bürgerinnen gleich behandelt werden und den <i>gleichen</i> Beitrag in die Krankenversicherung einzahlen (just5)				-	2.73	1.71
Verteilung der Beitrags-zahlungen nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip (ZAHLLEIS) (Einzelrestitem)	Gerecht ist, wenn Bürger und Bürgerinnen mit höherem Einkommen mehr in die Krankenversicherung einzahlen als finanziell Schwächere (just1)				-	4.89	1.41
Verteilung von Zahlungen und Leistungen nach dem Equityprinzip (EQUITY)	just6, just8	$r = .40$	-	-	-	2.78	1.18
	Gerecht ist, wenn sich Gesundheitsleistungen an der Höhe der gezahlten Beiträge orientieren (just8)				-	1.98	1.28
	Gerecht ist, wenn Bürger und Bürgerinnen, die mehr Gesundheitsleistungen benötigen, höhere Beiträge in die Krankenversicherung einzahlen (just6)				-	2.76	1.53
Eine Versicherung für alle Bürger (EINEVER) (Einzelrestitem)	Gerecht ist, wenn alle Bürger und Bürgerinnen ihren Beitrag in eine Versicherung einzahlen (just10)				-	4.14	1.79

Lösung für $385 \leq N \leq 390$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 39.83\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 2.65, 1.57, 1.07, 1.01, 0.92

Fortsetzung Tabelle B-1: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen ($N_{\text{Gesamt}} = 484$)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{\text{ttc}}(\text{G})$	$r_{\text{ttc}}(\text{S})$	$r_{\text{(it)}}$	AM	SD
Grundlegendes Recht auf Gesundheitsversorgung (ANSPRUCH)	anspr1-6	.77	.74	.77	-	4.10	0.97
	Es ist Sache des Staates, für jeden Bürger die medizinische Versorgung zu sichern (anspr6)				.60	3.66	1.61
	Es ist selbstverständlich, dass der Staat für die Gesundheitsfürsorge jedes einzelnen Bürgers zuständig ist (anspr4)				.57	3.15	1.57
	Vorkehrungen für eine medizinische Versorgung bzw. für eine Absicherung im Krankheitsfall zu treffen, ist Angelegenheit jedes einzelnen Bürgers (anspr5) (rekodiert)				.59	3.72	1.56
	Jeder Bürger muss sich selbst um eine medizinische Versorgung bzw. Absicherung im Krankheitsfall kümmern (anspr2) (rekodiert)				.52	3.14	1.61
	Es ist das gute Recht eines jeden Bürgers, im Krankheitsfall volle medizinische Versorgung zu bekommen (anspr1)				.43	5.33	1.09
	Jedem Bürger steht zu, Gesundheitsleistungen zu bekommen, die zur Behandlung notwendig sind (anspr3)				.43	5.36	0.95
<u>Alternativ gesplittet:</u>							
Staat ist zuständig für Gesundheitsversorgung (ANSPRSTA)	anspr4,6	$r = .62$				3.43	1.45
Jeder einzelne Bürger ist zuständig für Gesundheitsversorgung (ANSPRBU)	anspr2,5	$r = .63$				3.36	1.44
Jeder hat ein Recht auf Gesundheitsversorgung (ANSPRVER)	anspr1,3	$r = .69$				5.36	.91
Lösung für $387 \leq N \leq 389$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 1 Faktor; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 37.05\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 2.84, 1.28, 0.84							
Bedeutung von Einfachheit des Gesundheitswesens (EINFACH)	soll3,4,8	.64	.58	.63	-	5.54	0.65
	Das Gesundheitssystem sollte für alle transparent und einfach zu verstehen sein (soll4) (TRANSPA)				.63	5.70	0.66
	Das Gesundheitssystem sollte so einfach sein, dass sich jeder damit auskennt (soll8) (SYSEINF)				.44	5.42	0.94
	Patienten sollten über entstandene Kosten routinemäßig und in allen Details informiert werden (soll3) (KOSTRAN)				.34	5.48	0.93

Fortsetzung Tabelle B-1: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen ($N_{\text{Gesamt}} = 484$)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{\text{ttc}}(\text{G})$	$r_{\text{ttc}}(\text{S})$	$r_{\text{(it)}}$	AM	SD
Bedeutung von Mitspracherechten in der Gesundheitsversorgung (MITSPRA)	soll1,6	$r = .65$	-	-	-	4.75	1.14
	Patienten sollten mehr Mitspracherechte haben (soll1)				-	4.66	1.33
	Versicherte sollten mehr Möglichkeiten haben, mit zu entscheiden (soll6)				-	4.83	1.18
Bedeutung alternativer Ansätze im Gesundheitssystem (ALTERNAT)	soll5, 7, 10	.56	.48	.56	-	5.26	0.78
	Maßnahmen, die Krankheiten vorbeugen, sollten den gleichen Stellenwert haben wie die Behandlung von Krankheiten (soll10) (PRAEV)				.37	5.27	1.00
	Die Behandlung psychischer Erkrankungen sollte den gleichen Stellenwert haben wie körperliche Krankheiten (soll5) (PSYCH)				.36	5.37	0.99
	Wirksame alternative Heilansätze (z.B. Akupunktur) sollten ebenso anerkannt sein wie die westliche Schulmedizin (soll7) (ALTHEIL)				.40	5.14	1.20
Lösung für $383 \leq N \leq 385$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 1 Faktor; gesplittete Lösung bestätigt durch Hauptkomponentenanalyse; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 22.32\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.00, 1.36, 1.19, 1.01, 0.83							
Negative Bewertung von Zusatzzahlungen (SYSNEG)	kogn2, 11	$r = .59$	-	-	-	3.95	1.43
	Ich denke, dass Zusatzzahlungen (z.B. bei Arztbesuchen die sog. „Praxisgebühr“, bei Medikamenten, usw.) unerträgliche finanzielle Belastungen für einzelne Bürger und Bürgerinnen bedeuten (kogn11)				-	3.81	1.70
	Ich denke, dass erhöhte Kosten für die Gesundheitsfürsorge unzumutbare finanzielle Belastungen für einzelne Bürger und Bürgerinnen bedeuten (kogn2)				-	4.06	1.51
Wertschätzung des gesetzlichen Versicherungssystems (SYSGUT)	kogn1, 6, 7, 9	.70	.67	.67	-	3.65	0.97
	Ich denke, dass jeder Kranke in Deutschland sehr gut versorgt wird (kogn9)				.60	3.49	1.36
	Ich denke, dass das Gesundheitssystem Schutz und Sicherheit bei Krankheiten bietet (kogn6)				.52	4.06	1.31
	Ich denke, dass das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich sehr gut abschneidet (kogn1)				.38	4.02	1.30
Missbrauch im Gesundheitssystem (SYSMISS) (Einzelrestitem)	Ich denke, dass die Leistungen des Gesundheitssystems durch Betrug missbraucht werden (z.B. durch Ärzte, durch Versicherte, durch Apotheker, usw.) (kogn8)				-	4.26	1.36
Lösung für $412 \leq N \leq 414$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 35.26\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 2.72, 1.62, 1.32, 0.94							

Fortsetzung Tabelle B-1: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen ($N_{\text{Gesamt}} = 484$)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{\text{ttc}}(\mathbf{G})$	$r_{\text{ttc}}(\mathbf{S})$	$r_{\text{(it)}}$	AM	SD
Wahrgenommene Ungerechtigkeiten (UNJUST)	unjust1-5	.86	.87	.89	-	4.30	1.09
	Es ist ungerecht,...						
	dass „Schmarotzer des Gesundheitssystems“ ungestraft davon kommen (unjust5)				.74	4.46	1.40
	dass Personen, die das Gesundheitssystem ausnutzen, unbestraft bleiben (unjust3)				.70	4.57	1.29
	dass manche Versicherte durch Verzichte der anderen profitieren (unjust2)				.68	3.95	1.42
	dass Vorteile für manche Krankenversicherte dadurch entstehen, dass sie selbst alle Gesundheitsleistungen ausnutzen und andere Versicherte auf Gesundheitsleistungen verzichten (unjust4)				.67	3.90	1.39
	dass einige Versicherte verantwortungsvoll mit den Geldern der Solidargemeinschaft umgehen, die meisten anderen jedoch für sich alles aus dem System „rausholen“ (unjust1)				.60	4.53	1.30
Lösung für $392 \leq N \leq 396$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 55.46\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.21, 0.68							
Wahrgenommene Konflikte im Gesundheitssystem (KONFLIKT)	konflik1-8	.85	.74	.74	-	4.31	1.01
	Konflikte zwischen Rentnern und Nicht-Rentnern (konflik6)				.71	3.80	1.50
	Konflikte zwischen Kranken und Gesunden (konflik3)				.67	4.04	1.53
	Konflikte zwischen Jung und Alt (konflik5)				.63	4.10	1.47
	Konflikte zwischen Arbeitnehmern und Arbeitslosen (konflik7)				.59	4.21	1.49
	Konflikte zwischen Beamten und Nicht-Beamten (konflik4)				.58	4.37	1.50
	Konflikte zwischen Reichen und Armen (konflik2)				.55	4.79	1.27
	Konflikte zwischen gesetzlich und privat Krankenversicherten (konflik1)				.55	4.37	1.46
	Konflikte zwischen Versicherten, die schonend mit den knappen Mitteln umgehen und solchen, die Versicherungen ausbeuten (konflik8)				.39	4.85	1.23
Lösung für $381 \leq N \leq 383$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 1 Faktor; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 41.88\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.90, 1.17, 0.84							

Fortsetzung Tabelle B-1: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen ($N_{\text{Gesamt}} = 484$)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{\text{ttc(G)}}$	$r_{\text{ttc(S)}}$	$r_{\text{(it)}}$	AM	SD
Bedeutung der GKV als Ausdruck des Solidarprinzips (KVBEDEUT)	gkv2-7	.83	.80	.80	-	4.52	1.06
	GKV ist ein Zeichen der Solidargemeinschaft (gkv5)				.75	4.75	1.35
	GKV ist ein System, das ich aus Überzeugung unterstütze (gkv3)				.72	4.06	1.58
	GKV ist ein System, bei dem Stärkere Schwächere stützen (gkv4)				.69	4.63	1.30
	GKV ist eine gesellschaftliche Errungenschaft (gkv7)				.55	4.59	1.39
	GKV ist ein System, in dem Gesunde Kranke unterstützen (gkv2)				.47	4.60	1.31
	GKV ist ein notwendiges Übel, das gesetzlich vorgeschrieben ist (gkv6) (rekodiert)				.47	2.55	1.64
GKV als Absicherung im Krankheitsfall (KVABSICH) (Einzelrestitem)	GKV ist eine finanzielle Absicherung im eigenen Krankheitsfall (gkv1)				-	5.07	1.23
Lösung für $381 \leq N \leq 384$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 1 Faktor; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 41.70\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.39, 1.01, 0.96							
Ungerechtigkeitserleben in der Gesundheitsversorgung (UGERLEB)	erleb1-4	.91	.89	.90	-	2.42	1.26
	Häufig bekommen nur andere bestimmte Gesundheitsleistungen, die eigentlich auch mir zustehen (erleb4)				.83	2.16	1.30
	Anderen scheint es in der Gesundheitsversorgung häufig unverdient besser zu ergehen als mir (erleb3)				.81	2.32	1.33
	Häufig werde ich in der Gesundheitsversorgung schlechter behandelt als andere (z.B. längere Wartezeiten, Auswahl der Behandlungsmethoden, usw.) (erleb2)				.79	2.55	1.55
	Anderer scheinen häufig mehr oder bessere Gesundheitsleistungen zu bekommen als ich (z.B. Medikamente, Kuraufenthalte, usw.) (erleb1)				.74	2.66	1.49
Lösung für $381 \leq N \leq 384$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 71.41\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.14, 0.37							

Fortsetzung Tabelle B-1: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen ($N_{\text{Gesamt}} = 484$)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{\text{ttc(G)}}$	$r_{\text{ttc(S)}}$	$r_{\text{(it)}}$	AM	SD
Subjektiver Gewinner des gesetzlichen Versicherungssystems (GEWINN)	win1-3 Fühle mich als Gewinner,...	.67	.62	.67	-	1.88	0.94
	da ich im Vergleich zu anderen mehr medizinische Gesundheitsleistung in Anspruch nehme (win2)				.60	1.58	0.93
	da ich medizinische Versorgung bekomme, die höher ist als meine geleisteten Beiträge (win3)				.48	1.92	1.36
	da andere gesetzlich Versicherte mehr in die Gesetzliche Krankenversicherung einzahlen als ich (win1)				.41	2.15	1.32
Lösung für $291 \leq N \leq 293$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 36.20\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 1.98, 0.91							
Subjektiver Verlierer des gesetzlichen Versicherungssystems (VERLIER)	loose1-5 Fühle mich als Verlierer,...	.87	.82	.86	-	2.57	1.30
	da meine geleisteten Beiträge höher sind als die medizinische Versorgung, die ich bekomme (loose5)				.79	2.66	1.70
	da andere gesetzlich Versicherte weit mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen als ich (loose1)				.73	2.70	1.70
	da ich weitgehend gesund bin und daher keine medizinische Versorgung benötige (loose3)				.66	3.00	1.70
	da ich im Vergleich zu anderen mehr in die Gesetzliche Krankenversicherung einzahle (loose2)				.64	2.38	1.50
	da ich durch meine Beiträge Versicherte unterstütze, die krank sind (loose4)				.65	2.15	1.40
Lösung für $290 \leq N \leq 292$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 57.25\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.27, 0.61							
Positiv erlebte Emotionen bezogen auf das Gesundheitssystem (EMOPOS)	emo2, 7, 9, 10 Wenn ich an die Gesundheitsversorgung und an das Gesundheitssystem insgesamt denke,...	.77	.69	.69	-	2.78	1.05
	dann bin ich ganz optimistisch (emo10)				.61	2.55	1.31
	dann fühle ich mich sicher (emo9) (SICHER)				.59	3.42	1.33
	dann empfinde ich Stolz (emo2)				.64	2.45	1.32
	dann empfinde ich vor allem Dankbarkeit (emo7)				.47	2.77	1.46

Fortsetzung Tabelle B-1: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen ($N_{\text{Gesamt}} = 484$)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{\text{ttc}}(\text{G})$	$r_{\text{ttc}}(\text{S})$	$r_{\text{(it)}}$	AM	SD
Negativ erlebte Emotionen bezogen auf das Gesundheitssystem (EMONEG)	emo1, emo3, emo5, emo8 Wenn ich an die Gesundheitsversorgung und an das Gesundheitssystem insgesamt denke,...	.75	.77	.77	-	3.70	1.21
	dann ärgere ich mich (emo5) (AERGER)				.64	3.99	1.55
	dann bin ich empört (emo1) (EMPOER)				.62	3.42	1.60
	dann fühle ich mich ausgeliefert (emo8) (AUSGEL)				.49	3.22	1.69
	dann bin ich äußerst pessimistisch (emo3)				.46	3.92	1.46
Lösung für $370 \leq N \leq 373$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 1 Faktor, gesplittet; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 30.24\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.63, 1.56, 0.89							
Attribution der Verursachung auf Institutionen (external) (VERUREX)	ursach4-8 Die derzeitige Situation im Gesundheitssystem...	.78	.70	.74	-	4.27	0.91
	ist verursacht durch das Vorgehen der Pharmaindustrie (ursach7)				.62	4.88	1.10
	ist verursacht durch das Verhalten der Ärzte (ursach4)				.61	3.93	1.28
	ist verursacht durch das Handeln der Kassenärztlichen Vereinigungen (ursach8)				.57	4.64	1.18
	ist verursacht durch die Gesetzlichen Krankenversicherungen (ursach5)				.52	4.23	1.21
	ist verursacht durch die Privaten Krankenversicherungen (ursach6)				.47	3.70	1.43
Attribution der Verursachung auf Gesetze des Staates (VERURSTA)	ursach9, ursach10 Die derzeitige Situation im Gesundheitssystem...	$r = .69$	-	-	-	4.72	1.03
	ist verursacht durch die Gesetze des Staates (ursach9)				-	4.66	1.09
	ist verursacht durch das Verhalten der Politiker (ursach10)				-	4.78	1.13

Fortsetzung Tabelle B-1: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen ($N_{\text{Gesamt}} = 484$)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{\text{ttc}}(\text{G})$	$r_{\text{ttc}}(\text{S})$	$r_{\text{(it)}}$	AM	SD
Attribution der Verursachung auf Bürger und Bürgergruppen (VERURBU)	ursach2, 3	$r = .57$	-	-	-	3.01	1.23
	Die derzeitige Situation im Gesundheitssystem... ist verursacht durch das Verhalten jedes einzelnen Bürgers (ursach2)					3.26	1.40
	ist verursacht durch das Verhalten aller Kranken, die Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen (ursach3)					2.76	1.39
Internale Attribution (VERUREGO) (Einzelrestitem)	Die derzeitige Situation im Gesundheitssystem ist verursacht durch mein eigenes Verhalten (ursach1)				-	1.51	0.81
Attribution der Verursachung auf veränderte Rahmenbedingungen (VERURKEI) (Einzelrestitem)	Die derzeitige Situation im Gesundheitssystem ist verursacht durch veränderte Rahmenbedingung (ursach11)				-	5.13	1.01
Lösung für $370 \leq N \leq 377$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 3 Faktoren; Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 45.61\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.14, 1.80, 1.41, 1.09, 0.81							
Einflussmöglichkeiten einzelner Bürger (EINFLBU)	change2-4	.72	.57	.70	-	4.08	1.15
	Einflussmöglichkeiten haben... jeder einzelne Bürger (change2)					3.75	1.50
	alle Kranken (change3)					3.89	1.57
	alle Ärzte (change4)					4.58	1.25
Einflussmöglichkeiten verschiedener Institutionen (extern) (EINFLEX)	change5-8	.75	.69	.69	-	4.96	0.85
	Einflussmöglichkeiten haben... die Kassenärztlichen Vereinigungen (change8)					4.99	1.13
	die Pharmaindustrie (change7)					5.17	1.04
	die Gesetzlichen Krankenversicherungen (change5)					5.16	.94
	die Privaten Krankenversicherungen (change6)					4.49	1.34
Einflussmöglichkeiten des Staates (EINFLSTA) (Einzelrestitem)	Einflussmöglichkeiten hat der Staat (change9)				-	5.29	0.97
Eigene Einflussmöglichkeiten (EINFLEGO) (Einzelrestitem)	Einflussmöglichkeiten habe ich selbst (change1)				-	3.32	1.54

Fortsetzung Tabelle B-1: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen ($N_{\text{Gesamt}} = 484$)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{\text{ttc}}(\text{G})$	$r_{\text{ttc}}(\text{S})$	$r_{(\text{it})}$	AM	SD
Keine menschliche Einflussmöglichkeit (EINFLKEI) (Einzelrestitem)	Einflussmöglichkeiten hat kein Mensch (change10)				-	2.72	1.54
Lösung für $363 \leq N \leq 372$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 2 Faktoren; Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 40.28\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.31, 1.70, 1.06, 0.93							
Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf verschiedene Institutionen (VERANEX)	verant4-8 Verantwortung für Veränderungen haben...	.86	.82	.85	-	4.80	0.97
	Gesetzliche Krankenversicherungen (verant5)				.75	4.98	1.07
	Kassenärztliche Vereinigungen (verant8)				.73	5.00	1.14
	Pharmaindustrie (verant7)				.70	4.88	1.25
	Private Krankenversicherungen (verant6)				.67	4.68	1.30
	Ärzte (verant4)				.55	4.47	1.28
Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf einzelne Bürger/ Bürgergruppen (VERANBU)	verant2-3 Verantwortung für Veränderungen haben...	$r = .68$	-	-	-	3.62	1.46
	jeder einzelne Bürger verantwortlich (verant2)				-	3.83	1.55
	alle Kranken verantwortlich (verant3)				-	3.39	1.62
Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf den Staat (VERANSTA) (Einzelrestitem)	Verantwortung für Veränderungen hat der Staat (verant9)				-	5.38	0.89
Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf sich selbst (VERANEGO) (Einzelrestitem)	Verantwortung für Veränderungen habe ich selbst (verant1)				-	3.53	1.55
Keine (menschliche) Verantwortlichkeit (VERANKEI) (Einzelrestitem)	Verantwortung für Veränderungen hat kein Mensch (verant10)				-	1.21	0.69
Lösung für $359 \leq N \leq 372$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 2 Faktoren; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 52.47\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 4.02, 1.89, 1.07, 0.89							

Fortsetzung Tabelle B-1: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen ($N_{\text{Gesamt}} = 484$)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{\text{ttc}}(\text{G})$	$r_{\text{ttc}}(\text{S})$	$r_{(\text{it})}$	AM	SD
Dispositionaler Eigennutz (EGO)	ego 1, 4, 5, 7, 9, 11-13	.78	.77	.78	-	3.20	0.82
	Es ist wichtig, schon den Kindern beizubringen, dass man eigene Interessen mit Nachdruck durchsetzen muss (ego11)				.56	3.21	1.30
	Wenn es etwas zu verteilen gibt, muss man selbst dafür sorgen, dass man möglichst gut wegkommt (ego4)				.53	3.50	1.36
	Man muss lernen „Nein“ zu sagen, wenn man von einem Vorschlag keine eigenen Vorteile hat (ego5)				.50	3.16	1.44
	Im Leben muss man auch dann seine eigenen Interessen verfolgen, wenn andere dadurch Nachteile haben (ego9)				.50	2.80	1.26
	Wenn man sich durch die Leistungen anderer selbst einen Vorteil verschaffen kann, darf man das auch ausnutzen (ego12)				.49	2.55	1.27
	Eine Lösung, bei der man die eigenen Interessen zurückstellen muss, ist keine gute Lösung (ego13)				.47	2.92	1.36
	Wer sich nicht genügend um seine eigenen Interessen kümmert, kommt am Ende meistens zu kurz (ego1)				.38	4.48	1.20
Man darf sich schon mal von Versprechen lösen, wenn man bemerkt, dass man selbst dadurch zu viele Nachteile hat (ego7)				.41	3.06	1.39	
Dispositionaler Altruismus (ALTER)	ego2, 3, 6, 10	.65	.60	.61	-	4.88	0.69
	Wenn es etwas zu verteilen gibt, ist es wichtig, dass auch Schwächere etwas bekommen (ego2)				.57	5.30	.73
	Eine Lösung kann auch gut sein, wenn die Interessen Schwächerer beachtet werden (ego3)				.53	5.23	.90
	Es ist immer entscheidend, dass Nachteile anderer irgendwie ausgeglichen werden (ego10)				.38	4.38	1.16
	Im Leben ist es wichtig, sich für andere einzusetzen, auch wenn man dadurch möglicherweise selbst Nachteile hat (ego6)				.32	4.59	1.05

Lösung für $363 \leq N \leq 369$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 2 Faktoren; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 32.81\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.39, 2.11, 1.13, 0.96

Fortsetzung Tabelle B-1: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen ($N_{\text{Gesamt}} = 484$)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{\text{ttc}}(\text{G})$	$r_{\text{ttc}}(\text{S})$	$r_{\text{(it)}}$	AM	SD
Dispositionale Ungerechtigkeitssensibilität (SENSJUST)	sensug1-5	.90	.83	.89	-	4.19	1.12
	Es macht mich stärker betroffen als die meisten anderen Leute, wenn ich Ungerechtigkeiten beobachte (sensug5)				.80	4.09	1.30
	Manchmal kommt es mir vor, als hätte ich spezielle „Antennen“ für Ungerechtigkeiten (sensug4)				.79	3.86	1.41
	Viele sagen mir, ich sei sehr feinfühlig für Ungerechtigkeit in der Welt (sensug2)				.78	4.07	1.41
	Ich ertrage es nur schwer, wenn jemand ungerecht behandelt wird (sensug3)				.72	4.58	1.14
	Ich reagiere auf ungerechte Situationen sensibler als andere (sensug1)				.70	4.28	1.33
Lösung für $366 \leq N \leq 369$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 65.35\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.61, 0.45							
Dispositionale soziale Verantwortung (SOZVER)	verantw2-8	.81	.81	.81	-	5.15	0.58
	Ich erledige meine Aufgaben im Allgemeinen so gut ich kann (verantw3)				.61	5.37	0.73
	Wenn jemand davon abhängig ist, dass ich für ihn einspringe, zögere ich nicht (verantw5)				.60	4.95	0.83
	Ich gehöre zu der Art von Menschen, auf die andere sich verlassen können (verantw2)				.54	5.21	0.81
	Ich würde einen Freund nicht im Stich lassen, wenn er von mir Hilfe erwartet (verantw6)				.55	5.55	0.62
	Wenn ein Fremder auf meine Unterstützung angewiesen ist, versuche ich, sie ihm zu geben (verantw4)				.54	5.07	0.82
	Wichtige Angelegenheiten gehen vor, auch wenn die Freizeit lockt (verantw7)				.56	5.10	0.95
	Wenn man mir eine Aufgabe stellt, erledige ich sie selbst dann, wenn ich mir interessantere Aufgaben vorstellen könnte (verantw8)				.53	4.82	1.05
Lösung für $368 \leq N \leq 370$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 36.24\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.51, 0.98							

Fortsetzung Tabelle B-1: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen ($N_{\text{Gesamt}} = 484$)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{\text{ttc}}(\text{G})$	$r_{\text{ttc}}(\text{S})$	$r_{\text{(it)}}$	AM	SD
Eigener Gesundheitszustand (GESUNEGO)	gesund1, gesund3, gesund5, gesund7, gesund8	.79	.78	.82	-	4.83	1.08
	Mein Gesundheitszustand ist insgesamt gut (gesund1)				.73	4.96	1.12
	Ich würde von mir sagen: „Ich bin gesund“ (gesund8)				.68	4.84	1.40
	Ich leide unter einer chronischen Krankheit (gesund3) (rekodiert)				.59	2.29	1.86
	Ich würde mich selbst als krankheitsanfällig bezeichnen (gesund7) (rekodiert)				.57	2.07	1.35
	Ich habe ein vergleichsweise hohes Erkrankungsrisiko (gesund5) (rekodiert)				.40	2.28	1.47
Gesundheitszustand Familie (GESUNFAM)	gesund2, gesund4, gesund6	.67	.65	.73	-	4.31	1.38
	In meiner Familie gibt es mindestens ein Mitglied, das unter einer chronischen Krankheit leidet (gesund4) (rekodiert)				.54	3.10	2.19
	Eine Person (oder mehrere Personen) in meiner Familie hat (haben) ein vergleichsweise hohes Erkrankungsrisiko (gesund6) (rekodiert)				.55	2.69	1.72
	Meine Familienmitglieder sind weitgehend gesund (gesund2)				.41	4.70	1.30
Lösung für $364 \leq N \leq 369$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 1 Faktor, gesplittet; Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 36.42\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.50, 1.38, 0.87							
Informationsgrad über das Gesundheitswesen (WISSEN)	wissen1-3	.72	.70	.76	-	4.21	1.06
	Ich kenne mich mit den Veränderungen im Gesundheitssystem seit 1. Januar 2004 gut aus (wissen3)				.59	3.69	1.43
	Eigentlich weiß ich wenig über das deutsche Gesundheitssystem (wissen2) (rekodiert)				.54	2.90	1.37
	Das Thema Gesundheitssystem interessiert mich sehr (wissen1)				.51	4.85	1.18
Lösung für $407 \leq N \leq 412$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 36.49\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 2.00, 0.95							

Tabelle B-2: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „online“ ($N_{\text{online}} = 281$)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{\text{ttc}}(\mathbf{G})$	$r_{\text{ttc}}(\mathbf{S})$	$r_{\text{(it)}}$	AM	SD
Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (Selbstbild) (ENGAPOL)	engfai1-5	.75	.77	.80	-	4.34	1.01
	Für ein gerechtes Gesundheitssystem: Selbst bereit, Interessenvereinigungen beizutreten oder zu gründen (engfai4)				.64	3.47	1.63
	Selbst bereit, öffentliche Diskussionen über Verbesserungsmaßnahmen anzuregen (engfai2)				.55	3.75	1.57
	Selbst bereit, sich umfassend zu informieren (engfai1)				.50	5.14	1.08
	Selbst bereit, Aufrufe an Politiker zu unterschreiben (engfai3)				.60	4.43	1.44
	Selbst bereit, durch die Wahl entsprechender Parteien Einfluss zu nehmen (engfai5)				.33	4.89	1.32
Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen (Selbstbild) (ENGZAHL)	engfai8-9	$r = .62$	-	-	-	3.88	1.41
	Für ein gerechtes Gesundheitssystem: Selbst bereit, für bestimmte Gesundheitsleistungen selbst aufzukommen (engfai9)				-	3.99	1.48
	Selbst bereit, zusätzliche private Versicherungen abzuschließen (engfai8)				-	3.76	1.66
Bereitschaft, für ein gerechtes System auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (Selbstbild) (ENGVERZ) (Einzelitem)	engfai6						
	Für ein gerechtes Gesundheitssystem: Selbst bereit, auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (engfai6)				-	3.00	1.51
Bereitschaft, für ein gerechtes Gesundheitssystem höhere Beiträge zu zahlen (Selbstbild) (ENGBEITR) (Einzelitem)	engfai7						
	Für ein gerechtes Gesundheitssystem: Selbst bereit, höhere Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen (engfai7)				-	3.01	1.48

Lösung für $198 \leq N \leq 200$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 2 Faktoren (Faktor 2 gesplittet); aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 36.58\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 2.64, 2.12, 1.12, 0.93

Fortsetzung Tabelle B-2: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „online“ ($N_{\text{online}} = 281$)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{\text{ttc}}(\mathbf{G})$	$r_{\text{ttc}}(\mathbf{S})$	$r_{\text{(it)}}$	AM	SD	
Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem (Selbstbild) (ENGAEI)	engei2-6	.88	.74	.79	-	3.42	1.33	
	Für eigene Interessen im Gesundheitssystem:							
	Selbst bereit, Unterschriften gegen erhöhte Zahlungen zu sammeln (engei3)					.82	3.00	1.63
	Selbst bereit, an Kundgebungen gegen höhere Kosten teilzunehmen (engei2)					.77	3.02	1.64
	Selbst bereit, an Interessenvereinigungen teilzunehmen oder zu gründen (engei6)					.71	3.16	1.61
	Selbst bereit, entsprechende Aufrufe an Politiker zu unterschreiben (engei4)					.68	3.88	1.68
Selbst bereit, die Öffentlichkeit auf Missstände im Gesundheitssystem aufmerksam zu machen (engei5)					.60	4.05	1.56	
Bereitschaft, sich über mögliche niedrigere Zahlungen zu informieren (Selbstbild) (ENGINF)	engei1, 7	$r = .37$	-	-	-	4.60	1.25	
	Für eigene Interessen im Gesundheitssystem:							
	Selbst bereit, sich zu informieren, wie z.B. höhere Zahlungen umgangen werden können (engei1)					-	4.60	1.46
Selbst bereit, Informationen über günstigere Krankenversicherungen einzuholen und gegebenenfalls zu wechseln (engei7)					-	4.60	1.55	
Lösung für $219 \leq N \leq 221$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 54.90\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.52, 1.26, 0.72								
Politisches Engagement im Gesundheitssystem (Selbstbild) (VERHALT)	verhalt1-6	.82	.81	.82	-	3.70	1.18	
	Engagement in Diskussionen mit Freunden und Bekannten für eine gerechtere Verteilung bei der Gesundheitsversorgung (verhalt1)					.59	4.53	1.40
	Öffentliches Engagement gegen Missstände im Gesundheitssystem (verhalt5)					.65	3.38	1.87
	Diskussionen mit Freunden und Bekannten über das Gesundheitssystem (verhalt2)					.63	4.79	1.32
	Engagement im Gespräch mit Personen der Gesundheitsfürsorge über Veränderungen im Gesundheitssystem (verhalt4)					.61	3.93	1.70
	Politisches Engagement gegen Einsparungen im Gesundheitssystem (verhalt3)					.55	2.54	1.73
	Engagement gegen höhere Beiträge und Zuzahlungen für Bürgerinnen und Bürger (verhalt6)					.50	3.01	1.71
Lösung für $219 \leq N \leq 222$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 43.86\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.18, 0.84								

Fortsetzung Tabelle B-2: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „online“ (Nonline = 281)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{ttc}(G)$	$r_{ttc}(S)$	$r_{(it)}$	AM	SD
Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (Fremdbild) (MEHRPOL)	mehrfai1-5 Für ein gerechtes Gesundheitssystem:	.78	.73	.77	-	3.22	1.00
	Mehrzahl der Deutschen bereit, öffentliche Diskussionen über Verbesserungsmaßnahmen anzuregen (mehrfai2)				.64	2.70	1.19
	Mehrzahl der Deutschen bereit, entsprechende Aufrufe an Politiker zu unterschreiben (mehrfai3)				.63	3.56	1.50
	Mehrzahl der Deutschen bereit, Interessenvereinigungen beizutreten oder zu gründen (mehrfai4)				.61	2.45	1.15
	Mehrzahl der Deutschen bereit, sich umfassend zu informieren (mehrfai1)				.51	3.53	1.39
	Mehrzahl der Deutschen bereit, durch die Wahl entsprechender Parteien Einfluss zu nehmen (mehrfai5)				.45	3.84	1.51
Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen (Fremdbild) (MEHRZAHL)	mehrfai8-9 Für ein gerechtes Gesundheitssystem:	r = .65	-	-	-	2.88	1.14
	Mehrzahl der Deutschen bereit, für bestimmte Gesundheitsleistungen selbst aufzukommen (mehrfai9)				-	2.77	1.27
	Mehrzahl der Deutschen bereit, zusätzliche private Versicherungen abzuschließen (mehrfai8)				-	2.99	1.25
Bereitschaft, für ein gerechtes System auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (Fremdbild) (MEHRVERZ)	mehrfai6 Mehrzahl der Deutschen bereit, auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (mehrfai6)				-	1.98	1.09
	Bereitschaft der Mehrheit der Deutschen, für ein gerechtes Gesundheitssystem höhere Beiträge zu zahlen (Fremdbild) (MEHRBEIT)	mehrfai7 Mehrzahl der Deutschen bereit, höhere Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen (mehrfai7)				-	2.13

Lösung für $215 \leq N \leq 217$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 (gesplittete Lösung); aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 46.44\%$;
Verlauf der Eigenwerte λ : 2.97, 2.22, 0.87

Fortsetzung Tabelle B-2: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „online“ (Nonline = 281)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{ttc}(G)$	$r_{ttc}(S)$	$r_{(it)}$	AM	SD
Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem (Fremdbild) (MEHREI)	mehrei2-6	.88	.75	.81	-	3.27	1.11
	Für eigene Interessen im Gesundheitssystem:						
	Mehrzahl der Deutschen bereit, Unterschriften gegen erhöhte Kosten zu sammeln (mehrei3)				.78	3.26	1.44
	Mehrzahl der Deutschen bereit, an Kundgebungen gegen höhere Kosten teilzunehmen (mehrei2)				.77	3.06	1.44
	Mehrzahl der Deutschen bereit, die Öffentlichkeit auf Missstände im Gesundheitssystem aufmerksam zu machen (mehrei5)				.66	3.02	1.25
	Mehrzahl der Deutschen bereit, an Interessenvereinigungen teilzunehmen oder zu gründen (mehrei6)				.70	2.62	1.26
	Mehrzahl der Deutschen bereit, entsprechende Aufrufe an Politiker zu unterschreiben (mehrei4)				.67	3.73	1.47
Bereitschaft, sich über mögliche niedrigere Zahlungen zu informieren (Fremdbild) (MEHRINF)	mehrei1, 7	r = .50	-	-	-	4.48	1.07
	Für eigene Interessen im Gesundheitssystem:						
	Mehrzahl der Deutschen bereit, Informationen über günstigere Krankenversicherungen einzuholen und gegebenenfalls zu wechseln (mehrei7)				-	4.58	1.27
	Mehrzahl der Deutschen bereit, Informationen einzuholen, wie z.B. höhere Zahlungen umgangen werden können (mehrei1)				-	4.42	1.29
Lösung für $215 \leq N \leq 217$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 58.15\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.90, 1.04, 0.64							
Eigene Interessen bei der Gesundheitsversorgung (EIGEN)	Eigen 3, 4, 5, 7	.62	.57	.58	-	3.24	0.79
	Für mich gilt: so wenig wie möglich einzahlen, so viel Gesundheitsleistungen wie möglich bekommen (eigen3)				.52	2.89	1.54
	Im Gesundheitssystem sind mir meine Interessen wichtiger als Nachteile, die andere dadurch vielleicht haben könnten (eigen4)				.34	2.51	1.27
	So viel wie möglich vom Gesundheitssystem zu profitieren, ist für mich unwichtig (eigen5) (rekodiert)				.39	3.90	1.72
	Ich versuche immer, so viele Gesundheitsleistungen wie möglich von meiner Krankenkasse bezahlt zu bekommen (eigen7)				.37	3.49	1.79

Fortsetzung Tabelle B-2: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „online“ (Nonline = 281)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{ttc}(G)$	$r_{ttc}(S)$	$r_{(it)}$	AM	SD
Eigennützige Wahl KV-finanzierter Leistungen (WAHLEI)	eigen1, 6	$r = .43$	-	-	-	3.40	1.57
	Gesundheitsleistungen, die meine Krankenversicherung nicht übernimmt, zahle ich selbstverständlich aus eigener Tasche (eigen1) (rekodiert)				-	4.06	1.51
	Ich nehme grundsätzlich nur Gesundheitsleistungen in Anspruch, die meine Krankenversicherung übernimmt (eigen6)				-	2.79	1.60
Lösung für $54 \leq N \leq 257$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{Gesamt} = 34,18\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 2.08, 1.81, 0.96							
Verteilung von Gesundheitsleistungen nach dem Bedürftigkeitsprinzip (BEDARF)	just2-4	.73	.56	.71	-	5.13	1.02
	Gerecht ist, wenn allein die Krankheit über Art und Umfang von Gesundheitsleistungen bestimmt (und nicht z.B. Vermögen, Alter, usw.) (just3)				.63	5.07	1.35
	Gerecht ist, wenn alle Bürger und Bürgerinnen, egal in welcher persönlichen finanziellen Situation, die gleichen Gesundheitsleistungen bekommen (just2)				.54	5.01	1.39
	Gerecht ist, wenn all diejenigen Kranken, die wirklich Hilfe benötigen, diese unter allen denkbaren Bedingungen auch bekommen (just4)				.53	5.30	1.04
Zukünftige Versorgungssicherheit (ZUKUNFT)	just7, just9	$r = .33$	-	-	-	4.75	1.03
	Gerecht ist, wenn das Gesundheitssystem in Zukunft verlässlich ist, auch wenn dies höhere Kosten bedeutet (just7)				-	4.26	1.38
	Gerecht ist, wenn für zukünftige Generationen eine sichere Gesundheitsversorgung gewährleistet ist (just9)				-	5.22	1.13
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Gleichheitsprinzip (ZAHLGLEI) (Einzelrestitem)	Gerecht ist, wenn <i>alle</i> Bürger und Bürgerinnen gleich behandelt werden und den <i>gleichen</i> Beitrag in die Krankenversicherung einzahlen (just5)				-	2.59	1.69
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip (ZAHLLEIS) (Einzelrestitem)	Gerecht ist, wenn Bürger und Bürgerinnen mit höherem Einkommen mehr in die Krankenversicherung einzahlen als finanziell Schwächere (just1)				-	4.87	1.46

Fortsetzung Tabelle B-2: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „online“ (Nonline = 281)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{ttc}(G)$	$r_{ttc}(S)$	$r_{(it)}$	AM	SD
Verteilung von Zahlungen und Leistungen nach dem Equityprinzip (EQUITY)	just6, just8	$r = .39$	-	-	-	2.26	1.14
	Gerecht ist, wenn sich Gesundheitsleistungen an der Höhe der gezahlten Beiträge orientieren (just8)				-	1.86	1.20
	Gerecht ist, wenn Bürger und Bürgerinnen, die mehr Gesundheitsleistungen benötigen, höhere Beiträge in die Krankenversicherung einzahlen (just6)				-	2.65	1.52
Eine Versicherung für alle Bürger (EINEVER) (Einzelrestitem)	Gerecht ist, wenn alle Bürger und Bürgerinnen ihren Beitrag in eine Versicherung einzahlen (just10)				-	4.35	1.81
Lösung für $242 \leq N \leq 247$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{Gesamt} = 42.48\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 2.32, 1.61, 1.09, 0.93							
Wahrgenommene Ungerechtigkeiten (UNJUST)	unjust1-5 Es ist ungerecht,...	.84	.82	.83	-	4.24	1.08
	dass „Schmarotzer des Gesundheitssystems“ ungestraft davon kommen (unjust5)				.72	4.41	1.47
	dass Personen, die das Gesundheitssystem ausnutzen, unbestraft bleiben (unjust3)				.67	4.43	1.32
	dass manche Versicherte durch Verzicht der anderen profitieren (unjust2)				.62	3.93	1.37
	dass Vorteile für manche Krankenversicherte dadurch entstehen, dass sie selbst alle Gesundheitsleistungen ausnutzen und andere Versicherte auf Gesundheitsleistungen verzichten (unjust4)				.63	4.00	1.42
	dass einige Versicherte verantwortungsvoll mit den Geldern der Solidargemeinschaft umgehen, die meisten anderen jedoch für sich alles aus dem System „rausholen“ (unjust1)				.56	4.42	1.34
Lösung für $253 \leq N \leq 255$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{Gesamt} = 51.42\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.04, 0.72							
Ungerechtigkeitserleben in der Gesundheitsversorgung (UGERLEB)	erleb1-4	.93	.92	.92	-	2.49	1.40
	Häufig bekommen nur andere bestimmte Gesundheitsleistungen, die eigentlich auch mir zustehen (erleb4)				.87	2.24	1.42
	Anderen scheint es in der Gesundheitsversorgung häufig unverdient besser zu ergehen als mir (erleb3)				.84	2.38	1.45
	Häufig werde ich in der Gesundheitsversorgung schlechter behandelt als andere (z.B. längere Wartezeiten, Auswahl der Behandlungsmethoden, usw.) (erleb2)				.84	2.64	1.65
	Anderere scheinen häufig mehr oder bessere Gesundheitsleistungen zu bekommen als ich (z.B. Medikamente, Kuraufenthalte, usw.) (erleb1)				.83	2.68	1.59
Lösung für $233 \leq N \leq 236$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{Gesamt} = 78.12\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.34, 0.28							

Fortsetzung Tabelle B-2: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „online“ (Nonline = 281)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{ttc}(G)$	$r_{ttc}(S)$	$r_{(it)}$	AM	SD
Subjektiver Gewinner des gesetzlichen Versicherungssystems (GEWINN)	win1-3 Fühle mich als Gewinner,...	.67	.62	.67	-	1.72	0.89
	da ich im Vergleich zu anderen mehr medizinische Gesundheitsleistung in Anspruch nehme (win2)				.60	1.51	0.98
	da ich medizinische Versorgung bekomme, die höher ist als meine geleisteten Beiträge (win3)				.48	1.74	1.25
	da andere gesetzlich Versicherte mehr in die Gesetzliche Krankenversicherung einzahlen als ich (win1)				.41	1.93	1.20
Lösung für $185 \leq N \leq 187$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{Gesamt} = 35.21\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 1.95, 0.91							
Subjektiver Verlierer des gesetzlichen Versicherungssystems (VERLIER)	loose1-5 Fühle mich als Verlierer,...	.89	.87	.91	-	2.53	1.38
	da meine geleisteten Beiträge höher sind als die medizinische Versorgung, die ich bekomme (loose5)				.82	2.58	1.77
	da andere gesetzlich Versicherte weit mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen als ich (loose1)				.80	2.64	1.73
	da ich weitgehend gesund bin und daher keine medizinische Versorgung benötige (loose3)				.69	2.83	1.72
	da ich im Vergleich zu anderen mehr in die Gesetzliche Krankenversicherung einzahle (loose2)				.72	2.47	1.56
	da ich durch meine Beiträge Versicherte unterstütze, die krank sind (loose4)				.66	2.11	1.45
Lösung für $184 \leq N \leq 186$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{Gesamt} = 62.28\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.48, 0.53							
Positiv erlebte Emotionen bezogen auf das Gesundheitssystem (EMOPOS)	emo2, 7, 9, 10 Wenn ich an die Gesundheitsversorgung und an das Gesundheitssystem insgesamt denke,...	.78	.75	.75	-	2.69	1.06
	dann bin ich ganz optimistisch (emo10)				.58	2.46	1.24
	dann fühle ich mich sicher (emo9) (SICHER)				.65	3.33	1.38
	dann empfinde ich Stolz (emo2)				.64	2.39	1.32
	dann empfinde ich vor allem Dankbarkeit (emo7)				.49	2.57	1.48

Fortsetzung Tabelle B-2: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „online“ (Nonline = 281)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{ttc}(G)$	$r_{ttc}(S)$	$r_{(it)}$	AM	SD
Negativ erlebte Emotionen bezogen auf das Gesundheitssystem (EMONEG)	emo1, emo3, emo5, emo8 Wenn ich an die Gesundheitsversorgung und an das Gesundheitssystem insgesamt denke,...	.77	.75	.76	-	3.79	1.22
	dann ärgere ich mich (emo5) (AERGER)				.72	4.13	1.55
	dann bin ich empört (emo1) (EMPOER)				.65	3.73	1.56
	dann fühle ich mich ausgeliefert (emo8) (AUSGEL)				.50	3.35	1.77
	dann bin ich äußerst pessimistisch (emo3)				.42	3.94	1.47
	Lösung für $223 \leq N \leq 227$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 1 Faktor, gesplittet; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{Gesamt} = 32.38\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.79, 1.49, 0.95						
Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf verschiedene Institutionen (VERANEX)	verant4-8 Verantwortung für Veränderungen haben...	.85	.82	.84	-	4.88	0.99
	Gesetzliche Krankenversicherungen (verant5)				.71	5.09	1.03
	Kassenärztliche Vereinigungen (verant8)				.76	5.12	1.11
	Pharmaindustrie (verant7)				.70	4.87	1.31
	Private Krankenversicherungen (verant6)				.66	4.65	1.38
	Ärzte (verant4)				.53	4.69	1.24
Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf einzelne Bürger/ Bürgergruppen (VERANBU)	verant2-3 Verantwortung für Veränderungen haben...	$r = .60$	-	-	-	3.66	1.39
	jeder einzelne Bürger verantwortlich (verant2)				-	3.93	1.49
	alle Kranken verantwortlich (verant3)				-	3.38	1.62
Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf den Staat (VERANSTA) (Einzelrestitem)	Verantwortung für Veränderungen hat der Staat (verant9)				-	5.55	0.77
Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf sich selbst (VERANEGO) (Einzelrestitem)	Verantwortung für Veränderungen habe ich selbst (verant1)				-	3.65	1.53
Keine (menschliche) Verantwortlichkeit (VERANKEI) (Einzelrestitem)	Verantwortung für Veränderungen hat kein Mensch (verant10)				-	1.17	0.62
Lösung für $211 \leq N \leq 225$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 2 Faktoren; gesplittet; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{Gesamt} = 50.60\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.93, 1.83, 0.99							

Fortsetzung Tabelle B-2: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „online“ (Nonline = 281)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{ttc}(G)$	$r_{ttc}(S)$	$r_{(it)}$	AM	SD
Dispositionaler Eigennutz (EGO)	ego 1, 4, 5, 7, 9, 11-13	.79	.76	.76	-	3.13	0.85
	Es ist wichtig, schon den Kindern beizubringen, dass man eigene Interessen mit Nachdruck durchsetzen muss (ego11)				.51	3.18	1.28
	Wenn es etwas zu verteilen gibt, muss man selbst dafür sorgen, dass man möglichst gut wegkommt (ego4)				.56	3.41	1.44
	Man muss lernen „Nein“ zu sagen, wenn man von einem Vorschlag keine eigenen Vorteile hat (ego5)				.56	2.99	1.46
	Im Leben muss man auch dann seine eigenen Interessen verfolgen, wenn andere dadurch Nachteile haben (ego9)				.52	2.70	1.24
	Wenn man sich durch die Leistungen anderer selbst einen Vorteil verschaffen kann, darf man das auch ausnutzen (ego12)				.47	2.45	1.29
	Eine Lösung, bei der man die eigenen Interessen zurückstellen muss, ist keine gute Lösung (ego13)				.51	2.78	1.32
	Wer sich nicht genügend um seine eigenen Interessen kümmert, kommt am Ende meistens zu kurz (ego1)				.37	4.54	1.30
Man darf sich schon mal von Versprechen lösen, wenn man bemerkt, dass man selbst dadurch zu viele Nachteile hat (ego7)				.46	2.98	1.43	
Dispositionaler Altruismus (ALTER)	ego2, 3, 6, 10	.68	.61	.62	-	4.95	0.67
	Wenn es etwas zu verteilen gibt, ist es wichtig, dass auch Schwächere etwas bekommen (ego2)				.67	5.36	.72
	Eine Lösung kann auch gut sein, wenn die Interessen Schwächerer beachtet werden (ego3)				.56	5.36	.79
	Es ist immer entscheidend, dass Nachteile anderer irgendwie ausgeglichen werden (ego10)				.40	4.47	1.07
	Im Leben ist es wichtig, sich für andere einzusetzen, auch wenn man dadurch möglicherweise selbst Nachteile hat (ego6)				.36	4.59	1.07

Lösung für $214 \leq N \leq 219$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 2 Faktoren; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 36.20\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.57, 2.23, 1.05, 1.01, 0.84

Fortsetzung Tabelle B-2: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „online“ (Nonline = 281)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{ttc}(G)$	$r_{ttc}(S)$	$r_{(it)}$	AM	SD
Dispositionale Ungerechtigkeitssensibilität (SENSJUST)	sensug1-5	.92	.89	.92	-	4.12	1.17
	Es macht mich stärker betroffen als die meisten anderen Leute, wenn ich Ungerechtigkeiten beobachte (sensug5)				.83	4.00	1.38
	Manchmal kommt es mir vor, als hätte ich spezielle „Antennen“ für Ungerechtigkeiten (sensug4)				.78	3.81	1.42
	Viele sagen mir, ich sei sehr feinfühlig für Ungerechtigkeit in der Welt (sensug2)				.82	4.07	1.43
	Ich ertrage es nur schwer, wenn jemand ungerecht behandelt wird (sensug3)				.77	4.50	1.20
	Ich reagiere auf ungerechte Situationen sensibler als andere (sensug1)				.72	4.24	1.34
Lösung für $217 \leq N \leq 219$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{Gesamt} = 68.68\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.74, 0.41							
Dispositionale soziale Verantwortung (SOZVER)	verantw2-8	.79	.71	.72	-	5.17	0.55
	Ich erledige meine Aufgaben im Allgemeinen so gut ich kann (verantw3)				.57	3.38	1.62
	Wenn jemand davon abhängig ist, dass ich für ihn einspringe, zögere ich nicht (verantw5)				.59	5.09	1.03
	Ich gehöre zu der Art von Menschen, auf die andere sich verlassen können (verantw2)				.51	3.93	1.49
	Ich würde einen Freund nicht im Stich lassen, wenn er von mir Hilfe erwartet (verantw6)				.56	4.65	1.38
	Wenn ein Fremder auf meine Unterstützung angewiesen ist, versuche ich, sie ihm zu geben (verantw4)				.52	4.69	1.24
	Wichtige Angelegenheiten gehen vor, auch wenn die Freizeit lockt (verantw7)				.52	4.87	1.31
	Wenn man mir eine Aufgabe stellt, erledige ich sie selbst dann, wenn ich mir interessantere Aufgaben vorstellen könnte (verantw8)				.45	5.12	1.11
Lösung für $18 \leq N \leq 225$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 1 Faktor; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{Gesamt} = 32.01\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 4.09, 1.84, 1.10, 0.99							

Fortsetzung Tabelle B-2: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „online“ (N = 281)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{ttc}(G)$	$r_{ttc}(S)$	$r_{(it)}$	AM	SD
Wissen über Gesundheitssystem (WISSEN)	wissen1-3	.71	.70	.75	-	4.38	1.11
	Ich kenne mich mit den Veränderungen im Gesundheitssystem seit 1. Januar 2004 gut aus (wissen3)				.57	3.84	1.52
	Eigentlich weiß ich wenig über das deutsche Gesundheitssystem (wissen2) (rekodiert)				.50	2.71	1.44
	Das Thema Gesundheitssystem interessiert mich sehr (wissen1)				.53	5.02	1.21
Verfolgen aktueller gesundheitspolitischer Diskussionen (wissen4) (Einzelrestitem)	Ich verfolge die aktuellen Diskussionen über Reformen im Gesundheitssystem nur am Rande (wissen4) (rekodiert)				-	4.51	1.46
Lösung für $273 \leq N \leq 277$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{Gesamt} = 51.38\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 2.51, 0.70							

Tabelle B-3: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „Papier und Bleistift“ ($N_{\text{Papier}} = 203$)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{\text{ttc}}(\mathbf{G})$	$r_{\text{ttc}}(\mathbf{S})$	$r_{\text{(it)}}$	AM	SD
Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (Selbstbild) (ENGAPOL)	engfai1-5	.73	.75	.79	-	3.91	0.96
	Für ein gerechtes Gesundheitssystem: Selbst bereit, Interessenvereinigungen beizutreten oder zu gründen (engfai4)				.58	2.94	1.41
	Selbst bereit, öffentliche Diskussionen über Verbesserungsmaßnahmen anzuregen (engfai2)				.52	3.12	1.33
	Selbst bereit, sich umfassend zu informieren (engfai1)				.51	4.59	1.23
	Selbst bereit, Aufrufe an Politiker zu unterschreiben (engfai3)				.50	4.34	1.56
	Selbst bereit, durch die Wahl entsprechender Parteien Einfluss zu nehmen (engfai5)				.35	4.58	1.35
Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen (Selbstbild) (ENGZAHL)	engfai8-9	$r = .51$	-	-	-	3.97	1.24
	Für ein gerechtes Gesundheitssystem: Selbst bereit, für bestimmte Gesundheitsleistungen selbst aufzukommen (engfai9)				-	4.00	1.36
	Selbst bereit, zusätzliche private Versicherungen abzuschließen (engfai8)				-	3.94	1.51
Bereitschaft, für ein gerechtes System auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (Selbstbild) (ENGVERZ) (Einzelitem)	engfai6						
	Für ein gerechtes Gesundheitssystem: Selbst bereit, auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (engfai6)				-	2.74	1.38
Bereitschaft, für ein gerechtes Gesundheitssystem höhere Beiträge zu zahlen (Selbstbild) (ENGBEITR) (Einzelitem)	engfai7						
	Für ein gerechtes Gesundheitssystem: Selbst bereit, höhere Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen (engfai7)				-	2.90	1.30

Lösung für $198 \leq N \leq 200$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 2 Faktoren (Faktor 2 gesplittet); aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 40.93\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 2.52, 2.00, 1.11, 0.98

Fortsetzung Tabelle B-3: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „Papier und Bleistift“ (NPapier = 203)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{ttc}(G)$	$r_{ttc}(S)$	$r_{(it)}$	AM	SD	
Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem (Selbstbild) (ENGAEI)	engei2-6	.84	.72	.78	-	3.27	1.17	
	Für eigene Interessen im Gesundheitssystem:							
	Selbst bereit, Unterschriften gegen erhöhte Zahlungen zu sammeln (engei3)					.78	3.04	1.56
	Selbst bereit, an Kundgebungen gegen höhere Kosten teilzunehmen (engei2)					.69	2.92	1.54
	Selbst bereit, an Interessenvereinigungen teilzunehmen oder zu gründen (engei6)					.62	2.76	1.30
	Selbst bereit, entsprechende Aufrufe an Politiker zu unterschreiben (engei4)					.59	4.01	1.59
Selbst bereit, die Öffentlichkeit auf Missstände im Gesundheitssystem aufmerksam zu machen (engei5)					.57	3.63	1.48	
Bereitschaft, sich über mögliche niedrigere Zahlungen zu informieren (Selbstbild) (ENGINF)	engei1, 7	$r = .38$	-	-	-	4.49	1.14	
	Für eigene Interessen im Gesundheitssystem:							
	Selbst bereit, sich zu informieren, wie z.B. höhere Zahlungen umgangen werden können (engei1)					-	4.52	1.34
Selbst bereit, Informationen über günstigere Krankenversicherungen einzuholen und gegebenenfalls zu wechseln (engei7)					-	4.47	1.41	
Lösung für $198 \leq N \leq 200$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{Gesamt} = 51.36\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.33, 1.17, 0.72								
Politisches Engagement im Gesundheitssystem (Selbstbild) (VERHALT)	verhalt1-6	.78	.76	.77	-	3.15	1.03	
	Engagement in Diskussionen mit Freunden und Bekannten für eine gerechtere Verteilung bei der Gesundheitsversorgung (verhalt1)					.59	3.92	1.52
	Öffentliches Engagement gegen Missstände im Gesundheitssystem (verhalt5)					.53	2.55	1.58
	Diskussionen mit Freunden und Bekannten über das Gesundheitssystem (verhalt2)					.52	4.36	1.36
	Engagement im Gespräch mit Personen der Gesundheitsfürsorge über Veränderungen im Gesundheitssystem (verhalt4)					.50	3.34	1.62
	Politisches Engagement gegen Einsparungen im Gesundheitssystem (verhalt3)					.47	2.09	1.32
	Engagement gegen höhere Beiträge und Zuzahlungen für Bürgerinnen und Bürger (verhalt6)					.56	2.67	1.54
Lösung für $199 \leq N \leq 200$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 1 Faktor; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{Gesamt} = 37.54\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 2.87, 1.17, 0.68								

Fortsetzung Tabelle B-3: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „Papier und Bleistift“ (NPapier = 203)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{ttc}(G)$	$r_{ttc}(S)$	$r_{(it)}$	AM	SD
Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (Fremdbild) (MEHRPOL)	mehrfai1-5 Für ein gerechtes Gesundheitssystem:	.76	.75	.81	-	3.39	0.90
	Mehrzahl der Deutschen bereit, öffentliche Diskussionen über Verbesserungsmaßnahmen anzuregen (mehrfai2)				.68	2.86	1.15
	Mehrzahl der Deutschen bereit, entsprechende Aufrufe an Politiker zu unterschreiben (mehrfai3)				.55	3.82	1.34
	Mehrzahl der Deutschen bereit, Interessenvereinigungen beizutreten oder zu gründen (mehrfai4)				.55	2.67	1.14
	Mehrzahl der Deutschen bereit, sich umfassend zu informieren (mehrfai1)				.50	3.54	1.31
	Mehrzahl der Deutschen bereit, durch die Wahl entsprechender Parteien Einfluss zu nehmen (mehrfai5)				.40	4.08	1.29
Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen (Fremdbild) (MEHRZAHL)	mehrfai8-9 Für ein gerechtes Gesundheitssystem:	$r = .57$	-	-	-	3.13	1.17
	Mehrzahl der Deutschen bereit, für bestimmte Gesundheitsleistungen selbst aufzukommen (mehrfai9)				-	2.95	1.34
	Mehrzahl der Deutschen bereit, zusätzliche private Versicherungen abzuschließen (mehrfai8)				-	3.30	1.29
Bereitschaft, für ein gerechtes System auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (Fremdbild) (MEHRVERZ)	mehrfai6 Mehrzahl der Deutschen bereit, auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (mehrfai6)				-	1.99	1.08
	Bereitschaft der Mehrheit der Deutschen, für ein gerechtes Gesundheitssystem höhere Beiträge zu zahlen (Fremdbild) (MEHRBEIT)	mehrfai7 Mehrzahl der Deutschen bereit, höhere Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen (mehrfai7)				-	2.06

Lösung für $197 \leq N \leq 199$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 (gesplittete Lösung); aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 42.83\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.13, 1.79, 0.95

Fortsetzung Tabelle B-3: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „Papier und Bleistift“ (NPapier = 203)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{ttc}(G)$	$r_{ttc}(S)$	$r_{(it)}$	AM	SD
Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem (Fremdbild) (MEHREI)	mehrei2-6	.88	.73	.78	-	3.41	1.06
	Für eigene Interessen im Gesundheitssystem:						
	Mehrzahl der Deutschen bereit, Unterschriften gegen erhöhte Kosten zu sammeln (mehrei3)				.80	3.57	1.38
	Mehrzahl der Deutschen bereit, an Kundgebungen gegen höhere Kosten teilzunehmen (mehrei2)				.74	3.35	1.32
	Mehrzahl der Deutschen bereit, die Öffentlichkeit auf Missstände im Gesundheitssystem aufmerksam zu machen (mehrei5)				.72	3.29	1.22
	Mehrzahl der Deutschen bereit, an Interessenvereinigungen teilzunehmen oder zu gründen (mehrei6)				.64	2.86	1.18
	Mehrzahl der Deutschen bereit, entsprechende Aufrufe an Politiker zu unterschreiben (mehrei4)				.64	3.99	1.34
Bereitschaft, sich über mögliche niedrigere Zahlungen zu informieren (Fremdbild) (MEHRINF)	mehrei1, 7	r = .43	-	-	-	4.46	1.01
	Für eigene Interessen im Gesundheitssystem:						
	Mehrzahl der Deutschen bereit, Informationen über günstigere Krankenversicherungen einzuholen und gegebenenfalls zu wechseln (mehrei7)				-	4.59	1.16
	Mehrzahl der Deutschen bereit, Informationen einzuholen, wie z.B. höhere Zahlungen umgangen werden können (mehrei1)				-	4.34	1.24
Lösung für $198 \leq N \leq 199$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 55.74\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.69, 1.13, 0.76							
Eigene Interessen bei der Gesundheitsversorgung (EIGEN)	eigen2-5	.57	.61	.61	-	3.02	1.03
	Für mich gilt: so wenig wie möglich einzahlen, so viel Gesundheitsleistungen wie möglich bekommen (eigen3)				.40	2.84	1.61
	Im Gesundheitssystem sind mir meine Interessen wichtiger als Nachteile, die andere dadurch vielleicht haben könnten (eigen4)				.43	2.62	1.32
	So viel wie möglich vom Gesundheitssystem zu profitieren, ist für mich unwichtig (eigen5) (rekodiert)				.28	3.94	1.62
	Mir ist ausschließlich eine optimale Gesundheitsversorgung meiner eigenen Person wichtig, egal wie viel es die Krankenversicherung kostet (eigen2)				.33	3.54	1.63

Fortsetzung Tabelle B-3: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „Papier und Bleistift“ (NPapier = 203)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	rttc(G)	rttc(S)	r(it)	AM	SD
Eigennützige Wahl KV-finanzierter Leistungen (WAHLEI)	eigen1, 6	r = .37	-	-	-	2.63	1.20
	Gesundheitsleistungen, die meine Krankenversicherung nicht übernimmt, zahle ich selbstverständlich aus eigener Tasche (eigen1) (rekodiert)				-	4.32	1.43
	Ich nehme grundsätzlich nur Gesundheitsleistungen in Anspruch, die meine Krankenversicherung übernimmt (eigen6)				-	2.59	1.46
Lösung für $199 \leq N \leq 201$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 2 Faktoren; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 33.18\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 2.06, 1.48, 1.06, 0.85							
Verteilung von Gesundheitsleistungen nach dem Bedürftigkeitsprinzip (BEDARF)	just2-4	.62	.42	.58	-	5.14	0.88
	Gerecht ist, wenn allein die Krankheit über Art und Umfang von Gesundheitsleistungen bestimmt (und nicht z.B. Vermögen, Alter, usw.) (just3)				.49	5.17	1.07
	Gerecht ist, wenn alle Bürger und Bürgerinnen, egal in welcher persönlichen finanziellen Situation, die gleichen Gesundheitsleistungen bekommen (just2)				.47	4.81	1.50
	Gerecht ist, wenn all diejenigen Kranken, die wirklich Hilfe benötigen, diese unter allen denkbaren Bedingungen auch bekommen (just4)				.39	5.43	0.85
Zukünftige Versorgungssicherheit (ZUKUNFT)	just7, just9	r = .31	-	-	-	5.02	0.82
	Gerecht ist, wenn das Gesundheitssystem in Zukunft verlässlich ist, auch wenn dies höhere Kosten bedeutet (just7)				-	4.67	1.15
	Gerecht ist, wenn für zukünftige Generationen eine sichere Gesundheitsversorgung gewährleistet ist (just9)				-	5.37	0.85
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Gleichheitsprinzip (ZAHLGLEI) (Einzelrestitem)	Gerecht ist, wenn <i>alle</i> Bürger und Bürgerinnen gleich behandelt werden und den <i>gleichen</i> Beitrag in die Krankenversicherung einzahlen (just5)				-	2.90	1.71
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip (ZAHLLEIS) (Einzelrestitem)	Gerecht ist, wenn Bürger und Bürgerinnen mit höherem Einkommen mehr in die Krankenversicherung einzahlen als finanziell Schwächere (just1)				-	4.97	1.29

Fortsetzung Tabelle B-3: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „Papier und Bleistift“ (NPapier = 203)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	rttc(G)	rttc(S)	r(it)	AM	SD
Verteilung von Zahlungen und Leistungen nach dem Equityprinzip (EQUITY)	just6, just8	$r = .40$	-	-	-	2.50	1.21
	Gerecht ist, wenn sich Gesundheitsleistungen an der Höhe der gezahlten Beiträge orientieren (just8)				-	2.09	1.32
	Gerecht ist, wenn Bürger und Bürgerinnen, die mehr Gesundheitsleistungen benötigen, höhere Beiträge in die Krankenversicherung einzahlen (just6)				-	2.93	1.56
Eine Versicherung für alle Bürger (EINEVER) (Einzelrestitem)	Gerecht ist, wenn alle Bürger und Bürgerinnen ihren Beitrag in eine Versicherung einzahlen (just10)				-	3.96	1.76
Lösung für $198 \leq N \leq 201$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 2 Faktoren; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 30.45\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 2.40, 1.29, 1.08, 0.97							
Wahrgenommene Ungerechtigkeiten (UNJUST)	unjust1-5	.87	.88	.91	-	4.43	1.07
	Es ist ungerecht,...						
	dass „Schmarotzer des Gesundheitssystems“ ungestraft davon kommen (unjust5)				.75	4.46	1.40
	dass Personen, die das Gesundheitssystem ausnutzen, unbestraft bleiben (unjust3)				.69	4.57	1.29
	dass manche Versicherte durch Verzicht der anderen profitieren (unjust2)				.72	3.95	1.42
	dass Vorteile für manche Krankenversicherte dadurch entstehen, dass sie selbst alle Gesundheitsleistungen ausnutzen und andere Versicherte auf Gesundheitsleistungen verzichten (unjust4)				.69	3.90	1.39
dass einige Versicherte verantwortungsvoll mit den Geldern der Solidargemeinschaft umgehen, die meisten anderen jedoch für sich alles aus dem System „rausholen“ (unjust1)				.63	4.53	1.30	
Lösung für $198 \leq N \leq 201$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 57.95\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.31, 0.66							
Ungerechtigkeitserleben in der Gesundheitsversorgung (UGERLEB)	erleb1-4	.89	.90	.90	-	2.47	1.23
	Häufig bekommen nur andere bestimmte Gesundheitsleistungen, die eigentlich auch mir zustehen (erleb4)				.80	2.22	1.31
	Anderen scheint es in der Gesundheitsversorgung häufig unverdient besser zu ergehen als mir (erleb3)				.81	2.41	1.37
	Häufig werde ich in der Gesundheitsversorgung schlechter behandelt als andere (z.B. längere Wartezeiten, Auswahl der Behandlungsmethoden, usw.) (erleb2)				.74	2.52	1.51
	Anderer scheinen häufig mehr oder bessere Gesundheitsleistungen zu bekommen als ich (z.B. Medikamente, Kuraufenthalte, usw.) (erleb1)				.67	2.74	1.47
Lösung für $202 \leq N \leq 202$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 67.42\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.01, 0.48							

Fortsetzung Tabelle B-3: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „Papier und Bleistift“ (NPapier = 203)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{ttc}(G)$	$r_{ttc}(S)$	$r_{(it)}$	AM	SD
Subjektiver Gewinner des gesetzlichen Versicherungssystems (GEWINN)	win1-3 Fühle mich als Gewinner,...	.67	.62	.66	-	2.03	0.99
	da ich im Vergleich zu anderen mehr medizinische Gesundheitsleistung in Anspruch nehme (win2)				.58	1.69	0.93
	da ich medizinische Versorgung bekomme, die höher ist als meine geleisteten Beiträge (win3)				.47	2.14	1.48
	da andere gesetzlich Versicherte mehr in die Gesetzliche Krankenversicherung einzahlen als ich (win1)				.45	2.27	1.37
Lösung für $149 \leq N \leq 150$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{Gesamt} = 36.73\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 2.04, 0.85							
Subjektiver Verlierer des gesetzlichen Versicherungssystems (VERLIER)	loose1-5 Fühle mich als Verlierer,...	.85	.79	.82	-	2.74	1.27
	da meine geleisteten Beiträge höher sind als die medizinische Versorgung, die ich bekomme (loose5)				.77	2.85	1.68
	da andere gesetzlich Versicherte weit mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen als ich (loose1)				.65	2.84	1.67
	da ich weitgehend gesund bin und daher keine medizinische Versorgung benötige (loose3)				.58	3.19	1.73
	da ich im Vergleich zu anderen mehr in die Gesetzliche Krankenversicherung einzahle (loose2)				.61	2.47	1.53
	da ich durch meine Beiträge Versicherte unterstütze, die krank sind (loose4)				.67	2.35	1.49
Lösung für $149 \leq N \leq 150$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{Gesamt} = 53.27\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.11, 0.75							
Positiv erlebte Emotionen bezogen auf das Gesundheitssystem (EMOPOS)	emo2, 7, 9, 10 Wenn ich an die Gesundheitsversorgung und an das Gesundheitssystem insgesamt denke,...	.76	.66	.66	-	2.89	1.03
	dann bin ich ganz optimistisch (emo10)				.61	2.67	1.39
	dann fühle ich mich sicher (emo9) (SICHER)				.55	3.47	1.29
	dann empfinde ich Stolz (emo2)				.60	2.45	1.30
	dann empfinde ich vor allem Dankbarkeit (emo7)				.47	2.98	1.43

Fortsetzung Tabelle B-3: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „Papier und Bleistift“ (NPapier = 203)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{ttc}(G)$	$r_{ttc}(S)$	$r_{(it)}$	AM	SD
Negativ erlebte Emotionen bezogen auf das Gesundheitssystem (EMONEG)	emo1, emo3, emo5, emo8 Wenn ich an die Gesundheitsversorgung und an das Gesundheitssystem insgesamt denke,...	.75	.79	.79	-	3.61	1.19
	dann ärgere ich mich (emo5) (AERGER)				.57	3.97	1.56
	dann bin ich empört (emo1) (EMPOER)				.59	3.27	1.61
	dann fühle ich mich ausgeliefert (emo8) (AUSGEL)				.49	3.24	1.65
	dann bin ich äußerst pessimistisch (emo3)				.54	3.96	1.47
Lösung für $199 \leq N \leq 200$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 1 Faktor, gesplittet; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{Gesamt} = 29.04\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.54, 1.67, 0.88							
Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf verschiedene Institutionen (VERANEX)	verant4-8 Verantwortung für Veränderungen haben...	.88	.83	.86	-	4.75	0.96
	Gesetzliche Krankenversicherungen (verant5)				.78	4.91	1.08
	Kassenärztliche Vereinigungen (verant8)				.71	4.89	1.16
	Pharmaindustrie (verant7)				.75	4.93	1.13
	Private Krankenversicherungen (verant6)				.72	4.70	1.22
	Ärzte (verant4)				.61	4.33	1.28
Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf einzelne Bürger/ Bürgergruppen (VERANBU)	verant2-3 Verantwortung für Veränderungen haben...	$r = .76$	-	-	-	3.67	1.49
	jeder einzelne Bürger verantwortlich (verant2)				-	3.80	1.56
	alle Kranken verantwortlich (verant3)				-	3.51	1.60
Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf den Staat (VERANSTA) (Einzelrestitem)	Verantwortung für Veränderungen hat der Staat (verant9)				-	5.23	0.95
Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf sich selbst (VERANEGO) (Einzelrestitem)	Verantwortung für Veränderungen habe ich selbst (verant1)				-	3.42	1.55
Keine (menschliche) Verantwortlichkeit (VERANKEI) (Einzelrestitem)	Verantwortung für Veränderungen hat kein Mensch (verant10)				-	1.22	0.69
Lösung für $198 \leq N \leq 200$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 2 Faktoren; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{Gesamt} = 55.87\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 4.19, 2.00, 1.11, 0.82							

Fortsetzung Tabelle B-3: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „Papier und Bleistift“ (NPapier = 203)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{ttc}(G)$	$r_{ttc}(S)$	$r_{(it)}$	AM	SD
Dispositionaler Eigennutz (EGO)	ego 1, 4, 5, 9, 11-13	.75	.77	.77	-	3.33	0.81
	Es ist wichtig, schon den Kindern beizubringen, dass man eigene Interessen mit Nachdruck durchsetzen muss (ego11)				.61	3.22	1.33
	Wenn es etwas zu verteilen gibt, muss man selbst dafür sorgen, dass man möglichst gut wekommt (ego4)				.50	3.63	1.31
	Man muss lernen „Nein“ zu sagen, wenn man von einem Vorschlag keine eigenen Vorteile hat (ego5)				.42	3.36	1.44
	Im Leben muss man auch dann seine eigenen Interessen verfolgen, wenn andere dadurch Nachteile haben (ego9)				.50	2.92	1.31
	Wenn man sich durch die Leistungen anderer selbst einen Vorteil verschaffen kann, darf man das auch ausnutzen (ego12)				.49	2.69	1.33
	Eine Lösung, bei der man die eigenen Interessen zurückstellen muss, ist keine gute Lösung (ego13)				.39	3.10	1.41
	Wer sich nicht genügend um seine eigenen Interessen kümmert, kommt am Ende meistens zu kurz (ego1)				.41	4.50	1.10
Dispositionaler Altruismus (ALTER)	ego2, 3, 6, 10	.76	.62	.62	-	4.84	0.71
	Wenn es etwas zu verteilen gibt, ist es wichtig, dass auch Schwächere etwas bekommen (ego2)				.51	5.26	.83
	Eine Lösung kann auch gut sein, wenn die Interessen Schwächerer beachtet werden (ego3)				.53	5.15	.95
	Es ist immer entscheidend, dass Nachteile anderer irgendwie ausgeglichen werden (ego10)				.40	4.33	1.21
	Im Leben ist es wichtig, sich für andere einzusetzen, auch wenn man dadurch möglicherweise selbst Nachteile hat (ego6)				.35	4.61	1.04

Lösung für $201 \leq N \leq 202$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, 2 Faktoren; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 31.32\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.16, 2.20, 1.22, 1.04, 0.94

Fortsetzung Tabelle B-3: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „Papier und Bleistift“ (NPapier = 203)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{ttc}(G)$	$r_{ttc}(S)$	$r_{(it)}$	AM	SD
Dispositionale Ungerechtigkeits sensibilität (SENSJUST)	sensug1-5	.89	.86	.86	-	4.27	1.05
	Es macht mich stärker betroffen als die meisten anderen Leute, wenn ich Ungerechtigkeiten beobachte (sensug5)				.77	4.20	1.21
	Manchmal kommt es mir vor, als hätte ich spezielle „Antennen“ für Ungerechtigkeiten (sensug4)				.79	3.97	1.37
	Viele sagen mir, ich sei sehr feinfühlig für Ungerechtigkeit in der Welt (sensug2)				.76	4.11	1.37
	Ich ertrage es nur schwer, wenn jemand ungerecht behandelt wird (sensug3)				.67	4.71	1.05
	Ich reagiere auf ungerechte Situationen sensibler als andere (sensug1)				.65	4.36	1.29
Lösung für $201 \leq N \leq 202$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{Gesamt} = 61.83\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.46, 0.55							
Dispositionale soziale Verantwortung (SOZVER)	verantw2-8	.74	.70	.70	-	5.17	0.61
	Ich erledige meine Aufgaben im Allgemeinen so gut ich kann (verantw3)				.60	5.36	0.75
	Wenn jemand davon abhängig ist, dass ich für ihn einspringe, zögere ich nicht (verantw5)				.63	5.03	0.83
	Ich gehöre zu der Art von Menschen, auf die andere sich verlassen können (verantw2)				.49	5.20	0.85
	Ich würde einen Freund nicht im Stich lassen, wenn er von mir Hilfe erwartet (verantw6)				.51	5.55	0.62
	Wenn ein Fremder auf meine Unterstützung angewiesen ist, versuche ich, sie ihm zu geben (verantw4)				.55	5.11	0.84
	Wichtige Angelegenheiten gehen vor, auch wenn die Freizeit lockt (verantw7)				.58	5.07	1.00
	Wenn man mir eine Aufgabe stellt, erledige ich sie selbst dann, wenn ich mir interessantere Aufgaben vorstellen könnte (verantw8)				.61	4.85	1.02
Lösung für $201 \leq N \leq 202$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{Gesamt} = 41.68\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 3.89, 0.96							

Fortsetzung Tabelle B-3: Summative Ergebnisse der Item- und Skalenanalysen für Teilstichprobe der Fragebogenversion „Papier und Bleistift“ (NPapier = 203)

Extrahierte Faktoren	Itemzuordnungen	α	$r_{ttc}(G)$	$r_{ttc}(S)$	$r_{(it)}$	AM	SD
Wissen über Gesundheitssystem (WISSEN)	wissen1-3	.69	.68	.74	-	4.01	0.97
	Ich kenne mich mit den Veränderungen im Gesundheitssystem seit 1. Januar 2004 gut aus (wissen3)				.56	3.54	1.30
	Eigentlich weiß ich wenig über das deutsche Gesundheitssystem (wissen2) (rekodiert)				.51	3.14	1.26
	Das Thema Gesundheitssystem interessiert mich sehr (wissen1)				.44	4.65	1.16
Verfolgen aktueller gesundheitspolitischer Diskussionen (wissen4) (Einzelrestitem)	Ich verfolge die aktuellen Diskussionen über Reformen im Gesundheitssystem nur am Rande (wissen4) (rekodiert)						

Lösung für $199 \leq N \leq 201$; Extraktionskriterium: Hauptachsenanalyse, Eigenwerte > 1 ; aufgekl. Gesamtvarianz $s^2_{\text{Gesamt}} = 40.92\%$; Verlauf der Eigenwerte λ : 2.22, 0.68

Anhang C: Tabellen der Zusammenhangs- und Vergleichsanalysen

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle C-1: Vergleichsanalysen der Engagementbereitschaften in Abhängigkeit des Gesundheitszustandes (N=94) (t-Test für unabhängige Stichproben, Fallausschluss listwise).....	C-1
Tabelle C-2: Vergleichsanalysen der Engagementbereitschaften von Mitarbeitern von Krankenversicherungen (N=167) (t-Test für unabhängige Stichproben, Fallausschluss listwise).....	C-1
Tabelle C-3: Vergleichsanalysen der Engagementbereitschaften in Abhängigkeit des Informationsgrades (N=484) (t-Test für unabhängige Stichproben, Mediansplit: niedriger Informationsgrad < 3,9; hoher Informationsgrad >= 4, Fallausschluss listwise)	C-2
Tabelle C-4: Zusammenhang der Verteilungsprinzipien mit personalen Einflussfaktoren (Fallausschluss listwise).....	C-3
Tabelle C-5: Vergleichsanalysen der Verteilungsgerechtigkeiten in Abhängigkeit des Gesundheitszustandes (N=94) (t-Test für unabhängige Stichproben, Fallausschluss listwise).....	C-3
Tabelle C-6: Vergleichsanalysen der Verteilungsgerechtigkeiten in Abhängigkeit der subjektiv zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel (N=377) (t-Test für unabhängige Stichproben, Fallausschluss listwise).....	C-4
Tabelle C-7: Vergleichsanalysen der Verteilungsgerechtigkeitsurteile in Abhängigkeit des Versichertenstatus (N=192) (t-Test für unabhängige Stichproben, Fallausschluss listwise).....	C-4
Tabelle C-8: Zusammenhang der Verteilungsgerechtigkeitsprinzipien und ausgewählten Bevölkerungsgruppen	C-5
Tabelle C-9: Zusammenhang der Verantwortungszuschreibungen und Variablen des Eigeninteresses.....	C-5
Tabelle C-10: Zusammenhang der Verursachungszuschreibungen und Variablen des Eigeninteresses.....	C-6
Tabelle C-11: Vergleichsanalysen der Engagementbereitschaften in Abhängigkeit der Fragebogenversion (N=292) (t-Test für unabhängige Stichproben, Fallausschluss listwise).....	C-6
Tabelle C-12: Vergleichsanalysen der Verteilungsgerechtigkeiten in Abhängigkeit der Fragebogenversion (N=292) (t-Test für unabhängige Stichproben, Fallausschluss listwise).....	C-7

Tabelle C-1: Vergleichsanalysen der Engagementbereitschaften in Abhängigkeit des Gesundheitszustandes (N=94) (t-Test für unabhängige Stichproben, Fallausschluss listwise)

Variable	M	SD	T	p	d
Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (guter Gesundheitszustand)	3.99	.91	-2.16* (df=89)	.03	-0.46
Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (schlechter Gesundheitszustand)	4.42	.96			
Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem (guter Gesundheitszustand)	3.13	1.18	-2.61* (df=89)	.01	-0.55
Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem (schlechter Gesundheitszustand)	3.77	1.14			
Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen (guter Gesundheitszustand)	4.04	1.36	0.61 (df=89)	.54	-
Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen (schlechter Gesundheitszustand)	3.88	1.22			
Bereitschaft, für ein gerechtes System auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (guter Gesundheitszustand)	3.11	1.54	1.20 (df=89)	.23	-
Bereitschaft, für ein gerechtes System auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (schlechter Gesundheitszustand)	2.73	1.44			

Tabelle C-2: Vergleichsanalysen der Engagementbereitschaften von Mitarbeitern von Krankenversicherungen (N=167) (t-Test für unabhängige Stichproben, Fallausschluss listwise)

Variable	M	SD	T	p	d
Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (Mitarbeiter Krankenversicherung)	4.42	1.04	3.36** (df=165)	.00	0.52
Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (¬ Mitarbeiter Krankenversicherung)	3.90	.97			
Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem (Mitarbeiter Krankenversicherung)	3.60	1.37	2.59* (df=165)	.01	0.40
Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem (¬ Mitarbeiter Krankenversicherung)	3.10	1.13			

(Fortsetzung Tabelle C-2)

Variable	M	SD	T	p	d
Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen (Mitarbeiter Krankenversicherung)	3.81	1.42	-1.66 (df=165)	.09	-
Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen (¬ Mitarbeiter Krankenversicherung)	4.15	1.19			
Bereitschaft, für ein gerechtes System auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (Mitarbeiter Krankenversicherung)	2.83	1.51	-.55 (df=165)	.58	-
Bereitschaft, für ein gerechtes System auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (¬ Mitarbeiter Krankenversicherung)	2.95	1.44			

Tabelle C-3: Vergleichsanalysen der Engagementbereitschaften in Abhängigkeit des Informationsgrades (N=484) (t-Test für unabhängige Stichproben, Mediansplit: niedriger Informationsgrad < 3,9; hoher Informationsgrad >= 4, Fallausschluss listwise)

Variable	M	SD	T	p	d
Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (hoher Informationsgrad)	3.75	0.97	-6.13** (df=406)	.00	-0.62
Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (niedriger Informationsgrad)	4.35	0.95			
Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem (hoher Informationsgrad)	3.12	1.12	-2.85* (df=406)	.01	-0.30
Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem (niedriger Informationsgrad)	3.48	1.28			
Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen (hoher Informationsgrad)	3.77	1.27	-1.93 (df=406)	.06	-
Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen (niedriger Informationsgrad)	4.03	1.34			
Bereitschaft, für ein gerechtes System auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (hoher Informationsgrad)	3.05	1.43	1.87 (df=406)	.06	-
Bereitschaft, für ein gerechtes System auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (niedriger Informationsgrad)	2.77	1.45			

Tabelle C-4: Zusammenhang der Verteilungsprinzipien mit personalen Einflussfaktoren (Fallausschluss listwise)

Variable	Geschlecht	Alter	Egoismus	Altruismus	(Un-) Gerechtigkeits-sensibilität
Verteilung von Gesundheitsleistungen nach dem Bedürftigkeitsprinzip	n.s.	n.s.	-.11*	.26**	.14**
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip	n.s.	.13**	n.s.	n.s.	n.s.
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Gleichheitsprinzip	n.s.	.19**	-.15**	.25**	.20**
Verteilung von Zahlungen und Leistungen nach dem Equityprinzip	n.s.	n.s.	.18**	-.26**	n.s.

Tabelle C-5: Vergleichsanalysen der Verteilungsgerechtigkeiten in Abhängigkeit des Gesundheitszustandes (N=94) (t-Test für unabhängige Stichproben, Fallausschluss listwise)

Variable	M	SD	T	p	d
Verteilung von Gesundheitsleistungen nach dem Bedürftigkeitsprinzip (gesund)	5.21	.83	1.41 (df=92)	.16	-
Verteilung von Gesundheitsleistungen nach dem Bedürftigkeitsprinzip (nicht gesund)	4.96	.93			
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip (gesund)	4.98	1.36	0.60 (df=92)	.55	-
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip (nicht gesund)	4.81	1.39			
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Gleichheitsprinzip (gesund)	2.98	1.82	-0.46 (df=92)	.65	-
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Gleichheitsprinzip (nicht gesund)	3.15	1.81			
Verteilung von Zahlungen und Leistungen nach dem Equityprinzip (gesund)	2.43	1.23	0.59 (df=92)	.56	-
Verteilung von Zahlungen und Leistungen nach dem Equityprinzip (nicht gesund)	2.28	1.22			

Tabelle C-6: Vergleichsanalysen der Verteilungsgerechtigkeiten in Abhängigkeit der subjektiv zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel (N=377) (t-Test für unabhängige Stichproben, Fallausschluss listwise)

Variable	M	SD	T	p	d
Verteilung von Gesundheitsleistungen nach dem Bedürftigkeitsprinzip (hohe finanzielle Mittel)	5.18	.91	.91 (df=375)	.37	-
Verteilung von Gesundheitsleistungen nach dem Bedürftigkeitsprinzip (niedrige finanzielle Mittel)	5.09	.96			
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip (hohe finanzielle Mittel)	4.97	1.38	.50 (df=375)	.61	-
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip (niedrige finanzielle Mittel)	4.90	1.38			
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Gleichheitsprinzip (hohe finanzielle Mittel)	2.57	1.71	-1.08 (df=375)	.28	-
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Gleichheitsprinzip (niedrige finanzielle Mittel)	2.76	1.68			
Verteilung von Zahlungen und Leistungen nach dem Equityprinzip (hohe finanzielle Mittel)	2.40	1.17	.13 (df=375)	.89	-
Verteilung von Zahlungen und Leistungen nach dem Equityprinzip (niedrige finanzielle Mittel)	2.38	1.18			

Tabelle C-7: Vergleichsanalysen der Verteilungsgerechtigkeitsurteile in Abhängigkeit des Versichertenstatus (N=192) (t-Test für unabhängige Stichproben, Fallausschluss listwise)

Variable	M	SD	T	p	d
Verteilung von Gesundheitsleistungen nach dem Bedürftigkeitsprinzip (Gesetzlich Versicherte)	5.20	.90	2.47 (df=185)	.01	0.36
Verteilung von Gesundheitsleistungen nach dem Bedürftigkeitsprinzip (Privat Versicherte)	4.85	1.05			
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip (Gesetzlich Versicherte)	5.12	1.32	2.86 (df=185)	.01	0.42
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip (Privat Versicherte)	4.50	1.60			
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Gleichheitsprinzip (Gesetzlich Versicherte)	2.35	1.50	-1.62 (df=185)	.11	-
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Gleichheitsprinzip (Privat Versicherte)	2.74	1.78			
Verteilung von Zahlungen und Leistungen nach dem Equityprinzip (Gesetzlich Versicherte)	2.25	1.05	-1.80 (df=185)	.07	-
Verteilung von Zahlungen und Leistungen nach dem Equityprinzip (Privat Versicherte)	2.57	1.34			

Tabelle C-8: Zusammenhang der Verteilungsgerechtigkeitsprinzipien und ausgewählten Bevölkerungsgruppen

Variable	Mitarbeiter Krankenversicherung	Mitglieder in Selbsthilfegruppe
1 Verteilung von Gesundheitsleistungen nach dem Bedürftigkeitsprinzip	n.s.	n.s.
2 Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip	n.s.	n.s.
3 Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Gleichheitsprinzip	n.s.	n.s.
4 Verteilung von Zahlungen und Leistungen nach dem Equityprinzip	n.s.	n.s.

Tabelle C-9: Zusammenhang der Verantwortungszuschreibungen und Variablen des Eigeninteresses

Variable	Eigene Interessen bei der Gesundheitsversorgung	Versicherten status	Gesundheits- zustand	Finanzielle Mittel
Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf den Staat	n.s.	-.12*	n.s.	-.14*
Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf verschiedene Institutionen	-.11*	-.12*	n.s.	-.13*
Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf einzelne Bürger/ Bürgergruppen	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Zuschreibung von Verantwortlichkeit auf sich selbst	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Keine (menschliche) Verantwortlichkeit	.15**	n.s.	n.s.	n.s.

Tabelle C-10: Zusammenhang der Verursachungszuschreibungen und Variablen des Eigeninteresses

Variable	Eigene Interessen bei der Gesundheitsversorgung	Versichertenstatus	Gesundheitszustand	Finanzielle Mittel
Attribution der Verursachung auf veränderte Rahmenbedingungen	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Attribution der Verursachung auf Gesetze des Staates	n.s.	n.s.	n.s.	-.10*
Attribution der Verursachung auf Institutionen	n.s.	-.17**	n.s.	n.s.
Attribution der Verursachung auf Bürger und Bürgergruppen	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Internale Attribution auf die eigene Person	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Tabelle C-11: Vergleichsanalysen der Engagementbereitschaften in Abhängigkeit der Fragebogenversion (N=292) (t-Test für unabhängige Stichproben, Fallausschluss listwise)

Variable	M	SD	T	p	d
Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (Papier)	3.87	.88	-4.14** (df=279)	.00	-0.48
Politische Engagementbereitschaft für ein gerechtes Gesundheitssystem (Online)	4.32	.96			
Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem (Papier)	3.20	1.12	-1.52 (df=279)	.13	-
Politische Engagementbereitschaft für eigene Interessen im Gesundheitssystem (Online)	3.43	1.36			
Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen (Papier)	4.06	1.17	1.10 (df=279)	.27	-
Bereitschaft, für ein gerechtes System Gesundheitsleistungen selbst zu zahlen (Online)	3.89	1.38			
Bereitschaft, für ein gerechtes System auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (Papier)	2.86	1.39	-.98 (df=279)	.33	-
Bereitschaft, für ein gerechtes System auf Gesundheitsleistungen zu verzichten (Online)	3.03	1.50			

Tabelle C-12: Vergleichsanalysen der Verteilungsgerechtigkeiten in Abhängigkeit der Fragebogenversion (N=292) (t-Test für unabhängige Stichproben, Fallausschluss listwise)

Variable	M	SD	T	p	d
Verteilung von Gesundheitsleistungen nach dem Bedürftigkeitsprinzip (Papier)	5.14	.84	-.59 (df=282)	.56	-
Verteilung von Gesundheitsleistungen nach dem Bedürftigkeitsprinzip (Online)	5.21	.97			
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip (Papier)	4.92	1.36	.05 (df=282)	.97	-
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip (Online)	4.91	1.46			
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Gleichheitsprinzip (Papier)	2.69	1.67	.67 (df=282)	.51	-
Verteilung der Beitragszahlungen nach dem Gleichheitsprinzip (Online)	2.56	1.71			
Verteilung von Zahlungen und Leistungen nach dem Equityprinzip (Papier)	2.53	1.15	2.31* (df=282)	.02	0.28
Verteilung von Zahlungen und Leistungen nach dem Equityprinzip (Online)	2.22	1.09			

Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Schriften und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen kenntlich gemacht habe. Insbesondere habe ich für die Erstellung der Dissertation keine eigentliche Hilfe von Vermittlungs- beziehungsweise Beratungsdiensten (Promotionsberatern oder anderen Personen) in Anspruch genommen.

Die unterzeichnete Person versichert hiermit, dass

- Promotionsversuche bislang nicht unternommen wurden;
- ein Promotionsverfahren bislang nicht abgeschlossen wurde;
- die vorliegende Dissertation in gleicher oder anderer Form in einem anderen Prüfungsverfahren nicht vorgelegen hat.

Ingolstadt, den 13. April 2007

Juliane Kärcher