Verteilungspräferenzen und Akzeptanz personenbezogener Priorisierung im Gesundheitssystem – gesellschaftliche Einstellungen im internationalen Vergleich

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Fakultät I: Bildungs- und Sozialwissenschaften

vorgelegt von

Frau Jana Rogge (geb. Keller)

Geboren am 21.11.1982 in Berlin

Erstgutachter:	Prof. Dr. Bernhard Kittel, Universität Wien Fakultät für Wirtschaftswissenschaften Institut für Wirtschaftssoziologie
Zweitgutachter:	Prof. Dr. Gisela C. Schulze, Universität Oldenburg Fakultät für Bildungs- und Sozialwissenschaften Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

Tag der Einreichung: 09.04.2015

Tag der Disputation: 06.07.2015

Danksagung

Ein großer Dank gilt zunächst meinem Doktorvater Prof. Dr. Bernhard Kittel für die intensive Betreuung meiner Arbeit. Bei Fragen und Unsicherheiten erhielt ich stets hilfreiche Ratschläge und Anregungen. Darüber hinaus habe ich sowohl in den Jahren vor der Dissertation als auch während der Dissertationsphase viel von Prof. Kittel gelernt und bin dafür überaus dankbar und hoffe, dass wir in Zukunft noch häufig Gelegenheit zur Zusammenarbeit haben werden.

Ich bedanke mich außerdem bei meiner Doktormutter Prof. Dr. Gisela C. Schulze. Auch sie stand mir in der gesamten Promotionszeit mit Rat und Tat zur Seite und sprach mir in schwierigen Momenten immer wieder Mut zu. Besonders dankbar bin ich dafür, dass sie mir in intensiven Arbeitsphasen häufig Freiräume im Rahmen meiner Mitarbeitertätigkeit geschaffen hat, ohne die eine Fertigstellung der Dissertationsschrift in der Kürze der Zeit kaum möglich gewesen wäre.

Mein Dank gilt auch Patrick Kittler, der sich im Laufe des Promotionsprozesses immer wieder die Zeit genommen hat, Teile der Arbeit Korrektur zu lesen.

Ein besonderer Dank gilt meinem Ehemann Arne Rogge. Er hat mich in den vergangenen Jahren stets unterstützt und aufgebaut. Ohne seine Gelassenheit, sein Verständnis und seinen Humor hätte ich die schwierige Promotionszeit kaum überstanden.

Zum Schluss möchte ich mich besonders bei meinen Eltern Wolfgang und Helga Keller für den Rückhalt, den sie mir auch in schwierigen Lebensphasen stets geschenkt haben danken.

Vielen Dank auch an all die anderen, die mich während meiner Promotionszeit durch wissenschaftlichen Austausch oder emotionale Unterstützung begleitet haben, die hier jedoch nicht namentlich aufgeführt wurden.

Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis ..... **iv**

Abkürzungsverzeichnis ..... **viii**

1 Einleitung **1**

2 Strategien zur Verteilung knapper Gesundheitsressourcen **6**

2.1 Rationalisierung, Rationierung, Priorisierung 7

2.2 Explizite Priorisierungsbemühungen und ihre Umsetzung in der Praxis 12

2.2.1 Priorisierung durch festgelegte Rahmenprinzipien 12

2.2.2 Priorisierung durch explizite Festlegung der Gesundheitsleitungen 21

2.3 Finanzielle Nachhaltigkeit der Priorisierungsbemühungen 32

3 Soziale Gerechtigkeitsforschung **35**

3.1 Normative vs. empirische Gerechtigkeitsforschung 36

3.2 Informationspunkte sozialer Gerechtigkeit 40

4 Normative Gerechtigkeitstheorien **45**

4.1 Gleichbehandlung und Bedarfsorientierung 46

4.2 Erworbene Ansprüche 50

4.3 Maximierung des durchschnittlichen Nutzens 52

4.4 Gerechtigkeitspluralismus 54

4.4.1 Lokale Gerechtigkeit 55

4.4.2 Berücksichtigung der Beziehungsformen 58

4.4.3 Maximierung von Lebenschancen 60

4.5 Relevanz der normativen Theorien 64

5 Empirische Gerechtigkeitsforschung **66**

5.1 Normative Theorieprüfung 67

5.2 Gesellschaftliche Verteilungspräferenzen 70

5.2.1 Divergierende Präferenzen durch variierenden Entscheidungskontext 71

5.2.2 Divergierende Präferenzen durch variierende individuelle und kulturelle Kontextfaktoren 78

5.3 Deskriptive Theorien lokaler Gerechtigkeit 92

5.4 Relevanz der empirischen Ergebnisse 96

6 Personenbezogene Priorisierung 100
6.1 Alter 103
6.2 Gesundheitsbezogener Lebensstil 111
6.3 Soziale Rolle 118
6.4 Relevanz der Erkenntnisse 126
7 Fragestellungen und Hypothesen 128
8 Empirische Analyse 141
8.1 Datenbeschreibung 141
8.2 Analysemethoden 142
8.2.1 Makroanalysen 143
8.2.2 Mikroanalysen 145
8.2.3 Cross-Level-Analysen 147
8.3 Operationalisierungen 148
8.3.1 Verteilungspräferenzen der Bevölkerung 148
8.3.2 Akzeptanz personenbezogener Priorisierungskriterien 149
8.3.3 Zentrale unabhängige Variablen 151
9 Gesellschaftliche Präferenzen bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen 158
9.1 Makroanalyse 159
9.1.1 Deskriptive Analyse 159
9.1.2 Multivariate Analyse 163
9.2 Mikroanalyse 169
9.2.1 Länderanalysen 169
9.2.2 Ländervergleichende Analyse 178
9.3 Cross-Level-Analyse 187
9.4 Zusammenfassung der Erkenntnisse zu den gesellschaftlichen Verteilungspräferenzen 193
10 Gesellschaftliche Akzeptanz personenbezogener Priorisierungskriterien 196
10.1 Gesundheitsbezogener Lebensstil 196
10.1.1 Makroanalyse 197
10.1.2 Mikroanalyse 206
10.1.3 Cross-Level-Analyse 217
10.1.4 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Akzeptanz des gesundheitsbezogenen Lebensstils als Priorisierungskriterium 221

10.2 Alter 223
10.2.1 Makroanalyse 223
10.2.2 Mikroanalysen 231
10.2.3 Cross-Level-Analyse 240
10.2.4 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Akzeptanz des Alters als Priorisierungskriterium 241
10.3 Familiäre Verantwortung 243
10.3.1 Makroanalyse 243
10.3.2 Mikroanalysen 250
10.3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Akzeptanz der familiären Verantwortung als Priorisierungskriterium 260

11 Diskussion und Ausblick 262
11.1 Zusammenfassung und Diskussion 262
11.2 Ausblick 272

12 Literaturverzeichnis 277

13 Eidesstattliche Erklärung 295

14 Anhang 296
14.1 Nähere Beschreibung der Experimente 296
14.2 Ergänzende Tabellen und Abbildungen zu den empirischen Analysen 298

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen

Tabelle 1: Wohlfahrtsstaatenregimetypen nach Esping-Andersen (1990) 86
Tabelle 2: Studien zur gesellschaftlichen Akzeptanz des Patientenalters als Priorisierungskriterium 109
Tabelle 3: Studien zur gesellschaftlichen Akzeptanz des gesundheitsbezogenen Lebensstils als Priorisierungskriterium 116
Tabelle 4: Studien zur gesellschaftlichen Akzeptanz der sozialen Rolle als Priorisierungskriterium. Indikator: sozioökonomische Position des Patienten 124
Tabelle 5: Studien zur gesellschaftlichen Akzeptanz der sozialen Rolle als Priorisierungskriterium. Indikator: familiäre Verantwortung des Patienten 125
Tabelle 6: Zugang zu öffentlicher Gesundheitsversorgung trotz gesundheitsschädigenden Verhaltens 149
Tabelle 7: Wer soll Herzoperation erhalten? Priorisierungskriterium: Lebensstil 150
Tabelle 8: Wer soll Herzoperation erhalten? Priorisierungskriterium: Alter 151
Tabelle 9: Wer soll Herzoperation erhalten? Priorisierungskriterium: familiäre Verantwortung 151
Tabelle 10: Codierung Wohlfahrtsstaatenregimetyp nach Befragungsland 152
Tabelle 11: Index staatlich bereitgestellte Gesundheitsleistungen 153
Tabelle 12: Operationalisierung unabhängige Variablen Mikro- und Cross-Level-Analysen 155
Tabelle 13: Beta-Regression, Einflussfaktoren Bevölkerungsanteil mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz 166
Tabelle 14: Veränderungen im vorhergesagten Bevölkerungsanteil mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp 167
Tabelle 15: Logistische Regression: Einflussfaktoren Bedarfs- und Gleichheitspräferenz bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen 176
Tabelle 16: Ländervergleichende und Fixed-Effekt-Modelle: Einflussfaktoren Bedarfs- und Gleichheitspräferenz bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen 180
Tabelle 17: Veränderungen vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten für Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz nach individuellen Einflussfaktoren 185
Tabelle 18: Vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten für Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz nach Geschlecht und Wohlfahrtsstaatenregimetyp 190
Tabelle 19: Vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten für Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz nach Raucher/Nichtraucher und Wohlfahrtsstaatenregimetyp 192
Tabelle 20: Beta-Regression: Einflussfaktoren Anteil der Bevölkerung, der den gesundheitsbezogenen Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptiert 203
Tabelle 21: Veränderungen im vorhergesagten Bevölkerungsanteil, der den Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptiert nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp 204
Tabelle 22: Veränderungen im vorhergesagten Bevölkerungsanteil, der den Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptiert nach Umfang der staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen 206
Tabelle 23: Logistische Regression: Einflussfaktoren Akzeptanz gesundheitsbezogener Lebensstil als Priorisierungskriterium 210

Tabelle 24: Ländervergleichende und Cross-Level-Modelle: Einflussfaktoren Akzeptanz gesundheitsbezogener Lebensstil als Priorisierungskriterium 215
Tabelle 25: Beta-Regression, Einflussfaktoren Anteil der Bevölkerung, der Alter als Priorisierungskriterium akzeptiert 228
Tabelle 26: Veränderungen im vorhergesagten Zustimmungsanteil zur Alterspriorisierung nach Arbeitslosenquote und Durchschnittseinkommen 230
Tabelle 27: Logistische Regression: Einflussfaktoren Akzeptanz Alter als Priorisierungskriterium 234
Tabelle 28: Ländervergleichende und Fixed-Effekt-Modelle: Einflussfaktoren Akzeptanz Alter als Priorisierungskriterium 239
Tabelle 29: Beta-Regression, Einflussfaktoren Anteil der Bevölkerung, der familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium akzeptiert 248
Tabelle 30: Logistische Regression: Einflussfaktoren Akzeptanz familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium 254
Tabelle 31: Ländervergleichende und Fixed-Effekt-Modelle: Einflussfaktoren Akzeptanz familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium 257
Tabelle 32: Veränderungen vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten für Zustimmung zur Priorisierung aufgrund von familiärer Verantwortung nach individuellen Einflussfaktoren 259
Tabelle 33: Operationalisierung der Kontrollvariablen 298
Tabelle 34: Deskriptive Statistik Makroanalysen 300
Tabelle 35: Deskriptive Statistik Mikro- und Cross-Level-Analysen (Dummy-Variablen) 301
Tabelle 36: Deskriptive Statistik Mikro- und Cross-Level-Analysen (metrische Variablen) 301
Tabelle 37: Lineare Regression, Einflussfaktoren Anteil der Bevölkerung mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz 302
Tabelle 38: Lineare Regression, Einflussfaktoren Anteil der Bevölkerung, der Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptiert 303
Tabelle 39: Einflussfaktoren Anteil der Bevölkerung, der Alter als Priorisierungskriterium akzeptiert 303
Tabelle 40: Einflussfaktoren Anteil der Bevölkerung, der familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium akzeptiert 304
Tabelle 41: Multiple Imputation; Mikroanalyse: Einflussfaktoren Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen 305
Tabelle 42: Multiple Imputation; Mikroanalyse: Einflussfaktoren Akzeptanz Lebensstil als Priorisierungskriterium 307
Tabelle 43: Multiple Imputation; Mikroanalyse: Einflussfaktoren Akzeptanz Alter als Priorisierungskriterium 309
Tabelle 44: Multiple Imputation; Mikroanalyse: Einflussfaktoren Akzeptanz familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium 311
Tabelle 45: Multiple Imputation; Ländervergleichende und Fixed-Effekt-Modelle: Einflussfaktoren Bedarfs- und Gleichheitspräferenz bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen 313
Tabelle 46: Multiple Imputation; ländervergleichende und Fixed-Effekt-Modelle: Einflussfaktoren Akzeptanz Lebensstil als Priorisierungskriterium 315

Tabelle 47: Multiple Imputation; ländervergleichende und Fixed-Effekt-Modelle: Einflussfaktoren Akzeptanz Alter als Priorisierungskriterien 317
Tabelle 48: Multiple Imputation; ländervergleichende und Fixed-Effekt-Modelle: Einflussfaktoren Akzeptanz familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium 318

Abbildungen

Abbildung 1: Erklärungsmodell Verteilungspräferenzen im Gesundheitssystem/Akzeptanz personenbezogener Priorisierung 130
Abbildung 2: Anteil an Befragten mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz 158
Abbildung 3: Anteil der Befragten mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz nach Befragungsland 160
Abbildung 4: Durchschnittlicher Anteil der Befragten mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp 161
Abbildung 5: Durchschnittlicher Anteil der Befragten mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz nach Ausmaß der Dekommodifizierung von Gesundheitsleistungen 162
Abbildung 6: Bevölkerungsanteil mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp und Dekommodifizierung von Gesundheitsleistungen 162
Abbildung 7: Test auf Betaverteilung der Daten (Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz) 163
Abbildung 8: Residuen vs. vorhergesagte Werte für Bevölkerungsanteil mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz 164
Abbildung 9: Veränderungen des relativen Bevölkerungsanteils mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp 167
Abbildung 10: Plot Modell 3 Tabelle 16 184
Abbildung 11: ROC-Kurve Modell 5 Tabelle 16 188
Abbildung 12: Plot Modell 5 Tabelle 16 für CLI 190
Abbildung 13: Anteil der Befragten, der den gesundheitsbezogenen Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptiert 197
Abbildung 14: Anteil der Befragten, die den gesundheitsbezogenen Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptieren nach Befragungsland 198
Abbildung 15: Durchschnittlicher Anteil der Befragten, die den gesundheitsbezogenen Lebensstil akzeptieren nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp 199
Abbildung 16: Durchschnittlicher Anteil der Befragten, die den gesundheitsbezogenen Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptieren nach Ausmaß der Dekommodifizierung von Gesundheitsleistungen 200
Abbildung 17: Test auf Betaverteilung der Daten (Lebensstil) 201
Abbildung 18: Residuen vs. vorhergesagte Werte für den Bevölkerungsanteil, der den Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptiert 201
Abbildung 19: Veränderungen relativer Bevölkerungsanteil, der den Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptiert nach Wohlfahrtsstaatentyp 205
Abbildung 20: ROC-Kurve Modell 6 Tabelle 24 218

Abbildung 21: Plot Cross-Level-Interaktionen Modell 6 Tabelle 24 219
Abbildung 22: Bevölkerungsanteil Raucher nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp 220
Abbildung 23: Anteil an Befragten, die angaben, dass die Regierung für die Gesundheitsversorgung aller Kranken verantwortlich ist nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp 221
Abbildung 24: Anteil der Befragten, die das Alter als Priorisierungskriterium akzeptieren 223
Abbildung 25: Bevölkerungsanteil, der das Alter als Priorisierungskriterium akzeptiert, nach Befragungsland 224
Abbildung 26: Bevölkerungsanteil, der das Alter als Priorisierungskriterium akzeptiert, nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp 225
Abbildung 27: Bevölkerungsanteil, der Alterspriorisierung akzeptiert, nach Ausmaß an staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen 225
Abbildung 28: Test auf Betaverteilung der Daten (Alter) 226
Abbildung 29: Residuen vs. vorhergesagte Werte für Bevölkerungsanteil, der das Alter als Priorisierungskriterium akzeptiert 226
Abbildung 30: Veränderungen relativer Bevölkerungsanteil, der das Alter als Priorisierungskriterium akzeptiert nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp 229
Abbildung 31: ROC-Kurve Modell 5 Tabelle 30 240
Abbildung 32: Anteil der Befragten, der familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium akzeptiert 243
Abbildung 33: Anteil der Befragten, der familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium akzeptiert nach Befragungsland 244
Abbildung 34: Durchschnittlicher Anteil der Befragten, der familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium akzeptiert nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp 245
Abbildung 35: Durchschnittlicher Anteil der Befragten, die familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium akzeptieren nach Ausmaß an staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen 245
Abbildung 36: Test auf Betaverteilung der Daten (familiäre Verantwortung) 246
Abbildung 37: Residuen vs. vorhergesagte Werte für Bevölkerungsanteil, der familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium akzeptiert 246
Abbildung 38: Veränderungen relatives Anteilsverhältnis Akzeptanz familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp (Ref. liberal) 249
Abbildung 39: Kerndichteschätzung Bevölkerungsanteil mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz 302

Abkürzungsverzeichnis

CLI	Cross-Level-Interaktion
AUC	Area Under The Curve
CT	Conditional-Treatment
GDP	Gross Domestic Product
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ISSP	International Social Survey Programme
LSDV	Least-Square-Dummy-Variable
MCAR	Missing Completely At Random
MICE	Multiple imputation by chained equations
NAC	National Advisory Committee
NHC	National Health Committee
NHI	National Health Insurance
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NLHS	National List of Health Service
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
OHP	Oregon Health Plan
OHSC	Oregon Health Service Commission
PCT	Primary Care Trust
PPP	Purchasing power parity
QALY	Quality-adjusted life-year
RCT	Rational-Choice-Theory
ROC	Receiver Operating Characteristics
RPR	Relative Proportion Ratios

VIF	Variance Inflation Factor
WST	Wohlfahrtsstaatenregimetyp
ZEKO	Zentrale Ethik Kommission

1 Einleitung

Immer dann, wenn es in modernen Gesellschaften zu wirtschaftlichen, politischen oder sozialen Veränderungen kommt, in deren Folge Verteilungskonflikte entstehen, eröffnet sich daraus ein öffentlicher Diskurs über Fragen der sozialen Gerechtigkeit (Liebig et al. 2004: 7). Einer solchen Veränderung stehen die Gesundheitssysteme der westlichen Gesellschaften in den kommenden Jahren gegenüber. Bedingt durch die zunehmende Bevölkerungsalterung und den medizinisch-technischen Fortschritt wird das in den westlichen Gesellschaften bestehende Finanzierungsproblem der Gesundheitssysteme derart zunehmen, dass eine Verteilung von Gesundheitsressourcen nach Bedarf kaum noch möglich sein wird (Bobbert 2003: 7; Fuchs 2011: 1356). In westlichen Staaten mit öffentlich finanzierten Gesundheitssystemen ist das Angebot an innovativen und fortschrittlichen Gesundheitstechnologien größer als die Ressourcen, welche zu deren Finanzierung vorhanden sind. Die rasche Entwicklung von neuen Gesundheitstechnologien führt zu einem jährlichen Anstieg der staatlichen Gesundheitshausgaben von zwei bis vier Prozent (Shani et al. 2000: 184). Prognosen zeigen, dass die Kostendeckung für die nachgefragten medizinischen Leistungen nicht durch Beitrags- oder Steuererhöhungen gedeckt werden können (Beske 2010: 3), insofern stellt sich nicht länger die Frage, ob explizite Priorisierungsentscheidungen getroffen werden müssen, sondern lediglich wie diese erfolgen sollen (Staber & Rothgang 2010: 16; Marckmann 2010: 12).

Aber auch wenn Priorisierungsentscheidungen nicht die vollständige Lösung für das Finanzierungsproblem der Gesundheitssysteme darstellen können, herrscht in der Literatur weitestgehend Einigkeit darüber, dass explizite Priorisierung die Möglichkeit bietet, knappe und unteilbare Gesundheitsressourcen möglichst fair und transparent zu rationieren (Fuchs 2011: 1356; Sabik & Lie 2008: 1). Dennoch kann die Priorisierung eines Patienten oder einer Patientengruppe nicht ohne die Benachteiligung der Outgroup erfolgen. Die bevorzugte Behandlung einer bestimmten Klientel führt zwangsläufig zur nachrangigen Versorgung von Individuen, welche dieses Priorisierungskriterien nicht erfüllen.

„In a situation of finite healthcare resources we have to get used to the thought that anything we offer for one patient unavoidably is taken from another“ (Björnståhl 2004: 1835).[1] Dieser

[1] Verteilungsentscheidungen, bei welchen entschieden werden muss, welcher von zwei Patienten eine Behandlung (unteilbares Gut) erhält, die beide dringend benötigen, liegt das spieltheoretische Konzept eines Zweipersonen-Nullsummenspiels zugrunde (Schirma & Michailakis 2011: 273). Spieltheoretisch ausgedrückt verliert einer der beiden Patienten exakt das, was der andere gewinnt (Holler & Illing 2009: 55).

Hintergrund verdeutlicht, dass explizite Priorisierungsregelungen unweigerlich Fragen der sozialen Gerechtigkeit inkludieren (Fuchs 2011: 1356).

Die Forderungen nach offenen Debatten, an deren Ende transparente und allgemeingültige Priorisierungsregelungen stehen, werden jedoch nicht nur aufgrund der zunehmenden finanziellen Notwendigkeit immer lauter (Rothgang et al. 2004: 207). Eine verdeckte und willkürliche (implizite) Priorisierung, wie sie in vielen Staaten auf der Mikro- und Mesoebene praktiziert wird, führt aufgrund von fehlender Transparenz und Nachvollziehbarkeit von Verteilungsentscheidungen zu Ungerechtigkeitsbewusstsein und in dessen Folge zu einem Vertrauensverlust der Bevölkerung in das Gesundheitssystem (Fuchs 2011: 1357; Winkelhage 2011: 6; Tragakes & Vienonen 1998: 4). Erkenntnisse aus der empirischen Gerechtigkeitsforschung zeigen jedoch, dass soziale Gerechtigkeit eben nicht nur danach beurteilt wird, wie Ressourcen verteilt werden. Von Relevanz ist ebenfalls, wie die einzelnen Verteilungen zustande gekommen sind (Verfahrensfairness). Zahlreiche Studien in unterschiedlichen Kontexten konnten belegen, dass Individuen eher bereit sind, für sie nachteilige Entscheidungen zu akzeptieren, wenn diese aus einem fairen Entscheidungsverfahren resultieren (z. B. Liebig & May 2009; Anand 2001; Daniels & Sabin 1997; Bies et al. 1993; Kahneman et al. 1986). Ausgehend von dieser Annahme können transparente und allgemeingültige Verteilungsentscheidungen im Gesundheitssystem, welche auf expliziten Priorisierungsregelungen beruhen, dazu beitragen, dass Verteilungsentscheidungen von der Bevölkerung als gerechter empfunden werden und sich infolgedessen das Vertrauen in das Gesundheitssystem erhöht (Diederich 2011:32). Da die Möglichkeit zur Meinungsäußerung jedoch ein zentrales Kriterium der Verfahrensgerechtigkeit darstellt (Breyer 2009: 400), können Priorisierungsfestlegungen nur dann überhaupt in einem fairen Verfahren zustande kommen, wenn die Ansichten der Bevölkerung (als wichtigste Interessengruppe), den verantwortlichen Akteuren bei der Festlegung von expliziten Priorisierungskriterien bekannt sind und in geeigneter Form bei den Entscheidungen berücksichtigt werden.

Damit explizite Priorisierungsentscheidungen zur Verteilung der Gesundheitsgüter als sozial gerecht angesehen werden, sollten die festgelegten Priorisierungsprinzipien und -kriterien allerdings weitestgehend mit den in einer Gesellschaft vorherrschenden Moralvorstellungen übereinstimmen (Landwehr 2011: 36; Irlenbusch 2003: 351; Koller 2001: 26; Miller 1999: 39; Tragakes & Vienonen 1998: 5; Wegener 1992: 270). Um möglichst gerechte und legitimierte Entscheidungen darüber zu treffen, für welche Zwecke und Ziele die

gemeinschaftlich aufgebrachten knappen Gesundheitsressourcen primär verwendet werden sollten, erscheint es daher zunächst unabdingbar zu aggregieren, welche Verteilungsprinzipien im Gesundheitswesen von der Gesellschaft präferiert und welche Priorisierungskriterien akzeptiert werden (Zentrale Ethikkommission 2007: 2753).

In der Gerechtigkeitsliteratur existieren zahlreiche Studien, in denen untersucht wurde, welche Verteilungsgerechtigkeitsvorstellungen in der Bevölkerung differenter Staaten bestehen und von welchen kulturellen und individuellen Faktoren diese abhängig sind (z. B. Arts & Gelissen 2001; Andreß & Heien 2001). Jedoch analysieren diese lediglich die allgemeinen Einstellungen von Individuen gegenüber sozialer Ungleichheit. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Untersuchungen im Bereich der experimentellen Gerechtigkeitsforschung, in denen analysiert wurde, an welchen Verteilungspräferenzen sich Individuen bei Aufteilungsentscheidungen orientieren und inwieweit diese mit den Annahmen aus normativen Gerechtigkeitstheorien vereinbar sind (z. B. Balafoutas et al. 2013; Durante & Puttermann 2009; Michelbach et al. 2003; Scott et al. 2001). Diese Studien fokussieren jedoch die Gerechtigkeitsvorstellungen von Individuen bei der Verteilung von Einkommen.

In der Gerechtigkeitsliteratur wird jedoch argumentiert, dass Individuen Verteilungsgerechtigkeitsprinzipien in Abhängigkeit zu den institutionellen Zielen anwenden. Diese institutionelle Zielbezogenheit zeigt sich dadurch, dass Individuen für Gerechtigkeitsfragen in den unterschiedlichen funktionalen Teilbereichen (Wirtschaft, Politik, Gesundheit etc.) spezifische Gerechtigkeitsprinzipien präferieren. Während Individuen z. B. bei Fragen zur sozial gerechten Verteilung von Einkommen häufig das Leistungsprinzip bevorzugen, ist zu erwarten, dass bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen vielfach das Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip präferiert wird (Liebig & May 2009: 6). Eine ähnliche Argumentation ist auch bei Miller (1999) zu finden. „Es ist wahrscheinlich, dass sowohl die intuitiven Vorstellungen von einer angemessenen Verteilung als auch die diesen Vorstellungen zugrunde liegenden tatsächlichen Verteilungspraktiken von Gut zu Gut variieren“ (Miller 1999: 106). Landwehr (2011) argumentiert darüber hinaus, dass Gesundheitsgüter besondere Eigenschaften besitzen, welche sich auf die Frage nach ihrer gerechten Verteilung auswirken. So sind Gesundheitsressourcen, anders als z. B. Einkommen, zunächst nur begrenzt teilbar und stellen heterogene Güter dar. Da der Nutzen einer Behandlung vom individuellen Empfänger der Leistung abhängig ist, ist es darüber hinaus bei Verteilungsentscheidungen im

Gesundheitswesen von äußerster Relevanz, welcher Patient welche Behandlung zu welchem Zeitpunkt erhält (Landwehr 2011: 32).

Ausgehend von den Erwartungen von Miller (1999), Liebig und May (2009) und Landwehr (2011) sollten die Ergebnisse der Studien zur Einkommensgerechtigkeit und zu den allgemeinen gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber sozialen Ungleichheiten demnach nicht ohne Prüfung verwendet werden, um Aussagen über die Einstellungen der Bevölkerung gegenüber Verteilungsfragen im Gesundheitswesen zu treffen. In Anlehnung an die vorangegangenen Ausführungen analysiert die vorliegende Arbeit daher zunächst, welche Einstellungen zur gerechten Allokation von Gesundheitsressourcen in der Bevölkerung bestehen und von welchen Faktoren diese Einstellungen abhängig sind.

Wie zuvor bereits angedeutet orientieren sich Individuen nach Liebig und May (2009) bei Verteilungsentscheidungen im Gesundheitswesen häufig am Bedarfs- und am Gleichheitsprinzip. Ausgehend von der Annahme, dass eine Verteilung nach Bedarf und Gleichheit in dem Sinne, dass jeder mit demselben medizinischen Bedarf alle notwendigen Gesundheitsressourcen erhält, in Zukunft in Frage gestellt wird, setzt sich die zweite Untersuchung gezielt mit der Frage auseinander, welche personenbezogenen Priorisierungskriterien[2] von Individuen akzeptiert werden, wenn eine Priorisierung allein anhand von medizinischen Kriterien aufgrund von Knappheit nicht mehr möglich ist.

Im Speziellen geht es im Rahmen der zweiten Untersuchung darum zu analysieren, ob das Heranziehen von den in der Literatur kontrovers diskutierten personenbezogenen Priorisierungskriterien *gesundheitsbezogener Lebensstil*, *soziale Rolle* und *Alter* – bei gleichen medizinischen Voraussetzungen zweier Patienten – zur Entscheidungsfindung von der Allgemeinheit akzeptiert wird, wenn es nicht möglich ist, beide Patienten gleichermaßen gemäß ihres medizinischen Bedarfs zu behandeln.

Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit gewonnenen Erkenntnisse über die gesellschaftlichen Einstellungen zur Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem sowie zur Akzeptanz von personenbezogenen Priorisierungskriterien können für politische Entscheidungsträger bei der Implementierung von Regeln und Vorschriften zur Allokation von knappen Gesundheitsressourcen sehr hilfreich sein (Diederich et al. 2012: 3).

[2] Die personenbezogenen Priorisierungskriterien beziehen sich im Gegensatz zu anderen Priorisierungskriterien, wie *Schwere der Erkrankung*, *Effektivität der Behandlung*, *Kosten der Behandlung* etc., direkt auf den Patienten als Person und eben nicht auf die vorliegende Erkrankung oder notwendige Behandlung.

Die Arbeit ist folgendermaßen aufgebaut:

Das an die Einleitung anschließende Kapitel 2 beschäftigt sich mit unterschiedlichen Strategien zur Verteilung von knappen Gesundheitsressourcen und grenzt diese voneinander ab. Darüber hinaus werden für die beiden in der Praxis verwendeten Priorisierungsansätze die Entwicklung und Umsetzung von Priorisierungsbemühungen in ausgewählten Staaten dargestellt und in Hinsicht auf die erreichte Zielsetzung betrachtet. In Kapitel 3 erfolgt eine Abgrenzung zwischen der normativen und empirischen Gerechtigkeitsforschung sowie eine Darstellung der in der Literatur diskutierten divergierenden Informationspunkte zur Beurteilung sozialer Gerechtigkeit. Klassifiziert nach den zuvor dargelegten Informationspunkten werden in Kapitel 4 die in der aktuellen normativen Debatte diskutierten globalen (John Rawls, Robert Nozick, John Harsanyi) und pluralistischen (Michael Walzer, David Miller, Amartya Sen) Gerechtigkeitstheorien dargestellt, deren Implikationen für ein auf diesen Theorien basierendes Gesundheitssystem abgeleitet und ihre Relevanz für die weiteren Analysen erläutert. Kapitel 5 soll einen Überblick über das Feld der empirischen Gerechtigkeitsforschung aufstellen. Zu diesem Zweck werden zunächst die drei zentralen Fragestellungen der empirischen Gerechtigkeitsforschung extrahiert und voneinander abgegrenzt. Aufbauend auf die sich daraus ergebende Klassifizierung wird im Anschluss für jeden der drei Forschungsstränge der aktuelle Forschungsstand dargestellt und dessen Relevanz für die nachfolgenden Analysen erörtert. In Kapitel 6 werden die drei in der Literatur diskutierten personenbezogenen Priorisierungskriterien – *gesundheitsbezogener Lebensstil*, *Alter* und *soziale Rolle* – erläutert und die aktuellen Erkenntnisse zur gesellschaftlichen Akzeptanz dieser Priorisierungskriterien dargelegt. Darüber hinaus wird diskutiert, auf welche präferierten Verteilungsprinzipien eine Akzeptanz dieser Kriterien möglicherweise schließen lässt. In Kapitel 7 werden auf der Grundlage des in den Kapiteln 5 und 6 dargestellten Forschungsstandes die Fragestellungen für die vorliegende Arbeit und die zu deren Untersuchung notwendigen Hypothesen abgeleitet. Im achten Kapitel werden die Datenbasis, die vorgenommenen Operationalisierungen und die für die empirische Analyse verwendeten statistischen Verfahren beschrieben. Im Anschluss daran erfolgt in den Kapiteln 9 und 10 die Darstellung der empirischen Ergebnisse zu den gesellschaftlichen Verteilungspräferenzen sowie zur gesellschaftlichen Akzeptanz der personenbezogenen Priorisierungskriterien. In Kapitel 11 werden die Erkenntnisse der empirischen Analysen aggregiert und im Konnex mit der Theorie diskutiert.

2 Strategien zur Verteilung knapper Gesundheitsressourcen

Dem Problem der Ressourcenknappheit im Gesundheitssystem kann theoretisch auf verschiedene Weisen entgegengewirkt werden. Zum einen könnten betroffene Staaten die öffentlichen Mittel, welche für die Gesundheitsversorgung verwendet werden, erhöhen. Zu bedenken ist jedoch, dass das Gesundheitswesen mit anderen Bereichen, wie Bildung oder Armutsbekämpfung, um begrenzte öffentliche Finanzmittel konkurriert (Schmidt 2010: 275; Schmidt 1996: 424). Erhöht der Staat also den Anteil der öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitssystem, müssen diese Gelder in einem anderen sozialstaatlichen Bereich eingespart werden, was wiederum zu moralischen Dilemmata führt (Marckmann 2010: 10). Da der Bedarf an Gesundheitsleistungen strukturell niemals gesättigt sein wird und neben der Gesundheit zahlreiche weitere Bedürfnisse der Bevölkerung mithilfe von öffentlichen Mitteln befriedigt werden müssen, bleibt den betroffenen Gesellschaften kaum etwas anderes übrig, als die Ausgaben für Gesundheitsleistungen zu begrenzen (Schmidt 1996: 424).[3]

Zum anderen könnten die Staaten versuchen, fehlende Mittel für die Gesundheitsversorgung durch Beitrags- oder Steuererhöhungen auszugleichen (Wohlgemuth et al. 2009: 3). Prognosen für Deutschland zeigen jedoch, dass sich die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den kommenden 50 Jahren verdreifachen würden, wenn weiterhin jedem Versicherten alle medizinisch möglichen Behandlungen finanziert werden sollen (Beske 2010: 3). In anderen Staaten wird diese Prognose, ob es sich nun um beitrags- oder steuerfinanzierte Gesundheitssysteme handelt, kaum anders ausfallen. Die Problematik stellt sich in allen westlichen Gesellschaften gleich dar (Sabik & Lie 2008: 1). Bedingt durch den medizinisch-technischen Fortschritt, den demografischen sowie epidemiologischen Wandel und dem resultierenden steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen wird die Differenz zwischen den Einnahmen und Ausgaben der Gesundheitssysteme stetig größer (Landwehr 2011: 33; ZEKO 2007: 2). Da eine Finanzierung der steigenden Kosten im Gesundheitssystem aufgrund der angesprochenen Prognosen für die Bevölkerung nicht zumutbar und eine Erhöhung der öffentlichen Mittel für die Gesundheitsversorgung nicht ohne finanzielle Kürzungen anderer sozialstaatlicher Leistungen möglich wäre, stellt sich die Frage, durch welche anderen Maßnahmen dem zunehmenden Finanzierungsproblem der Gesundheitssysteme entgegengewirkt werden kann.

[3] Dieses Vorgehen wird auch als primäre Rationierung bezeichnet (Breyer 2012: 655).

In der Literatur werden drei Strategien zur Verteilung von knappen Gesundheitsressourcen, welche in unterschiedlichen Proportionen auch in der Praxis Verwendung finden, diskutiert. Diese Strategien werden im folgenden Abschnitt dargestellt und erläutert.

2.1 Rationalisierung, Rationierung, Priorisierung

Rationalisierungen und Rationierungen stellen konkrete Strategien für den Umgang mit finanziellen Problemen dar. In einem Rationalisierungsprozess werden der Bevölkerung zunächst jene Gesundheitsleistungen entzogen, die unwirksam oder weniger wirksam sind als alternative Behandlungsformen mit gleichen Kosten oder nicht als wirksamer gelten als kostengünstigere Alternativen. Rationalisierungen verfolgen somit in erster Linie das Ziel der Effizienzsteigerung, ohne dass Patienten Behandlungsmethoden verwehrt werden, die sie aus medizinischer Sicht benötigen. Charakteristisch für Rationalisierungen ist jedoch, dass die durch sie verwendeten Reserven irgendwann aufgebraucht sind, während die Ausgaben im Gesundheitssystem weiter steigen (Kamm 2006: 22). Können die steigenden Kosten nicht mehr durch Rationalisierungen ausgeglichen werden, sind Rationierungen erforderlich.

Von Rationierungen spricht man dann, wenn „eine Gesundheitsleistung über das öffentlich finanzierte Gesundheitssystem nicht gewährt wird, obwohl sie einen positiven Nutzen hat“ (Rothgang et al. 2004: 207). Rationierungen können in expliziter oder impliziter Weise erfolgen. Implizite Rationierung benennt das verdeckte und häufig willkürliche Vorenthalten von medizinisch sinnvollen Behandlungsmethoden durch die Akteure auf der Mikroebene (Rationierung am Krankenbett) aufgrund von vorgegebenen begrenzten Budgets (Breyer 2012: 656; Rothgang et al. 2004: 207). Da keine Gesellschaft jemals dazu in der Lage gewesen ist, derartig viele Gesundheitsressourcen zur Verfügung zu stellen, dass jeder Bedarf durch das öffentlich finanzierte Gesundheitssystem gedeckt wird, hat Rationierung auf der Meso- und Mikroebene in impliziter Form schon immer stattgefunden (Tragakes & Vienonen 1998: 9; Schmidt 1996: 424).[4]

[4] Beispiele für häufig stattfindende implizite Rationierung: Patienten werden Gesundheitsleistungen vorenthalten, indem Ihnen mitgeteilt wird, dass ihr Bedarf nicht dringend genug wäre (Rationierung durch Verleugnung). Gesundheitsdienstleister stimmen einer Behandlung nur bei Patienten zu, bei denen der erwartete Behandlungseffekt sehr groß ist (Rationierung durch Selektion). Patienten werden zu anderen Gesundheitsdienstleistern geschickt oder es werden ihnen andere Behandlungsmethoden vorgeschlagen (Rationierung durch Ablenkung). Schließlich werden Patienten durch lange Wartezeiten für bestimmte Versorgungsleistungen abgeschreckt (Rationierung durch Verzögerung) oder die Behandlungs- oder Interventionsdauer wird verkürzt (Rationierung durch Abbruch) (Tragakes & Vienonen 1998: 9).

Von einer expliziten Rationierung hingegen wird dann gesprochen, wenn wirksame medizinische Leistungen durch nationale oder regionale Regierungen auf der Makroebene aus dem Leistungskatalog eines Gesundheitssystems ausgenommen sind. Bei expliziten Leistungsbegrenzungen erfolgt die Verteilung der Gesundheitsressourcen demnach anhand von verbindlich formulierten und allgemeingültigen Kriterien oberhalb der Arzt-Patienten-Beziehung. Die Verantwortung für die Verteilungsentscheidungen trägt die Planungsebene des Gesundheitswesens und nicht wie bei der impliziten Rationierung der behandelnde Arzt (Marckmann 2010: 12).

Neben der Unterscheidung zwischen implizierter und expliziter Rationierung wird in der Literatur auch zwischen primärer und sekundärer Rationierung differenziert. Primäre Rationierung benennt die gesellschaftlich bewusste Regulierung der kollektiv finanzierten Gesundheitsleistungen mit dem Zweck, auch die Bedürfnisse der Bevölkerung in anderen sozialen Bereichen, wie Bildung oder Infrastruktur, zu befriedigen. Theoretisch wäre es aufgrund des medizinischen Fortschrittes heute möglich, dass gesamte Sozialprodukt in sinnvolle Gesundheitsleistungen zu investieren, jedoch ständen dann keine finanziellen Mittel für andere Bereiche zur Verfügung. Bei der primären Rationierung ist die Ressourcenknappheit im Gesundheitssystem das Ergebnis eines notwendigen rationalen Beschlusses, welcher sich aus einer allgemeinen Ressourcenknappheit ergibt (Breyer 2012: 655).

Sekundäre Rationierung bezieht sich hingegen auf die Verteilung von kurzfristig nicht vermehrbaren Ressourcen. Gemeint sind hier Gesundheitsressourcen, wie Spenderorgane, deren Verfügbarkeit nicht durch finanzielle Ressourcen reguliert werden kann, oder Betten auf der Intensivstation, deren Knappheit die Konsequenz einer primären Rationierung darstellt (Breyer 2012: 655). Sekundäre Rationierungsentscheidungen sind aufgrund ihres Nullsummenspielcharakters generell tragischer Natur (Calabresi & Bobbit 1978).

Wenn es zu expliziten Rationierungen kommt (primärer oder sekundärer Natur), bilden Priorisierungsentscheidungen die erforderliche Vorstufe für eine sinnvolle und effektive Rationierung (Breyer 2012: 652; Wohlgemuth et al. 2009: 5).[5] Priorisierung bedeutet die Festlegung der Kriterien der Rationalisierung oder Rationierung und bildet die notwendige Voraussetzung für geplante Leistungsbegrenzungen.[6] Der Begriff bezeichnet also die

[5] Als sinnvoll werden Rationierungen dann angesehen, wenn die eingesparten Mittel mit einem höherem Nutzen an anderer Stelle verwendet werden (Rothgang et al. 2004: 207).

[6] Im Normalfall beinhaltet Priorisierung eine festgelegte Präferenzfolge. Indikatoren, welche im gesellschaftlichen Konsens die höchste Priorität besitzen, stehen auf der obersten Stufe, während sich

ausdrückliche Bestimmung von vorrangigen Indikatoren, wie speziellen Patientengruppen, Versorgungsbereichen, Gesundheitszielen oder Behandlungsmethoden (Breyer 2012: 654; Marckmann 2010: 12; Tragakes & Vienonen 1998: 2).

Priorisierungsfestlegungen können horizontal und vertikal erfolgen. Vertikale Priorisierung meint die bevorzugte Behandlung von Patienten oder Patientengruppen in einem spezifischen und abgegrenzten Versorgungsbereich. Vertikale Priorisierung ermöglicht es demnach z. B. Entscheidungen dahingehend zu treffen, welcher herzkranke Patient vor anderen Herzkranken behandelt werden soll. Demgegenüber trifft horizontale Priorisierung Entscheidungen darüber, welche Patientengruppen oder Versorgungsbereiche Vorrang vor anderen haben (ZEKO 2007: 3). Allerdings sind dieser Form der Priorisierung enge Schranken gesetzt: „Horizontal priority setting is a particular challenge because of the absence of a common currency for comparing the costs and benefits of treatments for different conditions“ (Ham 1997: 53).

Durch beide Formen soll verhindert werden, dass die Rationierungen willkürlich, unfair oder unverhältnismäßig getroffen werden (ZEKO 2000: 1017). Dannecker et al. (2009), verweisen jedoch darauf, dass faire und verhältnismäßige Rationierungen nur dann zu gewährleisten sind, wenn neben den inhaltlichen Priorisierungskriterien auch formale Kriterien, wie Transparenz, Nachvollziehbarkeit, Konsistenz und demokratische Legitimation, berücksichtigt werden. Priorisierung wird darüber hinaus auch zur Mobilisierung von Effizienzreserven – also zur Rationalisierung – verwendet (Meyer 2009: 80). Um möglichst sinnvolle, gerechte und effektive Rationalisierungen und Rationierungen zu implementieren, sollten daher beiden Prozessen Priorisierungsüberlegungen vorausgehen. Priorisierungsentscheidungen können grundsätzlich auf Makro- (international, z. B. Organisationen, wie die Weltgesundheitsbehörde; national durch die Bundesregierung oder provinziell durch die Landesregierung), Meso- (regionale Gesundheitsbehörden) und Mikroebene (Klinik oder medizinisches Personal) getroffen werden (Ardal et al. 2008: 5 f.). Rationierungsentscheidungen sind hingegen immer auf der Makroebene zu treffen und müssen politisch begründet werden. Eine medizinische Begründung für Rationierungsentscheidungen ist nicht möglich, „denn medizinische Gründe, etwas medizinisch Sinnvolles nicht zu tun, gibt es nicht“ (Schmidt 1996: 424).

selbstheilende Erkrankungen sowie Behandlungsmethoden, die als unzweckmäßig oder kontraproduktiv gelten, am untersten Ende befinden (ZEKO 2007: 1019).

Sind explizite Rationierungsentscheidungen getroffen worden, stellt sich die Frage, ob es sich dabei um weiche oder harte Rationierungen handelt. Bei harten Rationierungen sind keine zusätzlichen Märkte erlaubt, die es der Bevölkerung ermöglichen, Zusatzleistungen, die nicht im Leistungskatalog enthalten sind, privat abzudecken. Harte Rationierung wird vom Gesetzgeber lediglich bei sekundären Rationierungen, wie der Organallokation, normiert. Bei weichen Rationierungen können nicht abgedeckte Gesundheitsleistungen hingegen privat erworben werden. In freiheitlichen Rechtsstaaten ist bei primären Rationierungen lediglich die weiche Rationierung denkbar (Breyer 2012: 656).

Welche Priorisierungskriterien bei Verteilungsentscheidungen über Gesundheitsressourcen für die Bevölkerung von Bedeutung sind, ist in zahlreichen Studien analysiert worden.[7] Folgt man Cappelen und Norheim (2006), lassen sich die in diesen Studien diskutierten Priorisierungsmerkmale anhand ihres Bezugsobjektes in drei Klassen differenzieren. Die erste Klasse wird von Merkmalen gebildet, die mit dem Behandlungseffekt hinsichtlich des Gesundheitszustandes des Patienten konnektiert sind (medizinische Kriterien). Zu diesen gehören Indikatoren, wie *Schwere der Erkrankung*, *Art der notwendigen Behandlung* (z. B. präventive Behandlung, akute Behandlung, Palliativmedizin) und die *Wirksamkeit der Behandlung* (Gesundheitszustand nach der Behandlung, Ausmaß der Gesundheitsverbesserung). Diverse Studien belegen, dass die *Schwere der Erkrankung* für die Mehrheit der Befragten ein akzeptiertes Priorisierungskriterium darstellt (Bowling 1996; Ryynänen 1999: 1535; Werntoft et al. 2007: 122). Wurde eruiert, ob Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen bevorzugt behandelt werden sollten, stimmten sogar 93 Prozent der Befragten zu (Diederich & Schreier 2010: 16). Die Befürwortung dieses Priorisierungskriteriums bleibt auch dann bestehen, wenn den Befragten suggeriert wird, dass die betroffenen Patienten nur in einem sehr geringen Umfang von der Behandlung profitieren werden (Bowling 1996; Ubel 1999; Green 2009). Bowling (1996) und Ryynänen et al. (1998) ermitteln darüber hinaus, dass die Bevölkerung eine Priorisierung von schwer erkrankten Personen auch dann unterstützt, wenn ihr Leben nicht mehr gerettet werden kann und lediglich palliativ-medizinische Behandlungsmaßnahmen erfolgen können (Bowling 1996: 672; Ryynänen et al. 1998: 325). Studien von Nord et al. (1995), Mossialos und King (1999), Shmueli (2000), Lees et al. (2002), Gallego et al. (2007) sowie Diederich und Schreier (2010) kommen zusätzlich zu dem Ergebnis, dass auch das medizinische

[7] Der im Folgenden dargestellte Forschungsstand zur gesellschaftlichen Akzeptanz von medizinischen und ökonomischen Priorisierungskriterien orientiert sich weitestgehend an den Literaturreviews von Dolan et al. (2005), Schwappach (2002) und Sassi et al. (2001).

Priorisierungskriterium *Wirksamkeit der Behandlung* von der breiten Mehrheit der Bevölkerung unterstützt wird. Studien, in denen die Teilnehmer aufgefordert worden sind, die angegebenen Priorisierungskriterien nach ihrer Wichtigkeit in eine Rangfolge zu bringen oder gegeneinander abzuwägen, offenbaren, dass die *Wirksamkeit der Behandlung* und die *Schwere der Erkrankung* für die Mehrheit der Befragten die beiden relevantesten Priorisierungskriterien darstellen (Dolan & Shaw 2003: 56; Green & Gerard 2009: 963).

Die zweite Gruppe bilden die ökonomischen Priorisierungskriterien. Darunter fallen Faktoren, wie die *Kosten der Behandlung* und das *Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis* (Schwappach 2002: 218). Studien, in welchen analysiert wird, ob die Bevölkerung Priorisierungsentscheidungen akzeptiert, die auf Basis von Kostenüberlegungen getroffen werden, belegen, dass dieses Kriterium lediglich von einer Minderheit geduldet wird. Die Mehrheit der Befragten lehnt eine Benachteiligung von Patienten, die kostenintensive Behandlungen benötigen, strikt ab (Nord et al. 1995: 84; Ryynänen et al. 1999: 1533; Lees et al. 2002: 51; Diederich & Schreier 2010: 28). Diese Einstellungen bleiben auch dann bestehen, wenn die Befragten darauf hingewiesen werden, dass mehr Menschen mit Gesundheitsgütern versorgt werden könnten, wenn die Behandlungskosten berücksichtigt würden (Nord et al. 1995: 85). Eine Mehrheit der Befragten stimmt einer Kostenberücksichtigung lediglich unter der Bedingung zu, dass bei der Auswahl zwischen differenten Behandlungsmöglichkeiten, welche den gleichen Nutzen versprechen, die kostengünstigere gewählt wird (Green & Gerard 2009: 957).

Personenspezifische Indikatoren,[8] wie der *gesundheitsbezogene Lebensstil*, das *Alter* und die *soziale Rolle* des Patienten bilden die dritte Klasse von Priorisierungskriterien (Schwappach 2002: 211).[9]

Diese abstrakte Beschreibung der Priorisierungsindikatoren wird im nachfolgenden Abschnitt durch die Darstellung von bereits erfolgten Priorisierungsbemühungen in acht Staaten verdeutlicht.

[8] Auf die Darstellung des aktuellen Forschungsstandes hinsichtlich der gesellschaftlichen Einstellungen zu personenbezogenen Priorisierungskriterien wird an dieser Stelle verzichtet, da dieser im Kapitel sechs ausführlich dargelegt wird.

[9] Dolan et al. (2005) verweisen darauf, dass bei Verteilungsentscheidungen, die anhand von personenspezifischen Kriterien getroffen werden, zwischen Merkmalen, die innerhalb (z. B. Rauchen) oder außerhalb (z. B. Alter) der individuellen Kontrolle liegen, differenziert werden sollte (Dolan et al. 2005: 202).

2.2 Explizite Priorisierungsbemühungen und ihre Umsetzung in der Praxis

Während sich viele Staaten trotz der offensichtlichen Notwendigkeit noch gegen öffentliche Diskussionen über explizite Rationierungsregelungen sträuben, setzen sich andere Staaten seit den 1990er Jahren intensiv mit der Thematik auseinander und haben bereits Bemühungen für Entwicklung sowie Umsetzung von expliziten Priorisierungsrichtlinien hinsichtlich der Rationierung von Gesundheitsgütern unternommen (Staber & Rothgang 2010: 17).

Sabik und Lie (2008) differenzieren die Priorisierungsbemühungen dieser Staaten dahingehend, ob Priorisierung auf Grundlage von angeordneten Rahmenprinzipien (outlining principle approach) oder durch das Festlegen von Versorgungsleistungen und Rangfolgen (defining practices approach) erfolgen soll. Anhand dieser klassifizierten Priorisierungsansätze werden in den beiden sich anschließenden Abschnitten Entscheidungsfindungsprozesse von Staaten beschrieben, in denen bereits explizite Priorisierungsbemühungen erfolgt sind.

2.2.1 Priorisierung durch festgelegte Rahmenprinzipien

Staaten, welche bei ihren Priorisierungsbemühungen diesem Ansatz folgen, definieren abstrakte Prinzipien, anhand derer die einzelnen Entscheidungsträger (auf Meso- und Mikroebene) die eigentlichen Verteilungsentscheidungen in Eigenverantwortung treffen. Zu diesen Staaten gehören Norwegen, Schweden, Dänemark und die Niederlande (Sabik & Lie 2008: 2). Dieser Priorisierungsansatz führt zu keiner expliziten Rationierung, da keine Behandlung im Vorfeld von der öffentlichen Finanzierung ausgeschlossen wird. Im kommenden Abschnitt werden die Priorisierungsbemühungen in diesen vier Staaten in kompakter Form dargestellt und die innerhalb des Prozesses festgelegten Priorisierungsprinzipien erläutert.

<u>Norwegen</u>

In Norwegen sollen alle Bürger, unabhängig vom sozialen oder ökonomischen Status die gleichen Zugangschancen zur öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung erhalten. Das Gesundheitssystem Norwegens verfolgt demnach das Prinzip des gleichberechtigten Zugangs zur Gesundheitsversorgung (Johnson 2006: 1). Ausschlaggebend für die Priorisierungsbemühungen war der wirtschaftliche Aufschwung, welchen Norwegen

während der 1970er Jahre durch die Entdeckung von Ölfeldern in der Nordsee erfahren hat. Die Regierung befürchtete, dass es infolge des neuen Wohlstandes zu unüberlegten Einsätzen der nun zur Verfügung stehenden öffentlichen Mittel kommen könnte, was wiederum zu volkswirtschaftlichen Nachteilen führen „und damit letztendlich eine weitreichende Inflation sowie größere langfristige Nachteile bei einer wirtschaftlichen Abschwächung des ökonomischen Hausse begünstigen“ (Schmitz-Luhn 2015: 54) könnte.

Um den befürchteten gedankenlosen Einsatz der öffentlichen Mittel zu vermeiden und trotz des steigenden Bedarfs an Gesundheitsressourcen für jeden Bürger weiterhin den gleichen Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (Schmitz-Luhn 2015: 54) beauftragte die Regierung 1985 eine nationale Kommission (Lönning I)[10] damit, Prinzipien zu erarbeiten, anhand derer Priorisierungsentscheidungen getroffen werden können (Busse & Hoffmann 2010: 882).

Die Kommission setzte sich aus Experten aus dem Gesundheitssystem und Vertretern der Bevölkerung zusammen. Politiker waren in der Kommission nicht vertreten (Calltorp 1999: 16). Die Kommission entschied, dass Verteilungsentscheidungen lediglich anhand des Kriteriums *Schwere der Erkrankung*, welches in fünf absteigende Priorisierungsgruppen unterteilt wurde, erfolgen solle. Priorität hat die Notfallversorgung für lebensbedrohliche Erkrankungen, gefolgt von Behandlungen, die schwere Spätfolgen verhindern. Die dritte Priorisierungsgruppe bilden Behandlungen, welche notwendig sind, um weniger schwere Spätfolgen zu verhindern. An vorletzter Stelle befinden sich Versorgungsleistungen, die einen wohltuenden Charakter besitzen. Am untersten Ende der Priorisierungsliste stehen Behandlungen, für deren Wirksamkeit es keine dokumentierten Beweise gibt (Busse & Hoffmann 2010: 882 f.; Sabik & Lie 2008: 4; Calltorp 1999: 17).

Das Priorisierungsprinzip *Schwere der Erkrankung* stellt jedoch ein Konzept dar, welches unterschiedlich interpretiert werden kann. Die Frage, ob eine Krankheit tödlich verläuft oder zu einer dauerhaften Behinderung führt, stellt dabei lediglich einen Aspekt des Kriteriums dar. Die Schwere einer Erkrankung kann jedoch überdies in Abhängigkeit vom aktuellen Gesundheitszustand des Patienten (z. B. starke Schmerzen) und der Dringlichkeit einer Behandlung gemessen werden. Priorisierungsentscheidungen, die lediglich auf diesem Priorisierungskriterium beruhen, können demnach kaum in einheitlicher Form erfolgen. So haben die Erfahrungen in Norwegen gezeigt, dass Ärzte das Kriterium stets auf die Art

[10] Die Bezeichnung geht auf den Namen der Kommissionsvorsitzenden Inge Lönning zurück (Calltorp 1999: 16).

interpretiert haben, die zur höchst möglichen Prioritätsstufe ihres Patienten geführt hat (Holm 1998: 1001).

Da die Formulierung dieses einzelnen Kriteriums das Ziel von einheitlichen und transparenten Priorisierungsentscheidungen auf der Meso- und Mikroebene nicht erreichen konnte, wurde 1997 eine zweite Nationale Priorisierungskommission mit dem Namen Lönning II einberufen. Die zweite Kommission, welche ebenso zusammengesetzt war wie die erste, kam zunächst zu dem Ergebnis, dass die Regelungen, die 10 Jahre zuvor getroffen wurden, keinen positiven Effekt erzielt haben (Calltorp 1999: 18). Die Kommission ergänzte daraufhin das Kriterium der *Schwere der Erkrankung* um die beiden Prinzipien *Wirksamkeit der Behandlung* sowie *Kosteneffektivität* und ersetzte die fünf festgelegten Priorisierungsgruppen durch vier Formen von Gesundheitsleistungen (Busse & Hoffmann 2010: 883; Sabik & Lie 2008: 4; Calltorp 1999: 18; Tragakes & Vienonen 1998: 36). Die Kommission legte fest, dass die Versorgung von Erkrankungen, bei denen das Risiko des Todes in den kommenden fünf Jahren bei mehr als fünf Prozent liegt und die Fünf-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit durch eine Behandlung um mindestens zehn Prozent steigt, vollständig vom Gesundheitssystem finanziert wird, wenn die Kosten der Behandlungen in einem vertretbaren Verhältnis zum Nutzen stehen. Alle Gesundheitsleistungen, die diese Kriterien erfüllen, fallen unter die medizinische Grundversorgung, welche nun die oberste Priorisierungsgruppe bildet (Sabik & Lie 2008: 4). An zweiter Stelle stehen die ergänzenden Gesundheitsleistungen. Darunter fällt die Versorgung von Erkrankungen, die weniger schwer sind und bei denen die *Wirksamkeit der Behandlung* nicht genau definiert ist. Kosten, die sich bei dieser Priorisierungsgruppe ergeben, sollen soweit wie möglich vom Gesundheitssystem getragen werden. An vorletzter Stelle stehen Gesundheitsleistungen mit geringer Priorität. Kosten aus dieser Gruppe sollen lediglich dann getragen werden, wenn dem Gesundheitssystem nach der Kostendeckung aus den ersten beiden Priorisierungsgruppen noch Ressourcen zur Verfügung stehen. In diese Gruppe fallen Leistungen, wie z. B. künstliche Befruchtung. Die letzte Gruppe bilden Maßnahmen, welche nicht vom Gesundheitssystem finanziert werden. Diese umfassen primär Kosten, welche durch Forschungsaktivitäten und die Erprobung neuer Behandlungsmethoden verursacht werden (Calltorp 1999: 19).

Die von der Kommission erarbeiteten Richtlinien sollten im Anschluss von den einzelnen Akteuren auf die jeweiligen Versorgungsbereiche angewandt werden, sodass letztlich einzelne Priorisierungslisten für alle Bereiche existieren (vertikale Priorisierung). Obwohl

die von der Lönning II erarbeiteten Priorisierungsprinzipien bereits Ende der 1990er Jahre in die öffentliche Priorisierungsdebatte eingebracht und vom Parlament verabschiedet wurden, wurde erst 2010 damit begonnen, aus den definierten Priorisierungsprinzipien konkrete Priorisierungslisten für einzelne Versorgungsbereiche (vertikale Priorisierung) zu entwickeln (Busse & Hoffmann 2010: 884).

Schweden

In Schweden begann die offizielle Priorisierungsdebatte mit der Einsetzung der parlamentarischen Priorisierungskommission im Jahr 1992. Diese setzte sich aus Repräsentanten der Parlamentsparteien und Experten aus verschiedenen Disziplinen (z. B. Mediziner und Gesundheitsökonomen) zusammen (Calltorp 1999: 5). Ziel der Kommission war es, grundlegende ethische Prinzipien für die Priorisierung von Leistungen im schwedischen Gesundheitssystem festzulegen (Staber & Rothgang 2010: 19; Meyer & Raspe 2009: 90), anhand derer es trotz der negativen wirtschaftlichen Aussichten und der steigenden Kosten für die Gesundheitsversorgung weiterhin möglich sei, jedem Bürger den Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (Calltorp 1999: 4). Insgesamt wurden drei fundamentale Priorisierungsprinzipien formuliert. Auf der obersten Rangstufe steht das *Prinzip der Menschenwürde* – explizit, dass alle Patienten unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status oder anderen individuellen Merkmalen die gleichen Rechte besitzen. Das zweite Prinzip bedingt, dass die zur Verfügung stehenden Mittel in den Bereichen mit der höchsten medizinischen Notwendigkeit verwendet werden (*Bedarfs- und Solidaritätsprinzip*). Auf der untersten Stufe steht das *Prinzip der Kosteneffektivität*. Die Kosten einer Behandlung sollen in einem angemessenen Verhältnis zu ihrem Nutzen stehen (Calltorp 1999: 6 f.; Tragakes & Vienonen 1998: 37). Hinsichtlich des letzten Priorisierungsprinzips war sich die Kommission jedoch darüber einig, dass die Kosten der Behandlung lediglich dann berücksichtigt werden dürfen, wenn Behandlungsmethoden für die gleiche Erkrankungsbedingungen verglichen werden (Tragakes & Vienonen 1998: 37; Sabik & Lie 2008: 5). Die formulierten Priorisierungsprinzipien bilden das Fundament für die Ableitung einer Rangordnung von Versorgungsgruppen mit unterschiedlicher Priorität (Staber & Rothgang 2010: 20; Meyer & Raspe 2009: 91). Höchste Priorität erhält die Versorgungsgruppe I. Zu dieser gehört die Behandlung von lebensbedrohlichen Erkrankungen sowie von Erkrankungen, die zur dauerhaften Beeinträchtigung oder zum vorzeitigen Tode führen, wenn keine Behandlung erfolgt. Darüber hinaus besitzen auch die

Versorgung von schweren chronischen Erkrankungen und die Palliativmedizin höchste Priorität. In der Versorgungsgruppe I hat lediglich die Versorgung von akuten lebensbedrohlichen Erkrankungen Vorrang vor den anderen Untergruppen. Auf der zweiten Stufe stehen präventive Behandlungen mit bewiesener Wirksamkeit, gefolgt von der Behandlung weniger akuter oder chronischer Erkrankungen. Auf der vorletzten Stufe befinden sich Behandlungen, die als Grenzfälle bezeichnet werden. Die niedrigste Priorität besitzt die Versorgung, welche nicht aufgrund von Erkrankungen oder Verletzungen erfolgt (Meyer & Raspe 2009: 92; Preusker 2004: 17; Tragakes & Vienonen 1998: 37). 1997 wurden die Grundprinzipien sowie die konkreten Richtlinien für die Priorisierungsentscheidungen in das schwedische Gesundheits- und Krankenversorgungsgesetz aufgenommen (Meyer & Raspe 2009: 105; Preusker 2004: 17).

Aus einem Bericht des schwedischen Zentralamtes für Gesundheits- und Sozialwesen (*Socialstyrelsen)* von 1999 geht hervor, dass die auf den formulierten Prinzipien beruhende Umsetzung der Priorisierungsregelungen auf der Mikroebene unbefriedigend verlaufen ist (Socialstyrelsen 1999: 7). Die Formulierung der Priorisierungsprinzipien kann daher zwar als eine Selbstvergewisserung fundamentaler schwedischer Wertvorstellungen verstanden werden (Meyer & Raspe 2009: 110), das eigentliche Ziel einer einheitlichen Vorgehensweise bei Verteilungsentscheidungen in den zuständigen Provinzen und Gemeinden über die einzelnen Versorgungsbereiche hinaus (horizontale Priorisierung) konnte durch sie jedoch nicht erreicht werden (Meyer & Raspe 2009: 106; Sabik & Lie 2008: 8).

Unabhängig von der Priorisierungsdebatte wurde das *Socialstyrelsen* 1997 vom Reichstag damit beauftragt, nationale Leitlinien bezüglich der relevantesten Erkrankungen und deren Behandlungsmethoden zu erstellen, welche auf den von der Priorisierungskommission formulierten Prinzipien basieren (Staber & Rothgang 2010: 20). Durch diese nationalen Leitlinien bestehen daher in Schweden zumindest für einige Versorgungsbereiche (z. B. Kardiologie) vertikale Priorisierungsregelungen, die im medizinischen Alltag Anwendung finden. Zu tatsächlich subordinationsregulativen und damit national verbindlichen horizontalen Priorisierungsleitlinien kam es hingegen nicht (Schmitz-Luhn 2015: 37).

Niederlande

In den Niederlanden begannen die Priorisierungsbemühungen Ende der 1980er Jahre mit der Einberufung des Dunning Komitees durch die niederländische Regierung. Ausschlaggebend

für die Einberufung waren die Ereignisse der frühen 1980er Jahre[11], in deren Folge es zu einem Richtungswechsel in der niederländischen Sozialpolitik kam. Zunächst kürzte die Regierung die Höhe und die Dauer jeglicher Sozialleistungen (Okma et al. 2010: 97). Nachdem durch diese Einschnitte nicht die erhofften Einsparungen erzielt werden konnten und auch die Finanzierung des Gesundheitswesens aufgrund der ökonomischen Stagnation zunehmend schwieriger wurde, war die niederländische Regierung davon überzeugt, dass es nur mithilfe von Priorisierungsregelungen möglich sei, einen bezahlbaren Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Bürger zu sichern (Marckmann 2009: 88). Die Aufgabe des Komitees lag darin, mögliche Methoden und Prinzipien für Priorisierungsregelungen zu diskutieren und auf der Grundlage dieser Überlegungen einen Entwurf zu erarbeiten, welcher es ermöglicht, etwa 95 Prozent der möglichen Gesundheitsleistungen durch das öffentliche Gesundheitssystem zu finanzieren (Busse & Hoffmann 2010: 886; Sabik & Lie 2008: 4; Tragakes &Vienonen 1998: 25). Das Fundament der Überlegungen und Diskussionen bildeten drei Überzeugungen. Zum einen war man sich darüber einig, dass es gerechter sei, allen Bürgern den Zugang zu notwendigen medizinischen Leistungen zu ermöglichen, als nur einem Teil der Bevölkerung uneingeschränkten Zugang zu allen möglichen Gesundheitsleistungen zu gewähren. Des Weiteren waren die Mitglieder des Dunning Komitees davon überzeugt, dass eine offene und demokratisch legitimierte Bestimmung der durch das öffentliche Gesundheitssystem finanzierten Leistungen einer implizierten Rationierung vorzuziehen sei, und dass bei diesen Entscheidungen sowohl die gesellschaftlichen Werte der Bevölkerung als auch die Meinungen von Experten aus dem Gesundheitssystem berücksichtigt werden müssen (Marckmann 2009: 88).

1991 veröffentlichten die Mitglieder des Dunning Komitees einen Bericht, in welchem sie darauf hinwiesen, dass sie sich dagegen entscheiden, bestimmte Gesundheitsleistungen von vornherein von der öffentlichen Finanzierung auszuschließen, um sicherzustellen, dass alle unentbehrlichen Gesundheitsleistungen ohne Hindernisse zur Verfügung gestellt werden können (Sabik & Lie 2008: 4). Um zu ermitteln, ob eine Gesundheitsleistung in das öffentlich finanzierte Gesundheitspaket aufgenommen wird oder nicht, haben sie hingegen vier Priorisierungsprinzipien entwickelt, die als Filterfragen verwendet werden (Busse & Hoffmann 2010: 886; Marckmann 2009: 88; Sabik & Lie 2008: 4; Tragakes & Vienonen 1998: 26). Den ersten Filter bildet die Frage, ob aus Sicht der Gemeinschaft eine Behandlungsnotwendigkeit besteht (*Notwendigkeit*). Diesen Filter durchlaufen alle

[11] In den Niederlanden kam es infolge der Ölkrise Anfang der 1980er Jahre zu einem ökonomischen Schock (wirtschaftliche Stagnation und hohe Arbeitslosenquote) (Okma et al. 2010: 97).

Leistungen für Menschen, die nicht für sich selbst sorgen können (z. B. ältere oder beeinträchtigte Menschen) oder deren aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben gefährdet ist (z. B. Notfallmedizin, Prävention von Infektionskrankheiten), sowie Gesundheitsleistungen, welche aufgrund der Schwere einer Erkrankung oder der Zahl der Betroffenen notwendig sind (Marckmann 2009: 88; Tragakes & Vienonen 1998: 26). Für alle Gesundheitsleistungen, die diesen ersten Filter passiert haben, wird die *Wirksamkeit der Behandlung* geprüft. Das Komitee unterscheidet hier zwischen Leistungen mit klaren, begrenzten und fehlenden Nachweisen für die Wirksamkeit (Sabik & Lie 2008: 5). Leistungen, deren Wirksamkeit nicht belegt ist, sollen nicht in das Grundleistungspaket aufgenommen werden. Der dritte Filter bezieht sich auf die zusätzliche Unterscheidung zwischen klaren und begrenzten Nachweisen der Wirksamkeit. Leistungen, welche mit hohen Kosten konnektiert sind und für die gleichzeitig nur eine begrenzte Wirksamkeit nachgewiesen wurde (*Kosteneffektivität*), sollen ebenfalls vom Grundleistungspaket ausgeschlossen werden (Marckmann 2009: 88; Tragakes & Vienonen 1998: 26). Als letzter Filter dient die individuelle Verantwortung der Versicherten (*Zumutbarkeit*). Gemeint ist hier jedoch nicht der Ausschluss von Leistungen, welche durch einen schlechten Lebensstil (wie Rauchen oder schlechte Ernährung) beansprucht werden (Sabik & Lie 2008: 5). Vielmehr geht es um die Frage, ob den Patienten zugemutet werden kann, die Kosten für bestimmte Gesundheitsleistung selbst zu tragen (Busse & Hoffmann 2010: 886; Sabik & Lie 2008: 5; Tragakes & Vienonen 1998: 26). Speziell sind hier Behandlungsmethoden gemeint, die auf individuellen Vorlieben der Versicherten beruhen (Marckmann 2009: 88).

Der vom Dunning Komitee formulierte Bericht mit seinen Priorisierungsempfehlungen wurde letztlich nie politisch umgesetzt (Sabik & Lie 2008: 9). Ursächlich dafür ist nach Marckmann (2009: 88) insbesondere die Tatsache, dass das Kriterium der Behandlungsnotwendigkeit im gesellschaftlichen Sinne zu keinerlei Leistungsausschlüssen geführt hat. Hinzu kommt, dass das relative Gewicht der Kosteneffektivität im Bericht des Komitees unklar geblieben und dass das Kriterium der Zumutbarkeit politisch in Ungnade gefallen ist. Als direkte Folge daraus sind die Entscheidungen über den zukünftigen Aufbau des Gesundheitssystems in nachgeordneten politischen Ausschüssen und im Gesundheitswesen selbst getroffen worden. Analog zu Norwegen und Schweden ist mit der Entscheidungsverlagerung auf die Mikro- und Mesoebene auch in den Niederlanden eine verstärkte Entwicklung und Nutzung von Leitlinien einhergegangen (Marckmann 2009: 88). Anders als in Schweden und Norwegen handelt es sich dabei jedoch lediglich um klinische

und nicht um nationale Leitlinien, sodass hier als Fazit für die Priorisierungsbemühungen weder vertikale noch horizontale explizite Priorisierungsregelungen zu verzeichnen sind.

Dänemark

Wie in Schweden und Norwegen ist auch das dänische Gesundheitssystem darauf ausgelegt, allen Bürgern den gleichen Zugang zu einer öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung zu ermöglichen (Pornak 2011: 11).

Beruhend auf der zunehmenden Sorge hinsichtlich steigender Ausgaben im Gesundheitswesen und der Erkenntnis, dass durch das veränderte Spektrum an Erkrankungen eine Schwerpunktverschiebung im Gesundheitssystem erfolgen muss, hat das dänische Parlament bereits 1974 die Einrichtung einer Kommission, die sich mit den übergeordneten Prioritäten für das staatliche Gesundheitssystem auseinandersetzen sollte, beschlossen. Die Kommission ist damit beauftragt worden, die Ressourcen zwischen den differenten Bereichen des Gesundheitswesen dergestalt zu verteilen, dass eine optimale Nutzung der knappen Ressourcen erzielt wird, um auch weiterhin jedem Bürger eine möglichst umfangreiche Gesundheitsversorgung zu garantieren (Pornak 2011: 21). Die Kommission hat 1977 einen Bericht publiziert, in dem sie fordert, dass präventive Maßnahmen (z. B. für Krebs- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen) künftig bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen stärker zu berücksichtigen sind als bisher, auch wenn dies bedeutet, dass dadurch weniger Ressourcen für die Behandlung von akuten Erkrankungen zur Verfügung stehen (Pornak et al. 2011: 681).

Nachdem der Thematik in den Folgejahren keine Aufmerksamkeit mehr gewidmet wurde, lösten Proteste der Ärzteschaft Mitte der 1980er Jahre eine breite öffentliche Priorisierungsdiskussion aus, welche bis in die Mitte der 1990er Jahre reichte und an der sich neben Ärzten auch Politiker, Ethiker und Gesundheitsökonomen beteiligten (Pornak et al. 2011: 681). Von besonderer Bedeutung für den öffentlichen Diskurs war dabei der dänische Ethikrat, welcher 1996 einen Bericht zur Priorisierung im Gesundheitswesen veröffentlichte und in welchem er explizierte, dass eine gemeinsame Wertgrundlage notwendig sei, um sicherzustellen, dass Priorisierungsentscheidungen im ganzen Land einheitlich erfolgen (Pornak 2011: 684). Diese Wertgrundlage bilden für den Ethikrat die Prinzipien *Gleichheit*, *Solidarität*, *Sicherheit* und *Selbstbestimmung* (Pornak et al. 2011: 683; Busse & Hoffmann 2010: 884; Sabik & Lie 2008: 5). Aufgrund dieser Prinzipien sollen die Ärzte und das Pflegepersonal die endgültigen Priorisierungsentscheidungen individuell

treffen (Pornak et al. 2011: 683). Die Priorisierungsempfehlungen des Ethikrates wurden jedoch politisch nicht umgesetzt und hatten auch sonst keinerlei Einfluss auf die dänische Gesetzgebung (Schmitz-Luhn 2015: 83; Pornak et al. 2011: 684; Busse & Hoffmann 2010: 884).

Zwischenfazit

Obwohl die Priorisierungsbemühungen Schwedens, Norwegens, Dänemarks und den Niederlanden dem gleichen Ansatz folgen (Sabik & Lie 2008), unterscheiden sich die dargestellten Beispiele aus Schweden und Norwegen essenziell von denen aus den Niederlanden und Dänemark. Während die von Komitees und Kommissionen erarbeiteten Priorisierungsregelungen in Schweden und Norwegen gesetzlich verankert wurden, blieb es in den Niederlanden und Dänemark bei bloßen Empfehlungen, die keinerlei Einfluss auf die zukünftige Gesetzgebung, klinische Praxis oder bevorstehende Entscheidungen im Gesundheitswesen hatten.

Insgesamt zeigen die in diesem Abschnitt dargestellten Priorisierungsbemühungen dennoch, dass explizite Priorisierungsregelungen, welche allein auf formulierten Prinzipien beruhen, nicht zu einer einheitlichen und transparenten Verteilung von knappen Gesundheitsressourcen im Sinne einer horizontalen Priorisierung führen (Busse & Hoffmann 2010: 884; Sabik & Lie 2008: 4). Maßgeblich für dieses Misslingen ist die divergente Implementierung der formulierten Prinzipien bei konkreten Verteilungsentscheidungen durch die Akteure auf der Mikroebene (Busse & Hoffmann 2010: 884). Die auf nationaler Ebene formulierten Prinzipien sind zu abstrakt, um davon ausgehen zu können, dass diese von den unterschiedlichen Entscheidungsträgern einheitlich interpretiert und umgesetzt werden. Die individuelle Anwendung der durch die nationale Kommission formulierten Prinzipien auf der Mikroebene hängt zudem stark vom Vorwissen und den Einstellungen der jeweiligen Entscheidungsträger ab (Busse & Hoffmann 2010: 884). Auch wenn, wie in Schweden und Norwegen, neben Prinzipien auch Priorisierungsgruppen festgelegt werden, sind diese Richtlinien zu weit gefasst, um schwierige Verteilungsentscheidungen auf der Mikroebene zu treffen (Sabik & Lie 2008: 4). Sabik und Lie (2008) konkludieren dahingehend, dass die Priorisierungsdebatte in diesen vier Staaten zwar erfolgreich begonnen wurde, die Arbeit der Kommissionen jedoch keinen signifikanten Effekt auf die politische und klinische Praxis hatte (Sabik & Lie 2008: 9).

Zutreffend ist, dass die Priorisierungsbemühungen in diesen vier Staaten nicht zu expliziten Priorisierungsregelungen für die Verteilung von knappen Gesundheitsressourcen über die einzelnen Versorgungsbereiche hinaus (horizontale Priorisierung) geführt haben und durch sie ebenfalls keine explizite Rationierung und folglich auch keine Kosteneinsparung erfolgt ist. Dennoch sind die auf nationaler Ebene von den Gremien formulierten Priorisierungsprinzipien in Schweden und Norwegen als Grundlage für die Entwicklung von nationalen Leitlinien bzw. Priorisierungslisten für bestimmte Versorgungsbereiche verwendet worden, wodurch die Priorisierungsbemühungen in diesen beiden Staaten zumindest zu vertikalen Priorisierungsregelungen[12] geführt haben, welche ebenfalls in der Praxis erfolgreich verwendet werden. Die Schlussfolgerung von Sabik und Lie (2008) muss daher für Norwegen[13] und Schweden als unzutreffend bezeichnet werden.[14]

2.2.2 Priorisierung durch explizite Festlegung der Gesundheitsleitungen

Anders als bei der Priorisierung durch abstrakte Rahmenprinzipien werden bei diesem Priorisierungsansatz, welcher in Israel, Neuseeland, Großbritannien und vom US-Bundesstaat Oregon verfolgt wurde, explizit Kriterien oder Handlungsanweisungen definiert, nach denen entschieden wird, welche Gesundheitsleistungen vom Gesundheitssystem übernommen oder von der öffentlichen Finanzierung ausgeschlossen werden (Sabik & Lie 2008: 2; Ham 1997: 49). Es handelt sich bei diesem Priorisierungsansatz insofern um explizite Rationierungsentscheidungen, welche auf zuvor formulierten Priorisierungskriterien beruhen. Im Folgenden werden die Priorisierungsprozesse in diesen Staaten und im Bundesstaat Oregon dargestellt und die

[12] Bei einer vertikalen Priorisierung stehen die verschiedenen Versorgungsbereiche nebeneinander. Infolgedessen können Patienten lediglich mit anderen Patienten in ihren Versorgungsbereichen um die knappen Ressourcen konkurrieren. Durch eine vertikale Priorisierung kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass Patienten in einem Versorgungsbereich Leistungen erhalten, während andere in einem anderen Versorgungsbereich nicht versorgt werden, obwohl ihre Behandlung medizinisch notwendiger wäre. Dennoch kann eine vertikale Priorisierung, wie sie in Schweden und Norwegen für spezielle Versorgungsbereiche besteht, zumindest gewährleisten, dass Verteilungsentscheidungen innerhalb eines Versorgungsbereiches einheitlicher und nachvollziehbarer erfolgen.

[13] Darüber hinaus ist es fraglich, ob horizontale Regelungen überhaupt das Ziel der Priorisierungsbemühungen in Norwegen gewesen sind. Ausgehend von der Tatsache, dass Norwegen schon zu Beginn der Priorisierungsbemühungen geplant hatte, die formulierten Prinzipien zu verwenden, um für die einzelnen Versorgungsbereiche Priorisierungslisten zu erarbeiten, ist dies eher zu verneinen.

[14] Sollten die erfolgten Priorisierungsbemühungen in Schweden und Norwegen dennoch zu einheitlichen und transparenten Verteilungen der knappen Gesundheitsressourcen über die einzelnen Versorgungsbereiche hinaus führen (horizontale Priorisierung), müssten in beiden Staaten Rangfolgen erarbeitet werden, aus denen hervorgeht, welche Versorgungsbereiche bzw. Erkrankungs- und Patientengruppen Vorrang vor anderen haben. Fraglich ist dabei jedoch, wer nach welchen Kriterien entscheiden soll, welche Versorgungsbereiche (z. B. Kardiologie vs. Onkologie) Vorrang haben sollten (Staber & Rothgang 2010: 21).

während des Prozesses formulierten Kriterien für die daraus folgenden Handlungsanweisungen erläutert.

Oregon

Oregon stellt, durch das in den USA bestehende traditionelle System privater Fürsorge, eine Besonderheit unter den vorgestellten Priorisierungsbemühungen dar (Schmitz-Luhn 2015: 66). In den gesamten USA ist der überwiegende Anteil (55 %) der Bevölkerung im Rahmen der sogenannten employment-based health insurance privat versichert. Weitere zehn Prozent der Amerikaner besitzen eine private Krankenversicherung, welche nicht durch den Arbeitgeber vermittelt wurde. Durch eines der öffentlichen Versicherungssysteme[15] werden hingegen lediglich 25 Prozent der Amerikaner erfasst. Die übrigen zehn Prozent der Amerikaner verfügen demnach über keine Krankenversicherung.

Primäres Ziel der Priorisierungsbemühungen in Oregon war es, den Anteil des nicht versicherten Personenkreises (damals 15 %) durch die Aufnahme der Betroffenen in das MEDICARE Programm zu verringern. Daraufhin wurde 1989 durch den Senat des Bundesstaates Oregon der „Oregon Health Plan“ (OHP) verabschiedet. Mit dem Ziel der Ressourcenfreisetzung für die Erweiterung des Versicherungsschutzes von MEDICAID auf bislang nicht abgesicherte Bevölkerungsgruppen sollte durch den Oregon Health Plan der Leistungskatalog von MEDICAID um alle Gesundheitsleistungen mit geringem Nutzen reduziert werden (Sabik & Lie 2008: 5). Um diese Rationierungsentscheidungen möglichst sinnvoll, gerecht und effektiv zu treffen, wurde die Oregon Health Service Commission (OHSC) beauftragt, eine Prioritätenliste für medizinische Leistungen zu entwickeln, anhand derer Leistungen mit geringer Priorität und fraglichem Nutzen von der öffentlichen Finanzierung ausgeschlossen werden können (Staber & Rothgang 2010: 17; Rothgang et al. 2004: 209). Die OHSC setzte sich aus 11 freiwilligen Mitgliedern, darunter Ärzten, Krankenschwestern, Sozialarbeitern und Versicherten, zusammen (Tragakes & Vienonen 1998: 21). Darüber hinaus wurde auch die Bevölkerung durch zwölf öffentliche Anhörungen und 47 Gemeindeversammlungen im gesamten Bundesstaat sowie durch telefonische Befragungen in die Entscheidungsfindung einbezogen (Staber & Rothgang 2010: 17; Sabik & Lie 2008: 5).

[15] 1. *TRICARE*: Bei TRICARE werden Angehörige von militärischen Streitkräften kostenlos versichert. 2. *MEDICARE*: Krankenversorgung für ältere oder chronisch Erkrankte, die keiner bezahlten Arbeit mehr nachgehen können. 3: *MEDICAID*: Krankenversicherung für bedürftige Personen (Schmitz-Luhn 2015: 62-64).

Zunächst konzentrierte sich die OHSC bei der Erstellung der Prioritätenliste auf das Verhältnis zwischen den Kosten einer Gesundheitsleistung zu ihrem Nutzen, gemessen an den durch eine Behandlung gewonnenen qualitätsadjustierten Lebensjahren (QALY).[16] Zur Erstellung der ersten Priorisierungsliste, welche 1990 veröffentlicht wurde, wurden die Kosten der Behandlungsmethoden dem errechneten QALY-Wert gegenübergestellt, um zu berechnen, welche Kosten eine Behandlung für jedes gewonnene QALY verursacht. Im Anschluss daran wurden die Kosten für ein QALY für 1680 Behandlungsmethoden aufsteigend in eine Rangordnung gebracht (Staber & Rothgang 2010: 17; Rothgang et al. 2004: 209; Tragakes & Vienonen 1998: 21).[17] Alle Behandlungen oberhalb der in Abhängigkeit von den zur Verfügung stehenden Mitteln definierten Finanzierungslinie sollten durch die staatliche Krankenversicherung finanziert werden. Alle Gesundheitsleistungen, welche sich unterhalb dieser Linie befanden, sollten hingegen ausgeschlossen werden. Dieses Vorgehen hätte jedoch dazu geführt, dass nicht lebensnotwendige Gesundheitsleitungen, wie Zahnbehandlungen, öffentlich finanziert worden wären, während lebensrettende Interventionen, wie die Entfernung des Blinddarms bei einem Blinddarmbruch, nicht im Leistungskatalog inbegriffen gewesen wären (Staber & Rothgang 2010: 17).[18] Aufgrund dieses Missstandes wurde die Prioritätenliste sowohl von der einbezogenen Bevölkerung[19] als auch von Experten als inakzeptabel bezeichnet und abgelehnt (Staber & Rothgang 2010: 17).

Nachdem der erste Versuch gescheitert war, veränderte die OHSC ihr Vorgehen. Zur Erstellung der Priorisierungsliste verwendete sie nun die im Rahmen der öffentlichen Anhörungen und Versammlungen eingeholten Meinungen der Bürger hinsichtlich gesundheitsbezogener Wertvorstellungen. Aus diesem Meinungsbild leitete die OHSC eine Rangfolge von 17 Priorisierungskategorien ab, in welche alle Behandlungsmöglichkeiten eingeordnet wurden. Die ersten neun Kategorien enthielten Gesundheitsleistungen für die essenzielle medizinische Versorgung (*essenzielle Leistungen*). Diese inkludierten sämtliche

[16] Für die Berechnung der QALY werden die durch eine Behandlung gewonnenen Lebensjahre und die Lebensqualität während dieser Jahre gleich gewichtet multiplikativ verknüpft, sodass verglichen werden kann, welche Behandlungsalternativen zu einem höheren QALY der Patienten führen (Staber & Rothgang 2004: 17).
[17] Bei den Anhörungen vertraten 50 Repräsentanten aus verschiedenen Organisationen die Interessen von Minderheiten, wie Migranten, Beeinträchtigten und Rentnern. Neben den Repräsentanten nahmen auch Leistungserbringer und Verwaltungsmitarbeiter an den Anhörungen teil (Rothgang et al. 2004: 209). An den 47 Versammlungen in verschiedenen Städten des Bundesstaates Oregon partizipierten insgesamt ca. 1 000 Menschen.
[18] Genaue Informationen darüber, wie dieses Ergebnis zustande kommt, finden sich bei Rothgang et al. (2004).
[19] Im Rahmen der Versammlungen und telefonischen Bevölkerungsbefragungen konnte eindeutig ermittelt werden, dass die Rule of Rescue, nach der lebensrettende Interventionen höchste Priorität besitzen, in der Bevölkerung weit verbreitet ist (Staber & Rothgang 2010: 17; Busse & Hoffmann 2010: 885; Rothgang et al. 2004: 211).

Behandlungen für akut lebensbedrohliche oder anhaltende Krankheiten, welche den Tod abwenden oder die Rückkehr zum früheren Befinden ermöglichen und die Lebensqualität sowie -dauer erhöhen konnten (Rothgang et al. 2004: 211). Die vier nachfolgenden Kategorien enthielten Behandlungen, welche gesellschaftlich als äußerst relevant angesehen wurden. Dazu sind alle Interventionen zu zählen, die dazu geeignet sind, akute nicht lebensbedrohliche Gesundheitszustände oder die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern (*wichtige Leistungen*). Die letzten vier Kategorien beinhalteten Gesundheitsleistungen, welche als entbehrlich, da nur für einen bestimmten Teil der Bevölkerung wertvoll, eingestuft wurden (*entbehrliche Leistungen*). Dazu gehören Gesundheitsleistungen, wie die künstliche Befruchtung oder das Entfernen von Warzen (Rothgang et al. 2004: 211).

Insgesamt wurden den 17 Kategorien 700 CT-Paare (condition-treatmant-pairs) zugeordnet, von denen 587 (83 %) oberhalb der Finanzierungslinie lagen und somit im Leistungskatalog enthalten gewesen wären. Die Regierung Bush verweigerte die Anerkennung der Priorisierungsliste jedoch aufgrund der in der Berechnung enthaltenen Lebensqualität. Dies, so die Regierung, impliziere eine Diskriminierung von Menschen mit Beeinträchtigung, da deren Lebensqualität massiv unterbewertet würde (Rothgang et al. 2004: 213; Tragakes & Vienonen 1998: 24). Eine weitere daraufhin vorgenommene Modifizierung der Liste wurde im Jahr 1993 von der Regierung Clinton kritisiert, da auch in dieser Version die Menschen mit einer Beeinträchtigung benachteiligt würden. Diesmal stellte die Wiederherstellung eines asymptomatischen Gesundheitszustandes, den Menschen mit einer Beeinträchtigung nicht erzielen können, ein Berechnungskriterium dar.

Die OHSC überarbeitete die Liste, indem sie die Wiederherstellung eines asymptomatischen Gesundheitszustandes aus der Berechnung entfernte. Die aus dieser Änderung resultierende Liste trat im Februar 1994 in Kraft. Das in ihr immanente dominante Ranking-Kriterium war nun die durch eine Gesundheitsleistung erzielte *Lebenserwartung*. Die so entwickelte Priorisierungsliste besteht aus 696 CT-Paaren, von denen 565 (81 %) oberhalb der Finanzierungslinie liegen und demnach durch die staatliche Krankenversicherung Medicaid finanziert werden (Staber & Rothgang 2010: 17; Rothgang et al. 2004: 213; Tragakes & Vienonen 1998: 24). Alle Gesundheitsleistungen, die unterhalb der Finanzierungsliste liegen, können zusätzlich privat erworben werden (weiche Rationierung).

Seit 1994 wird die Priorisierungsliste in regelmäßigen Abständen von zwei Jahren durch die OHSC an den aktuellen medizinischen Erkenntnisstand angepasst. Veraltete oder ineffektive

Maßnahmen werden durch neuere und belegbar effektivere Behandlungsalternativen ersetzt (Rothgang et al. 2004: 214).

Das Ziel des Oregon Health Plans, die im Zuge der Priorisierung eingesparten Ressourcen zu verwenden, um den Kreis der Versicherten zu erweitern, konnte dennoch nur partiell erreicht werden. Die Ursache dafür besteht darin, dass durch die vorgenommenen Rationierungen lediglich zehn Prozent der Kosten von MEDICAID eingespart werden konnten. Höhere Einsparungen wären nur möglich gewesen, wenn auch Leistungen von der öffentlichen Finanzierung ausgeschlossen worden wären, durch die ernsthafte aber heilbare Erkrankungen behandelt werden (Busse & Hoffmann 2010: 885). Zudem sind die Ausgaben der staatlichen Gesundheitsversorgung zwischen 1995 und 1997 gegenüber den Ausgaben zwischen 1993 und 1995 um 40 Prozent angestiegen. Bedingt wurde dies durch den Anstieg der MEDICAID-Versicherten und die steigenden Behandlungskosten in Folge des stetig zunehmenden medizinisch-technischen Fortschritts.[20]

Ausgehend von diesen Erkenntnissen ist zu vermuten, dass es trotz der vorgenommenen Priorisierungsmaßnahmen langfristig nicht möglich sein wird, den Versichertenkreis weiter auszuweiten und jedem Patienten alle und wichtigen Gesundheitsleistungen zu finanzieren. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass es sich bei den Priorisierungsbemühungen in Oregon, anders als in den anderen Staaten, um ein reines Wohlfahrtsprogramm handelt. Die bei MEDICAID Versicherten hätten ohne dieses Wohlfahrtsprogramm überhaupt keine Krankenversicherung, sodass sich ihre Situation durch jegliche Gesundheitsversorgung entscheidend verbessert (Schmitz-Luhn 2015: 72).

Neuseeland

In Neuseeland begannen die Bemühungen um die Formulierung von expliziten Priorisierungsmaßnahmen 1992 mit der Gründung des National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services (Tragakes & Vienonen 1998: 29).

Den Hintergrund für die Priorisierungsbemühungen in Neuseeland bildete der Mitte der 1980er Jahre eingeschlagene radikal neoliberale Reformkurs[21] der neuseeländischen

[20] Obwohl das Ziel nicht erreicht werden konnte, sollte dennoch berücksichtigt werden, dass die Entwicklung der Priorisierungslisten unter Einbeziehung der gesundheitsbezogenen Wertvorstellungen der Bevölkerung die Transparenz (Busse & Hoffmann 2010: 883) und somit auch die Verfahrensgerechtigkeit bei der Verteilung von knappen Gesundheitsressourcen erhöht hat.

[21] Bis Mitte der 1980er Jahre bildete Neuseeland das Paradebeispiel für einen egalitär ausgerichteten Wohlfahrtsstaat. Aufgrund des vergleichsweise geringen Wirtschaftswachstums, in dessen Folge sich die

Regierung, in dessen Zuge es Anfang der 1990er Jahre ebenfalls zu einer weitreichenden Gesundheitsreform kommen sollte. Die 1993 durchgeführte Gesundheitsreform war – wie die Reformen in anderen Bereichen – insbesondere durch Wettbewerbsschaffung und Outputvorgaben geprägt. Darüber hinaus müssen die Bürger Neuseelands seit der Gesundheitsreform einkommensabhängige Gebühren für die Nutzung der zuvor kostenlosen öffentlichen Gesundheitsleistungen entrichten (Dauderstädt 1997: 10).

Im Zuge der geplanten Gesundheitsreform erhielt das unabhängige National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services, welches mittlerweile in National Health Committee (NHC) umbenannt wurde, 1992 von der Regierung den Auftrag, einen Basiskatalog für die Gesundheitsversorgung sämtlicher Bürger in allen Regionen Neuseelands zu entwickeln. Aus diesem Leistungskatalog sollte hervorgehen, welche Gesundheitsleistungen die vier neu eingeführten lokalen Gesundheitsgremien, im Zuge der festgelegten Haushaltsvorgaben für die Anspruchsberechtigten in einer Region anbieten müssen (Busse & Hoffmann 2010: 887; Sabik & Lie 2008: 6; Tragakes & Vienonen 1998: 29). Um einen Wettbewerb zwischen staatlichen und nicht öffentlichen Anbietern von Gesundheitsleistungen zu erzeugen, sollten die lokalen Gesundheitsgremien die im Basiskatalog enthaltenen Leistungen im Anschluss auf dem freien Markt ausschreiben (Dauderstädt 1997: 11).

Aus dem Bericht (1993) geht hervor, dass sich das NHC gegen eine Liste, in welcher festgelegt wird, welche Gesundheitsleistung von den lokalen Gesundheitsgremien finanziert werden, entschieden hat (Ham 1997: 50). Stattdessen wurden Kriterien guter Praxis formuliert (*Behandlungskosten*, *Effektivität*, *Verfügbarkeit* und *Zustimmungsfähigkeit*), auf deren Basis jedes lokale Gesundheitsgremien selbst entscheiden soll, welche Leistungen in den Basiskatalog aufgenommen werden (Ham 1997: 51). Basierend auf dieser Empfehlung formulieren die regionalen Gesundheitsgremien – anhand der von der Kommission formulierten Kriterien und mit Blick auf die zur Verfügung stehenden Budgets – seit 1993 jährlich ihre eigenen Leistungskataloge für die Versicherten in ihrer Region. Leistungen, die

Arbeitslosenquote verfünffachte, die Inflationsquote in den zweistelligen Bereich vordrang und die Staatsverschuldung deutlich anstieg, verschlechterte sich die ökonomische Situation des Landes bis Mitte der 1980er Jahre jedoch zunehmend (Dauderstädt 1997: 2). Verantwortlich für diese Abwärtsspirale waren nach Einschätzung der OECD die starren und staatlich regulierten Arbeits-, Kapital- und Gütermärkte, der von der Regierung betriebene Protektionismus, die hohen Subventionen und Steuersätze sowie das Fehlen qualifizierter Arbeitskräfte und die ausgedehnte Wohlfahrtspolitik. Infolge dieser Entwicklungen leitete die Labour-Regierung 1984 radikal-neoliberale Reformen ein, die sich zunächst auf die Deregulierung und die Rücknahme staatlichen Einflusses und auf die Reform des Staatssektors konzentrierten (Dauderstädt 1997: 6). Die konservative Nationalpartei weitete den von der Labour-Regierung begonnenen Reformkurs nach dem Wahlsieg 1990 auf die Sozialpolitik und den Arbeitsmarkt aus (Dauderstädt 1997: 10).

nicht im Katalog der zuständigen Gesundheitsbehörde enthalten sind, können die Bürger bei Bedarf aus eigenen finanziellen Mitteln erwerben (weiche Rationierung).

Darüber hinaus empfahl das Komitee der Regierung, jene Gesundheitsleistungen, die vor der Gesundheitsreform öffentlich finanziert wurden, weiterhin bereitzustellen (Ham 1997: 50). Das NHC verwies explizit darauf, dass „[…] existing services were necessary and suitable, as they represent the values and priorities of generations of New Zealanders“ (Tragakes & Vienonen 1998: 29). Durch dieses Statement forderte das NHC die Regierung ausdrücklich dazu auf, vom nun auch im Gesundheitssystem eingeschlagenen Sparkurs abzuweichen. Darüber hinaus verlangte das NHC, dass die lokalen Gremien die gemeinschaftlichen Ressourcen zukünftig stärker in Übereinstimmung zu den Präferenzen der anspruchsberechtigten Bevölkerung verwenden.[22] 1995 bekräftigte das Komitee diese Empfehlungen noch einmal (Schreier & Diederich 2008: 5; Tragakes & Vienonen 1998: 30).

Seit 1993 legt das NHC dem Gesundheitsminister jährlich Empfehlungen für die Kriterien guter Praxis, anhand derer die regionalen Gesundheitsbehörden im kommenden Jahr die im Basiskatalog enthaltenen Gesundheitsleistungen festlegen sollen, vor. Unterzeichnet der Minister diese Empfehlungen, müssen die lokalen Gesundheitsgremien auf Basis der darin formulierten Kriterien den Leistungskatalog der öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen für das kommende Jahr erarbeiten und diesen der Bevölkerung zugänglich machen (Busse & Hoffmann 2010: 887; Howden-Chapman & Ashton 2000: 30; Tragakes & Vienonen 1998: 31).

Obwohl es im Rahmen der Gesundheitsreform und dem damit verbundenen Priorisierungsprozess zu transparenteren Entscheidungen hinsichtlich der Vergabe von öffentlichen Gesundheitsleistungen gekommen ist, wird die neuseeländische Gesundheitsreform aus dem Jahr 1993 von Experten als fehlgeschlagen angesehen (Ashton 1999; Gauld 2001; Starke 2010). So sind die Gesundheitsausgaben im Zuge der Reform nicht gesunken sondern gestiegen, das Problem der langen Wartelisten ist nicht gelöst und das Ziel der besseren Gesundheitsversorgung für den armen Bevölkerungsanteil nicht erreicht worden (Starke 2010: 499). Infolge dieser Erkenntnisse sind ab 1996 eine Reihe von

[22] Im Rahmen ihrer Arbeit haben die Mitglieder der Kommission die Bevölkerung in Bezug auf deren Präferenzen hinsichtlich der Ressourcennutzung im Gesundheitssystem befragt. Dabei wurde festgestellt, dass sich die Mehrheit der Befragten dafür ausspricht, einen größeren Anteil des Haushaltsbudgets zur Finanzierung der effektivsten Gesundheitsleistungen sowie zur Verkürzung der Wartezeiten auf diese Behandlungen zu verwenden (Tragakes & Vienonen 1998: 30; Ham 1997: 50).

Restrukturierungen des Gesundheitssystems erfolgt (Okma et al. 2010: 92). Der generelle Trend war dabei weniger Markt und mehr zentrale Kontrolle (Starke 2010: 499).

Israel

In Israel gilt bereits seit Ende der 1940er Jahren der Grundsatz, dass jeder Mensch – unabhängig von seiner Staatsangehörigkeit, Religion oder Herkunft – ein Recht auf medizinische Versorgung besitzt. Der Solidaritätsgedanke bildete somit den Grundpfeiler des israelischen Gesundheitssystems und führte dazu, dass bereits Ende der 1980er Jahre 95 Prozent der israelischen Bevölkerung bei einer der vier israelischen Krankenversicherungen versichert waren (Amelung et al. 2008: 27). Dennoch kam es 1995 zu einer grundlegenden Gesundheitsreform. Hintergrund für die Reformen waren die zunehmenden Finanzierungsprobleme des bestehenden Gesundheitssystems (Schmitz-Luhn 2015: 88) sowie die aggressiven Risikoselektionen, welche zwei der vier Krankenkassen betrieben hatten. Im Zuge dieser Risikoselektion hatten diese beiden Versicherungen bevorzugt gesunde und junge Menschen mit höheren Einkommen versichert, während sie Ältere und Kranke vermehrt als Versicherungsnehmer ausschlossen. Da die Versicherungsbeiträge bis zum Zeitpunkt der Reform einkommensabhängig an die jeweilige Krankenversicherung zu entrichten waren, begannen sich die beiden anderen Versicherungen zu wehren, was wiederum dazu führte, dass die Finanzierungsbasis des Gesundheitssystems zunehmend instabilerer wurde und die Gesundheitsversorgung von zwei Dritteln der israelischen Bevölkerung gefährdet war (Amelung et al. 2008: 28). Um der Risikoselektion entgegenzuwirken und allen israelischen Bürgern, unabhängig davon, bei welchem der vier Krankenversicherer sie versichert wären, den gleichen Rechtsanspruch auf eine ausreichende gesundheitliche Basisversorgung zu garantieren, verabschiedete die israelische Regierung 1995 das nationale Krankenversicherungsgesetz (National Health Insurance, NHI). Infolge des Gesetzes hat jeder Bürger das Recht, zwischen den vier Krankenversicherungsanbietern zu wählen und die Versicherungsträger dürfen niemanden, egal welche Vorerkrankungen oder Risikoverhaltensweisen vorliegen, ablehnen (Chinitz & Israeli 1997: 206). Ferner besteht für jeden Bürger die Möglichkeit, nicht abgesicherte Leistungen durch zusätzliche Versicherungen abzudecken (Sabik & Lie 2008: 6; Chinitz & Israeli 1997: 206). Mittels dieses Vorgehens sollte die Finanzierung des Gesundheitssystems zentralisiert, die Leistungserbringung jedoch weiterhin den Krankenkassen überlassen werden. Um dieses System zu finanzieren, zahlen die Bürger seit 1995 zweckgebundene

Steuern anstelle von Krankenkassenbeiträgen. Seit dem Inkrafttreten des Gesetzes ist die Regierung jedoch gezwungen, Differenzen zwischen den Steuereinnahmen und den Ausgaben der Krankenversicherung für die garantierte Grundversorgung auszugleichen (Chinitz & Israeli 1997: 206).

Da sich die israelische Regierung darüber bewusst war, dass sie aufgrund des medizinischen Fortschrittes und dem damit verbundenen Kostenanstieg ein Verfahren benötigt, durch das festgelegt werden kann, welche neuen Behandlungsmöglichkeiten zur Basisversorgung gehören und welche Gesundheitsleistungen aufgrund von neueren und besseren Alternativen gestrichen werden sollten (Sabik & Lie 2008: 6), wurde das Gesundheitsministerium von der Regierung damit beauftragt, einen Prozess zur Beurteilung neuer Technologien zu entwickeln und aufgrund dieser Erkenntnisse Empfehlungen für Aktualisierungen sowie Anpassungen in der Basisversorgung abzugeben. Im Anschluss veröffentlichte die medizintechnologische Verwaltung des Gesundheitsministeriums 1999 eine Liste mit neuen Behandlungsmethoden, welche in die National List of Health Service (NLHS) aufgenommen werden sollten. Das Finanzministerium sollte das Jahresbudget des NLHS aufgrund dessen um 350 Millionen US Dollar erhöhen. Bewilligt wurde vom Ministerium jedoch lediglich eine Erhöhung um 35 Millionen US Dollar (Shani et al. 2000: 171). Da es aufgrund der fehlenden 315 Millionen US Dollar nicht möglich war, sämtliche empfohlenen Technologien in den NLHS aufzunehmen, entwickelte und implementierte die medizintechnische Verwaltung einen auf Priorisierung beruhenden Prozess, durch den jede neue Technologie in Hinsicht auf bestimmte Kriterien[23] bewertet wurde. Anhand dieser Kriterien wurden die vorgeschlagenen Technologien auf einer Skala von 1 (Technologien mit niedriger Priorität) bis 10 (Technologien mit hoher Priorität) eingeordnet (Shani et al. 2000: 176).[24] Basierend auf diesen Bewertungen und dem daraus resultierenden Ranking entschied das vom Gesundheitsminister ernannte National Advisory Committee (NAC), dessen 14 Mitglieder sich aus Vertretern der Regierung, der Krankenkassen und der Bevölkerung (mehr als ein Drittel) zusammensetzten, welche der neuen Behandlungsmethoden letztlich in die NLHS aufgenommen werden. Dieser Aktualisierungsprozess für den Leistungskatalog wird seitdem in regelmäßigen Abständen durchgeführt (Shani et al. 2000: 177).

[23] Erwartete Wirkung der neuen Technologien auf Mortalität, Morbidität, Lebenserwartung und Lebensqualität, auf bestehende Behandlungsalternativen, auf die Anzahl der potenziell profitierenden Patienten und auf die Kosten der neuen Technologie und ihre Erschwinglichkeit.

[24] Technologien, die nicht auf ihre Sicherheit oder ihre Effizienz getestet waren, wurden von der Liste ausgeschlossen (Shani et al. 2000: 176).

Ungeachtet dieser Bemühungen sind die israelischen Krankenhäuser und Krankenkassen seit der Implementierung des nationalen Krankenhausgesetzes chronisch unterfinanziert. Dennoch ist die Regierung angesichts ebendieser Entwicklungen nicht gewillt, die steuerfinanzierten Budgets im Gesundheitssystem zu erhöhen. Stattdessen hat das Finanzministerium zunächst vorgeschlagen, Zuzahlungen für die Nutzung von öffentlichen Gesundheitsleistungen einzuführen. Dieser Vorschlag wurde sowohl vom Parlament als auch vom Gesundheitsministerium aus ideologischer Überzeugung abgelehnt. Als Reaktion darauf schlug das Finanzministerium vor, weniger essenzielle Gesundheitsleistungen aus dem Leistungskatalog der öffentlichen Gesundheitsversorgung zu streichen (Chinitz & Israeli 1997: 207). Eine Kürzung des Leistungskataloges würde jedoch dem durch das nationale Krankenhausgesetz garantierten „[…] universal access to a defined but very broad basket of service […]“ (Chinitz & Israeli 1997: 209) widersprechen. Auf der anderen Seite verweisen Chinitz und Israeli (1997: 209) darauf, dass Kosteneinsparungen durch die bisher erfolgten Priorisierungsbemühungen unmöglich sind. Insbesondere aufgrund der großen Zurückhaltung bei der Streichung von Leistungen aus dem Basiskatalog sieht sich Israel bis heute mit stetig steigenden Gesundheitsausgaben konfrontiert (Schmitz-Luhn 2015: 90).

Großbritannien

Fundament des britischen Gesundheitssystems ist der 1948 gegründete National Health Service (NHS), welcher primär durch Steuereinnahmen finanziert wird. Das öffentliche Gesundheitssystem Großbritanniens folgt dem Prinzip der allgemeinen Zugänglichkeit. Ausgehend von diesem Prinzip soll jeder Bürger unabhängig von seinem Einkommen Anspruch auf die gleichen Gesundheitsleistungen haben (Ehring 2006: 1).

Ausschlaggebend für die Priorisierungsbemühungen in Großbritannien war die im Land weit verbreitete Postleitzahlenrationierung, die daraus resultierte, dass das Budget des NHS in Großbritannien in seiner Gesamthöhe durch das Parlament festgelegt wird, dann aber in Form von regionalen Budgets auf die lokalen Gesundheitsbehörden (Primary Care Trusts) verteilt wird. Jede regionale Gesundheitsbehörde teilt ihr Budget im Anschluss eigenverantwortlich auf die differenten Bereiche auf. Kontrolliert werden die Primary Care Trusts (PCTs) von den Strategic Health Authorities, welche dem Gesundheitsministerium unterstehen (Staber & Rothgang 2010: 18).

Aufgrund der zu knapp bemessenen Budgets kam es dazu, dass die gleichen Gesundheitsleistungen in einer Region gewährt und in einer anderen abgelehnt wurden. Um

dieser regionalen Ungleichbehandlung entgegenzuwirken, wurden zum einem das Gesamtbudget des NHS seit 2000 jährlich erhöht und zum anderen das Nationale Institut für Klinische Exzellenz (National Institute for Health and Care Excellence) eingerichtet. Die Aufgabe des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) besteht seither darin, interdisziplinäre Forschergruppen, welche sich aus unabhängigen Wissenschaftlern zusammensetzen, damit zu beauftragen, neue Gesundheitsleistungen zu bewerten und Berichte über ihre Ergebnisse anzufertigen. Maßgeblich für die Bewertung sind dabei die Kriterien *Effektivität* (erwiesene Wirksamkeit durch Evidenzbasierung) und *Kosten-Nutzen-Verhältnis* gemessen in QALYs. Darüber hinaus berücksichtigt das Entscheidungskomitee auch die in der Medizinethik weitverbreiteten Prinzipien *Selbstbestimmung*, *Fürsorge*, *Gerechtigkeit* und *Nichtschaden* (Staber & Rothgang 2010: 19).[25] Das Entscheidungskomitee von NICE (Appraisal Committee), welches sich aus Vertretern von Patientenorganisationen und Wissenschaftlern aus unterschiedlichen Disziplinen zusammensetzt, entscheidet im Anschluss auf zentraler Ebene, welche Leistungen durch die regionalen Gesundheitsbehörden erbracht werden müssen (Staber & Rothgang 2010: 18).

Seit 2002 müssen die regionalen Gesundheitsbehörden innerhalb von drei Monaten die entsprechenden finanziellen Ressourcen zur Verfügung stellen, um die von NICE getroffenen Entscheidungen flächendeckend umzusetzen. Problematisch ist dabei, dass es, auch wenn es einer lokalen Behörde nicht gelingt, die finanziellen Mittel aufzutreiben, zu keinerlei Aufstockungen der lokalen Budgets kommt. Infolgedessen werden die zentralen Entscheidungen von NICE entweder nicht umgesetzt oder andere notwendige Gesundheitsleistungen beschränkt. Staber und Rothgang (2010: 19) schließen daraus, dass es in Großbritannien nicht zu einer gleichmäßigen Gesundheitsversorgung in allen Regionen kommen kann, solange die Budgets für die lokalen Gesundheitsbehörden nicht ausreichend groß sind (Staber & Rothgang 2010: 19).

Zwischenfazit

Obwohl sich die Staaten, welche diesem Priorisierungsansatz gefolgt sind, in Bezug auf die Zielsetzung[26] und ihr Vorgehen unterscheiden, haben die hier dargestellten

[25] Aus dem endgültigem Bericht der Forschergruppe geht ebenfalls hervor, ob eine neue Gesundheitsleistung im Rahmen des NHS überhaupt finanzierbar wäre und ob sie gegebenenfalls nur auf eine eingeschränkte Patientengruppe (z. B. nur Patienten, bei denen die Standardbehandlung unwirksam gewesen ist oder Patienten, die das Standardmedikament nicht vertragen) beschränkt werden sollte.

[26] In Oregon bestand das Ziel der Priorisierung in der Ausweitung des Versichertenkreises, in Neuseeland und Großbritannien sollten regionale Versorgungsunterschiede beseitigt werden und in Israel sollte ein

Priorisierungsbemühungen im Ergebnis zu expliziten, primären und weichen Rationierungen in der kollektiv finanzierten Gesundheitsversorgung geführt, welche für die Bevölkerung sowohl transparent als auch nachvollziehbar sind. Darüber hinaus stellen die Priorisierungsprozesse, auf denen die Rationierungen beruhen, ein flexibles Verfahren dar, das in regelmäßigen Abständen wiederholt wird, um die öffentlich finanzierten Gesundheitsleistungen an die aktuellen Entwicklungen und Gegebenheiten anzupassen. Dies ist von enormer Bedeutung, da Prioritäten veränderlich sind und daher in regelmäßigen Abständen geprüft werden müssen (Groß 2010: 88).

Dennoch stellt sich die Frage, ob durch diese auf Priorisierungskriterien beruhenden Rationierungsmaßnahmen das primäre Ziel der Kosteneinsparungen erreicht wurde. Im anschließenden Abschnitt werden die vorgestellten Priorisierungsbemühungen demgemäß im Hinblick auf die durch sie erzielten finanziellen Einsparungen betrachtet.

2.3 Finanzielle Nachhaltigkeit der Priorisierungsbemühungen

Die Priorisierungsbemühungen in Staaten, in denen explizite Rationierungsregelungen getroffen worden sind, haben dazu geführt, dass Verteilungsentscheidungen über Gesundheitsressourcen für die Bevölkerung transparenter erscheinen als zuvor. Darüber hinaus sind ineffektive oder medizinisch nicht indizierte Gesundheitsleistungen im Rahmen der Priorisierungsprozesse von der öffentlichen Finanzierung ausgeschlossen worden (Sabik & Lie 2008: 10; Busse & Hoffmann 2010: 886). Dennoch kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Finanzierungsprobleme der Gesundheitssysteme dieser Staaten durch die Priorisierungsbemühungen nachhaltig gelöst wurden (Busse & Hoffmann 2010: 888).

In Staaten, in denen die Priorisierungsbemühungen keine Rationierungen zur Folge hatten (Norwegen, Schweden, Dänemark und die Niederlande), kommt es durch die Festlegung der abstrakten Rahmenprinzipien im besten Falle zu einer Verschiebung der Wartelisten zugunsten der Patienten mit dem größten Bedarf, aber nicht zu einer Kosteneinsparung. Aber auch in Staaten, in welchen explizite Rationierungsregelungen erfolgt sind, können die durch den technischen Fortschritt jährlich ansteigenden Ausgaben im Gesundheitssystem nicht durch die mithilfe der Priorisierung und Rationierung eventuell erzielten Einsparungen kompensiert werden (Sabik & Lie 2008: 9). Zudem müssen die stetig steigenden Kosten aufgrund des demografischen Wandels von zunehmend weniger Versicherten getragen

Basisleistungskatalog zur öffentlichen Gesundheitsversorgung, den jeder Versicherungsanbieter zu garantieren hat, entwickelt werden.

werden (Busse & Hoffmann 2010: 888). So haben sich z. B. die durch die Rationierungsmaßnahmen eingesparten Ausgaben von MEDICAID in Oregon auf zehn Prozent belaufen.[27] Gleichzeitig sind jedoch die Ausgaben von MEDICAID in den nachfolgenden zwei Jahren um 40 Prozent angestiegen. Ein ähnlich düsteres Bild zeigt sich für Großbritannien, Israel und Neuseeland. So führen die festgelegten Budgets der regionalen Gesundheitsbehörden, die nicht überschritten werden dürfen, nach Staber & Rothgang (2010: 19) zwangsläufig dazu, dass es in Großbritannien letztlich wieder zu impliziten Rationierungen in Abhängigkeit vom Wohnort kommt. In Israel konnten, bedingt durch das nationale Krankenhausgesetzt, welches Streichungen von Leistungen aus dem Basiskatalog der Krankenkassen untersagt, keine Einsparungen erzielt werden (Chinitz & Israel 1997: 209) und in Neuseeland sind die Ausgaben des Gesundheitssystems durch die Gesundheitsreform sogar gestiegen (Starke 2010: 499).

Ob eine Versorgung nach medizinischem Bedarf, durch explizite Rationierungen, welche auf rein medizinischen Priorisierungskriterien beruhen, erreicht werden kann, bleibt demzufolge fraglich. Der fortschreitende demografische Wandel und der medizinisch-technische Fortschritt werden zunehmend dazu führen, dass Patienten nicht wegen fehlender Eignung oder unzureichendem medizinischen Bedarf, sondern aufgrund von Knappheit, die sich infolge von zunehmend notwendiger werdenden primären Rationierungen (z. B. durch festgelegte Budgets wie in Großbritannien) stetig verschärfen wird, von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen werden (Schmidt 1996: 427). Wenn Einsparungen also auch durch die Rationierung von medizinisch sinnvollen Behandlungen erfolgen müssen, stellt sich die Frage, anhand welcher personenbezogenen oder ökonomischen Priorisierungskriterien (Schwappach 2002) diese zukünftig notwendige, sekundäre Rationierung erfolgen soll.[28]

Die Frage der sozialen Gerechtigkeit, welche sich aus sekundären Rationierungsentscheidungen unmittelbar ergibt, ist kein medizinisches, „sondern ein gesellschaftliches Problem der Verteilung knapper Güter, daß nur nach Maßgabe von

[27] Höhere Kosten hätten lediglich eingespart werden können, wenn auch Leistungen von der öffentlichen Finanzierung ausgeschlossen worden wären, durch die ernsthafte, aber heilbare Erkrankungen behandelt werden können (Busse & Hoffmann 2010: 885).

[28] Primäre Rationierungen führen zwangsläufig dazu, dass sekundäre Rationierungsregelungen getroffen werden müssen. Die Wahrscheinlichkeit, dass solche Entscheidungen getroffen werden müssen, erhöht sich jedoch in Abhängigkeit vom Umfang der primären Rationierungsentscheidungen. Wenn z. B. aufgrund von Rationierungen nur eine bestimmte Anzahl an Betten auf der Intensivstation zur Verfügung stehen, dann müssen zwangsläufig tragische Entscheidungen getroffen werden, wenn mehr Personen versorgt werden müssen, als Betten zur Verfügung stehen.

Wertentscheidungen gelöst werden“ kann (Schmidt 1996: 426). Sekundäre Rationierungsentscheidungen verlangen gesellschaftliche Wertentscheidungen (Breyer 2012: 655) und sollten demzufolge auf der Makroebene in Übereinstimmung mit den vorherrschenden sozialen Gerechtigkeitsvorstellungen der Gesellschaft getroffen und politisch begründet werden (Schmidt 1996: 426). Zuvor muss jedoch erörtert werden, was unter dem Begriff der sozialen Gerechtigkeit zu verstehen ist und welche Vorstellungen hinsichtlich sozialer Gerechtigkeit in der Gesellschaft generell existieren.

Zu diesem Zweck werden in den anschließenden Kapiteln sowohl die in der aktuellen Debatte diskutierten normativen Gerechtigkeitstheorien sowie die Erkenntnisse aus der empirischen Gerechtigkeitsforschung zu den Einstellungen der Bevölkerung gegenüber sozial gerechten Verteilungen erörtert.

3 Soziale Gerechtigkeitsforschung

Soziale Gerechtigkeit ist immer dann gegeben, wenn Güter und Lasten innerhalb einer Gesellschaft auf eine Weise verteilt werden, dass es zu keiner gezielten Benachteiligung oder Bevorzugung von bestimmten Bevölkerungsgruppen kommt (Unparteilichkeitsgrundsatz), die bei der Verteilung angewandten Regeln für alle Mitglieder der Gesellschaft gelten (Gleichheitsgrundsatz) und individuelle Anrechte (Anspruchsgrundsatz) berücksichtigt werden (Liebig 2010: 11; Liebig & May 2009: 4). In der Literatur wird dabei zwischen zwei Dimensionen sozialer Gerechtigkeit differenziert. „Distributive justice, which concerns fair outcomes, as well as procedural justice, which addresses fair processes“ (Konow 2003: 1189).

Die Verteilungsgerechtigkeit, welche im Fokus der vorliegenden Arbeit steht, befasst sich mit der angemessenen Zu- und Verteilung von Gütern sowie Lasten und wird daher auch als Ergebnisgerechtigkeit bezeichnet (Liebig 2010: 11). Demgegenüber bezieht sich Verfahrensgerechtigkeit auf die Bewertung des Verfahrens, auf dem die Zu- und Verteilung der Güter und Lasten beruht (Liebig 2010: 12). Im Mittelpunkt der Verfahrensgerechtigkeit steht dabei der konkrete Prozess, durch den Individuen Ansprüche auf verschiedene Güter erwerben (Miller 1999: 140). Studien konnten belegen, dass das zugrunde liegende Entscheidungsverfahren und die Frage, wie die Betroffenen von den gesellschaftlichen Institutionen behandelt werden, das Gerechtigkeitsurteil von Individuen maßgeblich beeinflussen (Wegener 1992: 272). Selbst dann, wenn Individuen mit einem für sie nachteiligen Verteilungsergebnis konfrontiert werden, sind sie gewillt, dies als legitim anzusehen, wenn das Verfahren, das zu diesem Resultat geführt hat, die Fairnessstandards erfüllt hat (Liebig & May; Anand 2001; Daniels & Sabin 1997; Swift et al. 1992; Kahneman et al. 1986). Die Verfahrensgerechtigkeit besitzt daher ihren eigenen Wert, welcher sich nicht aus dem Gerechtigkeitsurteil über das aus Verfahren konkludierte Verteilungsergebnis ableiten lässt (Miller 1999: 148). Eine Möglichkeit, die Verfahrensgerechtigkeit bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen zu erhöhen, bestünde in der Formulierung von expliziten Priorisierungsregelungen.

Wie die zuvor angesprochenen Gerechtigkeitsgrundsätze Unparteilichkeit, Gleichheit und Anspruch letztlich umgesetzt werden sollen, um Güter und Lasten innerhalb einer Gesellschaft möglichst gerecht zu verteilen, ist primär abhängig davon, ob der Begriff der sozialen Gerechtigkeit aus normativer oder empirischer Sicht betrachtet wird (Konow 2008:

1; Liebig 2001: 267; Wegener 1995a: 195). Daher werden diese beiden Sichtweisen der sozialen Gerechtigkeitsforschung im folgenden Abschnitt voneinander abgegrenzt.

3.1 Normative vs. empirische Gerechtigkeitsforschung

Normative Gerechtigkeitstheorien versuchen, Regeln zu definieren, durch die menschliches Verhalten geführt und geleitet wird, um eine gerechte Verteilung von Gütern und Lasten zu erzielen (Liebig 2001: 267; Wegener 2000: 1). Sie erläutern, wie eine gerechte Gesellschaft aussehen sollte (Schrenker & Wegener 2007: 4). Für die normative Sichtweise ist es dabei irrelevant, ob die von ihnen dargelegten Gerechtigkeitsregeln mit dem Gerechtigkeitsverständnis innerhalb der Bevölkerung kongruent sind (Liebig 2001: 267). Die normativen Gerechtigkeitstheorien vermitteln demnach zwar, was wir über Gerechtigkeit denken sollten, sie teilen uns jedoch nicht mit, was wir derzeit tatsächlich über Gerechtigkeit denken (Miller 1999: 84). Entscheidend ist lediglich, dass eine Theorie logisch und sachlich nachvollziehbar ist (Liebig 2001: 267). Die präskriptive Sicht verlangt darüber hinaus, dass Beurteilungen über eine gerechte Verteilung von Gütern lediglich dann als Gerechtigkeitsurteil im normativen Sinn verstanden werden, wenn diese unparteilich getroffen worden sind und auf moralischen Prinzipien beruhen. Nur Gerechtigkeitsurteile, die beide Voraussetzungen erfüllen, können von ethischen Prinzipien und nicht von individuellen Interessen geleitet werden (Liebig 2001: 266). Sind diese Kriterien nicht erfüllt, handelt es sich nicht um Gerechtigkeitsurteile im normativen Sinne, sondern um Gerechtigkeitsurteile, die soziale Einstellungen zur Verteilung von Gütern und Lasten in einer Gesellschaft repräsentieren (Liebig 2001: 266).

Die normative und die empirische Gerechtigkeitsforschung unterscheiden sich in ihren Intentionen dergestalt, dass die soziale Gerechtigkeitsforschung bis vor Kurzem ein ausnahmslos zweigeteiltes Forschungsfeld darstellte. Die Mehrheit der sozialen Gerechtigkeitsforscher ordnete sich selbst entweder den Gerechtigkeitstheoretikern oder den empirischen Sozialforschern zu und ignorierte das andere Lager (Miller 1999: 84). Bedingt durch die Tatsache, dass die meisten Vertreter der empirischen Gerechtigkeitsforschung der Ansicht: „justice is in the eyes of the beholder“ folgen (Liebig 2001: 266), galten die empirischen Erkenntnisse für die normativen Theoretiker lange Zeit als bedeutungslos (Swift 1999: 338). „Empirical research may simply turn up a distorted set of ideas, biased by individual or class interest, cognitive failures of one kind or another, etc“ (Miller 1992: 556).

Seit den 1990er Jahren wird von Seiten der empirischen Gerechtigkeitsforscher (z. B. Birnbacher 1999; Elster 1995, Wegener 1995b; Scherer 1992) nun zunehmend eine engere Zusammenarbeit zwischen den normativen und empirischen Disziplinen gefordert (Liebig 2001: 265). Ausgangspunkt für die kontroverse Diskussion um das Zusammenwachsen der politischen Philosophie und der Empirie zu einer einheitlichen Disziplin der sozialen Gerechtigkeitsforschung ist nach Wegener (1994) die allmähliche Öffnung des normativen Lagers für empirische Erkenntnisse. Nachdem in der klassischen normativen Theorie Moral- und Gerechtigkeitslehren als Legitimation für die getroffenen Aussagen über Gerechtigkeit verwendet worden sind, werden nun zu Begründungszwecken zunehmend auch die tatsächlichen Entscheidungen und Überzeugungen der betroffenen Individuen herangezogen (Wegener 1994: 4). „Wer ergründen will, was soziale Gerechtigkeit in der politischen Auseinandersetzung heißt, der kommt nicht umhin, in Erfahrung zu bringen, was die Leute selbst über soziale Gerechtigkeit typischerweise denken“ (Wegener 2000: 2). Normative Theoretiker neigen jedoch dazu, Gerechtigkeitstheorien zu entwickeln, welche lediglich bedingt mit der Relevanz von Verteilungsfragen im alltäglichen Leben der Menschen zu vereinen und die darüber hinaus häufig politisch nicht umsetzbar sind. Die Berücksichtigung von empirischen Erkenntnissen in der normativen Theorieentwicklung könnte hingegen dazu beitragen, die im Rahmen einer Theorie diskutierten Gerechtigkeitsannahmen konkreter und stärker auf das Leben der betroffenen Individuen zu richten (Wegener 2000: 2).

Nach Wegener (2000) lassen sich in der aktuelleren sozialen Gerechtigkeitsliteratur primär fünf Standpunkte zum Verhältnis zwischen normativer und deskriptiver Theorie identifizieren.

Den ersten Standpunkt nehmen jene normativen und empirischen Vertreter ein, die traditionell für eine klare Trennung zwischen beiden Disziplinen plädieren. Diese Sichtweise wird von Wegener als *Standpunkt der kategorischen Trennung* bezeichnet. Anhänger dieser Sichtweise sind sich weitestgehend einig, dass die normative Theorie die exakten Begriffe definiert, mit denen die empirischen Forscher arbeiten, die Erkenntnisse der Empirie jedoch in keiner Weise auf die normative Theorie einwirken. Für eine kategorische Trennung von Sein und Sollen plädieren unter anderem Rawls (1971), Robert Nozick (1974), John Harsanyi (1977) sowie Jon Elsters (1972) (Wegener 2000: 3).

Forscher, die hingegen der Ansicht sind, dass die Empirie die Möglichkeitsbedingungen für verschiedene Anwendungsbereiche der normativen Theorien liefern und somit zumindest

eingeschränkt auf die Formulierung dieser einwirken kann, vertreten für Wegener den zweiten theoretischen Strang, den er als *Standpunkt der Klärung der empirischen Möglichkeitsbedingungen* bezeichnet (Wegener 2000: 4). Zu diesem Lager gehört unter anderem Adam Swift. Swift (1999) plädiert primär für eine Integration der normativen Theorien in die empirische Gerechtigkeitsforschung. Zum einem, so Swift (1999: 341), benötigt die Empirie die normative Theorie, um festzustellen, ob zunächst inkonsistent erscheinende Gerechtigkeitsbeurteilungen auch tatsächlich inkonsistent sind. Aufgrund der Kontext-Spezifität der zugrunde liegenden Verteilungsgrundsätze und der unterschiedlichen Ansichten darüber, welche Gerechtigkeitsgrundsätze in bestimmten Kontexten angemessen erscheinen, ist eine eindeutige Interpretation der empirischen Ergebnisse ohne Kenntnisse der normativen Theorien für ihn nicht denkbar. Weiterhin sei es der Empirie nicht möglich, die gesellschaftlichen Ansichten über die Gerechtigkeitsprinzipien direkt aus deren Vorstellungen über gerechte spezifische Verteilungen oder aus ihren Auffassungen über die Gerechtigkeit von spezifischen Verteilungsprinzipien abzuleiten (Swift 1999: 343). „Philosophy is needed to tell the social scientist that particular judgments […] cannot license inferences about which particular principles of justice are being endorsed (Swift 1999: 344). Darüber hinaus argumentiert Swift, dass die Empirie nicht weiß, wie die Befragten bestimmte Begriffe verstehen und ob dieses Verständnis kongruent zu dem des Forschers ist. Ausgehend von dieser Frage argumentiert Swift, dass es nur möglich ist herauszufinden, was Individuen über philosophische Fragen, wie die der sozialen Gerechtigkeit denken, wenn ihnen zuvor gewisse philosophische Kenntnisse vermittelt wurden, was wiederum ein Grundwissen über die normativen Theorien seitens der empirischen Gerechtigkeitsforschung erfordert (Swift 1999: 345). Die empirische Forschung ist für Swift (1999: 349) und andere Vertreter dieser Sichtweise hingegen nur dahingehend für die politische Philosophie relevant, als sie entweder die Umsetzungsmöglichkeiten der normativ formulierten Verteilungsgerechtigkeit beschränken (Realisierbarkeit) oder konstitutiv für die tatsächlich verwendeten Allokationsmechanismen in einer Gesellschaft sind (Legitimation). „Popular beliefs about distributive justice are indeed important factors for the political philosopher to take into account, but for reasons of feasibility or legitimacy, not because they play any role in the justification of principles of distributive justice“ (Swift 1999: 361).

Eine dritte Sichtweise auf das Verhältnis zwischen normativer Theorie und empirischer Forschung liefert für Wegener der *Standpunkt der konstitutiven Rolle der politischen Kultur*. Anhänger dieses theoretischen Lagers sprechen der Empirie in Hinsicht auf normative

Theorien, in denen sich das gewöhnliche Gerechtigkeitsverständnis der Menschen oder die politische Kultur einer Gesellschaft normativ auswirkt, eine Relevanz bei der Festlegung von Gerechtigkeitsstandards zu (Wegener 2000: 4). Wegener (1994:12) nennt hier als Beispiel die späteren Arbeiten von John Rawls (1987/1989). Rawls (1987/1989) argumentiert, dass in einer demokratischen Gesellschaft ein einheitlicher Konsens darüber besteht, dass Individualismus zur öffentlichen politischen Kultur gehört und dass „Gesellschaften, in denen sich dieser übergreifende Konsens nicht findet, nicht zum Anwendungsbereich seiner Theorie zählen“ (Wegener 1994: 12). Wegener schließt daraus, dass es demnach für die Konstitution einer Gerechtigkeitstheorie im Rawls’schen Sinne unabdingbar sei, empirisch zu prüfen, ob in modernen Demokratien tatsächlich eine uniforme Befürwortung des Individualismus besteht (Wegener 1994: 12). „Es gehört deswegen zur Theorie des neuen Rawls selbst, der empirischen Frage nachzugehen, ob Individualismus die verbreitete Gerechtigkeitsideologie in demokratischen Gesellschaften ist“ (Wegener 1994: 13).

Vertreter der Perspektive, welche der aus empirischen Analysen über zugrunde liegende Gerechtigkeitsprinzipien hervorgehenden Gerechtigkeitsbedeutung einen normativen Status zusprechen, ordnet Wegener dem theoretischen *Standpunkt der Explikation des alltäglichen Gerechtigkeitsbegriffs* zu (Wegener 2000: 4). Charakteristisch für diesen Standpunkt ist, dass Gerechtigkeit als kontextabhängig gesehen wird und sich demzufolge nicht allgemeingültig formulieren lässt (Wegener 2000: 5). Der wohl populärste Vertreter dieser Sichtweise ist David Miller (1999), welcher für eine enge Beziehung zwischen normativer und empirischer Gerechtigkeitsforschung plädiert und versucht, eine normative Gerechtigkeitstheorie zu entwickeln, in der auch die Verteilungsgerechtigkeitsvorstellungen der Bevölkerung Berücksichtigung finden. Miller argumentiert dabei, dass die normative Theorieentwicklung empirische Erkenntnisse darüber benötigt, welche Vorstellungen die Menschen in unterschiedlichen Kontexten von Gerechtigkeit besitzen (Miller 1999: 102). Auf der anderen Seite appelliert Miller aber auch, dass Vertreter der empirischen Gerechtigkeitsforschung die normative Theorie benötigen um festzustellen, welche Einstellungen und Verhaltensweisen überhaupt auf zugrunde liegende Gerechtigkeitsvorstellungen zurückgeführt werden können und wie deren Zustandekommen erklärt werden kann.

Die fünfte Auffassung zum Verhältnis zwischen normativer und empirischer Gerechtigkeitsforschung bezeichnet Wegener als *Standpunkt der Gerechtigkeitstheorie als*

theoretisches Forschungsprogramm. Gerechtigkeitsforscher, welche diese Sichtweise einnehmen, gehen davon aus, dass sich Gerechtigkeitsbeurteilungen und die wahrgenommene Gerechtigkeit verstandesgemäß entwerfen lassen und Empirie, da sie auf die Naturgesetzmäßigkeiten des Gerechtigkeitsempfindens baut, demnach auch normativ konstruierend auf die Gerechtigkeitstheorien wirkt (Wegener 2004: 5). Zu nennen sind hier die Theorie der Belohnungsgerechtigkeit von Jasso und Wegner (1997) sowie die Status-Value-Theorie von Berger et al. (1972).

In Übereinstimmung mit den Argumenten von Miller (1999) und Swift (1999) wird argumentiert, dass die Einstellungen der Bevölkerung bei den Überlegungen über Verteilungsentscheidungen nicht unberücksichtigt bleiben dürfen. Zum einen kann die Ignoranz der gesellschaftlichen Präferenzen, wie von Swift dargelegt, zu einem Legitimationsproblem führen. Zum anderen liefert die Analyse der gesellschaftlichen Einstellungen zur Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem der normativen Theorieentwicklung Informationen über die spezifischen Gerechtigkeitsvorstellungen der Gesellschaft bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen.

Neben der Frage, ob der Begriff der sozialen Gerechtigkeit aus normativer oder empirischer Sicht betrachtet wird, ist das Verständnis von sozialer Gerechtigkeit aber auch abhängig davon, an welchem Element das Vorliegen von sozialer Gerechtigkeit im Rahmen einer normativen oder deskriptiven Theorie beurteilt wird.

3.2 Informationspunkte sozialer Gerechtigkeit

„Jede substantielle Theorie der Ethik und der politischen Philosophie, vor allem jede Theorie der Gerechtigkeit, muss einen Informationsschwerpunkt auswählen, das heißt, sie muss entscheiden, auf welche Merkmale der Welt wir uns bei der Beurteilung einer Gesellschaft und der Einschätzung von Gerechtigkeit und Ungerechtigkeit konzentrieren sollen“ (Sen 2009: 258). Diese *Informationsschwerpunkte*, welche in den normativen Theorien in der Regel als Rechte formuliert werden, bilden die Basis einer Gerechtigkeitstheorie und definieren etwas, das erfüllt sein muss, damit eine Gesellschaft als sozial gerecht anzusehen ist (Tobis 2011: 2). Aus diesen formulierten Rechten lassen sich wiederum differente Prinzipien ableiten, auf Basis derer die Güter und Lasten in einer Gesellschaft verteilt werden, um soziale Gerechtigkeit herzustellen. Die Verteilungen, die sich letztlich aus diesen Verteilungsprinzipien ergeben, sind dann durch die im Rahmen der Theorien formulierten Rechte gerechtfertigt (Tobis 2011: 2).

Verfahren, durch die gemeinschaftliche Güter (wie Gesundheitsressourcen) verteilt werden, benötigen einen solchen gültigen Informationspunkt, anhand dessen sich beurteilen lässt, ob das zur Verteilung gewählte Verfahren bzw. Prinzip als sozial gerecht oder ungerecht anzusehen ist (Kamm 2006: 31). In der empirischen Gerechtigkeitsforschung bilden primär die Verteilungsprinzipien Gleichheit, Bedarf, Verdienst, Anrecht und Effizienz diesen zentralen Informationspunkt sozialer Gerechtigkeit.

Seinem Namen nach verlangt das Gleichheitsprinzip, dass jedem Individuum der gleiche Anteil an etwas Gemeinsamem zugewiesen wird. In den westlichen Gesellschaften herrscht jedoch weitestgehend Konsens darüber, dass das Gleichheitsprinzip nicht meint, dass Güter an alle Individuen im gleichen Umfang verteilt werden. Es geht in diesem Zusammenhang vielmehr darum, dass Freiheitsrechte und Chancen beim Zugang zu beliebten Gütern und Positionen gleich verteilt werden müssen und dass für jedes Individuum – unabhängig von Alter, Geschlecht und anderen askriptiven Merkmalen – die gleichen Zugangschancen bestehen (Liebig 2010: 12 f.). Übertragen auf Verteilungsfragen im Gesundheitssystem würden Individuen, die das Gleichheitsprinzip bevorzugen, erwarten, dass jedem Patienten mit der gleichen Erkrankung die gleichen Behandlungsmethoden und Medikamente zugänglich sein müssen. Alle sollen gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben und niemand darf bevorzugt oder benachteiligt werden (Bobbert 2003: 8; Sassi et al. 2001: 11).

Beim Grundsatz der Bedarfsgerechtigkeit steht vor allem die soziale Sicherung und Befriedigung von Grundbedürfnissen bei der Zu- und Verteilung von Gütern im Vordergrund. Gerechtigkeit wird in diesem Zusammenhang verstanden als „a basic minimum for all even if some of those affected could not achieve it by their own efforts“ (Raphael 1980: 56). Als schwierig erweist sich hier die Festlegung dessen, was als ein legitimer Bedarf anzusehen ist und welche Voraussetzungen eine Person erfüllen muss, um eine Bedarfsabsicherung zu erhalten (Liebig 2010: 13). Eine auf dem Bedarfsprinzip beruhende Verteilung von Gesundheitsressourcen würde implizieren, dass zumindest jene Versorgungsleistungen geleistet werden, die zur Sicherung des persönlichen Gesundheitsniveaus notwendig sind (Sowada 2000: 36 ff.), und dass diejenigen, die den größten medizinischen Bedarf aufweisen, bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen bevorzugt werden (Sassi et al. 2001: 11; Winkelhage & Diederich 2012: 224).

Das Leistungsprinzip besagt, dass Individuen nach ihren individuellen Aufwendungen belohnt werden sollten (Sassi et al. 2001: 11). Die Verteilung der Güter und Lasten in einer Gesellschaft sollte demnach proportional zu den tatsächlich erbrachten Beiträgen einer

Person erfolgen. Durch diese Form der Zu- und Verteilung sollen Leistungsanreize geschaffen werden (Liebig & May 2009: 5). Problematisch ist hierbei die Feststellung des tatsächlichen individuellen Beitrags einer Person an einer gemeinschaftlichen Leistung. Insbesondere in Situationen, in denen Individuen zusammenarbeiten, lässt sich mitunter nur schwer feststellen, inwieweit die Leistung des Einzelnen den Mehrwert eines Gutes gefördert hat (Liebig 2010: 13). Übertragen auf Verteilungen im Gesundheitssystem würde das Leistungsprinzip jenen Personen, die in der Vergangenheit höhere Steuern bzw. Krankenversicherungsbeiträge entrichtet haben, eine bessere öffentliche Gesundheitsversorgung gewährleisten.

Im Zusammenhang mit dem Leistungsprinzip wird in der Literatur auch die aus der Sozialpsychologie stammende Attributionstheorie diskutiert. Ausgehend von der Attributionstheorie sollten Güter, sofern sich ein kausaler Zusammenhang zum vorliegenden Ergebnis aufzeigen lässt, in Abhängigkeit von den im Vorfeld erbrachten Bemühungen und getroffenen Entscheidungen einer Person verteilt werden (Konow 2003: 1210). „When so doing, people evaluate the extent to which an agent has contributed to the outcome, specifically, they hold an agent accountable only for those factors that the agent can influence" (Konow 2003: 1210). Ausgehend von der Attributionstheorie wird demnach auf der positiven Seite geprüft, ob ein Individuum durch in der Vergangenheit erbrachte Bemühungen oder getroffene Entscheidungen bestimmte Leistungen eher verdient hat als Andere. Die negative Seite des Anspruchsprinzips konzentriert sich hingegen auf die Frage, ob ein Individuum durch frühere Entscheidungen und Handlungen selbst für seine missliche Lage verantwortlich ist.[29] Ausgehend von der Attributionstheorie würde bei der Verteilungsentscheidung über Gesundheitsressourcen, also auf die Frage fokussiert werden, ob ein Patient der selbst für seine Erkrankung verantwortlich ist eine Behandlung gleichermaßen verdient, wie ein Patient bei dem dies nicht der Fall ist (Wilmont & Ratcliffe 2002: 201). Infolgedessen sollten Menschen, die trotz eines gesunden Lebenswandels erkrankt sind, gegenüber Menschen mit einer ungesunden Lebensweise bevorzugt behandelt werden (Wilmont & Ratcliffe 2002: 201; Winkelhage & Diederich 2012: 224).

Das Effizienzprinzip impliziert hingegen eine Maximierung des durchschnittlichen Nutzens. Ungleichbehandlungen werden dabei bewusst in Kauf genommen, wenn dadurch der Gesamtnutzen erhöht wird (May & Liebig 2009: 5). Übertragen auf die Verteilung von

[29] Letztlich geht es hier um eine mögliche Beschränkung des zuvor dargestellten Bedarfsgrundsatzes. Maßgeblich für diese
Entscheidung wäre die persönliche Verantwortlichkeit.

Gesundheitsressourcen würde dies bedeuten, dass man versucht, den Nutzen der möglichen Gesundheitsversorgung mit einem festgelegten Budget zu maximieren (Winkelhage & Diederich 2012: 224). Gemeint ist hier, dass ausgehend vom Effizienzprinzip Patienten priorisiert werden, deren Behandlung geringere Kosten verursacht oder bei denen zu erwarten ist, dass sich der Gesundheitszustand nach einer Behandlung deutlich verbessert (Sassi et al. 2001: 10; Nord et al. 1995: 80; Winkelhage & Diederich 2012: 224). Überdies sollten junge Patienten gegenüber älteren bevorzugt werden, da in der Regel anzunehmen ist, dass jüngere Menschen länger leben und daher einen größeren Nutzen von der Behandlung haben (Wilmont & Ratcliffe 2002: 200).

James Konow (2003) verweist darauf, dass sich auch die normativen Gerechtigkeitstheorien in Abhängigkeit von ihrem zentralen Informationspunkt Kategorien zuordnen lassen, nach denen die Verteilung von Gütern und Lasten in einer sozial gerechten Gesellschaft primär durch eines der in der empirischen Forschung diskutierten Verteilungsprinzipien erfolgen sollte (Konow 2003: 1189). So implizieren jegliche Gerechtigkeitstheorien, bei denen die Sorge um das Wohl der am schlechtesten gestellten Gesellschaftsmitglieder den zentralen Informationspunkt bildet (z. B. Egalitarismus, Marxismus oder John Rawls (1971) Theorie), Verteilungen, welche auf dem Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip basieren (Konow 2003: 1189). Demgegenüber bilden das Leistungs- und das Anspruchsprinzip nach Konow den zentralen Informationspunkt zur Beurteilung der sozialen Gerechtigkeit in den Verdienst- und Anspruchstheorien (z. B. Robert Nozick (1974) – in den utilitaristischen Theorien (z. B. John Harsanyi 1977) liefert primär das Effizienzprinzip den Bezugsrahmen für die Beurteilung der sozialen Gerechtigkeit in einer Gesellschaft (Konow 2003: 1189). Diese Theorien, nach denen sozial gerechte Verteilungen generell auf Basis eines spezifischen Verteilungsprinzips erfolgen sollen, werden in der Literatur als globale Gerechtigkeitstheorien bezeichnet.

Darüber hinaus identifiziert Konow eine vierte Kategorie normativer und deskriptiver Gerechtigkeitstheorien, aus denen sich zwar kein universelles (globales) Verteilungsprinzip ableiten lässt, in denen jedoch davon ausgegangen wird, dass soziale Gerechtigkeitsurteile und infolgedessen das präferierte Verteilungsprinzip vom spezifischen Kontext (pluralistische Verteilungsprinzipien) abhängen. Hierzu zählen die Theorien der lokalen Gerechtigkeit, die Gerechtigkeitstheorie von David Miller (1999), die Mehrprinzipienansätze (Konow 2003: 1189) und die Theorie von Sen (2009). Im Gegensatz

zu den globalen Gerechtigkeitstheorien postulieren die pluralistischen Theorien nur eine begrenzte Reichweite für die zentralen Informationspunkte der sozialen Gerechtigkeit.

Es bleibt zu resümieren, dass sowohl die normativen als auch die deskriptiven Gerechtigkeitstheorien einen oder mehrere Bezugsrahmen liefern, durch den „sich der Umfang der zugeteilten Ressourcen und die verwendeten Zuteilungsverfahren als gerecht qualifizieren oder als ungerecht ablehnen lassen“ (Kamm 2006: 31). Auf Basis dieser Relevanz werden im nächsten Kapitel entlang der von Konow (2003) vorgeschlagenen Kategorisierung zunächst die globalen und pluralistischen Gerechtigkeitstheorien dargestellt, welche den Kern der gegenwärtigen normativen Debatte in der sozialen Gerechtigkeitsliteratur bilden, bevor in Kapitel fünf die Erkenntnisse der empirischen Gerechtigkeitsforschung zu den tatsächlich in der Gesellschaft bestehenden Verteilungspräferenzen dargestellt werden.

4 Normative Gerechtigkeitstheorien

Amartya Sen (2009) verweist darauf, dass sich die normativen Gerechtigkeitstheorien anhand ihres gewählten Ausgangspunktes in transzendentale und komparative Theorien differenzieren lassen. Während sich der transzendentale Gerechtigkeitsansatz auf das Formulieren von Regeln konzentriert, ist der komparative auf die Realisierung von Gerechtigkeit fokussiert (Sen 2009: 28).

Bei den transzendentalen Theorien steht die Etablierung von Institutionen, die gerechte Regelungen für eine Gesellschaft sichern, im Mittelpunkt. Vertreter des transzendentalen Ansatzes machen vollkommene Institutionen zum Gradmesser von Gerechtigkeit (Sen 2009: 33) und konzentrieren sich auf die vollendete Gerechtigkeit. Infolgedessen setzen sich die Vertreter dieser Sichtweise nicht mit einer Gegenüberstellung realisierbarer Gesellschaften auseinander. Das Ziel dieses Ansatzes besteht demnach nicht darin, Kriterien für die Differenzierung zwischen gerechteren und ungerechteren Optionen aufzudecken, sondern darin, das was gerecht ist, in abstrakter Form zu identifizieren. Darüber hinaus richtet der transzendentale Institutionalismus seinen Fokus auf das korrekte Verständnis der Institutionen und eben nicht auf die faktischen Gesellschaften, die am Ende aus ihnen resultieren (Sen 2009: 34). Zu den Vertretern dieses Ausgangspunktes zählen zum einem all jene Gerechtigkeitstheoretiker, die an das Denkmodell des Gesellschaftsvertrages anknüpfen (Thomas Hobbes, John Locke, Jean-Jaques Rousseau, Immanuel Kant und John Rawls), aber auch andere bedeutende Theoretiker der Gegenwart wie Robert Nozick (Sen 2009: 36).

Gerechtigkeitstheorien, die sich demgegenüber dem komparativen Ansatz zuordnen lassen, beschäftigen sich mit Vergleichen von bestehenden oder zumindest theoretisch umsetzbaren Gesellschaften. Theoretikern, die diesen Ausgangspunkt wählen, geht es nicht darum, die vollkommene gerechte Gesellschaft zu postulieren, ihr Ziel besteht vielmehr in erster Linie darin, offensichtliches Unrecht zu beseitigen (Sen 2009: 36).

Auch wenn sich normative Gerechtigkeitstheorien bis in die Antike zurückverfolgen lassen (Wegener 1992: 270), werden mit Blick auf die Relevanz für die vorliegende Arbeit in diesem Abschnitt nur die in der aktuellen Debatte diskutierten globalen Theorien von John Rawls (1971), Robert Nozick (1974) und John Harsanyi (1977) sowie die pluralistischen

Theorien von Michael Walzer (1983), David Miller (1999) und Amartya Sen (2009) dargestellt.[30]

Während die globalen Theorien den Ausgangspunkt des transzendentalen Institutionalismus wählen, lassen sich die pluralistischen Gerechtigkeitstheorien von Walzer (1983), Miller (1999) und Sen (2009) der komparativen Perspektive zuordnen. Da jede der vorgestellten globalen Theorien einen anderen zentralen Informationspunkt für die Beurteilung von sozialer Gerechtigkeit beinhaltet und selbiger in den pluralistischen Theorien in Abhängigkeit von bestimmten Bedingungen variiert, werden für jede Theorie die aus ihr folgenden Implikationen für eine Verteilung von Gesundheitsressourcen erläutert.

4.1 Gleichbehandlung und Bedarfsorientierung

Die wohl bedeutendste normative Gerechtigkeitstheorie, deren zentraler Informationspunkt Verteilungen nach dem Gleichheits- und Bedarfsprinzip impliziert, wurde 1971 von John Rawls[31] veröffentlicht.

Um Verteilungskonflikte zu vermeiden und eine sozial gerechte gesellschaftliche Grundstruktur zu erzielen, stellt Rawls zur Diskussion, Grundsätze zu entwickeln, nach denen zentrale rechtliche, soziale, politische und wirtschaftliche Institutionen die konkurrierenden Ansprüche auf die natürlichen und sozialen Ressourcen regeln (Rawls 1975: 74). Gerecht sind dabei jedoch ausschließlich Regeln, auf die sich die Gesellschaftsmitglieder in fairen Entscheidungssituationen einigen. Um eine dergestalt faire Entscheidungssituation zu gewährleisten, konstruiert Rawls einen Urzustand, in dem alle Menschen gleich sind und in dem die festgelegten, allgemein gültigen Grundsätze sozialer Gerechtigkeit nicht von Zufällen oder gesellschaftlichen Kräfteverhältnissen beeinflusst werden (Rawls 1975: 142). Um diesen Urzustand herzustellen, positioniert Rawls die Beteiligten in der Entscheidungssituation hinter den „Schleier des Nichtwissens“. Infolgedessen, so Rawls, wissen die Beteiligten nicht, wie sich die zur Wahl stehenden Optionen auf ihre individuellen Interessen auswirken und sie können die zur Wahl stehenden

[30] Einen Überblick über die normativen Gerechtigkeitstheorien von der Antike bis Rawls und Nozick liefert unter anderem Heidenreich (2011).

[31] James Konow (2003: 1195) fasst die Bedeutung dieser Theorie wie folgt zusammen. „The publication of John Rawls’s major work, A Theory of Justice, in 1971 was a landmark event in several respects. It provided the principal impetus to the resurgence of interest in justice among philosophers, and even many social scientists, during the twentieth century. In addition, the authors of nearly every subsequent normative treatment of justice have felt obliged to formulate their theories within Rawls’s framework, or at least to define their positions with reference to his contribution“.

Grundsätze nur unter allgemeingültigen Gesichtspunkten bewerten (Rawls 1975: 159). Das durch den „Schleier des Nichtwissens“ verursachte Informationsdefizit führt dazu, dass die Betroffenen lediglich wissen, welche Allokationsmechanismen für die Verteilung von Gütern existieren und wie Gesellschaften funktionieren (Rawls 1975: 161). Sie besitzen hingegen keine Informationen über ihre eigenen Fähigkeiten, Interessen, Vorlieben und soziale Position in der Gesellschaft (Rawls 1975: 160).

Rawls geht davon aus, dass sich rationale Individuen, die nach einer möglichst hohen Ausstattung mit Rechten, Freiheiten, Chancen, Einkommen und Vermögen streben, in einer solchen hypothetischen Unsicherheitssituation auf die folgenden zwei Grundsätze für eine gerechte gesellschaftliche Grundstruktur einigen würden, wobei die Grundsätze in lexikalischer Ordnung stehen, bei dem der erste dem zweiten vorausgeht (Rawls 1975: 82).

1. Jedes Mitglied der Gesellschaft soll das gleiche Recht auf ein umfassendes System von Grundfreiheiten und Grundrechten haben, solange dies mit dem gleichen System für alle anderen Gesellschaftsmitglieder kompatibel ist (Rawls 1975: 81).

2. Ökonomische oder soziale Ungleichheiten sind nur dann legitim, wenn sie zwei Bedingungen erfüllen. Zum einen müssen sie aus Positionen oder Ämtern hervorgehen, die allen Mitgliedern der Gesellschaft infolge einer gewährleisteten fairen Chancengleichheit offenstehen. Zum anderen müssen die Ungleichheiten für die in der Gesellschaft am schlechtesten Gestellten den maximalen Nutzen bringen (Differenzprinzip) (Rawls 1975: 81).

Die Verteilungsprinzipien, die hinter dem „Schleier des Nichtwissens“ einstimmig beschlossen werden, bestimmen die Gestaltung der tatsächlichen Institutionen (Rawls 1975: 224-228).[32]

Der Urzustand dient nach Rawls in diesem Zusammenhang ebenfalls dem Zweck, dass sich die Beteiligten durch die bestehende Unkenntnis auf Grundsätze einigen, durch die nur jene Grundgüter maximiert werden, die für jedes Gesellschaftsmitglied von Bedeutung sind und nicht jene, die eine individuelle Relevanz für den Einzelnen aufweisen.[33] Diese universellen

[32] Hervorzuheben ist, dass allein der erzeugte hypothetische Urzustand der Ungewissheit ausschlaggebend für die Einigung und allgemeine Anerkennung dieser beiden Grundsätze ist. „Der Schleier des Nichtwissens ermöglicht die einstimmige Annahme einer bestimmten Gerechtigkeitsvorstellung“ (Rawls 1975: 164).

[33] Nachdem die Grundsätze auf der ersten Stufe beschlossen wurden, wird der „Schleier des Nichtwissens“ auf den folgenden Stufen kontinuierlich durchlässiger, bis er auf der vierten und letzten Stufe vollkommen verschwindet. „Die Kenntnisse auf jeder Stufe ermöglichen gerade die sinnvolle Anwendung der Grundsätze auf die jeweiligen Gerechtigkeitsfragen und schließen alles aus, was zur Voreingenommenheit und Gegensätzen zwischen den Menschen führen könnte“ (Rawls 1975: 228).

gesellschaftlichen Grundgüter inkludieren nach Rawls Rechte, Freiheiten, Chancen, Einkommen, Vermögen und Selbstachtung (Rawls 1075: 83).

Nach dieser Aufzählung versteht Rawls Gesundheit nicht als gesellschaftliches Grundgut. Noch deutlicher wird dies durch seine nachfolgende Aussage „Grundgüter wie Gesundheit und Lebenskraft, Intelligenz und Phantasie sind natürliche Güter“ (Rawls 1975: 83). Fraglich ist daher, welche Bedeutung Rawls Theorie für Verteilungsgerechtigkeitsfragen im Gesundheitssystem besitzt.

Rawls geht im Rahmen seiner Theorie nicht auf Fragen der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem ein. Daniels (1981) begründet dies damit, dass Rawls in seiner Theorie von normalen, aktiven und vollkommen kooperativen Gesellschaftsmitgliedern ausgeht. „There is no distributive theory of health care because no one is sick“ (Daniels 1981: 164). Wie eine öffentliche Gesundheitsversorgung analog zu Rawls Theorie aussehen würde „must be derived from his general argumentation, especially from his principles of justice“ (Horgby & Wittkau-Horgby 1998: 251).

Die Bedeutung von Rawls Gerechtigkeitstheorie für die Verteilung von Gesundheitsressourcen wurde in der sozialen Gerechtigkeitsliteratur vielfach diskutiert. Die meiste Beachtung erhielt dabei wohl der Erweiterungsvorschlag von Norman Daniels (1981). Daniels argumentiert, dass aufgrund des von Rawls formulierten Prinzips der fairen Chancengleichheit eine Grundversorgung mit Gesundheitsgütern durch die von Rawls postulierten fundamentalen „background institutions“[34] gewährleistet werden kann, wie Rawls es auch für den Bereich der Bildung vorsieht (Daniels 1981: 165). Bildung, wie auch Gesundheit, stellen wichtige, strategische Grundgüter für eine Chancengleichheit dar, die Bedürfnisse implizieren, welche innerhalb einer Gesellschaft nicht gleich verteilt sind. „[…] educational needs, like health care needs, differ from other basic needs, such as the need for food and clothing, which are more equally distributed between persons“ (Daniels 1981: 167). Die Umsetzung von Lebensplänen, so Daniels, ist neben dem Bildungsstand auch essenziell abhängig vom Gesundheitszustand eines Individuums. Ohne einen guten Gesundheitszustand ist es Individuen unmöglich, ihre Lebensziele zu verfolgen. Daher ist eine gesundheitliche Grundversorgung für die Wahrung der von Rawls verlangten Chancengleichheit in der Gesellschaft unabdingbar (Daniels 1981: 165). Durch diese von Daniels aufgezeigte Verknüpfung der von Rawls formulierten Chancengleichheit mit dem

[34] Die „background institutions“ liefern im Rahmen von Rawls Gerechtigkeitstheorien die Rahmen für das Bestehen einer Chancengleichheit in der Gesellschaft (Daniels 1981: 165).

Gesundheitszustand lässt sich das Recht der Gesellschaftsmitglieder auf einen in Abhängigkeit von der individuellen Bedürftigkeit entsprechenden Anteil an öffentlich bereitgestellten Gesundheitsgütern ableiten (Kamm 2006: 41). „But this does not mean we are committed to the futile goal of eliminating all natural differences between persons. Health care has as its goal normal functioning and so concentrates on a specific class of obvious disadvantages and tries to eliminate them. That is its limited contribution to guaranteeing fair equality for opportunity“ (Daniels 1981: 166). Infolgedessen sollte das öffentliche Gesundheitssystem in einer Gesellschaft, die Chancengleichheit wie von Rawls gefordert gewährleisten möchte, jene Leistungen bereitstellen, welche den Bedarf oder zumindest den dringenden Bedarf an Gesundheitsfürsorge (definiert nach ihrer Bedeutung für die Verwirklichung von Lebenszielen) erfüllen.[35] Dies, so Daniels, muss durch eine gesellschaftliche Umverteilung finanziert werden, durch die gewährleistet wird, dass kein Gesellschaftsmitglied aufgrund seiner finanziellen Lage, seiner Rasse, seines Geschlechtes oder anderer sozialer Faktoren aus der Grundversorgung mit Gesundheitsgütern exkludiert wird (Daniels 1981: 175).

Anders als Daniels argumentiert Schreyögg (2004) hingegen, dass auch allein die von Rawls erwartete Anwendung der Maximin-Regel unter dem Schleier des Nichtwissens dazu führen würde, dass sich eine Gesundheitsversicherung herausbilden würde, welche sich über eine Umverteilung von Gesunden zu Kranken sowie von Reichen zu Armen finanziert. Da unter dem Schleier des Nichtwissens niemand weiß, ob er krank ist oder in Zukunft krank wird, werden sich alle Gesellschaftsmitglieder für eine Grundversicherung entscheiden. Da auch niemand weiß, über welche Mittel er in seinem Leben verfügt, werden sich darüber hinaus alle für ein Finanzierungssystem entscheiden, das Beiträge in Abhängigkeit von der individuellen ökonomischen Leistungsfähigkeit erhebt (Honekamp & Rehmann 2009: 35).

Was aber impliziert Rawls Theorie bzw. die von Daniels vorgeschlagene Erweiterung, wenn die ohnehin knappen öffentlich finanzierten Gesundheitsgüter, wie es häufig der Fall ist, unteilbar sind und mehr Gesellschaftsmitglieder eine individuelle Bedürftigkeit aufweisen als Ressourcen verfügbar sind und daher Rationierungen unumgänglich sind?

Worauf würden sich die Gesellschaftsmitglieder hinter dem Schleier des Nichtwissens einigen?[36] Welche Personen würden, ausgehend von Rawls Annahmen, bei

[35] Gesundheitsleistungen, die keine hohe Priorität aufweisen, müssten demgegenüber über private Zusatzversicherungen abgedeckt oder privat bezahlt werden (weiche Rationierung) (Daniels 1981: 175).

[36] Diese Entscheidungen, ließe man sie tatsächlich von der Bevölkerung treffen, wären maßgeblich von den individuellen Interessen der Gesellschaftsmitglieder beeinflusst. Dies wäre hingegen nicht mit Rawls

Verteilungsentscheidungen über Gesundheitsgüter bevorzugt oder benachteiligt behandelt werden, wenn nicht die Bedürfnisse aller befriedigt werden können? Ausgehend von Rawls würden sich die Mitglieder der Gesellschaft hinter dem Schleier des Nichtwissens nur darauf einigen, dass jene Personen mit schwersten Erkrankungen (am schlechtesten gestellte Person) zu priorisieren wären. Darüber hinaus erscheint es unwahrscheinlich, dass sich die Entscheidungsträger auf bestimmte personenbezogene Priorisierungskriterien (z. B. *gesundheitsbezogener Lebensstil*, *Alter*, *soziale Rolle*) einigen würden, da sie ja nicht wissen, ob sie von diesen Entscheidungen letztlich unmittelbar selbst betroffen wären. Ausgehend von dieser Annahme müssten Gesellschaftsmitglieder im Urzustand jedes Kriterium, welches über die *Schwere der Erkrankung* hinausgeht, ablehnen (Gleichheitsgrundsatz).

4.2 Erworbene Ansprüche

Eine einflussreiche Gerechtigkeitstheorie des 20. Jahrhunderts, deren zentraler Informationspunkt das Anspruchsprinzip bildet, stammt vom amerikanischen Philosophen Robert Nozick (1974) (Koller 1981: 139). Nozicks Perspektive auf soziale Gerechtigkeit basiert ausschließlich auf der Achtung von natürlichen und erworbenen individuellen Ansprüchen (Hegtvedt 1992: 311).

Nozick nimmt an, dass sich die natürlichen Rechte eines Individuums nicht erst aus einer vertraglichen Einigung ergeben, sondern dass ihnen Rechte, wie das natürliche Recht auf Leben, Gesundheit, Freiheit und Eigentum, bereits aufgrund ihrer Zugehörigkeit zur Gattung Mensch zustehen (Nozick 1976: 25). Da jeder diese natürlichen Rechte durchsetzen will, entwickelt sich aus dem zunächst gegebenen Zustand der Anarchie eine staatliche Ordnung. Diese staatliche Ordnung, so Nozick, dient jedoch nur dazu, das Leben, das Eigentum und die Freiheit der Bürger zu sichern, das Einhalten von Abkommen zu garantieren und Bedrohungen von außen abzuwenden (Minimalstaat) (Nozick 1976: 38). Indem die Befugnisse nicht darüber hinausgehen, kann der Minimalstaat – ohne die Rechte anderer zu verletzen – aus dem Naturzustand hervorgehen und bildet für Nozick den weitestgehenden Staat, der sich rechtfertigen lässt (Nozick 1976: 143). Staatliche Eingriffe, die wie die

Verständnis eines fairen Verfahrens vereinbar, denn dieses verlangt eine Entscheidungssituation, in der die Bevölkerung nicht weiß, „[…] wie sich die verschiedenen Möglichkeiten auf ihre Interessen auswirken würden […]“ (Rawls 1975: 159). Darüber hinaus kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass es zu einem Konsens zwischen den Gesellschaftsmitgliedern kommen würde, wenn jeder von ihnen dem Anreiz ausgesetzt wäre, jene Kriterien zu wählen, die für sie selbst am besten sind.

Vornahme von Umverteilungen darüber hinausgehen, sind hingegen nicht zu rechtfertigen, wenn diese nicht einstimmig beschlossen wurden (Nozick 1976: 265 f.). Nozick lehnt jegliche Gerechtigkeitsentwürfe ab, die sich auf die Gesamtstruktur der Verteilung beziehen und in denen auf Basis von strukturellen Grundsätzen versucht wird, diese unabhängig von ihren Ursachen zu bewerten und korrigieren (Nozick 1976: 148 f.).

Eine sozial gerechte Verteilung liegt für Nozick immer dann vor, wenn die Ansprüche auf die erworbenen Güter als gerecht angesehen werden können. In seiner Anspruchstheorie formuliert Nozick drei Grundsätze, nach welchen der Anspruch auf Besitztümer als gerecht anzuerkennen ist. Dies ist zum einen der Fall, wenn ein Besitztum selbst erschaffen wurde bzw. es sich um die Aneignung eines herrenlosen Gegenstandes handelt (Grundsatz der gerechten Erstaneignung). Weiterhin kann ein gerechter Anspruch auf ein Besitztum vorliegen, wenn das Besitztum durch eine legitime Übertragung (Grundsatz der gerechten Übertragung) den Eigentümer gewechselt hat oder wenn ein Besitztum durch die Korrektur (Grundsatz zur Berichtigung ungerechter Besitzverhältnisse) einer zuvor unrechten Übertragung oder Aneignung (Diebstahl. Sklaverei, Raub etc.) erworben wurde (Nozick 1976: 144).[37] Basierend auf diesen drei Grundsätzen läge eine gerechte Verteilung nach Nozick immer dann vor, „[…] wenn jeder auf die Besitztümer Anspruch hat, die ihm bei der Verteilung zugehören“ (Nozick 1976: 144).

Ausgehend von Nozick sind Umverteilungsmaßnahmen, wie jene, die zum Zwecke der Finanzierung eines öffentlichen Gesundheitssystems notwendig wären, ausschließlich dann zulässig, wenn sich die Mitglieder einer Gesellschaft einstimmig darauf einigen würden. Infolgedessen wird sich ein auf Nozicks Gerechtigkeitsverständnis basierendes Gesundheitssystem vermutlich in Form eines verbraucherorientierten privaten Krankenversicherungsmarktes präsentieren, in welchem sich die Rolle des Staates darauf beschränkt, sicherzustellen, dass niemandes Rechte verletzt werden. Da jedoch sowohl Arme als auch Reiche dem Unsicherheitsfaktor Gesundheit ausgesetzt sind und durch eine breite Beitragsbasis die Zahlung der Versicherungsbeiträge zumindest für die Reichen keine zu großen materiellen Aufwendungen bedeuten würde, könnten sich die Gesellschaftsmitglieder auch auf Basis von Nozicks Gedankenexperiment auf eine Pflichtversicherung zum Zwecke einer öffentlich finanzierten medizinischen Grundversorgung einigen (Honekamp & Rehmann 2009: 35).

[37] Nozick formuliert zwar die drei Grundsätze zur Anerkennung von gerechten Ansprüchen auf Besitztümer, jedoch unterlässt er es, Kriterien festzulegen, anhand derer sich bestimmen lässt, ob eine gerechte Erstaneignung oder Übertragung vorliegt (Koller 1981: 143).

4.3 Maximierung des durchschnittlichen Nutzens

Die Idee der Maximierung des durchschnittlichen Nutzens als Gerechtigkeitsentwurf stammt von John Harsanyi (1977) und basiert auf drei moralphilosophischen Ansätzen sowie auf der bayesianischen Theorie rationalen Verhaltens (Harsanyi 1977: 623).

Die philosophischen Überlegungen, auf die Harsanyi (1977) in seinem Gleichwahrscheinlichkeitsmodell zurückgreift, sind (nach eigenen Angaben) der von Adam Smith eingeführte unparteiische Zuschauer[38], das von Emanuel Kant erläuterte Prinzip des Universalismus[39] und die von frühen Vertretern des Utilitarismus geforderte durchschnittliche Maximierung des gesamtgesellschaftlichen Nutzens[40] (Harsanyi 1977: 623-624).[41]

Die Basis für Harsanyis Theorie bildet ein Modell moralischer Werturteile (Harsanyi 1977: 631). Harsanyi argumentiert, dass man moralische Entscheidungen nur treffen kann, wenn diese auf unparteiischen Überlegungen beruhen, „otherwise his assessment will not be a genuine moral value judgement but rather will be merely a judgment of personal preferences“ (Harsanyi 1977: 632). Ausgehend von diesem Standpunkt entwickelt Harsanyi ein Modell moralischer Werturteile, welches sich aus zwei zentralen Faktoren zusammensetzt. Zum einen kennt niemand zum Zeitpunkt seines Urteils die eigene Stellung in der Gesellschaft (Schleier des Nichtwissens). Zum anderen besitzt jedes Mitglied der Gesellschaft exakt die gleiche Wahrscheinlichkeit, jede der möglichen Positionen in einer Gesellschaft zugewiesen zu bekommen. Diese fiktive Annahme bezeichnet Harsanyi als Gleichwahrscheinlichkeitsmodell. Harsanyi argumentiert dahingehend, dass – ausgehend

[38] Smith argumentiert, dass moralische Urteile nur dann möglich sind, wenn die Beurteilung aus der Sicht eines unparteiischen aber menschlichen und mitfühlenden Beobachters erfolgt (Harsanyi 1977: 623).

[39] Vereinfacht ausgedrückt meint das Prinzip des Universalismus, dass wir andere Menschen so behandeln sollen, wie wir selbst behandelt werden möchten (Harsanyi 1977: 624).

[40] Maximierung des gesamtgesellschaftlichen Nutzens meint, dass entweder die Summe oder der Durchschnitt des Nutzens für alle Mitglieder der Gesellschaft maximiert wird (Harsanyi 1977: 624).

[41] Innerhalb der Theorie des rationalen Verhaltens differenziert Harsanyi zwischen den drei Ansätzen Entscheidungstheorie, Spieltheorie und Ethik (Harsanyi 1977: 629). Die Entscheidung, diese Disziplinen zu einer allgemeinen Theorie rationalen Verhaltens zusammenzufassen begründet Harsanyi zum einem damit, dass alle drei Disziplinen, dadurch dass sie zunächst den Begriff der Rationalität in ihrer Disziplin definieren (primary definition of rationality), im Wesentlichen die gleichen Methoden verwenden. Aus dieser primären Definition leitet dann jede Disziplin eine sekundäre Definition von Rationalität ab, die sich üblicherweise als wesentlich praktikabler darstellt (Harsanyi 1977: 629). Als zweites Argument gibt Harsanyi an, dass sich die in der Spieltheorie, Entscheidungstheorie und der Ethik verwendeten Axiome aus mathematischer Sicht stark ähneln. „All three disciplines […] are based on such mathematical properties as efficiency, symmetry, avoidance of dominated strategies, continuity, utility maximization, invariance with respect to order preserving linear utility transformations“ (Harsanyi 1977: 630). Die dritte und für Harsanyi bedeutendste Verbindung zwischen den drei Disziplinen besteht jedoch in der Tatsache, dass es möglich ist, fundamentale Probleme der Spieltheorie und der Ethik auf Probleme der Entscheidungstheorie herabzusetzen (Harsanyi 1977: 631).

von der bayesianischen Entscheidungstheorie – aufgrund dieser Gleichwahrscheinlichkeitsannahme jedes rational handelnde Individuum in der Gesellschaft „will always choose that particular social system that would maximize his expected utility, that is, the quantity representing the arithmetic mean of all individual utility levels in society“ (Harsanyi 1977: 633). Auch wenn rational handelnde Individuen in diesem Modell zwar lediglich so handeln, wie es zur Maximierung ihres individuellen erwartenden Nutzens am besten ist (Prinzip der erwarteten Nutzenmaximierung), führt diese Entscheidung durch die Einführung des Schleiers des Nichtwissens und die Gleichwahrscheinlichkeitsannahme gleichzeitig auch zur Maximierung des gesellschaftlichen erwarteten Nutzens. Aus diesem Grund bildet für Harsanyi das Prinzip der Maximierung des durchschnittlichen Nutzens den zentralen Informationspunkt für moralische Werturteile (Strifler 2009: 7). Verteilungsentscheidungen sind demnach moralisch gerecht, wenn von allen möglichen Alternativen jene gewählt wird, durch die sich der erwartete Nutzen für jedes Gesellschaftsmitglied maximiert.

Damit der durchschnittliche Erwartungsnutzen jedoch Grundlage für eine Entscheidung sein kann, müssen zwei Voraussetzungen erfüllt sein. Zum einen muss es möglich sein, einen Mittelwert aus den verschiedenen Nutzenniveaus zu ermitteln. Zu diesem Zweck muss jedoch eine kardinal skalierte Nutzenfunktion vorliegen (Strifler 2009: 10). Neben der kardinalen Skalierung verlangt die Verwendung des Prinzips der Maximierung des durchschnittlichen Nutzens allerdings ebenfalls danach, dass interpersonelle Nutzenvergleiche möglich sind. Um diese Voraussetzung zu erfüllen, entwarf Harsanyi das Ähnlichkeitspostulat. Dieses besagt, dass verschiedene Individuen in den gleichen Situationen dieselben psychologischen Reaktionen zeigen und einen identischen Nutzen aus ihnen ziehen werden, wenn ihrer Verschiedenheit in Bezug auf ihren persönlichen Geschmack, Bildungsgrad etc. Rechnung getragen wird (Harsanyi 1977: 640).

Summarisch argumentiert Harsanyi, dass immer dann, wenn kardinal skalierte Nutzenfunktionen vorliegen und interpersonelle Nutzenvergleiche sinnvoll sind, hinter dem Schleier des Nichtwissens jedes Gesellschaftsmitglied dieselbe Wohlfahrtsfunktion optimiert und daher folglich alle rational handelnden Individuen die gleiche Entscheidungsregel (Maximierung des Durchschnittsnutzens) wählen. Die für alle identische soziale Wohlfahrtsfunktion garantiert die einstimmige Entscheidung für dieses Prinzip (Strifler 2009: 28).

Ausgehend von Harsanyis Annahmen würden sich Individuen unter den von ihn postulierten Bedingungen vermutlich für folgende Form der Verteilung von Gesundheitsressourcen entscheiden: „The preferred distribution of health care is that which maximizes the sum of health, […] to each according to potential for health improvements“ (Olsen 1997: 633). Dabei bleiben Unterschiede im anfänglichen Gesundheitsniveau bei der Verteilung der Ressourcen unbeachtet. Das Einzige, was zählt, ist der Zuwachs an Gesundheit in der Gesamtgesellschaft (Olsen 1997: 633).

Bei Priorisierungsentscheidungen zwischen Patienten mit dem gleichen medizinischen Bedarf sollten Individuen hinter dem Schleier des Nichtwissens, ausgehend von dem Ziel der Maximierung der Gesamtgesundheit in der Gesellschaft, jenen Patienten bevorzugen, der vermutlich den größten erwarteten individuellen Nutzen von der Behandlung erfährt. Fraglich ist jedoch, ob sich diese Frage aus Harsanyis Perspektive überhaupt stellen würde. Voraussetzung für diese Priorisierungsüberlegungen ist gerade die Annahme, dass das Kriterium des stärksten medizinischen Bedarfes vorgelagert ist. Da es Harsanyi jedoch darum geht, den gesamtgesellschaftlichen Nutzen zu maximieren, könnte das Kriterium medizinischer Bedarf ebenso durch andere primäre Priorisierungskriterien, die effizientere Beiträge zu dieser Zielverfolgung liefern, ersetzt werden.

4.4 Gerechtigkeitspluralismus

Normative Gerechtigkeitstheorien, die von pluralistischen Verteilungsgrundsätzen ausgehen, bezweifeln das grundlegende Prinzip des normativen Individualismus, nachdem sich gesellschaftliche Normen, wie z. B. bei Rawls und Nozick, aus den Freiheitsrechten der Gesellschaftsmitglieder ableiten lassen und auf deren Basis alle sozialen Güter in einer Gesellschaft verteilt werden. „Stattdessen wird davon ausgegangen, dass soziale Normen ihren Ursprung und ihren Rechtfertigungsgrund in sozialen Zusammenhängen und konkreten, historisch gewachsenen Gemeinschaften haben“ (Wolf 2014: 16). Es geht demnach nicht um die Identifizierung allgemeingültiger und überdauernder Grundsätze sondern um historisch bedingte gesellschaftsspezifische Norm- und Wertvorstellungen, die unser Gerechtigkeitsempfinden in unterschiedlichen Funktionsbereichen prägen (Wolf 2014: 16). Die gleichen Verteilungsgüter benötigen in differenten Gesellschaften mitunter divergierende Verteilungsmechanismen und „verschiedene Güter verschiedene Verteilungsregeln innerhalb ein und derselben Gesellschaft. Es gibt einfach keine einzig

richtige Verteilungsregel oder einen konsistenten Satz von Verteilungsregeln, nach der man alle heute begehrten Güter verteilen könnte“ (Walzer 1992: 12).

In der aktuellen normativen Debatte zur sozialen Gerechtigkeit werden primär drei Theorien diskutiert, mittels derer argumentiert wird, dass „justice is context dependent, i.e., impartial justice obeys general principles, but these principles require a set of people and variables that the context provides“ (Konow 2003: 1215). Da sich die drei pluralistischen Gerechtigkeitstheorien von Michael Walzer (1983), David Miller (1999) und Amartya Sen (2009) hinsichtlich ihres angeführten relevanten Kontextes unterscheiden, werden in den folgenden Abschnitten alle drei Theorien dargelegt.

4.4.1 Lokale Gerechtigkeit

Michael Walzer (1983) argumentiert, dass kein universelles Verteilungsprinzip existiert, anhand dessen alle bedeutenden sozialen Güter in einer Gesellschaft verteilt werden können. Obwohl Walzer (1992: 30) darauf verweist, dass die Frage der Verteilungsgerechtigkeit auch Raum für kulturelle Diversität lässt, geht es ihm primär darum, aufzuzeigen, dass unterschiedliche soziale Güter auch innerhalb einer Gesellschaft aufgrund divergierender Beweggründe von verschiedenen Akteuren auf Basis von differenzierten Allokationsmechanismen verteilt werden sollten.[42] Die Ursache dafür, so Walzer, sei die differierende Bedeutung der verschiedenen sozialen Güter selbst (Walzer 1992: 30).

Soziale Gerechtigkeit kann nach Walzer nur dann gegeben sein, wenn die Verteilung von sozialen Gütern in den separaten Gerechtigkeitssphären einer Gesellschaft in Übereinstimmung zu den Geltungskriterien eines spezifischen funktionalen Teilbereiches erfolgt (Walzer 1992: 12). Den Zustand, den Walzer mit dieser Forderung nach autonomen Verteilungssphären anstrebt, bezeichnet er als komplexe Gleichheit. „Formal gesprochen bedeutet komplexe Gleichheit, daß die Position eines Bürgers in einer bestimmten Sphäre oder hinsichtlich eines bestimmten sozialen Guts nicht erhöht werden kann durch seine Stellung in einer anderen Sphäre oder hinsichtlich eines anderen sozialen Guts“ (Walzer

[42] Diese Sichtweise ist allen Theorien lokaler Gerechtigkeit gemein. Welche Allokationsmechanismen Institutionen tatsächlich in den unterschiedlichen gesellschaftlichen Funktionsbereichen verwenden, um soziale Güter zu verteilen, ist eine Frage, mit der sich die deskriptiven Theorien lokaler Gerechtigkeit (z. B. John Elster) beschäftigen (siehe Kapitel 5.2). Walzer als normativer Vertreter der lokalen Gerechtigkeit beschäftigt sich hingegen mit der Frage, welche Verteilungsregeln die Institutionen zur Herstellung von sozialer Gerechtigkeit in den verschiedenen Gesellschaftssphären nutzen sollten.

1992: 49).[43] Ungleichheiten zwischen Individuen innerhalb einer spezifischen Sphäre stellen für Walzer demnach nicht das zentrale Problem dar. Problematisch für die Herstellung von sozialer Gerechtigkeit in Form von komplexer Gleichheit ist nach Walzer hingegen die Existenz eines einzelnen Gutes oder einer speziellen Art von Gütern, welche den Wert in sämtlichen Distributionssphären bestimmen (dominante Güter).[44] Um die Dominanz bestimmter sozialer Güter zu reduzieren und einen Zustand komplexer Gleichheit herzustellen, bedarf es jedoch einer Begrenzung der Konvertierbarkeit von sozialen Gütern.[45] In einer Gesellschaft, in welcher komplexe Gleichheit besteht, sollen Mechanismen einer dominanten Hierarchisierung weitestgehend ausgeschlossen werden, indem soziale Güter nach autonomen, nicht übertragbaren und sphärenspezifischen Distributionsregeln erfolgen (Walzer 1992: 15). Das aus dieser Forderung resultierende offene Verteilungsprinzip definiert Walzer wie folgt: „Kein soziales Gut X sollte ungeachtet seiner Bedeutung an Männer und Frauen, die im Besitz eines anderen Gutes Y sind, einzig und allein deshalb verteilt werden, weil sie dieses Y besitzen“ (Walzer 1992: 50). In einer komplexen egalitären Gesellschaft seien zwar, bedingt durch eine Vielzahl von lokal begrenzten Monopolen, welche sich im Besitz verschiedener Personengruppen befinden, viele kleine Ungleichheiten zwischen den Gesellschaftsmitgliedern innerhalb der verschiedenen Sphären existent, jedoch würde sich die Ungleichverteilung von bestimmten sozialen Gütern nicht aufgrund eines Konvertierungsprozesses auf andere Sphären übertragen (Walzer 1992: 46). Dominanz und Vorherrschaft bestimmter Personengruppen sollen so verhindert werden (Walzer 1992: 49).

Ausgehend von Walzers Konzept der komplexen Gleichheit lässt sich soziale Gerechtigkeit demnach in dem Maße erhöhen, wie die Verallgemeinerung von Ungleichheiten über verschiedene Gerechtigkeitssphären hinweg reduziert wird (Blasche 1998: 131).

Die Herstellung einer komplexen Gleichheit bedingt jedoch das Bewusstsein, dass soziale Güter, wie Gesundheit, eine eigene Sphäre bilden und dass jedes soziale Gut „nach den Geltungskriterien seiner eigenen Sphäre zugeteilt werden soll“ (Walzer 1992:12).

[43] Erhält Person X anstelle von Person Y ein politisches Amt, dann sind diese beiden Personen in der Sphäre Politik nicht gleich. Solange Person X jedoch durch sein Amt in der politischen Sphäre keine Vorteile gegenüber Y in einer anderen Sphäre (bessere medizinische Versorgung, bessere Schulbildung für die Kinder) besitzt, sind Person X und Person Y nicht ungleich.

[44] Dominanz meint in diesem Zusammenhang eine über die intrinsische Bedeutung eines sozialen Gutes hinausgehende Verwendung (Walzer 1992: 37).

[45] Walzer verweist jedoch darauf, dass die einzelnen Sphären nie vollkommen voneinander abgegrenzt sein können. Möglich ist lediglich eine relative Autonomie der einzelnen Sphären (Walzer 1992: 36).

Welche Verteilungskriterien sollten nun aber in den verschiedenen Distributionssphären Anwendung finden? Walzer verweist auf drei Prinzipien, durch die sich seine Forderung nach einem offenen Distributionsprinzip weitestgehend erfüllen lässt. Jedes dieser drei Kriterien besitzt seine eigene Geltungskraft, aber weder das Prinzip des freien Austauschs noch das der Leistung oder des Bedarfs „[haben] diese Kraft über alle Distributionsbereiche hinweg“ (Walzer 1992: 51). Um die divergierende Gewichtung dieser drei Prinzipien in verschiedenen Sphären aufzuzeigen, differenziert Walzer zwischen elf Gerechtigkeitssphären[46] und legt anhand von empirischen Daten aus unterschiedlichen Gesellschaften dar, wie in jeder dieser Sphären eines der drei Prinzipien an Dominanz gewinnt. Am fundamentalsten ist für Walzer dabei die Feststellung, dass das Verteilungsprinzip des freien Austausches die Sphäre Geld und Waren dominiert, das Verdienstprinzip eine hervorgehobene Relevanz im Bereich Anerkennung besitzt und der Bedarfsgrundsatz als primäres Distributionsprinzip in der Sphäre Sicherheit und Wohlfahrt fungiert. Darüber hinaus vollzieht Walzer eine Grenzziehung für jede der elf Sphären, indem er aufzeigt, wie das in einer Sphäre dominante Verteilungsprinzip mit den beiden anderen Prinzipien zusammenwirkt (Pioch 2005: 66).

Die Thematik soziale Gerechtigkeit bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen bezeichnet Walzer selbst als einen Spezialfall der Gerechtigkeitssphäre Sicherheit und Wohlfahrt. Wie bei jedem anderen sozialen Gut ergibt sich auch die Relevanz und somit das angemessene Allokationsprinzip des Gutes Gesundheit aus der Bedeutung, welche die jeweiligen Gesellschaftsmitglieder der Gesundheit zukommen lassen. Walzer plädiert letztlich dafür, dass die Bedeutung, welche die Gesellschaftsmitglieder dem Wert der medizinischen Versorgung und somit dem Gut Gesundheit zuschreiben, als maßgebliches Moment für die Wahl eines entsprechenden Distributionsmechanismus zu begreifen ist. Walzer führt dazu aus, dass der Wunsch nach einem langen Leben seit Beginn der Moderne ein sozial anerkanntes Bedürfnis darstellt (Walzer 1992: 139). Der Kampf gegen Krankheiten, der sich aus dem Streben nach einem langen Leben ergibt, erfordert jedoch gemeinsame Anstrengungen und ist teuer. Die finanziellen Mittel, welche für eine Gesundheitsversorgung aufgebracht werden müssen, übersteigen den Rahmen des einfachen Bürgers, sodass hier die Solidargemeinschaft aushelfen muss. Infolgedessen haben sich in modernen Staaten öffentliche, durch Umverteilung finanzierte Gesundheitssysteme

[46] Walzer differenziert zwischen den folgenden elf Gerechtigkeitssphären: Mitgliedschaft und Zugehörigkeit, Sicherheit und Wohlfahrt, Geld und Waren, Amt, harte Arbeit, Freizeit, Erziehung und Bildung, Verwandtschaft und Liebe, göttliche Gnade, Anerkennung, politische Macht.

entwickelt. „Wenn die gemeinschaftliche Versorgung erst einmal begonnen hat, dann unterliegt sie fürderhin weiteren moralischen Zwängen: sie muß das, was gebraucht wird, allen Mitgliedern der Gemeinschaft gleichermaßen darbieten, und sie muß es in einer Weise tun, die ihre Zugehörigkeit zur Gemeinschaft respektiert“ (Walzer 1992: 141). Der medizinische Bedarf sollte demnach nach Walzer in modernen Gesellschaften das dominierende Verteilungskriterium im öffentlich finanzierten Gesundheitssystem darstellen. Zwar wird die Verteilung nach medizinischem Bedarf aufgrund von Knappheit an ihre Grenzen stoßen, jedoch darf dieses Faktum lediglich als eine Verzerrung und nicht als eine Begrenzung des Verteilungsprozesses verstanden werden (Walzer 1992: 123). Welche nachgeordneten Verteilungskriterien heranzuziehen sind, wenn eine Verteilung nach Bedarf tatsächlich an ihre Grenzen stößt, lässt Walzer hingegen offen. Sicher scheint nur, dass er eine Priorisierung anhand des sozioökonomischen Status einer Person aufgrund des darin implementierten Verstoßes gegen die von ihm angestrebte komplexe Gleichheit ablehnen würde.

4.4.2 Berücksichtigung der Beziehungsformen

David Miller (1999) diskutiert die kontextuelle Variation der Gerechtigkeitsvorstellungen in Abhängigkeit von der vorliegenden menschlichen Beziehungsform (Miller 1999: 106). Nach Miller (1999: 67) existieren in modernen liberalen Gesellschaften drei Idealtypen menschlicher Beziehungsformen. Die solidarische Gemeinschaft, das Zweckbündnis und die Staatsbürgerschaft. Miller nimmt an, dass diese menschlichen Beziehungsformen die intuitiven Verteilungspräferenzen von Individuen beeinflussen und Gerechtigkeitsvorstellungen demzufolge pluralistischer Art sind.

Solidarische Gemeinschaften sind für Miller dergestalt gekennzeichnet, dass ihre Mitglieder ein stabiles Zusammengehörigkeitsgefühl aufgebaut haben, welches auf einem gemeinsamen Pflichtbewusstsein beruht. Dieser Beziehungstyp entsteht entweder durch direkte Interaktionen zwischen den Gruppenmitgliedern, die wechselseitiges Verständnis und Vertrauen erzeugen, oder durch gemeinsame Grundsätze, Verwandtschaft, Bekanntschaft oder Kultur (Miller 1999: 67). Mitglieder einer solidarischen Gemeinschaft entwickeln ein Zusammengehörigkeitsgefühl, durch das sie ein Gefühl gegenseitiger Verpflichtung verspüren, welches seinen natürlichen Ausdruck in einer bedarfsgerechten Verteilung findet. In modernen liberalen Gesellschaften ist diese Grundform menschlicher Beziehungen primär in der Familie zu finden. Abgeschwächte Versionen können im

Freundeskreis oder in Sportvereinen etc. bestehen. Miller geht davon aus, dass bei Verteilungsfragen in solidarischen Gemeinschaften das Bedarfsprinzip zugrunde gelegt wird. Inwieweit sich die Mitglieder der Solidargemeinschaft dazu verpflichten, die Bedürfnisse der anderen Mitglieder zu befriedigen, ist dabei abhängig von der Stärke der gemeinschaftlichen Verbindung (Miller 1999: 68).

Die zweite Grundform menschlicher Beziehungen, zu der Miller alle wirtschaftlichen Beziehungen zählt, bezeichnet er als Zweckverband. Mitglieder eines Zweckverbandes sind sich in der Regel fremd. Darüber hinaus erkennen alle Mitglieder einer solchen Beziehungsform an, dass von ihnen Leistungen gefordert werden, was zusammen mit den anderen Charakteristiken eines Zweckverbandes dazu führt, dass das Verdienstkriterium (Leistungsprinzip) bei Verteilungsentscheidungen durchaus angemessen erscheint (Miller 1999: 69). Die dritte Grundform menschlicher Beziehungen bildet die Staatsbürgerschaft. In modernen und freiheitlichen Demokratien besitzen sämtliche Menschen, welche der gleichen Staatsbürgerschaft angehören, bestimmte Rechte und Pflichten, die mit dieser Zugehörigkeit konnektiert sind (Miller 1999: 71). Miller geht davon aus, dass Individuen in staatsbürgerlichen Beziehungsformen infolgedessen Verteilungsentscheidungen in Übereinstimmung mit dem Gleichheitsprinzip präferieren. Jedes Mitglied besitzt die gleichen Freiheiten und Rechte.

Miller, der sich, wie in Kapitel 3.1 erläutert, für eine engere Verknüpfung zwischen normativer Theorie und empirischer Sozialforschung ausspricht, zeigt durch die Verwendung von empirischen Erkenntnissen, dass sich seine theoretischen Annahmen zum Einfluss der menschlichen Beziehungsform auf das präferierte Verteilungsprinzip durch empirische Erkenntnissen stützen lassen. Miller folgert daraus, dass jedes der drei Verteilungsprinzipien Gleichheit, Bedarf und Leistung einen wesentlichen Bestandteil der Verteilungsgerechtigkeit in einer Gesellschaft darstellt und jedes von ihnen in einer anderen menschlichen Beziehungsform eine besondere Bedeutung erhält (Miller 1999: 106).

Wie würde nun ein Gesundheitssystem ausgehend von Millers Annahmen aussehen? Miller selbst verweist explizit darauf, dass vollständig teilbare und transferierbare Gesundheitsressourcen so verwendet werden sollten, dass die Bedürfnisse aller möglichst stark ausgeglichen werden. Dies impliziert, dass jene mit den größten Bedürfnissen (schwerste Erkrankung) die meisten Gesundheitsleistungen erhalten (Miller 1999: 273). Demnach sollten, ausgehend von Millers Theorie, alle Bürger (staatsbürgerliche Beziehungsform) die gleichen Zugangschancen zu notwendigen Gesundheitsressourcen

besitzen, wobei insbesondere Menschen mit schwersten medizinischen Bedürfnissen bevorzugt werden.

Problematisch, so Miller, wird es hingegen dann, wenn Gesundheitsgüter nicht vollständig teilbar oder transferierbar sind und nicht genügend Ressourcen zur Verfügung stehen, um alle Personen mit dem größten medizinischen Bedarf zu versorgen. Miller schlägt an dieser Stelle vor, dass faire Verfahren entwickelt werden müssen, anhand derer entschieden wird, wer bei gleichem medizinischem Bedarf die notwendigen Ressourcen erhält (Miller 1999: 274). Denkbar wäre nach Miller ein Losverfahren zwischen den Patienten oder man überlässt es den Patienten selbst, sich untereinander auf ein anderes Kriterium als den medizinischen Bedarf zu einigen (Miller 1999: 273). „Auch wenn es nicht möglich ist, die Bedürfnisse aller gleich zu behandeln, wie es der Grundsatz fordert, können wir auf diesem Weg wenigstens jedem den gleichen Respekt erweisen“ (Miller 1999: 274). Damit beschreibt Miller den Prozess der Festlegung von expliziten Priorisierungskriterien, auf deren Basis – über medizinische Kriterien hinaus – die Verteilung von knappen Gesundheitsressourcen erfolgen könnte. Welche Kriterien dies sein könnten, lässt Miller dabei jedoch offen. Miller verweist stattdessen an dieser Stelle ausdrücklich auf die besondere Rolle der Verfahrensgerechtigkeit in Knappheitssituationen, in denen der medizinische Bedarf allein als Priorisierungskriterium nicht ausreicht, um Verteilungsentscheidungen zu treffen. Darüber hinaus schlägt er nicht vor, dass Politiker oder Ärzte diese Kriterien festlegen sollen, sondern überlässt dies den betroffenen Gesellschaftsmitgliedern selbst.

4.4.3 Maximierung von Lebenschancen

Amartya Sen (2009) konzipiert eine Theorie der Gerechtigkeit, welche klären soll „wie wir verfahren können, wenn wir Fragen der Erweiterung von Gerechtigkeit und Beseitigung von Ungerechtigkeit in Angriff nehmen wollen“ (Sen 2009: 9). Im Mittelpunkt seiner Theorie steht infolgedessen die Frage, wie sich Gerechtigkeit erhöhen bzw. wie sich Ungerechtigkeit verringern lässt und nicht wie vollkommen gerechte Institutionen auszusehen haben (Sen 2009: 37).[47]

[47] Um diesen Punkt zu verdeutlichen, nutzt er folgendes Beispiel: Wenn wir aufgefordert werden, zwischen Picasso oder Dali zu wählen, wird uns die Feststellung, dass die Mona Lisa von Leonardo da Vinci „das ideale, auf der Welt unübertreffliche Gemälde sei“ (Sen 2009: 44) bei unserer Entscheidung nicht helfen.

Sen empfiehlt, dass der Befähigungsansatz (Capability Ansatz) den komparativen Informationsschwerpunkt für Entscheidungen darüber, welche der unterschiedlichen Alternativen gerechter als andere sind, bilden soll. Der Befähigungsansatz misst den individuellen Vorteil, den eine Alternative gegenüber einer anderen bedeutet, anhand der Befähigung, die eine Person ausgehend von der jeweiligen Option besitzt, jene Dinge zu tun, die ihr wichtig erscheinen (Sen 2009: 259). Sens Ansatz fokussiert demnach die tatsächlichen Lebenschancen, die sich aus den verschiedenen Optionen ergeben (Sen 2009: 261). Sen begründet dies damit, dass Grundgüter lediglich Mittel darstellen, durch die andere Dinge, im Speziellen Freiheit, erworben werden können. So können zwei Menschen, denen die gleichen Grundgüter zur Verfügung stehen, in Abhängigkeit von anderen Faktoren, wie z. B. ihrem Gesundheitszustand, trotz der gleichen Güter, unterschiedliche Verwirklichungschancen besitzen (Sen 2009: 262).

Sen verweist jedoch ebenfalls darauf, dass er mit dem Befähigungsansatz nicht fordert, von allen Alternativen sollte zwangsläufig immer jene gewählt werden, durch die Chancengleichheit maximiert wird (Sen 2009: 322). Vielmehr „muss die Fairness im Prozessaspekt der Freiheit Vorrang vor jeder engstirnigen Konzentration auf ihren Chancenaspekt“ haben (Sen 2009: 323).[48] Denn eine Gerechtigkeitstheorie muss sowohl die Wirksamkeit der substanziellen Verwirklichungschancen als auch die grundlegenden Aspekte der Verfahrensgerechtigkeit berücksichtigen (Sen 2009: 323).

Darüber hinaus merkt Sen an, dass wir nicht per se annehmen dürfen, dass Institutionen bereits um ihrer selbst willen eine Erscheinungsform der sozialen Gerechtigkeit darstellen. Vielmehr muss überprüft werden, welche sozialen Verwirklichungen auf Basis dieser Institutionen tatsächlich erfolgen und welche Möglichkeiten ergriffen werden können, um Ungerechtigkeiten zu verringern (Sen 2009: 110). Im Mittelpunkt einer Theorie der Gerechtigkeit muss für Sen daher die Frage stehen, „was mit Menschen tatsächlich geschieht“ (Sen 2009: 96). Für die Überprüfung der tatsächlich verwirklichten Gesellschaftszustände ist nach Sen die Theorie der kollektiven Entscheidungsfindung, durch welche nicht nur der gegenwärtige Zustand der Gesellschaft, sondern auch das Verfahren, durch welches diese Verhältnisse zustande gekommen sind, gemeinschaftlich bewertet wird,

[48] Um zu entscheiden, welches von zwei oder mehr Gesellschaftssystemen gerechter erscheint als ein anderes, müssen wir nicht wissen, wie eine vollkommen gerechte Gesellschaft aussehen würde. Sen verdeutlicht diesen Gedanken mit dem Beispiel der durchschnittlich höheren Lebenserwartung von Frauen gegenüber Männern. Die Herstellung von absoluter Chancengleichheit zwischen Männern und Frauen würde bei diesem Beispiel implizieren, dass Männer eine bessere Gesundheitsversorgung erhalten als Frauen, um auf diesen Weg die natürliche Benachteiligung der Männer auszugleichen (Sen 2009: 323).

unverzichtbar. Die Theorie kollektiver Entscheidung liefert einen relationalen Bezugsrahmen, welcher ermöglicht, die praktische Vernunft als Maßstab für sozial gerechte Entscheidungen zu nutzen und dabei die Pluralität von Gründen zu berücksichtigen (Sen 2009: 134).[49]

Voraussetzung für eine Prüfung der Alternativen mittels der öffentlichen Vernunft ist jedoch die globale (offene) Unparteilichkeit der Entscheidungsträger.[50] Die offene Unparteilichkeit ist dabei nach Sen (2009) aus zwei Gründen unverzichtbar. Zum einen haben Entscheidungen, welche in einem Land getroffen werden, häufig erhebliche Konsequenzen für den Rest der Welt. Darüber hinaus bestehen in vielen Gesellschaften provinzielle Ansichten und Überzeugungen, die mithilfe der Erfahrungen aus anderen Gesellschaften neu überdacht werden können (Sen 2009: 100). Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, schlägt Sen vor, den von Smith geprägten unparteiischen Zuschauer zu nutzen. Offene Unparteilichkeit erlaubt es, verschiedene Typen von unvoreingenommenen und vorurteilsfreien Ansichten zu berücksichtigen und verhindert, dass Nutzen ausschließlich aus Erkenntnissen gezogen wird, die von unterschiedlichen, parteiischen Zuschauern vorgebracht werden (Sen 2009: 172).

Summarisch lässt sich konstatieren, dass Sen zur Reduzierung von sozialen Ungerechtigkeiten in einer Gesellschaft vorschlägt, es sollte jenes Verteilungsprinzip gewählt werden, durch welches die Verwirklichungschancen der Menschen in einer spezifischen Gesellschaft mittels einer kollektiven Entscheidung maximiert werden. Welches Verteilungsprinzip dieser Forderung gerecht wird, lässt Sen dabei offen. Den Kontext, in dessen Abhängigkeit das bevorzugte Verteilungsprinzip variiert, bildet nach Sen primär die Struktur der spezifischen Gesellschaft, in welcher die jeweiligen

[49] Sen verweist in diesem Zusammenhang explizit darauf, dass auch aus konkurrierende Kriterien alternative Rangordnungen gebildet werden können, die der Überprüfung durch den öffentlichen Vernunftgebrauch standhalten (Sen 2009: 426), und dass auch diese über Schnittmengen verfügen, anhand derer zumindest eine partielle Ordnung entstehen kann. „Die Einigung auf diese Teilordnung kann dann als definitives Ergebnis unserer weit gefassten Theorie verstanden werden“ (Sen 2009: 425), aus der sich politische Handlungsempfehlungen ableiten lassen (Sen 2009: 427). So entwickelte partielle Rangordnungen besitzen trotz ihrer Unvollständigkeit große Relevanz für die Verringerung von sozialen Ungerechtigkeiten. Wenn wir z. B. nach kritischer Prüfung zu dem Ergebnis gelangen, dass Alternative A gerechter ist als die Alternativen B und C, dann können wir Option A, ohne zu entscheiden ob B gerechter ist als C, über beide Möglichkeiten stellen (Sen 2009: 427).

[50] Anders als Rawls argumentiert Sen, dass Unparteilichkeit eine globale Perspektive erfordert. Während Rawls durch den „Schleier des Nichtwissens“ nur die Mitglieder eines Gemeinwesens (Volk, Gesellschaftsmitglieder etc.) an der Einigung über die geltenden Grundsätze beteiligt und somit die Menge jener, die nach Gerechtigkeit streben, begrenzt (geschlossene Unparteilichkeit), fordert Sen, dass die Welt außerhalb dieser Grenzen (offene Unparteilichkeit) berücksichtigt werden muss.

Verteilungsentscheidungen getroffen werden, da diese den Rahmen der Verwirklichungschancen bestimmt.

Da Sen (2009) kein universelles Prinzip definiert, an dem sich eine sozial gerechte Gesellschaft bei Verteilungsfragen orientieren sollte, lässt sich die Frage hinsichtlich der Form des zu implementierenden Gesundheitssystems ohne weitere Kenntnisse der Beschaffenheit einer Gesellschaft nicht beantworten (Tobis 2011: 39). Ausgehend von Sen müssen soziale gerechte Verteilungen jedoch in Abhängigkeit von jenem Prinzip erfolgen, durch das nach Meinung des Kollektivs am ehesten die Herstellung einer gesundheitlichen Chancengleichheit gewährleistet wird. Dabei verweist Sen jedoch darauf, dass die Herstellung von gesundheitlicher Chancengleichheit diverse Aspekte inkludiert, welche weit über die bloße Verteilung von Gesundheitsleistungen hinausgehen. Staatliche Eingriffe, durch die gesundheitliche Chancengleichheit gefördert werden sollen, erfordern insofern umfassende Überlegungen, in denen berücksichtigt wird, dass Gesundheit in einem engen Zusammenhang mit allgemeinen Fragen der sozialen Gerechtigkeit in einer Gesellschaft stehen. Eine angemessene Gesundheitspolitik muss daher auch gesellschaftsspezifische soziale, ökonomische, biologische und geografische Einflussfaktoren berücksichtigen (Sen 2002: 663). Dabei muss wiederum berücksichtigt werden, dass bei politischen Entscheidungen, durch die gesundheitliche Chancengleichheit hergestellt werden soll, zwischen den beiden Gesichtspunkten Gleichberechtigung im Gesundheitssystem und Verteilungsgleichheit von Gesundheitsressourcen differenziert werden muss. Während die Verteilungsgleichheit für Verfahrensüberlegungen (Verfahrensgerechtigkeit) relevant ist „[…] and thus must attach importance to non-discrimination in the delivery of health care“ (Sen 2002: 665), ist es hingegen die Gleichberechtigung (verstanden als Verwirklichungschancen) im Gesundheitssystem, welche eine besondere Bedeutung für die Herstellung von gesundheitlicher Chancengleichheit besitzt (Sen 2002: 663). „Any conception of social justice that accepts the need for a fair distribution as well as efficient formation of human capabilities cannot ignore the role of health in human life and the opportunities that persons, respectively, have to achieve good health – free from escapable illness, avoidable afflictions and premature mortality“ (Sen 2002: 660). Zu implementieren wäre unter Sens Bedingungen in einer sozial gerechten Gesellschaft demnach jenes Gesundheitssystem, durch welches die substanziellen Verwirklichungschancen von Individuen am ehesten maximiert werden (Tobis 2011: 38), während gleichzeitig die Aspekte der Verfahrensfairness gewahrt bleiben (Sen 2009: 323).

4.5 Relevanz der normativen Theorien

Die Relevanz der pluralistischen Theorien von Miller (1999) und Sen (2009) für die vorliegende Arbeit ergibt sich in erster Linie daraus, dass beide betonen, dass sowohl die in der Gesellschaft bestehenden Einstellungen zu Verteilungsfragen als auch die Rolle der Verfahrensfairness bei Verteilungsentscheidungen über öffentliche Ressourcen berücksichtigt werden sollten. Die Bedeutung, die Miller und Sen diesen Einstellungen zukommen lassen, ist wiederum die Ursache dafür, dass beide offen lassen, anhand welcher Prinzipien Verteilungen von knappen und unteilbaren Gütern in einer Gesellschaft erfolgen sollen, damit diese als sozial gerecht angesehen werden können.

Obwohl auch Walzer (1983) indirekt dafür plädiert, dass die Einstellungen der Bevölkerung zu den in einer Sphäre anzuwendenden Distributionsregeln entscheidungsweisend sein sollten, ergibt sich die Verbindung zwischen seiner Theorie und der vorliegenden Arbeit primär daraus, dass er präzise formuliert, dass der medizinische Bedarf in modernen Gesellschaften das dominierende Allokationskriterium für die Verteilung von Gesundheitsressourcen darstellen muss, und dass diese Dominanz aufgrund von Knappheit möglicherweise eingeschränkt werden kann. Die Relevanz der vorliegenden Arbeit ergibt sich wiederum erst aus der Tatsache, dass ebendiese von Walzer geschilderte Situation in den westlichen Gesundheitssystemen eingetreten ist.

Welche Bedeutung die globalen Gerechtigkeitstheorien von John Rawls (1971) und John Harsanyi (1977) für die vorliegende Arbeit besitzen, ist hingegen abhängig von den Bedingungen, unter denen empirische Erkenntnisse zu den Verteilungspräferenzen der Bevölkerung gewonnen werden. Ursächlich dafür ist der von Rawls und Harsanyi postulierte Schleier des Nichtwissens. So wäre die Festlegung von Verteilungsregelungen, auf Basis von empirischen Erkenntnissen über die Verteilungspräferenzen der Bevölkerung, für Rawls lediglich dann akzeptabel, wenn die Erkenntnisse unter den Bedingungen des Schleiers des Nichtwissens erworben wurden. Ohne den Schleier des Nichtwissens, erfüllen die empirischen Erkenntnisse nicht die Voraussetzungen, welche Rawls an ein faires Verfahrens stellt und können infolgedessen nicht vor dem Hintergrund seiner Theorie interpretiert werden. Ein fehlender Schleier des Nichtwissens, würde ebenfalls dazu führen, dass empirische Erkenntnisse über Verteilungspräferenzen nicht die postulierten Bedingungen von Harsanyis Gedankenexperiment erfüllen. Denn ohne den Schleier des Nichtwissens entspricht die individuelle Nutzenfunktion der Befragten nicht der sozialen Nutzenfunktion, sodass sich eine Nutzenmaximierung für die Probanden durch divergierende

Entscheidungsregelungen ergeben würde und die von Harsanyi postulierte einstimmige Entscheidung für die Maximierung des Durchschnittsnutzens nicht die rationale Entscheidungsoption für alle bildet.

Ausgehend von der Annahme, dass in einer sozial gerechten Gesellschaft, welche auf Nozicks Anspruchstheorie basiert, zunächst kein öffentlich finanziertes Gesundheitssystem existent sei, wäre diese Theorie für die vorliegende Arbeit nur dann relevant, wenn sich durch empirische Daten zeigen lassen würde, dass sich die Bevölkerung unter den von Nozick postulierten Bedingungen einstimmig auf eine durch Umverteilungen finanzierte Gesundheitsversorgung einigen würden. Da dies impliziert, dass jedes Gesellschaftsmitglied dahingehend befragt wird und auch zustimmen muss, erscheint diese Einigung als äußerst unrealistisch. Darüber hinaus wäre das hierfür notwendige Verfahren äußerst aufwendig. Ohne den empirischen Nachweis einer einstimmigen Zustimmung zur Pflichtversicherung würde sich die Frage nach den Verteilungspräferenzen der Bevölkerung für die gemeinsam aufgebrachten Gesundheitsressourcen jedoch erst gar nicht stellen.

Nachdem in den vergangenen Abschnitten erörtert wurde, welche normativen Sichtweisen zum Thema soziale Gerechtigkeit bestehen und welche Relevanz diese Ansichten für die vorliegende Arbeit besitzen, ruht der Fokus im nachfolgenden Kapitel darauf, durch die Darstellung der Erkenntnisse aus der empirischen Gerechtigkeitsforschung aufzuzeigen, welche Einstellungen zu sozial gerechten Verteilungen tatsächlich in der Gesellschaft bestehen und in Abhängigkeit von welchen Faktoren dieses Verständnis variiert. Die im Folgenden dargestellten empirischen Erkenntnisse beziehen sich jedoch ausschließlich auf die generellen Einstellungen der Bevölkerung gegenüber sozialen Ungleichheiten oder auf deren Präferenzen bei der Verteilung von Einkommen. Empirische Erkenntnisse zu den Einstellungen gegenüber sozial gerechten Verteilungen von Gesundheitsressourcen liegen hingegen nicht vor. Ausgehend von der Annahme, dass Gesundheitsgüter jedoch, bedingt durch ihre spezifischen Eigenschaften, bei Fragen zu sozial gerechten Verteilungen eine Besonderheit darstellen (Landwehr 2011: 32), werden die im Folgenden aufgeführten empirischen Erkenntnisse primär verwendet, um mögliche Einflussfaktoren in Bezug auf Gerechtigkeitsvorstellungen in der Gesellschaft zu identifizieren und im Anschluss zu prüfen, inwieweit diese Faktoren auch Divergenzen in den Verteilungspräferenzen bei der Allokation von Gesundheitsressourcen erklären können.

5 Empirische Gerechtigkeitsforschung

Die empirische Gerechtigkeitsforschung ist – verglichen mit der langen Tradition der politischen Philosophie – eine eher junge Disziplin. Die ersten empirischen Studien zur sozialen Gerechtigkeit stammen aus den Anfängen der 1960er Jahre (Konow 2008: 3). „This research agenda has intensified more recently and now includes work in psychology, economics, political science and sociology“ (Konow 2008: 3). In Abgrenzung zu den normativen Gerechtigkeitstheorien soll anhand der empirischen Gerechtigkeitsforschung beschrieben und erklärt werden, welche Gerechtigkeitsvorstellungen und Verteilungsentscheidungen in der Gesellschaft bestehen und von welchen Faktoren diese abhängen (Liebig 2001: 267; Konow 2008: 1). Eruiert wird, was die Menschen tatsächlich für gerecht halten und wie Verteilungen in einer Gesellschaft real erfolgen. Die empirische Gerechtigkeitsforschung versteht sich daher in erster Linie als eine Einstellungsforschung (Schrenker & Wegener 2007: 4), bei welcher Gerechtigkeit als ein messbares empirisches Phänomen verstanden wird und deren gewonnenen Erkenntnisse die Möglichkeit eröffnen, eine Verbesserung von Handlungskonzepten in gesellschaftspolitischen Bereichen zu erzielen (Liebig 2010: 10).

Studien im Bereich der empirischen Gerechtigkeitsforschung lassen sich primär entlang von drei Forschungsfragen differenzieren. Sie analysieren zum einen, ob Individuen bei Verteilungsentscheidungen tatsächlich die von normativen Theorien (siehe Kapitel 4) vorhergesagten Entscheidungsregeln anwenden (normative Theorieprüfung). Darüber hinaus beschäftigen sich zahlreiche empirische Analysen mit der Frage, welches der im Rahmen des dritten Kapitels erläuterten Verteilungsprinzipien Individuen bei der Beurteilung von oder bei der Entscheidung über gerechte Verteilungen tatsächlich zugrunde legen (gesellschaftliche Verteilungspräferenzen) und von welchen Faktoren dies abhängt. Ein dritter Strang der empirischen Gerechtigkeitsforschung ermittelt, auf Basis welcher Prinzipien die von unterschiedlichen dezentralen Institutionen tatsächlich vorgenommenen Verteilungen in einer Gesellschaft erfolgen (deskriptive Theorien lokaler Gerechtigkeit) (Wolf 2014: 18).

Die empirischen Erkenntnisse aus diesen Forschungssträngen werden in den folgenden Abschnitten dargelegt. Im Anschluss daran wird die Bedeutung der Erkenntnisse aus jedem dieser Forschungsbereiche für die weiteren Analysen diskutiert.

5.1 Normative Theorieprüfung

Ein Teil der empirischen Gerechtigkeitsforschung erfragt, häufig unter Verwendung von Laborexperimenten,[51] ob die in den normativen Gerechtigkeitstheorien formulierten Entscheidungsregeln tatsächlich bei Verteilungsentscheidungen oder Gerechtigkeitsbeurteilungen herangezogen werden. Im Fokus dieser Form der empirischen Gerechtigkeitsforschung stehen unter anderem auch die globalen Gerechtigkeitstheorien von John Rawls (1971) und John Harsanyi (1977). Die wichtigsten Erkenntnisse aus diesen Experimenten werden im Folgenden exemplarisch erörtert.

Um zu prüfen, ob Individuen bei Verteilungsentscheidungen tatsächlich das von Rawls vorhergesagte Maximin-Prinzip oder die von Harsanyi prophezeite Entscheidungsregel der Maximierung des Durchschnittsnutzens anwenden, haben Frohlich et al. (1987) eine Reihe von Experimenten durchgeführt.[52] Wie von Rawls und Harsanyi erwartet, einigten sich die Gruppenmitglieder bei allen Gruppenabstimmungen einstimmig auf eine der vier Verteilungsregeln. „To that extent our experiments bear out the predictions of both Rawls and Harsanyi. It appears that a veil of ignorance permits a group to reach stable decisions in which they have considerable confidence“ (Frohlich et al. 1987: 628). Jedoch handelte es sich bei keiner dieser Entscheidungen um das von Rawls vorhergesagte Maximin-Prinzip. Stattdessen entschieden sich die Teilnehmer mit überwältigender Mehrheit für die Maximierung des durchschnittlichen Einkommens mit einem Mindesteinkommen für die geringste Einkommensklasse (Frohlich et al. 1987: 617). Die von Harsanyi prognostizierte Entscheidungsregel erzielte hingegen hinter der Maximierung des durchschnittlichen Einkommens mit einem Mindesteinkommen einen weit abgeschlagenen zweiten Platz (Frohlich et al. 1987: 628).

[51] Bei Laborexperimenten werden die Versuchsteilnehmer, häufig unter der Verwendung von spieltheoretischen Konzepten, in gezielt gestaltete Entscheidungssituationen versetzt, wodurch eine vollständige Kontrolle der Entscheidungsumgebung durch den Experimentator ermöglicht wird. „Laboratory experiments have the largest control over the experimental conditions, the behavioral incentives and the treatment specification, and thus score high on construct and causal validity“ (Kittel & Morton 2012: 4). Um den Teilnehmern die Entscheidungssituation und die mit ihr in Verbindung stehenden Anreizwirkungen möglichst real zu präsentieren, werden die Probanden am Ende des Experiments entsprechend der Konsequenzen ihrer und anderer Verteilungsentscheidungen ausgezahlt. Durch die Verwendung von unterschiedlichen Treatments lassen sich Bedingungen kontrolliert variieren, sodass sich Verhaltensänderungen zwischen unterschiedlichen Treatments zweifelsfrei auf die veränderten Bedingungen zurückführen lassen (Irlenbusch 2003: 354). Im Gegensatz zu Feldexperimenten oder Umfragen können bei Laborexperimenten durch ein sorgfältig gewähltes Design sowohl die situativen Bedingungen als auch die zugrundeliegenden Handlungsmotive hochgradig isoliert werden (hohe interne Validität). Demgegenüber erweist sich die externe Validität aufgrund der meist kleinen und nicht repräsentativen Stichproben bei dieser Form der empirischen Gerechtigkeitsforschung häufig als unzureichend (Irlenbusch 2003: 354).

[52] Eine genauere Beschreibung der Experimente von Frohlich et al. (1987) befindet sich im Anhang (Kapitel 14.1).

Auch Traub et al. (2005) haben mittels Verteilungsexperimenten untersucht, ob Individuen bei Aufteilungsentscheidungen gemäß den Vorhersagen von Rawls oder Harsanyi handeln.[53] Die Auswertung der Ergebnisse hat jedoch gezeigt, dass die wenigsten Teilnehmer eine Einkommensverteilung in Übereinstimmung mit dem Maximin-Prinzip favorisiert haben (Traub et al. 2005: 297). Demgegenüber haben sich unter den von Harsanyi postulierten Bedingungen die meisten Probanden tatsächlich für jene Einkommensverteilung mit dem größten Durchschnittseinkommen entschieden (Traub et al. 2005: 300).

Zusammenfassend zeigt sich, dass sich die Annahmen John Rawls anhand der Erkenntnisse der beiden experimentellen Studien nicht stützen lassen. Sowohl in der Studie von Frohlich et al. (1987) als auch in der von Traub et al. (2005) präferierten die wenigsten Probanden jene Verteilung, die das Maximin-Prinzip repräsentierte. Insgesamt lassen die Erkenntnisse von Frohlich et al. (1987) und Traub et al. (2005) daher vermuten, dass Individuen, welche selbst von ihren Entscheidungen betroffen sind und die die Wahrscheinlichkeiten für das Eintreffen der unterschiedlichen Einkommensklassen nicht kennen, lediglich sicherstellen wollen, dass ihnen ein Mindesteinkommen zur Verfügung steht, falls sie sich am unteren Rand der Einkommensverteilung befinden. Darüber hinaus versuchen sie jedoch nicht, wie von Rawls erwartet, das Mindesteinkommen, sondern das Durchschnittseinkommen zu maximieren.

Weniger eindeutig sind die Ergebnisse hingegen in Bezug auf die Theorieprüfung von John Harsanyi. Während die Teilnehmer der Experimente bei Frohlich et al. (1987) jene Einkommensverteilung, die mit der Maximierung des Durchschnittseinkommens kongruiert, lediglich am zweithäufigsten favorisierten, wählten bei Traub et al. (2005) die meisten Probanden jene Verteilung, die mit den Annahmen von Harsanyi übereinstimmte. Ursächlich dafür könnte ein wesentlicher Unterschied im experimentellen Design der beiden Studien sein. Traub et al. (2005) haben die Annahmen von Rawls (1971) und Harsanyis (1977) Theorien in verschiedenen Treatments getestet. In Treatments, in denen die Erwartungen von Harsanyi getestet worden sind, haben sie die von Harsanyi postulierte Gleichwahrscheinlichkeitsannahme integriert, während die Probanden in den Treatments, in denen Rawls Annahmen getestet worden sind, keine Informationen über Eintrittswahrscheinlichkeiten erhielten. Demgegenüber haben Frohlich et al. (1987) die Annahmen beider Theorien unter den von Rawls postulierten Bedingungen, nach denen es

[53] Eine genauere Beschreibung der durchgeführten Experimente von Traub et al. (2005) befindet sich im Anhang (Kapitel 14.1).

keine Informationen über Eintrittswahrscheinlichkeiten geben darf, geprüft. Letztlich haben Frohlich et al. (1987) in ihrem Theorietest demnach nicht wie Traub et al. (2005) exakt die von Harsanyi postulierten Bedingungen geschaffen, sodass ein Theorietest von Harsanyi mittels der erhobenen Daten eigentlich nicht möglich ist. Die fehlende Information, dass die Eintrittswahrscheinlichkeit für alle möglichen Positionen einer gewählten Verteilung identisch ist, führt dazu, dass es vernünftiger erscheint, eine Verteilung zu wählen, bei welcher nicht nur das durchschnittliche Einkommen maximiert wird, sondern auch ein Mindesteinkommen für die geringste Einkommensklasse besteht.

Zu konstatieren bleibt demgemäß, dass die einzige Studie, in der Harsanyis Annahmen exakt nachgebildeten wurden (Traub et al. 2005) belegt, dass die große Mehrheit der Probanden das von Harsanyi vorhergesagte Verteilungsprinzip präferiert. Dennoch kommt es auch hier nicht zu der von Harsanyi vorhergesagten einstimmigen Wahl.

Neben der Studie von Frohlich et al. (1987), in welcher die Bedingungen, unter denen Harsanyi seine Entscheidungsregel vorhergesagt hat, nicht exakt simuliert worden sind, existieren auch Studien, in denen Theorietests für das Maximin-Prinzip angestrebt worden, bei denen jedoch die postulierten Entscheidungsbedingungen von Rawls nicht vollständig nachgebildet worden sind. Die Erkenntnisse aus diesen Studien werden im Nachfolgenden dargelegt.

Yaari und Bar-Hillel (1984)[54] konfrontierten Probanden mit Informationen über zwei Personen, welche in verschiedener Weise von zwei Fruchtsorten profitierten. Basierend auf diesen Informationen sollten die Probanden aus fünf Verteilungen, die jeweils ein bestimmtes Verteilungsprinzip repräsentierten, jene wählen, auf deren Basis die Früchte zwischen den beiden Personen verteilt werden sollten. 82 Prozent der Probanden wählten tatsächlich jene Verteilung, durch die der Nutzen der schlechter gestellten Person maximiert worden wäre, obwohl dies zu einem erheblichen Effizienzverlust geführt hätte (Yaari & Bar-Hillel 1984: 11). Um zu prüfen, ob Effizienzverluste zugunsten des Maximin-Prinzips in jeglicher Höhe akzeptiert werden, verringerten die Experimentatoren den Nutzen, welchen die schlechter gestellte Person durch die beiden Fruchtsorten erzielte, erneut. Nun entschieden sich nur noch 38 Prozent der Probanden für jene Verteilung, die das Maximin-Prinzip repräsentierte (Yaari & Bar Hillel 1984: 12).

[54] Eine genauere Beschreibung der durchgeführten Experimente von Yaari und Bar-Hillel (1984) befindet sich im Anhang (Kapitel 14.1).

Auch Michelbach et al. (2003) haben analysiert, ob Individuen sich tatsächlich für jene Einkommensverteilung entscheiden, in welcher, wie von Rawls prognostiziert, das geringste Einkommen maximiert wird. Zu diesem Zweck ließen sie Probanden in Experimenten verschiedene Einkommensverteilungen beurteilen (Michelbach et al. 2003: 526). Obwohl sich die Mehrheit der Teilnehmer für Verteilungsprinzipien, die dem Maximin-Prinzip widersprachen, entschieden (Michelbach et al. 2003: 537), wählte ein signifikanter Anteil (16 %) die Einkommensverteilung in Übereinstimmung zum Maximin-Prinzip. „This result is in opposition to the absence of support for Rawlsian solution found by Frohlich and Oppenheimer“ (Michelbach et al. 2003: 537).

Da die Entscheidungen bzw. Bewertungen der Probanden in den Studien von Bar-Hillel (1984) und Michelbach et al. (2003) jedoch in der Rolle eines außenstehenden Beobachters erfolgten, entsprachen die Entscheidungsbedingungen nicht denen, die von Rawls postuliert wurden. Rawls argumentierte, dass rationale Individuen, die ihre eigene Position in der Gesellschaft nicht kennen, das Maximin-Prinzip favorisieren, eben weil es sein könnte, dass sie zu den am schlechtesten gestellten Gesellschaftsmitgliedern gehören. Dieser Überlegung sind die Probanden aufgrund ihrer Rolle als außenstehende Beobachter in den angeführten Experimenten jedoch nicht ausgesetzt worden, sodass diese nicht geeignet erscheinen, die Vorhersagen von Rawls zu prüfen.

5.2 Gesellschaftliche Verteilungspräferenzen

Empirische Studien zur Analyse der gesellschaftlichen Einstellungen zur sozialen Gerechtigkeit werden seit den 1960er Jahren von unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen (z. B. Psychologie, Ökonomie und Politikwissenschaft) unter Verwendung verschiedener Methoden (Bevölkerungsumfragen und Experimente) durchgeführt (Konow 2003; Scott et al. 2001). „Overall, this research has shown that distributive justice decisions are complex but structured, with individuals using a finite group of allocation principles – e.g., equality, need, merit, and efficiency – in making decisions or judgments and weighing these principles according to predictable factors“ (Scott & Bornstein 2009: 834). Die Gerechtigkeitsvorstellungen von Individuen beruhen demnach nicht auf einem einzigen Verteilungsprinzip (Mehrprinzipienansatz). Es wird vielmehr davon ausgegangen, dass Individuen die Verteilungsprinzipien entweder gegeneinander abwägen und jenes wählen, welches in Abhängigkeit vom Kontext am besten geeignet erscheint, oder dass sie bei ihren Entscheidungen mehrere Prinzipien miteinander kombinieren. Diese in der

Gerechtigkeitsliteratur diskutierten Gewichtungsfaktoren (Kontextfaktoren) lassen sich rudimentär in die zwei Kategorien unterscheiden.

Zum einen wird argumentiert, dass Verteilungsgerechtigkeitspräferenzen in Abhängigkeit vom vorliegenden situativen Entscheidungskontext variieren. Zum anderen werden aber auch der kulturelle und persönliche Kontext als relevante Einflussfaktoren in Bezug auf gesellschaftliche Verteilungspräferenzen diskutiert.

5.2.1 Divergierende Präferenzen durch variierenden Entscheidungskontext

Wie genau die Orientierung an den pluralistischen Verteilungsprinzipien in Abhängigkeit vom situativen Entscheidungskontext variiert, ist eine Frage, mit welcher sich insbesondere Ökonomen und Sozialpsychologen in Laborexperimenten auseinandergesetzt haben (Wegener 1995: 3).

Obwohl die Vertreter der Mehrprinzipienansätze übereinstimmend von pluralistischen Gerechtigkeitspräferenzen in Abhängigkeit vom vorliegenden situativen Entscheidungskontext ausgehen, existieren differenzierte Annahmen darüber, welche Indikatoren des situativen Kontextes die vom Individuum vorgenommene Gewichtung und Abwägung der verschiedenen Gerechtigkeitsprinzipien beeinflussen. In der Literatur werden die sechs Indikatoren *menschliche Beziehungsform*, *Art des sozialen Gutes*, *Bezugsrahmen der Verteilungsentscheidung*, *persönliche Betroffenheit*, *zurechenbare Verantwortlichkeit* und *direkte Verteilungsentscheidung* als situative Einflussfaktoren diskutiert. Die Erwartungen hinsichtlich der systematischen Variation der präferierten Verteilungsprinzipien in Abhängigkeit von diesen situativen Faktoren sowie die Erkenntnisse aus empirischen Studien, in denen diese Erwartungen getestet wurden, werden im Folgenden dargelegt.

Menschliche Beziehungsform

Ähnlich wie David Miller (siehe Kapitel 4.4.2) argumentiert auch Morton Deutsch (1975), dass Menschen in differenten Lebensbereichen unterschiedliche Verteilungsprinzipien zur Beurteilung der sozialen Gerechtigkeit heranziehen (Lippl 1997: 35). Während sie in Wettbewerbsbeziehungen (ökonomischen Beziehungen) das Verdienstprinzip anwenden, orientieren sie sich in freundschaftlichen Beziehungen am Bedarfsprinzip (Lippl 1997: 35; Wegener 1992: 272). Maßgeblich für die Gewichtung und Abwägung zwischen den

bestehenden pluralistischen Gerechtigkeitsprinzipien ist demnach die bestehende menschliche Beziehungsform, in deren Kontext eine Verteilungsentscheidung getroffen oder bewertet wird.

Empirische Analysen, in denen der Zusammenhang zwischen der bestehenden Beziehungsform und dem präferierten Verteilungsprinzip untersucht wurde, stützen die Vermutung, dass die grundlegende Prinzipienorientierung von der Beziehungsform abhängt (Miller 1999: 107).[55] So belegen Lerner (1974), Schwinger (1980) sowie Griffith und Schell (1988), dass Individuen häufiger eine Gleichverteilung anstreben, wenn ihnen kooperative Aufgaben zugewiesen werden, als wenn ihnen ein kompetitiver Auftrag erteilt wird. Mikula (1980) und Deutsch (1985) legen dar, dass Individuen eher zu Entscheidungen in Übereinstimmung zum Gleichheitsprinzip neigen, wenn die Gruppe, in deren Rahmen eine Verteilungsentscheidung getroffen wird, als Freundeskreis definiert oder durch Informationen suggeriert wird, dass die Mitglieder einer Gruppe ähnliche Ansichten besitzen. Deutsch (1985) expliziert ferner, dass sogar Individuen, die zunächst das Verdienstprinzip bevorzugen, allein durch das Erfahren von kooperativer Arbeit eine Präferenzverschiebung in Richtung des Gleichheitsprinzips vollziehen (Miller 1999: 108). Jonsson (1987) sowie Törnblom und Jonsson (1992) berichten, dass Individuen, welche in Einzelsituationen eine Verteilung nach Verdienst bevorzugen, in Teamsituationen häufiger Verteilungen in Übereinstimmung zum Gleichheitsprinzip wählen. Aus diesen Erkenntnissen folgern die Autoren, dass sich eine suggerierte Gruppensolidarität positiv auf die Gleichheitspräferenz von Individuen auswirkt (Miller 1999: 107).

Art des sozialen Gutes

Auch Liebig und May (2009) gehen davon aus, dass Menschen Verteilungsprinzipien in Abhängigkeit vom situativen Entscheidungskontext wählen. Sie argumentieren jedoch, dass diese Wahl zwischen den pluralistischen Prinzipien von den im Rahmen der Verteilung verfolgten institutionellen Zielen abhängt. Während Individuen bei Fragen zu sozial gerechten Einkommensverteilungen häufig am stärksten das Verdienstprinzip berücksichtigen, ist zu erwarten, dass sie bei Verteilungsfragen zu Gesundheitsgütern das Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip höher gewichten (Liebig & May 2009: 6). Die wenigen

[55] Die folgende Darstellung der empirischen Erkenntnisse zum Einfluss der im situativen Beurteilungs- bzw. Entscheidungskontext bestehenden menschlichen Beziehungsform orientiert sich an der von Miller (1999) vorgenommenen Systematisierung.

empirischen Erkenntnisse zum Einfluss des zu verteilenden Gutes auf die gesellschaftlichen Verteilungspräferenzen stützen die Vermutung, dass sich Individuen bei Verteilungsentscheidungen über qualitativ unterschiedliche Güter an verschiedenen Prinzipien orientieren.

Törnblom und Foa (1983) untersuchten, wie sich die von Individuen präferierten Prinzipien bei der hypothetischen Verteilungsbewertung von sechs differenten Gütern verändern. Zu diesem Zweck verglichen sie die Ergebnisse aus sechs Studien, die in Deutschland, Schweden und den USA durchgeführt worden waren (Törnblom & Foa 1983: 162). Befragte bevorzugten auch nach Berücksichtigung der variierenden individuellen und kulturellen Bedingungen häufiger das Gleichheitsprinzip, wenn Sachgüter und Dienstleistungen verteilt wurden. Demgegenüber kam es bei Statusverteilungen häufiger zu einer Unterstützung des Leistungsprinzips. Geteilte Präferenzen zeigten sich hingegen bei der Verteilung von Informationen und Geld. Während bei Letzterem sowohl das Gleichheits- als auch das Leistungsprinzip große Zustimmung erfuhren, orientierten sich die Befragten bei Verteilungsentscheidungen über Informationen am Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip (Törnblom & Foa 1983: 169). Yaari und Bar-Hillel (1984) konnten belegen, dass die Mehrheit der Befragten bei der Verteilung von Essen auf Basis seines Nährwertes eine bedarfsorientierte Allokation präferiert, während bei der Allokation von Essen nach persönlichem Geschmack die Mehrheit eine effizienzorientierte Verteilung anstrebt. Die Autoren deduzieren, dass Individuen je nach angeführtem Grund des Bedarfs an einem Gut auch verschiedene Verteilungsprinzipien für die gleichen Güter favorisieren (Yaari & Bar-Hillel 1984: 14). Dieses Ergebnis stützt die Vermutung von Kemp (1996), welcher davon ausgeht, dass sich Individuen bei der Verteilung von notwendigen Gütern am Bedarf und bei der Verteilung von entbehrlichen Gütern an anderen Prinzipien orientieren. Zu einem ähnlichen Schluss kommen auch Scott und Bornstein (2009), die durch die Analyse von Experimentaldaten ermitteln, dass sich Individuen bei monetären Verteilungsfragen stärker am Leistungsprinzip orientieren, während sie bei Verteilungen von verschreibungspflichtigen Medikamenten verstärkt das Bedarfsprinzip unterstützen (Scott & Bornstein 2009: 843).

Zusammenfassend liefern die dargestellten empirischen Erkenntnisse Indizien dafür, dass Individuen Verteilungsprinzipien in Abhängigkeit von der Art des sozialen Gutes differenziert bewerten und ihre Allokationspräferenzen infolgedessen zwischen verschiedenen Gütern variieren.

Bezugsrahmen

Einen dritten Indikator des situativen Entscheidungskontextes bildet nach Wegener (1992) der Bezugsrahmen einer Verteilungsentscheidung. Verteilungspräferenzen sind nach Wegener ebenfalls abhängig davon, ob es sich um Fragen der Makro- oder Mikrogerechtigkeit handelt. Die Termini Mikro und Makro sind in diesem Zusammenhang jedoch nicht mit der mikro- bzw. makrosoziologischen Zugangsweise konnektiert, sondern mit dem Bezugsrahmen und dem Inhalt der analysierten Gerechtigkeitsurteile (Wegener 1992: 271). Bezieht sich ein vorgenommenes Gerechtigkeitsurteil auf ein konkretes Verteilungsergebnis oder auf das eigene Wohlergehen, bezeichnet Wegner (1992) dies als Mikro- oder Belohnungsgerechtigkeit.[56] Werden Gerechtigkeitsurteile hingegen in Bezug auf die zugrundeliegenden Verteilungsprinzipien gefällt oder wird eine allgemeine Gerechtigkeitsbewertung vorgenommen, welche sich auf gemeinschaftliche Prozesse bezieht, spricht Wegener von Makrogerechtigkeit oder Gerechtigkeitsideologien[57] (Schrenker & Wegener 2007: 5; Wegener 1992: 271; Wegener 2000: 15).[58] „Mikro- und Makrogerechtigkeit bezeichnen den Umstand, daß Gerechtigkeitsurteile entweder eher selbstbezogen oder eher ordnungsbezogen gefällt werden“ (Wegener 1992: 271). Die Unterscheidung zwischen diesen beiden Formen von Gerechtigkeitsurteilen ist aus zwei Gründen relevant. Zum einem würde die Vermischung von Mikro- und Makrogerechtigkeit dazu führen, dass sowohl die Theorien als auch die Erkenntnisse sowie die Reichwerte der empirischen Gerechtigkeitsforschung falsch bewertet werden würden (Wegener 2000: 16). Zum anderen müssen die beiden Urteilsmodi nicht zwangsläufig parallel verlaufen und sollten dementsprechend separat betrachtet werden (Wegener 1992: 273).

Empirische Erkenntnisse unterstützen diese Erwartungen, indem sie zeigen, dass Individuen auf der einen Seite die Gleichverteilung von Gütern und Lasten in der Gesellschaft befürworten (Gerechtigkeitsideologie bzw. Prinzipiengerechtigkeit), gleichzeitig jedoch die Ansicht vertreten, dass bestimmten Individuen mehr oder weniger zusteht als anderen (Belohnungsgerechtigkeit) (Schrenker & Wegener 2007: 5; Wegener 1992: 273). Dieses

[56] Ein Gerechtigkeitsurteil wie z. B.: Es ist gerecht, dass eine bestimmte Person ein spezifisches Einkommen erhält (Wegener 2000: 15).

[57] Ein Aussage wie z. B.: Es ist gerecht, dass Personen, die viel leisten, mehr bekommen als Personen, die weniger leisten (Wegener 2000: 16).

[58] Beide Typen von Gerechtigkeitsurteilen lassen sich sowohl aus einer mikro- als auch aus einer makrosoziologischen Zugangsperspektive analysieren. Während die empirische Gerechtigkeitsforschung auf der Makroebene analysiert, ob innerhalb einer Gesellschaft bestimmte Gerechtigkeitsideologien bestehen und welche Verteilungsmechanismen tatsächlich von Institutionen verwendet werden, befasst sich die Forschung auf der Mikroebene mit dem individuellen Urteils- und Bewertungsverhalten in Bezug auf Gerechtigkeit (Wegener 1992: 271).

Phänomen wird mit der Split-consciousness-Theorie (Kluegel & Smith 1986) erklärt (Wegener 1992: 273). Im Rahmen der Split-consciousness-Theorie wird erwartet, dass die Gerechtigkeitseinstellung von Individuen davon abhängt, ob es sich um ein selbstbezogenes (Mikro- bzw. Belohnungsgerechtigkeit) oder um ein ordnungsbezogenes (Makrogerechtigkeit bzw. Gerechtigkeitsideologie) Gerechtigkeitsurteil handelt (Wegener 1992: 273).

Persönliche Betroffenheit

Die experimentelle Gerechtigkeitsforschung geht ferner davon aus, dass auch die Frage der persönlichen Betroffenheit zu variierenden Verteilungspräferenzen führt. Hierbei geht es primär um die Frage, ob sich die Gerechtigkeitsvorstellungen von Individuen mit der direkten, persönlichen Betroffenheit von ihren Entscheidungen verändern.

Traub et al. (2005) haben in einer Reihe von Experimenten untersucht, wie sich die Sichtweisen von Probanden hinsichtlich gerechter Einkommensverteilungen verändern, wenn sie sich in divergenten Rollen (außenstehender Beobachter vs. betroffener Empfänger) befinden und unterschiedlichen Informationsszenarien (Kenntnisse über Wahrscheinlichkeiten für das Eintreffen von bestimmten Einkommensverteilungen) gegenüberstehen. Die systematische Variation der beiden Szenarien und Modi hat gezeigt, dass betroffene Individuen nur dann eine Präferenz für Einkommensgleichheit aufweisen, wenn sie befürchten oder wissen, dass sie letztlich selbst ein geringes Einkommen beziehen könnten. Kannten sie hingegen ihr eigenes Einkommen und gehörten nicht zu den am schlechtesten Gestellten, nahmen sie Einkommensungleichheiten in Kauf, wenn dadurch ihr eigenes Einkommen (Eigeninteresse) oder das Gesamteinkommen (Effizienz) gestiegen ist (Traub et al. 2005: 304).

In Übereinstimmung mit diesen Erkenntnissen eruierten auch Durante und Putterman (2009) in einem ähnlichen Experiment, dass beinahe 50 Prozent der Teilnehmer ihre angegebene Präferenz als außenstehender Beobachter zu ihrem persönlichen Vorteil veränderten, wenn ihnen mitgeteilt wurde, dass sie direkt von den Verteilungsentscheidungen betroffen seien (Durante & Putterman 2009:15).

Die Erkenntnisse aus beiden Studien stützen demnach die Vermutung, dass Eigeninteressen bei Entscheidungen oder Urteilen, von denen Individuen selbst betroffen sind, einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Verteilungsentscheidungen von Individuen nach sich ziehen.

Zurechenbare Verantwortlichkeit

Die Frage, wie sich die zurechenbare Verantwortlichkeit auf die Orientierung an Verteilungsprinzipien auswirkt, zielt darauf ab herauszufinden, ob Individuen, die faire Verteilungsentscheidungen treffen, tatsächlich fair veranlagt sind oder ob sie lediglich intendieren, dass andere Personen glauben, dass sie diese Eigenschaften besitzen (soziale Erwünschtheit).

Um zu analysieren, welchen Einfluss die Verantwortlichkeit für die Verteilungsentscheidungen von Individuen spielt, werden den Teilnehmern an den Experimenten in einigen Versuchsanordnungen moralische Spielräume eingebaut oder Anonymitätsgarantien aufgehoben. Dabei wird erwartet, dass Individuen fairere Verteilungsentscheidungen präferieren, wenn sie befürchten müssen, dass ihnen eine unfaire Entscheidung zugerechnet werden kann.

Rege und Telle (2004) haben mithilfe von Öffentlichen-Gut-Spielen analysiert, ob die individuellen Beiträge von Probanden davon abhängen, ob andere erfahren, welche Personen welche Beiträge geleistet haben. Die statistische Analyse hat ergeben, dass die Beiträge zum öffentlichen Gut durchschnittlich doppelt so hoch waren, wenn den Probanden mitgeteilt wurde, dass die individuellen Beiträge öffentlich bekannt gegeben werden (Rege & Telle 2004: 1632). Adreoni und Petrie (2004) kamen zu einer ähnlichen Erkenntnis. Auch in ihren Experimenten stieg die durchschnittliche Abgabe der Gruppenmitglieder im Vergleich zur Versuchsanordnung, welche Anonymität garantierte, um 78 Prozent an, wenn die Probanden wussten, dass die Mitspieler erfahren werden, welchen Beitrag welche Person zum öffentlichen Gut beigesteuert hat (Adreoni & Petrie 2004: 1613). Dana et al. (2006) zeigten, dass ein Drittel der Teilnehmer in Diktatorspielen sogar bereit war, auf zehn Prozent des aufzuteilenden Betrages zu verzichten, wenn ihnen mitgeteilt wurde, dass der Empfänger dann niemals erfährt, dass ein Experiment durchgeführt wurde (Dana et al. 2006: 193). Auch Tadelis (2007) berichtet, dass Probanden in Vertrauensspielen signifikant häufiger kooperativ handeln, wenn ihnen mitgeteilt worden ist, dass andere Teilnehmer erfahren, wer sie sind und welche Entscheidungen sie getroffen haben (Tadelis 2007:27).

Die Erkenntnisse aus den dargelegten Studien belegen, dass ein nicht unerheblicher Anteil von Individuen trotz bestehender Eigeninteressen gewillt ist, geringere Beträge zu erhalten, wenn diese dadurch den Eindruck erwecken können, sie wären fair. Die Sorge um das persönliche Ansehen in der Gruppe scheint demzufolge für viele eine höhere Gewichtung zu besitzen als der materielle Nutzen.

Direkte Verteilungsentscheidung

Forscher, welche von einer pluralistischen Verwendung von Verteilungsprinzipien ausgehen, erwarten ebenfalls, dass Verteilungsprinzipien von Individuen unterschiedlich gewichtet werden, je nachdem, ob sie selbst Verteilungsentscheidungen treffen oder ob sie bereits erfolgte Aufteilungen bewerten sollen (Miller 1999: 104). Während bei Studien im ersten Fall die Vermutung naheliegt, dass Individuen Entscheidungen treffen, von denen sie selbst profitieren, wenn sie von ihren eigenen Verteilungsentscheidungen betroffen sind (siehe persönliche Betroffenheit), besteht im zweiten Fall die Gefahr, dass die Beurteilungen nicht ihre tatsächlich handlungsrelevanten Einstellungen wiedergeben, sondern lediglich sozial erwünschte oder von anderen aufgeschnappte Ansichten wiedergeben (Miller 1999: 104).

Um zu eruieren, inwieweit diese beiden kontextuellen Bedingungen zu differenten Verteilungspräferenzen führen, könnten experimentelle Studien durchgeführt werden, in welchen zwischen Versuchsanordnungen, in denen Verteilungen direkt vorgenommen werden sollen, und Anordnungen, in denen erfolgte Aufteilungen lediglich bewertet werden, systematisch variiert und die Ergebnisse unter den zwei Bedingungen verglichen werden. Derartige experimentelle Studien liegen nach meinem Kenntnisstand bislang nicht vor, sodass an dieser Stelle unklar bleibt, inwieweit dieser Indikator des situativen Entscheidungskontextes tatsächlich zu modifizierten Verteilungspräferenzen führt.

Zwischenfazit

Die dargelegten empirischen Erkenntnisse zum Einfluss des situativen Entscheidungskontextes stützen die Vermutung, dass Individuen pluralistische Verteilungspräferenzen aufweisen und infolgedessen je nach situativem Entscheidungskontext divergente Gerechtigkeitsprinzipien adaptieren und gewichten. Dennoch belegen zahlreiche Studien, dass auch unter identischen situativen Entscheidungskontexten Abweichungen in den bestehenden Gerechtigkeitspräferenzen der Bevölkerung bestehen. Wie sich diese erklären lassen, stellt eine weitere zentrale Forschungsfrage in der empirischen Gerechtigkeitsforschung dar, mit welcher sich primär die Umfrageforschung auseinandersetzt. Welche Faktoren in der Literatur zur Erklärung dieser Abweichungen herangezogen werden und inwieweit sich diese Erwartungen durch empirische Erkenntnisse stützen lassen, wird im folgenden Abschnitt dargelegt.

5.2.2 Divergierende Präferenzen durch variierende individuelle und kulturelle Kontextfaktoren

Ergebnisse aus zahlreichen empirischen Studien zeigen, dass die Verteilungspräferenzen von Individuen neben situativen auch von individuellen und kulturellen Faktoren abhängen (Hegtvedt 1992: 325). Die Studien von Miller (1992: 325), Arts und Hermkens (1994: 138), Swift et al. (1995: 35), d'Anjou et al. (1995) und van Oorschot (1997: 23) gelangen zu dem Schluss, dass dabei das persönliche Eigeninteresse den bedeutendsten individuellen Faktor bildet (Arts & Gelissen 2001: 288).

Eigeninteressen

Den theoretischen Hintergrund für den Einfluss des persönlichen Eigeninteresses auf die präferierten Gerechtigkeitsprinzipien liefert die Rational Choice Theorie. Diese unterstellt, dass Individuen bei Verteilungsentscheidungen auf die Maximierung ihres eigenen materiellen Nutzens achten, sodass das Gerechtigkeitsverständnis eines Individuums primär auf dessen rationalisiertem Eigeninteresse beruht. „People tend to endorse the view of solidarity and justice, which, if implemented, would work to their relative advantage" (Arts & Gelissen 2001: 288).

Rational Choice Theorien (RCT) lassen sich rudimentär in zwei Lager gliedern. Vertreter des harten Rational-Choice-Ansatzes unterstellen, dass Akteure lediglich auf ihren eigenen materiellen Nutzen bedacht sind. Demgegenüber lassen Anhänger der weichen Rational-Choice-Theorien zu, dass Individuen ihren persönlichen Nutzen auch aus immateriellen Gütern, wie Zuneigung und Anerkennung, beziehen können. Ungeachtet des unterschiedlichen Verständnisses geht es bei beiden Ansätzen darum, das eigene materielle oder immaterielle Wohlergeben zu maximieren. Das Entscheidende ist demnach nicht, aus welchen Präferenzen jemand seinen Nutzen zieht, sondern zu welchem Grad er bei seinen Entscheidungen die Konsequenzen für andere berücksichtigt (Diekmann & Voss 2003: 20).

Welche Rolle Egoismus für das individuelle Gerechtigkeitsverständnis spielt, wird dabei sowohl in der experimentellen als auch in der Umfrageforschung zur sozialen Gerechtigkeitsforschung analysiert.

So zeigt Swift (1995), dass Mitglieder der Arbeiterklasse häufiger das Gleichheitsprinzip bevorzugen, während Angestellte und das Kleinbürgertum dieses zugunsten des Verdienstprinzips ablehnen (Arts & Gelissen 2001: 288). Auch d'Anjou et al. (1995)

interpretieren das persönliche Eigeninteresse als den stärksten individuellen Einflussfaktor. Ihre Befragungsergebnisse zeigen, dass die höchste Führungsebene häufig Verteilungen nach dem Anspruchs- und Verdienstprinzip bevorzugt, während befragte Sozialleistungsempfänger dies ablehnen und eine Verteilung nach Bedarf favorisieren (Arts & Gelissen 2001: 288). Studien aus der experimentellen Gerechtigkeitsforschung, in denen die Annahmen der Rational-Choice-Theorien (sowohl im Sinne der harten als auch der weichen Variante) isoliert geprüft wurden (Güth et al. 1982; Güth & Tietz 1985; Kahneman et al. 1986; Prasnika & Roth 1989; Bolton 1991; Güth et al. 1992; Hoffmann et al. 1994) zeigen jedoch, dass sich durch das persönliche Eigeninteresse im Durchschnitt nur das Entscheidungsverhalten von 25 Prozent der Probanden erklären lässt (Camerer 2003).

In Übereinstimmung mit diesen Erkenntnissen argumentieren Andreß und Heien (2001), dass die Vorstellungen von Individuen über ihre gegenwärtige oder zukünftige soziale Position in der Gesellschaft zwar möglicherweise die Wahl ihres präferierten Verteilungsprinzips in der Form beeinflusst, dass Mitglieder der hohen Einkommensklasse eine Gleichverteilung der Einkommen in der Gesellschaft ablehnen, während Individuen mit Einkommen am unteren Rand der Gesellschaft diese begrüßen, verweisen jedoch gleichzeitig darauf, dass Gerechtigkeits- und Verteilungspräferenzen ebenfalls durch soziale Normen und Werte beeinflusst werden, die Individuen während ihres individuellen (soziales Milieu) und kulturellen Sozialisationsprozesses (Wohlfahrtsstaatentyp) erlernen (Andreß & Heien 2001: 340).[59] Die während des kulturellen und individuellen Sozialisationsprozesses angeeigneten Norm- und Wertvorstellungen führen zu variierenden Gerechtigkeitsvorstellungen und infolgedessen zu einer Divergenz in den präferierten Verteilungsprinzipien (Andreß & Heien 2001: 340).

Die in der Literatur diskutierten Erwartungen und empirischen Erkenntnisse zum Einfluss der kulturellen und individuellen Sozialisation auf die Gerechtigkeitsvorstellungen werden in den beiden anschließenden Abschnitten dargelegt.

[59] Diese Annahme bestätigt sich auch durch Untersuchungen von Miller (1992), Arts und Hermkens (1994) und van Oorschot (1997), die zeigen, dass neben dem Einfluss des Eigeninteresses auch demografische und ideologische Faktoren die Gerechtigkeitspräferenzen von Individuen beeinflussen (Art & Gelissen 2001: 288).

Individuelle Sozialisationserfahrungen

Andreß und Heien (2001) sowie Arts und Gelissen (2001) verweisen darauf, dass empirische Studien zeigen, dass Differenzen in den individuellen Gerechtigkeitsüberzeugungen und Einstellungen zum Wohlfahrtsstaat auch aus dem individuell erfahrenen Sozialisationsprozess resultieren. In der Literatur werden primär die Indikatoren soziale Position, Geschlecht, Bildungsgrad, Generationszugehörigkeit, und Beschäftigungsstatus als relevante Größen für einstellungsrelevante individuelle Sozialisationserfahrungen diskutiert (Andreß & Heien 2001: 342; Linos & West 2003: 394; Svallfors 1997: 284; Stegmüller et al. 2012). Die mit diesen Indikatoren einhergehenden Erwartungen sowie die empirischen Erkenntnisse aus diesbezüglichen Studien werden im Folgenden dargestellt.

Die soziale Position eines Individuums geht mit spezifischen Norm- und Wertvorstellungen einher und wird infolgedessen häufig mit deren präferierten Verteilungsprinzipien und Einstellungen zum Wohlfahrtsstaat in Verbindung gebracht. Indem Ressourcen, wie Qualifikationen, Empfehlungen und Geld, ebenso wie die Risiken von Arbeitslosigkeit, Krankheit und Armut in einem systematischen Zusammenhang mit der individuellen Position auf dem Arbeitsmarkt stehen, haben sie einen direkten Einfluss auf die Einstellungen von Individuen gegenüber der Sozialpolitik. Unter ansonsten gleichen Bedingungen führen schwächere Positionen auf dem Arbeitsmarkt zu einer größeren Abhängigkeit von Sozialleistungen, sodass zu erwarten ist, dass die Einstellungen von Individuen gegenüber der Sozialpolitik von ihrer jeweiligen sozialen Position abhängen (Svallfors 1997: 290). Die soziale Position wird demzufolge auch häufig als Indikator für den Einfluss der individuellen Eigeninteressen auf Gerechtigkeitsvorstellungen und Einstellungen zum Wohlfahrtsstaat verwendet (d'Anjou et al. 1995: 357). Sie wird auf unterschiedliche Art und Weisen erfasst. Während d'Anjou et al. (1995) in Anlehnung an Goldthorpe und Payne (1986) Individuen in Abhängigkeit von ihren Möglichkeiten, ihrem Leben Sicherheit durch ihre Aussichten am Arbeitsmarkt zu vermitteln, in acht Klassen differenzieren (siehe d'Anjou et al. 1995: 364)[60], unterscheiden Svallfors (1997) Linos und West (2003), Jaeger (2006), Jaeger (2009) in Anlehnung an Erikson und Goldthorpe (1992) lediglich zwischen sechs Klassen.[61] Stegmüller et al. (2012) verwenden wiederum die „European Socio-economic Classification" (Harrison & Rose 2006). Ungeachtet der

[60] Die Einordnung in die acht Kategorien erfolgt auf Basis der folgenden Indikatoren: Einkommensquelle und Einkommensniveau, Sicherheit des Arbeitsplatzes, Aufstiegschancen, Autoritäts- und Kontrollposition, Autonomiegrad bei der Durchführung der Arbeitsaufgaben (d'Anjou et al. 1995: 364).

[61] Empfänger von Sozialleistungen werden in dieser Klassifikation nicht berücksichtigt und Kleinunternehmer, wie Farmer oder Fischer, werden zur Gruppe der Selbstständigen gezählt.

unterschiedlichen Operationalisierung belegen alle Studien, dass selbstständige Befragte und Personen, welche in hohen fachlichen Positionen oder im Management tätig sind, staatlichen Umverteilungen sowie dem Bedarfs- und Gleichheitsprinzip deutlich weniger unterstützend gegenüberstehen als alle anderen Befragten, während Mitglieder der Arbeiterklasse durchschnittlich die größte Präferenz für Umverteilung aufweisen (d'Anjou et al. 1995: 372; Svallfors 1997: 293; Linos & West 2003: 402; Jaeger 2006: 166; Jaeger 2009: 732; Stegmüller et al. 2012: 490).

Zusätzlich zur sozialen Klasse wird der *Erwerbsstatus* als Einflussfaktor für die Einstellung von Individuen gegenüber dem Wohlfahrtsstaat diskutiert. Personen, welche stärker auf staatliche Sozialleistungen in Form von Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, Rente, etc. angewiesen sind als erwerbstätige Personen, sollten sozialpolitischen Maßnahmen daher positiver gegenüberstehen. Svallfors (1997), Linos und West (2003), Arts & Gelissen (2001), Andreß und Heien (2001) sowie Stegmüller et al. (2012) differenzieren beim Erwerbsstatus zwischen den vier Kategorien Erwerbstätige, Arbeitslose, Rentner und anderen nicht erwerbstätigen Personen (Hausfrauen, Studenten, Arbeitsunfähige). Jaeger (2006/2009) nutzt zwar die gleichen Kategorien, jedoch beschränkt er die Gruppe der anderen nicht erwerbstätigen Personen auf Studenten. Blekesaune und Quadagno (2003) verwenden hingegen lediglich eine Dummy-Variable für Arbeitslose. Aus allen Studien geht hervor, dass arbeitslose Personen signifikant häufiger Gleichheits- und Bedarfspräferenzen aufweisen sowie staatliche Umverteilung unterstützen als erwerbstätige Personen (Svallfors 1997: 293; Linos & West 2003: 402; Blekesaune & Quadagno 2003: 423; Jaeger 2006: 166; Jaeger 2009: 732; Stegmüller et al. 2012: 490). Weniger eindeutig sind hingegen die Ergebnisse in Bezug auf Rentner. Während Svallfors (1997), Jaeger (2009) und Stegmüller et al. (2012) konstatieren, dass Rentner staatliche Umverteilungen weniger befürworten als Erwerbstätige und Arbeitslose, können Arts und Gelissen (2001) sowie Jaeger (2006) keinen signifikanten Unterschied zwischen Rentnern und erwerbstätigen Personen feststellen. Linos und West (2003) ermitteln, dass Rentner Umverteilungen in Norwegen weniger und in Australien häufiger befürworten als erwerbstätige Personen. In den USA und in Deutschland unterscheiden sich Rentner hingegen nicht von den Erwerbstätigen (Linus & West 2003: 402). Auch im Hinblick auf die Gruppe der anderen nicht erwerbstätigen Personen liegen keine eindeutigen empirischen Ergebnisse vor. Svallfors (1997), Arts und Gelissen (2001), Andreß und Heien (2001) sowie Jaeger (2006 und 2009) können keine signifikanten Unterschiede zwischen Erwerbstätigen und Studenten, Hausfrauen und arbeitsunfähigen Personen feststellen. Linos und West (2003) zeigen demgegenüber, dass Studenten,

Hausfrauen und arbeitsunfähige Personen in den USA sowie in Norwegen Umverteilung stärker ablehnen als erwerbstätige Personen. Für Deutschland und Australien können sie hingegen keine signifikanten Unterschiede aufzeigen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Verteilungspräferenzen werden zum einen darauf zurückgeführt, dass Frauen sich im Vergleich zu Männern öfter in einer prekären Marktposition befinden und daher häufiger einen höheren Bedarf an staatlichen Sozialleistungen aufweisen als Männer (Linos & West 2003: 400). Männer sind hingegen wesentlich seltener abhängig von einem Ernährer oder von staatlicher Unterstützung (Svallfors 1997: 290). Darüber hinaus werden geschlechtsspezifische Differenzen im Gerechtigkeitsverständnis auch auf Unterschiede im Sozialisationsprozess von Männern und Frauen zurückgeführt (Linos & West 2003: 400). Bereits mit der Geburt beginnen Eltern und das soziale Umfeld, Mädchen und Jungen in Hinsicht auf unterschiedliche Rollenerwartungen zu sozialisieren. Im Verlauf dieser geschlechtsspezifischen Sozialisation entwickeln Frauen eher sozial-emotionale Kompetenzen, um die an sie gestellten Rollenerwartungen zu erfüllen. Demgegenüber verlangen die männlichen Rollenerwartungen emotional distanzierte und leistungsorientierte Verhaltensweisen (Winkelhage 2011: 52). Aus diesen differenzierten Rollenerwartungen sollen divergierende Ansichten über die gerechte Verteilung von sozialen Gütern resultieren. Während Männer häufig den freien Wettbewerb und infolgedessen das Leistungsprinzip präferieren, orientieren sich Frauen eher an Bedarfsfragen (d'Anjou et al. 1995: 362). Die empirischen Studien, in denen diese Erwartungen untersucht wurden, zeigen ein differenziertes Bild. Während Svallfors (1997: 293), Andreß und Heier (2001: 351), Stegmüller et al. (2012: 492) sowie Grayman und Godfrey (2013: 433) signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Beurteilung bzw. Unterstützung von staatlicher Umverteilung aufzeigen (siehe auch: Jaeger 2006: 167; Jaeger 2009: 733), die mit den zuvor erläuterten Erwartungen kongruieren, können Arts und Gelissen (2001) in ihren Analysen zwar bestätigen, dass Frauen eine größere Präferenz für das Bedarfsprinzip aufweisen als Männer, jedoch gibt es keinen signifikanten Geschlechterunterschied hinsichtlich des Leistungsprinzips (Arts & Gelissen 2001: 296). Blekesaune und Quadagno (2003) gelangen zu dem Ergebnis, dass Frauen Sozialpolitik für arbeitslose, kranke und alte Menschen signifikant stärker unterstützen als männliche Befragte (Blekesaune & Quadagno 2003: 423). Kunovich und Slomczynski (2007) zeigen allerdings entgegen ihrer Erwartungen, dass Frauen signifikant häufiger eine leistungsbedingte Einkommensverteilung unterstützen als Männer (Kunovich & Slomczynski 2997: 658) und d'Anjou et al. (1995) berichten, dass Frauen sich in ihren

Verteilungspräferenzen nicht signifikant von jenen der Männer unterscheiden (d'Anjou et al. 1995: 374).

Der Zusammenhang zwischen Alter und Gerechtigkeitspräferenz wird auf zwei differenzierte Erwartungen zurückgeführt. Zum einen gehen Kluegel und Smith (1986) davon aus, dass sich die individuellen Präferenzen verändern, wenn Menschen älter werden (Alterungseffekt). Ältere Menschen scheinen individuellen Faktoren eine größere ursächliche Bedeutung für Armut und Reichtum zuzusprechen als jüngere und präferieren infolgedessen eher das Leistungs- als das Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip als Allokationsmechanismus. Die Ergebnisse ihrer empirischen Analysen stützen diese Erwartung (Kluegel & Smith 1986: 288).

Die zweite Erwartung bezüglich eines Zusammenhangs zwischen dem Alter und der Verteilungspräferenz wird als Generationseffekt bezeichnet und leitet sich aus der Arbeit von Inglehart (1977) ab. Inglehart geht davon aus, dass sich gesellschaftliche Wertorientierungen infolge historischer Besonderheiten verändern. Generationen, welche in Zeiten von wirtschaftlichen Zwangslagen herangewachsen sind, sollten sich eher an materiellen Werten orientieren und daher häufiger das Leistungsprinzip präferieren. Kohorten, welche hingegen in einer Gesellschaft aufgewachsen sind, die nicht von materiellen Notlagen bestimmt war, sollten eher postmaterialistische Wertvorstellungen aufweisen und infolgedessen das Bedarfsprinzip bevorzugen (Andreß & Heien 2001: 341). Ähnlich argumentieren Robinson und Bell (1978) bei ihrer historischen Verschiebungsthese. Sie nehmen an, dass in den westlichen Gesellschaften seit den 1950er Jahren eine historische Verschiebung hin zu einem egalitären Zeitgeist stattgefunden hat (d'Anjou et al. 1995: 361). Ursächlich dafür sei insbesondere der wachsende Wohlstand in der Gesellschaft. Ausgehend von den Erwartungen von Inglehart (1977) sowie Robinson und Bell (1978) wäre – bezogen auf das allgemeine Gerechtigkeitsverständnis – zu erwarten, dass jüngere Kohorten eher Verteilungen präferieren, welche im Einklang mit dem Bedarfsprinzip stehen als ältere Generationen (Andreß & Heien 2001: 341). Empirische Ergebnisse bestätigen diese Erwartung jedoch nur partiell. Während Arts und Gelissen (2001) zeigen können, dass ältere Befragte im Vergleich zu jüngeren seltener das Bedarfsprinzip und häufiger das Leistungsprinzip als Allokationsmechanismus akzeptieren (Arts & Gelissen 2001: 296) berichten d'Anjou et al. (1995) lediglich, dass ältere Personen häufiger das Leistungsprinzip

befürworten (d'Anjou et al. 1995: 374).[62] Die Ergebnisse der statistischen Analysen von Jaeger (2006) und Stegmüller et al. (2012) substanziieren hingegen, dass ältere Menschen staatliche Eingriffe in Form von Einkommensumverteilungen signifikant stärker unterstützen als jüngere Befragte (Jaeger 2006: 167; Stegmüller et al. 2012: 492). Zu einem ähnlichen Ergebnis gelangen Blekesaune und Quadagno (2003). Sie berichten, dass ältere Befragte sozialpolitische Maßnahmen für kranke und alte Menschen stärker unterstützen als jüngere. Im Hinblick auf die Unterstützung einer Sozialpolitik für arbeitslose Personen können sie hingegen keine Unterschiede zwischen Jung und Alt konstatieren (Blekesaune & Quadagno 2003: 423). Kunovich und Slomczynski (2007) sowie Jaeger (2009) können hingegen weder einen signifikanten Zusammenhang zwischen Alter und Leistungspräferenz noch zwischen Alter und Umverteilungspräferenz feststellen (Kunovich & Slomczynski 2007: 658; Jaeger 2009: 733).

Studien zum Effekt von Bildung auf die Einstellungen der Bürger zum Wohlfahrtsstaat oder auf präferierte Verteilungsprinzipien zeigen in der Regel, dass Personen mit einem höheren Bildungsniveau staatliche Umverteilung und das Bedarfsprinzip signifikant seltener unterstützen oder signifikant häufiger das Leistungsprinzip befürworten (Andreß & Heinen 2001: 350; Linos & West 2003: 400; Jaeger 2006: 167; Kunovich & Slomczynski 2007: 658; Jaeger 2009: 733; Stegmüller et al. 2012: 491). Zurückgeführt werden diese Effekte darauf, dass Individuen, die sich länger erfolgreich im Bildungssystem aufhalten, zunehmend davon überzeugt sind, dass sich individuelle Leistung auszahlen sollte (Andreß & Heien 2001: 341).

Kulturelle Sozialisationserfahrungen

Der Einfluss der kulturellen Sozialisation auf die Gerechtigkeitsvorstellungen von Individuen beruht auf der Erwartung, dass Individuen aus verschiedenen Kulturkreisen aufgrund von kulturell bedingten Sozialisationsunterschieden divergierende Einstellungen zum Wohlfahrtsstaat entwickeln und sich infolgedessen bei Verteilungsfragen an verschiedenen Gerechtigkeitsprinzipien orientieren (Andreß & Heien 2001: 340).

[62] Aufgrund des nicht bestehenden Zusammenhangs zwischen dem Alter und dem Bedarfsprinzip vermuten d'Anjou et al. (1995), dass der Zusammenhang zwischen Alter und Gerechtigkeitspräferenzen vermutlich auf die Annahme des Alterungseffektes (Kluegel & Smith 1986) und nicht auf die des Generationseffektes (Robinson und Bell 1978) zurückzuführen ist (d'Anjou et al. 1995: 374).

Unterschiede in der kulturellen Sozialisation werden dabei primär auf historische ideologische und religiöse Differenzen oder strukturelle und institutionelle Unterschiede zwischen den Nationen zurückgeführt (Andreß & Heien 2001: 341).[63] Diese Differenzen werden häufig durch den Wohlfahrtsstaatenregimetyp erfasst.[64]

Die bekannteste systematische Wohlfahrtsstaatentypologie wurde von Esping-Andersen (1990) aufgestellt. Esping-Andersen identifiziert anhand der differenzierten Dekommodifizierungs- und Stratifizierungsausprägungen von Staaten drei Idealtypen von Wohlfahrtsstaaten (Tabelle 1). Regime, in denen der Markt als zentraler Allokationsmechanismus fungiert und der Arbeitsmarkt lediglich marginal vom Staat beeinflusst wird, bezeichnet Esping-Andersen als liberale Wohlfahrtsstaaten (z. B. USA, Australien, Kanada). Diese Staaten sind durch eine hohe Stratifizierung, eine sehr schwache Dekommodifizierung sowie durch die Förderung von privaten Vorsorge- und Versicherungssystemen charakterisiert. Soziale Sicherung ist in diesen Regimes lediglich für Minderheiten, welche am Rande der Gesellschaft existieren und erst nach umfassender Bedarfsprüfung in geringem Maße vorgesehen (Esping-Andersen 1990: 26 f.). Liberale Wohlfahrtsstaaten bemühen sich typischerweise kaum, soziale Ungleichheiten, die vom Markt generiert werden, zu mildern. „While (pre-government) market-based income inequality tends to be similar across different welfare regimes, post-government inequality is significantly lower in social-democratic and conservative regimes than in liberal ones“ (Sachweh & Olafsdottir 2012: 152). Staaten mit einer mittleren Dekommodifizierungs- und Stratifizierungsausprägung bezeichnet Esping-Andersen als konservative Wohlfahrtsstaaten (z. B. Österreich, Deutschland, Frankreich, Italien). In diesen Staaten drängt die Politik den Einfluss des Marktes zurück und der Familie wird ein großer Stellenwert zugeschrieben. Im Vergleich zu den liberalen Wohlfahrtstaaten können hier erweiterte Sozialleistungen in Anspruch genommen werden, welche jedoch an die ehemaligen Einkommen der Empfänger gebunden sind. Dadurch werden Statusgrenzen aus dem Erwerbsleben aufrechterhalten. Darüber hinaus sind die konservativen Wohlfahrtsstaaten üblicherweise signifikant durch

[63] In Hinsicht auf ideologische und religiöse Differenzen wird argumentiert, dass Staaten, die historisch gesehen über eine protestantische oder liberale Tradition verfügen, mehr auf die Eigenverantwortung des Individuums setzen, während in Staaten, die traditionell katholisch, kommunistisch oder sozialistisch geprägt sind, der Gleichheitsvorstellung eine größere Bedeutung zukommt. Individuen, die in einer liberalen oder protestantisch geprägten Gesellschaft sozialisiert wurden, sollten ausgehend von dieser Erwartung demnach eine stärkere Präferenz für leistungsorientierte Verteilungen aufweisen als jene, die in Staaten mit einer katholischen, kommunistischen oder sozialistischen Tradition sozialisiert wurden (Andreß & Heien 2001: 343).

[64] Da die Entwicklung zum Wohlfahrtsstaat jedoch unter dem Einfluss von religiösen und ideologischen Kontexten verläuft, stehen die institutionellen und strukturellen Merkmale eines Staates in einem engen Zusammenhang mit dessen historischem Hintergrund (Haller et al. 1995; Wegener & Liebig 1995).

die Kirche geprägt und daher vorrangig dem Erhalt der traditionellen Familie verpflichtet, sodass es in den meisten dieser Staaten Zuschüsse für Familien gibt. Zuschüsse für Familien fördern die Bereitschaft zur Mutterschaft. Die Sozialpolitik ist in diesen Wohlfahrtsstaaten eher auf eine horizontale und intrapersonelle Umverteilung ausgerichtet (Esping-Andersen 1990: 27). Am stärksten ist die Ausprägung der Dekommodifizierung in den sozialdemokratischen Regimes (Schweden, Norwegen, Finnland, Niederlande). Staaten, die Esping-Andersen zu diesem Wohlfahrtsstaatentyp zählt, garantieren eine bedarfsunabhängige und für alle Staatsbürger zugängliche Grundversorgung. Die Prinzipien des Universalismus und der Dekommodifizierung werden in diesen Staaten ebenfalls auf die Mittelklasse erweitert. Finanziert werden diese Leistungen primär aus Steuern. Die Sozialpolitik ist auf eine vertikale Umverteilung ausgerichtet. Diese Staaten versuchen, soziale Gleichheit auf einem hohen Niveau zu garantieren, sodass die Stratifizierung in diesen Staaten sehr gering ausfällt (Esping-Andersen 1990: 27).

Tabelle 1: Wohlfahrtsstaatenregimetypen nach Esping-Andersen (1990)

Liberal	Konservativ	Sozialdemokratisch
Australien	Österreich	Dänemark
Kanada	Belgien	Finnland
Irland	Frankreich	Norwegen
Neuseeland	Deutschland	Schweden
Großbritannien	Italien	
USA	Japan	
	Niederlande	
	Schweiz	

Quelle: Esping-Andersen (1990): 52

In der vergleichenden Wohlfahrtsstaatenliteratur wird die Typologie von Esping-Andersen (1990) seit mehr als zwei Jahrzehnten kontrovers diskutiert. Der Großteil dieser Debatte bezieht sich dabei auf die drei Kritikpunkte: bestehende Reichweite (Anzahl der

einbezogenen Staaten)[65], methodischer Ansatz[66] und Vernachlässigung von relevanten Genderaspekten im Dekommodifizierungskonzept[67] (Bambra 2005: 198).

Ausgehend von der Erwartung, dass die institutionellen Strukturen eines Wohlfahrtsregimes im Verlauf der kulturellen Sozialisation die gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber dem Wohlfahrtsstaat formen, wird argumentiert, dass die differenten Wohlfahrtsregime mit spezifischen Einstellungsmustern der Bevölkerung zum Wohlfahrtsstaat einhergehen[68] (Andreß & Heien 2001: 343; Blekesaune & Quadagno 2003: 417). In diesem Zusammenhang wird erwartet, dass Individuen, die in einem tatsächlichen liberalen Wohlfahrtsstaat leben und aufwachsen, staatliche Eingriffe allenfalls im Krankheits- und Rentenfall befürworten, während Bürger in sozialdemokratischen Staaten auch tiefgreifende staatliche Eingriffe, wie im Falle der Beschäftigungspolitik, unterstützen sollten. Die stärkste Unterstützung für staatliche Eingriffe dürfte hingegen bei Personen vorliegen, welche in kommunistischen Staaten sozialisiert wurden (Andreß & Heien 2001: 337; Gundelach 1994: 49). In konservativen Staaten ist hingegen zu erwarten, dass Individuen erweiterte Sozialleistungen lediglich solange befürworten, wie diese an die zuvor erbrachten Leistungen der Empfänger gebunden sind (Esping-Andersen 1990:27).

Svallfors (1997) eruiert, dass staatliche Eingriffe ebenso wie Umverteilungen, die zu einer höheren Einkommensgleichheit führen, in sozialdemokratischen Staaten große Unterstützung erfahren. Demgegenüber ist die Unterstützung in liberalen Staaten sehr gering und Umverteilungsmaßnahmen zum Zwecke einer Einkommensangleichung werden primär

[65] Leibfried (1992) schlägt vor, einen weiteren Typ hinzuzufügen, um auch die Mittelmeerstaaten in der Typologie zu berücksichtigen. Castles und Mitchell (1992/1993) argumentieren, dass der liberale Wohlfahrtsstaatenregimetyp in die zwei Formen „tatsächlich liberal“ und „radikal“ differenziert werden sollte. Staaten mit geringen staatlichen Sozialausgaben, wenig sozialstaatlichen Serviceleistungen, niedrigen Steuerniveaus und einer schwachen Position von Arbeiterparteien und Gewerkschaften sollten als tatsächlich liberale Staaten (USA) bezeichnet werden. Demgegenüber zeichnen sich radikale Staaten (Großbritannien, Australien, Neuseeland) durch ein hohes Niveau an sozialstaatlichen Serviceleistungen, geringe Sozialausgaben und niedrige Steuerbelastungen aus (Castles & Mitchell 1993: 107). Andreß und Heien (2001) verlangen eine Erweiterung der Typologie, durch die auch die ost- und zentraleuropäischen Staaten einem Regimetyp zugeordnet werden können. Die ehemaligen kommunistischen Staaten verfügten über eine perfekte Dekommodifizierung, es gab kaum soziale Ungleichheiten und die Differenzen in den Lebensbedingungen waren sehr gering. Da diese Staaten, bevor sie Marktwirtschaften wurden, keine kapitalistische Geschichte erfahren haben, sollten sie den eigenständigen Regimetyp postkommunistische Staaten bilden (Andreß & Heien 2001: 342).

[66] Clusteranalysen, in denen die gleichen 18 Länder enthalten sind, welche auch Esping-Andersen (1990) nutzt, identifizierten vier bzw. fünf Typen (Bambra 2005: 199).

[67] Gemeint ist hier, dass Esping-Andersen (1990) in seiner Typologieentwicklung nicht berücksichtigt, inwieweit der Wohlfahrtsstaat Leistungen für Frauen und die Familie bereitstellt (Bambra 2005: 199).

[68] Theoretisch könnte die Kausalitätsrichtung auch in die entgegengesetzte Richtung verlaufen. Ob davon ausgegangen wird, dass gesellschaftliche Einstellungen und Präferenzen von den institutionellen Strukturen oder die institutionellen Strukturen von den Einstellungen sowie Präferenzen der Gesellschaft beeinflusst werden, ist abhängig davon, welchen normativen Standpunkt man einnimmt (Rothstein 1998: 135).

abgelehnt. In konservativen Staaten unterstützen die Befragten zwar staatliche Eingriffe, jedoch soll durch diese keine Einkommensgleichheit erzielt werden (Svallfors 1997: 295). Art und Gelissen (2001) zeigen, dass Personen, welche in sozialdemokratischen oder mediterranen Wohlfahrtsstaaten leben, signifikant stärkere Solidaritätsvorstellungen gegenüber ihren Mitmenschen aufweisen als Befragte in liberalen oder konservativen Wohlfahrtsstaaten (Arts & Gelissen 2001: 294). Darüber hinaus erfährt das Gleichheits- und Bedarfsprinzip bei den Befragten in liberalen Staaten eine bedeutend größere Zustimmung als in den sozialdemokratischen Staaten. Dieser Effekt widerspricht den Erwartungen von Esping-Andersen (1990). Arts und Gelissen führen diese Widersprüchlichkeit auf die stärkeren steuerlichen Belastungen für die Befragten in sozialdemokratischen Staaten zurück (Arts & Gelissen 2001: 295). Insgesamt folgern Arts und Gelissen, dass Befragte in konservativen, sozialdemokratischen und mediterranen Wohlfahrtsstaaten eine gerechte Gesellschaft signifikant seltener mit der Anerkennung von Leistung verbinden als Befragte in liberalen Wohlfahrtsstaaten (Arts & Gelissen 2001: 295). Linos und West (2003) zeigen in Übereinstimmung zu den Erwartungen von Esping-Andersen (1990), dass die gesellschaftliche Unterstützung für Umverteilungen in sozialdemokratischen Staaten am höchsten und in liberalen Staaten am geringsten ausfällt (Linos & West 2003: 404). Jaeger (2009) gelangt zu dem Schluss, dass die gesellschaftliche Unterstützung für Umverteilungen in konservativen Staaten stärker ausgeprägt ist als in sozialdemokratischen Staaten (Jaeger 2009: 732)[69] und Stegmüller et al. (2012: 491) berichten, dass die Bevölkerung in Staaten mit einer liberalen Sozialpolitik Umverteilung signifikant seltener unterstützt als Befragte in Staaten mit einer konservativen Sozialpolitik.

Es bleibt zu resümieren, dass die empirischen Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen dem Wohlfahrtsregime und den Einstellungen der Bevölkerung widersprüchlich sind. Während die erwarteten Zusammenhänge in einigen Studien auch empirisch aufgezeigt werden können, lassen sich in anderen keine Unterschiede in den gesellschaftlichen Einstellungen zum Wohlfahrtsstaat zwischen den verschiedenen Typen feststellen oder die

[69] Er vermutet, dass dieses Ergebnis daraus resultiert, dass Befragte in sozialdemokratischen Staaten ihren Standpunkt zur gewünschten Umverteilung in Relation zum gegenwärtig bestehenden Umverteilungsniveau ausgedrückt haben. Infolgedessen besteht bei der Bevölkerung in sozialdemokratischen Staaten kein Wunsch nach noch mehr Umverteilung (Jaeger 2009: 733). Darüber hinaus führt Jaeger an, dass die Umverteilungspräferenz der Befragten in konservativen Staaten möglicherweise auch darauf zurückgeführt werden kann, dass die Befragten davon ausgegangen sind, dass es bei der Frage um die gewünschte Umverteilung zwischen den hohen und den niedrigen Einkommensgruppen innerhalb der eigenen Berufsgruppe (horizontale Umverteilung) geht. Wäre dies der Fall, würde das Ausmaß an Umverteilungsunterstützung in den konservativen Staaten durchaus Sinn ergeben (Jaeger 2009: 733).

variierenden Einstellungen entsprechen nicht den Erwartungen (Andreß und Heien 2001: 337).

Laut Edlund (1999: 342) erkennt die Literatur zwar weitestgehend an, dass die Struktur des Wohlfahrtsstaates auch das Produkt von gesellschaftlichen Ideologien und Präferenzen darstellen könnte, dennoch folgen Studien primär der theoretischen Annahme, dass verschiedene Wohlfahrtsstaatentypen zu divergierenden Einstellungen gegenüber staatlichen Sozialprogrammen führen (Blekesaune & Quadagno 2003: 417). Die Interpretation der kausalen Beziehung zwischen Einstellungen und Regimetyp ist unklar. Auf der einen Seite ist es möglich, dass die Form und das Ausmaß der Sozialpolitik sowie der staatlichen Eingriffe die Einstellungen der Bevölkerung beeinflussen. Andererseits argumentiert Hicks (1999), wäre es ebenso denkbar, dass kollektive Wertvorstellungen eine motivierende Kraft zur Bestimmung der institutionellen Wohlfahrtsstaatenstruktur darstellen (Blekesaune & Quadagno 2003: 418). Neben dem Kausalitätsproblem ergibt sich aus der Annahme des kulturellen Sozialisationseinflusses auf die Einstellungen zum Wohlfahrtsstaat bzw. auf das Gerechtigkeitsverständnis der Bevölkerung jedoch auch ein methodisches. Die Fallzahlen, welche in den Studien die unterschiedlichen Regimetypen repräsentieren, sind in der Regel sehr klein (2 bis 4 Staaten) oder werden partiell sogar lediglich von einem Land (Svallfors 1997; Andreß & Heien 2001; Linos & West 2003) repräsentiert. Infolgedessen sind die empirischen Erkenntnisse zur nationalen Ebene aus diesen Studien ungenügend. „Comparing two countries is no more convincing than comparing two individuals, say, one wealthy and one poor“ (Blekesaune & Quadagno 2003: 418).

Möglicherweise lässt sich die Inkonsistenz der empirischen Ergebnisse aber auch auf eine weniger stark verbreitete Kritik an der Typologieentwicklung von Esping-Andersen (1990) zurückführen. So argumentiert Bambra (2005), dass Wohlfahrtsstaaten sich nicht nur durch den Dekommodifizierungsgrad bei erbrachten Geldleistungen, sondern auch durch effektiv bereitgestellte staatliche Serviceleistungen, wie Bildung und Gesundheitsversorgung, definieren (Bambra 2005: 200). Ginsburg (1992) und Moran (1999) verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass Wohlfahrtsstaaten, die ausgehend von den finanziellen Leistungen, die sie erbringen, nach Esping-Andersen (1990) zwar zum gleichen Typ gehören, sich mitunter aber signifikant hinsichtlich der bereitgestellten Serviceleistungen unterscheiden. Sowohl Esping-Andersen (1990) als auch die verschiedenen Vorschläge zur Erweiterung seiner Typologie ignorieren diesen Fakt jedoch.

Neben der verwendeten Wohlfahrtsstaatentypologie, könnten sich die widersprüchlichen Ergebnisse möglicherweise auch darauf zurückführen lassen, dass lediglich wenige Studien berücksichtigen, dass die Divergenzen in den aggregierten Einstellungen der Bevölkerung gegenüber dem Wohlfahrtsstaat auch das Resultat einer Varianz auf der individuellen Ebene darstellen können (Andreß und Heien 2001: 338). So können die Differenzen zwischen den Einstellungen zum Wohlfahrtsstaat auf der aggregierten Ebene auch daraus resultieren, dass bestimmte Gruppen innerhalb eines spezifischen Wohlfahrtsregimes eine stärkere bzw. geringere Präferenz für staatliche Eingriffe aufweisen als die gleichen Gruppen im anderen Regimetyp (Cross-Level-Interaktion). Um Fehlinterpretationen zu vermeiden, sollte in statistischen Analysen demnach ebenfalls geprüft werden, inwieweit eine Interaktion zwischen Dekommodifizierungs- und Stratifizierungsausprägungen eines Staates mit individuellen Faktoren besteht (Andreß & Heien 2001: 338).

Andreß und Heien (2001) verweisen darauf, dass sich Anhaltspunkte für Cross-Level-Interaktionen zwischen Faktoren der individuellen und kulturellen Sozialisation bereits in den Arbeiten von Esping-Andersen (1990) finden lassen. „According to him, the different regime-types are connected with specific social cleavages and conflict structures“ (Andreß & Heien 2001: 343).

Liberale Wohlfahrtsstaaten neigen nach Esping-Andersen (1990: 228) stärker als andere Wohlfahrtsstaaten dazu, soziale Spaltungen zwischen sozialen Klassen zu verursachen. Zurückzuführen ist dies nach Esping-Andersen darauf, dass Löhne und Sozialleistungen in liberalen Staaten aufgrund der typischerweise sehr geringen Dekommodifizierung ungleicher verteilt sind als in sozialdemokratischen und konservativen Wohlfahrtsstaaten (Aalberg 2003: 15). Insbesondere Personen in höheren sozioökonomischen Positionen profitieren von dieser institutionellen Struktur des liberalen Wohlfahrtsstaates und präferieren infolgedessen häufiger Verteilungen in Übereinstimmung zum Leistungsprinzip. Demgegenüber unterstützen Personen, die nicht von der institutionellen Beschaffenheit des liberalen Sozialstaates profitieren (sozioökonomisch schlechter gestellte Personen) häufiger gleichheitsorientierte Verteilungen (Sachweh & Olafsdottir 2012: 152). In Übereinstimmung zu dieser Erwartung zeigen Andreß und Heien (2001: 349), dass die Indikatoren für die soziale Klasse in den USA in einem stärkeren Zusammenhang mit den Verteilungspräferenzen der Bevölkerung stehen als in jenen Staaten, die andere Wohlfahrtsregime repräsentieren.

In konservativen Staaten erwartet Esping-Andersen (1990: 227) soziale Spaltungen primär zwischen Personen innerhalb und außerhalb des Arbeitsmarktes. Ursächlich dafür ist die Begebenheit, dass Sozialleistungen in konservativen Staaten stärker als in allen anderen Wohlfahrtsstaaten von der Position einer Person am Arbeitsmarkt abhängen. Infolgedessen sind divergierende Verteilungspräferenzen in diesen Staaten insbesondere zwischen Insidern mit einer guten Arbeitsmarktposition und einer angemessenen Sozialversicherung sowie Outsidern ohne ausreichende Absicherung zu erwarten. Da die Gruppe der Erwerbstätigen (Insider) in konservativen Staaten einen stetig wachsenden Anteil der nicht erwerbstätigen Bevölkerung (Outsider) durch die Entrichtung von einkommensabhängigen Sozialabgaben unterstützen muss, wird vermutet, dass Erwerbstätige in diesen Staaten seltener danach streben, soziale Ungleichheiten weiter zu reduzieren als in liberalen oder sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten (Andreß & Heien 2001: 343; Sachweh & Olafsdottir 2012: 153). Demgegenüber ist zu erwarten, dass Mitglieder der Outsidergruppe in konservativen Staaten eine stärkere Reduzierung der sozialen Ungleichheit befürworten würden, auch wenn diese impliziert, dass die Gruppe der Erwerbstätigen dafür höhere Sozialabgaben zahlen muss (Sachweh & Olafsdottir 2012: 153).[70] Kongruierend mit dieser Vermutung zeigen Andreß und Heien (2001: 343), dass arbeitslose Befragte in konservativen Staaten Umverteilungen tatsächlich stärker befürworten als in den anderen Regimetypen. Auch Svallfors (1997) gelangt zu dem Schluss, dass arbeitslose Befragte in konservativen Staaten eine stärkere Präferenz für Umverteilungen aufweisen als in liberalen Staaten. Dennoch belegen seine Ergebnisse ebenfalls, dass Arbeitslose in sozialdemokratischen Staaten eine noch stärkere Präferenz für Umverteilungen aufweisen als jene in konservativen Staaten (Svallfors 1997: 293).

In sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten sollten divergierende Verteilungspräferenzen hingegen primär zwischen Männern und Frauen bestehen (Esping-Andersen 1990: 227). Ursächlich für diese Geschlechterdifferenzen sind die für sozialdemokratische Staaten typischen Sozialleistungen, wie Kinderbetreuung, von denen insbesondere die weibliche Bevölkerung profitiert. „It also provides flexible working hours and part-time opportunities

[70] Im Gegensatz zu konservativen Staaten haben in sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten alle Bürger Anspruch auf Sozialleistungen im gleichen Umfang (Universalismusprinzip). Diese Sozialleistungen sind vergleichsweise hoch und dienen dem Zweck, soziale Gleichheit auf einem hohen Niveau zu erzielen. Infolgedessen, sind die sozialen Ungleichheiten zwischen Insidern und Outsidern des Arbeitsmarktes wesentlich geringer und soziale Spaltungen zwischen beiden Gruppen weitaus unwahrscheinlicher als in konservativen Staaten. In liberalen Staaten werden die Sozialleistungen für Bedürftige hingegen nicht von der erwerbstätigen Bevölkerung finanziert, sodass infolgedessen auch in liberalen Staaten eine soziale Spaltung zwischen Erwerbstätigen und Mitgliedern von Transfergruppen unwahrscheinlicher erscheint als in konservativen Staaten.

for working mothers. Moreover, the welfare state's transfers (in particular pension) and taxes provide irresistible incentives for women to work" (Esping-Andersen 1990: 223). Infolgedessen sind Frauen in sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten stärker auf die staatliche Sozialpolitik angewiesen als Frauen in liberalen sowie konservativen, sodass zu erwarten ist, dass der Einfluss des Geschlechts auf die Verteilungspräferenzen der Bevölkerung in sozialdemokratischen Staaten stärker ausfällt als in anderen Wohlfahrtsstaaten (Aalberg 2003: 15). Diese Erwartung können Andreß und Heien (2001) jedoch im Rahmen ihrer Analyse nicht bestätigen (Andreß und Heien 2001: 350). Ein ähnliches Ergebnis konstatieren Linos und West (2003). Sie stellen fest, dass Frauen staatliche Umverteilungsmaßnahmen sowohl in liberalen als auch in sozialdemokratischen und konservativen Wohlfahrtsstaaten stärker befürworten als Männer. Am stärksten ist dieser Effekt jedoch nicht wie erwartet in den sozialdemokratischen sondern in den liberalen Ländern (Linos & West 2003: 402).

Auch wenn sich nicht alle erwarteten Interaktionseffekte zwischen der Mikro- und Makroebene empirisch aufzeigen lassen, zeigt die Studie von Andreß und Heien (2001), dass die Effekte von individuellen Sozialisationsfaktoren ebenso wie die Indikatoren für Eigeninteressen zwischen Staaten variieren können und statistische Analysen daher, um Fehlinterpretationen zu vermeiden, mögliche Cross-Level-Interaktionen berücksichtigen sollten.

5.3 Deskriptive Theorien lokaler Gerechtigkeit

Einige der von den Vertretern des Mehrprinzipienansatzes (Kapitel 5.1.1) hervorgebrachten Indikatoren für den sozialen Entscheidungskontext werden auch als Argumente für divergierende Gerechtigkeitsvorstellungen in der deskriptiven Theorie zur lokalen Gerechtigkeit von Elster (1991) verwendet. Normative ebenso wie deskriptive Theorien der lokalen Gerechtigkeit postulieren, dass die bei Verteilungen zugrunde gelegten Gerechtigkeitsprinzipien von der Anzahl der betroffenen Personen, der Art des Gutes und der betroffenen Institution abhängen (Konow 2003: 1222). Demnach bestehen signifikante Parallelen zwischen den Grundannahmen der Mehrprinzipienansätze und jenen der Theorien der lokalen Gerechtigkeit.[71] Einige Anhänger der lokalen Gerechtigkeitstheorien verstehen Gerechtigkeit als atomistisch und verbieten daher jede Form einer Gerechtigkeitstheorie. Die

[71] Aufgrund dieser Parallelen ordnet Konow (2003) sowohl die Theorien lokaler Gerechtigkeit als auch die Mehrprinzipienansätze der Kategorie Kontextfamilie zu (siehe Kapitel 3).

Mehrheit vertritt hingegen eine moderate Version, welche von vielen nicht miteinander in Beziehung stehenden Prinzipien ausgeht, von denen jedes nur beschränkt für seinen eigenen spezifischen Kontext gilt (Konow 2003: 1222).

Im Gegensatz zu den Mehrprinzipienansätzen beschäftigen sich deskriptive Theorien lokaler Gerechtigkeit (Elster 1991; Schmidt 1992; Brink 2010) jedoch nicht mit den Verteilungspräferenzen der Bevölkerung sondern mit der von dezentralen Institutionen tatsächlich vorgenommenen Verteilung von knappen und unteilbaren Gütern sowie notwendigen Lasten (z. B. Organe, Kindergartenplätze, Studienplätze)[72] in einer Gesellschaft (Elster 1991: 273; Brink 2010: 322). Im Speziellen geht es darum festzustellen, auf Basis welcher Prinzipien die tatsächlichen Entscheidungen über die Verteilung von begrenzten und atomaren Gütern in Institutionen erfolgen (Schmidt 1992: 4). Anhand welcher Kriterien wird entschieden, welcher Patient ein Organ erhält? An welchen Maßstäben orientiert sich die Kindergartenleitung bei der Vergabe von begrenzten Kindergartenplätzen? Welche Kriterien legt die Auswahlkommission einer Universität für die Vergabe von Studienplätzen zugrunde?

Das primäre Ziel der empirischen lokalen Gerechtigkeitsforschung besteht allerdings nicht darin, „vorgefundene Verteilungsregelungen auf ihre Gerechtigkeit oder sachliche Angemessenheit hin zu evaluieren, sondern darum, ihre faktische Beschaffenheit zu explizieren, ihre institutionelle Genese zu rekonstruieren und ihre sozialen Rechtfertigungs- und Integrationsleistungen zu analysieren“ (Schmidt 1992: 4). Theorien der lokalen Gerechtigkeit sind nicht an Gerechtigkeitsurteilen sondern an der verwirklichten Gerechtigkeit interessiert (Wolf 2014: 20). Während die normativen Theorien lokaler Gerechtigkeit Gerechtigkeitsmaßstäbe definieren, welche von spezifischen Institutionen verwendet werden sollten, besteht das Ziel der deskriptiven Theorien lokaler Gerechtigkeit darin, den Gerechtigkeitsmaßstab herauszuarbeiten, welcher in bestimmten Sphären als gerecht institutionalisiert ist (Wolf 2014: 20). Die in der Gesellschaft bestehenden Gerechtigkeitsvorstellungen interessieren dabei nur insoweit, wie diese für institutionelle Verteilungsentscheidungen oder deren Rechtfertigung verwendet werden (Wolf 2014: 21).

[72] Charakteristisch für solche Güter ist zum einem, dass sie sich nicht zerlegen lassen, ohne dadurch an funktionalem Nutzen zu verlieren und zum anderem, dass ihr Nutzen stark vom Zeitpunkt ihrer Verfügbarkeit abhängt. Übersteigt die Nachfrage nach diesen Gütern das Angebot, besteht zwangsläufig die Notwendigkeit für Entscheidungen mit Nullsummenspielcharakter (Schmidt 1992: 5).

Theorien der lokalen Gerechtigkeit lassen sich demnach als ein Art Spezialfall der Mehrprinzipienansätze verstehen, in welchem nicht Verteilungspräferenzen, sondern ausschließlich die von unterschiedlichen Institutionen tatsächlich vorgenommene Verteilung von knappen und unteilbaren Gütern und notwendigen Lasten (z. B. Organe, Kindergartenplätze, Studienplätze) in einer Gesellschaft analysiert werden.

Die Bezeichnung lokale Gerechtigkeit ergibt sich dabei für Elster (1991) aus drei Sachverhalten. Zum einen variieren die Verteilungsprinzipien, nach denen institutionelle Akteure Aufteilungen vornehmen, in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen. Zusätzlich können sich die in Institutionen eines gesellschaftlichen Funktionsbereichs herangezogenen Verteilungsprinzipien zwischen verschiedenen Ländern unterscheiden und es können sogar erhebliche lokale Unterschiede in einem spezifischen Bereich innerhalb eines Landes bestehen (Elster 1991: 273).

Die einflussreichste Analyse zur institutionellen Verwendung von Verteilungsprinzipien stammt von Jon Elster (1991). Elster (1991) identifiziert sechs Kategorien von Prinzipien, anhand derer intermediäre Institutionen Verteilungsentscheidungen über knappe und unteilbare Güter treffen.

In der ersten Kategorie werden alle egalitären Kriterien zusammengefasst. Dazu zählt er jegliche Verteilungsentscheidungen, die auf absoluter Gleichheit, Lotterien (im Sinne gleicher Chancen) oder Rotationsverfahren basieren (Elster 1991: 275). Zur zweiten Gruppe gehören nach Elster jegliche Verfahren, bei welchen Verteilungsentscheidungen auf Basis von zeitbezogenen Kriterien (Warteliste, Warteschlange, Dienstalter) getroffen werden (Elster 1991: 276). Die dritte Kategorie beinhaltet Statuskriterien, wie z. B. Alter, Geschlecht, Herkunft, Familienstand, Wohnort und Beruf. Alle statusbedingten Kriterien können von Institutionen verwendet werden, um bestimmte Gruppen sowohl positiv als auch negativ zu diskriminieren (Elster 1991: 279). Situationsbedingte Kriterien bilden für Elster (1991) die vierte Kategorie. Innerhalb dieser ist das gewählte Verteilungskriterium abhängig von der Assoziation, welche mit dem jeweiligen Gut konnektiert ist. Wird das knappe Gut mit Bedürftigkeit verbunden, erhält es derjenige, welcher es am nötigsten hat. Geht es hingegen darum, den maximalen Nutzen aus der Verteilung des Gutes zu ziehen, erhält es jene Person, deren Wohlergehen durch das Gut am meisten gesteigert wird (Elster 1991: 279). Solange jene Personen mit dem stärksten Bedarf ebenfalls jene sind, die von einem Gut am meisten profitieren, sind solche Entscheidungen weitestgehend unproblematisch. Schwierig wird es hingegen, wenn sich die Prinzipien widersprechen und einem Vorrang

vor dem anderen gegeben werden muss (Elster 1991: 281). Verteilungsprinzipien, welche auf Macht (Kaufkraft, Einfluss, Beziehungen) basieren, bilden die fünfte Gruppe von Kriterien. Als Beispiel gibt Elster hier an, dass Kinder von einflussreichen Personen häufig bei der Vergabe von Studienplätzen bevorzugt werden oder dass Personen, die einen Arzt persönlich kennen, häufig die Warteschlange für knappe medizinische Ressourcen überspringen (Elster 1991: 282). Die letzte Kategorie bildet die Gruppe der Kriterienkombinationen. Elster verweist in diesem Zusammenhang insbesondere auf die Verwendung von Punktesystemen, bei welchen differente Kriterien aus den zuvor beschriebenen Kategorien unterschiedlich gewichtet und addiert werden, um eine Rangliste für die Verteilung von begrenzten und atomaren Güter zu erstellen (Elster 1991: 283).

Elster (1990) nimmt an, dass die Entscheidungsbefugten in den verschiedenen dezentralen Institutionen spezifische lokale Gerechtigkeitsprinzipien präferieren, auf deren Basis sie, wenn dies ohne Probleme möglich wäre, die knappen und unteilbaren Güter verteilen würden (Elster 1990: 136). Medizinische Güter würden dann wahrscheinlich jenen zugestanden, die diese am dringendsten benötigen. Der am besten Qualifizierte erhält den Job und Abiturienten mit dem besten Zeugnis erhalten ihren favorisierten Studienplatz. Dieses Vorgehen ist jedoch häufig aufgrund von anderen Überlegungen und bestehenden Beschränkungen sowie Zwängen nicht möglich. Eine Ursache dafür können von der Regierung erlassene zentrale Regelungen darstellen, durch welche eine Verteilung anhand des eigentlich favorisierten Kriteriums nicht konsequent durchgeführt werden kann.[73] Abweichungen finden jedoch ebenfalls statt, weil Institutionen die Vermeidung von negativen oder die Förderung von positiven Anreizwirkungen in ihre Verteilungsüberlegungen einbeziehen.[74] Häufig werden die Verteilungsentscheidungen der Institutionen überdies davon beeinflusst, wie hoch die Kosten für eine Methode der Entscheidungsfindung im Vergleich zu einer anderen ist (Elster 1990: 137). Das Erarbeiten von fein abgestimmten Ermessenskriterien ist häufig zeitraubend und mit hohen Kosten verbunden, sodass oft einfachere und kostengünstigere Mechanismen, wie Lotterien oder Warteschlangen, verwendet werden (Elster 1990: 138). Es kommt ebenfalls vor, dass Verteilungsentscheidungen nicht nach bestimmten Kriterien erfolgen, weil man sich vor Klagen wegen Diskriminierung fürchtet. Auch hier ist die Folge häufig, dass mechanische und automatisierte Verteilungskriterien, wie Lotterien, bevorzugt werden. Manchmal legen

[73] So werden in Kriegszeiten häufig leicht verwundete Soldaten vor schwer verwundeten behandelt, damit diese zurück an die Front können (Elster 1990: 137).

[74] Als Beispiel verweist Elster auf den negativen Anreiz zur Selbstverstümmelung, der kreiert wird, wenn jeder physisch fitte Mann befürchten muss, im Militär zu dienen (Elster 1990: 137).

institutionelle Akteure die Prinzipien, anhand derer sie die Güter verteilen, auch in Verhandlungen mit den potenziellen Empfängern fest.[75] Häufig basieren institutionelle Verteilungsentscheidungen allerdings auch auf dem Ziel, mehr Ressourcen für die Institution zu erlangen. So werden in einigen Institutionen am Jahresende Ressourcen anhand von sehr schwachen Kriterien verteilt, um das Budget vollständig auszugeben und höhere Instanzen dazu zu zwingen, ihnen im folgenden Jahr ein höheres Budget zuzuweisen (Elster 1990: 138). Der letzte und für die vorliegende Arbeit bedeutendste Faktor, durch den Institutionen von ihrem ursprünglich präferierten Verteilungskriterien abweichen, ist öffentlicher Druck. In vielen Staaten werden Studienplätze zwar auch heute noch in erster Linie nach dem meritokratischen Prinzip verteilt, jedoch ist zumeist auch ein bestimmtes Kontingent an Studienplätzen vorhanden, die nach dem Losverfahren verteilt werden. Dies, so Elster, ist das Ergebnis eines Kompromisses zwischen den institutionellen Ansprüchen und den in vielen Ländern bestehenden Gleichheitspräferenzen (Elster 1990).

Die Arbeit von Elster belegt, dass spezifische Institutionen von Natur aus zunächst eine gesellschaftliche Präferenz für bestimmte Verteilungsmechanismen ausdrücken, von welchen sie jedoch häufig aufgrund bestimmter Bedingungen abweichen. Institutionelle Verteilungsentscheidungen über Gesundheitsressourcen basieren in den meisten Staaten in erster Linie auf dem Bedarfsprinzip. Aufgrund der zunehmenden Finanzierungsprobleme müssen die Gesundheitsinstitutionen jedoch zunehmend häufiger Verteilungsentscheidungen treffen, die sich nicht nur am Bedarfskriterium orientieren. Da die Bevölkerung, wie von Elster (1990) gezeigt, Druck auf die Institutionen ausüben kann, sodass diese ihre Verteilungskriterien ändern oder anpassen, erscheint es durchaus sinnvoll, die Einstellungen der Bevölkerung bei diesen Entscheidungsprozessen von vornherein einzubeziehen.

5.4 Relevanz der empirischen Ergebnisse

Die dargestellten Ergebnisse zu den Verteilungspräferenzen der Bevölkerung fokussieren ausschließlich Verteilungsfragen im Kontext von Einkommen oder generelle Einstellungen der Gesellschaft gegenüber dem Wohlfahrtsstaat. Dennoch liefern diese Studien Erkenntnisse, welche für die weiteren Analysen von Relevanz sind. Sie dienen dazu,

[75] So entstand die Regelung, dass bei notwendigen Entlassungen die Dauer der Unternehmenszugehörigkeit berücksichtigt wird, durch Verhandlungen mit Gewerkschaften (Elster 1990: 138).

Erwartungen über variierende Einstellungen der Gesellschaftsmitglieder zu Fragen der Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem und zur Akzeptanz von personenbezogenen Priorisierungskriterien abzuleiten.

Von besonderer Relevanz sind in diesem Zusammenhang Erkenntnisse zu den individuellen und kulturellen Einflussfaktoren. Ausgehend von der Erwartung, dass Verteilungspräferenzen in Abhängigkeit von dem zu verteilenden Gut variieren, kann jedoch nicht per se davon ausgegangen werden, dass sich die Abweichungen in den Verteilungspräferenzen für Gesundheitsressourcen auf die gleichen Faktoren zurückführen lassen, durch die sich gesellschaftliche Divergenzen zu Fragen der Einkommensverteilung oder zu den allgemeinen Einstellungen zum Wohlfahrtsstaat begründen lassen. Aus diesem Grund wird daher zunächst analysiert, welche Vorstellungen zu einer sozial gerechten Verteilung von Gesundheitsressourcen in der Gesellschaft bestehen und ob sich die in Kapitel 5.2.2 dargelegten Einflussfaktoren (kulturelle und individuelle Faktoren) ebenfalls dazu eignen, auftretende Divergenzen in diesen Präferenzen zu erklären. In einem weiteren Schritt wird geprüft, ob zudem subjektive Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem oder persönliche Einstellungen gegenüber der öffentlichen Gesundheitsversorgung einen maßgeblichen Einfluss auf die Verteilungspräferenzen der Bevölkerung bei Verteilungsfragen hinsichtlich der Gesundheitsressourcen ausüben.

Weniger offensichtlich ist die Frage, welche Bedeutung die im letzten Abschnitt angesprochenen deskriptiven Theorien lokaler Gerechtigkeit für die weiteren Analysen besitzen. Anders als die vorliegende Arbeit beschäftigen sich diese mit den real verwendeten Aufteilungsmechanismen in unterschiedlichen Institutionen bei Verteilungsfragen über knappe unteilbare Güter. Das Erkenntnisinteresse liegt demnach nicht in der Identifizierung von Verteilungspräferenzen, sondern in der Aufdeckung der institutionell tatsächlich angewandten Verteilungsprinzipien. Die Relevanz für die Arbeit ergibt sich daher nicht aus den empirischen Ergebnissen dieses Forschungsbereichs, sondern aus der Tatsache, dass es sich bei Gesundheitsressourcen um Güter handelt, welche in der Regel lediglich begrenzt verfügbar und nicht teilbar sind. Eben mit der Verteilung von dieser Güterart beschäftigen sich auch die lokalen Gerechtigkeitstheorien. Darüber hinaus bildet das Gesundheitssystem einen spezifischen Funktionsbereich in der Gesellschaft, sodass zu erwarten ist, dass den Verteilungspräferenzen der Bevölkerung bei Gesundheitsleistungen andere Prinzipien zugrunde liegen als in anderen Funktionsbereichen. Hinzu kommt, dass aufgrund historischer und struktureller Unterschiede zwischen Staaten davon auszugehen ist, dass die

für den Funktionsbereich Gesundheitssystem präferierten Verteilungsprinzipien der Bevölkerung zwischen Menschen in verschiedenen Befragungsländern variieren. Der Fokus der im Rahmen dieser Arbeit angestrebten Analysen richtet sich demnach auf die gesellschaftlichen Einstellungen für ein zu verteilendes Gut, welches nach Elster (1991) in dreifacher Hinsicht als lokal zu bezeichnen ist. In diesem Sinne können die im Rahmen der vorliegenden Arbeit verfolgten Forschungsfragen als ein Spezialfall der lokalen Gerechtigkeit verstanden werden, in welchem nicht analysiert werden soll, welche Verteilungsprinzipien und Priorisierungskriterien Gesundheitsinstitutionen in unterschiedlichen Staaten zur Verteilung von Gesundheitsleistungen tatsächlich verwenden, sondern welche sie nach Auffassung der Bevölkerung verwenden bzw. nicht verwenden sollten. Die Erkenntnisse, welche durch die nachfolgenden Analysen gewonnen werden, müssen demnach als lokale und eben nicht universelle Verteilungspräferenzen der Gesellschaftsmitglieder für ein spezifisches, knappes und unteilbares Gut verstanden und interpretiert werden.

Eine ähnliche Bedeutung besitzen die empirischen Befunde zum Einfluss der situativen Kontextfaktoren auf die Verteilungspräferenzen der Bevölkerung. Sie werden im Rahmen der Arbeit verwendet, um den Entscheidungskontext festzulegen, unter dem die Befragten ihre Präferenzen kundgeben. Dies ist insbesondere für die Interpretation der Ergebnisse der Analyse von Bedeutung, da der situative Entscheidungskontext die Verteilungspräferenzen der Bevölkerung maßgeblich beeinflusst und somit den Geltungsbereich der Erkenntnisse begründet. Dieser Geltungsbereich wird im Folgenden anhand der situativen Kontextbedingungen, welche sich für die empirischen Analysen der vorliegenden Arbeit ergeben, bestimmt.

Mit Rückbezug auf die von Wegener vorgenommene Differenzierung empirischer Gerechtigkeitsforschung nach ihrem Bezugsrahmen ist das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit darauf ausgerichtet, allgemeine ordnungsbezogene Einstellungen der Bevölkerung zu erfassen. Darüber hinaus bezieht sich das verfolgte Erkenntnisinteresse auf Einstellungsfragen der Bevölkerung zur Verteilung von Gesundheitsressourcen im jeweiligen Gesundheitssystem. Infolgedessen bildet das Gesundheitssystem den funktionalen Teilbereich und die Staatsbürgerschaft die menschliche Beziehungsform, in deren Kontext die Einstellungen der Bevölkerung erfasst werden.

Da die Ergebnisse der empirischen Gerechtigkeitsforschung zeigen, dass sich die Verteilungspräferenzen von Individuen in Abhängigkeit von diesen situativen

Entscheidungsfaktoren variieren, sollten die Ergebnisse der Analysen aus der vorliegenden Arbeit, um Fehlinterpretationen zu vermeiden, lediglich in Bezug auf den zuvor definierten Geltungsbereich interpretiert und verallgemeinert werden. Darüber hinaus handelt es sich beim Gegenstand der vorliegenden Arbeit aus formaler Sicht nicht um Gerechtigkeitsurteile im normativen Sinne, sondern um soziale Einstellungen der Bevölkerung zur gerechten Verteilung von Gütern in einer Gesellschaft (Liebig 2001: 266).

6 Personenbezogene Priorisierung

Kenntnisse hinsichtlich der Präferenzen der Bevölkerung bei der Verteilung von Gesundheitsgütern können dabei helfen festzulegen, auf welchen allgemeinen Prinzipien die Allokation von Gesundheitsressourcen in einem Staat basieren sollte. Dennoch zeigen die in Kapitel 2.2.1 dargestellten Erfahrungen aus expliziten Priorisierungsbemühungen, dass durch die Festlegung von alleinigen Prinzipien, auf deren Basis die begrenzten Ressourcen dann auf der Mikroebene verteilt werden, in der Regel weder eine transparente und konsistente Verteilung von Gesundheitsressourcen gewährleistet noch das Ziel der Kosteneinsparungen erreicht werden kann (Sabik & Lie 2008: 4; Busse & Hoffmann 2010: 884). In der Priorisierungsliteratur wird infolgedessen argumentiert, dass sich transparente und konsistente Verteilungsentscheidungen nur umsetzen lassen, wenn explizite Priorisierungskriterien formuliert werden, durch die bestimmt wird, welche Patienten eine Behandlung erhalten und welche nicht. „The task of the policy makers is to define those priority setting criteria which must be in concordance with medical and ethical standards but should be approved also by different stakeholders“ (Diederich et al. 2012: 2).

Aber auch Priorisierungsbemühungen, in deren Rahmen diese expliziten Kriterien formuliert worden sind (z. B. im Bundesstaat Oregon), zeigen, dass die stetig steigenden Ausgaben des Gesundheitssystems die Einsparungen durch Rationalisierungen und Rationierungen, welche singulär auf Basis von medizinischen Priorisierungskriterien (medizinischer Bedarf) erfolgen, bei Weitem übersteigen (Sabik & Lie 2008: 9; Busse & Hoffmann 2010: 885). Es stellt sich insofern die Frage, anhand welcher nachgeordneten Priorisierungskriterien (gleicher medizinischer Bedarf wird vorausgesetzt) zukünftige Rationierungsentscheidungen erfolgen können.

Neben den medizinischen Kriterien, welche auf dem Bedarfsprinzip beruhen, werden in der Literatur auch personenspezifische Kriterien, wie das *Alter*, der *gesundheitsbezogene Lebensstil* und die *soziale Rolle in der Gesellschaft* als mögliche Priorisierungskriterien diskutiert (Cappelen & Norheim 2006). Während zahlreiche empirische Untersuchungen belegen, dass medizinische Priorisierungskriterien, wie die *Schwere der Erkrankung*, von der Mehrheit der Bevölkerung unterstützt werden (Ryynänen et al. 1999; Gallego et al. 2007; Shmueli 2000; Lees et al. 2002; Green 2009; Diederich 2011), sind die Erkenntnisse in Hinsicht auf die gesellschaftliche Akzeptanz von personenspezifischen

Priorisierungskriterien[76] ebenso wie die Erkenntnisse über die relevanten Faktoren, die mit der Akzeptanz oder Ablehnung eines Kriteriums konnektiert werden, widersprüchlich und variieren in Abhängigkeit vom jeweiligen Befragungsland sowie der gewählten Operationalisierungsform und dem verwendeten Forschungsdesign (Winkelhage & Diederich 2012: 224).

Wesentlich konsistenter erscheinen die empirischen Ergebnisse hingegen, wenn die verschiedenen Studien, in denen die gesellschaftliche Akzeptanz von personenbezogenen Priorisierungskriterien analysiert wurde, hinsichtlich des verwendeten Framings differenziert werden. „The perspective and expression of questions play a major role for the acceptance […]“ (Schwappach 2002: 212). Die Framings, die verwendet worden sind, um die Akzeptanz der drei personenbezogenen Kriterien zu untersuchen, lassen sich in fünf Gruppen differenzieren.

Bei der ersten Framinggruppe handelt es sich um Studien, bei welchen eine Zustimmung der Befragten zum untersuchten Priorisierungskriterium einen generellen Ausschluss der betroffenen Patienten aus der öffentlichen Gesundheitsversorgung impliziert. Eine zweite Gruppe von Framingvarianten erfasst hingegen die Relevanz, die Befragte dem analysierten Kriterium im Vergleich zu anderen in der Literatur diskutierten ökonomischen und medizinischen Priorisierungskriterien zuweisen. In diesen Studien werden die Befragten zumeist dazu angehalten verschiedene Priorisierungskriterien hinsichtlich ihrer Bedeutung für Behandlungsentscheidungen in eine Rangordnung zu bringen. Die dritte Gruppe inkludiert Studien, in denen die Befragten angeben sollen, ob das jeweilige personenbezogene Priorisierungskriterium überhaupt eine Bedeutung bei Verteilungsentscheidungen hinsichtlich Gesundheitsressourcen besitzen sollte. Bei der vierten Framingvariante impliziert eine Zustimmung der Befragten zum analysierten Kriterium hingegen die Befürwortung einer generellen Bevorzugung von Patienten, die dieses Kriterium erfüllen. Die fünfte Framinggruppe umfasst alle Studien, in denen die Befragten direkt entscheiden sollen, welcher von zwei Patienten zu priorisieren ist, wenn beide Patienten sich lediglich in Bezug auf das analysierte personenbezogene Priorisierungskriterium unterscheiden und es nur möglich ist, einem der beiden Patienten die notwendige medizinische Behandlung zukommen zu lassen (impliziertes Nullsummenspiel).

[76] Lediglich die personenspezifischen Kriterien *Geschlecht* und *Ethnie* werden von der Bevölkerung klar abgelehnt (Diederich et al. 2012: 2) und werden aus diesem Grund hier nicht weiter berücksichtigt.

Die Konsequenzen für jene Personen, welche das untersuchte personenbezogene Merkmal erfüllen, hängen demnach stark vom verwendeten Framing ab, sodass die widersprüchlichen Ergebnisse zur gesellschaftlichen Akzeptanz der personenbezogenen Priorisierungskriterien vermutlich auch auf die divergierenden implizierten Folgen für die Betroffenen zurückzuführen sind. So könnte es für Befragte einen Unterschied machen, ob die Zustimmung zu einem möglichen Priorisierungskriterium dazu führt, dass bestimmte Personengruppen generell von der öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung ausgeschlossen werden oder ob diese lediglich impliziert, dass die Zugehörigkeit zu dieser Patientengruppe dann für Verteilungsentscheidungen berücksichtigt wird, wenn es nicht möglich ist, eine Entscheidung auf Basis von anderen Kriterien zu treffen.

Ausgehend von der Annahme, dass die durch das verwendete Framing implizierten Folgen für die Betroffenen einen Einfluss auf die gesellschaftliche Akzeptanz eines personenbezogenen Priorisierungskriteriums ausüben, werden die empirischen Erkenntnisse zur gesellschaftlichen Akzeptanz der drei personenbezogenen Priorisierungskriterien im Folgenden differenziert entlang der zuvor dargelegten Framingvarianten dargestellt. Die Darstellung des Forschungsstandes erfolgt dabei anhand der beiden folgenden Fragen:[77]

1. Welche personenbezogenen Priorisierungskriterien werden von den Befragten unterstützt?

2. Welche Faktoren begünstigen die Akzeptanz bzw. Ablehnung eines personenbezogenen Priorisierungsmerkmals?

[77] Bei der Auswahl der dargestellten empirischen Erkenntnisse habe ich mich (unter Verwendung der Originalstudien) primär an den Literaturreviews von Sassi et al. (2001), Schwappach (2002) und Dolan et al. (2005) orientiert. Diese Erkenntnisse werden durch neuere Studien, die in diesen Zusammenfassungen nicht enthalten sind, ergänzt. Dabei werden nur jene Erkenntnisse aus den Studien dargelegt, bei denen es um die Einstellungen der Bevölkerung gegenüber den drei diskutierten personenbezogenen Priorisierungskriterien geht. Auf die Darstellung von Erkenntnissen zu den Ansichten bestimmter Stakeholdergruppen (Politiker, Ärzte, Pflegepersonal) wird mit Blick auf die Relevanz für die verfolgte Fragestellung ebenso verzichtet wie auf die Erläuterung der Erkenntnisse zu den Einstellungen der Bevölkerung gegenüber medizinischen Priorisierungskriterien. Studien, in denen es um die Einstellungen zur Verteilung von Spenderorganen ging, wurden aufgrund der Tatsache, dass es dazu in den meisten Ländern sehr ausführliche Verteilungsregelungen gibt, bei der Darstellung des Forschungsstandes nicht berücksichtigt.

6.1 Alter

Als Argument für die Verwendung des Alters als Priorisierungskriterium werden in der Literatur sowohl das Effizienz- (Shmueli 2000) als auch das *Fair-Innings-Prinzip* angebracht (Williams 1997). Das *Fair-Innings-Prinzip* bedingt, dass knappe Gesundheitsressourcen so verteilt werden, dass jedem Menschen eine ausreichende Gesundheitsversorgung zukommt, durch die es ihm möglich ist, bei guter Gesundheit ein normales Lebensalter zu erreichen. Gilt ein Alter von 80 Jahren in einer Gesellschaft als ein normales Lebensalter, dann stellen zusätzlich erzielte Lebensjahre einen Bonus dar. Demgegenüber gilt das Sterben in einem Alter von 30 Jahren als vorzeitig und ungerecht (Farrant 2009: 53).

Eine Bevorzugung von jüngeren Patienten, welche mit dem Fair-Innings-Argument begründet wird, beruht also auf der Überlegung, dass ältere Patienten bereits ein längeres Leben erfahren haben und jüngere Patienten das Recht auf selbiges besitzen (Farrant 2009: 53). Demgegenüber erfolgt die auf dem Effizienzprinzip basierende Privilegierung der Jüngeren mit Bedacht auf die erwartete Dauer des Nutzens einer Behandlung (Mossialos & King 1999: 88; Schwappach 2002: 211 f.).

Obwohl beide Begründungen für die Berücksichtigung des Alters nachvollziehbar erscheinen, sprechen andere Argumente eindeutig dagegen. Evans (1997) verweist darauf, dass eine Behandlung von Älteren nicht nur Kosten verursacht, sondern auch dazu beitragen kann, die zukünftigen Kosten für die Gesellschaft zu senken. So argumentiert er beispielsweise, dass die Kosten einer Herzoperation für eine ältere Frau geringer sind, als wenn diese Frau infolge der nicht erfolgten Operation über Jahre gepflegt werden muss (Mossialos & King 1999: 89). Darüber hinaus ignoriert das Altersargument die Beiträge, welche ältere Personen auch heute noch für die Gesellschaft leisten. Häufig kümmern sich Personen, die bereits aus dem Arbeitsleben ausgeschieden sind, unbezahlt um jüngere oder ältere Familienmitglieder. Bei der Berücksichtigung dieser Argumente wird deutlich, dass die Verwendung des Alters als Priorisierungskriterium nur schwer mit anderen Prinzipien, wie der Maximierung des gesellschaftlichen Gesamtnutzens oder der Anerkennung von Beiträgen zum gesellschaftlichen Wohl vereinbar ist. Darüber hinaus argumentiert Post (1994), dass durch das Alter als Priorisierungskriterium soziale Ungleichheiten gefördert werden. So werden sich ältere Personen, denen es finanziell gut geht, privat krankenversichern, während diese Möglichkeit für den armen Anteil der älteren Bevölkerung nicht besteht. Überdies haben ältere Personen während ihres Arbeitslebens

Steuern und Krankenversicherungsbeiträge entrichtet, sodass es unvertretbar wäre, sie nun aus dem öffentlich finanzierten Gesundheitssystem auszuschließen (Mossialos & King 1999: 89).

Welche Einstellungen gegenüber einer Priorisierung von jüngeren Patienten in der Gesellschaft bestehen, ist in zahlreichen empirischen Studien analysiert worden (Tabelle 2). Diese empirischen Erkenntnisse werden im Nachfolgenden klassifiziert nach den verwendeten Framingvarianten dargestellt.

Studien, in denen die Akzeptanz des Alters als Priorisierungskriterium durch die Zustimmung zu Altersgrenzen gerahmt worden ist, kommen übereinstimmend zu dem Schluss, dass ein genereller Ausschluss von älteren Patienten aus der Gesundheitsversorgung von der Mehrheit der Befragten unabhängig von der verwendeten Datenerhebungsmethode (standardisierte Interviews ebenso wie Fokusgruppen) und dem Befragungsland (USA, Großbritannien, Deutschland) abgelehnt wird. So sprachen sich in einer amerikanischen Telefonumfrage lediglich 27 Prozent der befragten Amerikaner für einen generellen Ausschluss von älteren Personen aus der öffentlichen Gesundheitsversorgung aus (Zweibel et al. 1993: 78). Auch von den Teilnehmern von Fokusgruppen, welche in verschiedenen Regionen Großbritannien durchgeführt wurden, sprach sich lediglich eine marginale Minderheit (3 %) der Befragten für eine generelle Altersbeschränkung beim Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung aus (Richardson 1997: 225). In einer repräsentativen Umfrage der Allianz AG stimmten ebenfalls lediglich drei Prozent der befragten Deutschen für einen Ausschluss von älteren Patienten aus der öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung, wobei Befragte über 60 Jahren die Einführung von Altersgrenzen signifikant häufiger ablehnten als jüngere Befragte (Liedtke 2009: 6).

Auch Untersuchungen, in denen die Relevanz des Alters als Priorisierungskriterium in Relation zu anderen möglichen Kriterien analysiert wurde, belegen, dass das Alter im Vergleich zu anderen Priorisierungskriterien für die Mehrheit der Befragten nur eine untergeordnete Bedeutung für die Verteilung von knappen Gesundheitsressourcen aufweist. Zweibel et al. (1993) berichten, dass Teilnehmer einer amerikanischen Telefonumfrage dem Alter als Priorisierungskriterium durchschnittlich von allen Kriterien die geringste Bedeutung zuweisen (Zweibel et al. 1993: 79). Ein ähnliches Resultat präsentieren Mossialos und King (1999) durch die Analyse von repräsentativen Umfragedaten aus Großbritannien, Deutschland, Italien, Frankreich, Schweden und den Niederlanden. In allen

Befragungsländern wiesen lediglich zwischen zwei und acht Prozent der Befragten dem Alter die größte Relevanz für die Verteilung von Gesundheitsressourcen zu. Eine geringere Bedeutung wurde lediglich den beiden anderen zur Wahl stehenden personenbezogenen Kriterien (gesundheitsbezogener Lebensstil und soziale Verantwortung) zugesprochen (Mossialos & King 1999: 100). Shmueli (2000) zeigt durch die Analyse von israelischen Umfragedaten, dass dem Alter hinsichtlich der zur Wahl stehenden acht Kriterien durchschnittlich die drittgrößte Bedeutung zugesprochen wird. Summarisch gaben 22 Prozent der Befragten an, dass das Patientenalter das wichtigste Entscheidungskriterium für die Zuweisung von Gesundheitsressourcen darstellen sollte. Interessant ist in diesem Kontext, dass Personen über 65 Jahre, Frauen und Befragte, die angaben, sich in einem schlechten allgemeinen Gesundheitszustand zu befinden, dem Alter signifikant häufiger eine große Bedeutung zusprachen als männliche, jüngere und gesunde Befragte (Shmueli 2000: 749). Auch für Studenten der Universität Witten besitzen andere Kriterien anscheinend eine stärkere Relevanz für die Vergabe von Gesundheitsleistungen als das Patientenalter. Von den 150 Teilnehmern einer interaktiven Umfrage wiesen lediglich elf Prozent der Befragten dem Patientenalter eine große Bedeutung für die Vergabe von begrenzten Gesundheitsressourcen zu (Schwappach 2003: 262). Zu einem fast identischen Ergebnis gelangten Werntoft et al. (2007). Sie zeigten anhand der Auswertung von 146 Interviews mit schwedischen Patienten, welche mindestens 65 Jahre alt waren, dass lediglich zwölf Prozent der Befragten dem Alter als Verteilungskriterium eine große Bedeutung zusprachen. Darüber hinaus stellten die Autoren fest, dass jüngere Befragte dem Alter häufiger eine signifikante Rolle für die Vergabe von knappen Gesundheitsressourcen zugewiesen hatten als ältere Befragte (Werntoft et al. 2007: 124). Dieses Ergebnis steht in einem starken Widerspruch zu den Erkenntnissen von Shmueli (2000). Zurückzuführen ist dies vermutlich darauf, dass es sich bei den Analysedaten von Werntoft et al. (2007) nicht um eine repräsentative Stichprobe der schwedischen Bevölkerung handelt und die Gruppe der jüngeren Befragten infolgedessen Personen zwischen 65 und 79 Jahren umfasst, während diese Gruppe bei Shmueli (2000) durch eine wesentlich jüngeres Alter definiert ist.

Studien, in welchen analysiert wurde, ob die Gesellschaft eine generelle Priorisierung jüngerer Patienten akzeptiert, belegen übereinstimmend, dass eine prinzipiell vorrangige Behandlung von jüngeren Patienten durch die breite Mehrheit der Bevölkerung abgelehnt wird. Der Großteil der Befragten spricht sich stattdessen dafür aus, dass alle Patienten unabhängig von ihrem Alter die gleiche Behandlungspriorität erhalten sollten. So sprach sich in einer australischen Bevölkerungsumfrage lediglich jeder Sechste für eine generelle

Priorisierung von jüngeren Patienten aus. Größere Zustimmung (40.5 %) erhält die vorrangige Behandlung der Jüngeren nur dann, wenn der ältere Patient bereits sehr alt ist. Die meisten Befragten (42 %) sprachen sich dennoch für eine generelle Gleichbehandlung unabhängig vom Alter der Patienten aus. Jüngere Befragte (unter 65 Jahre) und Befragte ohne Krankenversicherung lehnten eine Altersdiskriminierung dabei signifikant häufiger ab als Ältere und Personen mit Krankenversicherung (Nord et al. 1995: 1432). Mossialos und King (1999) konkludieren, dass die Unterstützung des Alters als generelles Priorisierungskriterium in Abhängigkeit vom Befragungsland mitunter stark variiert. Während 22 Prozent der befragten Schweden und 20 Prozent der befragten Briten eine prinzipielle Bevorzugung der Jüngeren unterstützten, betrug dieser Anteil in Ostdeutschland lediglich fünf Prozent (Mossialos & King 1999: 99). Darüber hinaus nahm die Ablehnung einer generellen Priorisierung von Jüngeren in allen Befragungsländern (außer Italien) mit zunehmendem Alter der Befragten zu. In Deutschland, Frankreich und Großbritannien sprachen sich Frauen signifikant häufiger gegen eine grundsätzliche Bevorzugung von jüngeren Patienten aus als Männer (Mossialos & King 1999: 113). In Italien und Schweden unterstützten Befragte, die ihre politische Position eher rechts einstufen, signifikant häufiger eine prinzipielle Bevorzugung von jüngeren Patienten als andere Befragte. Personen, die nach eigenen Angaben mit dem Gesundheitssystem unzufrieden sind, lehnten in Deutschland, Großbritannien und den Niederlanden eine Altersdiskriminierung signifikant häufiger ab als Personen, die mit dem Gesundheitssystem zufrieden sind (Mossialos & King 1999: 118-119). In einer finnischen Bevölkerungsumfrage befürwortete lediglich ein Drittel der Befragten eine generelle Priorisierung von jüngeren Patienten (Ryynänen et al. 1999: 1535) und in einer repräsentativen schottischen Befragung lehnten 70 Prozent der Teilnehmer eine prinzipielle Priorisierung zugunsten jüngerer Patienten ab (Lees et al. 2002: 51).

Jene Studien, in denen untersucht wurde, ob das Alter von der Gesellschaft als Priorisierungskriterium akzeptiert wird, wenn eine Verteilungsentscheidung über notwendige Gesundheitsressourcen nicht auf Basis von medizinischen Kriterien erfolgen kann, resümieren mehrheitlich, dass sich die große Mehrheit der Befragten unter diesen Umständen für eine Priorisierung der jüngeren Altersgruppe bzw. des jüngeren Patienten ausspricht. In einer repräsentativen Befragung der englischen Bevölkerung sprachen sich 82 Prozent der Befragten für eine vorrangige Behandlung des jüngeren Patienten (35 Jahre) gegenüber dem älteren Patienten (65 Jahre) aus, wenn beide Patienten ansonsten die gleichen Voraussetzungen (gleicher Bedarf etc.) aufweisen und nur einer der beiden Patienten die

medizinisch notwendige Behandlung erhalten kann. Dieser Anteil erhöhte sich auf 94 Prozent, als eine Entscheidung zwischen einem fünf jährigen Kind und einer 70-jährigen Patienten getroffen werden sollte (Charny et al. 1989: 1334). Bei einer amerikanischen Telefonumfrage im Großraum Washington sollten die Befragten angeben, welches von zwei Behandlungsprogrammen für unterschiedliche Altersgruppen implementiert werden sollte, wenn es aus finanziellen Gründen lediglich möglich ist, eines der beiden Programme einzuführen. 86 Prozent der Befragten entschieden sich für die Implementierung des ersten Behandlungsprogrammes, durch welches das Leben von 200 jüngeren Patienten (unter 20 Jahre) gerettet werden konnte. Für das zweite Programm, durch welches 600 ältere Patienten (über 60 Jahre) gerettet werden konnten, entschieden sich lediglich 14 Prozent der Befragten (Cropper et al. 1994: 259). Die gleiche Entscheidung sollte noch einmal getroffen werden, wenn durch das erste Programm das Leben von 200 Patienten im Alter von 40 Jahren gerettet werden konnte. Auch bei diesem Szenarium entschied sich die überwiegende Mehrheit der Befragten (83 %) für die Implementierung des ersten Programmes (Cropper et al. 1994: 259). Männer und Befragte mit einem Hochschulabschluss entschieden sich dabei signifikant häufiger für eine Implementierung des Programms, durch welches jüngere Patienten gerettet werden konnten (Cropper et al. 1994: 245). In einer fast identischen Studie zeigten Johannesson und Johansson (1996), dass sich ebenfalls der Großteil der schwedischen Bevölkerung für die Implementierung eines Behandlungsprogrammes, durch welches jüngere Patienten gerettet werden konnten, aussprach. Anders als Cropper et al. (1994) gelangten Johannesson und Johansson (1996) jedoch zu dem Schluss, dass sich Frauen signifikant häufiger für das Programm zugunsten der Jüngeren entschieden hatten als Männer (Johannesson & Johansson 1996: 155). Möglicherweise lässt sich dies auf die unterschiedlichen Befragungsländer der beiden Studien (Cross-Level-Interaktion) zurückführen. Anders als in den zuvor dargestellten Studien befürworteten in einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung lediglich 26.5 Prozent der Befragten eine Priorisierung des jüngeren Patienten gegenüber dem älteren (Diederich et al. 2011: 5). Ursächlich für diese vergleichsweise geringere Zustimmung ist vermutlich die Tatsache, dass die ältere Person bei Diederich et al. (2011) erst 30 Jahre alt (somit vergleichsweise jung) gewesen ist. Überdies waren bei Diederich et al. (2011) nicht nur die beiden Altersgruppen als Antwortoption möglich, sondern es konnte ebenfalls ein Lotterieverfahren zur Entscheidungsfindung gewählt werden, was 20 Prozent der Befragten auch taten.

Zwischenfazit

Da eine mehrheitliche Unterstützung des Alters als Priorisierungskriterium lediglich in Studien zu beobachten ist, in welchen die letzte Framingvariante verwendet worden ist, scheint die Mehrheit der Befragten das Alter als Priorisierungskriterium erst dann zu akzeptieren, wenn es nicht möglich ist, eine Verteilungsentscheidung auf Basis von medizinischen Kriterien zu treffen. Demgegenüber werden ein genereller Ausschluss von älteren Patienten ebenso wie eine grundsätzliche Bevorzugung von jüngeren Patienten von der überwiegenden Mehrheit der Befragten abgelehnt.

Tabelle 2: Studien zur gesellschaftlichen Akzeptanz des Patientenalters als Priorisierungskriterium

Autor	Ergebnisse	Einflussfaktoren	Sample
Framing: Altersgrenzen für Zugang zur Gesundheitsversorgung			
Zweibel et al. (1993)	27 % Zustimmung		standardisierte Telefoninterviews USA (N = 505)
Richardson (1997)	3 % Zustimmung		Fokusgruppen GB (N = 96)
Liedtke (2009)	17 % Zustimmung	Ältere lehnten Ausschluss signifikant häufiger ab	standardisierte Interviews Deutschland (N = 1039)
Framing: Relevanz in Relation zu anderen Priorisierungskriterien			
Zweibel et al. (1993)	durchschnittlich letzter Rang		standardisierte Telefoninterviews USA (N = 505)
Mossialos& King (1999)	durchschnittlich letzter oder vorletzter Rang		
Shmueli (2000)	durchschnittlich 3. Rang für 22 % größte Bedeutung	Ältere und Personen mit schlechtem Gesundheitszustand weisen dem Patientenalter signifikant häufiger eine größte Relevanz zu	standardisierte Interviews Israel (N = 2030)
Schwappach (2003)	Alter für 11 % große Bedeutung		interaktive Studentenbefragung Universität Witten (N = 150)
Gallego et al. (2007)	für 9.2 % größte Bedeutung durchschnittlich 4. Rang		standardisierte Interviews (Gelegenheitsstichprobe) Australien (N = 200)
Werntoft et al. (2007)	für 12 % größte Bedeutung	Alter für jüngere Befragte signifikant häufiger große Bedeutung	standardisierte Interviews Schweden (N = 154 Personen; > 65 Jahre; Patienten)
Framing: Generelle Priorisierung von Jüngeren			
Nord et al. (1995)	17.6 % Zustimmung	Ältere signifikant häufiger für Priorisierung Jüngerer Befragte ohne Krankenversicherung signifikant häufiger gegen Altersdiskriminierung	standardisierte Interviews Australien (N = 551)
Mossialos& King (1999)	zwischen 5 % (Ost-Deutschland) und 22 %(Schweden) Zustimmung	Zustimmung zur Priorisierung Jüngerer sinkt mit zunehmenden Alter in allen Staaten (außer Italien) In Deutschland, Frankreich und GB lehnen Frauen eine Priorisierung Jüngerer signifikant häufiger ab als Männer	standardisierte Interviews (Eurobarometer 1998, Deutschland, GB, Niederlande, Schweden, Italien, Frankreich

		In Deutschland, GB und den Niederlanden lehnen Befragte, die mit dem Gesundheitssystem unzufrieden sind, eine Priorisierung Jüngerer signifikant häufiger ab In Schweden u. Italien befürworten Befragte, die sich ideologisch weiter rechts einordnen signifikant häufiger die Priorisierung Jüngerer	
Ryynänen et al. (1999)	34 % Zustimmung		standardisierte Interviews Finnland (N = 1178)
Lees et al. (2002)	30 % Zustimmung		standardisierte Interviews Schottland (N = 1494)
Framing: Priorisierung Jüngerer bei sonst identischen Voraussetzungen			
Charny et al. (1989)	82 % bzw. 94 % Zustimmung	Ältere priorisieren Jüngere signifikant häufiger	-standardisierte Interviews GB (N = 719)
Cropper et al. (1994)	80 % Zustimmung	Männern und Hochschulabsolventen priorisieren Jüngere signifikant häufiger	-standardisierte Telefoninterviews USA (N = 3000)
Johannesson & Johansson (1996)	mehrheitliche Zustimmung	Frauen priorisieren Jüngere signifikant häufiger	-standardisierte Interviews Schweden (N = 1000)
Diederich et al. (2011)	26.5 % Zustimmung		-standardisierte Interviews Deutschland (N = 2031)

6.2 Gesundheitsbezogener Lebensstil

Der Grundgedanke für die Berücksichtigung des gesundheitsbezogenen Lebensstils bei der Verteilung von begrenzten Gesundheitsressourcen beruht auf dem liberalen Egalitarismus. Vertreter dieser Denkrichtung argumentieren, dass die Gesellschaft lediglich jene Gesundheitsausgaben tragen sollte, deren Notwendigkeit von Faktoren verursacht wird, welche außerhalb der persönlichen Kontrolle liegen. Kosten, die hingegen aufgrund von Erkrankungen entstehen, für deren Auftreten individuelle Entscheidungen ursächlich sind (Rauchen, Trinken, ungesunde Ernährung, Extremsportarten etc.), sollten durch zusätzliche Steuern, Eigenanteile oder Zusatzversicherungen anteilig oder in vollem Umfang von jenen Personen getragen werden, die diese Entscheidungen treffen (Diederich et al. 2012: 2).

Die daraus resultierende Berücksichtigung des gesundheitsbezogenen Lebensstils als Priorisierungskriterium kann sowohl auf das Effizienz- als auf das Leistungsprinzip zurückgeführt werden. Das Leistungsprinzip fokussiert in diesem Kontext „on the question of whether or not the patient who is responsible for their own disease deserves a treatment as much as the patient who is not“ (Wilmont & Ratcliffe 2002: 201). Es sei demnach zu klären, ob die Notwendigkeit einer Behandlung durch Faktoren außerhalb der individuellen Kontrolle verursacht worden ist oder ob sie das Resultat des gewählten Lebensstils darstellt (Dolan et al. 2005: 202). Problematisch ist bei diesem Gedanken die Frage der Zurechenbarkeit. Während z. B. bei einem Raucher, welcher an Lungenkrebs erkrankt, die Kausalität seines Handelns für die Erkrankung sehr wahrscheinlich ist, stellt sich die Frage, ob ein Raucher auch für eine Erkrankung verantwortlich gemacht werden sollte, deren Auftreten nicht direkt mit dem Konsum von Nikotin in Verbindung gebracht werden kann.

Wird die Berücksichtigung des gesundheitsbezogenen Lebensstils hingegen mit dem Effizienzprinzip begründet, beruht die Bevorzugung der Patienten mit einem gesunden Lebensstil auf der Annahme, dass Patienten mit einem ungesunden Lebensstil diesen auch nach der Behandlung fortführen und ihr langfristiger Behandlungsnutzen demnach geringer ist (Wilmont & Ratcliffe 2002: 204; Schwappach 2002: 213).[78]

Gegner des liberalen Egalitarismus argumentieren jedoch, dass ungesundes und schädliches Verhalten selten auf freien Entscheidungen basiert. Vielmehr sind häufig andere Faktoren,

[78] Es handelt sich hier demnach um eine Spekulation. Es wäre ebenso denkbar, dass ein Patient mit einem ungesunden Lebensstil nach einer Behandlung dankbar für seine Gesundheit ist und seinen Lebensstil positiv verändert. Ebenso können sich Menschen, die trotz eines gesunden Lebensstils erkranken, nach einer Behandlung fragen, was ihnen der Verzicht auf Alkohol, Nikotin oder Fastfood etc. genützt hat und infolgedessen einen ungesunden Lebensstil beginnen.

wie der soziale Hintergrund oder das persönliche Bildungsniveau, mitursächlich für gesundheitsschädigende oder risikobehaftete Verhaltensweisen (Diederich et al. 2012: 3). Darüber hinaus argumentieren Cappelen und Norden (2005), dass nicht jedes potenziell schädigende Verhalten in der gleichen Weise behandelt werden kann und sollte. „Whereas the consumption of some goods such as unhealthy food or alcohol can easily be taxed, other choices like having unsafe sex or a lack of exercise are more difficult to control“ (Diederich et al. 2012: 3).

Welche Einstellungen gegenüber der Berücksichtigung des gesundheitsbezogenen Lebensstils bei Verteilungsentscheidungen hinsichtlich Gesundheitsressourcen in der Gesellschaft existent sind, ist in zahlreichen empirischen Studien untersucht worden (Tabelle 3). Die Erkenntnisse aus diesen Studien werden im Folgenden klassifiziert nach der verwendeten Framingvariante dargestellt.

Studien, in welchen die Akzeptanz des gesundheitsbezogenen Lebensstils als Priorisierungskriterium durch die Zustimmung zu einem generellen Ausschluss von Personen, die gesundheitsschädigendes Verhalten aufweisen, aus der öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung erfasst wurde, kommen zu ambivalenten Ergebnissen. Während Bowie (1995) auf Basis von Fokusgruppendaten aufzeigte, dass 99 Prozent der Befragten Engländer einen generellen Ausschluss von Rauchern bei Bypass-Operationen ablehnen, gelangen Myylykangas et al. (2003) zu dem Ergebnis, dass die Mehrheit der in einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage befragten Finnen eine öffentlich finanzierte Behandlung von Personen, welche ihre Erkrankung selbst verursacht haben, ablehnt und somit eine Berücksichtigung des gesundheitsbezogenen Lebensstils bei Verteilungsentscheidungen über knappe Gesundheitsressourcen befürwortet. Da in beiden Studien das gesundheitsschädigende Verhalten durch das Rauchen operationalisiert wurde und in beiden Studien ein erkennbarer kausaler Zusammenhang zwischen schädigendem Verhalten (Rauchen) und der Erkrankung (Herzerkrankung und chronischer Bronchitis) bestand, könnten die widersprüchlichen Ergebnisse möglicherweise auf die unterschiedlichen Befragungsländer (England und Finnland) oder die verschiedenen Datenerhebungsmethoden (Fokusgruppen und standardisierte Interviews) zurückzuführen sein.

Auch die Erkenntnisse aus Studien, in welchen analysiert wurde, ob der gesundheitsbezogene Lebensstil eines Patienten bei Verteilungsentscheidungen überhaupt berücksichtigt werden sollte, ließen keine einheitlichen Schlüsse zu. So gaben 66 Prozent

der Befragten in einer finnischen Bevölkerungsumfrage an, dass der gesundheitsbezogene Lebensstil eines Patienten bei Verteilungsentscheidungen bezüglich knapper Gesundheitsressourcen berücksichtigt werden sollte (Ryynänen et al. 1999: 1535), wobei ältere Befragte eine Berücksichtigung signifikant häufiger befürworteten als jüngere (Ryynänen et al. 1999: 1537). Auch 90 Prozent der deutschen Studierenden, welche an einer interaktiven Umfrage teilgenommen hatten, gaben an, dass der gesundheitsbezogene Lebensstil bei Priorisierungsentscheidungen berücksichtigt werden sollte (Schwappach 2003: 262). Demgegenüber lehnten 75 Prozent der Teilnehmer einer schwedischen Umfrage unter älteren Patienten (über 65 Jahre) die Berücksichtigung des gesundheitsbezogenen Lebensstils bei der Vergabe von Gesundheitsressourcen ab (Werntoft et al. 2007: 122). Zu einem ähnlichen Ergebnis kam Liedtke (2009) bei der Analyse von repräsentativen Umfragedaten der deutschen Bevölkerung. Auch hier sprach sich keine Mehrheit für eine Berücksichtigung des gesundheitsbezogenen Lebensstils aus (Liedtke 2009: 7). Während sich die widersprüchlichen Ergebnisse zwischen den Studien von Schwappach (2003) und Werntoft et al. (2007) vermutlich auf die fehlende Generalisierbarkeit aufgrund der speziellen Befragungsgruppen (Studenten vs. ältere Patienten) zurückführen lassen (Alterseffekte) könnten die Abweichungen zwischen den Erkenntnissen der beiden repräsentativen Studien möglicherweise ein Indiz für divergierende kulturelle Ansichten zwischen der deutschen und finnischen Bevölkerung darstellen.

Eindeutig erscheinen hingegen die Erkenntnisse aus Studien, in denen die Akzeptanz des gesundheitsbezogenen Lebensstils als Priorisierungskriterium in Relation zu anderen möglichen Kriterien analysiert worden ist. In einer repräsentativen Umfrage in Schweden, Deutschland, Großbritannien, Italien, Frankreich und den Niederlanden sprachen lediglich zwischen 3.5 Prozent (Schweden) und 11.5 Prozent (Niederlande) der Befragten dem gesundheitsbezogenen Lebensstil von allen zur Wahl stehenden Kriterien die größte Bedeutung zu. Im Durchschnitt befand sich dieses Kriterium daher in allen Befragungsländern auf dem letzten oder vorletzten Rankingplatz (Mossialos und King 1999: 100). Auch in einer israelischen Bevölkerungsumfrage wiesen lediglich drei Prozent der Befragten dem gesundheitsbezogenen Lebensstil die größte Bedeutung für Priorisierungsentscheidungen zu. Insgesamt besitzt dieses Kriterium für die israelische Bevölkerung von allen möglichen Kriterien durchschnittlich die geringste Relevanz (Shmueli 2000: 748). Eine noch geringere Relevanz im Vergleich zu anderen Kriterien wird dem gesundheitsbezogenen Lebensstil von australischen Umfrageteilnehmern zugesprochen. Von den 200 Passanten, welche an einer Gelegenheitsbefragung teilnahmen,

gab lediglich einer an, dass der gesundheitsbezogene Lebensstil von allen zur Wahl stehenden Kriterien die größte Bedeutung für Priorisierungsentscheidungen besitzen sollte (Gallego et al. 2007: 228).

Auch jene Studien, in welchen die Einstellungen der Befragten in Hinsicht auf eine generelle Priorisierung von Patienten mit gesundem Lebensstil gegenüber Patienten mit ungesundem Lebensstil analysiert wurden, gelangten zu der einheitlichen Erkenntnis, dass eine allgemeine vorrangige Behandlung von Menschen mit gesundem Lebensstil von der Mehrheit der Befragten abgelehnt würde. In England sprachen sich lediglich 28 Prozent der Teilnehmer von Fokusgruppen für eine generelle Bevorzugung von Nichtrauchern gegenüber Rauchern bei der Vergabe von Bypass-Operationen aus (Bowie 1995: 90). Bei einer schottischen Bevölkerungsumfrage stimmten 48 Prozent der Befragten für eine prinzipielle Bevorzugung von Nichtrauchern gegenüber Rauchern, während 52 Prozent dies ablehnten (Lees et al. 2002: 51) und bei einer repräsentativen Umfrage in Deutschland sprachen sich lediglich zehn Prozent der Befragten für eine generelle Priorisierung von Patienten mit einem gesunden Lebensstil aus (Diederich & Schreier 2011: 16). Ursächlich für die mehrheitliche Ablehnung einer prinzipiellen Priorisierung bei dieser Framingvariante könnte die Tatsache sein, dass in diesen Studien kein direkter kausaler Zusammenhang zwischen dem gesundheitsschädigenden Verhalten des Patienten und der Behandlungsnotwendigkeit impliziert worden ist. „The health-related lifestyle of patients […] seems to become more important when there is a direct and well-known inducement effect on the condition described in the prioritization scenario“ (Schwappach 2003: 213).

Konsistent erscheinen auch die Erkenntnisse aus Studien, in denen die Befragten direkt entscheiden sollten, welcher von zwei identischen Patienten (bzw. welche Patientengruppe) zu priorisieren ist, wenn sich beide lediglich in Bezug auf ihren gesundheitsbezogenen Lebensstil unterscheiden. In einer englischen Bevölkerungsumfrage sollten sich die Befragten entscheiden, welcher von zwei Patienten eine dringende Herzoperation erhält, wenn sich beide Patienten lediglich hinsichtlich ihres gesundheitsbezogenen Lebensstils unterscheiden und nur ein Patient die notwendige Operation erhalten kann. Der gesundheitsbezogene Lebensstil wurde dabei durch drei verschiedene Indikatoren (Raucher, ungesunde Ernährung, Alkoholkonsum) operationalisiert. 73.5 Prozent der Befragten sprachen sich für eine Priorisierung des Nichtrauchers gegenüber dem Raucher aus. 80 Prozent stimmten für eine bevorzugte Behandlung von Patienten mit einem geringen Alkoholkonsum gegenüber Patienten mit einem starken Alkoholkonsum und 60 Prozent sprachen sich dafür aus, dass Personen, deren Übergewicht genetisch bedingt ist, gegenüber

Übergewichtigen mit einer ungesunden Ernährung priorisiert werden sollten (Charny et al. 1989: 1334). Auch im Rahmen einer australischen Bevölkerungsumfrage sollten die Befragten entscheiden, welcher von zwei Patienten eine dringend notwendige Herzoperation erhalten soll, wenn es nicht möglich ist, beide zu behandeln. Auch hier sprach sich die Mehrheit der Befragten (60.5 %) für eine bevorzugte Behandlung des Nichtrauchers aus, wobei Raucher signifikant häufiger als Nichtraucher eine Gleichbehandlung von Rauchern und Nichtrauchern präferieren. Dennoch stellten Nord et al. (1995) fest, dass 31 Prozent der befragten Raucher gegen ihre persönlichen Interessen und für eine Priorisierung von Nichtrauchern stimmten (Nord et al. 1995: 1435). Summarisch lässt sich konstatieren, dass sich unabhängig davon, wie das gesundheitsschädigende Verhalten operationalisiert worden ist (Rauchen, Trinken oder ungesunde Ernährung), in beiden Studien eine klare Mehrheit (zwischen 60 % und 80 %) für eine vorrangige Behandlung von Patienten mit einem gesunden Lebensstil ausspricht, wenn es nicht möglich ist, beiden Patienten die notwendige Behandlung zukommen zu lassen.

Zwischenfazit

Eine konsistente mehrheitliche Zustimmung der Bevölkerung zum gesundheitsbezogenen Lebensstil als Priorisierungskriterium lässt sich demnach wie zuvor beim Alter, nur für Framings aufzeigen, in denen Patienten mit sonst identischen Voraussetzungen um die gleichen Ressourcen konkurrieren und auf Basis von medizinischen Kriterien keine Priorisierungsentscheidung getroffen werden kann. Dennoch handelt es sich hierbei lediglich um zwei nationale Studien. Fraglich ist infolgedessen, ob sich ähnliche Einstellungen auch in der Bevölkerung anderer Staaten nachweisen lassen. Darüber hinaus liefern die Studien keine einheitlichen Erkenntnisse zu den Einflussfaktoren, welche eine Akzeptanz bzw. Ablehnung begünstigen. Die Erkenntnisse beziehen sich des Weiteren lediglich auf gesundheitsschädigendes Verhalten in Form von ungesunder Ernährung, Nikotin- und Alkoholkonsum. Ob die Bevölkerung auch einer Berücksichtigung von anderen ungesunden Verhaltensweisen bei Verteilungsentscheidungen über begrenzte Ressourcen zustimmen würde, bleibt demnach offen.

Tabelle 3: Studien zur gesellschaftlichen Akzeptanz des gesundheitsbezogenen Lebensstils als Priorisierungskriterium

Autor	Ergebnisse	Einflussfaktoren	Sample
Framing: Ausschluss aus Gesundheitsversorgung			
Bowie (1995)	1 % Zustimmung		Fokusgruppen (N = 96) GB
Myllykangas et al. (2003)	mehrheitliche Zustimmung		standardisierte Interviews (N = 1178) Finnland
Framing: Relevanz in Relation zu anderen Priorisierungskriterien			
Mossialos & King (1999)	durchschnittlich letzter oder vorletzter Rang wichtigstes Kriterium zwischen 3.5 % (Schweden) bis 11.5 % (Niederlande)		standardisierte Interviews (Eurobarometer 1998 Deutschland, GB, Niederlande, Schweden, Italien, Frankreich
Shmueli (2000)	3 % größte Relevanz durchschnittlich geringste Relevanz		standardisierte Interviews Israel (N = 2030)
Gallego et al. (2007)	0.5 % größte Relevanz durchschnittlich geringste Relevanz		standardisierte Interviews Australien (N = 200)
Framing: Überhaupt Relevant für Priorisierungsentscheidung			
Ryynänen et al. (1999)	66 % Zustimmung	Ältere sprechen sich signifikant häufiger für Berücksichtigung aus	standardisierte Interviews Finnland (N = 1178)
Schwappach (2003)	90 % Zustimmung		interaktive Studentenbefragung Deutschland (N = 150)
Werntoft et al. (2007)	25 % Zustimmung		standardisierte Interviews Schweden (N = 154 Personen > 65 Jahre; Patienten)
Liedtke (2009)	49 % Zustimmung		standardisierte Interviews Deutschland (N = 1039)
Framing: Generelle Priorisierung von Patienten mit gesunden Lebensstil			
Bowie (1995)	28 % Zustimmung		Fokusgruppen (N = 96) GB
Dolan et al. (1999)	32 bis 43 % Zustimmung		Fokusgruppen (N = 60) GB
Lees et al. (2002)	48 % Zustimmung		standardisierte Interviews Schottland (N = 1494)
Diederich & Schreier (2010)	8.4 % Zustimmung		standardisierte Interviews Deutschland (N = 1131)
Framing: Priorisierung von Patienten mit gesunden Lebensstil bei sonst identischen Voraussetzungen			
Charny et al. (1989)	60 - 80 % Zustimmung		standardisierte Interviews GB (N = 719)

Nord et al. (1995)	60.5 % Zustimmung	Ältere u. privat Krankenversicherte signifikant häufiger für Priorisierung von Nichtrauchern Raucher signifikant häufiger für Gleichbehandlung	standardisierte Interviews Australien (N = 551)

6.3 Soziale Rolle

Der Grundgedanke für die Berücksichtigung der sozialen Rolle eines Patienten bei Priorisierungsentscheidungen beruht auf dem konzeptuellen Argument, „that there are situations or phases of life in which certain individuals contribute more to society than others“ (Schwappach 2002: 213).

Die soziale Rolle einer Person wird im Rahmen der Priorisierungsdebatte anhand von zwei äußerst unterschiedlichen Indikatoren diskutiert. Infolgedessen werden beide Indikatoren sowie die empirischen Erkenntnisse zur gesellschaftlichen Akzeptanz dieser Indikatoren zunächst getrennt voneinander dargestellt.

Sozioökonomische Position des Patienten

Der erste Indikator für die soziale Rolle, welchem sowohl das Leistungs- als auch das Effizienzprinzip zugrunde liegen, betrifft die sozioökonomische Stellung einer Person in der Gesellschaft. Die Berücksichtigung der sozioökonomischen Position eines Patienten wird im Rahmen der Priorisierungsdiskussion damit begründet, dass Individuen mit einer hohen sozioökonomischen Stellung im Verlauf ihres Lebens mehr zum gesellschaftlichen Wohl beigetragen haben als andere (Leistungsprinzip) und dass zu erwarten ist, dass sie dies auch nach einer Behandlung in einem stärkeren Umfang tun, als sozioökonomisch schwächer positionierte Personen (Schwappach 2002: 213). Empirische Studien, in denen die gesellschaftliche Akzeptanz einer Priorisierung auf Basis der sozioökonomischen Position von Patienten analysiert wurde, verwenden primär das Einkommen, den Berufsstatus oder die -bezeichnung einer Person zur Operationalisierung der sozioökonomischen Stellung (Dolan et al. 2005: 203). Die Erkenntnisse aus diesen Studien werden im Folgenden dargestellt.

Studien, in welchen untersucht wurde, welche Bedeutung die Befragten dem soziökonomischen Status eines Patienten für eine Priorisierungsentscheidung im Vergleich zu anderen Kriterien zuschreiben, ziehen übereinstimmend das Fazit, dass dieser nur für eine Minderheit der Befragten eine große Relevanz besitzt. So wiesen lediglich drei Prozent der Befragten einer israelischen (Shmueli 2000: 748) und fünf Prozent der Teilnehmer einer australischen Umfrage dem soziökonomischen Status des Patienten die größte Bedeutung für Priorisierungsentscheidungen zu (Gallego et al. 2007: 228).

Erkenntnisse aus Studien, in denen analysiert wurde, ob die Bevölkerung dem sozioökonomischen Status generell eine Relevanz für Verteilungsentscheidungen über begrenzte Gesundheitsressourcen zuspricht, gelangten zu weniger konsistenten Erkenntnissen. So lehnte die überwiegende Mehrheit der Befragten einer finnischen Bevölkerungsumfrage die Berücksichtigung sämtlicher erfragten Indikatoren (Erwerbstatus, Reichtum und Armut des Patienten) bei Priorisierungsentscheidungen ab (Ryynänen et al. 1999: 1535). Auch die Mehrheit (60 %) der Teilnehmer einer interaktiven Studentenbefragung in Deutschland sprach sich dafür aus, dass der sozioökonomische Status eines Patienten bei Behandlungsentscheidungen in keiner Form berücksichtigt werden sollte (Schwappach 2003: 262). Demgegenüber sprachen sich 61 Prozent der Befragten einer schwedischen Umfrage unter älteren Patienten (über 65 Jahre) dafür aus, dass der sozioökonomische Status zumindest geringfügig berücksichtigt werden sollte (Werntoft et al. 2007: 122). Bei der Interpretation der Ergebnisse muss allerdings berücksichtigt werden, dass es sich lediglich bei der Studie von Ryynänen et al. (1999) um eine repräsentative Bevölkerungsumfrage handelt. Aufgrund der Zusammensetzung der Stichproben in den Studien von Schwappach (2003) und Werntoft et al. (2007) können Verzerrungen aufgrund von Alterseffekten hingegen nicht ausgeschlossen werden.

Eine generelle Priorisierung von Patienten mit einem höheren sozioökonomischen Staus wird unabhängig vom Befragungsland und vom verwendeten Forschungsdesign von der Mehrheit der Befragten abgelehnt. Dolan et al. (1999) berichten, dass sich lediglich zwei Prozent der Fokusgruppenteilnehmer für eine generelle Priorisierung von Patienten mit einem höheren sozioökonomischen Status aussprechen (Dolan et al. 1999: 918). Auch Myylykangas et al. (2003) konkludierten anhand der Analyse von finnischen Umfragedaten, dass die Mehrheit der Befragten eine bevorzugte Behandlung von Patienten mit einem höherem Einkommen ablehnt (Myylykangas et al. 2003: 344). In Übereinstimmung zu diesen Erkenntnissen verneinten auch 97.7 Prozent der Teilnehmer einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsumfrage eine Priorisierung von Patienten aufgrund eines höheren Einkommens (Diederich & Schreier 2010: 16).

Die einzige Studie, in welcher analysiert wurde, ob die Befragten den sozioökonomischen Status eines Patienten als Priorisierungskriterium akzeptieren, wenn es nicht möglich ist, eine Priorisierungsentscheidung auf Basis von anderen Kriterien zu treffen, zeigte, dass der sozioökonomische Status auch unter diesen Bedingungen für die Mehrheit der Befragten kein legitimes Priorisierungskriterium darstellt. Die Teilnehmer einer britischen Umfrage sollten angeben, welcher von zwei Patienten eine dringende Operation erhalten sollte, wenn

sich beide Patienten lediglich in Hinsicht auf ihren beruflichen Status unterscheiden. Unabhängig davon, welche Berufsgruppen gegenübergestellt wurden, unterstützen lediglich zwischen 29 Prozent und 35 Prozent der Befragten eine bevorzugte Behandlung des Patienten mit der höheren beruflichen Stellung (Charny et al. 1989: 1335). Darüber hinaus gaben bei allen drei Entscheidungen jeweils 50 Prozent der Befragten an, dass sie nicht entscheiden können, welcher der beiden Patienten priorisiert werden sollte (Charny et al. 1989: 1334).

Zwischenfazit

Unabhängig vom verwendeten Framing gelangen sämtliche Studien, in denen analysiert worden ist, ob die Bevölkerung bestimmten Personen auf Basis ihrer sozioökonomischen Stellung in der Gesellschaft eine vorrangige Gesundheitsversorgung zuspricht, übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass eine bevorzugte Behandlung von Patienten mit einem höheren sozioökonomischen Status von der Mehrheit der Befragten abgelehnt wird.[79] Besonders stark ist diese Ablehnung in jenen Studien, in denen untersucht worden ist, ob Patienten mit einem hohen sozioökonomischen Status generell vorrangig gegenüber anderen Patienten behandelt werden sollten (Dolan et al. 1999; Myllykangas et al. 2003; Diederich & Schreier 2011). Ebenso verhält es sich bei Framings, in denen die Befragten die Relevanz des soziökonomischen Status in Relation zu anderen möglichen Priorisierungskriterien bewerten sollten (Shmueli 2000; Gallego et al. 2007). Eine größere Zustimmung ist hingegen in Studien zu beobachten, in denen die Befragten angeben sollten, ob der sozioökonomische Status bei Verteilungsentscheidungen über begrenzte Ressourcen überhaupt berücksichtigt werden sollte und wenn Befragte mit Szenarien konfrontiert wurden, in denen zwei Patienten mit sonst identischen Voraussetzungen medizinisch versorgt werden müssen, aber nur einer von beiden behandelt werden kann.

[79] Die einzige Studie, in denen sich die Mehrheit der Befragten für eine Berücksichtigung der sozioökonomischen Position ausspricht, stammt von Werntoft et al. (2007). Hier muss jedoch berücksichtigt werden, dass sich die Erkenntnisse dieser Studie aufgrund der spezifischen Befragungsgruppe (Befragte über 65 Jahre) nicht generalisieren lassen und sie somit keine verlässlichen Erkenntnisse zu den Einstellungen der Bevölkerung in Schweden darstellen.

Familiäre Verantwortung des Patienten

Neben der sozioökonomischen Stellung wird auch die familiäre bzw. soziale Verantwortung als Indikator für die Berücksichtigung der sozialen Rolle eines Patienten in der Priorisierungsliteratur diskutiert. Dieser basiert auf dem Effizienzprinzip und berücksichtigt die Verantwortlichkeit einer Person für das leibliche Wohl von anderen Gesellschaftsmitgliedern (z. B. eigene Kinder, Pflege von Angehörigen). Der Effizienzgedanke besteht darin, dass dem Staat hohe Kosten entstehen könnten, wenn sich Personen mit familiären oder sozialen Verpflichtungen aufgrund der eigenen nicht behandelten Erkrankung nicht mehr um ihre Angehörigen oder andere soziale Aufgaben kümmern können (Schwappach 2002: 213; Dolan et al. 2005: 203).

Studien, in welchen die Relevanz der familiären Verantwortung als Priorisierungskriterium in Relation zu anderen Kriterien analysiert wurde, zeigen übereinstimmend, dass die familiäre Verantwortung für den Großteil der Befragten lediglich eine untergeordnete Bedeutung für die Verteilung von Gesundheitsressourcen besitzt. Mossialos und King (1999) berichten, dass das personenbezogene Priorisierungskriterium familiäre Verantwortung von den Befragten in Deutschland, Schweden, Großbritannien, Frankreich und den Niederlanden durchschnittlich nach den beiden zur Wahl stehenden medizinischen Kriterien auf dem dritten Rang platziert worden ist. In diesen Ländern wird der familiären Verantwortung demnach von allen personenbezogenen Priorisierungskriterien die größte Relevanz zugeschrieben. In Italien wird der familiären Verantwortung hingegen von allen Kriterien die geringste Bedeutung zugeschrieben. Insgesamt variiert der Anteil der Befragten, die der familiären Verantwortung von allen Kriterien die größte Bedeutung zuschreiben zwischen 4.8 Prozent (Italien) und 14.1 Prozent (Großbritannien) (Mossialos & King 1999: 100). In einer israelischen Bevölkerungsumfrage haben 27 Prozent der Befragten angegeben, dass die familiäre Verantwortung eines Patienten von allen Kriterien am stärksten berücksichtigt werden solle, sodass es hier durchschnittlich den zweiten Rang einnimmt (Shmueli 2000: 748). Von einer wesentlich geringeren Bedeutung der familiären Verantwortung berichten hingegen Gallego et al. (2007). Von den Teilnehmern einer australischen Gelegenheitsbefragung gab lediglich ein Prozent an, dass die familiäre Verantwortung eines Patienten bei Priorisierungsentscheidungen am stärksten berücksichtigt werden sollte (Gallego et al. 2007: 228).

Auch in den Studien, in denen analysiert wurde, ob Patienten mit einer familiären oder sozialen Verantwortung generell gegenüber andere Patienten priorisiert werden sollten, lässt

sich keine mehrheitliche Unterstützung der Befragten aufzeigen. So stimmten lediglich 33 Prozent der Teilnehmer einer australischen Umfrage für eine bevorzugte Behandlung von Patienten mit Kindern. Dabei sprachen sich Befragte über 65 Jahre signifikant häufiger für eine Priorisierung von Patienten mit Kindern aus als Jüngere (Nord et al. 1995: 1433). Auch Dolan et al. (1999) berichten, dass sich lediglich eine Minderheit der Teilnehmer (bloß 20 %) in britischen Fokusgruppen für eine bevorzugte Behandlung von Patienten mit Kindern ausgesprochen hat (Dolan et al. 1999: 918). Die stärkste Zustimmung erhält die generelle Priorisierung von Patienten mit familiärer Verantwortung in einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsumfrage. 46.4 Prozent der befragten Deutschen sprechen sich dabei für eine prinzipielle Bevorzugung von Patienten mit Kindern bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen aus (Diederich & Schreier 2011: 16).

Zwischenfazit

Obwohl auch bei den Analysen zur Akzeptanz der familiären und sozialen Verantwortung als mögliches Priorisierungskriterium keine Studie von einer mehrheitlichen Zustimmung berichtet, scheint die familiäre Verantwortung, insbesondere die von Eltern gegenüber ihren Kindern, als Priorisierungskriterium in der Gesellschaft mehr Zustimmung zu erhalten als der sozioökonomische Status. Besonders deutlich wird dieser Unterschied bei der Betrachtung jener Studien, in denen es um eine generelle Priorisierung von Patienten mit familiärer oder sozialer Verantwortung geht (Tabelle 5). Hier stimmen in allen Studien zwischen 20 und 46 Prozent der Befragten zu, während lediglich zwei bis drei Prozent der Befragten einer generellen Priorisierung von Patienten mit einem höherem sozioökonomischen Status zustimmen.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass sich unabhängig von Befragungsland, verwendetem Framing und gewähltem Indikator in keiner der dargestellten Studien eine Mehrheit der Befragten für die Berücksichtigung der sozialen Rolle eines Patienten bei Priorisierungsentscheidungen ausspricht. Die soziale Rolle eines Patienten scheint demnach ungeachtet der gegebenen Voraussetzungen im Gegensatz zu den anderen beiden personenbezogenen Priorisierungsentscheidungen keine mehrheitliche gesellschaftliche Akzeptanz zu erlangen. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass es keine Studien gibt, in denen analysiert wurde, ob die Bevölkerung eine Priorisierung von Patienten mit familiärer oder sozialer Verantwortung unterstützt, wenn sich zwei Patienten nur in Hinsicht auf dieses Kriterium voneinander unterscheiden und nur einer behandelt werden kann

(Nullsummenspiel). Da es jedoch dieses Framing ist, bei dem sich eine Mehrheit der Befragten für die Berücksichtigung der beiden anderen personenbezogenen Priorisierungskriterien ausgesprochen hat, ist es notwendig, die gesellschaftliche Akzeptanz der familiären Verantwortung in einem solchen Framing zu analysieren.

Tabelle 4: Studien zur gesellschaftlichen Akzeptanz der sozialen Rolle als Priorisierungskriterium. Indikator: sozioökonomische Position des Patienten

Autor	Ergebnisse	Einflussfaktoren	Sample
Framing: Relevanz in Relation zu anderen Kriterien			
Shmueli (2000)	für 3 % größte Relevanz		standardisierte Interviews Israel (N = 2030)
Gallego et al. (2007)	für 5 % größte Relevanz durchschnittlich Rang 6		standardisierte Interviews Australien (N = 200)
Framing: Überhaupt Relevant für Priorisierungsentscheidungen			
Ryynänen et al. (1999)	40 % lehnen Reichtum des Patienten als Kriterium ab 65 % lehnen Erwerbsstatus des Patienten als Kriterium ab 82 % lehnen Armut des Patienten als Kriterium ab		standardisierte Interviews Finnland (N = 1178)
Schwappach (2003)	20 % Zustimmung		interaktive Befragung Studenten (N = 150) Deutschland)
Werntoft et al. (2007)	61 % Zustimmung		standardisierte Interviews Schweden (N = 154; < 65 Jahre; Patienten)
Framing: Generelle Priorisierung von Patienten mit höherem sozioökonomischen Status			
Dolan et al. (1999)	2 % Zustimmung		Fokusgruppen (N = 60) GB
Myllykangas (2003)	Minderheit für Zustimmung		standardisierte Interviews Finnland (N = 1178)
Diederich & Schreier (2011)	2 % Zustimmung		standardisierte Interviews Deutschland (N = 1131)
Framing: Priorisierung von Patienten mit höherem sozioökonomischen Status bei sonst identischen Voraussetzungen			
Charny et al. (1989)	50 % lehnen Entscheidung in allen Szenarien ab 33 % priorisieren Berufstätige vor Arbeitslosen 29 % priorisieren ungelernte Arbeiter vor Managern 35 % priorisieren Lehrer vor Kraftwagenfahrern		standardisierte Interviews GB (N = 719)

Tabelle 5: Studien zur gesellschaftlichen Akzeptanz der sozialen Rolle als Priorisierungskriterium. Indikator: familiäre Verantwortung des Patienten

Autor	Ergebnisse	Einflussfaktoren	Sample
Framing: Relevanz in Relation zu anderen Priorisierungskriterien			
Mossialos & King (1999)	durchschnittlich Rang 3 Anteil für größte Relevanz variiert zwischen 4.8 % (Italien) und 14.1 % (Niederlande)		standardisierte Interviews (Eurobarometer 1998 Deutschland, GB, Niederlande, Schweden, Italien, Frankreich
Shmueli (2000)	durchschnittlich Rang 2 für 27 % größte Relevanz		standardisierte Interviews Israel (N = 2030)
Gallego et al. (2007)	durchschnittlich Rang 7 für 1 % größte Relevanz		standardisierte Interviews Australien (N = 200)
Framing: Generelle Priorisierung von Patienten mit familiärer Verantwortung			
Nord et al. (1995)	33 % für generelle Priorisierung von Patienten mit Kindern	Befragte über 65 Jahre signifikant häufiger für generelle Priorisierung	standardisierte Interviews Australien (N = 551)
Dolan et al. (1999)	20 % für generelle Priorisierung von Patienten mit Kindern		Fokusgruppen GB (N = 60)
Diederich & Schreier (2011)	46.4 % für generelle Priorisierung von Patienten mit Kindern 34 % für generelle Priorisierung von Patienten mit sozialer Verantwortung		standardisierte Interviews Deutschland (N = 1131)

6.4 Relevanz der Erkenntnisse

Da im Rahmen der vorliegenden Arbeit analysiert werden soll, welche personenbezogenen Priorisierungskriterien von der Gesellschaft akzeptiert werden, wenn eine Priorisierungsentscheidung aufgrund von Knappheit nicht allein anhand medizinischer Kriterien erfolgen kann (wie dies zunehmend in allen öffentlich finanzierten Gesundheitssystemen der Fall ist) sind die Erkenntnisse aus Studien, in denen ein solches Framing verwendet wurde, für die im Rahmen der vorliegenden Arbeit verfolgten Analysen besonders relevant.

Jene Studien, in denen Patienten mit identischen medizinischen Voraussetzungen um die gleichen begrenzten Ressourcen konkurrieren (Nullsummenspiel), zeigen übereinstimmend, dass die Mehrheit der Befragten gewillt ist, einer Verwendung des Alters und des gesundheitsbezogenen Lebensstils als personenbezogene Kriterien für Priorisierungsentscheidungen zuzustimmen. Die Vermutung, dass diese Kriterien nur unter diesen besonderen Umständen gesellschaftliche Akzeptanz erlangen, wird insbesondere durch die Erkenntnisse aus Untersuchungen, in denen die Bedeutung der personenbezogenen Kriterien in Relation zu medizinischen Priorisierungskriterien (*Schwere der Erkrankung*, *Heilungschancen*, *Lebensqualität* etc.) analysiert worden ist, bekräftigt. Diese Analysen belegen, dass personenbezogene Merkmale, wie das Alter und der gesundheitsbezogene Lebensstil eines Patienten, zunächst keine entscheidenden Verteilungskriterien für die breite Mehrheit der Befragten bilden. Antithetisch wird ihnen im Vergleich zu medizinischen Kriterien kaum eine Bedeutung zugesprochen (Zweibel et al. 1993; Shmueli 2000; Mossialos & King 1999; Myllykangas et al. 20003; Schwappach 2003; Gallego 2007; Werntoft et al. 2007). Erst wenn eine allein auf medizinischen Merkmalen beruhende Priorisierung (auf medizinischem Bedarf beruhende) aufgrund von Knappheit nicht zu realisieren ist, sollten diese Merkmale eine Berücksichtigung bei Verteilungsentscheidungen über begrenzte unteilbare Gesundheitsressourcen finden (Charny et al. 1989; Cropper et al. 1994; Nord et al. 1995; Johannesson & Johansson 1996; Diederich et al. 2011). Anhand dieser Erkenntnisse zeigt sich, dass die Mehrheit der Befragten in Übereinstimmung zu Walzers (1992) Forderung nach komplexer Gleichheit bei Allokationsentscheidungen im Gesundheitssystem zunächst nur die Verwendung von Geltungskriterien (Kriterien für den medizinischen Bedarf) dieser spezifischen Sphäre akzeptiert. Priorisierungskriterien, welche hingegen nicht mit der Sphäre des Gesundheitssystems assoziiert werden, wie z. B. personenbezogene Kriterien, sollen hingegen erst dann Berücksichtigung finden, wenn eine Verteilung anhand des medizinischen Bedarfs aufgrund von Knappheit nicht mehr möglich

ist. Ob dies auch für das Kriterium der sozialen Rolle im Sinne einer bestehenden familiären Verantwortung gilt, lässt sich zum derzeitigen Zeitpunkt aufgrund der fehlenden Studien zu diesem Framing nicht sagen.

Obwohl die Erkenntnisse zur Akzeptanz des Alters und des gesundheitsbezogenen Lebensstils weitestgehend konsistent und nachvollziehbar erscheinen, treten zwischen den verschiedenen Studien zum Teil starke Divergenzen hinsichtlich des gesellschaftlichen Zustimmungsanteils und in Bezug auf die ermittelten Einflussfaktoren auf. Ferner beruhen diese Erkenntnisse ausschließlich auf Daten aus nationalen Umfragen und ein internationaler Vergleich der gesellschaftlichen Einstellungen aufgrund der zwischen den Studien bestehenden Framingdifferenzen kann keine zuverlässigen Ergebnisse gewährleisten.

Um zu untersuchen, ob die Verwendung des Alters, des gesundheitsbezogenen Lebensstils und der familiären Verantwortung als personenbezogene Priorisierungskriterien in Situationen, in denen Verteilungsentscheidungen, die auf rein medizinischen Kriterien beruhen, nicht mehr möglich sind, auch in anderen Staaten eine mehrheitliche Akzeptanz erlangen oder ob stattdessen Unterschiede in den Einstellungen der Befragten in differenten Befragungsländern auftreten, bedarf es demnach einer vergleichenden Analyse auf Basis von internationalen Umfragedaten. Darüber hinaus kann im Rahmen einer derartigen Untersuchung ebenfalls analysiert werden, auf welche individuellen Faktoren sich divergierende Einstellungen der Bevölkerung in einem Befragungsland möglicherweise zurückführen lassen und ob diese von kulturellen Einflussfaktoren beeinflusst werden.

Auf Basis der in diesem und im fünften Kapitel aufgezeigten Forschungslücken werden im folgenden Kapitel die beiden Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit abgeleitet. Darüber hinaus werden unter Verwendung der zuvor dargestellten Erkenntnisse zu den Verteilungsgerechtigkeitsvorstellungen und zur Akzeptanz von personenbezogenen Priorisierungskriterien in der Gesellschaft die zur Untersuchung der beiden Fragestellungen notwendigen Hypothesen formuliert.

7 Fragestellungen und Hypothesen

Angesichts der zunehmenden Finanzierungsprobleme der öffentlichen Gesundheitssysteme nehmen die Forderungen nach expliziten Priorisierungsregelungen zum Zwecke der Kosteneinsparung stetig zu (Staber & Rothgang 2010: 16; Marckmann 2010: 12). Die Priorisierung einer Personengruppe führt jedoch zwangsläufig zu einer nachrangigen Versorgung anderer Personengruppen und wirft somit eine grundsätzliche Frage der sozialen Gerechtigkeit auf.

Aufgrund der Tatsache, dass explizite Priorisierungsentscheidungen unmittelbar jene betreffen, welche das öffentliche Gesundheitssystem durch Sozialversicherungsbeiträge oder Steuern finanzieren, bildet die Bevölkerung eine relevante Interessengruppe, die keinesfalls von der Entscheidungsfindung hinsichtlich expliziter Verteilungs- oder Priorisierungskriterien ausgeschlossen werden sollte (Diederich et al. 2012: 3). Eine Exklusion der Bevölkerung als wichtige Interessengruppe würde hingegen einen Verstoß gegen das bedeutsamste Kriterium der Verfahrensgerechtigkeit, die Möglichkeit zur Meinungsäußerung, darstellen (Breyer 2009: 400). Infolgedessen wären Verteilungsentscheidungen, welche aus derartigen Prozessen resultieren, unabhängig von deren Resultat, allein aufgrund der nicht eingehaltenen Verfahrensfairness nicht als sozial gerecht anzusehen.

Verteilungsregelungen können darüber hinaus nur dann als sozial gerecht erachtet werden, wenn die Verteilungsprinzipien, auf denen die Entscheidungen beruhen, weitestgehend mit den in der Gesellschaft bestehenden Moralvorstellungen übereinstimmen (Landwehr 2011: 36; Irlenbusch 2003: 351; Koller 2001: 26; Miller 1999: 39; Tragakes & Vienonen 1998: 5; Wegener 1992: 270). Überdies besitzen Bürger demokratischer Staaten das Recht, auf politische Entscheidungen, welche ihre vitalen Interessen betreffen, Einfluss zu nehmen (Lenaghan 1999: 47). Infolgedessen sollte lediglich dann von legitimierten und sozial gerechten Priorisierungsentscheidungen gesprochen werden, wenn die Einstellungen und Präferenzen der Bevölkerung in den Entscheidungsprozess einbezogen worden sind.

Frühere Studien zu den Einstellungen zur Verteilungsgerechtigkeit fokussieren entweder die gesellschaftlichen Präferenzen bei der Verteilung von Einkommen oder analysieren die allgemeinen Einstellungen der Bevölkerung gegenüber sozialen Ungleichheiten. Da die Gerechtigkeitsvorstellungen von Individuen jedoch in Abhängigkeit vom funktionellen Teilbereich (Sphäre), in dessen Kontext eine Allokation erfolgt, variieren (Walzer 1992; Miller 1999; Liebig & May 2009), sollten gesellschaftliche Einstellungen zur sozial

gerechten Verteilung von begrenzten Gesundheitsressourcen, um Fehlinterpretationen zu vermeiden, nur aus Studien abgeleitet werden, in denen diese auch das Untersuchungsobjekt gebildet haben. Diese Studien existieren bislang jedoch nicht. Um diese Lücke zu schließen und erste international vergleichende Erkenntnisse zu den Einstellungen der Bevölkerung hinsichtlich einer sozial gerechten Verteilung von Gesundheitsressourcen zu erhalten, beschäftigt sich der erste Teil der empirischen Analyse mit der folgenden Forschungsfrage:

> *Welche Präferenzen zur Verteilung von Gesundheitsressourcen bestehen in der Gesellschaft und in Abhängigkeit von welchen Faktoren variieren diese?*

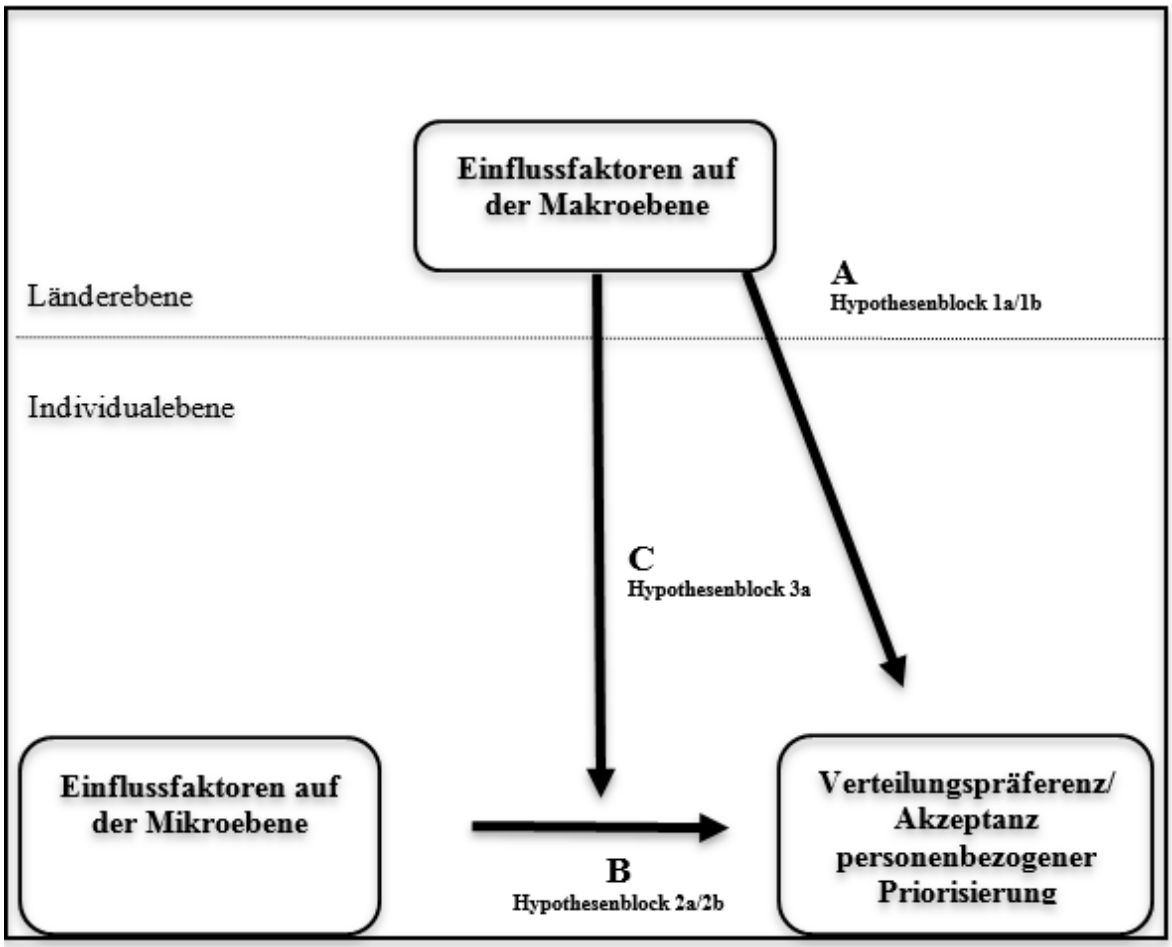
Ausgehend von der Annahme, dass sich Individuen bei Verteilungsentscheidungen über lebensnotwendige Güter häufiger am Bedarfs- oder Gleichheits- als am Effizienz- oder Leistungsprinzip orientieren (Walzer 1992; Liebig & May 2009) und den in Kapitel 5.2.1 dargelegten empirischen Befunden von Yaari und Bar-Hillel (1984), Kemp (1996) sowie Scott und Bornstein (2009), welche diese Vermutung stützen, ist zu erwarten, dass Individuen häufiger eine bedarfs- oder gleichheits- als eine leistungs- oder effizienzorientierte Verteilung von Gesundheitsgütern präferieren.

> *H1.1: In der gesellschaftlichen Sphäre des Gesundheitssystems werden häufiger Verteilungsentscheidungen in Übereinstimmung mit dem Bedarfs- und Gleichheits- als mit dem Leistungs- oder Effizienzprinzip präferiert.*

Dennoch zeigen die in Kapitel 5.2 dargestellten empirischen Befunde, dass Verteilungspräferenzen in Abhängigkeit von individuellen und kulturellen Kontextfaktoren variieren. Diese Befunde stammen allerdings, wie zuvor erwähnt, nicht aus Studien, in denen die Verteilungspräferenzen für Gesundheitsressourcen analysiert wurden. Es stellt sich demnach die Frage, ob diese Faktoren ebenfalls dazu geeignet sind, Divergenzen in den Einstellungen zur Verteilung von Gesundheitsressourcen zu erklären oder ob in diesem Kontext weitere Einflussgrößen, wie persönliche Erfahrungen und subjektive Einstellungen gegenüber dem Gesundheitssystem, zur Varianzerklärung herangezogen werden müssen. Um dies zu analysieren, werden im Folgendem auf Basis der in der Literatur diskutierten Faktoren Hypothesen formuliert, anhand derer geprüft wird, ob diese Faktoren dazu geeignet sind, divergierende Präferenzen bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen zu erklären. Die Hypothesen, welche sich aus den in der Literatur diskutierten Einflussfaktoren (siehe Kapitel 5.2) zu den gesellschaftlichen Verteilungspräferenzen ableiten lassen, können in Abhängigkeit zu der Analyseebene, auf welche sie sich beziehen, und den zur Prüfung der

Hypothesen verwendeten Daten in drei Hypothesenblöcke differenziert werden (Abbildung 1).

Abbildung 1: Erklärungsmodell Verteilungspräferenzen im Gesundheitssystem/Akzeptanz personenbezogener Priorisierung (in Anlehnung an Möhring 2012)



Hypothesenblock 1a

Der erste Hypothesenblock bezieht sich auf die Makroebene. Basierend auf der Annahme, dass Staaten mit einer hohen Dekommodifizierungs- und geringen Stratifizierungsausprägung Gleichheit für alle Bürger auf einem hohen Niveau garantieren (Universalismusprinzip), sollten Befragte deren kulturelle Sozialisation in solchen Staaten erfolgte, häufiger eine gleichheits- und bedarfsorientierte Verteilung von öffentlich finanzierten Gesundheitsressourcen unterstützen als Befragte, welche in Ländern mit einer geringeren Dekommodifizierung und einer stärkeren Stratifizierung aufgewachsen sind.

H1.2: In postkommunistischen und sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten ist die gesellschaftliche Unterstützung für eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte

Verteilung von Gesundheitsressourcen größer als in liberalen und konservativen Wohlfahrtsstaaten.

Bambra (2005) substanziiert weiterhin, dass sich Wohlfahrtsstaaten nicht nur durch den Dekommodifizierungsgrad an erbrachten Geldleistungen sondern auch durch die effektiv bereitgestellten staatlichen Serviceleistungen, wie das Ausmaß an verfügbaren öffentlichen Gesundheitsleistungen, definieren. Ginsburg (1992) und Moran (1999) verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass sich Staaten, welche ausgehend von erbrachten Geldleistungen dem gleichen Wohlfahrtsstaatentyp zuzuordnen seien, mitunter erheblich hinsichtlich der bereitgestellten Gesundheitsleistungen unterscheiden. Ausgehend von der Annahme, dass die Verteilungspräferenzen der Bevölkerung durch die institutionelle Struktur eines Staates beeinflusst werden, sollten Befragte in Staaten, in denen das Ausmaß an öffentlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen verhältnismäßig hoch ausfällt, häufiger Verteilungen in Übereinstimmung zum Gleichheit- und Bedarfsprinzip präferieren als in Staaten, in denen sich die öffentlich verfügbaren Gesundheitsleistungen auf ein Minimum beschränken.

H1.3: In Staaten, in denen Gesundheitsleistungen in einem hohen Umfang vom Staat bereitgestellt werden, ist der Anteil an Befragten, die eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilungen von Gesundheitsressourcen präferieren, durchschnittlich höher als in Staaten mit einer geringen Dekommodifizierung von Gesundheitsleistungen.

Hypothesenblock 2a

Die Hypothesen, die innerhalb dieses Blockes definiert werden, beziehen sich auf die Mikroebene. Mithilfe dieser Hypothesen soll geprüft werden, welche der in der Literatur diskutierten individuellen Faktoren in einem signifikanten Zusammenhang mit den individuellen Verteilungspräferenzen bei der Allokation von Gesundheitsgütern stehen.

In der Literatur wird insbesondere das Eigeninteresse (Kapitel 5.2.2) als wichtiger individueller Einflussfaktor für Verteilungsdifferenzen diskutiert (Miller 1992; d'Anjou et al. 1995; van Ourschot 1997; Arts & Gelissen 2001). Die Annahme, dass der individuelle Nutzen die Verteilungspräferenzen von Individuen maßgeblich beeinflusst, basiert auf den RCTs. Ebendiese gehen davon aus, dass sich Individuen bei verschiedenen zur Wahl stehenden Optionen für jene entscheiden, durch die ihr eigener Nutzen maximiert oder ihre persönlichen Kosten reduziert werden (Arts & Gelissen 2001: 288). Übertragen auf die Präferenzen zur Verteilung von begrenzten Gesundheitsressourcen wäre daher zu erwarten,

dass sich Befragte, welche das Gesundheitssystem häufiger in Anspruch nehmen oder die aufgrund von gesundheitsschädigendem Verhalten ihre eigene Gesundheit gefährden und somit damit rechnen, zukünftig verstärkt auf die öffentliche Gesundheitsversorgung angewiesen zu sein, häufiger für eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von öffentlichen Gesundheitsressourcen aussprechen als Individuen, die selten auf eine medizinische Versorgung angewiesen sind oder derzeit nicht davon ausgehen, dass dies in absehbarer Zukunft der Fall sein wird.

H 1.4: Personen, die regelmäßig öffentlich finanzierte Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, präferieren häufiger eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsgütern als Personen, die diese Ressourcen selten nutzen.

H 1.5: Personen, die sich gesundheitsschädigend verhalten, präferieren häufiger eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsgütern als Personen mit einem gesundheitsbewussten Verhalten.

Ausgehend von der Annahme, dass Individuen mit einer schwachen sozioökonomischen Position unter sonst gleichen Bedingungen stärker auf staatliche Sozialleistungen angewiesen sind (Svallfors 1997: 290) und seltener die Möglichkeit haben, private Zusatzversicherungen abzuschließen, ist ausgehend von den RCTs darüber hinaus zu erwarten, dass diese Personen häufiger eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen unterstützen als ökonomisch besser gestellte Befragte.

H1.6: Das Haushaltseinkommen steht in einem negativen Zusammenhang mit einer Präferenz für das Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip.

H1.7: Erwerbstätige Personen präferieren seltener eine auf dem Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip beruhende Verteilung von Gesundheitsressourcen als Mitglieder einer Transferklasse (Rentner, Arbeitslose, Erwerbsunfähige).

Neben dem Eigeninteresse wurden in Abschnitt 5.2.2 auch das Geschlecht, der Bildungsgrad und das Alter als relevante Einflussgrößen für die Verteilungspräferenzen von Individuen diskutiert.

Männer und Frauen unterscheiden sich demnach aufgrund der differenten Rollenerwartungen, mit denen sie während ihrer Sozialisation konfrontiert werden, hinsichtlich ihrer Vorstellung von sozial gerechten Verteilungen (d'Anjou et al. 1995: 362). Dabei wird vermutet, dass Frauen (im westlichen Kulturkreis) im Verlauf ihrer Sozialisation

häufiger sozial emotionale Kompetenzen entwickeln, um die an sie gestellten Rollenerwartungen zu erfüllen, als Männer. Männer, so wird argumentiert, müssen im Verlauf der Sozialisation hingegen primär distanzierte und leistungsorientierte Verhaltensweisen entwickeln, um die an sie herangeführten Rollenerwartungen zu erfüllen (Winkelhage 2011: 52).[80] Basierend auf dieser Annahme und den empirischen Befunden von Svallfors (1997), Andreß und Heien (2001), Stegmüller et al. (2012) sowie Grayman und Godfrey (2013) ist daher zu erwarten, dass Frauen häufiger eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen präferieren als Männer.

H1.8: Frauen befürworten häufiger eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen als Männer.

Basierend auf der Annahme, dass sich gesellschaftliche Werteorientierungen infolge von historischen Ereignissen verändert, wird in der Literatur argumentiert, dass sich die Wertvorstellungen von Generationen, welche in Zeiten von ökonomischen Zwangslagen herangewachsen sind, häufig an materiellen Belangen orientieren. Demgegenüber sollten die Wertvorstellungen von Generationen, welche unter gesellschaftlichen Bedingungen frei von Existenz bedrohenden wirtschaftlichen Nöten aufgewachsen sind, stärker durch postmaterialistische Merkmale geprägt sein (Andreß & Heien 2001: 341). Infolge dieser Annahme, wäre für die nachfolgenden Analysen zu erwarten, dass Befragte, welche in Zeiten von gesellschaftlichen ökonomischen Notlagen herangewachsen sind, seltener Verteilungen in Übereinstimmung zum Bedarfs- und Gleichheitsprinzip präferieren als andere Befragte.

H1.9: Personen, die in Zeiten von wirtschaftlichen Zwangslagen herangewachsen sind, unterstützen seltener eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsleistungen als Personen, die frei von gesellschaftlichen Notlagen herangewachsen sind.

Aus zahlreichen empirischen Studien geht darüber hinaus hervor, dass Personen mit einem höheren Bildungsniveau Verteilungsentscheidungen, welche auf dem Bedarfsprinzip beruhen, seltener befürworten als Personen mit geringeren Bildungsabschlüssen (Andreß &

[80] Darüber hinaus verweisen Linos und West (2003: 400) darauf, dass sich Frauen öfter in unsicheren Marktpositionen befinden als Männer und infolgedessen häufiger auf staatliche Sozialleistungen angewiesen seien, was wiederum dazu führt, dass sie durchschnittlich eine stärkere Präferenz für eine bedarfs- und gleichheitsorientierte Verteilung von sozialstaatlichen Leistungen aufweisen als Männer. Der Annahme von Linos und West (2003) folgend, könnte das Geschlecht demnach auch als Faktor für den Einfluss des Eigeninteresses auf die individuellen Verteilungspräferenzen verwendet werden. Diese Tatsache sollte bei der Interpretation eines möglichen Zusammenhanges berücksichtigt werden.

Heien 2001; Linos & West 2003; Jaeger 2006; Jaeger 2009; Stegmüller et al. 2012). Hintergrund für diese Annahme ist nach Andreß und Heien (2001: 341) die Tatsache, dass Individuen, welche sich über einen längeren Zeitraum erfolgreich im Bildungssystem aufhalten, zunehmend davon überzeugt sind, dass sich individuelle Leistung auszahlen sollte. Übertragen auf die Verteilung von Gesundheitsressourcen sollten sich Individuen mit höheren Bildungsabschlüssen demnach seltener für eine auf dem Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip beruhende Verteilung aussprechen als Personen mit kürzeren Aufenthalten im Bildungssystem.

> *H1.10: Der Bildungsgrad steht in einem negativen Zusammenhang mit der Unterstützung des Bedarfs- oder Gleichheitsprinzips.*

Darüber hinaus ist zu erwarten, dass auch die Einstellungen der Befragten gegenüber dem Gesundheitssystem sowie die persönlichen Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung die Verteilungspräferenzen der Bevölkerung beeinflussen. Um diese Annahme zu prüfen, werden diese Faktoren in Form von Kontrollvariablen in die statistischen Analysen auf der Mikroebene integriert.

Hypothesenblock 3a

Esping-Andersen (1990) Andreß und Heien (2001) und Sachweh und Olafsdottir (2012) verweisen darauf, dass der Einfluss der individuellen Faktoren auf die Verteilungspräferenzen der Befragten womöglich von den institutionellen Strukturen, welche im jeweiligen Befragungsland bestehen, moderiert werden. Hypothesenblock drei inkludiert daher Hypothesen, auf deren Basis analysiert werden kann, ob sich Divergenzen in den gesellschaftlichen Präferenzen bei der Allokation von Gesundheitsressourcen möglicherweise auf Interaktionseffekte zwischen Einflussfaktoren auf der Makro- und Mikroebene zurückführen lassen (Cross-Level Interaktionen).

Da Sozialleistungsansprüche in konservativen Staaten stärker als in anderen Wohlfahrtsstaaten an die Arbeitsmarktposition einer Person gebunden sind, sind abweichende Verteilungspräferenzen zwischen der erwerbstätigen Bevölkerung sowie Mitgliedern von Transfergruppen – insbesondere in konservativen Staaten – zu erwarten (Esping-Andersen 1990: 227).

H1.11: In konservativen Wohlfahrtsstaaten wirkt sich der Erwerbsstatus stärker auf die Verteilungspräferenzen der Bevölkerung aus als in anderen Wohlfahrtsstaaten.

Basierend auf der Annahme, dass insbesondere Frauen in sozialdemokratischen Staaten auf sozialstaatliche Leistungen angewiesen sind (Esping-Andersen 1990: 223), sollten Divergenzen in den Verteilungspräferenzen in sozialdemokratischen Staaten in einem stärkeren Zusammenhang mit dem Geschlecht stehen als in anderen Wohlfahrtsstaaten (Aalberg 2003: 15).

H1.12: In sozialdemokratischen Staaten wirkt sich das Geschlecht stärker auf die Verteilungspräferenzen der Bevölkerung aus als in anderen Wohlfahrtsstaaten.

Da Löhne und Sozialleistungen aufgrund der geringen staatlichen Dekommodifizierung in liberalen Wohlfahrtsstaaten ungleicher verteilt sind als in anderen Wohlfahrtsstaaten, (Aalberg 2003: 15; Esping-Andersen 1990: 228) sollten divergierende Verteilungspräferenzen bei der Allokation von Gesundheitsleistungen in liberalen Staaten in einem stärkeren Zusammenhang mit dem Einkommen stehen als in anderen Wohlfahrtsstaaten.

H1.13: In liberalen Staaten wirkt sich das Einkommen stärker auf die Verteilungspräferenzen der Bevölkerung aus als in anderen Wohlfahrtsstaaten.

Ausgehend von der Annahme, dass eine Verteilung nach medizinischem Bedarf in den öffentlich finanzierten Gesundheitssystemen zukünftig nicht mehr für alle gleichermaßen möglich sein wird, stellt sich darüber hinaus die Frage, anhand welcher nachgeordneten personenspezifischen Kriterien Verteilungsentscheidungen über begrenzte Gesundheitsressourcen erfolgen können, wenn allein auf medizinischen Bedarfskriterien beruhende Priorisierungsentscheidungen aufgrund von Knappheit nicht mehr möglich sind.

In Situationen, in denen Verteilungsentscheidungen hinsichtlich Gesundheitsgütern jedoch nicht allein auf medizinischen Kriterien beruhen, besteht keine medizinische Handhabe mehr, mittels derer Ärzte dazu prädestiniert wären, Priorisierungsentscheidungen über den medizinischen Bedarf hinaus zu treffen (Schmidt 1996: 430). Vielmehr handelt es sich um ein gesellschaftliches Problem, welches auf Basis der in einer Gesellschaft bestehenden Wertvorstellungen gelöst werden muss (Schmidt 1996: 426). Die Einstellungen der Bevölkerung zur Berücksichtigung von personenspezifischen Merkmalen als nachgeordnete

Priorisierungskriterien sollten daher bei der politischen Entscheidungsfindung berücksichtigt werden.

Empirische Erkenntnisse, aus denen diese Einstellungen abgeleitet werden können, liegen jedoch nur in Form von nationalen Umfragen in wenigen Staaten (Schweden, Großbritannien, Australien, Deutschland, USA) vor. Ein internationaler Vergleich der gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber einer nachgeordneten personenbezogenen Priorisierung kann auf Basis dieser Daten demnach nicht erfolgen. Weiterhin weisen diese Studien keine konsistenten Erkenntnisse hinsichtlich des gesellschaftlichen Zustimmungsanteils und in Bezug auf die ermittelten Einflussfaktoren auf. Der zweite Teil der empirischen Analyse beschäftigt sich daher mit der nachfolgenden Frage:

> *Erlangt die Verwendung von personenbezogenen Priorisierungskriterien gesellschaftliche Akzeptanz, wenn bedarfsorientierte Verteilungsentscheidungen aufgrund von Knappheit nicht mehr möglich sind und in Abhängigkeit von welchen Faktoren variieren die gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber den personenbezogenen Priorisierungskriterien?*

Ausgehend von den in Kapitel 6 dargelegten empirischen Befunden zur gesellschaftlichen Akzeptanz von personenbezogenen Priorisierungskriterien in Situationen, in denen Behandlungsentscheidungen singulär auf medizinischen Bedarfskriterien nicht mehr möglich sind (Charny et al. 1989; Cropper et al. 1994; Nord et al. 1995; Johannesson & Johansson 1996; Diederich et al. 2011), ist für die nachfolgende Analyse zu erwarten, dass die personenbezogenen Priorisierungskriterien *Alter* und *gesundheitsbezogener Lebensstil* von der Mehrheit der Befragten unterstützt werden und demnach gesellschaftliche Akzeptanz erfahren.

> *H2.1: Die Priorisierung von Patienten mit einem gesunden gegenüber Patienten mit einem ungesunden Lebensstil wird von der Mehrheit der Gesellschaft akzeptiert.*
>
> *H2.2: Die Priorisierung von jüngeren gegenüber älteren Patienten wird von der Mehrheit der Gesellschaft akzeptiert.*

Demgegenüber konnte unabhängig vom verwendeten Framing in keiner der empirischen Studien eine Mehrheit für die Akzeptanz der familiären Verantwortung als personenbezogenes Priorisierungskriterium beobachtet werden, sodass zu erwarten ist, dass dieses Kriterium keine gesellschaftliche Akzeptanz erzielt.

H2.3: Das Priorisierungskriterium familiäre Verantwortung erfährt keine mehrheitliche Akzeptanz in der Gesellschaft.

Winkelhage und Diederich (2012: 226) argumentieren, dass die Verteilungspräferenzen von Individuen im direkten Zusammenhang mit der Akzeptanz von spezifischen Priorisierungskriterien stehen (Winkelhage & Diederich 2012: 226). Ausgehend von dieser Annahme sollten sich bestehende Divergenzen in Bezug auf die Akzeptanz der personenbezogenen Priorisierungskriterien auf die gleichen Einflussfaktoren zurückführen lassen wie die Differenzen in den gesellschaftlichen Verteilungspräferenzen. Infolgedessen lassen sich auch die Hypothesen zu den Faktoren, durch welche die gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber den personenbezogenen Priorisierungskriterien beeinflusst werden, in Abhängigkeit von der betrachteten Analyseebene in drei Hypothesenblöcke differenzieren (Abbildung 1).

Hypothesenblock 1b

Basierend auf der Annahme, dass sich die Bevölkerung in sozialdemokratischen und postkommunistischen Staaten aufgrund der ausgeprägten Dekommodifizierung und geringen Stratifizierung in diesen Staaten häufiger für bedarfs- und gleichheitsorientierte Verteilungen ausspricht (Andreß & Heien 2001: 343; Blakesaune & Quadagno 2003: 417), sollten Priorisierungsentscheidungen, die auf personenbezogenen Kriterien beruhen in diesen Staaten häufiger abgelehnt werden als in liberalen und konservativen Staaten.

H2.4: In postkommunistischen und sozialdemokratischen Staaten ist der Zustimmungsanteil der Bevölkerung zum gesundheitsbezogenen Lebensstil als Priorisierungskriterium durchschnittlich geringer als in liberalen und konservativen Wohlfahrtsstaaten.

H2.5: In postkommunistischen und sozialdemokratischen Staaten ist der Zustimmungsanteil der Bevölkerung zum Alter als Priorisierungskriterium durchschnittlich geringer als in liberalen und konservativen Wohlfahrtsstaaten.

H2.6: In postkommunistischen und sozialdemokratischen Staaten ist der Zustimmungsanteil der Bevölkerung zum Priorisierungskriterium familiäre Verantwortung durchschnittlich geringer als in liberalen und konservativen Wohlfahrtsstaaten.

Überdies sollte auch die Bevölkerung in Staaten mit einem hohen Umfang an bereitgestellten Gesundheitsleistungen häufiger eine bedarfs- oder gleichheitsbasierte Verteilung von Gesundheitsleistungen unterstützen. Folglich ist zu erwarten, dass personenbezogene Priorisierungskriterien, die Leistungs- und Effizienzgedanken implizieren, in diesen Staaten häufiger abgelehnt werden als in Staaten mit einem geringerem Ausmaß an bereitgestellten Gesundheitsleistungen.

H2.7: In Staaten, in denen Gesundheitsleistungen in einem hohen Umfang vom Staat bereitgestellt werden, ist der Bevölkerungsanteil, der den gesundheitsbezogenen Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptiert, durchschnittlich geringer als in Staaten mit einer geringeren Dekommodifizierung von Gesundheitsleistungen.

H2.8: In Staaten, in denen Gesundheitsleistungen in einem hohen Umfang vom Staat bereitgestellt werden, ist der Bevölkerungsanteil, welcher das Alter als Priorisierungskriterium akzeptiert, durchschnittlich geringer als in Staaten mit einer geringeren Dekommodifizierung von Gesundheitsleistungen.

H2.9: In Staaten, in denen Gesundheitsleistungen in einem hohen Umfang vom Staat bereitgestellt werden, ist der Bevölkerungsanteil, der familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium akzeptiert, durchschnittlich geringer als in Staaten mit einer geringeren Dekommodifizierung von Gesundheitsleistungen.

<u>Hypothesenblock 2b</u>

Ausgehend von den Annahmen der RCT sollten Befragte die Akzeptanz eines personenbezogenen Priorisierungskriteriums davon abhängig machen, ob die Berücksichtigung dieser Kriterien ihren eigenen Interessen nützt oder schadet. Basierend auf diesem unterstellten Eigeninteresse ergeben sich die folgenden drei Hypothesen:

H2.10: Ältere lehnen das Alter als Priorisierungskriterium häufiger ab als Jüngere.

H2.11: Personen mit einem ungesunden Lebensstil lehnen den gesundheitsbezogenen Lebensstil als Priorisierungskriterium häufiger ab als Personen mit einem gesunden Lebensstil.

H2.12: Personen ohne Kinder lehnen die familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium häufiger ab als Personen mit Kindern.

Der Annahme folgend, dass Frauen und Männer aufgrund der an sie gestellten differenzierten Rollenerwartungen während des Sozialisationsprozesses verschiedene Kompetenzen und Verhaltensweisen entwickeln (Winkelhage 2011: 52), sollten Frauen aufgrund ihrer stärkeren Präferenzen für bedarfs- und gleichheitsorientierte Verteilungen eine vorrangige Behandlung bestimmter Patienten aufgrund von personenbezogenen Charakteristiken häufiger ablehnen als Männer.

H2.13: Frauen lehnen eine Priorisierung von jüngeren gegenüber älteren Patienten häufiger ab als Männer.

H2.14: Frauen lehnen eine Priorisierung von Patienten mit einem gesunden gegenüber Patienten mit einem ungesunden Lebensstil häufiger ab als Männer.

H2.15: Frauen lehnen eine Priorisierung von Patienten mit Kindern gegenüber Patienten ohne Kinder häufiger ab als Männer.

Ausgehend von der Annahme, dass Individuen, welche sich über einen längeren Zeitraum erfolgreich im Bildungssystem aufhalten, zunehmend davon überzeugt sind, dass sich die persönlichen Leistungen, die Personen erbracht haben, auszahlen sollten (Andreß & Heien 2001: 341), sollten Befragte mit einem höheren Bildungsabschluss die Berücksichtigung des gesundheitsbezogenen Lebensstils bei Verteilungsentscheidungen über Gesundheitsressourcen häufiger unterstützen als Befragte mit einem geringeren Bildungsgrad. Ferner ist zu erwarten, dass Personen mit einem höheren Bildungsniveau durchschnittlich ein umfangreicheres Wissen über Kausalitätszusammenhänge zwischen Gesundheitsverhalten und Erkrankungen besitzen als Personen mit geringeren Bildungsabschlüssen. Folglich sollten sie häufiger eine vorrangige Behandlung von Patienten mit einem gesunden Lebensstil unterstützen als Personen mit einem geringeren Bildungsniveau. Denkbar wäre darüber hinaus, dass Personen mit einem höheren Bildungsniveau der vorrangigen Behandlung von gesundheitsbewussten Patienten einen nachhaltigeren gesamtgesellschaftlichen Nutzen zuschreiben (Effizienzgedanke) als einer Behandlung von Personen, die ihrer eigenen Gesundheit durch ihr Verhalten schaden.

H2.16: Der Bildungsabschluss steht in einem positiven Zusammenhang mit der Akzeptanz des gesundheitsbezogenen Lebensstils als Priorisierungskriterium.

Ausgehend von der Annahme, dass der Effizienzgedanke bei Personen mit einem höherem Bildungsniveau einen stärkeren Einfluss auf die Verteilungsüberlegungen besitzt, sollte ein höherer Bildungsabschluss ebenfalls dazu führen, dass eine Priorisierung von jüngeren gegenüber älteren Patienten häufiger unterstützt wird.

> *H2.17: Der Bildungsabschluss steht in einem positiven Zusammenhang mit der Akzeptanz des Alters als Priorisierungskriterium.*

Zum einen ist dies insofern zu begründen, als die Lebenserwartung älterer Patienten in der Regel geringer ausfällt als die von jüngeren, sodass die Nachhaltigkeit einer Behandlung für jüngere Patienten größer sein sollte als für ältere. Zum anderen ist zu erwarten, dass sich Personen mit einem höherem Bildungsniveau bewusster darüber sind, dass der Umfang an medizinischen Bedarf mit zunehmendem Alter steigt, sodass eine Behandlung von älteren Patienten auch zukünftig mit einem höheren Einsatz von Gesundheitsressourcen einhergehen wird.

Darüber hinaus ist auch in Hinsicht auf die gesellschaftliche Akzeptanz von personenbezogenen Priorisierungskriterien zu erwarten, dass die individuellen Einstellungen gegenüber dem Gesundheitssystem die Einstellungen der Befragten beeinflussen. Aus diesem Grund werden diese Faktoren auch im Rahmen der zweiten empirischen Untersuchung in Form von Kontrollvariablen in die statistische Analyse integriert.

8 Empirische Analyse

Im vorliegenden Kapitel werden die für die empirischen Analysen verwendeten Daten, Methoden und Operationalisierungen erläutert.

8.1 Datenbeschreibung

Aufgrund der in Kapitel 7 auf differenten Analyseebenen formulierten Hypothesen, werden für die nachfolgenden Untersuchungen sowohl Makro- als auch Mikrodaten herangezogen.

Die für die Analyse von Einflussfaktoren auf der Mikroebene genutzten Individualdaten stammen aus dem Gesundheitsmodul des International Social Survey Programme (ISSP). Das im Jahr 2011 erstmals erhobene Gesundheitsmodul inkludiert Daten von insgesamt 45 563[81] Befragten aus 29 Staaten[82] zu gesundheitsrelevanten und -politischen Themen (http://www.gesis.org/issp/issp-modules-profiles/health/)[83].

Für die Analysen von Einflussfaktoren auf der Makroebene werden neben aggregierten Daten aus dem ISSP auch der Wohlfahrtstaatenregimetyp, die Dekommodifizierungsausprägung der staatlichen bereitgestellten Gesundheitsleistungen sowie weitere länderspezifische Variablen, wie das durchschnittliche Bevölkerungseinkommen, verwendet. Als Informationsquelle wurden Daten der Weltbank und der OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) aus dem Jahr 2011 herangezogen.

Um die Hypothesen hinsichtlich der möglichen Cross-Level-Interaktionen zu testen, werden sowohl die Individualdaten aus dem Gesundheitsmodul des ISSP als auch die Makrodaten zum Wohlfahrtstaatenregimetyp und zur Dekommodifizierungsausprägung der staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen verwendet.

[81] Die Anzahl der Befragten variiert zwischen 936 (GB) und 3 319 (Frankreich) Personen.

[82] Australien, Belgien, Bulgarien, Chile, Taiwan, Kroatien, Tschechien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Israel, Japan, Südkorea, Litauen, Niederlande, Norwegen, Philippinen, Polen, Portugal, Russland, Slowakei, Slowenien, Südafrika, Schweden, Schweiz, Türkei, Großbritannien, Vereinigte Staaten von Amerika.

[83] Das Gesundheitsmodul des ISSP umfasst Items zu den nachfolgenden Themenblöcken: Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes; persönliche Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung; Vertrauen ins Gesundheitssystem; relative Bedeutung verschiedener Gesundheitsbereiche; Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung (http://www.gesis.org/issp/issp-modules-profiles/health/).

8.2 Analysemethoden

Um zu analysieren, welche gesellschaftlichen Präferenzen bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen bestehen und ob die Verwendung der personenbezogenen Priorisierungskriterien gesellschaftliche Akzeptanz erlangt, wird mittels deskriptiver Statistik zunächst untersucht, wie hoch der Zustimmungsanteil zu den einzelnen Priorisierungskriterien und Verteilungsprinzipien unter den Befragten des Gesundheitsmoduls ist.

Für die Analyse der formulierten Hypothesen zu den Einflussfaktoren auf die gesellschaftlichen Verteilungspräferenzen und die gesellschaftliche Akzeptanz von personenbezogenen Priorisierungskriterien werden im Anschluss multivariate inferenzstatistische Methoden herangezogen.

Die Untersuchung der in Kapitel 7 formulierten Hypothesen impliziert divergierende Analyseebenen und infolgedessen die Verwendung von Mikro- und Makrodaten. Unter diesen Bedingungen findet in der Literatur häufig das statistische Verfahren der Mehrebenenanalyse Anwendung. Eine der grundsätzlichen Voraussetzungen für eine Verwendung von Mehrebenenmodellen ist jedoch, dass die Einheiten auf der zweiten Analyseebene eine Zufallsstichprobe aus voneinander unabhängigen Einheiten darstellen (Long Jusko & Phillips Shively 2005; Stegmueller 2013). Diese Voraussetzung ist jedoch beim Gesundheitsmodul des ISSP (2011) ebenso wie in den meisten anderen internationalen Umfragen nicht erfüllt. „In most international surveys, which include individuals in several countries, the selection of countries is not a random, but a convenient sample of those countries where researchers are willing and have the financial means to participate in the study“ (Möhring 2012: 3). Ein weiteres Problem für die Verwendung einer Mehrebenenanalyse für die vorliegende Arbeit ergibt sich aus der geringen Fallzahl auf der Länderebene. So haben sich insgesamt lediglich 29 Staaten am ISSP-Gesundheitsmodul beteiligt. Darüber hinaus liegen die für die Analyse relevanten Daten nicht für alle Befragungsländer vor, sodass sich die Fallzahl auf 19 Staaten reduziert, wenn alle formulierten Hypothesen getestet werden. Aufgrund der wenigen verfügbaren Freiheitsgrade wird die Anzahl der möglichen Prädiktoren auf Länderebene signifikant eingeschränkt (Wenzelburger et al. 2014: 100). „In multilevel models not only the estimation of macro-level predictors, but also of the random components and the random slopes rely on the degrees of freedom of the country level” (Möhring 2012: 4). Infolgedessen beschränkt die geringe Fallzahl auf Länderebene nicht nur die Anzahl der denkbaren Parameter auf der

Makroebene sondern auch die Möglichkeit, potenzielle Cross-Level-Interaktionen zu testen (Möhring 2012: 4).

Bedingt durch die geschilderten Problematiken wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit auf die Verwendung von Mehrebenenmodellen verzichtet. Stattdessen wird für die Prüfung der formulierten Hypothesen eine dreistufige Untersuchungsstrategie – bestehend aus Makro-, Mikro- und Cross-Level-Analysen – genutzt. Die statistischen Verfahren, welche für die Untersuchung auf den verschiedenen Analyseebenen verwendet werden, sollen im Folgenden dargestellt werden.

8.2.1 Makroanalysen

Die abhängigen Variablen, welche verwendet werden, um die unter Hypothesenblock 1a und 1b (Abbildung 1) formulierten Hypothesen zum Einfluss von makrospezifischen Faktoren auf die gesellschaftlichen Verteilungspräferenzen sowie auf die Einstellungen zur personenbezogenen Priorisierung zu prüfen, stellen den Anteil an Befragten in einem Land dar, welcher das jeweilige Priorisierungskriterium akzeptiert bzw. eine Verteilungsentscheidung in Übereinstimmung zu einem spezifischen Verteilungsprinzip getroffen hat.

Bilden Anteilswerte die abhängige Variable ist der Wertebereich der Wahrscheinlichkeit für die abhängige Variable auf das Intervall zwischen Null und Eins beschränkt (Baum 2008: 299). „Just as a linear probability model on unit record date can generate predictions outside the unit interval, using a proportion in a linear regression model will generally yield nonsensical predictions for extreme values of the regressors“ (Baum 2008: 299). Die einfachste Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen, besteht darin, eine Logit-Transformation der abhängigen Variablen (y) durchzuführen, um diese zu linearisieren. Da das Problem des beschränkten Intervalls durch die Logit-Transformation aufgehoben wird, können die Werte für die transformierte abhängige Variable (y^*) in einer gewöhnlichen linearen Regressionsgleichung verwendet werden (Baum 2008: 299).[84]

[84] Der Regressionskoeffizient (β) kann theoretisch auch nach der linearen Transformation direkt als die Veränderung in y^* (transformierte abhängige Variable) durch einen Anstieg von x (unabhängige Variable) um eine Einheit interpretiert werden. Da es den meisten Personen vermutlich schwer fällt, in natürlichen Logarithmen zu denken, erscheint dieses Vorgehen jedoch nicht besonders sinnvoll. Aus diesem Grund sollten die Veränderungen in der abhängigen Variable nicht in Log-Einheiten sondern in prozentualen Veränderungen (e^{β}) interpretiert werden (Benoit et al. 2011: 3). Für einen Anstieg der unabhängigen Variable (x) um eine Einheit, steigt die abhängige Variable (y) um e^{β} Prozent (Benoit et al. 2011: 7).

In einem ersten Schritt wurden die abhängigen Variablen der Makroanalysen daher einer Logit-Transformation unterzogen und anschließend lineare Regressionsmodelle berechnet.[85] Bei der Prüfung der Modellprämissen für ein lineares Regressionsmodell wurde jedoch festgestellt, dass die Annahme der Normalverteilung der Residuen nicht in allen berechneten Modellen erfüllt ist, sodass keine erwartungstreuen (unverzerrte) Schätzer garantiert werden können (Backhaus et al. 2011: 86). „[…] The distributions of rates and proportions are typically asymmetric, and thus Gaussian-based approximations for interval estimation and hypothesis testing can be quite inaccurate in small samples" (Cribari-Neto & Zeileis 2010: 1). Des Weiteren stellt eine der vier abhängigen Variablen der Makroanalyse eine bimodale Verteilung dar[86], was wiederum dazu führt, dass durch eine Logit-Transformation nicht die Voraussetzungen für eine lineare Regressionsanalyse erzielt werden (Smithson & Verkuilen 2006: 54).

Basierend auf dieser Problematik werden die Makroanalysen auf Basis von Beta-Regressionsmodellen berechnet, welche sich speziell für „[…] continuous variates that assume values in the standard unit interval, e.g., rates, proportions, or concentration indices" (Cribari-Neto & Zeileis 2010: 2) eignen. Das Beta-Regressions-Modell stellt eine Maximum-Likelihood-Regressionstechnik dar, welche auf der Betaverteilung basiert. Diese ist durch ihre beiden Formparameter (Alpha und Beta) sehr flexibel und kann auch extrem schiefe oder bimodale Verteilungen dergestalt anpassen, dass sie einer symmetrischen Verteilung ähnlich der Normalverteilung gleichen. Besonders geeignet sind Beta-Regressionsmodelle bei der Analyse von Anteilswerten (Smithson & Verkuilen 2006: 56). Da sich die Regressionskoeffizienten der Beta-Regression lediglich in Hinsicht auf ihr Vorzeichen interpretieren lassen, erfolgt die Ergebnisdarstellung der Berechnungen in Form des relativen Anteilsverhältnisses (Relativ Proportional Ratio). Das relative Anteilsverhältnis gibt an, wie sich der relative Anteil[87] der Basis (relativer Anteil, wenn alle Kovariaten gleich Null sind) durchschnittlich verändert, wenn sich die unabhängige Variable um eine Einheit erhöht (Stata Online Hilfe Beta-Regression). Um das relative Anteilsverhältnis sinnvoll interpretieren zu können, muss daher der relative Anteil der Basis bekannt sein.[88]

[85] Die Ergebnisse dieser Berechnungen sind in den Tabellen 37 bis 40 im Anhang dargestellt.
[86] Abbildung 39 (Anhang).
[87] Anteil der Befragten mit Y=1 geteilt durch 1 - Anteil der Befragten mit Y=1.
[88] Ausgangpunkt für die Interpretation der Ergebnisse in der vorliegenden Arbeit ist daher das relative Anteilsverhältnis der Referenzgruppe (Baseline).

Da die RPR, ähnlich wie Odds Ratios, nicht einfach zu interpretieren sind, werden für jene Variablen, welche zur Hypothesenprüfung verwendet werden, exemplarisch für spezifische Ausprägungen auch vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten (bzw. vorhergesagte Anteilswerte) berechnet.

8.2.2 Mikroanalysen

Die Mikroanalysen erfolgen in zwei Schritten. Um zu prüfen, ob die individuellen Kontextfaktoren in allen Befragungsländern den gleichen Beitrag zur Varianzaufklärung hinsichtlich der Verteilungspräferenzen der Bevölkerung und in Bezug auf deren Einstellung gegenüber den personenbezogenen Priorisierungskriterien beitragen, werden zunächst für jedes Befragungsland separate logistische Regressionsmodelle berechnet. Überdies dient der Vergleich der Länderregressionsmodelle dazu zu prüfen, ob sich spezifische Muster hinsichtlich des Einflusses bestimmter Faktoren beobachten lassen.

Insofern die Hypothesen zu den individuellen Kontextfaktoren jedoch nicht in Abhängigkeit vom Befragungsland sondern universell formuliert wurden, erfolgt die Hypothesenprüfung zu den unter Hypothesenblock 2a und 2b formulierten Annahmen erst im Rahmen der anschließenden ländervergleichenden Analysen. Dabei wird der Einfluss der individuellen Faktoren auf die gesellschaftlichen Verteilungspräferenzen sowie Einstellungen gegenüber den personenbezogenen Priorisierungskriterien – über alle 19 Befragungsländer – untersucht.

Die Notwendigkeit der logistischen Regressionsanalyse für die Länder- und ländervergleichenden Analysen ergibt sich aus der dichotomen Skalierung der zu analysierenden abhängigen Variablen (Wenzelburger et al. 2014: 59). Die Regressionskoeffizienten einer logistischen Regression können aufgrund der nicht gegebenen Linearität zwischen abhängigen und unabhängigen Variablen – anders als bei einer linearen Regression – nicht direkt interpretiert werden. Informationen zum Einfluss einer unabhängigen Variablen auf die dichotome abhängige Variable liefert hier lediglich das Vorzeichen des Regressionskoeffizienten. Wie stark der Einfluss der unabhängigen Variable auf die abhängige Variable ausfällt, kann anhand der Regressionskoeffizienten hingegen nicht festgestellt werden (Wenzelburger et al. 2014: 74). Um im Rahmen der vorliegenden Arbeit dennoch Aussagen über die Einflussstärke der unabhängigen Variable treffen zu können, werden anstelle der Regressionskoeffizienten die Effektkoeffizienten (Odds-Ratios) verwendet. Die Odds-Ratios geben an, wie sich die Eintrittschance der

abhängigen Variable (y=1) verändert, wenn sich eine unabhängige Variable (x) um eine Einheit verändert (Wenzelburger et al. 2014: 62). Obwohl sich die Effektkoeffizienten gut eignen, um den Einfluss verschiedener unabhängiger Variablen auf die abhängige Variable zu vergleichen, sind diese dennoch nicht einfach zu interpretieren. Aus diesem Grund werden im Rahmen der Ergebnisdarstellung für einzelne Variablen und Variablenkombinationen auch vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten berechnet. Deren Interpretation gestaltet sich wesentlich intuitiver als die der Odds-Ratios (Wenzelburger et al. 2014: 62).

Da sich die Fallzahl innerhalb der Befragungsländer aufgrund von fehlenden Angaben durch jede zusätzliche unabhängige Variable im Modell reduziert, werden alle Regressionsmodelle (sowie alle Fixed-Effekt-Modelle) zusätzlich mit *Multiple imputation by chained equations* (MICE) berechnet.[89]

MICE ermöglicht das Kreieren von imputierten Datensätzen auf Basis einer Reihe imputierter Modelle (ein Modell für jede Variable mit fehlenden Daten) (Royston & White 2011: 1). Analysen mit multiplen Imputationen bestehen aus drei Schritten. Im ersten Schritt müssen die Imputationsmodelle formuliert werden, auf deren Basis eine Reihe von imputierten Datensätzen (m) kreiert werden. In einem zweiten Schritt werden die statistischen Analysen für jeden kreierten imputierten Datensatz separat vollzogen, bevor im dritten Schritt „estimates of parameters of interest are averaged across the m copies to give a single estimate“ (Royston & Division 2004: 228).[90]

Die Datenstruktur, welche aus MICE resultiert, beschränkt jedoch die Möglichkeiten der anwendbaren statistischen Verfahren. So lassen sich z. B. keine vorhergesagten Wahrscheinlichkeiten mehr berechnen (White et al. 2009: 389).[91] Aus diesem Grund, werden im Ergebnisteil die statistischen Analysen mit den Originaldaten berechnet und interpretiert. Die äquivalenten Analysen mit MICE sind hingegen im Anhang (Tabelle 41

[89] „Old fashioned imputation typically replaced missing values with the mean or mode of the nonmissing values for that variable. That approach is now regarded as inadequate. For subsequent statistical inference to be valid, it is essential to inject the correct degree of randomness into the imputations and to incorporate that uncertainty when computing standard errors and confidence intervals for parameters of interest“ (Royston & Division 2004: 228).

[90] Die deskriptiven Statistiken für die Originaldaten und für die Datenbasis mit multiplen Imputationen sind in den Tabellen 35 und 36 im Anhang abgebildet. Der Vergleich zwischen beiden Datenbasen zeigt, dann es keine nennenswerten Unterschiede gibt. Dies lässt sich als Indiz für MAR interpretieren.

[91] „Postestimation with imputed data must be done with caution. Rubin's rules require certain assumptions to be valid, notably asymptotic normality, and if a quantity does not meet those assumptions then Rubin's rules cannot provide a valid estimate of it“ (Social Science Computing Cooperative 2012).

bis 48) abgebildet und werden lediglich dazu verwendet, die Vertrauenswürdigkeit der Koeffizienten aus den Originalmodellen (mit fehlenden Werten) zu beurteilen.[92]

8.2.3 Cross-Level-Analysen

Für die Prüfung der Hypothesen zum Moderatoreffekt der länderspezifischen Faktoren auf den Einfluss der individuellen Kontextfaktoren (Hypothesenblock 3a) werden ländervergleichende Analysen mit Fixed-Effekt-Modellen berechnet. In ebendiesen wird die Heterogenität auf der Länderebene durch die Aufnahme von Länderdummys in das Regressionsmodell vollständig absorbiert. Infolgedessen kann die zwischen den Befragungsländern bestehende Varianz in der abhängigen Variable jedoch nicht mehr auf spezifische Länderfaktoren zurückgeführt werden (Wenzelburger et al. 2014: 126). „After the inclusion of N-1 country dummies, no degrees of freedom are left on the country level“ (Möhring 2012: 9). Dennoch kann durch die Integration von Länderdummys analysiert werden, zu welchem Anteil die Varianz in der abhängigen Variable auf Unterschiede zwischen den Befragungsländern zurückzuführen ist. Diese Information erhält man aus dem Determinationskoeffizient (R^2) eines Fixed-Effekt-Modells, welches lediglich N-1 Länderdummys (Äquivalent zum Nullmodell bei Mehrebenenanalysen) enthält (Möhring 2012: 7).

Da Interaktionseffekte zwischen individuellen und länderspezifischen Faktoren (CLI) sowohl zwischen als auch innerhalb der unterschiedlichen Länder variieren, können diese auch dann geschätzt werden, wenn Länderdummys die gesamte Varianz auf der zweiten Ebene absorbieren (Möhring 2012: 9). In Fixed-Effekt-Modellen lässt sich der moderierende Effekt von länderspezifischen Variablen auf die individuellen Einflussfaktoren durch die Mittelwerte der CLI-Effekte schätzen (Möhring 2012: 6). Ein bedeutender Vorteil dieser Methode gegenüber dem Mehrebenenmodell besteht darin, dass „this method is also applicable with a small number of countries and avoids the omitted variable bias through

[92] Befinden sich die geschätzten Parameter der Originalmodelle innerhalb des 95 Prozent Konfidenzintervalls für den entsprechenden Parameter im Modell mit multiplen Imputationen, kann dies als Bestätigung der Annahme von missing completely at random (MCAR) aufgefasst werden. Dies wiederum impliziert, dass die fehlenden Werte nicht zu einer Verzerrung der geschätzten Parameter führen. „When data is missing completely at random, analyzing only the complete cases will not result in biased parameter estimates (e.g. regression coefficients) […]“ (Statistical Consulting Group 2014: 18). Von den 1 396 berechneten Schätzern, liegen 55 (3.9 %) außerhalb des 95 % Konfidenzintervalls. 30 Prozent der Schätzer, die außerhalb des 95 Prozent Konfidenzintervalls liegen, entfallen auf die Variable Haushaltseinkommen. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass diese Variable ein vergleichsweise überdurchschnittlich hohes Maß an fehlenden Werten aufweist. Während die anderen Modellvariablen zwischen 8 (0.04 %) und 1 086 (5.2 %) fehlende Werte aufweisen, fehlen beim Haushaltseinkommen Angaben für mehr als 4 800 Befragte (23 %).

controlling for country level heterogeneity by means of Dummy-Variables“ (Allison 2009: 14).[93]

Summarisch werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit Fixed-Effekt-Modelle berechnet, um zu analysieren, ob ein relevanter Anteil der Varianz in der untersuchten abhängigen Variable auf die Länderebene zurückzuführen ist und ob der Einfluss bestimmter individueller Kontextfaktoren durch länderspezifische Charakteristika moderiert wird. Welche länderspezifischen Charakteristika hingegen die bestehende Varianz auf der Länderebene bedingen, lässt sich mithilfe der Fixed-Effekt-Modelle nicht analysieren. Informationen dazu liefern hingegen die mittels aggregierten Daten vollzogenen Makroanalysen.

Da auch die im Rahmen der Fixed-Effekt-Modelle zu analysierenden abhängigen Variablen dichotom skaliert sind, erfolgt die Darstellung der Ergebnisse, wie in den Mikroanalysen, auch hier über Odds-Ratios und vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten.

8.3 Operationalisierungen

Nachdem im vorangegangen Abschnitt erläutert wurde, welche statistischen Verfahren zur Hypothesenprüfung herangezogen werden, erfolgt im vorliegenden Abschnitt die Darstellung der für die Analysen vorgenommen Operationalisierungen. Dabei werden zunächst die abhängigen Variablen operationalisiert, bevor im Anschluss daran auf die Operationalisierung der zentralen unabhängigen Variablen eingegangen wird. Die Darstellung der Operationalisierung der Kontrollvariablen erfolgt in tabellarischer Form (Anhang Tabelle 33).

8.3.1 Verteilungspräferenzen der Bevölkerung

Die Präferenzen der Bevölkerung bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen werden durch das nachfolgende Item aus dem Gesundheitsmodul des ISSP erfasst. *„Inwieweit stimmen Sie der folgenden Aussagen zu? Die Menschen sollten auch dann Zugang zur öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung haben, wenn sie sich gesundheitsschädigend verhalten“*. Die Befragten konnten zwischen fünf Antwortoptionen (von 1 = „stimme voll

[93] Mehrebenenmodelle kontrollieren hingegen nur für jene länderspezifischen Faktoren, die in die Analyse einbezogen werden. Dies führt zu verzerrten Parameterschätzern, wenn nicht alle relevanten Ländercharakteristiken in der Analyse berücksichtigt werden (Möhring 2012: 5).

und ganz zu“ bis 5 = „stimme überhaupt nicht zu“) wählen. Eine Zustimmung der Befragten (1 = „stimme voll und ganz zu“, 2 = „stimme zu“) kann dabei als Präferenz für eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen interpretiert werden, während eine Ablehnung (4 = „stimme nicht zu“, 5 = „stimme überhaupt nicht zu“) eine Unterstützung des Leistungs- oder Effizienzprinzips impliziert.

Tabelle 6 zeigt die Häufigkeitsverteilung, mit welcher die Befragten die unterschiedlichen Antwortoptionen gewählt haben.[94] Da die mittlere Kategorie keinen Rückschluss auf die Verteilungspräferenzen der Befragten zulässt, wird die Variable Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz lediglich auf Basis der vier übrigen Antwortkategorien gebildet.

Tabelle 6: Zugang zu öffentlicher Gesundheitsversorgung trotz gesundheitsschädigenden Verhaltens

Antwortkategorie	Häufigkeit (N)	Häufigkeit (%)
Stimme voll und ganz zu	2.108	9.29
Stimme zu	4.399	29.48
Weder noch	4.476	24.95
Stimme nicht zu	5.289	24.52
Stimme überhaupt nicht zu	1.166	9.29
Gesamt	17.938	100

Quelle: eigene Berechnung

Dabei werden die Antwortoptionen, durch welche eine Zustimmung erfolgt und die somit eine Präferenz für das Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip implizieren, mit der Ausprägung „1“ codiert. Die beiden Antwortkategorien, welche eine Versorgung von Personen, die sich gesundheitsschädigend verhalten, ablehnen und somit als eine Präferenz für das Leistungs- oder Effizienzprinzip interpretiert werden können, werden hingegen mit der Ausprägung „0“ codiert. Die Variable Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz wird insofern als binäre abhängige Variable in die statistischen Mikro- und Cross-Level-Analysen zu den gesellschaftlichen Präferenzen bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen aufgenommen.

Für die Makroanalyse wird die dichotome Variable Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz auf Länderebene als Anteilswert für die Ausprägung „1“ aggregiert.

8.3.2 Akzeptanz personenbezogener Priorisierungskriterien

Die Akzeptanz der personenbezogenen Priorisierungskriterien wird im Rahmen der statistischen Analysen durch drei Items aus dem ISSP-Gesundheitsmodul erfasst. Alle drei

[94] Tabelle enthält nur Fälle aus den 19 Ländern, in denen alle für die Analysen relevanten Variablen erhoben wurden.

Items arbeiten mit der gleichen hypothetischen Situation, bei der sich die Befragten vorstellen sollen, dass zwei gleich kranke Menschen die gleiche Herzoperation benötigen. Die beiden Patienten unterscheiden sich bei jedem der drei Items lediglich in Bezug auf eines der personenbezogenen Priorisierungskriterien. Um zu erfassen, ob der *gesundheitsbezogene Lebensstil* als Priorisierungskriterium anerkannt wird, wird das folgende Item verwendet: *„Angenommen zwei gleich kranke Patienten benötigen die gleiche Herzoperation. Der eine ist Nichtraucher, der andere ist ein starker Raucher. Wer sollte Ihrer Meinung nach zuerst operiert werden?“* Die Befragten sollten nun zwischen drei Antwortoptionen (1 = „der Nichtraucher“; 2 = „der Raucher“; 3 = „es sollte keinen Unterschied machen, ob jemand raucht oder nicht raucht“) wählen.

Um die Zustimmung der Bevölkerung zum Priorisierungskriterium *Alter* zu erfassen, wird das gleiche Items verwendet, nur dass diesmal einer der Patienten 30 Jahre und der andere 70 Jahre alt ist. Auch hier sollten die Befragte zwischen drei Antwortoptionen (1 = „der 30-Jährige“; 2 = „der 70-Jährige“; 3 = „es sollte keinen Unterschied machen, wie alt jemand ist“) wählen.

Die Erfassung der gesellschaftlichen Einstellung gegenüber dem Priorisierungskriterium *familiäre Verantwortung* wird durch ein identisches Item erfasst, bei welchem einer der beiden Patienten ein minderjähriges Kind hat, während dies beim anderen Patienten nicht der Fall ist. Wie zuvor sollten die Befragten entscheiden, welcher der beiden Patienten die Herzoperation zuerst erhalten sollte (1 = „der Patient mit minderjährigem Kind“; 2 = „der Patient ohne minderjähriges Kind“; 3 = „es sollte keinen Unterschied machen, ob ein Patient ein minderjähriges Kind hat“).

Die Häufigkeiten, mit denen sich die Befragten bei diesen drei Items für die möglichen Antwortkategorien entschieden haben, sind in den Tabellen 7 bis 9 abgebildet.[95]

Tabelle 7: Wer soll Herzoperation erhalten? Priorisierungskriterium: Lebensstil

Antwortkategorie	Häufigkeit (N)	Häufigkeit (%)
Nichtraucher	7.568	43.90
Raucher	213	1.24
Rauchen sollte keine Rolle spielen	9.459	54.87
Gesamt	17.240	100

Quelle: eigene Berechnung

[95] Tabellen enthalten nur Fälle aus den 19 Ländern in denen alle für die Analysen relevanten Variablen vorliegen.

Tabelle 8: Wer soll Herzoperation erhalten? Priorisierungskriterium: Alter

Antwortkategorie	Häufigkeit (N)	Häufigkeit (%)
30-Jähriger	8.402	48.15
70-Jähriger	227	1.30
Alter sollte keine Rolle spielen	8.821	50.55
Gesamt	17.450	100

Quelle: eigene Berechnung

Tabelle 9: Wer soll Herzoperation erhalten? Priorisierungskriterium: familiäre Verantwortung

Antwortkategorie	Häufigkeit (N)	Häufigkeit (%)
Patient mit kleinem Kind	6.070	35.48
Patient ohne kleines Kind	109	0.64
Minderjährige Kinder sollten keine Rolle spielen	10.931	63.89
Gesamt	17110	100

Quelle: eigene Berechnung

Da es in diesen Analysen zu prüfen gilt, ob die personenbezogenen Priorisierungskriterien in der im Rahmen des Kapitel 6 erläuterten Form von der Gesellschaft akzeptiert werden, sind nur zwei der Antwortkategorien für die statistischen Berechnungen von Relevanz. Zudem zeigen die Tabellen 7 bis 9, dass die Fallzahl für die theoretisch nicht relevante Antwortkategorie (jeweils Kategorie 2) bei allen drei Items sehr gering ist (< 2 %). Basierend auf der fehlenden Relevanz für das Erkenntnisinteresse und die geringe Besetzung dieser Kategorie wird die Akzeptanz der drei personenbezogenen Priorisierungskriterien nur durch zwei der drei Antwortkategorien erfasst. Die Antwortkategorie, in welcher angegeben wird, dass das jeweilige Kriterium keinen Unterschied machen sollte (jeweils Kategorie 3), wird als Ablehnung des Priorisierungskriteriums interpretiert und mit der Ausprägung „0“ codiert. Demgegenüber werden Antworten in Übereinstimmung zur theoretischen Überlegung des jeweiligen Kriteriums (jeweils Kategorie 1) als Zustimmung oder Akzeptanz des Priorisierungskriteriums interpretiert und erhalten infolgedessen Ausprägung „1“. Die daraus resultierenden binären Variablen werden als abhängige Variablen für die Mikro- und Cross-Level-Interaktionsanalysen zur gesellschaftlichen Akzeptanz der drei personenbezogenen Priorisierungskriterien verwendet.

Für die Makroanalysen muss die Zustimmung zu den jeweiligen Priorisierungskriterien noch als Anteilswert für die Zustimmung der Bevölkerung auf Länderebene aggregiert werden.

8.3.3 Zentrale unabhängige Variablen

Im folgenden Abschnitt werden die für die drei Analyseebenen vorgenommenen Operationalisierungen der unabhängigen Variablen erläutert.

Makroanalysen

Im Rahmen der Makroanalysen (Hypothesenblock 1a und 1b) bilden der Wohlfahrtsstaatenregimetyp und das Ausmaß an staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen die zentralen unabhängigen Variablen.

Die Zuordnung des Wohlfahrtsstaatenregimetyps erfolgt anhand der Typologie von Esping-Andersen (1990) und der von Andreß und Heien (2001) vorgeschlagenen Erweiterung, durch welche die ehemals kommunistischen Staaten ebenfalls erfasst werden können (Tabelle 10).

Tabelle 10: Codierung Wohlfahrtsstaatenregimetyp nach Befragungsland

liberal	**konservativ**	**sozialdemokratisch**	**postkommunistisch**
USA Australien Großbritannien	Deutschland Niederlande Schweiz Frankreich Japan Belgien	Schweden Norwegen Dänemark Finnland	Polen Bulgarien Slowenien Kroatien Tschechien Litauen

Quelle: Esping-Andersen (1990) und Andreß & Heinen (2001)

Der Wohlfahrtsstaatentyp wird in Form von Dummy-Variablen in die statistischen Analysen eingebracht.

Die Dekommodifizierungsausprägung für staatlich bereitgestellte Gesundheitsleistungen wird in Anlehnung an Bambra (2005) durch einen Index, welcher auf drei Items beruht, berechnet.

1. *Private Gesundheitsausgaben als Anteil am GDP.*
2. *Anteil an privaten Krankenhausbetten an der totalen Anzahl an Krankenhausbetten.*
3. *Anteil der Bevölkerung, der von der staatlichen Gesundheitsversorgung erfasst wird.*

Die Informationen zu diesen drei Indikatoren wurden (für das Jahr 2011) von der Weltbank und der OECD bezogen. Für die Berechnung des Indexes werden die Mittelwerte und Standardabweichungen für den Anteil der privaten Gesundheitsausgaben am GDP und für den Anteil an privaten Krankenhausbetten an der Gesamtzahl an Krankenhausbetten zwischen allen Befragungsländern berechnet. Alle Länder, die bei diesen beiden Indikatoren mehr als eine Standardabweichung nach unten vom Ländermittelwert abweichen, erhalten für den jeweiligen Indikator den Wert 1 (gering). Staaten, die mehr als eine Standardabweichung nach oben abweichen, erhalten den Wert 3 (hoch) und allen Ländern, die sich innerhalb einer Standardabweichung nach unten oder oben zum Mittelwert

bewegen, wird der Wert 2 (mittel) zugewiesen. Die Werte beider Indikatoren werden anschließend addiert und mit dem Anteil der Bevölkerung, welcher durch die öffentliche Gesundheitsversorgung erfasst wird, multipliziert. Im Anschluss wird der berechnete Index durch zehn dividiert (Bambra 2005: 207). Um aus dem Index eine kategoriale Variable für das Niveau der staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen zu berechnen, werden erneut der Mittelwert und die Standardabweichung über alle Länder berechnet. Staaten, die eine Standardabweichung über dem Durchschnitt liegen, werden als Staaten mit einer hohen Dekommodifizierungsausprägung für Gesundheitsleistungen erfasst. Staaten, welche eine Standardabweichung unter dem Mittelwert liegen, werden zur Kategorie Staaten mit geringer Dekommodifizierungsausprägung gezählt und Länder, welche sich innerhalb einer Standardabweichung vom Mittelwert bewegen, sind Staaten mit einer mittleren Dekommodifizierungsausprägung (Tabelle 11).

Tabelle 11: Index staatlich bereitgestellte Gesundheitsleistungen

Befragungsland	Index Dekommodifizierung Gesundheitsleistungen	Dekommodifizierung Gesundheitsleistung kategorial
Australien	40	Mittel
Belgien	39.6	Mittel
Bulgarien	40	Mittel
Kroatien	50	Hoch
Tschechien	40	Mittel
Dänemark	40	Mittel
Finnland	40	Mittel
Frankreich	39.6	Mittel
Deutschland	35.6	Mittel
Japan	40	Mittel
Niederlande	29.7	Niedrig
Norwegen	40	Mittel
Litauen	50	Hoch
Polen	39.2	Mittel
Slowenien	50	Hoch
Schweden	40	Mittel
Schweiz	40	Mittel
Großbritannien	50	Hoch
USA	6.4	Niedrig
Mittelwert	39.49	-
SD	9.52	-

Quelle: eigene Berechnung

Die drei Kategorien (gering, mittel, hoch) werden in Form von Dummy-Variablen in die statistische Analyse integriert.

Mikroanalysen

Im Folgenden werden die zentralen unabhängigen Variablen, welche im Rahmen der Mikroanalysen (Hypothesenblock 2a und 2b) verwendet werden, operationalisiert. Die

verwendeten Variablen des ISSP-Gesundheitsmoduls (2011) lassen sich dabei in zwei Gruppen differenzieren. Zum einen Variablen, durch welche der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Befragten erfasst werden, und zum anderen die soziodemografischen Merkmale der Befragten.

a) Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten

Der Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Befragten werden durch insgesamt vier Items aus dem ISSP-Gesundheitsmodul erfasst (Tabelle 12).

Die Variable chronisch krank wurde mit „0“ codiert, wenn Befragte angaben, keine langwierige Krankheit zu haben und mit „1“, wenn sie bejahten, eine langwierige Krankheit aufzuweisen.

Der persönliche Gesundheitszustand wird durch die Angabe der Befragten zur Einschätzung ihres allgemeinen Gesundheitszustandes erfasst. Die 5-stufige kategoriale Variable wird als metrische Variable in die statistischen Analysen integriert.

Das Gesundheitsverhalten der Befragten wird durch die zwei Indikatoren Rauchen und riskanter Alkoholkonsum erfasst. Beide Indikatoren werden als ‚Dummy-Variablen in die statistischen Analysen integriert. Als Raucher („1“) wurden alle Befragten codiert die konstatierten, täglich mindestens eine Zigarette zu rauchen. Allen anderen wurde für die Variable Rauchen die Ausprägung „0“ zugeordnet. Als Personen mit riskanten Alkoholkonsum („1“) wurden alle Personen codiert, die mindestens mehrmals in der Woche vier alkoholische Getränke konsumieren (reine Alkoholmenge > 120 g pro Woche) (Stracke 2009: 4). Die übrigen Befragten erhielten hingegen die Ausprägung „0“.

b) Soziodemografische Merkmale

Das Haushaltseinkommen wurde aus den Angaben der Befragten zu deren monatlichen Haushalteinkommen berechnet. Um eine internationale Vergleichbarkeit zwischen den verschiedenen Befragungsländern herzustellen, wurde das angegebene Einkommen in internationale Dollar umgerechnet. Dazu wurde das individuelle Einkommen durch den Purchasing power parity (PPP) conversion factor des jeweiligen Befragungslandes dividiert. Im Anschluss wurde das Haushalteinkommen durch 1 000 $ dividiert, sodass die Variable nun die Einkommen der Befragten in 1 000 internationalen Dollars erfasst. Die neu

berechnete Variable Haushaltseinkommen wird als metrische Variable in die Regressionsanalysen integriert.

Tabelle 12: Operationalisierung unabhängige Variablen Mikro- und Cross-Level-Analysen

Variable	Operationalisierung	Skalenniveau in Analysen
chronisch Krank	Erfasst über folgendes Item aus Gesundheitsmodul: *„Haben Sie eine langwierige Krankheit, ein andauerndes Gesundheitsproblem oder eine Behinderung?“* mit den Antwortoptionen 1 = „ja“, 0 = „nein“ Umcodierung: chronisch krank: 1 = „ja“, 2 = „nein“	Dummy chronisch krank
persönlicher Gesundheitszustand	Erfasst über folgendes Item aus dem Gesundheitsmodul: „Alles in allem betrachtet würden Sie sagen, Ihre Gesundheit ist“ 1 = „ausgezeichnet“, 2 = „sehr gut“, 3 = „gut“, 4 = „mittelmäßig“, 5 = „schlecht“. Umcodierung: 1 = „schlecht“, 2 = „mittelmäßig“, 3 = „gut“, 4 = „sehr gut“, 5 = „ausgezeichnet“	metrisch
gesundheits-schädigendes Verhalten	Umcodierung der zwei Items aus dem Gesundheitsmodul: *„Rauchen Sie Zigaretten? Wenn ja, wie viele ungefähr am Tag?“* mit den Antwortoptionen 1 = „ich rauche nicht und habe nie geraucht“, 2 = „ich rauche nicht, habe aber früher geraucht“, 3 = „1-5 Zigaretten am Tag“, 4 = „6-10 Zigaretten am Tag“ und 5 = „11-20 Zigaretten am Tag“, 6 = „21-40 Zigaretten am Tag“, 7 = „über 40 Zigaretten am Tag. Umcodierung: Raucher: 1 = „ja“ (Kategorie 3-7) 0 = „nein“ (Kategorie 1-2). *„Wie häufig trinken Sie 4 oder mehr alkoholische Getränke am Tag?* mit den Antwortoptionen 1 = „nie“, 2 = „bis 1-Mal pro Monat“, 3 = „Mehrmals im Monat“, 4 = „Mehrmals in der Woche“, 5 = „täglich“ Umcodierung: exzessiver Alkoholkonsum: 1 = „ja“ (Kategorie 4-5), 2 = „nein“ (Kategorie 1-3)	Dummy rauchen Dummy trinken
Haushalts-einkommen	Umrechnung des folgenden Items aus dem Gesundheitsmodul: *„Wie hoch ist ihr monatliches Haushaltsnettoeinkommen?“* Umcodierung: Umrechnung Haushaltseinkommen in internationalen Dollar → angegebenes Haushaltseinkommen dividiert durch Purchasing power parity (PPP) conversion factor des Befragungslandes (Quelle Weltbank 2011). Im Anschluss wurde das Haushalteinkommen durch 1000 dividiert, sodass es nun in 1000 internationalen Dollar erfasst wird	metrisch
Erwerbsstatus	Umcodierung des folgenden Items aus dem Gesundheitsmodul:	Dummy Erwerbstätig Dummy Arbeitslos Dummy Schüler/Student

	Welche der folgenden Beschreibungen trifft am besten auf Sie zu? Mit den Antwortoptionen 1 = „Erwerbstätig“, 2 = „Arbeitslos und auf Arbeitssuche“, 3 = „Schüler oder Student“, 4 = „Auszubildender“, 5 = „Dauerhaft krank oder erwerbsunfähig“, 6 = „im Ruhestand“, 7 = „Hausfrau bzw. Hausmann“, 8 = „Andere“. Umcodierung: Dummy für jeden Erwerbsstatus	Dummy Auszubildender Dummy Erwerbsunfähig Dummy Rentner Dummy Hausfrau/Hausmann Dummy Wehr/Zivildienst Dummy Andere
Geschlecht	Geschlecht des Befragten: 1 = „weiblich“, 0 = „männlich“.	Dummy weiblich
Aufgewachsen in Zeiten wirtschaftlicher Zwangslage	Erfasst über das Alter der Befragten in Jahren Umcodierung: 1 = „vor 1950 geboren“, 0 = „später geboren“	Dummy älter als 60 Jahre
Bildungsgrad	Erfasst über folgendes Items aus Gesundheitsmodul: *„Was ist ihr höchster abgeschlossener Bildungsabschluss?“* Angaben der Befragten wurden in international vergleichbare Kategorien umcodiert. 1 = „keine Schulbildung“, 2 = „Grundschule“, 3 = „Sekundarstufe 1“, 4 = „Sekundarstufe 2“, 5 = „Abitur“, 6 = „Hochschulabschluss Bachelor“, 7 = „Hochschulabschluss Master“. Umcodierung: Dummy geringe Bildung (Kategorie 1 & 2); Dummy mittlere Bildung (Kategorie 3 bis 5) Dummy hohe Bildung (Kategorie 6 & 7)	Dummy geringe Bildung Dummy mittlere Bildung Dummy hohe Bildung
Kinder unter 18 Jahren	Erfasst über folgendes Item aus Gesundheitsmodul: *„Wie viele Kinder unter 18 Jahren leben in ihrem Haushalt“.* Umcodierung in Dummy: kleine Kinder: 1 = „ja“ (Antworten > 0), 0 = „nein“ (Antworten = 0)	Dummy minderjährige Kinder
Interaktion Wohlfahrts-staatentyp/ Geschlecht	Dummy liberal · Dummy weiblich Dummy konservativ · Dummy weiblich Dummy sozialdemokratisch · Dummy weiblich Dummy postkommunistisch · Dummy weiblich	Dummy liberal_weiblich Dummy konservativ_weiblich Dummy sozialdemokratisch_weiblich Dummy postkommunistisch_weiblich
Interaktion Wohlfahrts-staatentyp/ Erwerbstätig	Dummy liberal · Dummy erwerbstätig Dummy konservativ · Dummy erwerbstätig Dummy sozialdemokratisch · Dummy erwerbstätig Dummy postkommunistisch · Dummy erwerbstätig	Dummy liberal_ erwerbstätig Dummy konservativ_ erwerbstätig Dummy sozialdemokratisch_ erwerbstätig Dummy postkommunistisch_ erwerbstätig
Interaktion Wohlfahrts-staatentyp/ Haushalts-einkommen	Dummy liberal · Haushaltseinkommen Dummy konservativ · Haushaltseinkommen Dummy sozialdemokratisch · Haushaltseinkommen Dummy postkommunistisch · Haushaltseinkommen	metrisch liberal_Einkommen konservativ_Einkommen sozialdemokratisch_ Einkommen postkommunistisch_ Einkommen

Der Erwerbsstatus wird durch die Angaben der Befragten zu ihrem derzeitigen Erwerbsstatus erfasst. Für jede der neun Erwerbsstatuskategorien (Erwerbstätig, Arbeitslos, Schüler/Student, Auszubildender, Erwerbsunfähig, Rentner, Hausfrau/Hausmann, Wehr- und Zivildienst und Sonstige) wird eine Dummy-Variable erstellt. Diese werden im Anschluss für die statistischen Analysen verwendet.

Das Geschlecht wird als Dummy-Variable für die Ausprägung weiblich in die statistischen Analysen integriert.

Der Bildungsgrad wird durch die Angaben der Befragten zu ihrem höchsten Bildungsabschluss erfasst. Die sieben Kategorien werden in drei Kategorien subsumiert (gering, mittel, hoch). Jede der Kategorien wird als Dummy-Variable codiert.

Ob Befragte minderjährige Kinder haben, wird über die Angabe zu der Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder unter 18 Jahren erfasst und als Dummy-Variable in die statistischen Analysen aufgenommen. Dabei wird für alle Befragten, welche eine Anzahl größer als Null angegeben haben, die Ausprägung „1“ codiert während allen anderen die Ausprägung „0“ zugeordnet wird.

Cross-Level-Analysen

Die Cross-Level-Analysen, die unter der Verwendung von Fixed-Effekt-Modellen erfolgen, enthalten die gleichen unabhängigen Variablen wie die Mikroanalysen. Zusätzlich dazu inkludieren diese Analysen N-1 (18) Länderdummys für die 19 Befragungsländer sowie die Interaktionsvariablen zur Überprüfung der formulierten Hypothesen zu möglichen Cross-Level-Interaktionen (Hypothesenblock 3a).

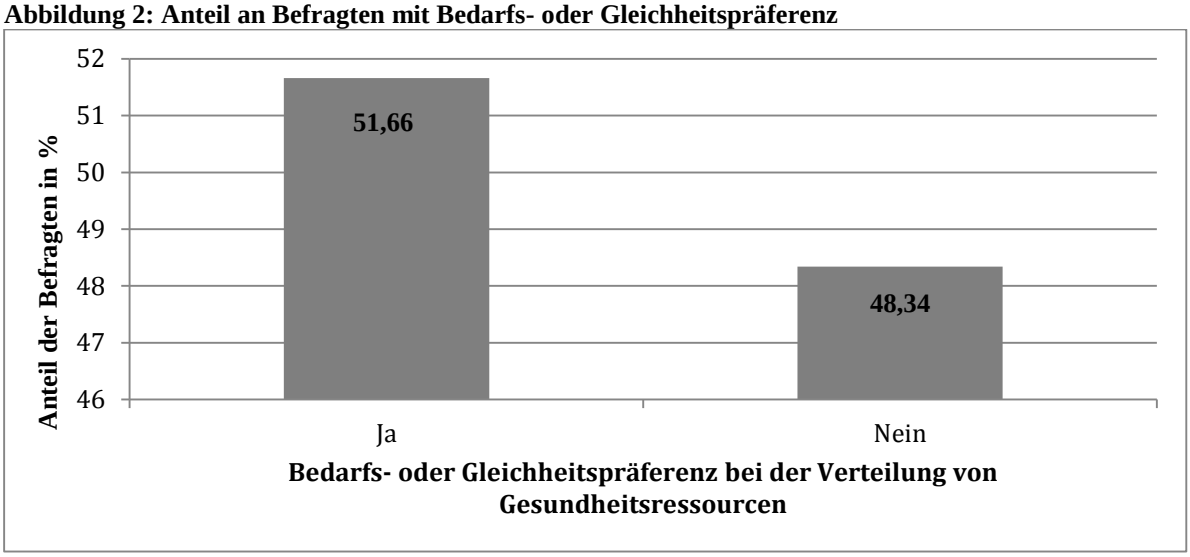
Die Cross-Level-Interaktionen werden durch die Multiplikation der Dummy-Variablen für die vier Wohlfahrtsstaatentypen (liberal, konservativ, sozialdemokratisch und postkommunistisch) mit den entsprechenden individuellen Kontextfaktoren (Erwerbsstatus, Geschlecht und Haushaltseinkommen etc.) operationalisiert.

9 Gesellschaftliche Präferenzen bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen

Die empirische Untersuchung der gesellschaftlichen Verteilungspräferenzen bei Allokationsentscheidungen hinsichtlich Gesundheitsressourcen setzt sich aus vier Abschnitten zusammen.

Um zu analysieren, ob sich die Bevölkerung bei Verteilungsentscheidungen über Gesundheitsressourcen tatsächlich primär am Bedarfs- oder am Gleichheitsprinzip orientiert, wird im vorliegenden Abschnitt zunächst in deskriptiver Form dargelegt, zu welchem Anteil die Befragten durch ihre Angaben eine Verteilungsentscheidung in Übereinstimmung zum Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip präferiert haben (Abbildung 2). In den daran anschließenden drei Abschnitten erfolgen die Mako-, Mikro- und Cross-Level-Analysen, durch welche die in den Hypothesenblöcken (1a, 2a und 3a) formulierten Hypothesen zu den Einflussfaktoren der Verteilungspräferenzen empirisch getestet werden.

Abbildung 2: Anteil an Befragten mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz



N = 13 462

Von den insgesamt 13 462 Befragten aus 19 Staaten entschieden sich 51.66 Prozent für jene Antwortoption, die eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen impliziert. Demgegenüber wählten 48.34 Prozent der Befragten jene Antwortoptionen, die eine Präferenz in Übereinstimmung zum Leistungs- oder Effizienzprinzip vermuten lassen.

Obwohl sich durch die Analyse der Daten lediglich für eine knappe Mehrheit der Befragten eine Orientierung am Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip aufzeigen lässt, stützen die empirischen Befunde dennoch Hypothese H1.1.

Auf welche Faktoren sich die dargestellten divergierenden Verteilungspräferenzen der Befragten zurückführen lassen, wird in den folgenden Abschnitten untersucht.

9.1 Makroanalyse

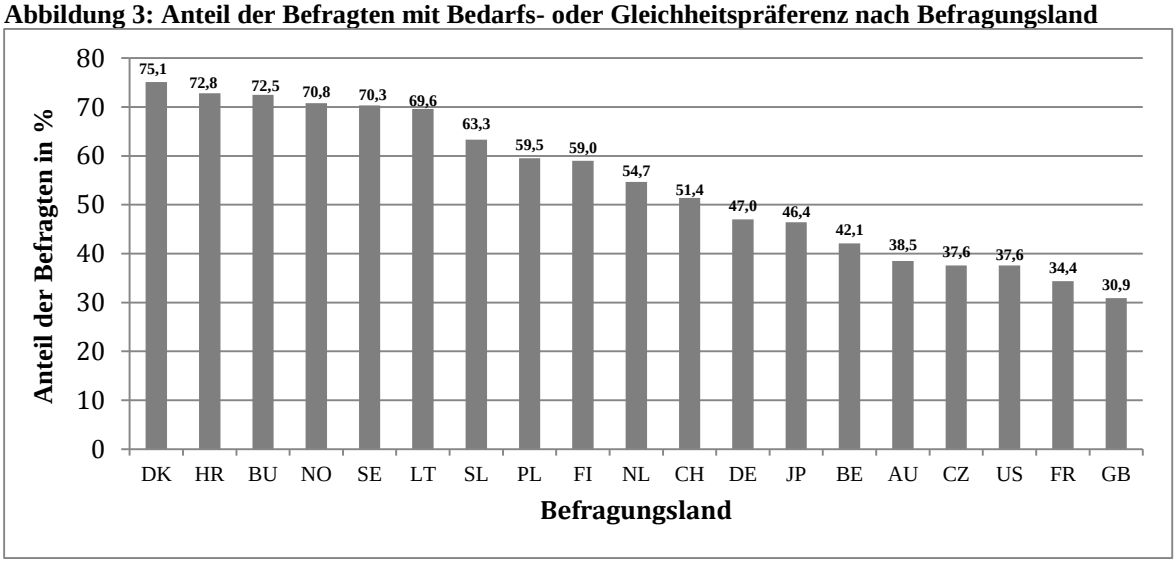
Im Rahmen der im vorliegenden Abschnitt vollzogenen Makroanalysen wird untersucht, ob sich die Differenzen in den offenbarten Verteilungspräferenzen der Befragten durch Unterschiede in den institutionellen Strukturen der differenten Befragungsländer (Hypothesenblock 1a) erklären lassen. Die statistische Analyse dazu erfolgt in zwei Stufen. Dabei wird zunächst mittels deskriptiver Statistik die bivariate Beziehung zwischen dem Bevölkerungsanteil der Befragten innerhalb eines Landes mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz und den vorliegenden institutionellen Strukturen in den verschiedenen Befragungsländern untersucht. Im Anschluss daran werden inferenzstatistische multivariate Analysen vollzogen, durch welche geprüft wird, ob deskriptiv beobachtete Zusammenhänge auch nach Kontrolle für andere in der Literatur diskutierte Länderfaktoren bestehen bleiben und ob sich diese Zusammenhänge generalisieren lassen.

9.1.1 Deskriptive Analyse

Abbildung 3 zeigt den Anteil der Befragten mit einer Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz in den 19 Befragungsländern. Dabei ist zu erkennen, dass dieser Anteil zwischen den Ländern stark variiert. Während sich in Dänemark drei von vier Befragten für eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von öffentlichen Gesundheitsressourcen aussprechen, beläuft sich dieser Anteil in Großbritannien auf lediglich 31 Prozent. Summarisch orientiert sich in elf von 19 Ländern die Mehrheit der Befragten bei Verteilungsentscheidungen über Gesundheitsressourcen am Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip, während sich in den übrigen Staaten eine Mehrheit für eine leistungs- oder effizienzorientierte Allokation ausspricht.

Die deskriptiven Erkenntnisse aus Abbildung 3 stützen demnach zunächst die Annahme, dass sich die divergierenden Verteilungspräferenzen auch auf Faktoren zurückführen lassen, welche zwischen den einzelnen Befragungsländern variieren (Kapitel 5.2.2).

Abbildung 3: Anteil der Befragten mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz nach Befragungsland



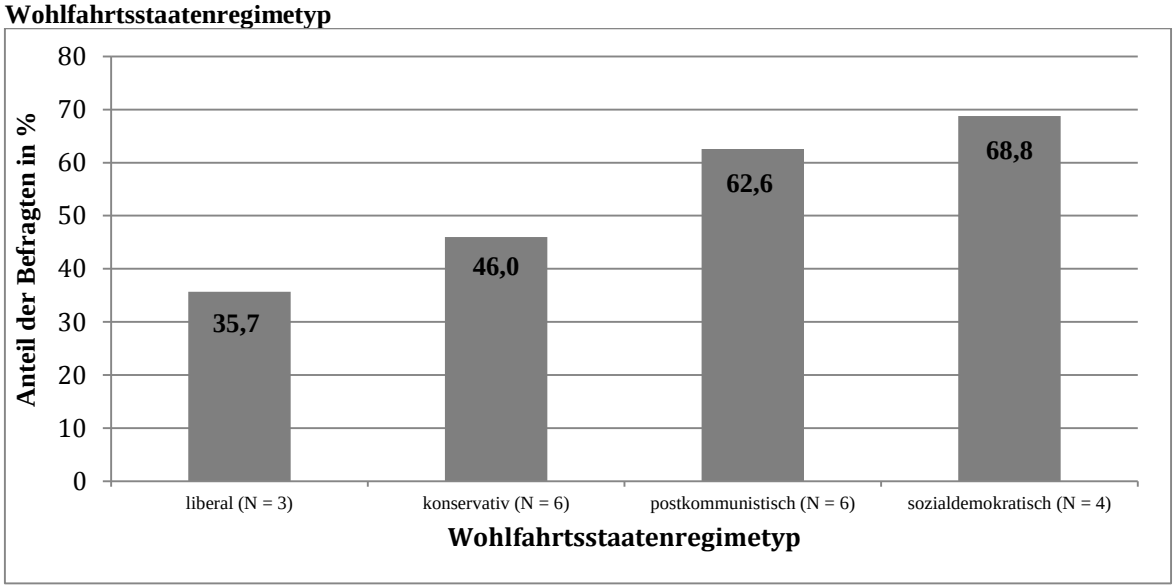
Um zu analysieren, ob sich diese Divergenzen auf Unterschiede in der institutionellen Struktur der Befragungsländer zurückführen lassen, wird in Abbildung 4 der durchschnittliche Anteil der Befragten mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz in Abhängigkeit vom Wohlfahrtsstaatenregimetyp abgebildet.

Wie in Hypothese H1.2 erwartet, zeigt Abbildung 4, dass der Anteil an Befragten mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz in liberalen Staaten (35.7 %) durchschnittlich geringer ausfällt als in postkommunistischen und sozialdemokratischen Staaten. Darüber hinaus lässt sich auch ein nicht unerheblicher Unterschied zwischen Befragten aus konservativen und liberalen Wohlfahrtsstaaten beobachten. Dennoch fällt der durchschnittliche Anteil an Befragten mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz in konservativen Staaten (46.0 %) wesentlich geringer aus als in postkommunistischen (62.6 %) und sozialdemokratischen Staaten (68.8 %).

Folglich stützen die Ergebnisse aus Abbildung 4 die unter Hypothesenblock 1a formulierte Annahme, dass Bedarfs- oder Gleichheitspräferenzen durchschnittlich häufiger in sozialdemokratischen und postkommunistischen Staaten auftreten als in liberalen und konservativen.[96] Ob sich diese deskriptiven Erkenntnisse über die Stichprobe hinaus generalisieren lassen und ob der Konnex zwischen Wohlfahrtsstaatenregimetyp und Verteilungspräferenz ebenfalls bestehen bleibt, wenn andere landesspezifische Charakteristika kontrolliert werden, lässt sich erst im Rahmen der multivariaten Analyse prüfen.

[96] Dennoch zeigt Abbildung 6 (links), dass einige Staaten, wie Frankreich, Tschechien und Finnland, von diesem Muster abweichen.

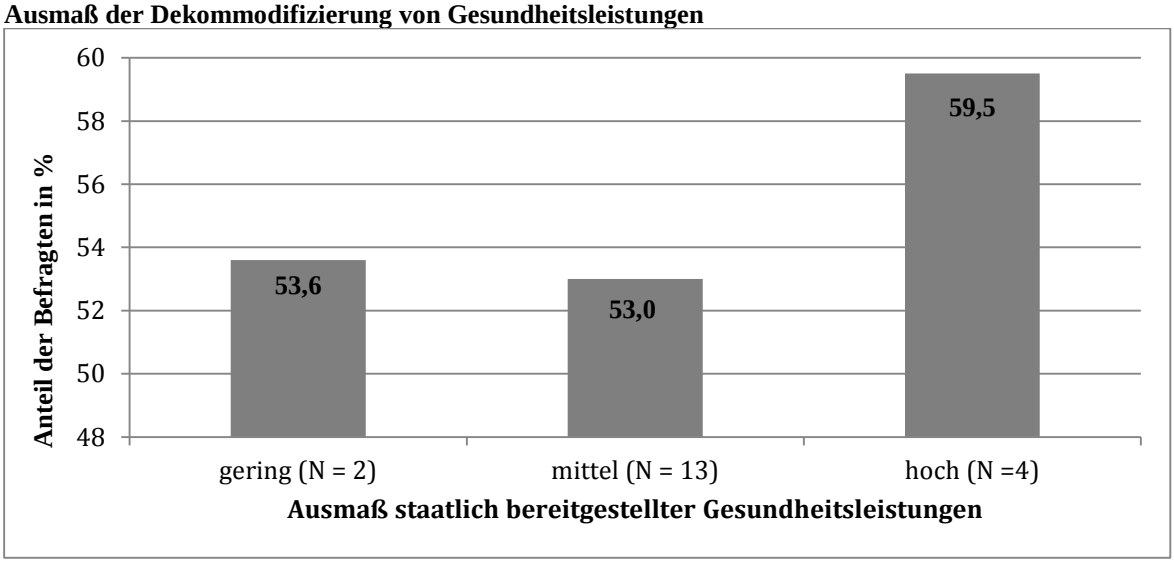
Abbildung 4: Durchschnittlicher Anteil der Befragten mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp



N = 19

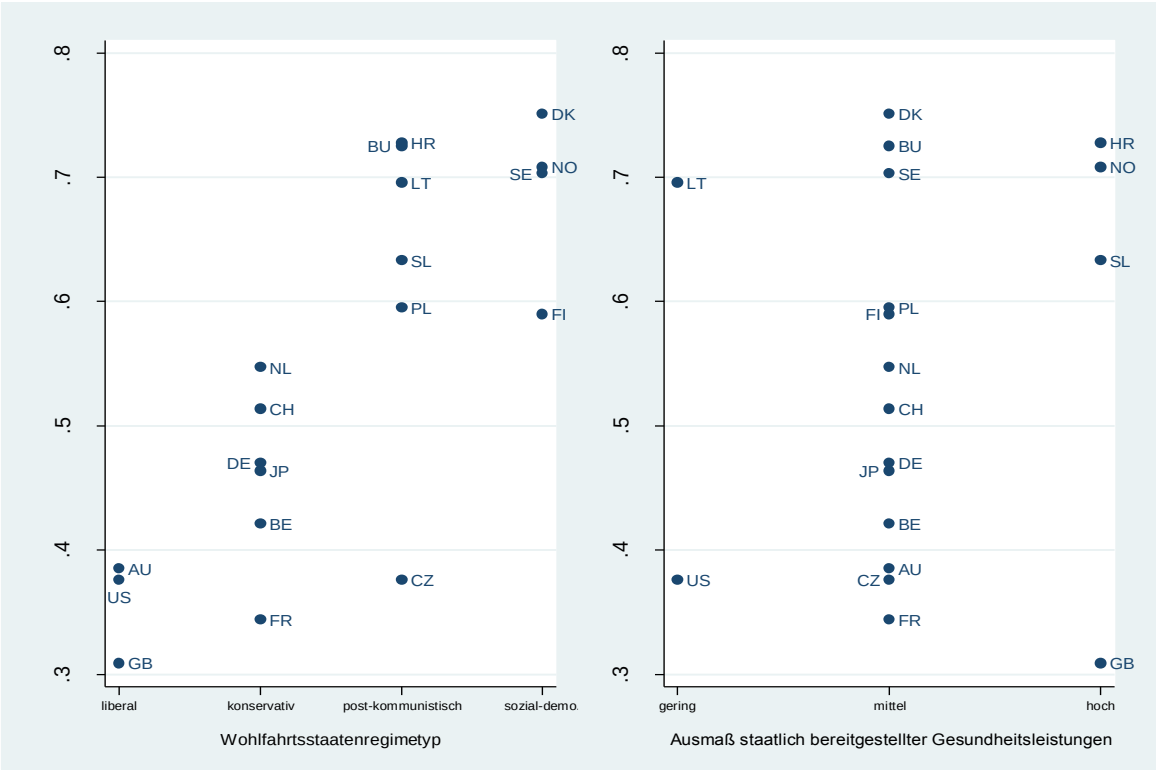
Neben dem Wohlfahrtsstaatenregimetyp könnte auch das Ausmaß an staatlich bereitgestellten öffentlichen Gesundheitsleistungen im Zusammenhang mit den Divergenzen hinsichtlich der Verteilungspräferenzen der Bevölkerung auf der Makroebene stehen. Aus Abbildung 5 geht jedoch hervor, dass der durchschnittliche Bevölkerungsanteil mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz in Staaten mit einem geringen oder mittleren Ausmaß an bereitgestellten Gesundheitsleistungen beinahe identisch ausfällt. Abbildung 6 (rechts) visualisiert die Ursache. Während der Bevölkerungsanteil mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz in den USA sehr gering ausfällt, ist dieser in Litauen mit 70 Prozent sehr hoch. Im Durchschnitt ergibt sich für Staaten mit einem geringen Ausmaß an bereitgestellten Gesundheitsleistungen demgemäß ein mittleres Niveau an Befragten mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Betrachtung jener Staaten mit einer mittleren Dekommodifizierung an Gesundheitsleistungen. Auch hier weisen einige Staaten (Frankreich, Tschechien und Australien) einen sehr geringen und andere (Schweden, Bulgarien und Dänemark) einen besonders hohen Bevölkerungsanteil mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz auf. Im Durchschnitt ergibt sich daher auch hier ein mittleres Ausmaß an Befragten mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen.

Abbildung 5: Durchschnittlicher Anteil der Befragten mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz nach Ausmaß der Dekommodifizierung von Gesundheitsleistungen



N = 19

Abbildung 6: Bevölkerungsanteil mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp und Dekommodifizierung von Gesundheitsleistungen



Dass Befragte aus Staaten mit einem hohen Ausmaß an staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen bei Verteilungsentscheidungen über Gesundheitsressourcen durchschnittlich häufiger eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz aufweisen (Abbildung 5) als Befragte aus Staaten mit einem geringen oder mittleren Volumen an bereitgestellten Gesundheitsleistungen, ergibt sich daraus, dass der Bevölkerungsanteil mit Bedarfs- oder

Gleichheitspräferenz hier in drei von vier Staaten vergleichsweise hoch ausfällt (Abbildung 6 rechts). Dennoch sind die Länder mit dem höchsten Anteil (Dänemark und Bulgarien) der Staatengruppe mit einer mittleren Dekommodifizierung von Gesundheitsleistungen zuzuordnen. Es scheint demnach kein systematischer Zusammenhang zwischen der Dekommodifizierung von Gesundheitsleistungen und den gesellschaftlichen Verteilungspräferenz zu bestehen.

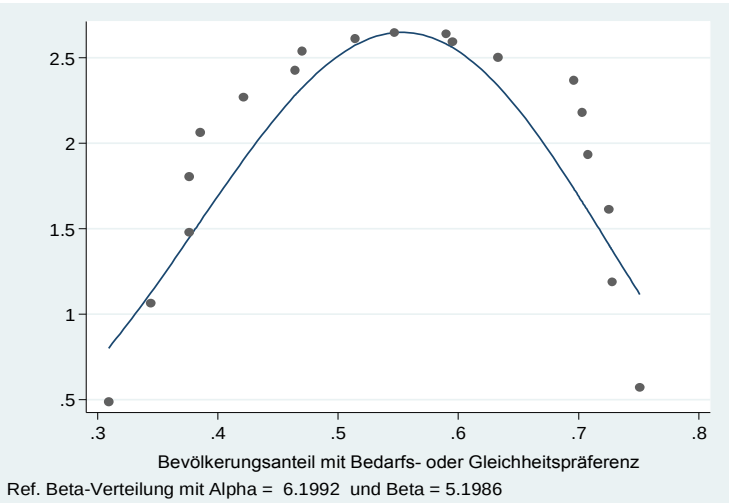
9.1.2 Multivariate Analyse

Nachdem im vorherigen Abschnitt zunächst mittels deskriptiver Statistik untersucht wurde, ob die empirischen Daten die unter Hypothesenblock 1a formulierten Annahmen stützen, werden im vorliegenden Abschnitt inferenzstatistische, multivariate Verfahren zur Hypothesenprüfung verwendet. Im Rahmen der Auswertung wird dabei zunächst auf die Regressionsdiagnostik und den Modellfit eingegangen, bevor die Ergebnisse der multivariaten Analyse dargestellt werden.

Regressionsdiagnostik

Für die multivariate Analyse wurde das statistische Verfahren der Beta-Regression verwendet (siehe Kapitel 8.2.1). Um zu prüfen, ob die im Rahmen der vorliegenden Makroanalyse verwendeten Daten betaverteilt sind, wurde ein Wahrscheinlichkeitsdichteplot für eine Betaverteilung mit den Formparametern (aus dem englischen shape parameter) (Alpha und Beta) des Nullmodells erstellt (Abbildung 7).

Abbildung 7: Test auf Betaverteilung der Daten (Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz)

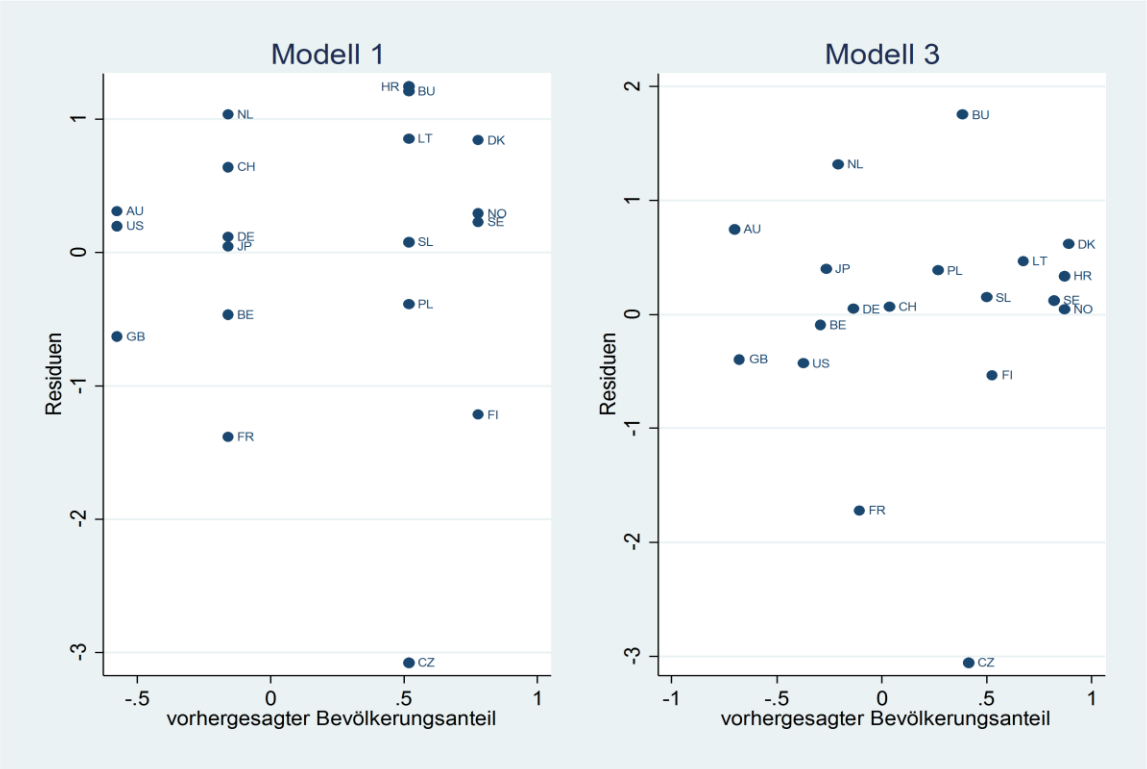


Berechnungen beruhen auf Nullmodell von Tabelle 13

Obwohl nicht alle Datenpunkte auf der Vergleichsverteilung liegen, erfasst die theoretische Betaverteilung im Wesentlichen die empirischen Daten, sodass auf Makroebene von einer Betaverteilung des Bevölkerungsanteils mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz ausgegangen werden kann und sich die Beta-Regression folglich als geeignetes multivariates Analyseverfahren erweist.

Mittels Abbildung 8, in welcher die Residuen gegen die durch das Modell vorhergesagten Bevölkerungsanteile mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz geplottet wurden, lässt sich prüfen, ob die Linearitäts- und Homoskedastizitätsannahmen zwischen der abhängigen und den unabhängigen Modellvariablen erfüllt sind. Sowohl die Residuen für Modell 1 als auch jene für Modell 3 streuen unabhängig vom Wert des vorhergesagten Bevölkerungsanteils zufällig um Null, sodass kein systematischer Zusammenhang zwischen den vorhergesagten Ausprägungen und den Fehlertermen zu erkennen ist. Folglich kann davon ausgegangen werden, dass die Varianz der Fehler für sämtliche vorhergesagten Bevölkerungsanteile mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz in etwa gleich ausfällt und sich die abhängige Variable durch eine lineare Funktion der unabhängigen Variable beschreiben lässt (Kohler & Kreuter 2008: 212; Wenzelburger et al. 2014: 29).

Abbildung 8: Residuen vs. vorhergesagte Werte für Bevölkerungsanteil mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz



Berechnungen beruhen auf Modell 1 und 3 Tabelle 13

Eine weitere Voraussetzung für die Berechnung von multiplen Regressionsmodellen besteht im Ausschluss von Multikollinearität zwischen den unabhängigen Modellvariablen. Die vorgenommene Multikollinearitätsprüfung basiert auf der Berechnung des Varianzinflationsfaktors (VIF). Obwohl die Multikollinearität mit Zunahme der Modellprädiktoren steigt, erreicht der VIF in keinem der Modelle (Tabelle 13) einen Wert der als kritisch (größer 10) anzusehen wäre (Field 2009: 224).

Modellfit

Zur Beurteilung der Anpassungsgüte wurden Likelihood-Ratio-Tests (LR-Test) durchgeführt und für jedes Modell das korrigierte Pseudo R^2 nach McFadden berechnet. Auf Basis beider Berechnungen zeigt sich bei Betrachtung von Tabelle 13, dass Modell 1 einen besseren Modellfit erreicht als die Modelle 2 und 3. Während Pseudo R^2 in Modell 1 noch 72.1 Prozent beträgt, nimmt dieser Wert in den folgenden Modellen erheblich ab. Zurückzuführen ist dies darauf, dass die zusätzlichen Prädiktoren in Modell 2 und 3 keinen Beitrag zur Aufklärung der Varianz in der abhängigen Variable beisteuern. Da bei der Berechnung des korrigierten Pseudo R^2 die Anzahl der Modellprädiktoren berücksichtigt wird, sinkt der berechnete Wert, wenn die zusätzlichen Prädiktoren nichts zur Erklärungskraft des Modells beitragen

Zum gleichen Ergebnis führt die Betrachtung der Likelihood-Ratio-Tests in Tabelle 13. Zwar führen alle drei Modelle, im Vergleich zum Nullmodell, zu einem signifikant besseren Modellfit, jedoch zeigen die LR-Test, in welchen die Modelle gegen das jeweils vorherige Modell getestet wurden, dass durch die zusätzlichen Prädiktoren in den Modellen 2 und 3 keine verbesserte Erklärungskraft erzielt wird. Für die Darstellung der Ergebnisse werden daher primär die Berechnungen aus Modell 1 herangezogen.

Ergebnisse der multivariaten Analyse

Der Varianzanteil zwischen den Verteilungspräferenzen der Befragten, welcher auf die Länderebene entfällt, beträgt 6.3 Prozent.[97] In Tabelle 13 werden verschiedene Spezifikationen des Beta-Regressionsmodells berechnet, um diese Varianz zwischen den 19

[97] Der Varianzanteil der auf die Länderebene entfällt, wurde durch ein logistisches Regressionsmodell berechnet, welches nur die Verteilungspräferenzen und die N-1 Länderdummys enthielt.

Staaten aufzuklären.[98] Modell 1 inkludiert dabei lediglich die Dummy-Variablen für die Wohlfahrtsstaatenregimetypen. Die Referenzgruppe (Baseline) bilden die liberalen Staaten.

Tabelle 13: Beta-Regression, Einflussfaktoren Bevölkerungsanteil mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
WST (Ref. liberal)			
postkommunistisch	2.983***	3.179***	4.388***
	[1.839,4.842]	[1.966,5.140]	[2.278,8.452]
sozialdemokratisch	3.870***	4.465***	4.460***
	[2.275,6.584]	[2.546,7.831]	[2.284,8.710]
konservativ	1.516	1.834*	1.695
	[0.939,2.448]	[1.059,3.175]	[1.002,2.867]
Dekommodifizierung Gesundheitsleistungen (Ref. gering)			
mittel		0.711	1.020
		[0.401,1.263]	[0.508,2.049]
hoch		0.874	1.089
		[0.488,1.564]	[0.573,2.069]
Anteil Ausgabe Gesundheitssystem an Gesamtregierungsausgaben			2.565 [0.622, 10.58]
Arbeitslosenquote			1.696
			[0.759,3.787]
GDP pro Kopf in 1000 US$			1.007
			[0.989,1.025]
Baseline	0.563** [0.379,0.836]	0.654 [0.390,1.095]	0.451 [0.234,0.869]
N	19	19	19
Korrigiertes Pseudo R^2 (McFadden)	0.721	0.607	0.442
VIF	1.98	2.52	5.03
LR Test (Nullmodell)	$Chi^2(3)20.87^{***}$	$Chi^2(5)22.50^{***}$	$Chi^2(8)25.13^{**}$
LR-Test (M vs. M-1)	$Chi^2(3)20.87^{***}$	$Chi^2(2)1.65$	$Chi^2(3)2.63$

Einträge sind Relative Proportion Ratios (RPR), 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

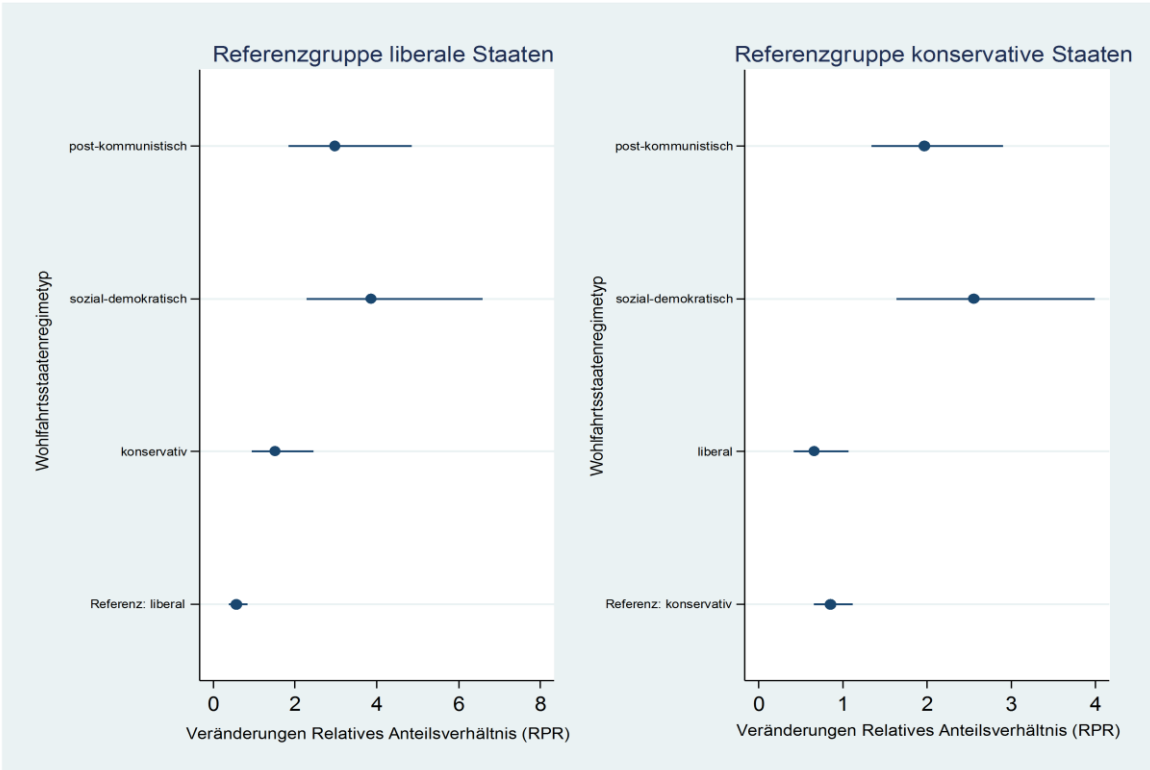
Aus Modell 1 Tabelle 13 geht hervor, dass sich das durchschnittliche relative Anteilsverhältnis zwischen Befragten mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz und Befragten ohne diese Präferenzen in liberalen Staaten auf 0.563 beläuft. Dieses erhöht sich in postkommunistischen Staaten um durchschnittlich 298 Prozent und in sozialdemokratischen Staaten um 387 Prozent ($p < 0.001$). Ausgedrückt in vorhergesagten Bevölkerungsanteilen bedeutet dies, dass sich der Bevölkerungsanteil mit einer Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz in liberalen Staaten auf durchschnittlich 36 Prozent beläuft und sich dieser in postkommunistischen um 26.7 Prozent und in sozialdemokratischen Staaten um 32.5 Prozent erhöht (Tabelle 14).

Auch in konservativen Staaten ist das relative Anteilsverhältnis durchschnittlich höher als in liberalen Staaten, jedoch erweist sich dieser Effekt als nicht signifikant.

[98] Die linearen Regressionsmodelle befinden sich in Tabelle 37 im Anhang.

Abbildung 9 visualisiert darüber hinaus, dass sich das Konfidenzintervall für konservative Staaten mit dem der liberalen Staaten überschneidet. Demgegenüber geht aus der linken Grafik in Abbildung 9 hervor, dass sich die Konfidenzintervalle der postkommunistischen und sozialdemokratischen Saaten nicht mit dem der konservativen Staaten überschneiden. Folglich unterscheiden sich sowohl das relative Anteilsverhältnis zwischen konservativen und sozialdemokratischen als auch jenes zwischen konservativen und postkommunistischen Staaten signifikant.[99]

Abbildung 9: Veränderungen des relativen Bevölkerungsanteils mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp



95 % Konfidenzintervall; Berechnungen beruhen auf Modell 1 Tabelle 13

Tabelle 14: Veränderungen im vorhergesagten Bevölkerungsanteil mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp[100]

	vorhergesagter Anteil	diskrete Veränderung
WST (Ref. liberal)	0.360	-
postkommunistisch	0.627	0.267
sozialdemokratisch	0.685	0.325
konservativ	0.460	0.100

Berechnungen des vorhergesagten Bevölkerungsanteils beruhen auf Regressionsschätzungen von Modell 1 Tabelle 13.

[99] Der relative Bevölkerungsanteil mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz fällt in postkommunistischen Ländern durchschnittlich 197 Prozent und in sozialdemokratischen Staaten 255 Prozent höher aus als in konservativen Staaten, wo sich der relative Bevölkerungsanteil im Durchschnitt auf 0.85 beläuft. Beide Effekte weisen eine Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 1 Prozent auf.

[100] Berechnungen beruhen auf Regressionsschätzungen von Modell 1 Tabelle 13.

Modell 2 Tabelle 13 enthält zusätzlich zu den Wohlfahrtsstaatenregimetypen auch Dummy-Variablen für das Ausmaß an staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen. Die Referenzgruppe wird dabei von Staaten mit einer geringen Dekommodifizierung von Gesundheitsleistungen gebildet. Wie bereits durch die deskriptive Analyse zu vermuten war, zeigt auch die multivariate Untersuchung, dass kein systematischer Zusammenhang zwischen dem Umfang an staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen und dem Bevölkerungsanteil mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz zu bestehen scheint.[101]

Modell 3 beinhaltet zusätzlich zum Wohlfahrtsstaatenregimetyp und zum Ausmaß der staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen drei weitere länderspezifische Prädiktoren, welche im Rahmen der Makroanalysen als Kontrollvariablen fungieren. Wie bereits bei der Interpretation des Modellfit angemerkt, kann keine dieser drei Variablen etwas zu der Erklärungskraft des Modells beitragen. Darüber hinaus erlangt keiner der Prädiktoren statistische Signifikanz, während die signifikanten Effekte für postkommunistische und sozialdemokratische Staaten stabil bleiben.

Basierend auf diesen Ergebnissen lässt sich konstatieren, dass der Bevölkerungsanteil mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz in postkommunistischen und sozialdemokratischen Staaten durchschnittlich höher ausfällt als in liberalen und konservativen Staaten. Darüber hinaus lässt sich kein signifikanter Unterschied zwischen liberalen und konservativen Staaten hinsichtlich des Bevölkerungsanteils mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz feststellen, sodass Hypothese H1.2 durch die empirischen Daten gestützt wird. Die Hypothese zum Einfluss des Umfangs an staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen auf die Verteilungspräferenzen der Bevölkerung (H1.3) lässt sich hingegen nicht stützen.

Von den 6.3 Prozent der Varianz in den Verteilungspräferenzen der Bevölkerung, welche auf die Länderebene entfallen, konnten 72.1 Prozent durch die Makroanalyse erklärt werden. Welche individuellen Faktoren dazu beitragen, die auf der Individualebene bestehende Varianz in den Verteilungspräferenzen der Befragten zu erklären, wird im Rahmen der anschließenden Mikroanalysen untersucht.

[101] Diese Schlussfolgerung wird auch durch die Betrachtung des Modellfit in Modell 2 verglichen mit Modell 1 gestützt. Dennoch sollte bei der Interpretation dieses Ergebnisses berücksichtigt werden, dass die Varianz hinsichtlich der Dekommodifizierung von Gesundheitsleistungen zwischen den Befragungsländern gering ausfällt. So geht aus Abbildung 6 (rechts) hervor, dass sich 13 der 19 Analyseländer in der mittleren Kategorie befinden.

9.2 Mikroanalyse

Die Mikroanalyse zu den Verteilungspräferenzen der Befragten erfolgt in zwei Schritten. Dabei wird zunächst separat für jedes Befragungsland analysiert, wie sich die individuellen Faktoren auf die Verteilungspräferenzen der Bevölkerung innerhalb der einzelnen Befragungsländer auswirken (Tabelle 15). Im Anschluss daran wird auf Basis von ländervergleichenden Analysen geprüft, ob sich die Divergenzen in den Verteilungspräferenzen der Befragten auf die unter Hypothesenblock 2a formulierten Annahmen zurückführen lassen (Tabelle 16 Modell 1 bis Modell 3).

Sowohl die Länder- als auch die ländervergleichenden Analysen setzten sich aus drei Untersuchungsstufen zusammen. Dabei werden die Modelle zunächst einer Regressionsdiagnostik unterzogen. Im zweiten Schritt wird die Anpassungsgüte der berechneten Regressionsmodelle beurteilt und im letzten Teil werden die Ergebnisse der Analyse dargestellt.

9.2.1 Länderanalysen

Regressionsdiagnostik

Im Rahmen der Regressionsdiagnostik wurde geprüft, ob die 19 Ländermodelle richtig spezifiziert wurden und ob ein kritisches Ausmaß an Multikollinearität zwischen den Modellprädiktoren vorliegt.

Die Modellspezifikationen wurden mithilfe des Linktestes geprüft.[102] Der Linktest wurde für sämtliche Ländermodelle berechnet und ist im unteren Teil von Tabelle 15 abgebildet. Der Linktest zeigt für vier (Bulgarien, Litauen, Polen und Niederlande) der 19 Länder Werte an, welche darauf schließen lassen, dass keine optimale Modellspezifikation vorliegt. Diese vier Länder werden daher von den Länderanalysen ausgeschlossen. Für die übrigen 15 Länder kann basierend auf den Ergebnissen des Linktestes hingegen ein linearer Zusammenhang zwischen Prädiktoren und Logit-Werten unterstellt werden.

Zur Aufdeckung einer möglichen Multikollinearität zwischen den unabhängigen Modellvariablen wurde für jedes Ländermodell der VIF berechnet. Die Ergebnisse sind

[102] Der Linktest generiert auf Basis des zuvor berechneten Modells zwei Variablen. Zum einem die lineare Vorhersage der linear kombinierten Prädiktoren (hat) und zum anderen das Quadrat die Prädiktoren (hatsq). Bei einem korrekt spezifizierten Modell sollte die vorhergesagte Linearkombination der Prädiktoren signifikant ausfallen, während das Quadrat dieser Prädiktoren nicht oder kaum signifikant werden sollte (Wenzelburger 2014: 85).

ebenfalls im unteren Teil von Tabelle 15 abgebildet und zeigen, dass in keinem der Modelle ein kritisches Ausmaß an Multikollinearität besteht.

Modellfit

Zur Beurteilung der Anpassungsgüte werden die Fläche unter der ROC-Kurve (AUC)[103] und LR-Tests gegen das Nullmodell verwendet. Beide Werte sind für jedes Ländermodell im unteren Teil von Tabelle 15 abgebildet. Der LR-Test verweist darauf, dass das spezifizierte Regressionsmodell für Polen und Bulgarien keine bessere Anpassungsgüte aufweist als das Nullmodell. Beide Länder sind jedoch bereits aufgrund der nicht erfüllten Linearitätsannahme (siehe Regressionsdiagnostik) zwischen Prädiktoren und Logit-Werten von den weiteren Analysen zu den Verteilungspräferenzen der Bevölkerung ausgeschlossen worden.

Der AUC-Wert variiert zwischen 64.1 (Deutschland) und 76.3 (Schweden) Prozent. Die Erklärungskraft der Prädiktoren schwankt demnach stark zwischen den verschiedenen Befragungsländern. Insgesamt ist die Wahrscheinlichkeit für eine richtige Klassifizierung der Verteilungspräferenzen jedoch nur in sieben (USA, Kroatien, Slowenien, Frankreich, Dänemark, Finnland und Schweden) der 15 Staaten größer als 70 Prozent, sodass die Anpassungsgüte für acht (Australien, Großbritannien, Tschechien, Belgien, Deutschland, Japan, Schweiz und Norwegen) der 15 Staaten als unzureichend anzusehen ist.

Ergebnisse Länderanalysen

Tabelle 15 beinhaltet für jedes Befragungsland das vollständige logistische Regressionsmodell zur Erklärung der bestehenden Divergenzen in den Verteilungspräferenzen der Bevölkerung. Das Modell setzt sich aus drei Gruppen von Variablen zusammen. Die erste Variablengruppe bilden die Indikatoren, mithilfe derer der Einfluss des Eigeninteresses auf die Verteilungspräferenzen der Bevölkerung getestet wird. Der zweite Variablenblock enthält jene individuellen Kontextfaktoren, welche in der Literatur im Zusammenhang mit den Verteilungspräferenzen diskutiert werden. Die letzten

[103] Die ROC-Kurve „plots the probability of detecting true signal (sensitivity) and false signal (1 – specificity) for an entire range of possible cutpoints“ (Hosmer & Lemeshow 2000: 160). Die Fläche unter der ROC-Kurve gibt dabei an, wie gut das Modell geeignet ist, um zwischen Befragten mit und Befragten ohne Gleichheits- und Bedarfspräferenzen zu differenzieren. Je besser das Modell zur Differenzierung geeignet ist, desto größer ist die Fläche unter der ROC-Kurve. Werte zwischen 0.7 und 0.8 bezeichnen Hosmer und Lemeshow (2000: 162) dabei als akzeptable Differenzierung.

fünf Prädiktoren erfassen subjektive Erfahrungen, Einstellungen und Überzeugen der Befragten in Bezug auf das Gesundheitssystem und dienen im Rahmen der multivariaten Analysen als Kontrollvariablen.

Wie bereits aufgrund der enormen Divergenzen in Bezug auf die Anpassungsgüte ersichtlich wird, lässt sich die Varianz in den Verteilungspräferenzen der Bevölkerung durch die Modellprädiktoren in einigen Staaten besser erklären als in anderen. Dies äußert sich folglich ebenfalls in dem Zusammenhang, dass diese Prädiktoren in einigen Staaten in einem signifikanten Zusammenhang mit den Verteilungspräferenzen der Bevölkerung stehen, während die gleichen Faktoren in anderen Staaten keinen Einfluss auf die abhängige Variable ausüben. Darüber hinaus wirken sich mehrere der signifikanten Prädiktoren in einigen Ländern positiv auf die Eintrittswahrscheinlichkeit für eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz aus, während in anderen Staaten die entgegengesetzte Wirkungsrichtung zu beobachten ist.

Der Einfluss der sechs Indikatoren für das Eigeninteresse variiert zwischen den Staaten erheblich. Zwei dieser Faktoren, bilden Indikatoren für den persönlichen Gesundheitszustand und wurden in die Analyse integriert, um zu analysieren, ob Befragte, welche das öffentliche Gesundheitssystem vermutlich öfter in Anspruch nehmen, signifikant häufiger eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung der gemeinsam aufgebrachten Gesundheitsressourcen unterstützen.

Die multivariate Analyse legt jedoch nahe, dass sich der Indikator chronische Erkrankung lediglich in Deutschland signifikant auf die Verteilungspräferenzen der Bevölkerung auswirkt. Jedoch lehnen chronisch Erkrankte, anders als erwartet, eine Verteilung, die auf dem Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip basiert, häufiger ab als Personen ohne chronische Erkrankung. Den zweiten Indikator mittels dessen geprüft wird, ob Befragte, die das Gesundheitssystem öfter in Anspruch nehmen, häufiger eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen präferieren, bildet der Gesundheitszustand der Befragten. Auch an dieser Stelle lassen sich lediglich in zwei Befragungsländern signifikante Effekte beobachten. Die Wahrscheinlichkeit,[104] dass Befragte, welche ihren eigenen Gesundheitszustand als schlecht bewerten, eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung präferieren, liegt in Deutschland bei 59.1 und in Australien bei 51.4 Prozent. In Australien sinkt diese Wahrscheinlichkeit für Befragte, die ihren

[104] Wenn nicht anders beschrieben, wurden für die Berechnungen der vorhergesagten Wahrscheinlichkeiten alle anderen Variablen am Durchschnitt gehalten.

Gesundheitszustand als ausgezeichnet bezeichnen, um 20 Prozent ($p < 0.01$) und in Deutschland ($p < 0.05$) um 23 Prozent.

Zwei weitere Indikatoren für das Eigeninteresse eruieren, ob sich Personen, welche ihre Gesundheit durch ihr eigenes Verhalten gefährden, häufiger für eine Bedarfs- oder Gleichheitsverteilung aussprechen als Befragte, die diese Verhaltensweisen nicht aufweisen. Dabei konnte in keinem der Länder ein signifikanter Einfluss des riskanten Alkoholkonsums auf die Verteilungspräferenzen der Befragten festgestellt werden. Demgegenüber stimmen Befragte, die angaben, Raucher zu sein, in zehn (Australien, USA, Belgien, Frankreich, Deutschland, Japan, Schweiz, Dänemark, Finnland und Norwegen) der 15 Länder signifikant häufiger für eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung der gemeinschaftlich aufgebrachten Gesundheitsressourcen als Befragte, die konstatierten, nicht zu rauchen. Besonders stark gestaltet sich der Unterschied in den Verteilungspräferenzen zwischen Rauchern und Nichtrauchern in Frankreich. Hier gestaltet sich die Wahrscheinlichkeit, dass ein Nichtraucher eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen befürwortet 20 Prozent geringer als bei den Rauchern (50.6 %). Auffällig ist, dass in keinem der postkommunistischen Länder ein signifikanter Unterschied zwischen Rauchern und Nichtrauchern zu beobachten ist.[105]

Hinsichtlich des Einflusses des Haushaltseinkommens auf die Verteilungspräferenzen, lässt sich lediglich für zwei Staaten ein signifikanter Einfluss auf die Verteilungspräferenz aufzeigen. Dieser verläuft jedoch sowohl in Australien als auch in Großbritannien entgegen der erwarteten Richtung. So steigt die Chance, dass eine Person eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen befürwortet, mit jeder höheren Einheit im Haushaltseinkommen (1 000 internationale Dollar) in Australien um 1 Prozent und in Großbritannien um 9.5 Prozent.

Der Erwerbsstatus lässt sich in drei Staaten in einen signifikanten Zusammenhang mit den Verteilungspräferenzen der Befragten bringen. So zeigen sich divergierende Präferenzen zwischen Hausfrauen bzw. -männern und Erwerbstätigen in Slowenien, zwischen Erwerbsunfähigen und Erwerbstätigen in Schweden und zwischen Erwerbstätigen und Studenten bzw. Auszubildenden in Deutschland. Während die Wahrscheinlichkeit, dass Erwerbstätige in Schweden eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz aufweisen, 68.1 Prozent beträgt, steigt diese für Erwerbsunfähige auf 95.2 Prozent an. In Deutschland sprechen sich

[105] Im Rahmen der Cross-Level-Analysen wird daher analysiert, ob hier ein signifikanter Interaktionszusammenhang auf die Verteilungspräferenz der Bevölkerung besteht.

Erwerbstätige mit einer Wahrscheinlichkeit von 45.7 Prozent für eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen aus. Diese Wahrscheinlichkeit erhöht sich für Studierende oder Auszubildende um mehr als 20 Prozent. In Slowenien beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass sich Erwerbstätige für eine Verteilung basierend auf dem Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip aussprechen 61.2 Prozent. Demgegenüber liegt die Wahrscheinlichkeit für Hausfrauen bzw. -männer bei lediglich 27.5 Prozent.

Das Geschlecht steht in 5 der 15 Länder in einem signifikanten Zusammenhang zu den Verteilungspräferenzen der Bevölkerung. In vier dieser Länder (Norwegen, Schweden, Japan und Frankreich) präferieren Frauen häufiger eine auf dem Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip basierende Verteilung von Gesundheitsressourcen als Männer. Ein besonders deutlicher Geschlechtereffekt lässt sich in Norwegen beobachten. Hier beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Frau eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung unterstützt, 76.2 Prozent während Männer lediglich eine 67.2 prozentige Wahrscheinlichkeit aufweisen. In der Schweiz zeigen Männer hingegen häufiger eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz als Frauen.

Der Einfluss des erwarteten Generationseffektes hinsichtlich der Verteilungspräferenzen lässt sich lediglich in Japan beobachten. Hier ist die Chance, dass Befragte über 60 Jahre eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz aufweisen, 44.6 Prozent geringer als für Jüngere.

Der Bildungsgrad der Befragten wirkt sich in den USA, Japan, Finnland, Norwegen und Schweden auf die Verteilungspräferenz der Befragten aus. Dabei verläuft die Richtung des Zusammenhangs jedoch lediglich in Japan in Übereinstimmung zur formulierten Erwartung. So ist die Wahrscheinlichkeit für eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz für Befragte mit einem mittleren Bildungsniveau 8.4 Prozent größer als für Akademiker. In den übrigen Staaten wirkt sich der Bildungsabschluss hingegen positiv auf die Wahrscheinlichkeit für eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz aus.

Das Vertrauen der Befragten in das staatliche Gesundheitssystem geht in neun (Australien, Kroatien, Tschechien, Slowenien, Frankreich, Japan, Schweiz, Finnland und Schweden) der 15 Staaten mit einer erhöhten Chance für eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz der Befragten einher.

In sieben der 15 Staaten weisen Befragte, welche sich dafür aussprechen, dass die Regierung lediglich eine medizinische Grundversorgung bereitstellen sollte, eine signifikant geringere Chance für eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz auf. Besonders stark gestaltet sich dieser Effekt in Finnland. Hier ist die Wahrscheinlichkeit für eine Bedarfs- oder

Gleichheitspräferenz für Befragte, welche befürworten das öffentliche Gesundheitssystem auf eine Grundversorgung zu reduzieren, um 37 Prozent geringer als für Befragte, die eine erweiterte öffentliche Gesundheitsversorgung präferieren.

In Kroatien, Tschechien und Slowenien unterstützen auch Befragte, die davon überzeugt sind, dass Erkrankungen häufig selbstverschuldet werden, signifikant häufiger eine Verteilung basierend auf dem Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip als Befragte, welche diese Ansicht nicht teilen. In Schweden und Finnland verläuft dieser Effekt hingegen entgegengesetzt.

Befragte, die gewillt sind, höhere Steuern zu entrichten, um die Gesundheitsversorgung für alle Bürger zu verbessern, weisen in zehn der 15 Staaten eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz auf. Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass dieser Indikator in keinem der postkommunistischen Staaten in einem signifikanten Zusammenhang zu den Verteilungspräferenzen der Bevölkerung steht, während dieser in allen liberalen und in fast allen konservativen Staaten (außer Japan) und fast allen sozialdemokratischen Staaten (außer Norwegen) zu beobachten ist.

In den USA, Slowenien, Belgien, Frankreich und Schweden wirkt sich auch die Überzeugung, das staatliche Gesundheitssystem sei ineffizient, negativ auf die Wahrscheinlichkeit für eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz aus. Ein besonders eindeutiger Einfluss lässt sich in Schweden beobachten. Die vorhergesagte Wahrscheinlichkeit für eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz von Befragten, die das Gesundheitssystem für ineffizient halten, ist hier um 25 Prozent geringer als für Personen, welche diese Ansicht überhaupt nicht teilen.

Rekapitulierend zeigen die Ergebnisse der Länderanalysen, dass sich die Divergenzen in den Verteilungspräferenzen der Bevölkerung in den differenten Befragungsländern nicht durch universelle Einflussfaktoren erklären lassen. Dennoch lässt die Verteilung der Signifikanz einiger Modellprädiktoren eine Systematik hinsichtlich des Einflusses der individuellen Faktoren in Abhängigkeit vom Wohlfahrtsstaatenregimetyp vermuten. Ob der Einfluss dieser individuellen Faktoren auf die Verteilungspräferenzen tatsächlich in Abhängigkeit vom Wohlfahrtsstaatenregimetyp moderiert wird, lässt sich im Rahmen der Cross-Level-Analysen explorativ untersuchen.

Zuvor wird jedoch untersucht, ob sich das Eigeninteresse, der individuelle Kontext und die Einstellungen der Befragten gegenüber dem Gesundheitssystem unabhängig vom

Befragungsland (Hypothesenblock 2a) auf die Verteilungspräferenzen der Befragten bei der Allokation von Gesundheitsressourcen auswirken.

Tabelle 15: Logistische Regression: Einflussfaktoren Bedarfs- und Gleichheitspräferenz bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen

	AU	GB	US	BG	HR	CZ	LT	PL	SL
chronische Erkrankung	1.159	0.668	1.176	0.851	0.530	0.892	3.386**	0.778	0.628
	[0.833,1.613]	[0.375,1.190]	[0.845,1.637]	[0.491,1.476]	[0.255,1.102]	[0.577,1.379]	[1.570,7.305]	[0.474,1.277]	[0.349,1.132]
eigener Gesundheitszustand	0.801*	0.914	1.028	0.861	0.907	0.899	1.052	0.827	0.869
	[0.670,0.958]	[0.716,1.166]	[0.887,1.192]	[0.650,1.140]	[0.673,1.222]	[0.737,1.097]	[0.772,1.434]	[0.618,1.107]	[0.654,1.155]
rauchen	1.711*	1.479	1.590**	1.165	1.032	1.304	1.616	1.163	1.685
	[1.088,2.688]	[0.880,2.486]	[1.118,2.262]	[0.703,1.931]	[0.601,1.772]	[0.928,1.833]	[0.888,2.939]	[0.720,1.877]	[0.934,3.039]
riskanter Alkoholkonsum	1.245	1.073	1.026	1.063	1.325	1.731	1.964	0.694	0.389
	[0.812,1.908]	[0.516,2.233]	[0.578,1.821]	[0.316,3.582]	[0.412,4.261]	[0.900,3.329]	[0.649,5.941]	[0.288,1.673]	[0.0624,2.422]
weiblich	1.273	1.072	0.958	0.738	1.136	1.012	1.213	0.770	1.372
	[0.952,1.700]	[0.689,1.666]	[0.711,1.290]	[0.469,1.163]	[0.672,1.919]	[0.729,1.403]	[0.717,2.050]	[0.487,1.218]	[0.829,2.271]
älter als 60 Jahre	0.847	0.594	1.310	1.049	0.960	0.496	1.099	0.975	1.406
	[0.567,1.264]	[0.261,1.356]	[0.866,1.982]	[0.406,2.707]	[0.401,2.297]	[0.226,1.084]	[0.351,3.443]	[0.533,1.783]	[0.519,3.811]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)									
geringe Bildung	1.026	1.173	1.085	3.589	1.867	1.376	0.875	0.797	1.275
	[0.464,2.268]	[0.635,2.167]	[0.501,2.350]	[0.779,16.54]	[0.718,4.857]	[0.605,3.133]	[0.284,2.694]	[0.373,1.703]	[0.524,3.099]
mittlere Bildung	0.745	0.849	0.711*	1.052	1.201	1.645	0.895	0.603	0.978
	[0.548,1.014]	[0.519,1.389]	[0.514,0.983]	[0.665,1.665]	[0.652,2.212]	[0.985,2.749]	[0.521,1.535]	[0.345,1.055]	[0.524,1.824]
Haushaltseinkommen	1.010*	1.095*	1.002	1.042	1.260	0.947	1.498*	0.977	0.991
	[1.002,1.018]	[1.003,1.196]	[0.999,1.005]	[0.764,1.422]	[0.955,1.662]	[0.784,1.144]	[1.100,2.040]	[0.847,1.127]	[0.869,1.131]
Beschäftigungsstatus (Ref. erwerbstätig)									
Rentner	1.219	0.956	0.846	0.682	1.147	1.021	0.532	-	0.414
	[0.778,1.911]	[0.398,2.297]	[0.521,1.375]	[0.252,1.849]	[0.481,2.736]	[0.454,2.292]	[0.167,1.692]		[0.147,1.170]
erwerbsunfähig	1.389	0.651	-	1.530	-	1.426	0.449	0.743	-
	[0.605,3.192]	[0.195,2.170]		[0.289,8.095]		[0.488,4.165]	[0.0950,2.123]	[0.387,1.427]	
arbeitslos	3.005	1.069	1.140	0.771	1.926	1.894	0.759	0.850	0.299*
	[0.950,9.508]	[0.426,2.684]	[0.640,2.030]	[0.327,1.818]	[0.635,5.842]	[0.657,5.462]	[0.316,1.824]	[0.316,2.286]	[0.104,0.863]
Ausbildung/Studium	1.191	1.481	0.614	-	0.921	1.313	1.576	0.911	1.453
	[0.428,3.311]	[0.311,7.053]	[0.215,1.753]		[0.246,3.455]	[0.528,3.269]	[0.518,4.800]	[0.176,4.726]	[0.481,4.388]
Hausarbeit	0.821	1.057	0.817	1.361	1.462	-	0.267*	0.841	0.186*
	[0.392,1.719]	[0.395,2.828]	[0.482,1.387]	[0.255,7.267]	[0.343,6.224]		[0.0775,0.919]	[0.336,2.101]	[0.0370,0.935]
Wehrdienst	1.683	-	-	-	-	-	-	-	-
	[0.440,6.439]								
Andere	-	-	1.144	2.983	1.382	0.659	-	-	0.226
			[0.452,2.895]	[0.357,24.91]	[0.124,15.43]	[0.273,1.591]			[0.0204,2.508]
linke Partei gewählt	1.099	0.982	1.428*	1.164	0.635	1.188	0.993	1.247	1.536
	[0.825,1.464]	[0.623,1.549]	[1.058,1.926]	[0.654,2.074]	[0.336,1.203]	[0.799,1.768]	[0.532,1.853]	[0.545,2.854]	[0.848,2.785]
Vertrauen ins Gesundheitssystem	1.434***	1.245	1.107	1.213	1.819***	1.253*	1.575***	1.066	1.333*
	[1.215,1.692]	[0.954,1.626]	[0.947,1.294]	[0.988,1.489]	[1.408,2.351]	[1.046,1.501]	[1.205,2.058]	[0.864,1.316]	[1.015,1.750]
nur öffentliche Grundversorgung	0.890	0.742*	0.808**	1.048	0.885	1.167*	1.181	0.964	0.886
	[0.765,1.035]	[0.570,0.967]	[0.706,0.924]	[0.842,1.305]	[0.680,1.150]	[1.034,1.317]	[0.918,1.518]	[0.806,1.153]	[0.665,1.178]
Ressourcen werden verschwendet	0.869	0.886	0.788**	0.880	0.808	1.057	0.942	0.840	0.599***
	[0.751,1.006]	[0.693,1.133]	[0.683,0.910]	[0.709,1.093]	[0.632,1.033]	[0.925,1.207]	[0.714,1.243]	[0.691,1.022]	[0.458,0.783]
Krankheiten häufig selbst verursacht	1.065	1.068	0.988	1.126	1.623***	1.177*	1.229	1.104	1.364*
	[0.927,1.223]	[0.836,1.364]	[0.853,1.144]	[0.888,1.429]	[1.268,2.078]	[1.007,1.377]	[0.855,1.767]	[0.866,1.407]	[1.022,1.820]
gewillt höhere Steuern zu zahlen	1.202**	1.390***	1.582***	0.863	1.073	1.155	1.092	1.011	0.891
	[1.067,1.355]	[1.156,1.671]	[1.412,1.773]	[0.721,1.031]	[0.864,1.333]	[0.995,1.340]	[0.887,1.343]	[0.865,1.181]	[0.718,1.105]
N	942	479	1007	448	400	744	435	409	351
Korrigiertes Pseudo (McFadden) R^2	0.025	0.005	0.102	-0.041	0.038	0.017	0.025	-0.048	0.032
AUC	0.673	0.681	0.742	0.635	0.735	0.657	0.725	0.616	0.733
VIF	1.21	1.40	1.22	1.59	1.42	1.60	1.71	1.41	1.52
hat & hatsq (Linearitätstest)	0.000;0.816	0.000;0.109	0.000;0.057	0.661;0.344	0.000;0.706	0.000;0.381	0.000;0.042	0.058;0.945	0.000;0.924
LR-Test (Nullmodell)	$Chi^2(21)76.1^{***}$	$Chi^2(20)44.7^{***}$	$Chi^2(20)177.8^{***}$	$Chi^2(20)20.8$	$Chi^2(20)59.6^{***}$	$Chi^2(20)58.4^{***}$	$Chi^2(20)55.0^{***}$	$Chi^2(19)13.45$	$Chi^2(20)57.1^{***}$

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$; Die äquivalenten Berechnungen für die imputierten Daten sind in Tabelle 41 im Anhang abgebildet.

Fortsetzung Tabelle 15

	BE	FR	DE	JP	NL	CH	DK	FI	NO	SE
chronische Erkrankung	0.991	1.206	0.695*	0.979	0.925	0.920	0.851	0.975	1.206	0.876
	[0.744,1.322]	[0.911,1.595]	[0.495,0.976]	[0.665,1.441]	[0.627,1.365]	[0.589,1.436]	[0.582,1.244]	[0.629,1.513]	[0.826,1.760]	[0.525,1.460]
eigener Gesundheitszustand	1.003	0.992	0.772**	0.981	1.023	0.931	0.860	0.858	0.973	1.079
	[0.867,1.160]	[0.837,1.176]	[0.639,0.933]	[0.778,1.238]	[0.838,1.249]	[0.746,1.163]	[0.726,1.019]	[0.659,1.117]	[0.809,1.171]	[0.811,1.437]
rauchen	2.254***	2.767***	1.569**	2.291***	4.298***	1.596*	1.511*	2.136**	2.528***	1.593
	[1.660,3.060]	[2.097,3.652]	[1.142,2.155]	[1.453,3.613]	[2.660,6.944]	[1.064,2.395]	[1.006,2.271]	[1.249,3.652]	[1.596,4.004]	[0.818,3.105]
riskanter Alkoholkonsum	1.280	1.011	0.546	1.345	1.315	1.253	1.626	2.287	1.752	0.445
	[0.864,1.894]	[0.589,1.736]	[0.273,1.092]	[0.854,2.120]	[0.808,2.137]	[0.661,2.375]	[0.811,3.261]	[0.532,9.837]	[0.672,4.565]	[0.168,1.184]
weiblich	0.989	1.386*	0.985	1.570*	1.005	0.685*	1.272	1.133	1.611**	1.580*
	[0.775,1.262]	[1.078,1.783]	[0.736,1.318]	[1.049,2.348]	[0.719,1.404]	[0.483,0.971]	[0.919,1.759]	[0.757,1.695]	[1.176,2.208]	[1.023,2.441]
älter als 60 Jahre	1.006	0.586	0.742	0.554*	0.731	0.754	0.651	1.168	0.904	0.601
	[0.652,1.552]	[0.335,1.024]	[0.430,1.279]	[0.348,0.883]	[0.420,1.271]	[0.381,1.494]	[0.363,1.168]	[0.506,2.693]	[0.513,1.590]	[0.287,1.260]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)										
geringe Bildung	1.159	0.846	1.722	-	2.238	1.404	0.517	0.529	0.506*	0.811
	[0.720,1.864]	[0.556,1.286]	[0.443,6.691]		[0.843,5.944]	[0.692,2.848]	[0.247,1.078]	[0.197,1.423]	[0.293,0.873]	[0.407,1.617]
mittlere Bildung	0.883	0.862	0.739	1.450*	0.732	1.499	0.663	0.528**	0.877	0.536**
	[0.679,1.147]	[0.664,1.119]	[0.466,1.170]	[1.000,2.103]	[0.523,1.024]	[0.916,2.453]	[0.407,1.080]	[0.339,0.822]	[0.622,1.237]	[0.338,0.848]
Haushaltseinkommen	1.003	1.011	1.041	0.999	0.987	0.982	1.001	1.004	1.002	1.084
	[0.939,1.071]	[1.000,1.023]	[0.973,1.113]	[0.994,1.004]	[0.886,1.099]	[0.912,1.056]	[0.996,1.005]	[0.984,1.025]	[0.999,1.005]	[1.000,1.175]
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)										
Rentner	0.765	0.979	0.883	1.536	0.946	0.968	1.122	0.834	1.024	2.300
	[0.478,1.223]	[0.561,1.707]	[0.496,1.573]	[0.791,2.983]	[0.507,1.765]	[0.454,2.065]	[0.564,2.229]	[0.365,1.907]	[0.530,1.978]	[0.954,5.544]
erwerbsunfähig	0.850	0.509	0.924	0.995	1.298	2.544	1.039	-	1.226	12.52*
	[0.427,1.691]	[0.188,1.379]	[0.248,3.444]	[0.202,4.909]	[0.548,3.073]	[0.469,13.79]	[0.440,2.453]		[0.557,2.700]	[1.323,118.5]
arbeitslos	1.042	0.967	0.831	1.434	1.832	5.351	2.728	1.262	1.365	2.333
	[0.603,1.799]	[0.534,1.750]	[0.424,1.629]	[0.499,4.125]	[0.698,4.810]	[0.626,45.74]	[0.777,9.580]	[0.417,3.814]	[0.274,6.794]	[0.804,6.768]
Ausbildung/Studium	1.393	0.920	2.244*	1.261	1.405	0.776	1.091	1.197	0.940	1.087
	[0.690,2.811]	[0.466,1.818]	[1.207,4.173]	[0.583,2.725]	[0.516,3.826]	[0.345,1.746]	[0.616,1.932]	[0.580,2.471]	[0.499,1.771]	[0.420,2.814]
Hausarbeit	1.080	0.857	0.471	0.955	1.306	1.243	0.300	0.577	0.218	-
	[0.609,1.912]	[0.429,1.712]	[0.201,1.106]	[0.558,1.635]	[0.643,2.652]	[0.593,2.603]	[0.0430,2.094]	[0.185,1.800]	[0.0436,1.092]	
Wehrdienst	-	-	-	-	-	-	-	-	0.999	-
									[0.158,6.319]	
Andere	0.721	0.713	0.661	1.750	1.504	0.512	0.615	1.828	2.545	1.106
	[0.287,1.808]	[0.286,1.775]	[0.0519,8.418]	[0.260,11.77]	[0.509,4.448]	[0.0878,2.981]	[0.216,1.757]	[0.284,11.75]	[0.271,23.89]	[0.312,3.920]
linke Partei gewählt	0.888	1.513**	0.935	0.700	1.251	1.716*	1.639*	1.496	1.377	0.887
	[0.652,1.209]	[1.172,1.952]	[0.678,1.290]	[0.133,3.692]	[0.828,1.890]	[1.084,2.717]	[1.118,2.403]	[0.860,2.603]	[0.986,1.924]	[0.553,1.422]
Vertrauen ins Gesundheitssystem	1.148	1.306**	1.105	1.583***	1.207	1.246*	1.225	1.320*	1.169	1.305*
	[0.957,1.378]	[1.107,1.541]	[0.936,1.304]	[1.252,2.002]	[0.985,1.479]	[1.012,1.534]	[0.996,1.507]	[1.015,1.717]	[0.960,1.422]	[1.002,1.699]
nur öffentliche Grundversorgung	1.079	0.742***	0.974	0.790***	0.843*	1.022	0.803**	0.650***	0.816**	0.837
	[0.963,1.207]	[0.655,0.841]	[0.863,1.099]	[0.688,0.908]	[0.717,0.990]	[0.890,1.175]	[0.704,0.915]	[0.544,0.776]	[0.701,0.948]	[0.695,1.008]
Ressourcenverschwendung	0.818**	0.741***	0.946	0.874	0.789*	0.915	0.916	0.866	0.886	0.697**
	[0.723,0.925]	[0.660,0.832]	[0.824,1.085]	[0.751,1.017]	[0.654,0.953]	[0.750,1.115]	[0.783,1.072]	[0.706,1.062]	[0.745,1.053]	[0.558,0.870]
Krankheiten häufig selbst verursacht	0.974	0.895	0.878	0.912	0.835*	0.930	0.861	0.691**	1.053	0.690*
	[0.865,1.098]	[0.798,1.004]	[0.739,1.044]	[0.790,1.052]	[0.707,0.987]	[0.790,1.095]	[0.722,1.027]	[0.538,0.886]	[0.870,1.274]	[0.517,0.920]
gewillt höhere Steuern zu zahlen	1.356***	1.347***	1.158*	1.120	1.198*	1.236**	1.408***	1.263*	1.141	1.297**
	[1.231,1.494]	[1.218,1.490]	[1.024,1.309]	[0.944,1.329]	[1.029,1.395]	[1.079,1.417]	[1.222,1.621]	[1.042,1.531]	[0.999,1.303]	[1.081,1.555]
N	1293	1505	845	609	741	652	978	514	908	515
Korrigiertes Pseudo (McFadden) R^2	0.032	0.125	0.011	0.027	0.059	0.007	0.058	0.082	0.023	0.081
AUC	0.657	0.759	0.641	0.690	0.723	0.653	0.710	0.740	0.677	0.763
VIF	1.33	1.40	1.35	1.21	1.32	1.38	1.33	1.33	1.27	1.27
hat & hatsq (Linearitätstest)	0.000;0.915	0.000;0.485	0.000;0.108	0.000;0.348	0.000;0.019	0.000;0.845	0.000;0.623	0.000;0.888	0.006;0.312	0.000;0.127
LR-Test (Nullmodell)	$chi^2(21)50.8^{***}$	$chi^2(20)288.4^{***}$	$chi^2(21)57.2^{***}$	$chi^2(20)64.5^{***}$	$chi^2(21=104.5^{***}$	$chi^2(21)50.6^{***}$	$chi^2(21)107.55^{***}$	$chi^2(20)99.15^{***}$	$chi^2(22)70.55^{***}$	$chi^2(20)93.5^{***}$

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

9.2.2 Ländervergleichende Analyse

Die Ergebnisse der ländervergleichenden Analyse sind in Tabelle 16 Modell 1 bis Modell 3 abgebildet. Bevor die Ergebnisse der Analyse dargestellt werden, wird zunächst geprüft, ob die drei ländervergleichenden Modelle die Voraussetzungen für eine multiple Regressionsanalyse erfüllen und eine akzeptable Anpassungsgüte aufweisen.

Regressionsdiagnostik

Der Linktest (Tabelle 16) belegt, dass im ersten Modell keine ideale Modellspezifikation vorliegt. Durch die Aufnahme der individuellen Kontextfaktoren in Modell 2 wird hingegen ein linearer Zusammenhang zwischen Prädiktoren und Logit-Werten erzielt, welcher ebenfalls in Modell drei durch die zusätzliche Integration der Kontrollvariablen bestehen bleibt. Folglich lässt sich die Linearitätsannahme für die Modelle 2 und 3 annehmen. Der VIF zeigt darüber hinaus, dass in keinem der drei Modelle ein kritisches Ausmaß an Multikollinearität vorliegt.

Modellfit

Zur Beurteilung der Anpassungsgüte der berechneten Modelle werden das korrigierte R^2[106], LR-Tests und die Fläche unter der ROC-Kurve (AUC-Wert) herangezogen. Die LR-Tests zeigen, dass sich der Modellfit in allen drei Modellen besser gestaltet als im Nullmodell und das alle erweiterten Modelle eine bessere Anpassungsgüte aufweisen als die jeweils vorhergehenden Modelle. Letzteres bestätigt sich auch durch den stetigen Anstieg des korrigierten Pseudo R^2. In Modell 1, welches lediglich die Prädiktoren für den Einfluss des Eigeninteresses auf die Verteilungspräferenzen beinhaltet (Hypothesen H1.4 bis H1.9) erzielt R^2 einen Wert von 1.8 Prozent. Durch die Hinzunahme der individuellen Kontextfaktoren erhöht sich dieser leicht auf 2.1 Prozent. Modell 3, welches zusätzlich auch die persönlichen Einstellungen der Befragten gegenüber dem Gesundheitssystem enthält, erreicht mit 6.1 Prozent Varianzaufklärung den besten Modellfit. Dessen ungeachtet beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass Befragte mit einer Gleichheits- und Bedarfspräferenz durch

[106] Da niedrige Werte für R^2 in logistischen Regressionsmodellen die Norm darstellen (Hosmer & Lemeshow 2000: 167) werden die Werte für das korrigierte Pseudo R^2 ebenso wie die LR-Tests nur verwendet, um die Anpassungsgüte der verschiedenen Modellspezifikationen zu vergleichen. Für Aussagen über die Gesamtgüte eines Modells wird hingegen die Fläche unter der ROC-Kurve herangezogen.

Modell 3 auch als solche klassifiziert werden, lediglich 66 Prozent. Die für eine akzeptable Anpassungsgüte erforderliche Wahrscheinlichkeit von 70 Prozent wird erst durch die Kontrolle für die bestehenden Länderunterschiede im Fixed-Effekt-Modell (Modell 4) erreicht.

Tabelle 16: Ländervergleichende und Fixed-Effekt-Modelle: Einflussfaktoren Bedarfs- und Gleichheitspräferenz bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5
chronische Erkrankung	0.985	0.983	0.935	0.986	0.978
	[0.906,1.071]	[0.904,1.069]	[0.858,1.020]	[0.901,1.079]	[0.893,1.071]
eigener Gesundheitszustand	0.933***	0.922***	0.916***	0.935**	0.935**
	[0.896,0.972]	[0.885,0.961]	[0.877,0.956]	[0.894,0.978]	[0.893,0.979]
rauchen	1.732***	1.763***	1.882***	1.854***	1.354**
	[1.592,1.885]	[1.618,1.920]	[1.723,2.055]	[1.691,2.033]	[1.128,1.625]
riskanter Alkoholkonsum	0.971	1.028	1.069	1.184*	1.183*
	[0.851,1.109]	[0.899,1.176]	[0.931,1.228]	[1.026,1.367]	[1.023,1.367]
Haushaltseinkommen	1.005***	1.005***	1.005***	1.002*	1.003*
	[1.004,1.006]	[1.004,1.006]	[1.004,1.006]	[1.000,1.003]	[1.000,1.006]
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)					
Rentner	0.842***	0.996	0.937	0.898	0.904
	[0.770,0.922]	[0.871,1.139]	[0.816,1.075]	[0.777,1.037]	[0.781,1.046]
erwerbsunfähig	1.237*	1.364**	1.381**	1.122	1.071
	[1.012,1.511]	[1.111,1.676]	[1.116,1.708]	[0.894,1.407]	[0.852,1.346]
arbeitslos	1.163	1.194*	1.145	1.105	1.060
	[0.976,1.386]	[1.001,1.425]	[0.956,1.373]	[0.915,1.336]	[0.794,1.416]
Ausbildung/Studium	1.495***	1.561***	1.388***	1.167	1.180
	[1.259,1.774]	[1.313,1.856]	[1.162,1.659]	[0.969,1.405]	[0.978,1.423]
Hausarbeit	0.707***	0.715***	0.748**	0.841	0.857
	[0.593,0.842]	[0.597,0.856]	[0.621,0.899]	[0.695,1.018]	[0.706,1.040]
Wehrdienst/Zivildienst	0.664	0.745	0.632	0.688	0.720
	[0.269,1.637]	[0.301,1.840]	[0.247,1.616]	[0.265,1.787]	[0.276,1.877]
Andere	0.870	0.911	0.886	0.865	0.907
	[0.656,1.154]	[0.685,1.211]	[0.660,1.190]	[0.637,1.176]	[0.666,1.235]
weiblich		1.142***	1.111**	1.135**	1.429***
		[1.064,1.226]	[1.032,1.196]	[1.051,1.225]	[1.203,1.698]
älter als 60 Jahre		0.847**	0.865*	0.856*	0.843*
		[0.751,0.955]	[0.764,0.978]	[0.753,0.974]	[0.740,0.961]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)					
geringe Bildung		0.837*	0.909	0.938	0.920
		[0.730,0.960]	[0.789,1.047]	[0.805,1.093]	[0.788,1.074]
mittlere Bildung		0.780***	0.824***	0.833***	0.844***
		[0.724,0.840]	[0.763,0.890]	[0.765,0.907]	[0.775,0.920]
Vertrauen ins Gesundheitssystem			1.272***	1.275***	1.265***
			[1.222,1.324]	[1.219,1.334]	[1.209,1.323]
nur öffentliche Grundversorgung			0.907***	0.882***	0.775***
			[0.879,0.937]	[0.852,0.912]	[0.719,0.834]
Ressourcen werden verschwendet			0.747***	0.826***	0.834***
			[0.722,0.773]	[0.795,0.857]	[0.803,0.866]
Krankheiten häufig selbst verursacht			1.032	0.972	1.234***
			[0.995,1.071]	[0.935,1.010]	[1.130,1.348]
gewillt höhere Steuern zu zahlen			1.236***	1.259***	0.995
			[1.201,1.273]	[1.221,1.299]	[0.928,1.068]
Länderdummys				Ja	Ja
WST & weiblich (Ref. sozialdemokratisch)					
liberal & weiblich					0.754*
					[0.589,0.966]
konservativ & weiblich					0.760**
					[0.618,0.934]
postkommunistisch & weiblich					0.706**
					[0.555,0.898]
WST & arbeitslos (Ref. konservativ)					

liberal & arbeitslos					1.239 [0.744,2.066]
sozialdemokratisch & arbeitslos					1.544 [0.814,2.928]
postkommunistisch & arbeitslos					0.820 [0.516,1.301]
WST & Haushaltseinkommen (Ref. liberal)					
sozialdemokratisch & Haushaltseinkommen					0.998 [0.995,1.002]
konservativ & Haushaltseinkommen					0.996 [0.991,1.001]
postkommunistisch & Haushaltseinkommen					1.013 [0.949,1.082]
WST & rauchen (Ref. postkommunistisch)					
liberal & rauchen					1.124 [0.837,1.509]
konservativ & rauchen					1.668*** [1.330,2.093]
sozialdemokratisch & rauchen					1.389* [1.030,1.873]
WST & gewillt höhere Steuern zu zahlen (Ref. postkommunistisch)					
sozialdemokratisch & gewillt höhere Stern zu zahlen					1.297*** [1.171,1.438]
konservativ & gewillt höhere Stern zu zahlen					1.290*** [1.185,1.405]
liberal & gewillt höhere Steuern zu zahlen					1.418*** [1.282,1.568]
WST & nur öffentliche Grundversorgung (Ref. sozialdemokratisch)					
liberal & nur öffentliche Grundversorgung					1.042 [0.929,1.169]
konservativ & nur öffentliche Grundversorgung					1.164*** [1.065,1.273]
postkommunistisch & nur öffentliche Grundversorgung					1.391*** [1.253,1.544]
WST & Krankheiten oft selbst verursacht (Ref. postkommunistisch)					
liberal & Krankheiten häufig selbst verursacht					0.829** [0.731,0.941]
konservativ & Krankheiten häufig selbst verursacht					0.737*** [0.664,0.818]
sozialdemokratisch & Krankheiten häufig selbst verursacht					0.690*** [0.602,0.792]
N	13462	13462	13462	13462	13462
Korrigiertes Pseudo (McFadden) R^2	0.018	0.021	0.061	0.109	0.116
AUC	0.553	0.602	0.667	0.722	0.730
VIF	1.10	1.29	1.23	1.62	8.26
hat & hatsq (Linearitätstest)	0.000;0.007	0.000;0.361	0.000;0.799	0.000;0.092	0.000;0.875
LR-Test (Nullmodell)	$Chi^2(12)366.1^{***}$	$Chi^2(16)432.7^{***}$	$Chi^2(22)1192.3^{***}$	$Chi^2(40)2118.^{***}$	$Chi^2(61)2286.6^{***}$
LR-Test (M vs. M-1)	$Chi^2(12)366.1^{***}$	$Chi^2(4)66.6^{***}$	$Chi^2(6)759.6^{***}$	$Chi^2(18)925.8^{***}$	$Chi^2(21)168.5^{***}$
Hosmer-Lemeshow Test	$Chi^2(8)11.74$	$Chi^2(8)8.86$	$Chi^2(8)8.14$	$Chi^2(8)11.1$	$Chi^2(8)7.24$

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.000$; Die äquivalenten Berechnungen für die imputierten Daten sind in Tabelle 45 im Anhang abgebildet.

Ergebnisse der ländervergleichenden Analyse

Modell 3 Tabelle 16 und Abbildung 10 zeigen das vollständige Regressionsmodell für die ländervergleichende Analyse zum Einfluss der individuellen Faktoren auf die Verteilungspräferenzen der Befragten. Modell 4 enthält zusätzlich die Länderdummys (Fixed-Effekt-Modell).

Der erste Teil des 3. Modells inkludiert jene Indikatoren anhand derer die Hypothesen zum Einfluss des Eigeninteresses auf die Verteilungspräferenzen der Befragten getestet werden (H1.4 bis H1.9).

Die Prädiktoren chronische Erkrankung und allgemeiner Gesundheitszustand sind in das Modell integriert worden, um zu analysieren, ob Befragte, welche das Gesundheitssystem vermehrt in Anspruch nehmen, häufiger eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen präferieren als Befragte, welche seltener auf die gemeinschaftlich aufgebrachten Gesundheitsressourcen angewiesen sind (H1.4).

Aus Abbildung 10 und Modell 3 geht hervor, dass sich Befragte mit einer chronischen Erkrankung hinsichtlich ihrer Verteilungspräferenz nicht signifikant von Befragten ohne chronische Erkrankung unterscheiden. Demgegenüber scheint der zweite Indikator für die gesundheitliche Verfassung der Befragten in einem signifikanten Zusammenhang mit den Verteilungspräferenzen der Befragten zu stehen. Dabei sinkt die Chance, dass Befragte eine Verteilung nach Bedarf- oder Gleichheit präferieren, mit jeder besseren Einschätzung des eigenen allgemeinen Gesundheitszustandes um durchschnittlich acht Prozent. Werden sämtliche weiteren Indikatoren auf ihrem Mittelwert gehalten, ist die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz für Befragte, die ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet bezeichnen, acht Prozent geringer als für Befragte, die ihre gesundheitliche Verfassung als schlecht einstufen (Tabelle 17).[107] Dieser Effekt bleibt auch nach der Integration der Länderdummys (Modell 4) auf einem Niveau von 0.01 signifikant und stützt somit Hypothese H1.4. Da sich dieser Zusammenhang für den zweiten Indikator des Gesundheitszustandes (chronische Erkrankung) nicht aufzeigen lässt, muss H1.4 dennoch verworfen werden.

Um zu analysieren, ob sich auch Befragte, welche durch ihr eigenes Verhalten ihre Gesundheit schädigen, häufiger als Personen mit einem gesunden Lebensstil für eine

[107] Dass sich das Vorliegen einer chronischen Erkrankung nicht signifikant auf die Verteilungspräferenzen der Befragten auswirkt, lässt sich vermutlich auf die relativ hohe Korrelation (0.44) zwischen beiden Indikatoren für die gesundheitliche Verfassung der Befragten zurückführen.

bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen aussprechen (H1.5) wurde untersucht, ob sich Raucher und Personen, die regelmäßig riskante Alkoholmengen konsumieren, hinsichtlich ihrer Verteilungspräferenz signifikant von Nichtrauchern und Personen mit einem moderaten Alkoholkonsum unterscheiden. Die Ergebnisse der multivariaten Analyse erhärten, dass Raucher signifikant häufiger eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen unterstützen als Nichtraucher. Dieser Effekt lässt sich auch nach Hinzunahme der Länderdummys mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von unter ein Prozent über die Stichprobe hinaus generalisieren. Dabei beläuft sich die vorhergesagte Wahrscheinlichkeit, dass sich Raucher für eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen aussprechen auf 63.7 Prozent. Für Nichtraucher beträgt diese lediglich 48.3 Prozent (Tabelle 17).

Ein signifikanter Einfluss des riskanten Alkoholkonsums auf die Verteilungspräferenzen der Befragten lässt sich mit den vorliegenden Daten hingegen nicht aufzeigen. Möglicherweise ist dies darauf zurückzuführen, dass Menschen mit einem Alkoholproblem gewöhnlich bemüht sind, dies vor ihrer Umwelt geheim zu halten. Ein übermäßiger Alkoholismus führt häufiger als Rauchen zu einer gesellschaftlichen Stigmatisierung der Betroffenen (Soyka 2009: 94). Denkbar wäre daher, dass insbesondere Befragte, die ihren riskanten Alkoholkonsum bisher geheim halten konnten, auf diese Frage nicht wahrheitsgemäß geantwortet haben und sich daher kein Unterschied zwischen Befragten mit und ohne riskanten Alkoholkonsum feststellen lässt.

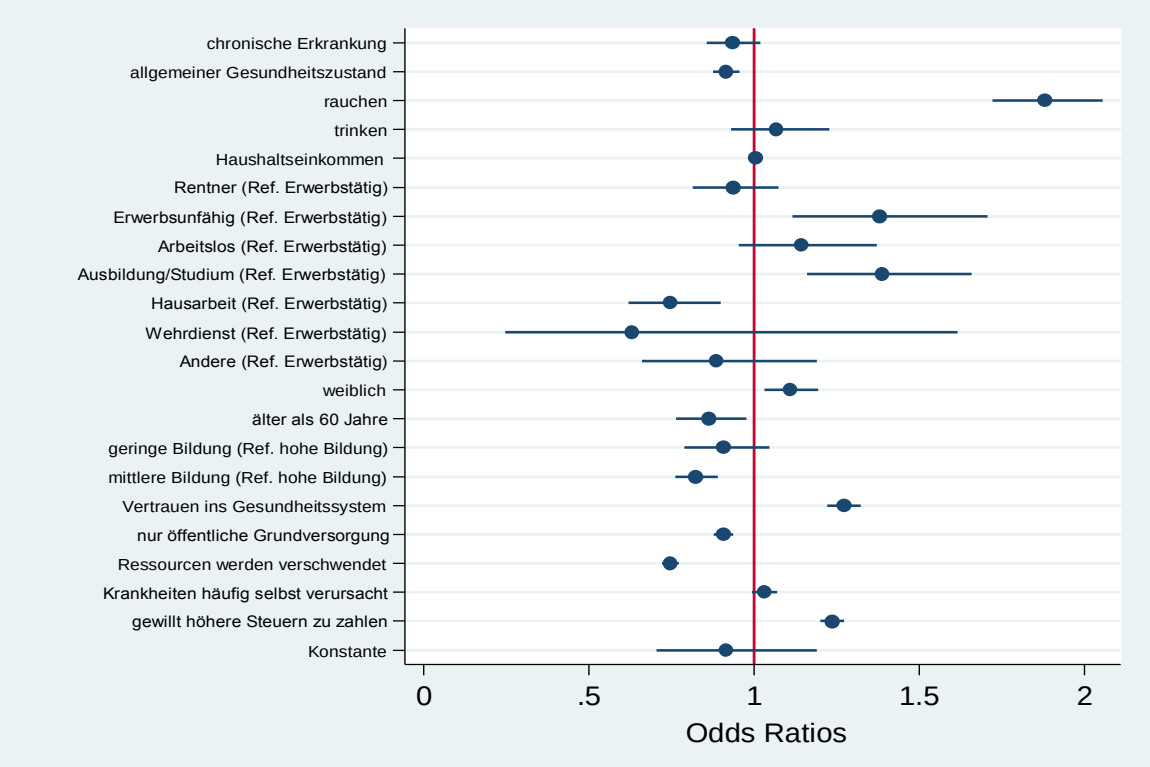
Da sich lediglich ein gesundheitsschädigendes Verhalten in Form von Nikotinkonsum signifikant auf das präferierte Verteilungsprinzip der Befragten auswirkt, lässt sich Hypothese H1.5 auf Basis der multivariaten Erkenntnisse nicht stützen. Dennoch bleibt festzuhalten, dass die Wahrscheinlichkeit, dass ein Raucher eine Verteilung in Übereinstimmung mit dem Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip präferiert, 15 Prozent höher ist als die eines Nichtrauchers.

Auch das Haushalteinkommen stellt im Rahmen der vorliegenden Analyse einen Indikator für den Einfluss des Eigeninteresses auf die Verteilungspräferenzen der Befragten dar. Anders als erwartet, zeigt Modell 3 jedoch, dass das Einkommen in einem positiven Zusammenhang mit dem Vorliegen einer Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz steht. So steigt die Chance, dass Befragte eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen befürworten, mit jeder höheren Einheit (1 000 internationale Dollar)

im Haushaltseinkommen um 0.5 Prozent. Basierend auf diesen Erkenntnissen lässt sich H1.6 mit den vorliegenden Daten nicht stützen.

Hinsichtlich des Einflusses des Erwerbsstatus zeigen Abbildung 10 und Tabelle 16 Modell 3, dass Erwerbsunfähige ebenso wie Auszubildende und Studenten eine signifikant höhere Chance besitzen, eine Bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen zu präferieren als Erwerbstätige. Demgegenüber lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen anderen Empfängern von Transferleistungen (Rentner, Arbeitslose etc.) und Erwerbstätigen feststellen.[108]

Abbildung 10: Plot Modell 3 Tabelle 16



N = 13 462; 95 % Konfidenzintervall

Basierend auf diesen empirischen Erkenntnissen lässt sich Hypothese H1.7 folglich nicht stützen. Stattdessen ist lediglich zu konstatieren, dass Erwerbsunfähige sowie Auszubildende und Studenten häufiger eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen befürworten als Erwerbstätige.

Obwohl sich keine der Hypothesen zum Einfluss des Eigeninteresses durch die empirischen Ergebnisse stützen ließ, substanziiert die Analyse dessen ungeachtet, dass einige der

[108] Hinzu kommt, dass die Chance, dass Hausfrauen oder Hausmänner eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz aufweisen im Vergleich zu erwerbstätigen Befragten um 25.2 Prozent sinkt. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass Hausfrauen und -männer keine Empfänger von Transferleistungen sind und somit von Hypothese H1.7 nicht erfasst werden.

Indikatoren für das Eigeninteresse in einem signifikanten Zusammenhang zum präferierten Verteilungsprinzip stehen. So befürworten Befragte mit einem schlechten Gesundheitszustand, Raucher und Erwerbsunfähige signifikant häufiger eine Verteilung von Gesundheitsressourcen, welche auf dem Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip beruht, als Befragte in einer besseren gesundheitlichen Verfassung, Nichtraucher und Erwerbstätige. Die prognostizierte Wahrscheinlichkeit für eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz beträgt für einen erwerbsunfähigen Raucher mit einem schlechten allgemeinen Gesundheitszustand 66.6 Prozent.

Tabelle 17: Veränderungen vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten für Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz nach individuellen Einflussfaktoren

Prädiktor	Veränderung Min ▶ Max	Marginale Veränderung
chronische Erkrankung	-0.017	-0.017
eigener Gesundheitszustand	-0.088	-0.022
rauchen	0.154	0.154
trinken	0.017	0.017
Haushaltseinkommen	0.493	0.001
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)		
Rentner	-0.016	-0.016
erwerbsunfähig	0.079	0.079
arbeitslos	0.034	0.034
Ausbildung/Studium	0.081	0.081
Hausarbeit	-0.072	-0.072
Wehrdienst/Zivildienst	-0.114	-0.114
Andere	-0.030	-0.030
weiblich	0.026	0.026
älter als 60 Jahre	-0.036	-0.036
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)		
geringe Bildung	-0.024	-0.024
mittlere Bildung	-0.048	-0.048
Vertrauen ins Gesundheitssystem	0.236	0.060
nur öffentliche Grundversorgung	-0.097	-0.024
Ressourcen werden verschwendet	-0.281	-0.073
Krankheiten häufig selbst verursacht	0.032	0.008
gewillt höhere Steuern zu zahlen	0.208	0.053

Berechnungen beruhen auf Modell 3 Tabelle 16

Demgegenüber präferieren erwerbstätige Nichtraucher mit einem ausgezeichneten Gesundheitszustand lediglich mit einer Wahrscheinlichkeit von 46 Prozent eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen.[109]

In Bezug auf den Einfluss der individuellen Kontextfaktoren untermauert die multivariate Analyse, dass sowohl Geschlecht als auch Bildungsgrad und Alter in einem signifikanten

[109] Alle anderen Prädiktoren aus Modell 3 Tabelle 16 wurden für die Berechnung der vorhergesagten Wahrscheinlichkeit an ihrem Mittelwert gehalten.

Zusammenhang zu den Verteilungspräferenzen der Befragten stehen (Tabelle 16 Modell 3 und Abbildung 10).

So unterstützen Frauen in Übereinstimmung zur theoretischen Erwartung häufiger eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen als Männer. Die vorhergesagte Wahrscheinlichkeit für eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz ist für Frauen mit 52.8 Prozent um 2.6 Prozent höher als für Männer (Tabelle 17). Dieser Einfluss bleibt auch in Modell 4 auf einen Niveau von 0.001 signifikant, sodass die Ergebnisse der multivariaten Analyse in Übereinstimmung mit H1.8 stehen.

Befragte, welche das 60. Lebensjahr bereits vollendet haben, lehnen in Übereinstimmung zu H1.9 eine Verteilung basierend auf dem Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip signifikant häufiger ab als Jüngere. Dabei sinkt die Wahrscheinlichkeit für eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz gegenüber jüngeren Befragten um 3.6 Prozent ($p < 0.05$).

Ein signifikanter Unterschied in den Verteilungspräferenzen basierend auf dem Bildungsniveau lässt sich lediglich zwischen Befragten mit einem mittleren und Befragten mit einem hohen Bildungsniveau feststellen. Darüber hinaus verläuft dieser Effekt entgegen der unter H1.10 formulierten theoretischen Erwartung. Die Chance, dass Befragte mit einem mittleren Bildungsniveau eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen befürworten, ist ausgehend von den empirischen Analysen 17 Prozent geringer als für Befragte mit einer Hochschulausbildung. Das bedeutet, dass unter sonst gleichen Voraussetzungen die Wahrscheinlichkeit für eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz bei Befragten mit einem mittleren Bildungsabschluss durchschnittlich knapp fünf Prozent geringer ist als für Befragte mit einem hohen Bildungsniveau (Tabelle 17).

Die letzten fünf Prädiktoren in Modell 3 Tabelle 16 substanziieren den Einfluss der persönlichen Einstellungen zum Gesundheitssystem auf die Verteilungspräferenzen. Ausgehend von den Ergebnissen der empirischen Analyse scheinen Befragte, welche dem Gesundheitssystem vertrauen und gewillt sind, höhere Abgaben zu entrichten, um eine bessere Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten, signifikant häufiger eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz aufzuweisen als Personen, welche kein Vertrauen ins Gesundheitssystem besitzen oder nicht gewillt sind höhere Steuern zu zahlen. Beide Effekte sind auch nach Integration der Länderdummys hochsignifikant ($p < 0.001$).

Befragte, welche hingegen postulieren, dass das öffentliche Gesundheitssystem nur eine Grundversorgung umfassen sollte oder die davon überzeugt sind, dass die

Gesundheitsressourcen im Land verschwendet werden, lehnen eine Verteilung basierend auf Bedarf oder Gleichheit signifikant häufiger ab als Befragte, welche diese Ansichten nicht teilen. So ist die vorhergesagte Wahrscheinlichkeit für Befragte, welche davon überzeugt sind, dass im Gesundheitssystem ein ineffizienter Ressourceneinsatz herrscht eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung präferieren, 7.3 Prozent geringer als für Befragte, die dieser Ansicht überhaupt nicht zustimmen (Tabelle 17).

Resümierend scheinen hochgebildete, jüngere und weibliche Befragte eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen häufiger zu befürworten als Befragte mit einem mittleren Bildungsniveau, Ältere und Männer. Dennoch scheinen die Einstellungen der Befragten gegenüber dem öffentlichen Gesundheitssystem einen größeren Einfluss auf die gesellschaftlichen Verteilungspräferenzen auszuüben als der individuelle Kontext und das persönliche Interesse der Befragten.

Inwieweit der Einfluss der individuellen Prädiktoren durch den Wohlfahrtsstaatenregimetyp moderiert wird, wird im Rahmen der nachfolgenden Cross-Level-Analyse geprüft.

9.3 Cross-Level-Analyse

Im Rahmen der Cross-Level-Analysen wird eruiert, ob der Einfluss bestimmter individueller Kontextfaktoren auf die Verteilungspräferenzen der Befragten vom Wohlfahrtsstaatenregimetyp moderiert wird. Neben der Prüfung der unter Hypothesenblock 3a formulierten Annahmen wird ferner explorativ untersucht, ob die in den Mikroanalysen beobachteten systematisch wirkenden Einflüsse einiger Prädiktoren tatsächlich vom Wohlfahrtsstaatenregimetyp moderiert werden.

Die Analyse gliedert sich in drei Stufen. Dabei erfolgt zunächst die Regressionsdiagnostik für das in Tabelle 16 abgebildete Cross-Level-Modell (Modell 5), bevor im Anschluss daran die Anpassungsgüte beurteilt und die hypothesenprüfenden sowie explorativen Cross-Level-Interaktionen hinsichtlich ihres Einfluss auf die gesellschaftlichen Verteilungspräferenzen untersucht werden.

<u>Regressionsdiagnostik</u>

Die Modellspezifikation wurde mithilfe des Linktestes geprüft und lässt den Schluss zu, dass ein linearer Zusammenhang zwischen Prädiktoren und Logit-Werten besteht. Zur Prüfung einer möglichen Multikollinearität zwischen den unabhängigen Modellvariablen wurde der

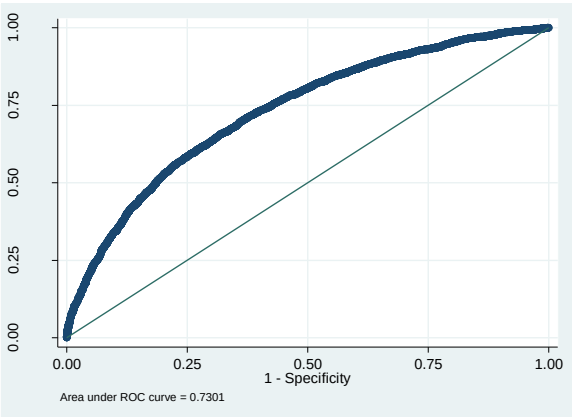
VIF berechnet. Die Werte für den VIF belegen, dass in Modell 5 kein kritisches Ausmaß an Multikollinearität besteht (Modell 5 Tabelle 16).

Modellfit

Die Beurteilung der Anpassungsgüte des Fixed-Effekt-Modells mit CLI erfolgt über den Godness of Fit Test von Hosmer und Lemeshow (2000). Basierend auf der Nullhypothese, dass das Modell korrekt spezifiziert wurde, vergleicht der Godness of Fit Test die vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten mit den beobachteten Daten. Die Ergebnisse des Testes sind in der letzten Zeile von Tabelle 16 abgebildet und zeigen, dass das Modell ebenso wie die Modelle 1 bis 4 korrekt spezifiziert wurde. Der Vergleich zwischen vorhergesagten Wahrscheinlichkeiten und beobachteten Daten lässt sich mithilfe der ROC-Kurve (Receiver Operating Characteristic) auch visuell darstellen. Abbildung 11 zeigt die ROC-Kurve für das in Tabelle 16 abgebildete Fixed-Effekt-Modell mit integrierten Cross-Level-Interaktionen. Die Fläche unter der Kurve (AUC-Wert) zeigt, dass 73 Prozent der Fälle durch das Modell richtig klassifiziert werden und der Modellfit folglich als akzeptabel bezeichnet werden kann.

Darüber hinaus zeigen der LR-Test zwischen Modell 4 und Modell 5 ebenso wie das korrigierte Pseudo R^2, dass sich die Anpassungsgüte des Modells durch die Integration der CLI signifikant verbessert hat.

Abbildung 11: ROC-Kurve Modell 5 Tabelle 16



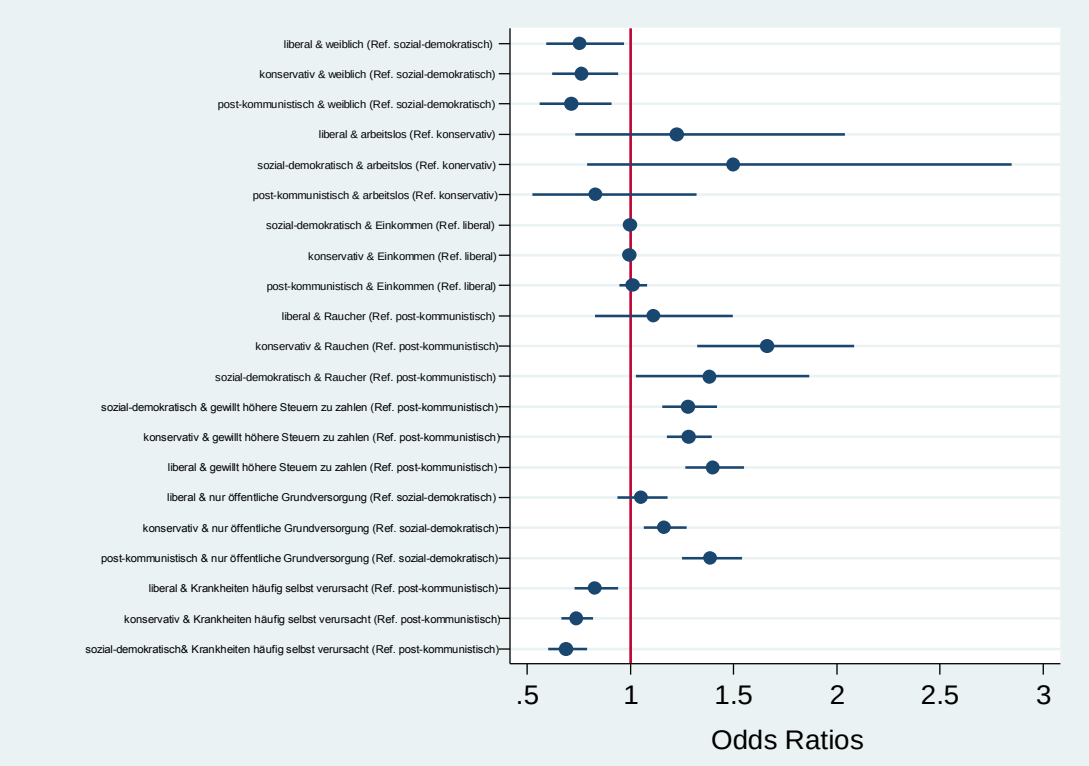
Ergebnisse der Cross-Level-Analyse

Modell 5 enthält neben den Cross-Level-Interaktionen zur Prüfung der unter Hypothesenblock 3a formulierten theoretischen Erwartungen auch explorativ zu testende Cross-Level-Interaktionen. So zeigten die im Rahmen der Mikroanalysen durchgeführten

Länderregressionen, dass einige der individuellen Prädiktoren – primär in Ländern, die einem spezifischen Wohlfahrtsstaatenregimetyp angehören – in einem signifikanten Zusammenhang mit dem präferierten Verteilungsprinzip stehen. Im Rahmen der explorativen Analyse soll nun eruiert werden, ob der Einfluss dieser Prädiktoren auf die Verteilungspräferenzen der Befragten tatsächlich vom Wohlfahrtsstaatenregimetyp moderiert wird. Die Ergebnisse der dazu notwendigen Cross-Level-Analyse sind in Abbildung 12 und in Modell 5 Tabelle 16 abgebildet. Aus Tabelle 16 Modell 5 geht hervor, dass sich das Chancenverhältnis für eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz zwischen Frauen und Männern im Vergleich zu Modell 4 stark zugunsten der Frauen erhöht hat. Dies resultiert aus dem Umstand, dass sich dieser Effekt durch die Integration der CLI zwischen Geschlecht und Wohlfahrtsstaatenregimetyp nun nur noch auf sozialdemokratische Staaten bezieht (Referenzgruppe).

In sozialdemokratischen Staaten ist die Chance, dass Frauen eine Verteilung basierend auf dem Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip präferieren, durchschnittlich 42.9 Prozent höher als für Männer. Demgegenüber ist diese Chance für Frauen in liberalen Staaten lediglich um 24.6 Prozent, in konservativen um 23.2 Prozent und in postkommunistischen Staaten um 28.8 Prozent höher als für Männer. Alle drei Effekte sind auf einem Niveau von mindestens 0.05 signifikant (Abbildung 12). In vorhergesagten Wahrscheinlichkeiten ausgedrückt, ist die Wahrscheinlichkeit, dass Männer in sozialdemokratischen Staaten eine Verteilung in Übereinstimmung zum Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip präferieren 7.2 Prozent geringer als für Frauen. Demgegenüber belaufen sich die Wahrscheinlichkeitsdifferenzen zwischen Männern und Frauen in den anderen Wohlfahrtsstaaten auf maximal 1.7 Prozent (Tabelle 18).

Abbildung 12: Plot Modell 5 Tabelle 16 für CLI



Berechnungen beruhen auf Modell 5 Tabelle 16; Länderdummys und individuelle Prädiktoren sind zum Zwecke der Übersichtlichkeit aus der Grafik entfernt worden, sind jedoch in der Berechnung enthalten gewesen.

Ausgehend von diesen Ergebnissen scheint sich das Geschlecht in sozialdemokratischen Staaten stärker auf die Verteilungspräferenzen der Bevölkerung auszuwirken als in konservativen, liberalen und postkommunistischen Staaten. Folglich stützen die empirischen Ergebnisse der Cross-Level-Analyse die Hypothese H1.12.

Tabelle 18: Vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten für Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz nach Geschlecht und Wohlfahrtsstaatenregimetyp

Wohlfahrtsstaatenregimetyp	Wahrscheinlichkeit für Frauen in %	Wahrscheinlichkeit für Männer in %	Differenz
sozialdemokratisch	55.2	48.0	7.2
liberal	52.3	51.0	1.3
konservativ	52.5	50.8	1.7
postkommunistisch	51.8	51.5	0.3

Berechnungen beruhen auf Modell 5 Tabelle 16. Um auch die geschlechtsbedingten Veränderungen in den vorhergesagten Wahrscheinlichkeiten für liberale, konservative und postkommunistische Staaten zu berechnen, ist die Referenzgruppe systematisch variiert worden.

Entgegen der in H1.11 formulierten theoretischen Erwartung lässt sich hingegen nicht zeigen, dass sich der Einfluss von Arbeitslosigkeit auf die Verteilungspräferenzen der Bevölkerung in konservativen Staaten signifikant vom Einfluss dieses Prädiktors in anderen Wohlfahrtsstaatenregimetypen unterscheidet (Abbildung 12 und Tabelle 16 Modell 5). Insofern lässt sich H1.11 mit den empirischen Ergebnissen nicht stützen.

Auch der erwartete moderierende Effekt des Wohlfahrtsstaatenregimetyps auf den Einfluss des Haushaltseinkommens lässt sich im Rahmen der Cross-Level-Analyse nicht belegen. Der Einfluss des Haushaltseinkommens auf die Verteilungspräferenzen der Bevölkerung in liberalen Staaten unterscheidet sich weder signifikant von dem in sozialdemokratischen noch von dem in konservativen sowie postkommunistischen Staaten.

Die explorative Analyse des Cross-Level-Interaktionseffektes für den moderierenden Effekt des Wohlfahrtsstaatenregimetyps auf den Einfluss des Rauchens erhärtet, dass sich Rauchen in postkommunistischen Staaten signifikant geringer auf die Chance für eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz der Befragten auswirkt als in konservativen und sozialdemokratischen Staaten. Demgegenüber lässt sich kein signifikanter Unterschied für den Einfluss des Rauchens zwischen liberalen und postkommunistischen Staaten feststellen.

In postkommunistischen Staaten ist die Chance, dass Raucher eine Verteilung basierend auf dem Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip präferieren, 35.4 Prozent höher als bei Nichtrauchern. In konservativen Staaten ist diese Chance für Raucher hingegen 135 Prozent größer als für Nichtraucher und in sozialdemokratischen Staaten haben Raucher eine 87 Prozent größere Chance eine Verteilung nach Bedarf- oder Gleichheit zu präferieren. Beide Effekte sind auf einem Niveau von mindestens 0.05 signifikant. Tabelle 19 zeigt, wie sich die Wahrscheinlichkeiten für eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz für Raucher und Nichtraucher in den verschiedenen Wohlfahrtsstaatenregimetypen gestalten. Während die Wahrscheinlichkeit hinsichtlich einer Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz in konservativen Staaten für Raucher 17.1 Prozent größer ist als für Nichtraucher, ist die Wahrscheinlichkeit für Nichtraucher in postkommunistischen Staaten lediglich 6.5 Prozent geringer als für Raucher. Ähnlich verhält es sich zwischen Rauchern und Nichtrauchern in liberalen Staaten. Auch hier ist die Wahrscheinlichkeit, dass Raucher eine Verteilung basierend auf dem Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip präferieren, lediglich acht Prozent größer als für Nichtraucher. Ausgehend von den empirischen Ergebnissen scheint sich der Effekt des Rauchens daher in konservativen und sozialdemokratischen Staaten wesentlich stärker auf die Verteilungspräferenzen der Bevölkerung auszuwirken als in postkommunistischen und liberalen Staaten.

Tabelle 19: Vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten für Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz nach Raucher/Nichtraucher und Wohlfahrtsstaatenregimetyp

Wohlfahrtsstaatenregimetyp	Wahrscheinlichkeit für Raucher in %	Wahrscheinlichkeit für Nichtraucher in %	Differenz
sozialdemokratisch	61.8	48.6	13.2
liberal	57.9	49.8	8.1
konservativ	64.7	47.6	17.1
postkommunistisch	56.7	50.2	6.5

Berechnungen beruhen auf Modell 5 Tabelle 16. Um auch die Veränderungen zwischen Rauchern und Nichtrauchern in den vorhergesagten Wahrscheinlichkeiten für liberale, konservative und sozialdemokratische Staaten zu berechnen, ist die Referenzgruppe systematisch variiert worden.

Darüber hinaus lassen die Länderanalysen vermuten, dass sich auch die Bereitschaft, höhere Steuern zum Zwecke einer besseren Gesundheitsversorgung zu entrichten, nicht in allen Wohlfahrtsstaatenregimetypen gleichermaßen auf die Verteilungspräferenzen der Bevölkerung auswirkt. Kongruierend zu dieser Annahme untermauert Modell 5, dass die Chance, dass Befragte eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz aufweisen, in postkommunistischen Staaten für Befragte, die bereit sind, höhere Steuern zu entrichten, lediglich 0.5 Prozent geringer ausfällt als für Personen, die nicht gewillt sind, höhere Steuern zu zahlen. Demgegenüber erhöht sich diese Chance in den drei anderen Wohlfahrtsstaatentypen mit zunehmender Zahlungsbereitschaft um jeweils 41.8 Prozent (liberale Staaten), 29.0 Prozent (konservative Staaten) und 29.7 Prozent (sozialdemokratische Staaten). Alle drei Effekte sind auf einem Niveau von 0.001 signifikant.

Ein signifikanter Moderatoreffekt des Wohlfahrtsstaatenregimetyps auf die Verteilungspräferenzen lässt sich auch für den Einfluss der Einstellungen der Befragten gegenüber dem Umfang an bereitgestellten öffentlichen Gesundheitsleistungen beobachten. Während die Chance für eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz mit jeder stärkeren Zustimmung zur Reduzierung der öffentlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen in sozialdemokratischen Staaten um 22.5 Prozent sinkt, nimmt diese Chance in konservativen Staaten um lediglich zehn Prozent ab ($p < 0.001$). In postkommunistischen Staaten steigt die Chance hingegen mit zunehmender Zustimmung zur Reduzierung der öffentlichen Gesundheitsleistungen um jeweils acht Prozent an ($p < 0.001$). Beide Effekte sind auf einem Niveau von 0.001 signifikant. Ein signifikanter Unterschied zwischen sozialdemokratischen und liberalen Staaten lässt sich für diesen Prädiktor hingegen nicht aufzeigen.

Aus Abbildung 12 und Modell 5 (Tabelle 16) geht zusätzlich hervor, dass sich der Einfluss der Überzeugung, Krankheiten würden häufig selbst verursacht werden, in postkommunistischen Staaten signifikant vom Einfluss in liberalen, konservativen und sozialdemokratischen Staaten unterscheidet. Während sich die Chance für eine Bedarfs-

oder Gleichheitspräferenz in postkommunistischen Staaten mit zunehmender Zustimmung um jeweils 23.4 Prozent erhöht, vergrößert sich diese Chance mit steigender Zustimmung in liberalen Staaten um lediglich 2.4 Prozent. In konservativen und sozialdemokratischen Staaten sinkt die Chance, dass Befragte eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung präferieren, hingegen mit zunehmender Zustimmung um jeweils 8.2 Prozent bzw. 13.8 Prozent.

9.4 Zusammenfassung der Erkenntnisse zu den gesellschaftlichen Verteilungspräferenzen

Nachdem in den vorangegangenen Abschnitten auf differenten Analyseebenen untersucht wurde, wie sich die divergierenden Präferenzen der Bevölkerung hinsichtlich der Verteilung von Gesundheitsressourcen erklären lassen, sollen diese Erkenntnisse im Folgenden Abschnitt erneut komprimiert dargestellt werden.

Bezüglich der Frage, welches Verteilungsprinzip die Mehrheit der Befragten bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen präferiert, ergibt die statistische Analyse, dass eine knappe Mehrheit von 51.6 Prozent eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung befürwortet, während die übrigen 48.38 Prozent eine auf dem Leistungs- oder Effizienzprinzip basierende Verteilung der gemeinschaftlich aufgebrachten Gesundheitsressourcen präferiert. Der Zustimmungsanteil zu einer bedarfs- oder gleichheitsbasierenden Allokation von Gesundheitsleistungen variiert unter den Ländern zwischen 30.9 Prozent in Großbritannien und 75.1 Prozent in Dänemark. Insgesamt spricht sich in zehn der 19 Analyseländer eine Mehrheit für eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung aus.

Die anschließende Makroanalyse, durch die analysiert worden ist, auf welche länderspezifischen Faktoren sich der Varianzanteil, welcher auf die Länderebene entfällt (6.3 %), zurückführen lässt, ergibt, dass die Wahrscheinlichkeit, dass Befragte in sozialdemokratischen und postkommunistischen Staaten eine Verteilung auf Basis des Bedarfs- oder Gleichheitsprinzips präferieren, 32.5 Prozent bzw. 26.7 Prozent größer ist als in liberalen Staaten. Darüber hinaus kann belegt werden, dass die Wahrscheinlichkeit, dass Befragte aus sozialdemokratischen und postkommunistischen Staaten eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsgütern unterstützen, signifikant höher ist als in konservativen Staaten und das sich die Wahrscheinlichkeiten für Befragte aus liberalen und konservativen Staaten nicht signifikant voneinander unterscheiden. Für die anderen

ländercharakteristischen Prädiktoren können hingegen keine signifikanten Effekte auf die Verteilungspräferenzen der Bevölkerung aufgezeigt werden. Da sich insgesamt lediglich ein Anteil von 6.3 Prozent der Varianz in den Verteilungspräferenzen der Befragten auf die Länderebene zurückführen lässt, wird mittels einer ländervergleichenden Analyse zusätzlich untersucht, in Abhängigkeit welcher individuellen Faktoren die Verteilungspräferenzen der Befragten variieren.

Bezüglich des in diesem Zusammenhang untersuchten Einflusses des Eigeninteresses auf die Verteilungspräferenzen der Befragten substantiiert die statistische Untersuchung, dass Raucher, Erwerbsunfähige und Befragte mit einem schlechten allgemeinen Gesundheitszustand eine signifikant höhere Chance aufweisen, eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen zu präferieren als Erwerbstätige, Nichtraucher und Befragte, die sich in einer guten gesundheitlichen Verfassung befinden. Hinsichtlich des Einflusses der individuellen Kontextfaktoren auf die Verteilungspräferenzen der Befragten dokumentiert die ländervergleichende Analyse, dass hochgebildete, jüngere und weibliche Befragte eine signifikant höhere Chance für eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz besitzen als Befragte mit einem mittleren Bildungsniveau, Ältere und Männer.

Den stärksten Beitrag zur Varianzaufklärung leisten in der ländervergleichenden Analyse jedoch die persönlichen Einstellungen der Befragten zum Gesundheitssystem, die in Form von Kontrollvariablen in die multivariate Analyse integriert worden sind. Dabei zeigt sich, dass sich die Chance für eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz mit zunehmenden Vertrauen in das Gesundheitssystem ebenso wie mit der steigenden Bereitschaft, höhere Steuerabgaben zu leisten, um eine bessere Gesundheitsversorgung für alle Bürger zu gewährleisten (Solidarität), erhöht. Demgegenüber sinkt die Chance für eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz umso stärker, je überzeugter die Befragten sind, dass öffentliche Gesundheitsressourcen verschwendet werden und je eindeutiger sie die Überzeugung vertreten, dass das öffentliche Gesundheitssystem lediglich eine medizinische Grundversorgung bereitstellen sollte.

Im Rahmen der Cross-Level-Analysen kann darüber hinaus verzeichnet werden, dass der Einfluss einiger individueller Prädiktoren durch die Wohlfahrtsstaatenregimetypen moderiert wird. So wirkt sich das Geschlecht der Befragten in sozialdemokratischen Staaten signifikant stärker auf die Verteilungspräferenzen der Befragten aus als in konservativen, liberalen und postkommunistischen Staaten. Ebenso kann dargelegt werden, dass sich

Raucher und Nichtraucher in postkommunistischen Staaten hinsichtlich ihres präferierten Verteilungsprinzips signifikant geringer unterscheiden als Raucher und Nichtraucher in konservativen und sozialdemokratischen Staaten. Besonders starke Divergenzen zeigen sich auch hinsichtlich des Effektes gegenüber der Bereitschaft höhere Steuern zu zahlen. So führt diese Bereitwilligkeit in postkommunistischen Staaten dazu, dass die Chance für das Vorliegen einer Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz abnimmt, während eine solche Bereitschaft in liberalen, konservativen und sozialdemokratischen Staaten zu einer erhöhten Chance für eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz führt. Darüber hinaus steigt die Chance, dass Befragte aus postkommunistischen Staaten eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen befürworten, wenn diese sich dafür aussprechen, dass das öffentliche Gesundheitssystem lediglich eine medizinische Grundversorgung umfassen soll. Im Gegensatz dazu, führt eine derartige Einstellung in sozialdemokratischen und konservativen Staaten zu einer verringerten Chance für eine Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz.

10 Gesellschaftliche Akzeptanz personenbezogener Priorisierungskriterien

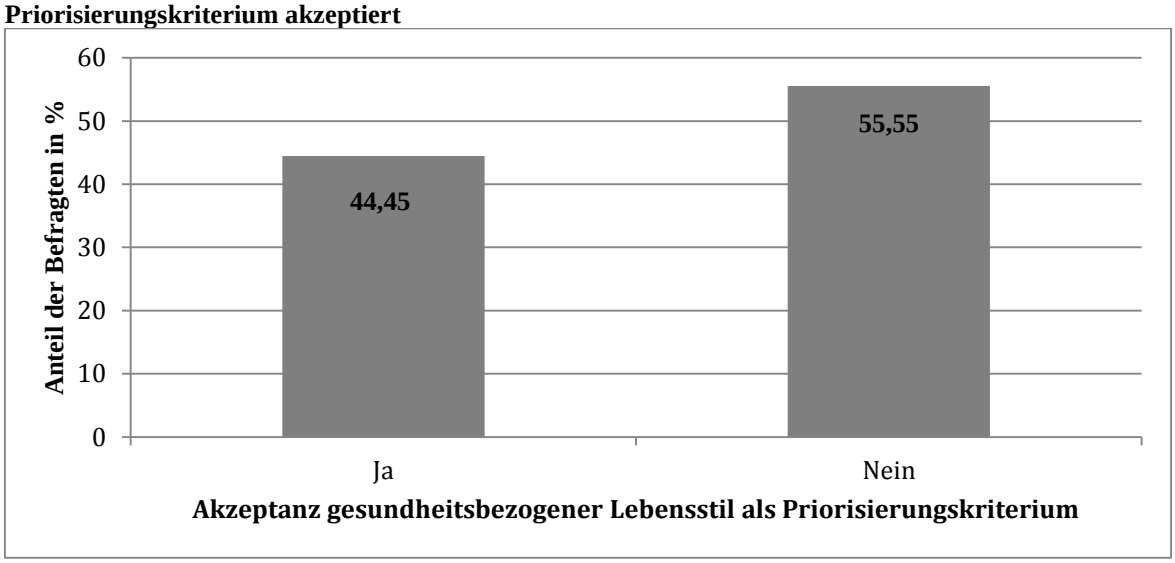
Die Analyse zur gesellschaftlichen Akzeptanz der personenbezogenen Priorisierungskriterien setzt sich für jedes der drei Kriterien aus vier Stufen zusammen.

Im ersten Teil der Analyse wird jeweils unter Verwendung deskriptiver Statistik analysiert, ob die personenbezogenen Priorisierungskriterien mehrheitliche Akzeptanz unter den Befragten erhalten. Zu diesem Zweck wird für jedes der drei Kriterien der Befragtenanteil ermittelt, welcher eine Verwendung des jeweiligen Kriteriums akzeptiert. Im Anschluss daran folgen Makro- und Mikroanalysen, mit deren Hilfe die formulierten Hypothesen zu den Faktoren, welche eine Ablehnung bzw. Akzeptanz der personenbezogenen Priorisierungskriterien begünstigen, empirisch geprüft werden. Im letzten Teil der Analyse wird gegebenenfalls explorativ untersucht, ob der Einfluss spezifischer individueller Prädiktoren auf die Akzeptanz der personenbezogenen Priorisierungskriterien durch den Wohlfahrtsstaatenregimetyp moderiert wird (CLI).

10.1 Gesundheitsbezogener Lebensstil

Abbildung 13 visualisiert den Anteil der Befragten, die den gesundheitsbezogenen Lebensstil als Priorisierungskriterium unterstützen. Von den insgesamt 17 027 Befragten aus den 19 Analysestaaten, für welche eine Angabe vorliegt, akzeptieren 44.45 Prozent den gesundheitsbezogenen Lebensstil als Priorisierungskriterium, wenn eine Verteilungsentscheidung nicht allein auf medizinischen Kriterien erfolgen kann. Die übrigen 55.55 Prozent der Befragten geben hingegen an, dass der gesundheitsbezogene Lebensstil nicht verwendet werden sollte, um zu entscheiden, welcher Patient vorrangig behandelt wird. Die Mehrheit der Befragten akzeptiert den gesundheitsbezogenen Lebensstil demnach auch in Situationen, in denen Verteilungsentscheidungen nicht allein basierend auf medizinischen Kriterien erfolgen können, nicht als Priorisierungskriterium. Infolgedessen lässt sich Hypothese H2.1 mit den vorliegenden Daten nicht stützen.

Abbildung 13: Anteil der Befragten, der den gesundheitsbezogenen Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptiert



N = 17 027

Welche kulturellen und individuellen Faktoren eine Akzeptanz bzw. Ablehnung des Kriteriums gesundheitsbezogener Lebensstil begünstigen, wird durch die nachfolgenden Analysen untersucht.

10.1.1 Makroanalyse

Im Rahmen der Makroanalysen wird geprüft, ob die divergierenden gesellschaftlichen Einstellungen bezüglich der Verwendung des gesundheitsbezogenen Lebensstils als Priorisierungskriterium im Zusammenhang mit den institutionellen Strukturen der Befragungsländer (Hypothesenblock 1b) stehen. Die empirische Untersuchung erfolgt dabei in zwei Schritten.

Zunächst wird mittels deskriptiver Statistik die bivariate Beziehung zwischen dem aggregierten Bevölkerungsanteil, welcher den gesundheitsbezogenen Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptiert und den vorliegenden institutionellen Strukturen in den Befragungsländern untersucht. Im Anschluss daran erfolgen multivariate Analysen mittels derer untersucht wird, ob deskriptiv beobachtete Zusammenhänge auch nach Integration der Kontrollvariablen bestehen bleiben und ob diese sich über die Stichprobe hinaus generalisieren lassen.

10.1.1.1 Deskriptive Analyse

Abbildung 14 zeigt den Anteil der Befragten, die im jeweiligen Befragungsland einer Verwendung des gesundheitsbezogenen Lebensstils als Priorisierungskriterium zustimmen.

Die Akzeptanz der Bevölkerung variiert dabei zwischen 26.4 Prozent in Bulgarien und 67.5 Prozent in Australien. Insgesamt wird der gesundheitsbezogene Lebensstil in fünf der 19 Länder von der Mehrheit der Befragten als Priorisierungskriterium akzeptiert. Auffällig ist, dass die drei Staaten mit dem höchsten Zustimmungsanteil (zwischen 63.6 % und 67.5 %) dem liberalen Wohlfahrtsstaatenregimetyp zuzuordnen sind.

Abbildung 14: Anteil der Befragten, die den gesundheitsbezogenen Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptieren nach Befragungsland

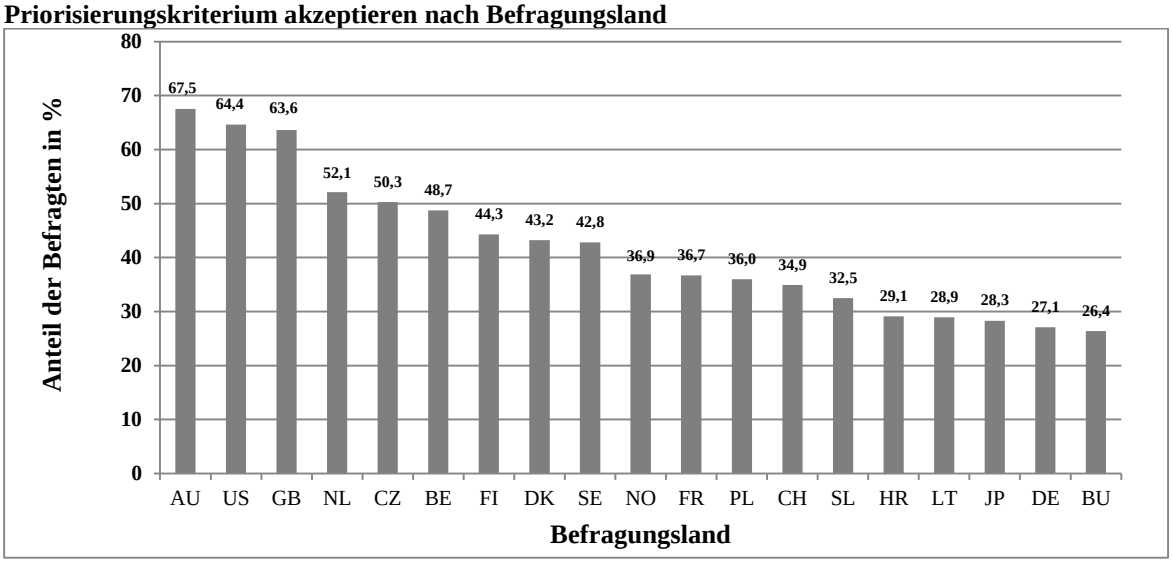
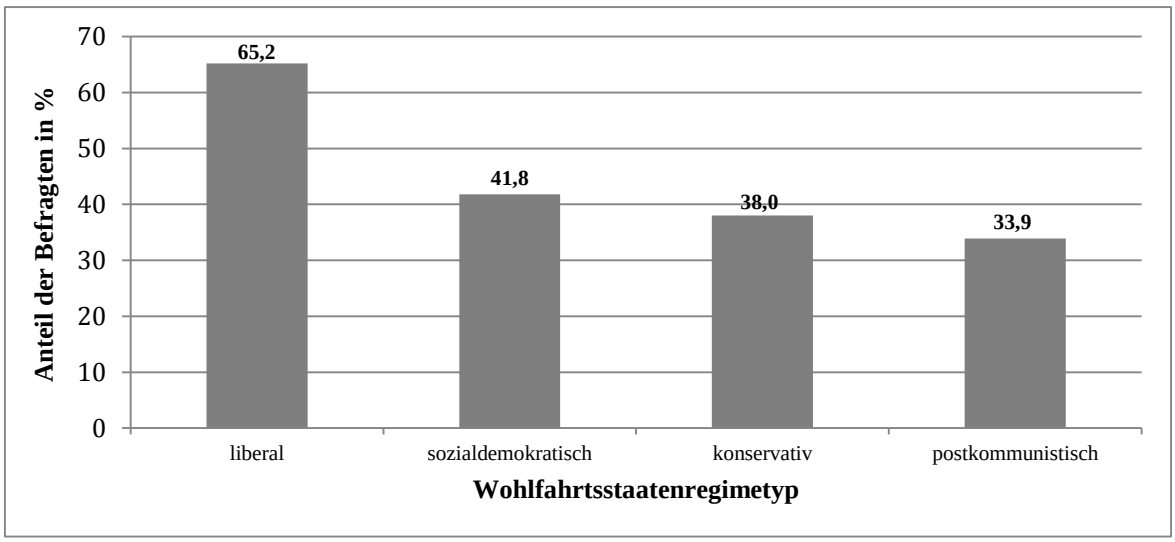


Abbildung 15 stellt den durchschnittlichen Befragtenanteil, welcher den gesundheitsbezogenen Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptiert, in Abhängigkeit vom Wohlfahrtsstaatenregimetyp dar. Wie bereits durch Abbildung 14 zu vermuten war, ist dieser Anteil in den liberalen Staaten mit durchschnittlich 65.2 Prozent am höchsten. In liberalen Staaten unterstützen demnach knapp zwei Drittel der Befragten eine Priorisierung von Patienten mit einem gesunden Lebensstil gegenüber Patienten mit einem ungesunden. Darüber hinaus geht aus Abbildung 15 hervor, dass in keinem anderen Wohlfahrtsstaatenregimetyp eine mehrheitliche Akzeptanz dieses Priorisierungskriteriums zu beobachten ist. Die geringste Akzeptanz für den Lebensstil als Priorisierungskriterium besteht mit durchschnittlich 33.9 Prozent der Befragten in postkommunistischen Staaten. Während also nur jeder dritte Befragte in postkommunistischen Staaten eine Priorisierung anhand des Lebensstils unterstützt, ist dieser Anteil in liberalen Staaten fast doppelt so hoch. Entgegen der in Hypothesenblock 1b formulierten Erwartung fällt die durchschnittliche Akzeptanz des Lebensstils in sozialdemokratischen Staaten jedoch etwas höher aus als in den konservativen. Abbildung 14 zeigt, dass sich die Akzeptanz in den sozialdemokratischen Staaten zwischen 44.3 Prozent (Finnland) und 36.9 Prozent (Norwegen) Prozent bewegt. Abgesehen von den liberalen Staaten sind die Akzeptanzquoten lediglich in drei anderen Staaten höher als in den sozialdemokratischen Staaten. Demgegenüber zeigen die

konservativen Staaten ein sehr differenziertes Bild. Da der Bevölkerungsanteil, welcher einer Priorisierung auf Basis des gesundheitsbezogenen Lebensstils zustimmt, in Deutschland und Japan vergleichsweise gering ausfällt, weisen die konservativen Staaten, anders als erwartet, durchschnittlich eine geringere Unterstützung für das Priorisierungskriterium gesundheitsbezogener Lebensstil auf als die sozialdemokratischen Staaten. Bei Betrachtung der postkommunistischen Staaten fällt darüber hinaus auf, dass Tschechien mit einem Zustimmungsanteil von 50.3 Prozent stark von den ermittelten Werten für die anderen postkommunistischen Staaten abweicht (26.4 °% bis 36.0 %).

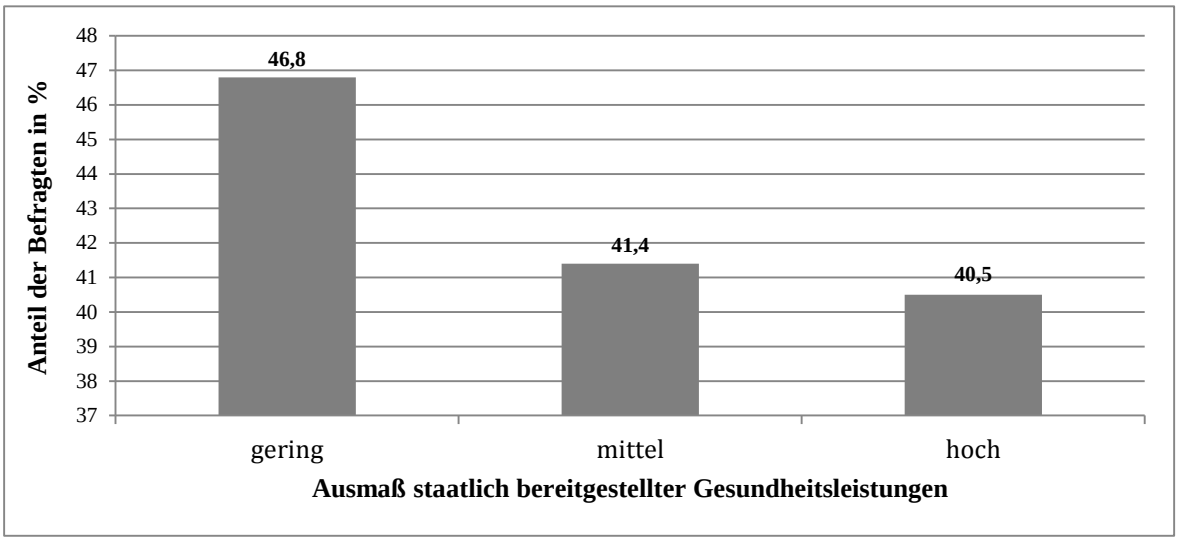
Abbildung 15: Durchschnittlicher Anteil der Befragten, die den gesundheitsbezogenen Lebensstil akzeptieren nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp



N = 19

Abbildung 16 zeigt den durchschnittlichen Bevölkerungsanteil, welcher eine Priorisierung anhand des Lebensstils unterstützt – in Abhängigkeit vom Ausmaß der staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen. Wie in Hypothese H2.7 erwartet, scheint der durchschnittliche Bevölkerungsanteil, welcher eine Priorisierung aufgrund des Lebensstils unterstützt, mit steigendem Umfang der staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen zu sinken. Ob sich dieser Effekt über die Stichprobe hinaus generalisieren lässt und inwieweit er auch nach der Kontrolle für andere länderspezifische Charakteristika bestehen bleibt, lässt sich erst durch die anschließenden multivariaten Untersuchungen feststellen.

Abbildung 16: Durchschnittlicher Anteil der Befragten, die den gesundheitsbezogenen Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptieren nach Ausmaß der Dekommodifizierung von Gesundheitsleistungen



N = 19

10.1.1.2 Multivariate Analyse

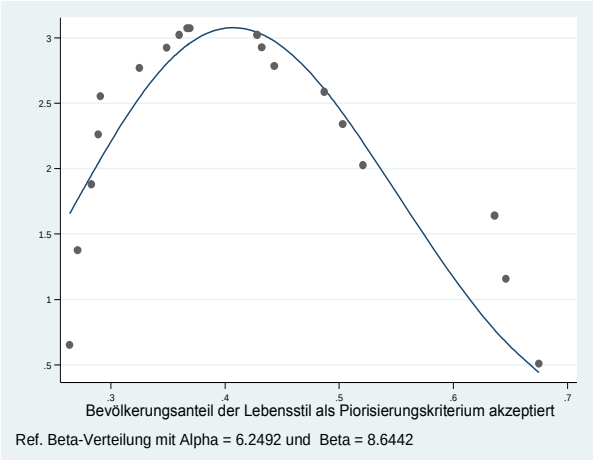
In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der multivariaten Makroanalysen, auf deren Basis die unter Hypothesenblock 1b formulierten Annahmen geprüft werden, dargestellt. Die Auswertung der multivariaten Analysen erfolgt in drei Schritten. Dabei wird zunächst geprüft, ob die Modellvoraussetzungen erfüllt werden, bevor im Anschluss daran die Anpassungsgüte beurteilt und die Ergebnisse der multivariaten Analyse dargestellt werden.

<u>Regressionsdiagnostik</u>

Abbildung 17 thematisiert, inwieweit die zu analysierenden Daten durch die theoretische Betaverteilung mit den Parametern (Alpha und Beta) des Nullmodells aus Tabelle 20 erfasst werden.

Obwohl keine perfekte Übereinstimmung zwischen der Vergleichsverteilung und den Ausprägungen der abhängigen Variable vorliegt, erfasst die theoretische Betaverteilung die empirischen Daten in einer zufriedenstellenden Weise, sodass davon ausgegangen werden kann, dass die Beta-Regression ein geeignetes Verfahren für die empirische Untersuchung darstellt.

Abbildung 17: Test auf Betaverteilung der Daten (Lebensstil)



Berechnungen beruhen auf Nullmodell aus Tabelle 20

Abbildung 18: Residuen vs. vorhergesagte Werte für den Bevölkerungsanteil, der den Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptiert

Berechnungen beruhen auf Modell 1 und Modell 3 Tabelle 20

Zur Prüfung der weiteren Modellvoraussetzungen für multivariate Regressionsverfahren werden die standardisierten Residuen für Modell 1 und Modell 3 aus Tabelle 20 gegen den vorhergesagten Bevölkerungsanteil, welcher den gesundheitsbezogenen Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptiert, geplottet (Abbildung 18).

In beiden Plots streuen die Residuen, unabhängig von den vorhergesagten Werten, zufällig um Null, sodass kein systematischer Zusammenhang zwischen Fehlerterm und vorhergesagten Werten zu konkludieren ist. Basierend auf diesen Erkenntnissen kann davon

ausgegangen werden, dass sowohl die Linearitäts- als auch die Homoskedastizitätsannahme erfüllt werden. Darüber hinaus zeigen die Werte für den VIF in Tabelle 20, dass in keinem der drei Modelle ein bedenkliches Ausmaß an Multikollinearität besteht.

Modellfit

Das korrigierte Pseudo R^2 beträgt in Modell 1 61.1 Prozent (Tabelle 20). In den erweiterten Modellen 2 und 3 gewinnt das Modell jedoch ungeachtet der zusätzlichen Prädiktoren nicht an Erklärungskraft. Dies wird zum einem dadurch deutlich, dass das korrigierte R^2 in beiden Modellen sinkt. Darüber hinaus zeigen auch die LR-Tests, in denen die Modelle mit dem jeweils vorhergehenden Modellen verglichen worden sind, dass das Grundmodell weder durch die Integration der Variablen zur Dekommodifizierung von Gesundheitsleistungen (Modell 2) noch durch die Kontrollvariablen (Modell 3) an Erklärungskraft gewinnt. Infolgedessen erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der multivariaten Analyse primär anhand des Grundmodells (Tabelle 20).

Ergebnisse der multivariaten Analyse

Von der bestehenden Varianz hinsichtlich der Akzeptanz des Lebensstils als Priorisierungskriterium entfallen 4.6 Prozent auf die Länderebene.[110] Tabelle 20 umfasst diverse Beta-Regressionsmodelle, anhand derer analysiert werden soll, auf welche länderspezifischen Faktoren sich diese Varianz zurückführen lässt.

Modell 1 inklodiert dabei lediglich die Dummy-Variablen für die Wohlfahrtsstaatenregimetypen als Prädiktoren. Die Referenzgruppe bilden die liberalen Wohlfahrtsstaaten (Baseline des Modells).

[110] Der Anteil der Varianz, der auf die Länderebene entfällt, wurde durch ein logistisches Regressionsmodell ermittelt, das lediglich die Akzeptanz des Lebensstils als Priorisierungskriterium und N-1 Länderdummys enthielt.

Tabelle 20: Beta-Regression: Einflussfaktoren Anteil der Bevölkerung, der den gesundheitsbezogenen Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptiert[111]

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
WST (Ref. liberal)			
postkommunistisch	0.277***	0.263***	0.257***
	[0.182,0.421]	[0.175,0.396]	[0.144,0.458]
sozialdemokratisch	0.390***	0.348***	0.332***
	[0.250,0.610]	[0.219,0.552]	[0.185,0.597]
konservativ	0.328***	0.274***	0.273***
	[0.216,0.498]	[0.173,0.435]	[0.171,0.436]
Dekommodifizierung Gesundheitsleistungen (Ref. gering)			
mittlere Dekommodifizierung		1.310	1.106
		[0.805,2.130]	[0.595,2.056]
hohe Dekommodifizierung		1.015	0.872
		[0.616,1.674]	[0.488,1.560]
Arbeitslosenquote			0.743
			[0.363,1.519]
Anteil Ausgaben Gesundheitssystem an Gesamtregierungsausgaben			0.683 [0.192,2.427]
GDP pro Kopf in 1000 US $			0.999
			[0.983,1.015]
Baseline	1.851***	1.690*	1.995*
	[1.315,2.607]	[1.087,2.626]	[1.109,3.590]
N	19	19	19
Pseudo R^2 (McFadden)	0.611	0.543	0.402
VIF	1.98	2.52	5.03
LR Test (Nullmodell)	Chi²(3)21.71***	Chi²(5)23.97***	Chi²(8)24.94**
LR-Test (M vs. M-1)	Chi²(3)21.71***	Chi²(2)2.27	Chi(3)0.97

Einträge sind Relative Proportion Ratios (RPR), 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Das relative Anteilsverhältnis zwischen Befragten, die den Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptieren und jenen, die dies ablehnen, beträgt in liberalen Staaten durchschnittlich 1.85. Dieses Verhältnis reduziert sich für alle anderen Wohlfahrtsstaatenregimetypen um mehr als 60 Prozent ($p < 0.001$). Am stärksten ist dieser Effekt in postkommunistischen Staaten. Hier sinkt das relative Anteilsverhältnis um 72.3 Prozent auf 0.51. In den vorhergesagten Bevölkerungsanteilen ausgedrückt ist der durchschnittliche Bevölkerungsanteil, welcher eine Priorisierung auf Basis des Lebensstils befürwortet, in sozialdemokratischen Staaten durchschnittlich 23 Prozent, in konservativen 27.1 Prozent und in postkommunistischen Staaten 31.1 Prozent geringer als in liberalen Staaten (Tabelle 21).

[111] Das äquivalente lineare Regressionsmodell ist in Tabelle 38 im Anhang abgebildet.

Tabelle 21: Veränderungen im vorhergesagten Bevölkerungsanteil, der den Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptiert nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp

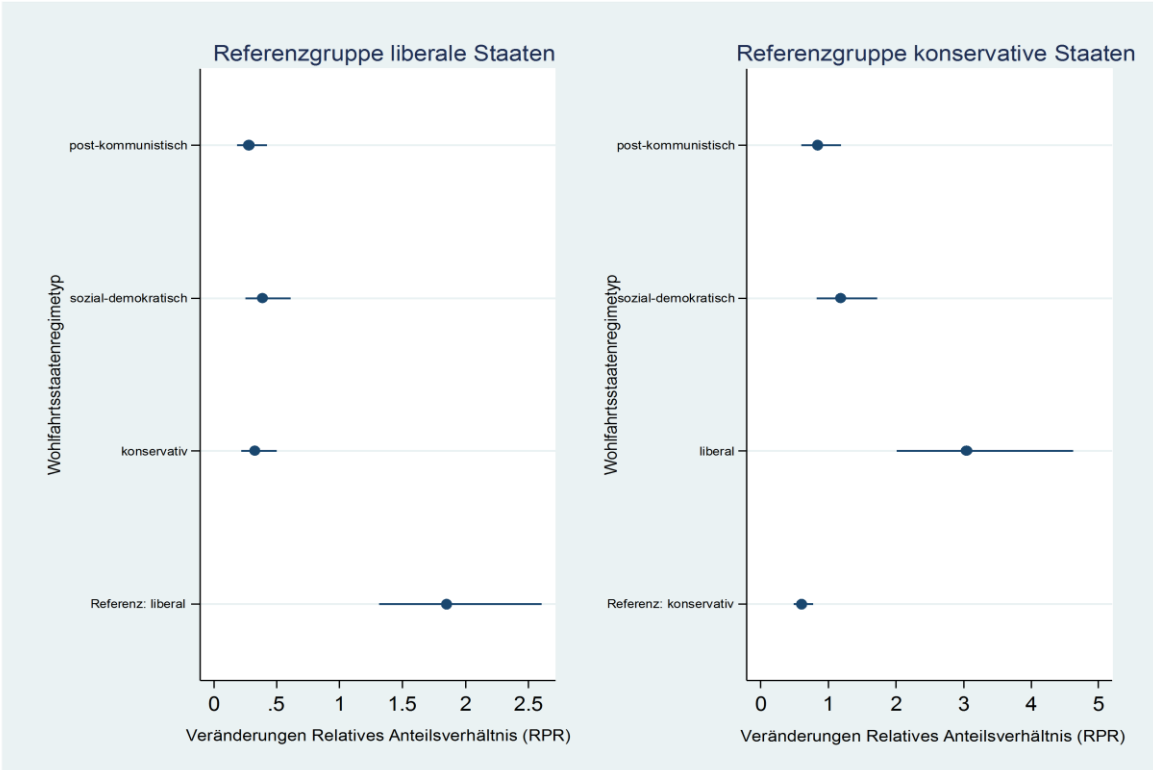
	vorhergesagter Zustimmungsanteil	diskrete Veränderung
WST (Ref. liberal)	0.649	-
postkommunistisch	0.338	-0.311
sozialdemokratisch	0.419	-0.230
konservativ	0.378	-0.271

Berechnungen beruhen auf Regressionsschätzungen von Modell 1 Tabelle 20.

In Abbildung 19 werden die Veränderungen des relativen Anteilsverhältnisses in Abhängigkeit vom Wohlfahrtstaatenregimetyp visualisiert. Die rechte Grafik zeigt deutlich, dass sich die relativen Anteilsverhältnisse für konservative, postkommunistische und sozialdemokratische Staaten signifikant von dem der liberalen Staaten unterscheiden. Demgegenüber überschneiden sich die Konfidenzintervalle für die relativen Anteilsverhältnisse in den postkommunistischen und sozialdemokratischen Staaten mit dem der konservativen Staaten (linke Abbildung). Folglich lässt sich kein signifikanter Unterschied zwischen konservativen und postkommunistischen oder konservativen und sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten beobachten.

In der Zusammenfassung zeigt die empirische Analyse, dass Befragte aus sozialdemokratischen, postkommunistischen und konservativen Staaten den Lebensstil signifikant seltener als Priorisierungskriterium akzeptieren als in liberalen Staaten. Im Gegensatz dazu lässt sich jedoch nicht belegen, dass Befragte aus sozialdemokratischen und postkommunistischen Staaten eine Priorisierung basierend auf dem Lebensstil des Patienten signifikant häufiger ablehnen als in konservativen Wohlfahrtsstaaten. Infolgedessen lässt sich Hypothese H2.4 mit den vorliegenden Daten lediglich partiell stützen.

Abbildung 19: Veränderungen relativer Bevölkerungsanteil, der den Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptiert nach Wohlfahrtsstaatentyp



N = 19; 95 % Konfidenzintervall; Berechnungen beruhen auf Modell 1 Tabelle 20

In Bezug auf den Einfluss der staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen vermittelt Tabelle 22, dass der vorhergesagte Zustimmungsanteil zum Lebensstil als Priorisierungskriterium mit steigendem Ausmaß an bereitgestellten Gesundheitsleistungen abnimmt. Im Durchschnitt ist der vorhergesagte Zustimmungsanteil in Staaten mit einer hohen Dekommodifizierung von Gesundheitsleistungen 5.8 Prozent geringer als in Staaten, in denen sich das Ausmaß an bereitgestellten Gesundheitsleistungen auf ein Minimum beschränkt.

Die multivariate Analyse (Tabelle 20 Modell 2) zeigt jedoch, dass dieser bereits in der deskriptiven Analyse beobachtete (Abbildung 16) Unterschied zwischen Staaten mit einer hohen und Staaten mit einer geringen Dekommodifizierung von Gesundheitsleistungen nicht über die Stichprobe hinaus generalisiert werden kann.

Tabelle 22: Veränderungen im vorhergesagten Bevölkerungsanteil, der den Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptiert nach Umfang der staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen[112]

	vorhergesagter Zustimmungsanteil	diskrete Veränderung
Dekommodifizierung Gesundheitsleistungen (Ref. gering)	0.465	-
mittel	0.416	-0.049
hoch	0.407	-0.058

Berechnungen beruhen auf Beta-Regressionsschätzungen, welche lediglich den Umfang der bereitgestellten Gesundheitsleistungen als unabhängige Variable inkludieren.

Insgesamt lassen sich durch die Makroanalysen 61.1 Prozent der Varianz auf der Länderebene (4.6 %) erklären. Die Wohlfahrtsstaatenregimetypen begründen demnach 3.8 Prozent, der Varianz in den Einstellungen der Bevölkerung zum Lebensstil als Priorisierungskriterium.

Welche Faktoren dazu beitragen, den auf die Individualebene entfallenen Varianzanteil zu explizieren, wird im Rahmen der nachfolgenden Länder- und ländervergleichenden Analysen untersucht.

10.1.2 Mikroanalyse

Im Rahmen der Mikroanalyse wird zunächst analysiert, wie sich die Prädiktoren für den Einfluss des Eigeninteresses und des individuellen Kontextes auf die Akzeptanz des gesundheitsbezogenen Lebensstils als Priorisierungskriterium innerhalb der 19 Befragungsländer auswirken.

Im zweiten Teil der Mikroanalyse folgen ländervergleichende Analysen, auf deren Basis die Hypothesenprüfung für die unter Hypothesenblock 2b formulierten theoretischen Erwartungen erfolgt.

10.1.2.1 Länderanalysen

Die Analyse der Ländermodelle erfolgt in drei Schritten. Dabei werden die Ländermodelle zunächst einer Regressionsdiagnostik unterzogen, bevor im Anschluss daran deren Anpassungsgüte beurteilt und die Ergebnisse der Analysen dargestellt werden.

[112] Berechnungen beruhen auf Beta-Regressionsschätzungen, welche nur den Umfang der bereitgestellten Gesundheitsleistungen als unabhängige Variable inkludieren.

Regressionsdiagnostik

Der zur Prüfung der korrekten Modellspezifikation verwendete Linktest offenbart, dass drei (Bulgarien, Japan und Litauen) der 19 Analyseländer durch das verwendete multivariate Modell nicht korrekt spezifiziert wurden und folglich in den weiteren Analysen nicht berücksichtigt werden. Ein kritisches Ausmaß an Multikollinearität lässt sich hingegen in keinem der 19 Modelle feststellen (Tabelle 23).

Modellfit

In Hinsicht auf die Anpassungsgüte der Ländermodelle zeigen die LR-Tests für die übrigen 16 Länder, dass sich der Modellfit durch die Prädiktoren gegenüber dem Nullmodell signifikant verbessert. Dennoch erzielen ausgehend vom AUC-Wert lediglich sieben der 16 Länder eine als akzeptabel anzusehende Anpassungsgüte. Den besten Modellfit erzeugen die Prädiktoren dabei in Großbritannien. Hier beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Akzeptanz des Priorisierungskriteriums auch als solche gruppiert wird, 76.1 Prozent.

Ergebnisse Länderanalyse

Hinsichtlich des Einflusses des Eigeninteresses auf die Akzeptanz des gesundheitsbezogenen Lebensstils zeigen die Länderanalysen, dass Raucher den Lebensstil als Priorisierungskriterium in allen Befragungsländern signifikant ($p < 0.001$) seltener akzeptieren als Nichtraucher. Besonders deutlich zeigt sich dieser Effekt in Norwegen. Hier ist die Chance, dass Raucher eine Priorisierung auf Basis des gesundheitsbezogenen Lebensstils akzeptieren 87 Prozent geringer als für Nichtraucher. Der zweite Indikator für den Einfluss des eigenen gesundheitsbezogenen Lebensstils (Eigeninteresse) steht hingegen nur in Australien und den Niederlanden in einem signifikanten Zusammenhang zur Akzeptanz des gesundheitsbezogenen Lebensstils. Dabei ist die Chance für die Akzeptanz des Lebensstils als Priorisierungskriterium für Befragte mit einem riskanten Alkoholkonsum in Australien 45.7 Prozent ($p < 0.01$) und in den Niederlanden 36.3 ($p < 0.05$) Prozent geringer als für Personen ohne riskanten Alkoholkonsum.

In Bezug auf den Einfluss der individuellen Kontextfaktoren unterbreiten die Länderanalysen, dass das Geschlecht in keinem der Befragungsländer einen signifikanten Einfluss darauf besitzt, ob der gesundheitsbezogene Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptiert wird.

Demgegenüber haben Befragte mit einem abgeschlossenen Hochschulstudium in vier Ländern (Großbritannien, Tschechien, Frankreich und Norwegen) eine signifikant höhere Chance, den Lebensstil als Priorisierungskriterium zu unterstützen, als Befragte mit einem geringen Bildungsabschluss. Dieser Effekt expliziert sich speziell in Tschechien. Hier ist die Chance, dass Befragte mit einem niedrigen Bildungsniveau den gesundheitsbezogenen Lebensstil akzeptieren, 42.4 Prozent geringer als für Akademiker. In den USA, Frankreich und Norwegen zeigt sich darüber hinaus ein signifikanter Unterschied zwischen Befragten mit mittlerem und hohem Bildungsabschluss. Auch hier ist die Chance für eine Akzeptanz bei Befragten mit akademischem Abschluss höher als für Personen mit einem mittlerem Bildungsgrad.

Divergenzen in Abhängigkeit zum Erwerbsstatus zeigen sich in den USA und Kroatien zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen, in Slowenien zwischen Erwerbstätigen und Hausfrauen bzw. -männern und in Deutschland und Norwegen zwischen Erwerbstätigen und Rentnern. Dabei ist die Chance, dass Erwerbstätige eine Priorisierung von Patienten mit gesundem Lebensstil akzeptieren, signifikant höher als für Arbeitslose und Rentner. Eine höhere Chance für eine Akzeptanz des gesundheitsbezogenen Lebensstils offenbart sich im Vergleich zu Erwerbstätigen hingegen für Hausfrauen und -männer in Slowenien. So ist die vorhergesagte Wahrscheinlichkeit für eine Zustimmung zum gesundheitsbezogenen Lebensstil für Hausfrauen bzw. -männer in Slowenien fast 40 Prozent größer als für erwerbstätige Befragte in Slowenien.

Mit Blick auf den Einfluss der persönlichen Einstellungen der Befragten zum Gesundheitssystem belegen die Länderanalysen, dass sich das Vertrauen in das Gesundheitssystem lediglich in Kroatien signifikant auf die Akzeptanz des Lebensstils als Priorisierungskriterium auswirkt. Dabei sinkt die Chance, dass dieses Kriterium unterstützt wird, mit steigendem Vertrauen ins Gesundheitssystem um jeweils 33.8 Prozent. Die Einstellung der Befragten hinsichtlich des Umfangs der öffentlichen Gesundheitsversorgung steht in fünf (Frankreich, Dänemark, Norwegen, Kroatien und Slowenien) der 15 Befragungsländer in einem signifikanten Zusammenhang zur Einstellung der Befragung hinsichtlich des Lebensstils als Priorisierungskriterium. Dabei steigt die Chance für eine Akzeptanz des Lebensstils als Priorisierungskriterium mit abnehmendem Umfang an gewünschter öffentlicher Grundversorgung. Auch die Überzeugung, dass die öffentlichen Gesundheitsressourcen verschwendet werden, steht in sieben Befragungsländern in einem positiven Zusammenhang mit der Akzeptanz des gesundheitsbezogenen Lebensstils als Priorisierungskriterium (Großbritannien, USA, Belgien, Frankreich, Dänemark, Norwegen

und Schweden). Im Speziellen wirkt sich diese Überzeugung in Großbritannien aus. Hier erhöht sich die Chance einer Akzeptanz mit zunehmender Überzeugung um jeweils 47.2 Prozent. Auch die Überzeugung, dass Krankheiten häufig selbst verursacht werden, erhöht in 12 Staaten (alle außer Dänemark, Slowenien und Kroatien) die Unterstützungschance für eine Priorisierung in Abhängigkeit vom gesundheitsbezogenen Lebensstil.[113] In Schweden erhöht sich die Chance für eine Akzeptanz des Kriteriums beispielsweise mit zunehmender Überzeugung um jeweils 53.3 Prozent.

Es lässt sich resümieren, dass die vorangegangenen Analysen – Einfluss des Eigeninteresses, der individuellen Kontextfaktoren und der Einstellungen der Befragten gegenüber dem Gesundheitssystem auf die Akzeptanz des gesundheitsbezogenen Lebensstils – zeigen, dass die Erklärungskraft der Prädiktoren zwischen den verschiedenen Befragungsländern mitunter stark variiert. Ob sich diese Prädiktoren unabhängig vom Befragungsland dazu eignen, die divergierenden Einstellungen der Befragten hinsichtlich des gesundheitsbezogenen Lebensstils als Priorisierungskriterium zu erklären (Hypothesenblock 2b) wird im Rahmen der folgenden ländervergleichenden Analyse untersucht.

[113] Während sich für Dänemark und Slowenien kein signifikanter Effekt dieser Ansicht beobachten lässt, führt diese Überzeugung in Kroatien zu einer geringeren Chance für eine Unterstützung des Lebensstils als Priorisierungskriterium.

Tabelle 23: Logistische Regression: Einflussfaktoren Akzeptanz gesundheitsbezogener Lebensstil als Priorisierungskriterium

	AU	GB	US	BG	HR	CZ	LT	PL	SL
rauchen	0.230***	0.172***	0.498***	0.392***	0.443***	0.325***	0.845	0.476**	0.325***
	[0.153,0.344]	[0.109,0.272]	[0.365,0.678]	[0.244,0.632]	[0.286,0.685]	[0.240,0.440]	[0.541,1.320]	[0.303,0.748]	[0.178,0.592]
riskanter Alkoholkonsum	0.543**	0.986	0.760	1.686	0.976	0.655	0.662	1.284	1.394
	[0.367,0.802]	[0.474,2.048]	[0.460,1.255]	[0.581,4.891]	[0.367,2.596]	[0.347,1.238]	[0.253,1.736]	[0.542,3.043]	[0.380,5.108]
weiblich	0.942	1.322	0.879	1.536*	1.058	0.910	1.008	1.110	0.679
	[0.713,1.244]	[0.889,1.965]	[0.668,1.158]	[1.026,2.299]	[0.706,1.587]	[0.687,1.206]	[0.674,1.507]	[0.728,1.691]	[0.428,1.076]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)									
geringe Bildung	1.189	0.524*	0.620	1.137	0.855	0.476*	1.284	1.385	0.753
	[0.524,2.695]	[0.308,0.891]	[0.304,1.268]	[0.483,2.676]	[0.412,1.775]	[0.245,0.925]	[0.516,3.198]	[0.698,2.750]	[0.348,1.632]
mittlere Bildung	1.233	0.650	0.722*	1.728**	0.931	0.777	1.079	0.931	1.000
	[0.919,1.656]	[0.414,1.022]	[0.540,0.965]	[1.147,2.604]	[0.566,1.531]	[0.509,1.188]	[0.713,1.634]	[0.565,1.535]	[0.572,1.751]
Haushaltseinkommen	0.999	1.007	1.001	0.793	1.068	0.995	1.086	0.935	1.024
	[0.995,1.003]	[0.930,1.091]	[0.998,1.004]	[0.576,1.090]	[0.889,1.282]	[0.847,1.170]	[0.898,1.313]	[0.814,1.073]	[0.904,1.160]
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)									
arbeitslos	0.383	0.961	0.461**	0.880	0.275*	0.670	0.689	1.108	0.395
	[0.146,1.010]	[0.428,2.162]	[0.273,0.776]	[0.377,2.053]	[0.0783,0.965]	[0.268,1.677]	[0.306,1.550]	[0.458,2.683]	[0.104,1.495]
Rentner	0.802	0.763	0.742	1.384	1.288	1.113	1.300	-	1.393
	[0.580,1.107]	[0.447,1.302]	[0.523,1.053]	[0.860,2.226]	[0.795,2.088]	[0.778,1.592]	[0.792,2.135]		[0.812,2.390]
erwerbsunfähig	0.634	1.025	-	0.808	-	0.742	2.360	1.338	2.562
	[0.303,1.324]	[0.417,2.519]		[0.260,2.511]		[0.286,1.923]	[0.870,6.396]	[0.852,2.099]	[0.328,20.00]
Ausbildung/Studium	1.804	0.997	1.516	1.621	1.404	0.821	0.940	0.794	1.167
	[0.540,6.025]	[0.243,4.091]	[0.533,4.314]	[0.262,10.02]	[0.528,3.732]	[0.408,1.654]	[0.443,1.991]	[0.207,3.044]	[0.451,3.023]
Hausarbeit	0.989	0.938	0.768	0.186	0.295	-	2.597	0.837	6.130*
	[0.492,1.991]	[0.396,2.222]	[0.489,1.206]	[0.0223,1.549]	[0.0603,1.440]		[0.976,6.911]	[0.346,2.026]	[1.527,24.61]
Wehrdienst	2.066	-	-	-	-	-	-	-	-
	[0.440,9.708]								
Andere	-	0.624	1.430	1.065	2.673	0.363**	-	-	3.575
		[0.0533,7.290]	[0.608,3.360]	[0.288,3.944]	[0.414,17.24]	[0.171,0.770]			[0.597,21.39]
Vertrauen ins Gesundheitssystem	0.993	0.828	0.952	0.931	0.662***	1.134	1.074	0.948	0.877
	[0.849,1.162]	[0.650,1.053]	[0.822,1.103]	[0.777,1.115]	[0.534,0.822]	[0.976,1.319]	[0.875,1.319]	[0.774,1.160]	[0.688,1.117]
nur öffentliche Grundversorgung	1.085	1.156	1.051	0.934	1.344**	0.911	0.942	1.032	1.490**
	[0.937,1.257]	[0.921,1.451]	[0.929,1.190]	[0.768,1.136]	[1.078,1.674]	[0.821,1.011]	[0.782,1.135]	[0.874,1.217]	[1.139,1.950]
Ressourcen werden verschwendet	1.042	1.472**	1.159*	1.068	1.006	0.892	1.167	0.939	1.136
	[0.904,1.200]	[1.166,1.859]	[1.014,1.324]	[0.883,1.292]	[0.820,1.234]	[0.792,1.005]	[0.953,1.429]	[0.785,1.124]	[0.894,1.444]
Krankheiten häufig selbst verursacht	1.393***	1.457***	1.168*	1.332*	0.620***	1.254**	0.957	1.232	0.891
	[1.218,1.594]	[1.168,1.817]	[1.019,1.338]	[1.063,1.670]	[0.508,0.758]	[1.094,1.438]	[0.733,1.252]	[0.979,1.551]	[0.679,1.171]
gewillt höhere Steuern zu zahlen	0.938	0.896	0.960	0.997	0.876	1.009	1.023	1.014	1.079
	[0.836,1.053]	[0.761,1.054]	[0.865,1.065]	[0.851,1.169]	[0.731,1.050]	[0.889,1.146]	[0.868,1.204]	[0.878,1.171]	[0.881,1.322]
N	1155	609	1095	568	556	956	616	501	415
Korrigiertes Pseudo R^2	0.053	0.100	0.031	0.046	0.064	0.049	-0.025	-0.008	0.017
AUC	0.677	0.761	0.662	0.707	0.718	0.684	0.600	0.642	0.687
VIF	1.08	1.16	1.12	1.17	1.21	1.22	1.19	1.22	1.22
hat & hatsq (Linearitätstest)	0.000;0.567	0.000;0.345	0.000;0.605	0.125;0.050	0.000;0.396	0.000;0.139	0.240;0.797	0.039;0.570	0.004;0.161
LR-Test (Nullmodell)	$Chi^2(17)111.1^{***}$	$Chi^2(17)113.3^{***}$	$Chi^2(16)77.14^{***}$	$Chi^2(17)68.66^{***}$	$Chi^2(16)78.14^{***}$	$Chi^2(17)101.2^{***}$	$Chi^2(16)15.68$	$Chi^2(15)26.59^{*}$	$Chi^2(17)45.18^{***}$

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$; die äquivalenten Regressionsmodelle mit imputierten Daten befinden sich in Tabelle 42 im Anhang.

Fortsetzung Tabelle 23

	BE	FR	DE	JP	NL	CH	DK	FI	NO	SE
rauchen	0.210***	0.257***	0.428***	0.380***	0.196***	0.482***	0.179***	0.243***	0.129***	0.304***
	[0.157,0.281]	[0.195,0.339]	[0.304,0.601]	[0.242,0.595]	[0.133,0.287]	[0.318,0.731]	[0.121,0.263]	[0.152,0.391]	[0.0810,0.206]	[0.179,0.517]
riskanter Alkoholkonsum	0.962	0.743	0.900	1.129	0.637*	0.677	0.579	1.502	0.740	1.689
	[0.676,1.368]	[0.466,1.183]	[0.449,1.807]	[0.731,1.744]	[0.420,0.967]	[0.353,1.299]	[0.315,1.065]	[0.510,4.424]	[0.344,1.591]	[0.681,4.186]
weiblich	0.902	0.820	0.795	0.882	1.120	1.034	0.952	1.016	0.903	1.349
	[0.728,1.117]	[0.667,1.010]	[0.596,1.060]	[0.610,1.275]	[0.848,1.480]	[0.747,1.433]	[0.727,1.246]	[0.726,1.420]	[0.696,1.171]	[0.977,1.862]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)										
geringe Bildung	0.755	0.602**	1.277	-	0.736	1.091	0.790	0.550	0.545*	0.681
	[0.500,1.142]	[0.434,0.834]	[0.413,3.951]		[0.341,1.592]	[0.537,2.213]	[0.383,1.632]	[0.258,1.169]	[0.325,0.916]	[0.410,1.129]
mittlere Bildung	0.939	0.797*	1.391	1.021	1.043	1.099	0.616*	1.122	0.587***	0.986
	[0.748,1.180]	[0.639,0.995]	[0.902,2.145]	[0.733,1.421]	[0.785,1.385]	[0.696,1.735]	[0.388,0.977]	[0.780,1.613]	[0.442,0.779]	[0.700,1.390]
Haushaltseinkommen	1.074*	1.000	0.977	1.000	1.128**	0.980	1.002	0.999	0.997*	0.980
	[1.011,1.141]	[0.990,1.010]	[0.910,1.048]	[0.996,1.004]	[1.030,1.236]	[0.915,1.049]	[0.998,1.006]	[0.982,1.017]	[0.995,0.999]	[0.951,1.011]
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)										
arbeitslos	1.225	0.857	1.010	0.804	1.344	0.521	0.553	0.623	0.366	0.611
	[0.750,2.000]	[0.524,1.404]	[0.518,1.972]	[0.256,2.526]	[0.626,2.881]	[0.105,2.580]	[0.229,1.337]	[0.248,1.564]	[0.0940,1.428]	[0.269,1.386]
Rentner	0.938	0.996	0.683*	0.767	0.736	1.201	0.672	0.887	0.412***	1.021
	[0.719,1.224]	[0.776,1.279]	[0.477,0.977]	[0.433,1.360]	[0.527,1.028]	[0.811,1.778]	[0.446,1.012]	[0.575,1.367]	[0.280,0.606]	[0.671,1.554]
Erwerbsunfähig	0.551	1.436	-	1.465	0.608	0.258	1.431	0.928	0.779	0.457
	[0.297,1.023]	[0.654,3.151]		[0.342,6.278]	[0.317,1.167]	[0.0307,2.174]	[0.713,2.872]	[0.137,6.303]	[0.416,1.456]	[0.168,1.247]
Ausbildung/Studium	1.313	1.552	1.632	1.645	1.634	1.180	0.837	0.989	1.220	1.500
	[0.718,2.402]	[0.863,2.792]	[0.935,2.847]	[0.827,3.274]	[0.676,3.946]	[0.538,2.590]	[0.524,1.337]	[0.549,1.780]	[0.705,2.110]	[0.730,3.083]
Hausarbeit	0.965	0.982	1.397	1.766*	0.624	0.969	5.198	0.955	3.997	-
	[0.603,1.545]	[0.570,1.693]	[0.653,2.990]	[1.134,2.750]	[0.342,1.138]	[0.490,1.916]	[0.498,54.27]	[0.339,2.686]	[0.986,16.20]	
Wehrdienst	-	-	-	-	-	-	-	-	1.501	-
									[0.237,9.514]	
Andere	1.092	1.002	.	1.314	0.555	3.509	1.200	0.484	0.533	0.652
	[0.505,2.359]	[0.518,1.937]		[0.247,6.979]	[0.213,1.447]	[0.547,22.51]	[0.434,3.323]	[0.115,2.044]	[0.0871,3.261]	[0.220,1.933]
Vertrauen ins Gesundheitssystem	0.870	0.900	1.074	0.864	0.884	0.936	0.961	0.951	0.886	1.089
	[0.742,1.022]	[0.785,1.032]	[0.911,1.267]	[0.705,1.059]	[0.743,1.052]	[0.771,1.136]	[0.804,1.149]	[0.769,1.177]	[0.749,1.047]	[0.895,1.325]
nur öffentliche Grundversorgung	1.085	1.158**	1.106	1.111	1.135	1.069	1.172**	1.082	1.162*	1.049
	[0.981,1.200]	[1.056,1.270]	[0.984,1.242]	[0.981,1.258]	[0.986,1.306]	[0.937,1.220]	[1.041,1.319]	[0.934,1.252]	[1.019,1.326]	[0.906,1.214]
Ressourcen werden verschwendet	1.276***	1.190**	0.959	1.219**	1.074	1.189	1.193**	1.045	1.260**	1.211*
	[1.139,1.430]	[1.071,1.322]	[0.836,1.100]	[1.054,1.410]	[0.919,1.256]	[0.976,1.449]	[1.048,1.359]	[0.879,1.242]	[1.091,1.454]	[1.023,1.433]
Krankheiten häufig selbst verursacht	1.220***	1.357***	1.404***	1.118	1.320***	1.384***	1.096	1.387**	1.300**	1.533***
	[1.098,1.356]	[1.225,1.504]	[1.175,1.678]	[0.977,1.280]	[1.145,1.521]	[1.173,1.632]	[0.948,1.268]	[1.128,1.705]	[1.100,1.536]	[1.230,1.911]
gewillt höhere Steuern zu zahlen	0.923	0.885**	0.847**	0.950	1.102	1.070	0.896	0.845*	0.970	0.870
	[0.846,1.007]	[0.813,0.965]	[0.748,0.960]	[0.810,1.113]	[0.967,1.255]	[0.939,1.220]	[0.797,1.009]	[0.721,0.990]	[0.870,1.083]	[0.756,1.001]
N	1723	1923	1100	860	1034	784	1080	669	1205	729
Korrigiertes Pseudo R^2	0.080	0.079	0.028	0.017	0.079	0.016	0.081	0.038	0.099	0.037
AUC	0.708	0.700	0.662	0.648	0.710	0.644	0.708	0.681	0.734	0.672
VIF	1.12	1.11	1.13	1.13	1.11	1.09	1.13	1.10	1.08	1.11
hat & hatsq (Linearitätstest)	0.000;0.183	0.000;0.340	0.000;0.474	0.521;0.130	0.000;0.947	0.010;0.473	0.000;0.655	0.000;0.556	0.000;0.323	0.000;0.999
LR-Test (Nullmodell)	$Chi^2(17)226.9^{***}$	$Chi^2(17)236.4^{***}$	$Chi^2(15)68.1^{***}$	$Chi^2(16)51.21^{***}$	$Chi^2(17)148.9^{***}$	$Chi^2(17)51.78^{***}$	$Chi^2(17)155.1^{***}$	$Chi^2(17)71.38^{***}$	$Chi^2(17)197.1^{***}$	$Chi^2(17)71.06^{***}$

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

10.1.2.2 Ländervergleichende Analyse

Die Ergebnisse der ländervergleichenden Analyse zur Akzeptanz des gesundheitsbezogenen Lebensstils als Priorisierungskriterium sind in Modell 1 bis 3 Tabelle 24 abgebildet.

Regressionsdiagnostik

Der zur Prüfung der korrekten Modellspezifikation durchgeführte Linktest offenbart, dass für Modell 1, welches lediglich die beiden Indikatoren zum Einfluss des Eigeninteressen auf die Akzeptanz des gesundheitsbezogenen Lebensstils beinhaltet, die Linearitätsannahme nicht erfüllt ist. Modell 2 und Modell 3, welche zusätzlich die individuellen Kontextfaktoren und die persönlichen Einstellungen der Befragten zum Gesundheitssystem enthalten, lassen ausgehend vom Linktest hingegen auf eine korrekte Modellspezifikation schließen. Ein kritisches Ausmaß an Multikollinearität liegt in keinem der drei Modelle vor (VIF < 10).

Modellfit

Die Prüfung der Anpassungsgüte auf Basis der LR-Tests zeigt, dass sowohl Modell 2 als auch Modell 3 einen besseren Modellfit aufweisen als das Nullmodell bzw. das vorherige Modell. Dies wird auch durch den stetigen Anstieg des korrigierten Pseudo R^2 bestätigt. Ausgehend von den Ergebnissen der LR-Tests und dem Wert des korrigierten Pseudo R^2 scheint Modell 3, welches alle Prädiktoren auf der Individualebene umfasst, die beste Anpassungsgüte aufzuweisen, sodass die Darstellung der Ergebnisse auf Basis von Modell 3 erfolgt. Dennoch zeigen die AUC-Werte, dass eine als akzeptabel anzusehende Anpassungsgüte (≥ 0.70) erst durch die Integration der Länderdummys in Modell 4 erzielt wird.

Ergebnisse der ländervergleichenden Analyse

Die ersten beiden Prädiktoren (Tabelle 24) dokumentieren den Einfluss der Indikatoren für das Eigeninteresse auf die Chance, dass Befragte den gesundheitsbezogenen Lebensstil als Priorisierungskriterium unterstützen. Dabei zeigt die Cross-Level-Analyse, dass Nichtraucher durchschnittlich eine gut 70 Prozent höhere Chance aufweisen, eine Priorisierung auf Basis des gesundheitsbezogenen Lebensstils zu unterstützen als Raucher ($p < 0.001$). Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Nichtraucher einer Priorisierung zustimmt, ist

in vorhergesagten Wahrscheinlichkeiten ausgedrückt, mit knapp 51 Prozent, 27 Prozent höher als die für Raucher. Demgegenüber lässt sich kein signifikanter Einfluss eines riskanten Alkoholkonsums auf die Einstellung gegenüber dem Lebensstil als Priorisierungskriterium feststellen, sodass sich Hypothese H2.11 auf Basis der empirischen Analysen nicht stützen lässt.

Hinsichtlich der Annahme, dass Frauen eine Priorisierung von Patienten mit einem gesunden Lebensstil seltener unterstützen als Männer, zeigt die multivariate Analyse, dass sich keine signifikanten Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Befragten feststellen lassen. Hypothese H2.14 lässt sich daher nicht stützen.

Die theoretische Erwartung, dass der Bildungsabschluss in einem positiven Zusammenhang mit der Akzeptanz des gesundheitsbezogenen Lebensstils steht, scheint von den empirischen Ergebnissen nur partiell gestützt zu werden. So lässt sich ein signifikanter Unterschied lediglich zwischen Befragten mit einem Hochschulabschluss und Befragten mit einem geringen Bildungsniveau aufzeigen. Dabei ist die Chance, dass Befragte mit einem hohen Bildungsabschluss einer Priorisierung anhand des Lebensstils zustimmen, um 20 Prozent höher als für Personen mit einem geringem Bildungsniveau ($p < 0.001$). Die vorhergesagte Wahrscheinlichkeit für eine Unterstützung des Lebensstils als Priorisierungskriterium ist in diesem Kontext für Akademiker 5.1 Prozent größer als für Befragte mit niedrigem Bildungsgrad. Da sich kein signifikanter Unterschied zwischen Befragten mit einem mittleren und hohen Bildungsniveau feststellen lässt, lässt sich Hypothese H2.16 durch die empirischen Ergebnisse jedoch nicht stützen.

Darüber hinaus lässt sich – ausgehend von den Ergebnissen – vermuten, dass Rentner und arbeitslose Personen eine Priorisierung auf Basis des gesundheitsbezogenen Lebensstils seltener unterstützen als Erwerbstätige. Dabei ist die Chance für Arbeitslose ($p < 0.001$) 27.8 Prozent und für Rentner ($p < 0.01$) 11.6 Prozent geringer als für berufstätige Befragte. Beide Effekte bleiben nach der Kontrolle durch die Ländereffekte auf dem gleichem Niveau signifikant. Zusätzlich zeigt sich auch ein signifikanter Unterschied zwischen Wehr- bzw. Zivildienstleistenden und erwerbstätigen Personen. Dieser Effekt verliert jedoch durch die Integration der Länderdummys seine Signifikanz.

Mit Blick auf den Einfluss der Kontrollvariablen zeigt Modell 3, dass die Chance für eine Akzeptanz des gesundheitsbezogenen Lebensstils ebenfalls davon abhängt, welche Einstellung Befragte gegenüber dem Umfang an öffentlichen Gesundheitsleitungen aufweisen. Dabei steigt die Chance einer Zustimmung mit abnehmenden Umfang an

gewünschten Gesundheitsleistungen um jeweils 7.8 Prozent ($p < 0.001$). Ebenso steigt die Chance für eine Akzeptanz mit der zunehmenden Überzeugung hinsichtlich einer Verschwendung der öffentlichen Gesundheitsressourcen um jeweils 13.9 Prozent ($p < 0.001$). Darüber hinaus unterstützen auch Befragte, welche vermuten, dass die meisten Krankheiten von den Patienten selbst verursacht werden, signifikant häufiger eine vorrangige Behandlung von Personen mit einem gesunden Lebensstil ($p < 0.001$). Alle drei Effekte bleiben auch nach Kontrolle für die Ländereffekte auf einem Niveau von 0.001 signifikant.

In einem negativen Zusammenhang zur Akzeptanz des Lebensstils als Priorisierungskriterium scheint hingegen das Vertrauen der Befragten in das staatliche Gesundheitssystem zu stehen. So sinkt die Chance einer Akzeptanz mit zunehmendem Vertrauen um jeweils 6.4 Prozent. Dieser Prädiktor verliert zwar durch die Kontrolle für die Ländereinflüsse an Signifikanz, lässt sich aber dennoch mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 1 Prozent über die Stichprobe hinaus generalisieren.

Summarisch zeigt die ländervergleichende Analyse, dass Nichtraucher, Erwerbstätige, Akademiker und Befragte, die glauben, dass Patienten ihre Erkrankungen häufig selbst verursachen, dass Gesundheitsressourcen verschwendet werden oder der Staat nur eine medizinische Grundversorgung gewährleisten sollte, eine vorrangige Behandlung von Patienten mit einem gesunden Lebensstil signifikant häufiger befürworten. Demgegenüber lehnen Raucher, Arbeitslose, Rentner, geringfügig Gebildete und Befragte, die eine umfassende medizinische Versorgung wünschen, von einem effizienten Einsatz der öffentlichen Gesundheitsressourcen ausgehen oder an andere Erkrankungsursachen als das persönliche Verhalten glauben, eine Priorisierung in Abhängigkeit vom gesundheitsbezogenen Lebensstil signifikant häufiger ab.

Tabelle 24: Ländervergleichende und Cross-Level-Modelle: Einflussfaktoren Akzeptanz gesundheitsbezogener Lebensstil als Priorisierungskriterium

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5	Modell 6
rauchen	0.293***	0.294***	0.294***	0.296***	0.403***	0.430***
	[0.270,0.318]	[0.271,0.320]	[0.270,0.320]	[0.272,0.323]	[0.341,0.476]	[0.366,0.506]
riskanter Alkoholkonsum	0.937	0.923	0.906	0.816**	0.813**	0.848*
	[0.827,1.061]	[0.814,1.047]	[0.798,1.029]	[0.713,0.933]	[0.711,0.930]	[0.744,0.968]
weiblich		0.932*	0.977	0.958	0.968	0.989
		[0.874,0.993]	[0.915,1.043]	[0.896,1.025]	[0.904,1.035]	[0.925,1.058]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)						
geringe Bildung		0.819**	0.799***	0.724***	0.730***	0.804***
		[0.723,0.928]	[0.705,0.906]	[0.633,0.828]	[0.638,0.835]	[0.707,0.914]
mittlere Bildung		0.984	0.985	0.919*	0.920*	1.039
		[0.920,1.052]	[0.920,1.054]	[0.853,0.991]	[0.854,0.992]	[0.968,1.115]
Haushaltseinkommen		1.005*	1.005	1.000	1.000	0.999
		[1.000,1.010]	[1.000,1.010]	[0.996,1.003]	[0.996,1.003]	[0.996,1.002]
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)						
arbeitslos		0.708***	0.722***	0.704***	0.700***	0.693***
		[0.599,0.837]	[0.610,0.855]	[0.590,0.839]	[0.587,0.835]	[0.583,0.824]
Rentner		0.886**	0.884**	0.887**	0.892**	0.881**
		[0.818,0.960]	[0.816,0.959]	[0.815,0.965]	[0.820,0.971]	[0.811,0.956]
erwerbsunfähig		0.867	0.876	0.883	0.904	0.946
		[0.724,1.039]	[0.731,1.051]	[0.728,1.072]	[0.745,1.098]	[0.786,1.138]
Ausbildung/Studium		1.003	0.992	1.203*	1.196*	1.079
		[0.861,1.169]	[0.850,1.157]	[1.026,1.411]	[1.019,1.403]	[0.9226,1.263]
Hausarbeit		1.028	0.992	1.016	1.008	0.908
		[0.877,1.206]	[0.845,1.165]	[0.857,1.204]	[0.850,1.196]	[0.769,1.072]
Wehrdienst		2.743*	2.861*	1.907	1.889	1.714
		[1.067,7.050]	[1.111,7.368]	[0.712,5.105]	[0.705,5.061]	[0.645,4.558]
Andere		0.900	0.916	0.841	0.842	0.946
		[0.689,1.174]	[0.700,1.197]	[0.640,1.106]	[0.641,1.107]	[0.722,1.240]
Vertrauen ins Gesundheitssystem			0.936***	0.942**	0.945**	1.011
			[0.903,0.971]	[0.905,0.981]	[0.908,0.984]	[0.973,1.050]
nur öffentliche Grundversorgung			1.078***	1.089***	1.088***	1.068***
			[1.048,1.110]	[1.056,1.123]	[1.055,1.122]	[1.037,1.100]
Ressourcen werden verschwendet			1.139***	1.122***	1.122***	1.128***
			[1.105,1.175]	[1.085,1.161]	[1.084,1.161]	[1.092,1.166]
Krankheiten häufig selbst verursacht			1.192***	1.240***	1.029	1.010
			[1.153,1.233]	[1.196,1.285]	[0.950,1.113]	[0.936,1.090]
gewillt höhere Steuern zu zahlen			0.997	0.938***	0.938***	0.940***
			[0.971,1.024]	[0.911,0.964]	[0.911,0.964]	[0.914,0.966]
Länderdummys (Ref. USA)				Ja	Ja	Nein
WST Dummys (Ref. postkommunistisch)				Nein	Nein	Ja
WST & rauchen (Ref. postkommunistisch)						
liberal & rauchen					0.755*	0.690**
					[0.581,0.981]	[0.533,0.892]
konservativ & rauchen					0.710**	0.636***
					[0.573,0.881]	[0.516,0.786]
sozialdemokratisch & rauchen					0.503***	0.470***
					[0.381,0.663]	[0.358,0.618]
WST & Krankheiten oft selbst verursacht (Ref. postkommunistisch)						
liberal & Krankheiten häufig selbst verursacht					1.275***	1.299***
					[1.135,1.433]	[1.159, 1.457]
konservativ & Krankheiten häufig selbst verursacht					1.258***	1.230***
					[1.144,1.382]	[1.123,1.347]

sozialdemokratisch & Krankheiten häufig selbst verursacht					1.241*** [1.104,1.395]	1.287*** [1.148,1,443]
N	17027	17027	17027	17027	17027	17027
Korrigiertes Pseudo R²	0.042	0.044	0.056	0.101	0.102	0.086
AUC	0.600	0.625	0.652	0.712	0.714	0.691
VIF	1.01	1.06	1.06	1.47	6.31	7.29
hat & hatsq (Linearitätstest)	0.322;0.939	0.000;0.162	0.000;0.830	0.000;0.002	0.000;0.022	0.000,0.203
Hosmer-Lemeshow Test	-	Chi²(8)21.73**	Chi²(8)8.18	Chi²(8)16.79*	Chi²(8)8.43	Chi²(8)6.05
LR-Test (Nullmodell)	Chi²(2)989.0***	Chi²(13)1051.6***	Chi²(18)1318.0***	Chi²(36)2430.5***	Chi²(42)2480.6***	Chi²(25)2065.5***
LR-Test (M vs. M-1)	Chi²(2)989.0***	Chi²(11)62.63***	Chi²(5)266.4***	Chi²(18)1112.4***	Chi²(5)50.10***	Chi²(9)768.7***[114]

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$; die äquivalenten Regressionsmodelle mit imputierten Daten befinden sich in Tabelle 46 im Anhang.

[114] LR-Test gegen Modell 3

10.1.3 Cross-Level-Analyse

Die Ergebnisse der explorativen Cross-Level-Analysen für die Akzeptanz des gesundheitsbezogenen Lebensstils als Priorisierungskriterium sind in den Modell 5 und 6 Tabelle 24 abgebildet. Als Indikator für mögliche Cross-Level-Indikatoren dienen die Ergebnisse der Länderanalysen hinsichtlich der Akzeptanz des gesundheitsbezogenen Lebensstils als Priorisierungskriterium.

Tabelle 23 zeigt auf, dass der Unterschied für eine Zustimmung zur Priorisierung auf Basis des Lebensstils zwischen Rauchern und Nichtrauchern in postkommunistischen Staaten mit wenigen Ausnahmen geringer ausfällt als in den liberalen, konservativen und sozialdemokratischen Befragungsländern. Basierend auf dieser Beobachtung wird infolgedessen im Rahmen der Cross-Level-Analyse explorativ untersucht, ob sich Raucher und Nichtraucher in postkommunistischen Staaten hinsichtlich ihrer Einstellung gegenüber dem gesundheitsbezogenen Lebensstil als Priorisierungskriterium tatsächlich signifikant geringer unterscheiden als in liberalen, konservativen und sozialdemokratischen Staaten.

Ebenso geht aus Tabelle 23 hervor, dass die Überzeugung, dass Patienten ihre Erkrankungen häufig selbst zu verantworten haben in liberalen, konservativen und sozialdemokratischen Staaten häufig in einem positiven Zusammenhang mit der Akzeptanz des gesundheitsbezogenen Lebensstils als Priorisierungskriterium steht. Demgegenüber, lässt sich dieser Effekt lediglich in einem der postkommunistischen Befragungsländer (Tschechien) beobachten. In den übrigen postkommunistischen Staaten besteht hingegen entweder kein oder ein negativer Zusammenhang.

Bevor die Ergebnisse der explorativen Cross-Level-Analyse erörtert werden, müssen jedoch zunächst die Korrektheit der Modellspezifikation überprüft und ein kritisches Ausmaß an Multikollinearität ausgeschlossen werden.

<u>Regressionsdiagnostik</u>

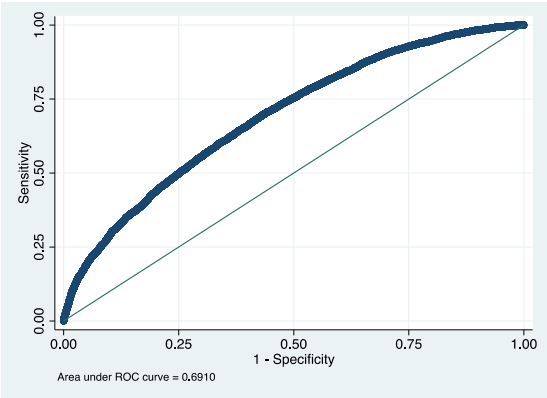
Tabelle 24 Modell 5 zeigt, dass das im Rahmen der Cross-Level-Analyse verwendete Modell zwar kein kritisches Ausmaß an Multikollinearität erreicht (VIF = 6.31), aber auch kein linearer Zusammenhang zwischen Prädiktoren und Logit-Werten besteht. Basierend auf dem Ergebnis des Linktestes muss daher geschlussfolgert werden, dass das Modell nicht korrekt spezifiziert worden ist (Wenzelburger et al. 2014: 87). Ausgehend von dieser Annahme sollte Modell 5 nicht genutzt werden, um Aussagen über mögliche Cross-Level-

Interaktionen zu formulieren. Da bereits der Linktest für Modell 4 signalisiert, dass eine Fehlspezifikation vorliegt, lässt sich diese Problematik vermutlich auf die Integration der Länderdummys (Fixed-Effekt-Modell) in das Regressionsmodell begründen. Um dennoch analysieren zu können, ob relevante CLI vorliegen, werden die Länderdummys in Modell 6 entfernt und stattdessen Dummy-Variablen für den Wohlfahrtsstaatenregimetyp verwendet. Dieses Vorgehen führt zwar dazu, dass nun ein linearer Zusammenhang zwischen den Prädiktoren und Logit-Werten unterstellt werden kann, jedoch können die Wohlfahrtsstaaten-Variablen die Varianz auf der Länderebene nicht vollständig absorbieren, sodass die Gefahr besteht, dass Schätzer verzerrt werden (Allison 2009: 3). Der Vergleich zwischen den Schätzern aus Modell 5 und Modell 6 offenbart jedoch, dass sich die Veränderungen der Schätzer im Bereich von einer Nachkommastelle bewegen und auch die Signifikanzen stabil bleiben. Folglich kann die Gefahr einer Verzerrung vernachlässigt werden.

Modellfit

Die Fläche unter der ROC-Kurve (Abbildung 20) zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit, dass eine Zustimmung zum gesundheitsbezogenen Lebensstil durch Modell 6 richtig gruppiert wird, lediglich 69.1 Prozent beträgt.

Abbildung 20: ROC-Kurve Modell 6 Tabelle 24

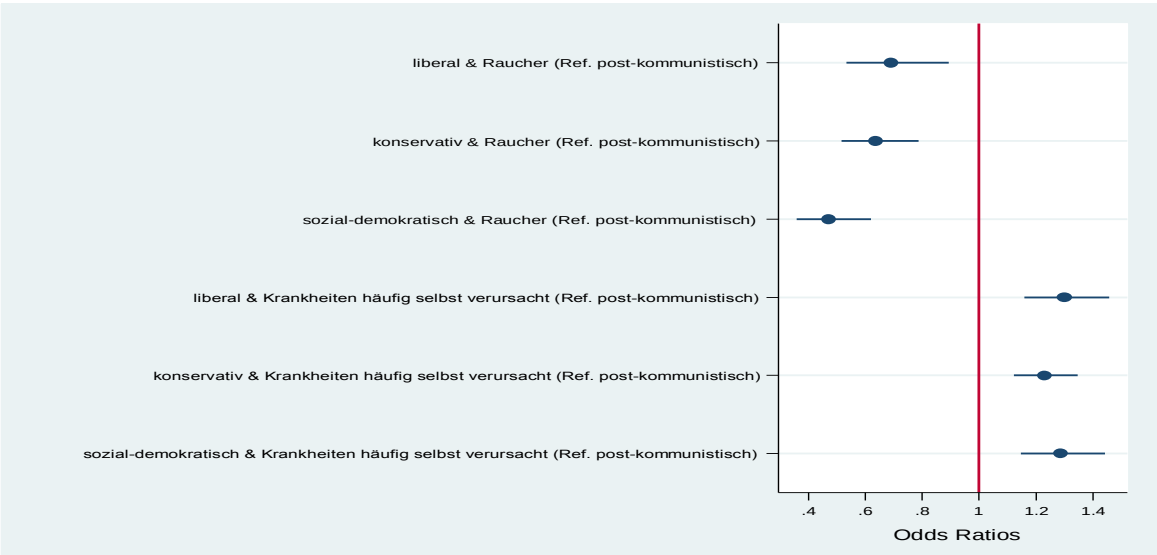


Dieser Wert liegt jedoch 0.9 Prozent unter der von Hosmer und Lemshow geforderten Wahrscheinlichkeit für eine akzeptable Klassifizierung. Folglich muss die Anpassungsgüte des Modells als unzureichend bezeichnet werden.

Ergebnisse der explorativen Cross-Level-Analyse

Aus Modell 6 Tabelle 24 geht hervor, dass sich die Chance, dass Raucher in postkommunistischen Staaten eine vorrangige Behandlung von Patienten mit einem gesunden Lebensstil befürworten, 57 Prozent geringer gestaltet als die der Nichtraucher ($p < 0.001$). In liberalen Staaten sinkt diese Chance hingegen durchschnittlich um weitere 31 Prozent ($p < 0.01$), sodass Raucher in liberalen Staaten eine 70 Prozent geringere Chance für eine Akzeptanz des Lebensstils als Priorisierungskriterium aufweisen als Nichtraucher.

Abbildung 21: Plot Cross-Level-Interaktionen Modell 6 Tabelle 24



Berechnungen beruhen auf Modell 6 Tabelle 24; Prädiktoren auf Individual- und Makroebene werden aus Grafik entfernt, sind aber in der Berechnung enthalten.

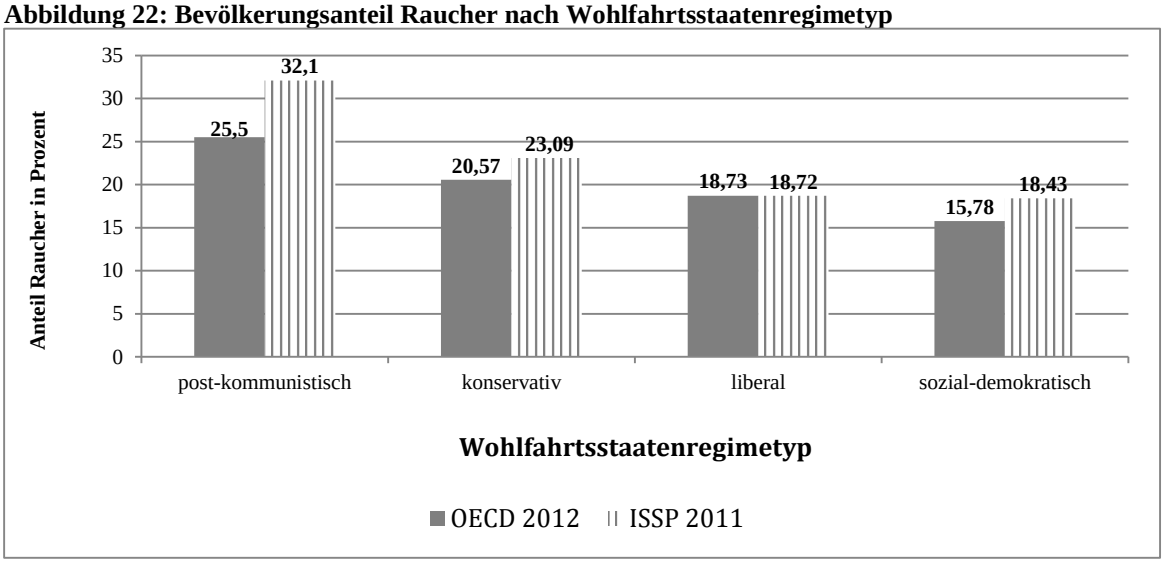
Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich für konservative Staaten. Hier sinkt die Chance, dass Raucher eine Priorisierung von Patienten mit gesundem Lebensstil unterstützen, gegenüber den postkommunistischen Staaten um durchschnittlich 36.4 Prozent ($p < 0.001$). Die Chance, dass Raucher eine Priorisierung unterstützen, ist insofern in konservativen Staaten 72.7 Prozent geringer als für Nichtraucher. Der stärkste Unterschied hinsichtlich des Effektes zeigt sich zwischen postkommunistischen und sozialdemokratischen Staaten. In sozialdemokratischen Staaten ist die Chance, dass Raucher einer Priorisierung von Patienten mit gesundem Lebensstil zustimmen 80 Prozent geringer als für Nichtraucher. Die Chance, dass Raucher in sozialdemokratischen Staaten einer Priorisierung zustimmen, sinkt demnach im Vergleich zu den postkommunistischen Staaten um 53 Prozent ($p < 0.001$).

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass Rauchen in allen Wohlfahrtsstaaten in einem negativen Zusammenhang mit der Akzeptanz des Lebensstils als Priorisierungskriterium steht. Dennoch scheinen sich Raucher und Nichtraucher in postkommunistischen Staaten hinsichtlich ihrer Einstellung gegenüber dem Lebensstil als Priorisierungskriterium

signifikant geringer zu unterscheiden als Raucher und Nichtraucher in liberalen, konservativen und sozialdemokratischen Staaten.

Dass sich Nichtraucher in postkommunistischen Staaten signifikant seltener für eine Priorisierung von Patienten mit einem gesunden Lebensstil aussprechen, könnte darauf zurückzuführen sein, dass der Anteil an erwachsenen Rauchern (Raucher bildet den Indikator für Lebensstil) in postkommunistischen Staaten höher ist als in den anderen Wohlfahrtsstaatenregimetypen (Abbildung 22). Dies lässt sich sowohl auf Basis der OECD-Daten als auch basierend auf den ISSP-Angaben der Befragten zeigen.

Abbildung 22: Bevölkerungsanteil Raucher nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp



Quelle: OECD 2012 & ISSP 2011

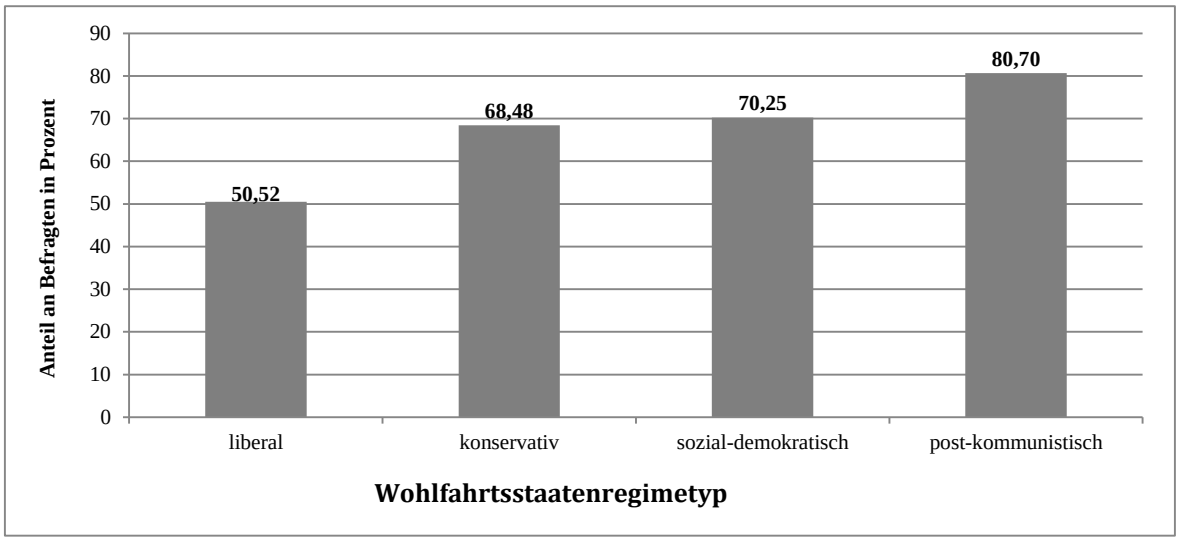
Da der Anteil an Rauchern in postkommunistischen Staaten vergleichsweise hoch ausfällt, wäre es denkbar, dass das Rauchen in diesen Staaten als gewöhnlicher angesehen und folglich weniger stark verurteilt wird als in anderen Wohlfahrtsstaatenregimen.

Darüber hinaus zeigt die Cross-Level-Analyse, dass sich die Überzeugung, Erkrankungen seien häufig selbstverschuldet, in postkommunistischen Staaten signifikant geringer auf die Einstellung der Befragten hinsichtlich einer Priorisierung nach Lebensstil auszuwirken scheint als in konservativen, liberalen und sozialdemokratischen Staaten. In postkommunistischen Staaten steigt die Chance für eine Zustimmung mit zunehmender Überzeugung um jeweils 1 Prozent. Dieser Effekt lässt sich jedoch nicht über die Stichprobe hinaus generalisieren. Demgegenüber steigt diese Chance mit zunehmender Überzeugung in liberalen Staaten um jeweils 30 Prozent, in konservativen Staaten um jeweils 23 Prozent und in sozialdemokratischen Staaten um jeweils 28.7 Prozent ($p < 0.001$) an.

Möglicherweise lässt sich dieser scheinbar moderierende Effekt des Wohlfahrtsstaatenregimetyps damit begründen, dass die sozialistische Vorstellung einer

Gleichbehandlung in den meisten postkommunistischen Staaten noch immer weitverbreitet ist. So zeigt Jacobs (2006: 104), dass sich in den postkommunistischen Staaten (außer Tschechien)[115] zwischen 32 Prozent und 52 Prozent der Bürger für eine vollkommene Gleichverteilung des gesellschaftlichen Wohlstandes aussprechen.

Abbildung 23: Anteil an Befragten, die angaben, dass die Regierung für die Gesundheitsversorgung aller Kranken verantwortlich ist nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp



Quelle: eigene Berechnung ISSP (2006); Modul: Role of Gouvernement

Darüber hinaus zeigen Daten aus dem ISSP-Modul „Role of Government“ (2006), dass sich in den postkommunistischen Staaten ein wesentlich höherer Befragtenanteil dafür ausspricht, dass es die Aufgabe der Regierung sei, eine ausreichende Gesundheitsversorgung für alle Kranken bereitzustellen (Abbildung 23). Dies impliziert auch Patienten, welche ihre Erkrankungen durch ihre eigenen Entscheidungen oder ihr Verhalten selbst verursacht haben.

10.1.4 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Akzeptanz des gesundheitsbezogenen Lebensstils als Priorisierungskriterium

Nachdem in den vorangehenden Abschnitten auf verschiedenen Analyseebenen untersucht worden ist, wie sich die divergierenden gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber dem gesundheitsbezogenen Lebensstil als Priorisierungskriterium erklären lassen, werden diese Erkenntnisse in diesem Abschnitt noch einmal komprimiert dargestellt.

[115] Dass Tschechien hier eine Ausnahme bildet, stützt die Ergebnisse der Länderregressionen aus denen hervorgeht, dass Tschechien das einzige postkommunistische Befragungsland ist, bei dem die Überzeugung des Selbstverschuldens in einem positiven Zusammenhang zur Akzeptanz des Lebensstils als Priorisierungskriterium steht.

Die deskriptive Analyse hat ergeben, dass 44.45 Prozent der Befragten eine vorrangige Behandlung von Patienten mit gesunden gegenüber Patienten mit einem ungesunden Lebensstil unterstützen, wenn eine Priorisierung nicht allein auf Basis von medizinischen Kriterien erfolgen kann. Die übrigen 55.55 Prozent lehnen eine Priorisierung basierend auf dem Lebensstil ab. Insgesamt wird das Priorisierungskriterium Lebensstil in lediglich fünf Staaten von der Mehrheit der Befragten akzeptiert. Die größte Zustimmung erhält es dabei in den liberalen Staaten (zwischen 63.6 % und 67.5 %).

Die anschließende Makroanalyse, anhand der analysiert worden ist, ob sich Unterschiede in den Einstellungen der Befragten auch auf länderspezifische Faktoren zurückführen lassen, zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit, dass Befragte in sozialdemokratischen, postkommunistischen und konservativen Staaten einer Priorisierung von Patienten mit einem gesunden Lebensstil zustimmen, signifikant geringer ist als in liberalen Staaten. Demgegenüber lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen konservativen und sozialdemokratischen sowie konservativen und postkommunistischen Staaten beobachten. Darüber hinaus kann keiner der anderen länderspezifischen Faktoren etwas zur Erklärung der Ländervarianz im Zustimmungsanteil beitragen.

Im Rahmen der Mikroanalysen kann nachgewiesen werden, dass Nichtraucher, Erwerbstätige, Akademiker und Befragte, die überzeugt sind, dass Erkrankungen häufig selbstverschuldet entstehen, öffentliche Gesundheitsressourcen verschwendet werden oder der Staat nur eine medizinische Grundversorgung gewährleisten sollte, eine Priorisierung auf Basis des Lebensstils signifikant häufiger akzeptieren. Demgegenüber lehnen Raucher, Arbeitslose, Rentner, geringfügig Gebildete und Befragte, die eine umfassende medizinische Versorgung wünschen, von einem effizienten Einsatz der öffentlichen Gesundheitsressourcen ausgehen oder an andere Erkrankungsursachen glauben eine Priorisierung von Patienten mit einem gesunden Lebensstil signifikant häufiger ab. Aus den explorativen Cross-Level-Analysen geht darüber hinaus hervor, dass der Einfluss des Rauchens und die Überzeugung, Erkrankungen seien häufig selbst verursacht, durch den Wohlfahrtsstaatenregimetyp moderiert werden. Beide Effekte wirken sich in postkommunistischen Staaten signifikant geringer auf die Einstellungen der Bevölkerung gegenüber dem gesundheitsbezogenen Lebensstil als Priorisierungskriterium aus als in liberalen, konservativen und sozialdemokratischen Staaten.

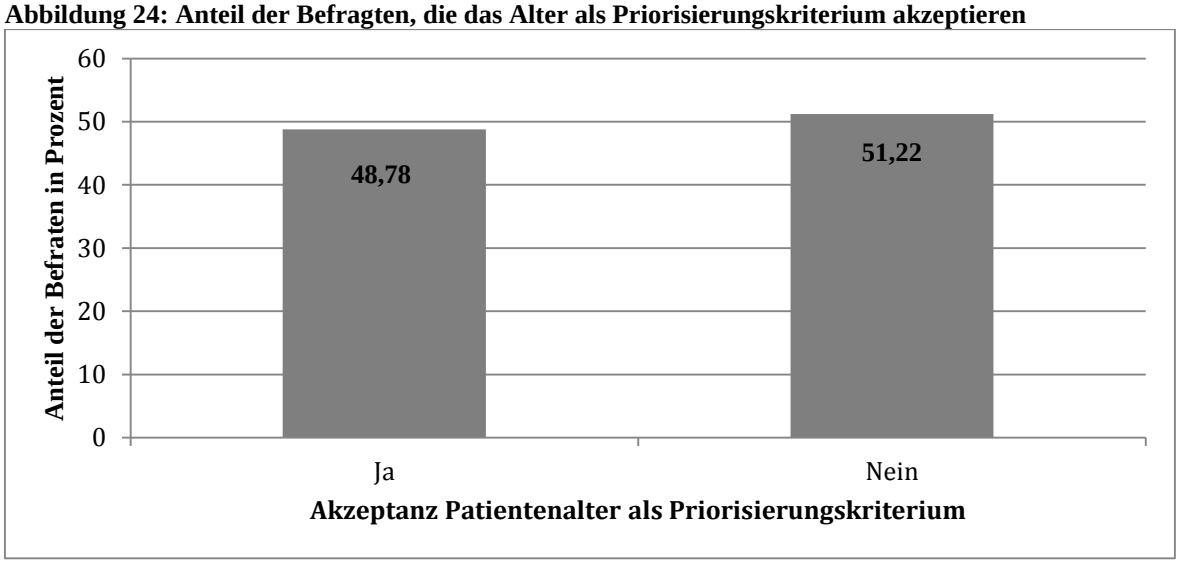
Obwohl einige der Modellprädiktoren einen signifikanten Beitrag zur Erklärung der unterschiedlichen Einstellungen der Befragten gegenüber dem gesundheitsbezogenen

Lebensstil bieten, beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Zustimmung zum Priorisierungskriterium auf Basis des Fixed-Effekt-Modells mit integrierten CLI als solche klassifiziert wird, lediglich 69.1 Prozent. Die Erklärungskraft des Modells muss daher trotz der gewonnenen Erkenntnisse als ungenügend bezeichnet werden.

10.2 Alter

Abbildung 24 visualisiert, dass sich fast die Hälfte der Befragten (48.78 %) für eine vorrangige Behandlung von jüngeren vor älteren Patienten ausspricht, wenn beide Patienten hinsichtlich der übrigen Voraussetzungen identisch sind. Die knappe Mehrheit der Befragten (51.22 %) lehnen eine Priorisierung aufgrund des Patientenalters hingegen auch unter diesen Umständen ab, sodass sich Hypothese H2.2 mit den vorliegenden Daten nicht stützen lässt.

Abbildung 24: Anteil der Befragten, die das Alter als Priorisierungskriterium akzeptieren



N = 17 109

Von welchen Faktoren die Chance für eine Zustimmung zur Alterspriorisierung beeinflusst wird, soll durch die nachfolgenden Makro-, Mikro- und Cross-Level-Analysen untersucht werden.

10.2.1 Makroanalyse

Ob sich die divergierenden Einstellungen der Befragten zur Alterspriorisierung auf Unterschiede in der institutionellen Struktur der Befragungsländer zurückführen lassen (Hypothesenblock 1b) wird in diesem Abschnitt durch deskriptive und multivariate statistische Verfahren geprüft.

10.2.1.1 Deskriptive Analyse

Der Zustimmungsanteil der Bevölkerung zur Alterspriorisierung variiert zwischen 57.1 Prozent in der Schweiz und 38.9 Prozent in Tschechien (Abbildung 25). Dabei erlangt das Kriterium Alter in fünf der 19 Befragungsländer eine mehrheitliche Akzeptanz.

Abbildung 25: Bevölkerungsanteil, der das Alter als Priorisierungskriterium akzeptiert, nach Befragungsland

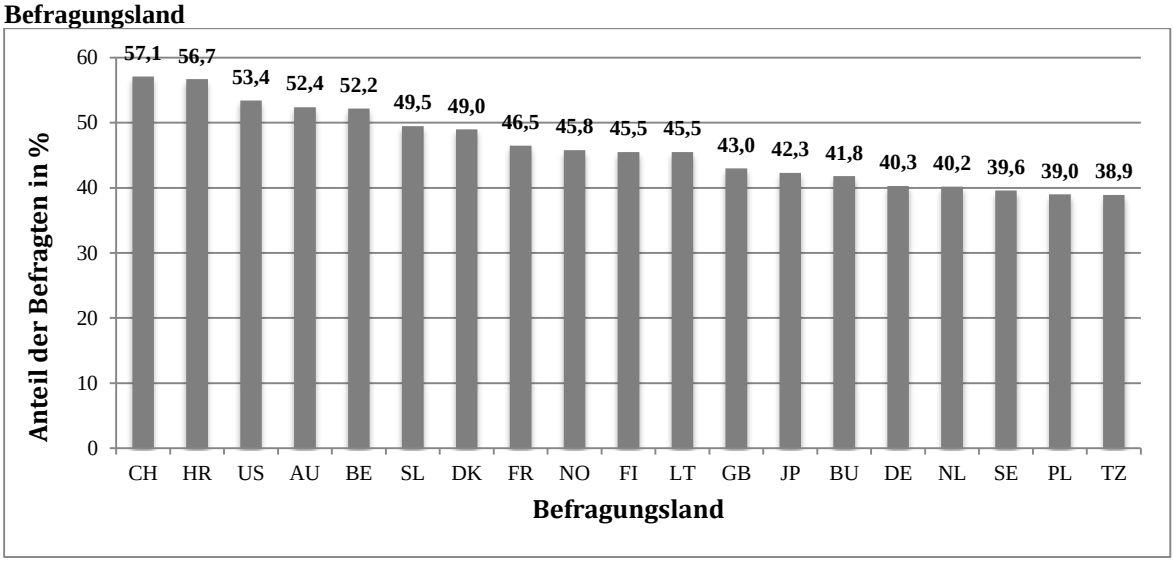
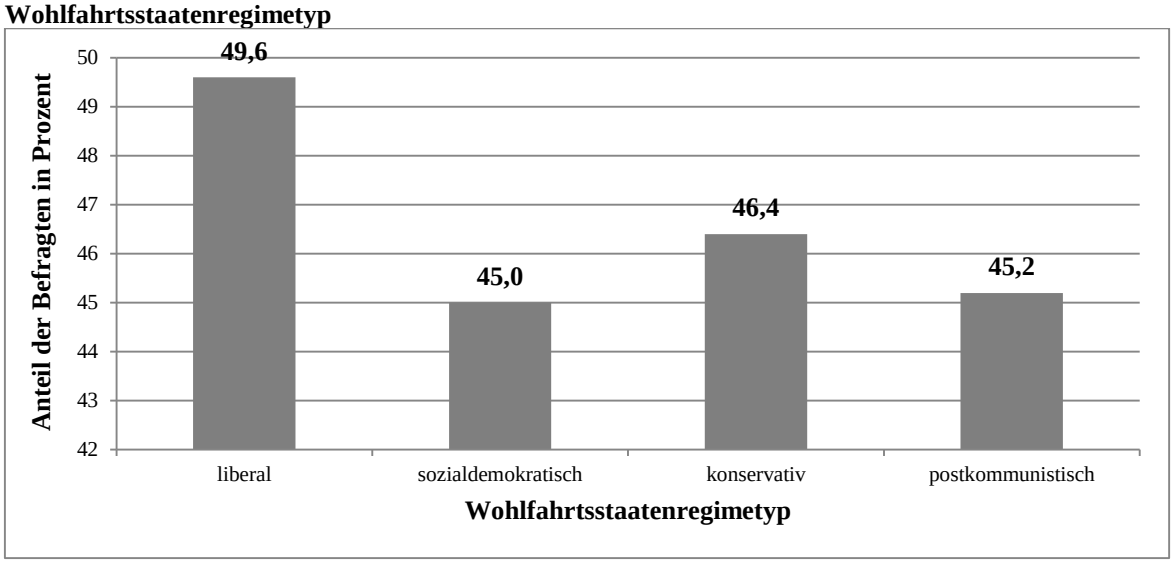


Abbildung 26 zeigt, dass dieser Anteil in liberalen Staaten mit 49.6 Prozent der Befragten durchschnittlich am höchsten und mit 45 Prozent in sozialdemokratischen Staaten am geringsten ausfällt. Obwohl dies die unter Hypothesenblock 1b formulierte Hypothese H2.5 stützt, unterscheidet sich die durchschnittliche Akzeptanz der Befragten zwischen den Wohlfahrtsstaatenregimetypen kaum (maximale Differenz von 4.6 %). Fraglich ist daher, ob dieser Effekt auch nach Kontrolle für andere länderspezifische Charakteristika besteht und ob er sich über die Stichprobe hinaus generalisieren lässt.

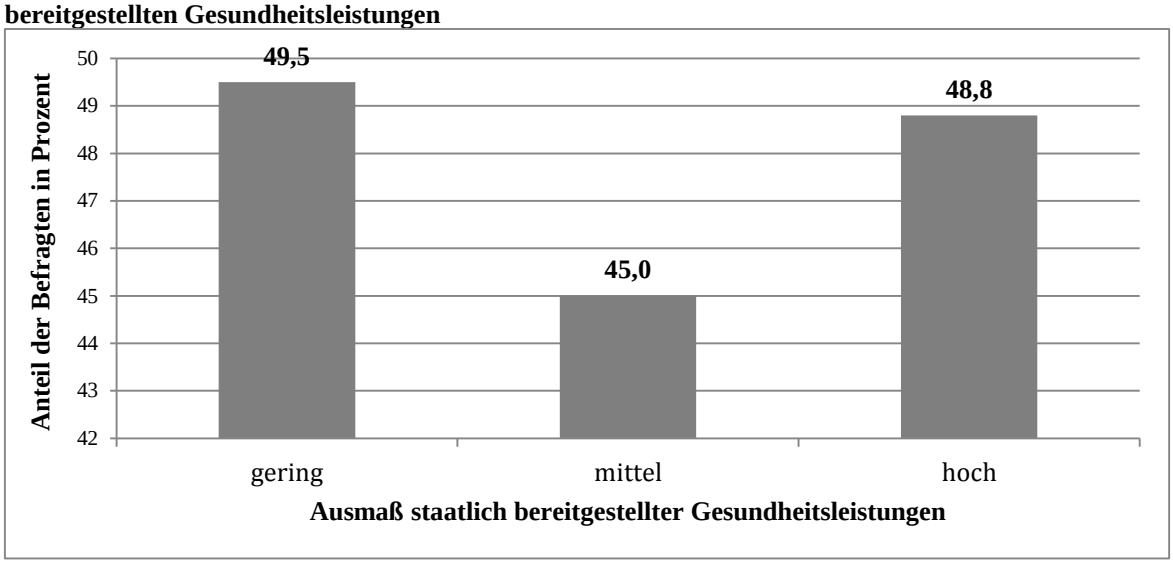
In Bezug auf die unter H2.8 formulierte Hypothese zum Einfluss der staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen auf den durchschnittlichen Bevölkerungsanteil, der das Alter als Priorisierungskriterium akzeptiert, zeigt die deskriptive Analyse, dass hier kein systematischer Zusammenhang zu bestehen scheint. Sowohl in Staaten mit geringer als auch in Staaten mit einer hohen Dekommodifizierung von Gesundheitsleistungen unterstützt durchschnittlich ein größerer Befragtenanteil das Alter als Priorisierungskriterium als in Ländern, in denen sich das Ausmaß an bereitgestellten Gesundheitsleistungen im mittleren Bereich bewegt (Abbildung 27).

Abbildung 26: Bevölkerungsanteil, der das Alter als Priorisierungskriterium akzeptiert, nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp



N = 19

Abbildung 27: Bevölkerungsanteil, der Alterspriorisierung akzeptiert, nach Ausmaß an staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen



N = 19

10.2.1.2 Multivariate Analyse

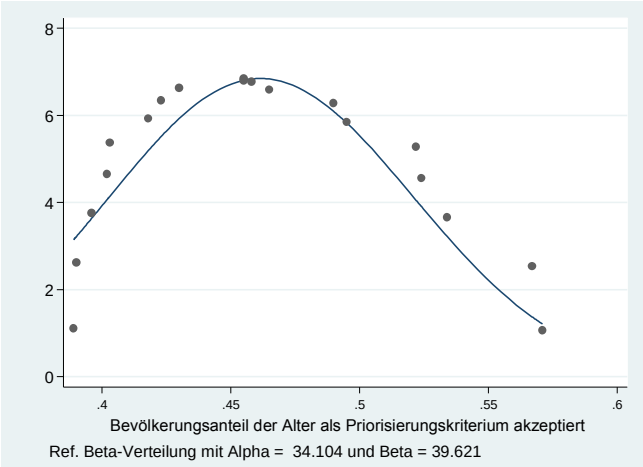
Die Varianz hinsichtlich der Akzeptanz des Alters als Priorisierungskriterium entfällt lediglich zu 0.9 Prozent auf die Makroebene.[116] Mit den Modellen in Tabelle 25 soll dennoch geprüft werden, ob diese Varianz auf Länderebene auf Divergenzen in den institutionellen Strukturen der Befragungsländer zurückzuführen ist. Zuvor werden jedoch die Modellannahmen geprüft und die Anpassungsgüte beurteilt.

[116] Der Anteil der Varianz, der auf die Länderebene entfällt, wurde durch ein logistisches Regressionsmodell ermittelt, das lediglich die Akzeptanz des Alters als Priorisierungskriterium und N-1 Länderdummys enthielt.

Regressionsdiagnostik

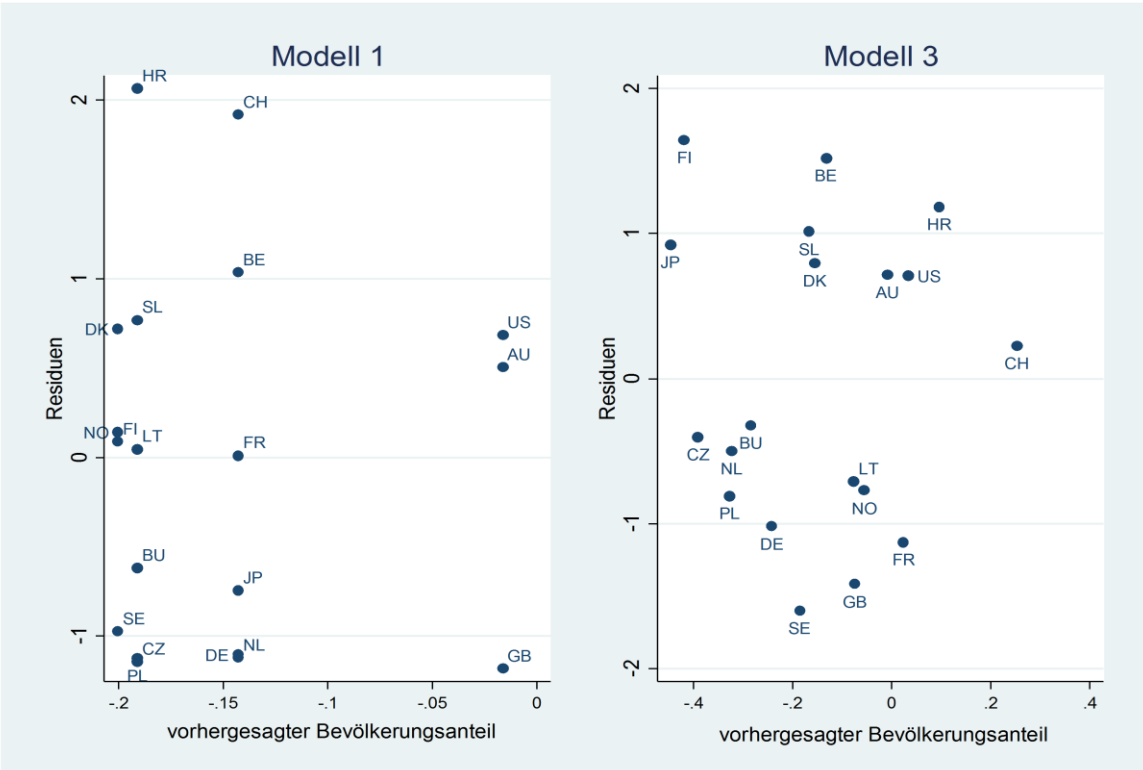
Die Prüfung der Modellspezifikation zeigt, dass sich die Beta-Regression als geeignetes multivariates Analyseverfahren erweist. So geht aus Abbildung 28 hervor, dass die empirischen Daten gut durch die theoretische Vergleichsverteilung erfasst werden.

Abbildung 28: Test auf Betaverteilung der Daten (Alter)



Berechnungen beruhen auf Nullmodell Tabelle 25

Abbildung 29: Residuen vs. vorhergesagte Werte für Bevölkerungsanteil, der das Alter als Priorisierungskriterium akzeptiert



Berechnungen beruhen auf Modell 1 und Modell 3 Tabelle 25

Darüber hinaus zeigt Abbildung 29, dass die Residuen der geschätzten Beta-Regressionsmodelle 1 und 3 (Tabelle 25) unabhängig von den prognostizierten Werten für den Bevölkerungsanteil, der eine Alterspriorisierung unterstützt, zufällig und

unsystematisch um Null streuen, was sich als Indiz für die Erfüllung der Linearitäts- und Homoskedastizitätsannahme interpretieren lässt. Auch die Multikollinearitätsprüfung auf Basis des VIF (Tabelle 25) ergibt, dass in keinem der drei Modelle ein bedenkliches Ausmaß an Multikollinearität zwischen den Prädiktoren vorliegt.

Modellfit

Bezüglich des Modellfits geht aus Tabelle 25 hervor, dass keines der drei Modelle eine bessere Anpassungsgüte als das Nullmodell aufweist. So nimmt das korrigierte Pseudo R^2 in allen Modellen einen negativen Wert an und auch die LR-Tests zeigen keinen signifikanten Gewinn an Erklärungskraft gegenüber dem Nullmodell. Die negativen Werte für das korrigierte Bestimmtheitsmaß weisen darauf hin, dass die Regressionsmodelle zu viele Variablen enthalten, die keinen Beitrag zur Varianzerklärung beitragen (Wenzelburger et al. 2014: 71).

Signifikante Effekte durch die Prädiktoren sind erst in Modell 3 zu beobachten. Dennoch reicht die Erklärungskraft der signifikanten Variablen im Modell 3 nicht aus, um einen positiven Wert für das korrigierte Pseudo R^2 zu erzielen. In Übereinstimmung dazu zeigt der LR-Test zwar, dass sich die Modellanpassung von Modell 3 im Vergleich zu Modell 2 signifikant verbessert, jedoch fällt der Modellfit von Modell 3, durch die verhältnismäßig vielen Prädiktoren ohne Erklärungskraft, schlechter aus als der des Nullmodells.

Zum Zwecke einer besseren Modellanpassung wird daher ein zusätzliches Modell, welches lediglich die signifikanten Prädiktoren sozialdemokratischer Wohlfahrtsstaatenregimetypen, GDP pro Kopf in 1 000 US Dollar und Arbeitslosenquote, enthält, berechnet. Die Baseline bilden liberale, konservative und postkommunistische Staaten mit einer mittleren Arbeitslosenquote und einem durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen.

Beide Indikatoren für die Beurteilung der Anpassungsgüte belegen, dass das reduzierte Modell 4 mit einem korrigierten Pseudo R2 von 12.6 Prozent einen wesentlich besseren Modellfit erzielt als das Nullmodell.

Ergebnisse der multivariaten Analyse

Modell 1 Tabelle 25 beinhaltet lediglich drei Dummy-Variablen für die Wohlfahrtsstaatenregimetypen. Die Referenzgruppe bzw. Baseline des Modells bilden die liberalen Wohlfahrtsstaaten. Das relative Bevölkerungsanteilsverhältnis zwischen

Befragten, die eine Alterspriorisierung befürworten und jenen, die diese ablehnen, ist in liberalen Staaten höher als in allen anderen Wohlfahrtsstaatentypen. Wie jedoch bereits bei der Beurteilung der Modellanpassung erläutert, ist keiner dieser Effekte signifikant.

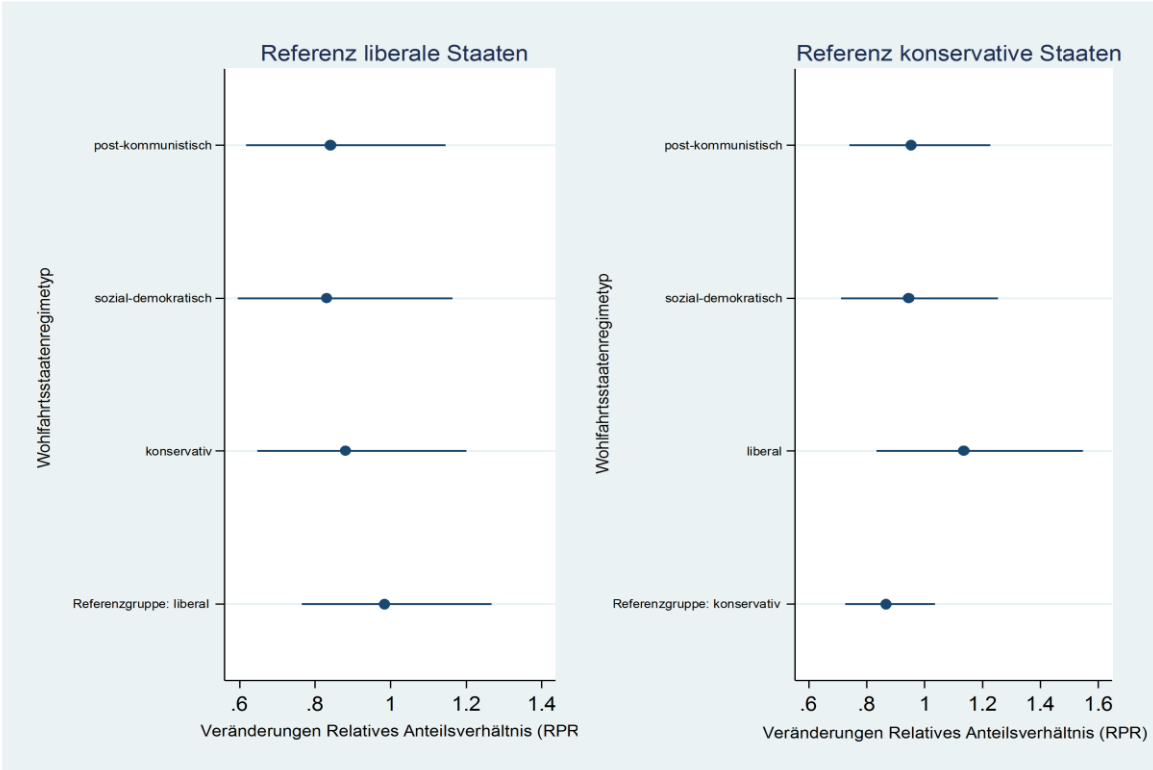
Tabelle 25: Beta-Regression, Einflussfaktoren Anteil der Bevölkerung, der Alter als Priorisierungskriterium akzeptiert

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
WST (Ref. liberal)				
postkommunistisch	0.840	0.868	1.249	
	[0.616,1.144]	[0.644,1.170]	[0.921,1.694]	
sozialdemokratisch	0.832	0.902	0.667**	0.700**
	[0.596,1.162]	[0.641,1.269]	[0.490,0.907]	[0.556,0.883]
konservativ	0.881	1.003	0.945	
	[0.647,1.201]	[0.715,1.406]	[0.743,1.202]	
Dekommodifizierung Gesundheitsleistungen (Ref. gering)				
mittlere Dekommodifizierung		0.823	1.222	
		[0.577,1.176]	[0.885,1.687]	
hohe Dekommodifizierung		0.998	1.262	
		[0.691,1.440]	[0.937,1.699]	
Arbeitslosenquote			2.122***	1.793***
			[1.458,3.088]	[1.300,2.473]
Anteil Ausgaben Gesundheitssystem an Gesamtregierungsausgaben			1.293 [0.670,2.498]	
GDP in pro Kopf 1000 US$			1.019***	1.014***
			[1.010,1.027]	[1.007,1.021]
Baseline	0.984	1.050	0.737	0.927
	[0.764,1.266]	[0.757,1.456]	[0.543,1.001]	[0.848,1.013]
N	19	19	19	19
Pseudo R^2 (McFadden)	-0.084	-0.115	-0.020	0.126
VIF	1.98	2.52	5.03	2.80
LR Test (Nullmodell)	$Chi^2(3)1.43$	$Chi^2(5)3.72$	$Chi^2(8)17.85$	$Chi^2(3)12.85^{**}$
LR-Test (M vs. M-1)	$Chi^2(3)1.43$	$Chi^2(2)2.30$	$Chi^2(3)14.12^{**}$	-

Einträge sind Relative Proportion Ratios (RPR), 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Die Ursache für die fehlende Signifikanz wird mittels Abbildung 30, in welcher die Veränderungen des relativen Zustimmungsanteils zur Alterspriorisierung in Abhängigkeit vom Wohlfahrtsstaatentyp grafisch dargestellt sind, verdeutlicht. Obwohl auch hier ersichtlich ist, dass das relative Anteilsverhältnis in den liberalen Staaten durchschnittlich höher ausfällt als in den anderen Wohlfahrtsstaatentypen, zeigt die linke Abbildung, dass sich die Konfidenzintervalle der postkommunistischen und sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaatentypen mit dem der liberalen Staaten überschneiden.

Abbildung 30: Veränderungen relativer Bevölkerungsanteil, der das Alter als Priorisierungskriterium akzeptiert nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp



N = 19; 95 % Konfidenzintervall; Berechnungen beruhen auf Modell 1 Tabelle 25

Darüber hinaus offenbart die rechte Grafik in Abbildung 30, dass weder ein signifikanter Unterschied zwischen konservativen und postkommunistischen Staaten noch zwischen konservativen und sozialdemokratischen Staaten besteht. Folglich lässt sich die Hypothese zum Einfluss des Wohlfahrtsstaatenregimetyps auf den Bevölkerungsanteil, der eine Alterspriorisierung befürwortet (H2.5), im Rahmen der multivariaten Analyse nicht stützen.[117]

In Modell 2 wird das Grundmodell um das Ausmaß der staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen erweitert. Auch hier lassen sich keine signifikanten Einflüsse feststellen, sodass sich auch Hypothese H2.8 zum Einfluss des Dekommodifizierungsausmaßes von Gesundheitsleistungen auf den Bevölkerungsanteil,

[117] Der Effekt der sozialdemokratischen Staaten wird jedoch in Model 3 signifikant. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Baseline in Modell 3 nicht der aus Modell 1 entspricht. In Modell 1 bilden liberale Staaten die Baseline. In Modell 3 bilden hingegen liberale, konservative und postkommunistische Staaten mit einer mittleren Arbeitslosenquote, einem mittleren durchschnittlichen Einkommen und einem mittleren Ausmaß an Ausgaben fürs Gesundheitssystem die Baseline. Infolgedessen zeigt die Signifikanz des sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaatentyps in Modell 3, dass sich die sozialdemokratischen Staaten hinsichtlich des Bevölkerungsanteils der eine Alterspriorisierung unterstützt signifikant von liberalen, konservativen und postkommunistischen Staaten mit einer mittleren Arbeitslosenquote, einem durchschnittlichen Bevölkerungseinkommen und einem mittleren Umfang an Regierungsausgaben für das Gesundheitssystem, unterscheiden.

welcher das Altersspriorisierung unterstützt, mit den vorliegenden Daten nicht stützen lässt. Darüber hinaus hat bereits die deskriptive Statistik nahegelegt, dass der Bevölkerungsanteil, welcher sich für Altersspriorisierung ausspricht, in Staaten mit einem hohen Ausmaß an bereitgestellten Gesundheitsleistungen durchschnittlich um 3.8 Prozent höher ausfällt als in Staaten mit einem mittleren Umfang an bereitgestellten Gesundheitsleistungen (Abbildung 27).

Die Modelle 3 und 4 lassen hingegen vermuten, dass sich die Arbeitslosenquote und das Durchschnittseinkommen der Bevölkerung auf den Zustimmungsanteil zur Altersspriorisierung auswirken. Während sich das relative Anteilsverhältnis in liberalen, konservativen und postkommunistischen Staaten mit einem mittleren Durchschnittseinkommen und einer durchschnittlichen Arbeitslosenquote auf 0.93 beläuft (Baseline Modell 4), erhöht sich dieses mit jedem weiteren Prozent an Arbeitslosen durchschnittlich um 80 Prozent und mit jedem 1 000 US Dollar höheren Durchschnittseinkommen um 1.4 Prozent (Modell 4). Beide Effekte lassen sich mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von unter 0.1 Prozent über die Stichprobe hinaus generalisieren. Um die Interpretation dieser Effekte zu erleichtern wurden in Tabelle 26 die marginalen Veränderungen in den vorhergesagten Zustimmungsanteilen der Bevölkerung zur Altersspriorisierung in Abhängigkeit von der Arbeitslosenquote und dem Durchschnittseinkommen der Bevölkerung berechnet. In Staaten mit einer durchschnittlichen Arbeitslosenquote (7.8 %) und einem mittleren Durchschnittseinkommen (44 500 US Dollar) beläuft sich der Zustimmungsanteil zur Altersspriorisierung auf durchschnittlich 46 Prozent. Erhöht sich die Arbeitslosenquote um einen Prozent, führt dies zu einem durchschnittlichen Anstieg im Zustimmungsanteil von 14.5 Prozent. Ebenso steigt der durchschnittliche Zustimmungsanteil mit jeder höheren Einheit im durchschnittlichen Bevölkerungseinkommen um 0.3 Prozent an.

Tabelle 26: Veränderungen im vorhergesagten Zustimmungsanteil zur Altersspriorisierung nach Arbeitslosenquote und Durchschnittseinkommen

	Marginaler Effekt	**Min► Max**
Arbeitslosenquote	0.145	0.237
GDP pro Kopf in 1000 US $	0.003	0.308

Berechnungen beruhen auf Modell 4 Tabelle 25

Resümierend kann festgestellt werden, dass die unter Hypothesenblock 1b formulierten Annahmen hinsichtlich des Einflusses der institutionellen Struktur auf den Bevölkerungsanteil, der das Alter als Priorisierungskriterium akzeptiert, durch die statistischen Analysen nicht gestützt werden können. Stattdessen lassen die multivariaten

Analysen vermuten, dass sowohl ein positiver Zusammenhang zwischen der Höhe des Zustimmungsanteils und der Arbeitslosenquote als auch zwischen Zustimmungsanteil und dem Durchschnittseinkommen der Bevölkerung besteht.

10.2.2 Mikroanalysen

Im Rahmen der Mikroanalysen wird zunächst untersucht, auf welche Faktoren sich die divergierenden Einstellungen der Bevölkerung in den einzelnen Befragungsländern zurückführen lassen. Im zweiten Teil der Mikroanalyse wird geprüft, ob sich die Unterschiede in der Einstellung zur Altersspriorisierung über alle Staaten hinweg auf die unter Hypothesenblock 2b formulierten theoretischen Erwartungen zurückführen lassen.

10.2.2.1 Länderanalysen

Bevor die Ergebnisse zu den Länderanalysen dargestellt werden, werden die Ländermodelle zunächst einer Regressionsdiagnostik unterzogen und hinsichtlich ihrer Anpassungsgüte beurteilt.

<u>Regressionsdiagnostik</u>

Der Linktest in Tabelle 27 zeigt, dass in drei der 19 Ländermodelle (Kroatien, Slowenien und Finnland) keine lineare Beziehung zwischen den Prädiktoren und den Logit-Werten vorliegt und diese Modelle folglich nicht korrekt spezifiziert worden sind. Diese Staaten sollten daher im Rahmen der Auswertung unberücksichtigt bleiben. Aus den Angaben zum VIF in den Ländermodellen geht hingegen hervor, dass in keinem der 19 Modelle ein kritisches Ausmaß an Multikollinearität besteht.

<u>Modellfit</u>

Die LR-Tests gegen die Nullmodelle zeigen, dass die Ländermodelle für vier der 16 korrekt spezifizierten Staaten (Australien, Großbritannien, Tschechien und die Niederlande) keine bessere Erklärungskraft erzielen als die entsprechenden Nullmodelle. Infolgedessen nimmt das korrigierte Pseudo R^2 in diesen Staaten negative Werte an. Aber auch in den übrigen Staaten verweisen die AUC-Werte auf eine unzureichende Anpassungsgüte. So liegt die

Wahrscheinlichkeit, dass eine Zustimmung zur Altersspriorisierung auf Basis des spezifizierten Modells richtig klassifiziert wird, nur zwischen 59.4 Prozent und 64.7 Prozent.

Ergebnisse Länderanalysen

Aus Tabelle 27 geht hervor, dass das Alter, als Indikator für den Einfluss des Eigeninteresses der Befragten, nur in Polen, Schweden und Norwegen in einem signifikanten Zusammenhang zur Einstellung gegenüber einer vorrangigen Behandlung von jüngeren Patienten steht. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass Befragte über 60 Jahre in Schweden und Norwegen eine signifikant geringere Chance für die Akzeptanz einer Altersspriorisierung aufweisen ($p < 0.01$) während ältere Befragte in Polen einer Altersspriorisierung signifikant häufiger zustimmen als jüngere ($p < 0.01$). Während die Einstellungen der älteren Befragten in Schweden und Norwegen ein Indiz für das Vorliegen von Eigeninteressen darstellen, lassen sich die der polnischen Bevölkerung möglicherweise als Hinweis für die Verfolgung des Fair-Innings-Prinzips verstehen.

Das Geschlecht scheint hingegen in keinem der Befragungsländer einen Einfluss auf die Einstellung der Bevölkerung gegenüber einer vorrangigen Behandlung von jüngeren Patienten zu haben.

Hinsichtlich des Bildungsgrades zeigen sich lediglich in den USA ($p < 0.05$), Frankreich ($p < 0.05$) und Norwegen ($p < 0.01$) signifikante Unterschiede zwischen Akademikern und Befragten mit niedrigeren Bildungsabschlüssen. Dabei ist die Chance, dass Befragte mit einem Hochschulabschluss einer Priorisierung von jüngeren Patienten zustimmen zwischen 26.6 Prozent und 30.7 Prozent größer als für Befragte mit einem geringem Abschluss.

In Frankreich ($p < 0.01$) und Deutschland ($p < 0.05$) unterstützen Studenten und Auszubildende eine vorrangige Behandlung von jüngeren Patienten signifikant häufiger als erwerbstätige Befragte. In Australien zeigt sich hingegen ein ähnlicher Effekt zwischen Rentnern und Erwerbstätigen ($p < 0.05$). In den USA unterstützen arbeitslose Befragte eine Altersspriorisierung signifikant seltener ($p < 0.05$) als Erwerbstätige und in Tschechien sprechen sich Rentner signifikant seltener als erwerbstätige Befragte für eine vorrangige Behandlung von jüngeren Patienten aus ($p < 0.05$). Letzteres kann aufgrund des Alters von Rentnern vermutlich als eigennützige Präferenz verstanden werden.

Hinsichtlich des Einflusses der persönlichen Einstellungen zum Gesundheitssystem wird offenbart, dass das Vertrauen der Befragten in das Gesundheitssystem lediglich in Litauen

in einem positiven Zusammenhang mit der Akzeptanz einer Alterspriorisierung steht ($p < 0.01$). Der gewünschte Umfang der öffentlichen Gesundheitsversorgung übt hingegen nur in Bulgarien einen negativen Einfluss auf die Zustimmung zu einer vorrangigen Behandlung von jüngeren Patienten aus ($p < 0.05$). Demgegenüber erhöht die Überzeugung, dass die öffentlichen Gesundheitsressourcen verschwendet werden, die Chance für eine Akzeptanz des Alters als Priorisierungskriterium in sechs Befragungsländern (Großbritannien, Frankreich, Belgien, Schweiz, Norwegen und Japan). Die Überzeugung, dass Erkrankungen häufig selbstverschuldet seien, steht hingegen lediglich in Großbritannien, Australien und Tschechien in einem positiven Zusammenhang mit der Unterstützung einer Priorisierung von jüngeren gegenüber älteren Patienten ($p < 0.01$).

Insgesamt zeigt der Vergleich zwischen den Ländermodellen, dass die Prädiktoren in den Befragungsländern keine universellen Effekte auf die Einstellung der Bevölkerung gegenüber einer Alterspriorisierung besitzen. Darüber hinaus lässt sich nur in Bezug auf einen Indikator ein Effektmuster in Abhängigkeit vom Wohlfahrtsstaatenregimetyp beobachten. So steht die Annahme der Ressourcenverschwendung in keinem der postkommunistischen Staaten in einem signifikanten Zusammenhang zur Akzeptanz der Alterspriorisierung. Demgegenüber scheint in vier der sechs konservativen Staaten ein signifikanter positiver Zusammenhang mit der Akzeptanz einer Alterspriorisierung zu vorzuliegen. Denkbar wäre daher, dass sich die Annahme der Ressourcenverschwendung insbesondere in konservativen Staaten positiv auf die Akzeptanz einer Priorisierung von jüngeren Patienten auswirkt, während diese Überzeugung in postkommunistischen Staaten keinen Einfluss auf die Einstellung der Bevölkerung zur Priorisierung von jüngeren Patienten besitzt. Ob hier ein signifikanter Moderatoreffekt durch den Wohlfahrtsstaatenregimetyp besteht, wird daher im Rahmen der explorativen Cross-Level-Analyse getestet.

Zuvor wird jedoch im Rahmen der nachfolgenden ländervergleichenden Analyse eruiert, ob sich das Eigeninteresse, der individuelle Kontext und die Einstellungen der Befragten gegenüber dem Gesundheitssystem dazu eignen, die Divergenzen in den Einstellungen der Befragten zum Thema Alterspriorisierung über die Befragungsländer hinweg (Hypothesenblock 2b) zu erklären.

Tabelle 27: Logistische Regression: Einflussfaktoren Akzeptanz Alter als Priorisierungskriterium

	AU	GB	US	BG	HR	CZ	LT	PL	SL
älter als 60 Jahre	0.765	1.186	0.917	0.656	1.637	1.469	0.905	2.246**	1.430
	[0.547,1.070]	[0.641,2.193]	[0.643,1.309]	[0.325,1.325]	[0.862,3.112]	[0.813,2.655]	[0.399,2.050]	[1.339,3.765]	[0.594,3.443]
weiblich	1.008	0.986	0.804	1.315	0.988	1.189	1.008	0.857	0.701
	[0.791,1.283]	[0.697,1.395]	[0.623,1.038]	[0.931,1.858]	[0.689,1.417]	[0.910,1.553]	[0.715,1.421]	[0.575,1.276]	[0.461,1.065]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)									
geringe Bildung	0.703	0.805	0.837	1.491	1.608	0.597	1.870	1.087	0.462*
	[0.337,1.465]	[0.507,1.277]	[0.421,1.664]	[0.683,3.257]	[0.842,3.073]	[0.309,1.152]	[0.801,4.367]	[0.566,2.088]	[0.222,0.961]
mittlere Bildung	0.937	0.759	0.722*	1.147	1.257	1.088	0.900	0.749	0.579*
	[0.727,1.209]	[0.515,1.119]	[0.551,0.946]	[0.797,1.651]	[0.794,1.989]	[0.722,1.640]	[0.617,1.315]	[0.461,1.217]	[0.343,0.979]
Haushaltseinkommen	1.003	0.989	1.003*	0.721*	1.337**	0.891	1.112	0.982	0.944
	[0.997,1.009]	[0.923,1.059]	[1.000,1.006]	[0.549,0.948]	[1.097,1.631]	[0.760,1.045]	[0.927,1.332]	[0.926,1.042]	[0.842,1.059]
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)									
arbeitslos	0.967	1.006	0.566*	1.969	1.947	0.938	0.905	1.222	0.849
	[0.367,2.552]	[0.487,2.081]	[0.342,0.938]	[0.980,3.958]	[0.900,4.212]	[0.384,2.292]	[0.460,1.782]	[0.497,3.005]	[0.319,2.258]
Rentner	1.467*	0.768	1.227	1.629	0.804	0.467*	1.244	-	0.662
	[1.004,2.144]	[0.400,1.473]	[0.801,1.879]	[0.778,3.409]	[0.438,1.476]	[0.250,0.873]	[0.534,2.897]		[0.274,1.600]
erwerbsunfähig	0.854	0.706	-	1.152	-	0.939	1.728	1.333	2.261
	[0.426,1.713]	[0.311,1.606]		[0.440,3.015]		[0.375,2.353]	[0.650,4.591]	[0.771,2.305]	[0.216,23.66]
Ausbildung/Studium	1.325	3.503	1.022	1.066	1.326	1.169	0.695	1.108	2.404
	[0.472,3.717]	[0.888,13.81]	[0.419,2.496]	[0.179,6.355]	[0.501,3.510]	[0.590,2.314]	[0.354,1.366]	[0.281,4.371]	[0.994,5.813]
Hausarbeit	1.040	1.261	0.982	1.978	0.441	-	1.941	0.580	2.857
	[0.569,1.902]	[0.627,2.538]	[0.627,1.538]	[0.546,7.161]	[0.152,1.278]		[0.713,5.283]	[0.217,1.551]	[0.659,12.38]
Wehrdienst	0.754	-	-	-	-	-	-	-	-
	[0.267,2.128]								
Andere	-	0.780	1.623	2.652	1.175	0.998	-	-	2.595
		[0.125,4.884]	[0.738,3.572]	[0.768,9.163]	[0.186,7.440]	[0.518,1.926]			[0.268,25.14]
Vertrauen ins Gesundheitssystem	1.064	0.866	1.083	0.889	0.719***	0.961	1.311**	0.935	1.017
	[0.928,1.221]	[0.703,1.067]	[0.943,1.244]	[0.760,1.040]	[0.593,0.872]	[0.832,1.109]	[1.083,1.587]	[0.765,1.141]	[0.815,1.269]
nur öffentliche Grundversorgung	1.004	1.138	1.033	0.817*	1.237*	1.065	0.905	0.942	1.695***
	[0.885,1.139]	[0.940,1.378]	[0.921,1.157]	[0.688,0.970]	[1.020,1.501]	[0.964,1.176]	[0.760,1.078]	[0.799,1.111]	[1.302,2.206]
Ressourcen werden verschwendet	1.122	1.229*	1.101	1.058	1.125	0.949	1.061	0.971	1.028
	[0.990,1.272]	[1.006,1.501]	[0.972,1.248]	[0.892,1.256]	[0.938,1.348]	[0.846,1.064]	[0.879,1.279]	[0.812,1.160]	[0.825,1.281]
Krankheiten häufig selbst verursacht	1.150*	1.247*	1.027	1.193	0.723***	1.147*	1.097	1.242	1.046
	[1.018,1.299]	[1.023,1.520]	[0.905,1.167]	[0.983,1.446]	[0.602,0.868]	[1.007,1.307]	[0.856,1.406]	[0.985,1.567]	[0.810,1.351]
gewillt höhere Steuern zu zahlen	1.048	1.025	1.054	1.054	1.065	1.071	0.881	1.059	0.996
	[0.947,1.160]	[0.890,1.181]	[0.957,1.162]	[0.913,1.216]	[0.908,1.249]	[0.949,1.209]	[0.758,1.025]	[0.918,1.221]	[0.824,1.204]
N	1166	610	1104	597	576	976	624	503	418
Korrigiertes Pseudo R^2	-0.009	-0.014	0.002	0.006	0.021	-0.009	-0.009	0.016	0.005
AUC	0.573	0.614	0.599	0.639	0.667	0.583	0.623	0.664	0.686
VIF	1.18	1.36	1.20	1.55	1.40	1.56	1.69	1.33	1.52
hat & hatsq (Linearitätstest)	0.000;0.983	0.000;0.109	0.000;0.410	0.000;0.695	0.001;0.009	0.006;0.517	0.000;0.078	0.000;0.280	0.000;0.032
LR-Test (Nullmodell)	$Chi^2(16)20.0$	$Chi^2(16)22.6$	$Chi^2(16)34.9^{**}$	$Chi^2(16)38.9^{**}$	$Chi^2(15)48.2^{***}$	$Chi^2(16)22.1$	$Chi^2(15)24.6^{*}$	$Chi^2(14)40.9^{***}$	$Chi^2(16)37.0^{**}$

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$; die äquivalenten Regressionsmodelle mit imputierten Daten sind in Tabelle 43 im Anhang abgebildet

Fortsetzung Tabelle 27

	BE	FR	DE	JP	NL	CH	DK	FI	NO	SE
älter als 60 Jahre	1.276	1.167	0.700	1.130	0.743	1.524	0.644	0.583	0.527**	0.366**
	[0.874,1.862]	[0.772,1.764]	[0.431,1.136]	[0.784,1.628]	[0.478,1.156]	[0.833,2.788]	[0.403,1.030]	[0.305,1.115]	[0.348,0.799]	[0.197,0.677]
weiblich	0.977	0.958	0.827	0.910	1.042	0.860	0.853	0.813	0.849	0.850
	[0.801,1.190]	[0.792,1.159]	[0.645,1.061]	[0.666,1.243]	[0.803,1.351]	[0.636,1.163]	[0.669,1.088]	[0.596,1.108]	[0.670,1.078]	[0.622,1.162]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)										
geringe Bildung	0.761	0.693*	1.450	-	1.137	1.064	0.907	0.912	0.733	0.755
	[0.524,1.106]	[0.514,0.935]	[0.524,4.015]		[0.563,2.296]	[0.562,2.013]	[0.467,1.760]	[0.452,1.840]	[0.468,1.149]	[0.455,1.253]
mittlere Bildung	0.901	1.007	1.400	0.958	0.961	1.314	1.264	0.950	0.701**	0.927
	[0.729,1.115]	[0.823,1.233]	[0.941,2.083]	[0.715,1.284]	[0.736,1.257]	[0.852,2.025]	[0.840,1.901]	[0.679,1.327]	[0.543,0.903]	[0.665,1.292]
Haushaltseinkommen	1.071*	0.998	1.054	1.004*	1.046	0.998	1.000	0.998	1.000	0.981
	[1.012,1.132]	[0.989,1.007]	[0.993,1.119]	[1.000,1.008]	[0.960,1.139]	[0.936,1.064]	[0.996,1.004]	[0.981,1.015]	[0.998,1.002]	[0.951,1.013]
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)										
arbeitslos	1.191	1.025	0.804	1.416	0.915	0.755	0.696	0.823	1.602	2.052
	[0.766,1.852]	[0.666,1.578]	[0.448,1.444]	[0.534,3.755]	[0.456,1.836]	[0.222,2.570]	[0.335,1.447]	[0.368,1.843]	[0.591,4.342]	[0.964,4.366]
Rentner	0.718	1.017	1.345	1.133	0.887	0.848	0.848	1.127	0.903	1.432
	[0.478,1.078]	[0.669,1.545]	[0.807,2.242]	[0.666,1.927]	[0.538,1.462]	[0.438,1.640]	[0.493,1.458]	[0.586,2.166]	[0.548,1.489]	[0.707,2.901]
erwerbsunfähig	0.845	1.170	0.971	0.589	0.729	2.121	0.751	0.809	0.830	1.021
	[0.479,1.489]	[0.577,2.372]	[0.284,3.322]	[0.166,2.089]	[0.396,1.341]	[0.502,8.968]	[0.390,1.446]	[0.130,5.039]	[0.488,1.411]	[0.359,2.907]
Ausbildung/Studium	1.133	2.267**	1.921*	1.347	2.220	1.363	1.053	0.946	1.422	1.047
	[0.642,1.999]	[1.284,4.004]	[1.129,3.270]	[0.689,2.632]	[0.988,4.985]	[0.646,2.879]	[0.684,1.621]	[0.553,1.618]	[0.842,2.400]	[0.527,2.082]
Hausarbeit	0.840	1.130	1.174	1.158	0.634	1.513	0.685	1.298	1.083	-
	[0.525,1.344]	[0.677,1.885]	[0.587,2.346]	[0.755,1.776]	[0.350,1.146]	[0.786,2.912]	[0.149,3.161]	[0.434,3.881]	[0.276,4.244]	
Wehrdienst	-	0.861	-	-	-	-	-	1.374	-	-
		[0.0509,14.54]						[0.119,15.80]		
Andere	1.100	0.797	-	1.377	1.736	0.423	1.234	1.174	0.833	1.323
	[0.529,2.287]	[0.428,1.486]		[0.263,7.201]	[0.692,4.360]	[0.0699,2.556]	[0.522,2.917]	[0.325,4.243]	[0.178,3.884]	[0.461,3.792]
Vertrauen ins Gesundheitssystem	0.906	0.970	0.962	0.955	0.978	1.094	0.972	1.032	1.079	1.135
	[0.782,1.050]	[0.856,1.099]	[0.832,1.112]	[0.795,1.148]	[0.833,1.148]	[0.910,1.314]	[0.829,1.141]	[0.847,1.259]	[0.928,1.255]	[0.940,1.371]
nur öffentliche Grundversorgung	1.084	1.044	1.147**	1.154*	1.074	1.132	1.004	1.000	0.990	0.969
	[0.987,1.192]	[0.958,1.137]	[1.034,1.272]	[1.030,1.293]	[0.943,1.222]	[0.999,1.282]	[0.902,1.117]	[0.870,1.148]	[0.879,1.114]	[0.841,1.117]
Ressourcen werden verschwendet	1.174**	1.301***	1.017	1.213**	1.096	1.301**	1.120	1.077	1.383***	1.038
	[1.057,1.304]	[1.183,1.431]	[0.901,1.147]	[1.068,1.377]	[0.944,1.271]	[1.088,1.555]	[0.997,1.259]	[0.917,1.266]	[1.211,1.579]	[0.880,1.224]
Krankheiten häufig selbst verursacht	1.072	1.062	1.150	0.982	1.070	1.127	1.032	1.236*	1.113	1.021
	[0.971,1.183]	[0.969,1.164]	[0.994,1.331]	[0.874,1.104]	[0.937,1.221]	[0.973,1.305]	[0.904,1.179]	[1.024,1.492]	[0.957,1.293]	[0.835,1.250]
gewillt höhere Steuern zu zahlen	0.952	1.021	0.904	0.921	1.066	1.014	0.955	0.862	0.975	0.843*
	[0.878,1.032]	[0.945,1.103]	[0.812,1.006]	[0.801,1.060]	[0.945,1.203]	[0.897,1.146]	[0.858,1.064]	[0.742,1.000]	[0.881,1.078]	[0.735,0.966]
N	1779	1948	1126	868	1053	805	1128	709	1245	748
Korrigiertes Pseudo R^2	0.004	0.010	0.005	-0.002	-0.006	-0.001	-0.002	-0.015	0.029	0.006
AUC	0.596	0.597	0.602	0.609	0.588	0.622	0.594	0.599	0.647	0.638
VIF	1.39	1.46	1.37	1.18	1.33	1.36	1.34	1.33	1.23	1.34
hat & hatsq (Linearitätstest)	0.000;0.614	0.000;0.654	0.000;0.713	0.000;0.317	0.010;0.206	0.000;0.326	0.000;0.622	0.000;0.044	0.000;0.437	0.000;0.908
LR-Test (Nullmodell)	$Chi^2(16)43.0^{***}$	$Chi^2(17)61.9^{***}$	$Chi^2(16)41.8^{***}$	$Chi^2(15)29.2^{*}$	$Chi^2(16)25.5$	$Chi^2(16)32.6^{**}$	$Chi^2(16)30.6^{*}$	$Chi^2(16)21.4$	$Chi^2(16)83.7^{***}$	$Chi^2(15)38.4^{***}$

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

10.2.2.2 Ländervergleichende Analysen

Bevor die Ergebnisse der ländervergleichenden Analyse zum Einfluss der individuellen Faktoren auf die Akzeptanz des Alters als Priorisierungskriterium dargestellt werden, werden die Modelle zunächst einer Regressionsdiagnostik unterzogen und hinsichtlich ihrer Anpassungsgüte beurteilt

Regressionsdiagnostik

Der Linktest (Tabelle 28) zeigt, dass für Modell 2, welches die Indikatoren zum Einfluss des Eigeninteresses und des individuellen Kontextes der Befragten inkludiert, keine lineare Beziehung zwischen den Prädiktoren und den Logit-Werten vorliegt. Durch die Aufnahme der persönlichen Einstellungen der Befragten zum Gesundheitssystem in Modell 3 wird hingegen eine korrekte Modellspezifikation erzielt, welche auch nach der Integration der Länderdummys in Modell 4 (Fixed-Effekt-Modell) bestehen bleibt. Auch der VIF für die Modelle in Tabelle 28 überschreitet die kritische Grenze nicht, sodass die Ergebnisse aus Modell 3 und Modell 4 zur Prüfung der unter Hypothesenblock 2b formulierten theoretischen Erwartungen verwendet werden können.

Modellfit

Die Beurteilung der Anpassungsgüte der Modelle 3 und 4 erfolgt auf Basis von LR-Tests und dem AUC-Wert. Sowohl Modell 3 als auch Modell 4 erzielen gegenüber dem Nullmodell eine signifikant bessere Anpassungsgüte. Darüber hinaus erhöht sich die Anpassungsgüte von Modell 3 signifikant gegenüber Modell 2 und auch der Modellfit des Fixed-Effekt-Modells gestaltet sich signifikant besser als jener von Modell 3. Obgleich sich die Anpassungsgüte mit jeder Modellerweiterung erhöht, zeigt der AUC-Wert, dass sich die Wahrscheinlichkeit für eine richtige Zustimmungsklassifikation auf Basis von Modell 3 auf lediglich 56.5 Prozent und auf Basis von Modell 4 auf 59.2 Prozent beläuft. Der Modellfit muss folglich als unzureichend bezeichnet werden.

Ergebnisse der ländervergleichenden Analyse

Die Ergebnisse der ländervergleichenden Analyse zur Akzeptanz des Alters als Priorisierungskriterium sind in Modell 1 bis 3 Tabelle 28 abgebildet. Modell 4 beinhaltet zusätzlich die Länderdummys, sodass geprüft werden kann, ob bestehende Effekte auch nach der Kontrolle für Unterschiede zwischen den Befragungsländern bestehen bleiben (Fixed-Effekt-Modell).

Hinsichtlich des Einflusses des Eigeninteresses zeigt Modell 1, dass Befragte über 60 Jahre einer Priorisierung von jüngeren Patienten signifikant seltener zustimmen als jüngere Befragte. Durch die Integration der individuellen Kontextfaktoren in Modell 2 verliert dieser Effekt jedoch seine Signifikanz, sodass sich Hypothese H2.10, basierend auf den Ergebnissen der multivariaten Analyse, nicht stützen lässt. Das Eigeninteresse der Befragten scheint sich im Rahmen der ländervergleichenden Analyse demnach nicht auf die Einstellungen der Befragten gegenüber der vorrangigen Behandlung von jüngeren Patienten auszuwirken.

Demgegenüber belegt die empirische Analyse, dass Frauen auch nach Kontrolle für mögliche Länderunterschiede eine durchschnittlich um sechs Prozent geringere Chance aufweisen (Modell 4), sich für eine Altersspriorisierung auszusprechen als männliche Befragte ($p < 0.05$). Dieses Ergebnis stützt die unter Hypothese H2.13 formulierte Annahme.

Bezüglich des Einflusses der anderen individuellen Kontextfaktoren ergab die multivariate Analyse, dass sich die Chance einer Zustimmung zur Altersspriorisierung mit zunehmendem Bildungsgrad erhöht (Modell 3). Nach Kontrolle für die Länderunterschiede bleibt dieser Effekt jedoch nur zwischen Akademikern und Befragten mit einem niedrigen Bildungsabschluss bestehen ($p < 0.01$). Dabei ist die Chance einer Zustimmung zur Altersspriorisierung für Befragte mit einem Hochschulabschluss durchschnittlich um 16.2 Prozent höher als für Befragte mit einem geringen Bildungsniveau ($p < 0.01$). Die vorhergesagte Wahrscheinlichkeit für eine Unterstützung der Altersspriorisierung beträgt für Akademiker 49.8 Prozent. Für Befragte mit einem niedrigen Bildungsabschluss verringert sich diese Wahrscheinlichkeit hingegen um durchschnittlich 4.5 Prozent. Hochgebildete scheinen eine Altersspriorisierung demnach häufiger zu befürworten als Personen mit einem niedrigen Bildungsniveau. Da sich jedoch kein Unterschied zwischen Akademikern und Befragten mit mittleren Bildungsabschlüssen extrahieren lässt, kann Hypothese H2.17 durch die empirischen Analysen nicht gestützt werden.

Das Haushaltseinkommen scheint in einem positiven Zusammenhang mit der Akzeptanz einer Altersspriorisierung zu stehen. So erhöht sich die Chance einer Zustimmung auch nach Kontrolle für mögliche Ländereffekte mit jeder höheren Einheit im Haushaltseinkommen (1 000 internationale Dollar) um jeweils 0.2 Prozent ($p < 0.001$).

Hinsichtlich eines möglichen Einflusses des Erwerbsstatus zeigt die multivariate Analyse, dass Studenten und Auszubildende durchschnittlich eine 42.7 Prozent höhere Chance ausweisen, einer vorrangigen Behandlung von jüngeren Patienten zuzustimmen als Erwerbstätige ($p < 0.001$).

Mit Blick auf die Einstellungen der Befragten zum Gesundheitssystem zeigt sich, dass alle drei Prädiktoren, deren Zustimmung ein Zweifel der Befragten an der Effizienz des Gesundheitssystems vermuten lässt, sich positiv auf die Zustimmungschance zur Altersspriorisierung auswirken ($p < 0.001$). Der Zustimmung zur vorrangigen Behandlung von jüngeren Patienten könnte demnach der Wunsch einer Effizienzsteigerung seitens der Befragten zugrunde liegen. Am stärksten wirkt sich dabei die Überzeugung einer Verschwendung der öffentlichen Gesundheitsressourcen aus. Auch nach Kontrolle für eventuell bestehende Divergenzen zwischen den Befragungsländern steigt die Chance für eine Zustimmung zur Altersspriorisierung hier mit zunehmender Überzeugung um jeweils 12.7 Prozent (Modell 4).

Summarisch ergibt die ländervergleichende Analyse, dass sich Männer, Akademiker, Studenten und Auszubildende sowie Personen, die an der Effizienz des öffentlichen Gesundheitssystems zweifeln, signifikant häufiger für eine Priorisierung von jüngeren gegenüber älteren Patienten aussprechen als Frauen, Erwerbstätige, geringfügig Gebildete und Personen, welche an die Effizienz des Gesundheitssystems glauben.

Die vorhergesagte Wahrscheinlichkeit dafür, dass sich ein männlicher Befragten mit einem Hochschulabschluss, welcher die Effizienz des öffentlichen Gesundheitssystems anzweifelt, für eine Altersspriorisierung ausspricht, beläuft sich auf 52.2 Prozent. Im Vergleich dazu beläuft sich diese Wahrscheinlichkeit für eine weibliche Befragte mit einem geringen Bildungsabschluss und ohne Effizienzzweifel auf lediglich 26.3 Prozent.

Tabelle 28: Ländervergleichende und Fixed-Effekt-Modelle: Einflussfaktoren Akzeptanz Alter als Priorisierungskriterium

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5
älter als 60 Jahre	0.883***	0.934	0.906	0.947	0.934
	[0.826,0.944]	[0.841,1.037]	[0.815,1.007]	[0.850,1.055]	[0.839,1.041]
weiblich		0.902***	0.937*	0.939*	0.944
		[0.848,0.959]	[0.880,0.996]	[0.882,0.999]	[0.887,1.005]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)					
geringe Bildung		0.872*	0.858*	0.838**	0.837**
		[0.774,0.982]	[0.761,0.967]	[0.739,0.949]	[0.739,0.948]
mittlere Bildung		0.928*	0.936*	0.936	0.934
		[0.870,0.990]	[0.877,0.999]	[0.873,1.004]	[0.871,1.003]
Haushaltseinkommen		1.002***	1.001**	1.002***	1.002*
		[1.001,1.002]	[1.001,1.002]	[1.001,1.004]	[1.001,1.006]
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)					
arbeitslos		0.958	0.986	0.974	0.977
		[0.822,1.115]	[0.846,1.149]	[0.834,1.137]	[0.837,1.140]
Rentner		0.976	0.998	0.944	0.953
		[0.868,1.097]	[0.887,1.122]	[0.837,1.065]	[0.846,1.073]
erwerbsunfähig		0.949	0.993	1.094	1.010
		[0.798,1.128]	[0.835,1.183]	[0.912,1.311]	[0.915,1.315]
Ausbildung/Studium		1.348***	1.347***	1.427***	1.433***
		[1.161,1.565]	[1.159,1.565]	[1.224,1.662]	[1.229,1.668]
Hausarbeit		1.044	1.025	1.015	1.023
		[0.893,1.220]	[0.877,1.199]	[0.865,1.191]	[0.872,1.199]
Wehrdienst		1.845	1.834	1.577	1.563
		[0.813,4.183]	[0.807,4.171]	[0.692,3.596]	[0.686,3.556]
Andere		1.143	1.166	1.201	1.177
		[0.888,1.472]	[0.904,1.503]	[0.929,1.553]	[0.912,1.519]
Vertrauen ins Gesundheitssystem			1.006	0.999	1.005
			[0.972,1.042]	[0.963,1.037]	[0.968,1.043]
nur öffentliche Grundversorgung			1.061***	1.057***	1.056***
			[1.032,1.090]	[1.027,1.088]	[1.026,1.087]
Ressourcen werden verschwendet			1.133***	1.127***	1.192***
			[1.100,1.167]	[1.092,1.163]	[1.136,1.251
Krankheiten häufig selbst verursacht			1.055**	1.078***	1.077***
			[1.022,1.089]	[1.043,1.114]	[1.042,1.1140
gewillt höhere Steuern zu zahlen			0.985	0.983	0.988
			[0.960,1.010]	[0.957,1.009]	[0.962,1.014]
Länderdummys (Ref. USA)				Ja	Ja
WST & Ressourcenverschwendung (Ref. konservativ)					
liberal & Ressourcenverschwendung					0.987
					[0.910,1.070]
sozialdemokratisch & Ressourcenverschwendung					0.946
					[0.865,1.035]
postkommunistisch & Ressourcenverschwendung					0.832***
					[0.769,0.900]
N	17109	17109	17109	17109	17109
Korrigiertes Pseudo R^2	0.000	0.002	0.007	0.015	0.015
AUC	0.513	0.534	0.565	0.592	0.593
VIF	1.00	1.30	1.23	1.70	5.04
hat & hatsq (Linearitätstest)	-	0.000;0.045	0.000;0.229	0.000;0.627	0.000;0.731
Hosmer-Lemeshow Test	-	$Chi^2(8)23.01^{*}$	$Chi^2(8)7.03$	$Chi^2(8)7.39$	$Chi^2(8)12.22$
LR-Test (Nullmodell)	$Chi^2(1)13.7^{***}$	$Chi^2(12)69.5^{***}$	$Chi^2(17)208.7^{***}$	$Chi^2(35)422.0^{***}$	$Chi^2(38)444.8^{***}$
LR-Test (M vs. M-1)	$Chi^2(1)13.7^{***}$	$Chi^2(11)55.8^{***}$	$Chi^2(5)139.2^{***}$	$Chi^2(18)213.3^{***}$	$Chi^2(3)22.75^{***}$

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$; die äquivalenten Regressionsmodelle mit imputierten Daten sind in Tabelle 47 im Anhang abgebildet

10.2.3 Cross-Level-Analyse

Im Rahmen der Länderanalysen zum Einfluss der individuellen Faktoren auf die Einstellungen der Bevölkerung zur Priorisierung von jüngeren Patienten (Tabelle 27) lässt sich beobachten, dass die Überzeugung der Ressourcenverschwendung, insbesondere in konservativen Staaten in einem positiven Zusammenhang mit der Akzeptanz einer Alterspriorisierung steht. Ob sich diese Überzeugung in konservativen Staaten tatsächlich signifikant stärker auf die Chance einer Zustimmung zur Alterspriorisierung auswirkt als in den anderen Wohlfahrtsstaatenregimetypen, wird in Modell 5 Tabelle 30 geprüft.

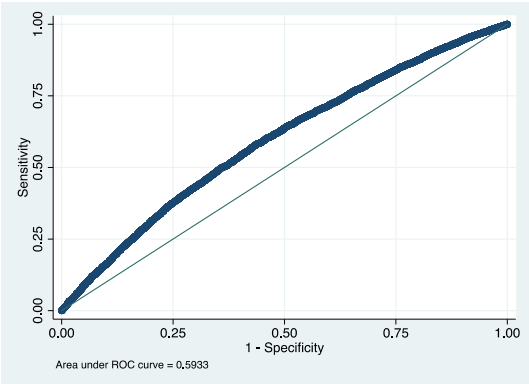
Regressionsdiagnostik

Der VIF belegt, dass kein kritisches Ausmaß an Multikollinearität (5.04) zwischen den Prädiktoren in Modell 5 vorliegt. Darüber hinaus wird aus dem Ergebnis des Linktestes deutlich, dass eine lineare Beziehung zwischen den Prädiktoren und den Logit-Werten besteht, sodass von einer korrekten Modellspezifikation ausgegangen werden kann.

Modellfit

Der LR-Test gegen Modell 4 zeigt, dass sich die Anpassungsgüte des Modells durch die Integration der CLI signifikant verbessert. Dennoch demonstriert der AUC-Wert (Abbildung 31), dass die Wahrscheinlichkeit, dass eine Zustimmung auf Basis von Modell 5 auch als solche klassifiziert wird, lediglich knapp 60 Prozent beträgt. Demnach muss auch die Anpassungsgüte des Fixed-Effekt-Modells mit integrierten CLI als unzureichend bezeichnet werden.

Abbildung 31: ROC-Kurve Modell 5 Tabelle 30



Ergebnisse Cross-Level-Analyse

Aus Modell 5 Tabelle 30 geht hervor, dass die Chance für eine Zustimmung zur Altersprioriserung in konservativen Staaten zunimmt, je mehr Befragte davon überzeugt sind, dass Gesundheitsressourcen verschwendet werden ($p < 0.001$). Dabei fällt die vorhergesagte Wahrscheinlichkeit für eine Zustimmung zur Altersprioriserung für Befragte in konservativen Staaten, die von einer effizienten Verwendung der Gesundheitsressourcen ausgehen, 17 Prozent geringer aus als für Befragte welche überzeugt sind, dass Ressourcen verschwendet werden. In postkommunistischen Staaten unterscheiden sich die Wahrscheinlichkeiten für diese beiden Gruppen hingegen um lediglich 0.7 Prozent ($p < 0.001$). Demgegenüber lassen sich keine signifikanten Effektunterschiede zwischen konservativen und liberalen oder konservativen und sozialdemokratischen Staaten explizieren. In Übereinstimmung dazu zeigt der systematische Austausch der Referenzgruppe, dass sich die Annahme der Ressourcenverschwendung in postkommunistischen Staaten signifikant geringer auf die Einstellung der Bevölkerung zur Altersprioriserung auswirkt als in liberalen ($p < 0.05$), konservativen ($p < 0.001$) und sozialdemokratischen Staaten ($p < 0.001$).

10.2.4 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Akzeptanz des Alters als Priorisierungskriterium

Wie der gesundheitsbezogene Lebensstil erhält auch das Alter als Priorisierungskriterium keine mehrheitliche Unterstützung von den Befragten. Insgesamt sprechen sich 48.8 Prozent der Befragten für eine vorrangige Behandlung von jüngeren gegenüber älteren Patienten aus, wenn eine Behandlungsentscheidung nicht allein auf Basis von medizinischen Kriterien getroffen werden kann.

Der Zustimmungsanteil der Bevölkerung variiert zwischen 57.1 Prozent in der Schweiz und 38.9 Prozent in Tschechien (Abbildung 16). Dabei erlangt das Kriterium in fünf der 19 Befragungsländer mehrheitliche Unterstützung bei den Befragten. Ungeachtet der zwischen den Befragungsländern stark variierenden Zustimmungsanteile lässt sich lediglich ein sehr geringer Anteil (0.9 %) der Varianz in den Einstellungen der Befragten gegenüber dem Alter als Priorisierungskriterium auf die Länderebene zurückführen.

Im Rahmen der Makroanalysen ist dennoch geprüft worden, ob sich die Varianz auf der Länderebene auf den Wohlfahrtsstaatenregimetyp oder das Ausmaß an staatlich

bereitgestellten Gesundheitsleistungen zurückführen lässt. Für beide Prädiktoren kann jedoch kein Zusammenhang mit dem Zustimmungsanteil in der Bevölkerung zur Altersprioriserung bestimmt werden. Stattdessen kann gezeigt werden, dass sowohl die Arbeitslosenquote als auch das Durchschnittseinkommen der Bevölkerung in einem positiven Zusammenhang mit dem Zustimmungsanteil zur Altersprioriserung zu stehen scheint.

Die anschließende ländervergleichende Analyse ergibt, dass sich Männer, Akademiker, Auszubildende und Studenten signifikant häufiger für eine vorrangige Behandlung von Jüngeren aussprechen. Demgegenüber lässt sich, anders als erwartet, nicht beobachten, dass ältere Befragte seltener eine Altersprioriserung befürworten als jüngere Befragte. Hinsichtlich der Einstellungen zum Gesundheitssystem ergeben die multivariaten Analysen, dass Befragte, welche von einem ineffizienten Ressourceneinsatz im Gesundheitssystem überzeugt sind, eine Priorisierung auf Basis des Patientenalters signifikant häufiger akzeptieren als Befragte, die nicht von einer Ressourcenverschwendung ausgehen. Darüber hinaus scheinen auch Befragte, welche davon überzeugt sind, dass die meisten Erkrankungen durch Selbstverschulden verursacht werden oder die sich dafür aussprechen, dass das öffentliche Gesundheitssystem lediglich eine medizinische Grundversorgung umfasst, einer Altersprioriserung häufiger zuzustimmen als Befragte, die diese Ansichten nicht teilen.

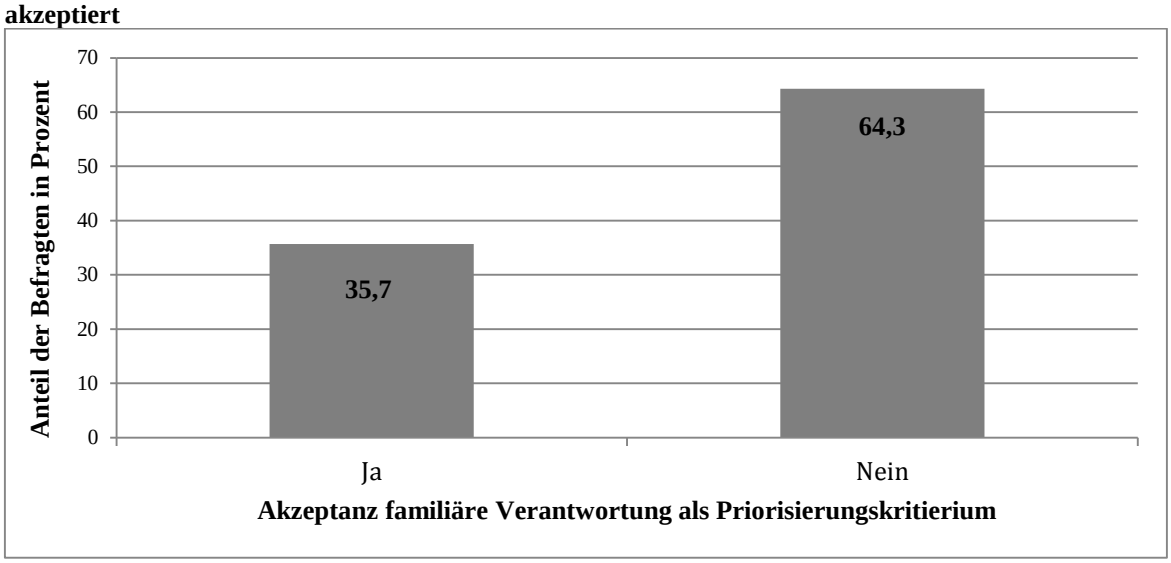
Im Rahmen der explorativen Cross-Level-Analyse kann zudem nachgewiesen werden, dass die Überzeugung, das Gesundheitssystem sei ineffizient, in liberalen, konservativen und sozialdemokratischen Staaten in einem positiven Zusammenhang mit der Akzeptanz der Altersprioriserung steht. Demgegenüber wirkt sich diese Überzeugung in postkommunistischen Staaten nicht auf die Einstellung der Bevölkerung zum Alter als Priorisierungskriterium aus.

Obwohl im Rahmen der Untersuchungen auf den verschiedenen Analyseebenen zahlreiche Einflussfaktoren auf die Einstellungen der Befragten zur Altersprioriserung identifiziert werden konnten, erreicht auch das Fixed-Effekt-Modell mit integrierten CLI die für eine akzeptable Erklärungskraft geforderte 70-prozentige Wahrscheinlichkeit, für eine richtige Klassifizierung nicht.

10.3 Familiäre Verantwortung

Die stärkste Ablehnung hinsichtlich der personenbezogenen Priorisierungskriterien zeigt sich in Bezug auf die Akzeptanz des Priorisierungskriterium familiäre Verantwortung (Abbildung 32). Lediglich 35.7 Prozent der Befragten akzeptieren eine vorrangige Behandlung basierend auf diesem Kriterium. Dieses Ergebnis stützt Hypothese H2.3.

Abbildung 32: Anteil der Befragten, der familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium akzeptiert



N = 17 001

In den nachfolgenden Analysen wird untersucht, durch welche kulturellen und individuellen Einflussfaktoren sich eine Zustimmung bzw. Ablehnung der familiären Verantwortung als Priorisierungskriterium erklären lässt.

10.3.1 Makroanalyse

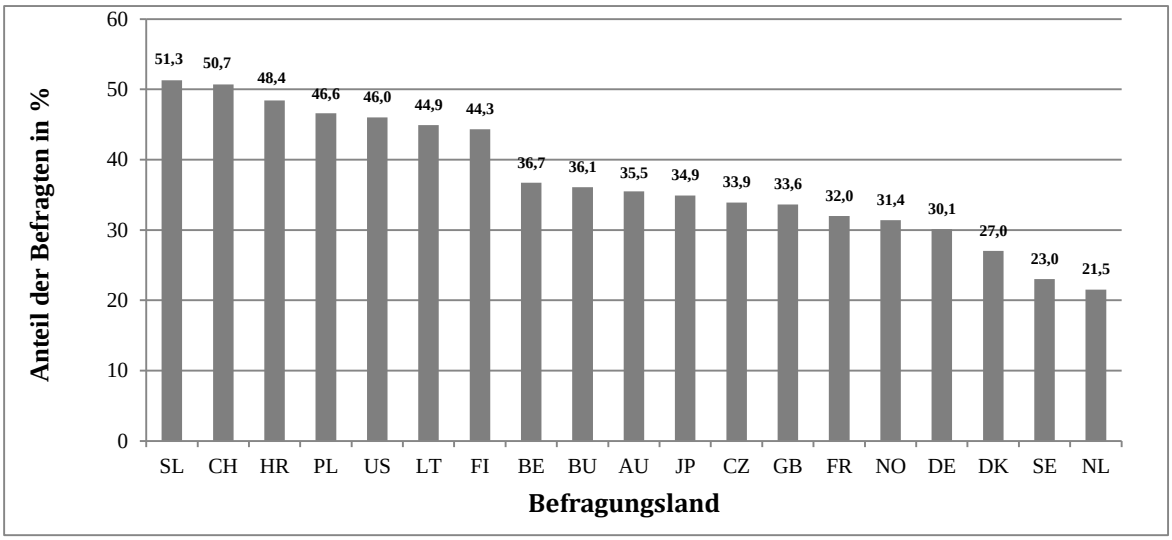
Ob ein Zusammenhang zwischen der institutionellen Struktur des Befragungslandes und der Einstellung der Befragten besteht (Hypothesenblock 1b) wird im Rahmen der Makroanalyse geprüft

10.3.1.1 Deskriptive Analyse

Der Befragtenanteil, welcher familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium akzeptiert, variiert in den Befragungsländern zwischen 21.5 Prozent in den Niederlanden und 51.3 Prozent in Slowenien (Abbildung 33). Dabei stellen Slowenien und die Schweiz die einzigen Befragungsländer dar, in welchen die Mehrheit der Befragten eine Priorisierung aufgrund von familiärer Verantwortung akzeptiert. Die höchste durchschnittliche Akzeptanzrate zeigt sich in postkommunistischen Staaten (43.5 %), während das Kriterium

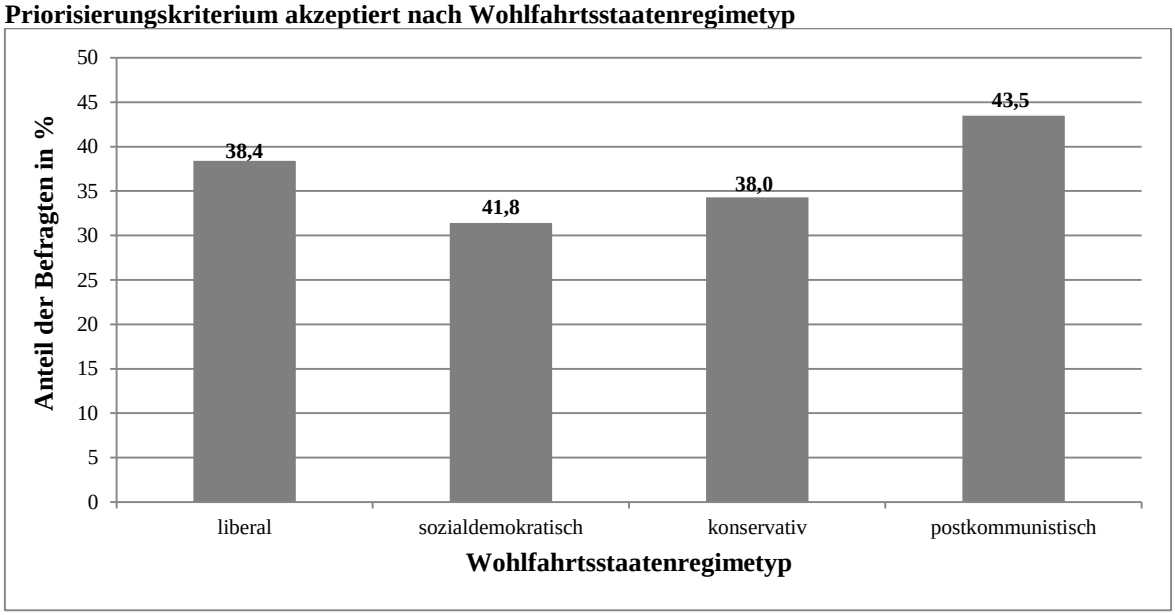
in sozialdemokratischen Staaten (31.4 %) die geringste durchschnittliche Zustimmung erfährt. Ausgehend von der deskriptiven Analyse lässt sich die Annahme hinsichtlich des Einflusses des Wohlfahrtsstaatentyps auf die Höhe des Bevölkerungsanteils, welcher eine Altersspriorisierung befürwortet (H2.6), demnach nur partiell stützen. Während Befragte in sozialdemokratischen Staaten familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium im Durchschnitt tatsächlich häufiger ablehnen als in liberalen und konservativen, trifft diese Annahme für postkommunistische Staaten nicht zu (Abbildung 34).

Abbildung 33: Anteil der Befragten, der familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium akzeptiert nach Befragungsland



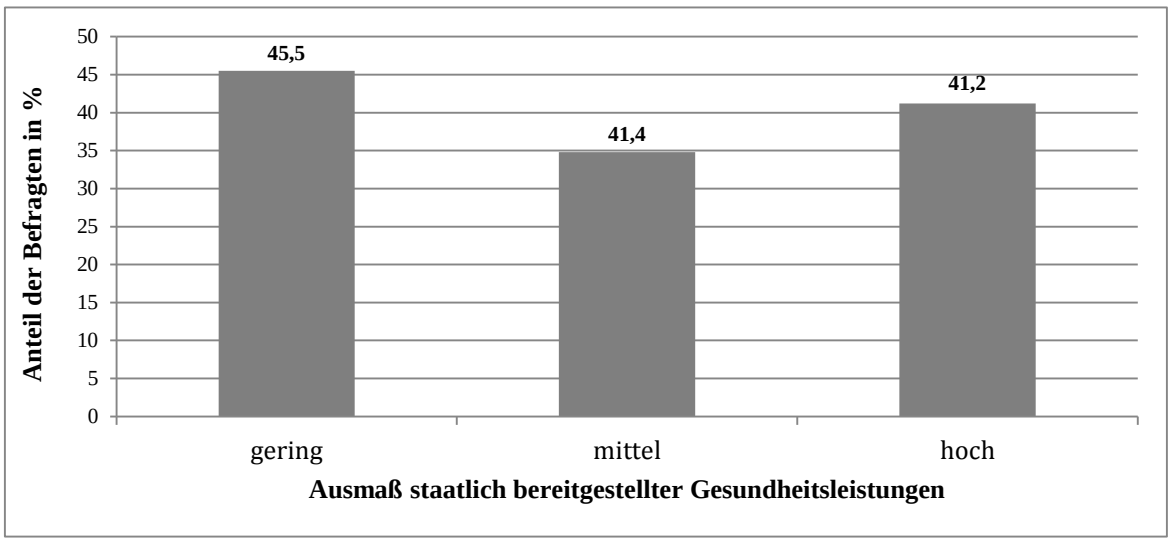
Die durchschnittliche Unterstützung der familiären Verantwortung als Priorisierungskriterium fällt in Staaten mit einer geringen Dekommodifizierung von Gesundheitsleistungen höher aus als in Staaten mit einem mittleren oder hohen Umfang an staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen (Abbildung 35). Die geringste durchschnittliche Akzeptanz (34.8 %) ist dabei, anders als erwartet, in Staaten mit einer mittleren Dekommodifizierung von Gesundheitsleistungen zu beobachten. Die Hypothese, dass eine Priorisierung anhand des Alters in Staaten mit einer geringen Dekommodifizierungsausprägung bei Gesundheitsleistungen geringer ausfällt als in Staaten mit einem großen Umfang an staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen (H2.9) scheint sich demnach nicht stützen zu lassen.

Abbildung 34: Durchschnittlicher Anteil der Befragten, der familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium akzeptiert nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp



N = 19

Abbildung 35: Durchschnittlicher Anteil der Befragten, die familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium akzeptieren nach Ausmaß an staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen



N = 19

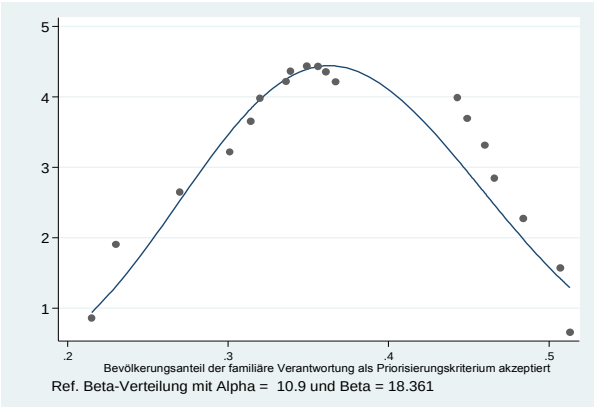
10.3.1.2 Multivariate Analyse

Ob sich der auf die Länderebene entfallene Varianzanteil auf die institutionelle Struktur der Befragungsländer zurückführen lässt, wird mittels der nachfolgenden multivariaten Analyse untersucht.

<u>Regressionsdiagnostik</u>

Die Regressionsdiagnostik basiert auf den Abbildungen 36 und 37 sowie auf Tabelle 29.

Abbildung 36: Test auf Betaverteilung der Daten (familiäre Verantwortung)



Berechnungen beruhen auf Nullmodell Tabelle 29

Abbildung 37: Residuen vs. vorhergesagte Werte für Bevölkerungsanteil, der familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium akzeptiert

Berechnungen beruhen auf Modell 1 und Modell 3 Tabelle 29

Die in Abbildung 37 abgebildete Residuenverteilung in Abhängigkeit von den vorhergesagten Bevölkerungsanteilen, welche familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium akzeptieren, zeigt, dass für beide Modellen sowohl die Linearitäts- als auch die Homoskedastizitätsannahme erfüllt ist. Aus Tabelle 29 (VIF) geht zusätzlich hervor, dass in keinem der drei Modelle ein kritisches Ausmaß an Multikollinearität zwischen den Modellprädiktoren besteht.

Modellfit

Hinsichtlich der Anpassungsgüte zeigen die berechneten Werte für das korrigierte Pseudo R^2 ebenso wie die durchgeführten LR-Tests, dass der Modellfit in allen drei Modellen (Tabelle 29) schlechter ausfällt als der des Nullmodells. Obwohl R^2 in den Modellen 2 und 3 zunimmt, bleiben die Werte dennoch negativ. Um die Anpassungsgüte zu verbessern, wird ein viertes Regressionsmodell berechnet, welches lediglich die beiden signifikanten Prädiktoren aus Modell 3 inkludiert. Da beide Prädiktoren in diesem Modell jedoch ihre Signifikanz verlieren und R^2 ebenfalls im negativen Bereich bleibt, wird auf die Abbildung dieses Modells verzichtet. Insgesamt muss die Anpassungsgüte sämtlicher Modellspezifikationen aus Tabelle 29 daher als unzureichend bezeichnet werden.

Ergebnisse der multivariaten Analyse

Von der bestehenden Varianz hinsichtlich der Akzeptanz der familiären Verantwortung als Priorisierungskriterium entfallen 2.2 Prozent auf die Länderebene.[118] Inwieweit sich diese Divergenzen auf der Makroebene auf Unterschiede in den institutionellen Strukturen der Befragungsländer zurückführen lassen, wird durch die in Tabelle 29 abgebildeten Modelle analysiert.

Die in Tabelle 29 aufgeführten Modelle zeigen, dass sich die Länderunterschiede im Zustimmungsanteil zur Priorisierung von Patienten mit familiärer Verantwortung weder auf den Wohlfahrtsstaatenregimetyp noch auf den Umfang der Dekommodifizierung von Gesundheitsleistungen im Befragungsland zurückführen lassen. Keiner der Prädiktoren in den ersten beiden Modellen erlangt statistische Signifikanz und auch Abbildung 38 zeigt

[118] Der Anteil der Varianz, der auf die Länderebene entfällt, wurde durch ein logistisches Regressionsmodell ermittelt, welches lediglich die Akzeptanz des Kriteriums familiäre Verantwortung und N-1 Länderdummys enthielt.

anhand der sich überschneidenden Konfidenzintervalle, dass hinsichtlich des Zustimmungsanteils zur Priorisierung von Patienten mit familiärer Verantwortung kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den liberalen und den anderen Wohlfahrtsstaatenregimetypen besteht. Basierend auf diesen Erkenntnissen lassen sich die Hypothesen H2.6 und H2.9 mit den vorliegenden Daten nicht stützen.

Tabelle 29: Beta-Regression, Einflussfaktoren Anteil der Bevölkerung, der familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium akzeptiert

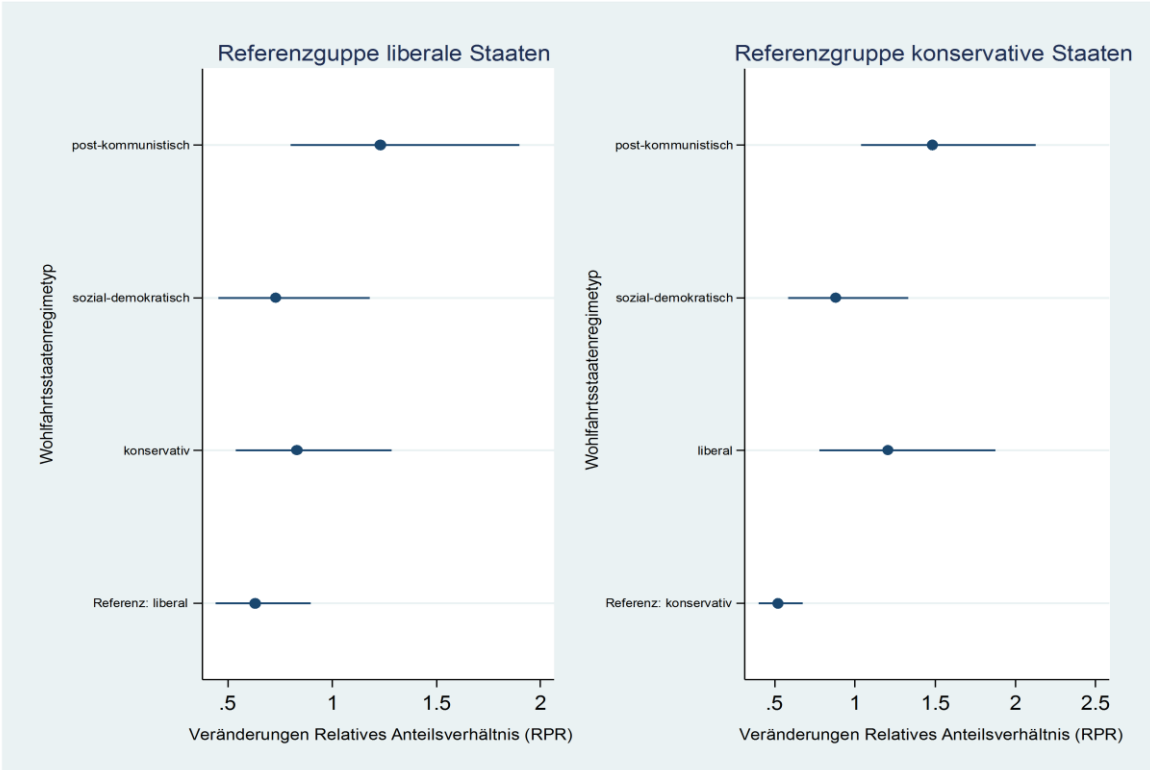
	Modell 1	Modell 2	Modell 3
WST (Ref. liberal)			
postkommunistisch	1.230	1.303	1.502
	[0.798,1.898]	[0.856,1.983]	[0.873,2.587]
sozialdemokratisch	0.729	0.827	0.511*
	[0.451,1.179]	[0.507,1.350]	[0.294,0.890]
konservativ	0.828	0.993	0.992
	[0.534,1.285]	[0.612,1.611]	[0.649,1.516]
Dekommodifizierung Gesundheitsleistungen (Ref. gering)			
mittlere Dekommodifizierung		0.714	0.778
		[0.433,1.178]	[0.439,1.379]
hohe Dekommodifizierung		0.880	0.899
		[0.528,1.469]	[0.531,1.523]
Arbeitslosenquote			1.412
			[0.718,2.779]
Anteil Ausgaben Gesundheitssystem an Gesamtregierungsausgaben			0.393
			[0.120,1.287]
GDP pro Kop in 1000 US $			1.019*
			[1.003,1.035]
Baseline	0.627*	0.731	0.725
	[0.439,0.896]	[0.462,1.159]	[0.419,1.252]
N	19	19	19
Pseudo R^2 (McFadden)	-0.135	-0.077	-0.075
VIF	1.98	2.52	5.03
LR Test (Nullmodell)	$Chi^2(3)6.64$	$Chi^2(5)8.74$	$Chi^2(8)14.50$
LR-Test (M vs. M-1)	$Chi^2(3)6.64$	$Chi^2(2)2.10$	$Chi^2(3)5.75$

Einträge sind Relative Proportion Ratios (RPR), 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Darüber hinaus hat bereits die deskriptive Auswertung dokumentiert, dass die durchschnittliche Zustimmung der Befragten zur Priorisierung von Patienten mit familiärer Verantwortung, anders als erwartet, in postkommunistischen Staaten höher ausfällt als in allen anderen Wohlfahrtsstaatentypen (Abbildung 34). Dies zeigt sich ebenso in den Veränderungen des relativen Anteilsverhältnisses in Tabelle 29. Während die durchschnittliche Zustimmung in sozialdemokratischen Staaten, wie erwartet, geringer ausfällt als in liberalen Staaten, nimmt das relative Anteilsverhältnis bei den postkommunistischen Staaten zu. Dass dieser Effekt keine statistische Signifikanz erlangt, ist darauf zurückzuführen, dass der Zustimmungsanteil in Bulgarien und Tschechien mit 36.1 Prozent bzw. 33.9 Prozent im Vergleich zu den vier anderen postkommunistischen Staaten (zwischen 46.6 % und 51.3 %) äußerst gering ausfällt. In Folge dessen gestaltet sich

das Konfidenzintervall für postkommunistische Staaten sehr groß und überschneidet sich mit dem der liberalen Wohlfahrtsstaaten (linke Grafik Abbildung 38).

Abbildung 38: Veränderungen relatives Anteilsverhältnis Akzeptanz familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium nach Wohlfahrtsstaatenregimetyp (Ref. liberal)



N = 19; 95 % Konfidenzintervall; Berechnungen beruhen auf Modell 1 Tabelle 29

Die rechte Grafik in Abbildung 38 zeigt darüber hinaus, dass sich das relative Anteilsverhältnis der postkommunistischen Staaten signifikant von dem der konservativen Wohlfahrtsstaaten unterscheidet. Während sich das relative Anteilsverhältnis in konservativen Wohlfahrtsstaaten auf 0.52 beläuft, erhöht sich dieses in konservativen Staaten um 48.6 Prozent (Tabelle 29). In vorhergesagten Bevölkerungsanteilen bedeutet dies, dass der Bevölkerungsanteil, welcher eine Priorisierung anhand der familiären Verantwortung eines Patienten befürwortet, in postkommunistischen Staaten durchschnittlich 9.4 Prozent höher ist als in konservativen Staaten ($p < 0.05$). Demnach scheint zwar ein signifikanter Unterschied zwischen konservativen und postkommunistischen Staaten zu bestehen, jedoch verläuft dieser entgegengesetzt zur erwarteten Richtung.

Modell 3 zeigt darüber hinaus, dass der Prädiktor durchschnittliches Einkommen der Bevölkerung in einem signifikanten Zusammenhang ($p < 0.05$) mit dem Bevölkerungsanteil, welcher eine Priorisierung aufgrund von familiärer Verpflichtungen unterstützt, steht. In

liberalen Staaten mit einem Minimum an staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen, einem durchschnittlichen Bevölkerungseinkommen, einer mittleren Arbeitslosenquote und einem mittleren Anteil von Gesundheitsausgaben an Gesamtregierungsausgaben (Baseline von Modell 3) beträgt das relative Anteilsverhältnis zwischen Befragten, die familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium akzeptieren, und jenen, die dies ablehnen, 0.73. Für jede 1 000 US Dollar, um die das durchschnittliche Bevölkerungseinkommen steigt, erhöht sich dieses Verhältnis um 1.9 Prozent. In vorhergesagten Bevölkerungsanteilen ausgedrückt bedeutet dies, dass sich der Bevölkerungsanteil, der sich für eine Priorisierung von Patienten mit familiärer Verantwortung ausspricht, mit jedem um 1 000 US Dollar höheren Durchschnittseinkommen um 0.4 Prozent erhöht.

Auf welche Faktoren sich der auf die Individualebene entfallene Varianzanteil in den Einstellungen der Befragten zur familiären Verantwortung als Priorisierungskriterium zurückführen lässt, wird in den folgenden Mikroanalysen untersucht.

10.3.2 Mikroanalysen

Im ersten Teil der Mikroanalyse wird untersucht, inwieweit sich die divergierenden Einstellungen der Bevölkerung zur vorrangigen Behandlung von Patienten mit familiärer Verantwortung innerhalb der 19 Befragungsländer durch das Eigeninteresse, den individuellen Kontext und die persönlichen Einstellungen der Befragten zum Gesundheitssystem erklären lassen. Im Anschluss daran wird geprüft, inwieweit diese Faktoren dazu geeignet sind, die Einstellungsdivergenzen zwischen den Befragten unabhängig vom Befragungsland zu begründen.

10.3.2.1 Länderanalysen

Die Ergebnisse der Länderanalysen sind in Tabelle 30 dargestellt.

<u>Regressionsdiagnostik</u>

Für sieben der 19 Ländermodelle (Kroatien, Tschechien, Belgien, Deutschland, Niederlande, Dänemark und Norwegen) ist die Voraussetzung einer linearen Beziehung zwischen Prädiktoren und Logit-Werten nicht erfüllt. Infolgedessen können für die Darstellung der Ergebnisse nur die Modelle der übrigen 12 Staaten verwendet werden. Ein Multikollinearitätsproblem zeigt sich hingegen in keinem der Modelle.

Modellfit

Hinsichtlich des Modellfits zeigt Tabelle 30, dass sich die Anpassungsgüte für die übrigen 12 Staaten in den spezifizierten Modellen signifikant besser gestaltet als in den entsprechenden Nullmodellen. Dennoch ist der Modellfit in den Länderanalysen gering. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Zustimmung zur familiären Verantwortung als Priorisierungskriterium auf Basis des spezifizierten Modells auch als solche klassifiziert wird, variiert für die 12 Länder zwischen 61.1 Prozent (USA und Australien) und 69.2 Prozent (Slowenien). Die für eine akzeptable Anpassungsgüte notwendige Wahrscheinlichkeit von 70 Prozent wird demnach durch das spezifizierte Modell in keinem der Befragungsländer erreicht.

Ergebnisse Länderanalysen

Tabelle 30 zeigt, dass Befragte mit minderjährigen Kindern eine Priorisierung von Patienten mit familiärer Verantwortung in fünf (Australien, Großbritannien, Frankreich, Finnland, Schweden) der zwölf Staaten signifikant häufiger akzeptieren als Befragte ohne Kinder. Vornehmlich zeigt sich dieser Effekt unter anderem in Schweden. Hier ist die Chance für eine Unterstützung bei Befragten mit minderjährigen Kindern 89.3 Prozenthöher als für Befragte ohne Kinder ($p < 0.01$). Die Wahrscheinlichkeit einer Befürwortung erhöht sich somit für Befragte mit minderjährigen Kindern unter sonst gleichen Bedingungen um 12.2 Prozent.

In vier der 12 Staaten (USA, Slowenien, Frankreich, Finnland) lehnen Frauen eine Priorisierung von Patienten mit familiärer Verantwortung signifikant häufiger ab als Männer. So ist beispielsweise die Wahrscheinlichkeit für weibliche Befragte in Slowenien, einer vorrangigen Behandlung von Patienten mit familiärer Verantwortung zuzustimmen, knapp acht Prozent geringer als für männliche Befragte ($p < 0.01$).

Ein Zusammenhang zwischen der Einstellung der Bevölkerung zur familiärer Verantwortung und dem Bildungsniveau der Befragten lässt sich lediglich in der Schweiz, in Japan und Slowenien beobachten. Während Befragte mit einem geringen Bildungsabschluss einer Priorisierung in Slowenien signifikant seltener zustimmen als Akademiker ($p < 0.05$), gestaltet sich dieser Effekt in der Schweiz konträr ($p < 0.05$). In Japan lässt sich hingegen lediglich ein signifikanter Unterschied zwischen Befragten mit einem mittleren Bildungsniveau und Hochschulabsolventen feststellen ($\alpha < 0.05$).

Das Haushaltseinkommen steht lediglich in Bulgarien in einem negativen Zusammenhang mit der Zustimmung der Bevölkerung zur familiären Verantwortung. In den übrigen Staaten lässt sich hingegen kein Einfluss des Einkommens auf die Einstellungen der Bevölkerung beobachten.

In Schweden ($p < 0.001$) und Bulgarien ($p < 0.01$) stimmen Arbeitslose einer vorrangigen Behandlung von Patienten mit familiärer Verantwortung signifikant häufiger zu als Erwerbstätige. Demgegenüber führt Arbeitslosigkeit in den USA zu einer geringen Chance für eine Unterstützung dieses Priorisierungsprinzips ($p < 0.05$). Darüber hinaus lassen sich in Australien, Schweden, Frankreich, Finnland und der Schweiz signifikante Unterschiede zwischen Rentnern und Erwerbstätigen beobachten. In allen fünf Ländern stimmen Rentner einer Priorisierung von Patienten mit familiärer Verantwortung signifikant häufiger zu als erwerbstätige Personen. Im Speziellen zeigt sich dieser Effekt in Schweden. Hier beträgt die vorhergesagte Wahrscheinlichkeit für eine Akzeptanz bei Rentnern lediglich zwei Prozent während sich diese für Erwerbstätige auf 26.6 Prozent beläuft. In Großbritannien, Litauen, Slowenien und Japan stimmen auch Hausfrauen und -männer einer vorrangigen Versorgung von Personen mit familiärer Verantwortung signifikant häufiger zu als erwerbstätige Befragte. Besonders in Slowenien unterscheiden sich die vorhergesagten Wahrscheinlichkeiten für eine Zustimmung zwischen Hausfrauen bzw. -männern (95.3 %) und Erwerbstätigen (54 %) erheblich ($p < 0.01$).

Auch hinsichtlich der persönlichen Einstellungen gegenüber dem Gesundheitssystem lassen sich keine konsistenten Effekte ermitteln. So steht das Vertrauen ins Gesundheitssystem lediglich in Litauen in einem positiven Zusammenhang mit der Akzeptanz der familiären Verantwortung als Priorisierungskriterium. Auch der gewünschte Umfang an öffentlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen steht lediglich in Slowenien, Litauen und Frankreich in einem signifikanten Zusammenhang mit der Einstellung der Bevölkerung gegenüber der familiären Verantwortung als Priorisierungskriterium. Dabei führt der Wunsch, die bereitgestellten Gesundheitsleistungen auf eine medizinische Grundversorgung zu reduzieren, in Frankreich und Slowenien zu einer höheren und in Litauen zu einer geringeren Chance für eine Zustimmung zur vorrangigen Behandlung von Patienten mit familiärer Verantwortung. In Frankreich und Japan nimmt die Chance für eine Zustimmung zur Priorisierung von Patienten mit familiärer Verantwortung zu, wenn Befragte postulieren, dass Gesundheitsressourcen ineffizient eingesetzt werden. In Polen geht mit dieser Überzeugung hingegen eine signifikant geringere Chance für eine Unterstützung des Priorisierungskriteriums einher. In Großbritannien, Bulgarien, Polen, Frankreich und Japan

haben Befragte mit der Überzeugung, dass Erkrankungen häufig selbstverschuldet sind, eine signifikant höhere Chance einer vorrangigen Behandlung von Patienten mit familiärer Verantwortung zuzustimmen als Befragte, welche diese Ansicht nicht teilen. Die Bereitschaft, höhere Steuern für eine bessere Gesundheitsversorgung aller zu entrichten, steht hingegen in keinem der Staaten in einem signifikanten Zusammenhang zur Einstellung der Bevölkerung gegenüber der familiären Verantwortung als Priorisierungskriterium.

Anders als in den vorhergehenden Länderanalysen lassen sich auf Basis der Länderanalysen keine systematischen Muster hinsichtlich des Einflusses der individuellen Prädiktoren in Ländern, die einem bestimmten Wohlfahrtsstaatenregimetyp zuzuordnen sind, beobachten. Infolgedessen, wird für dieses Priorisierungskriterium auf eine explorative Cross-Level-Analyse verzichtet.

Ob sich die Faktoren zum Eigeninteresse und zum individuellen Kontext der Befragten über alle Länder hinweg auf die Einstellungen der Befragten zur Priorisierung von Patienten mit familiärer Verantwortung auswirken (Hypothesenblock 2b), wird anhand der nachfolgenden ländervergleichenden Analyse geprüft.

Tabelle 30: Logistische Regression: Einflussfaktoren Akzeptanz familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium

	AU	GB	US	BG	HR	CZ	LT	PL	SL
minderjährige Kinder	1.544*	1.817*	1.194	1.207	0.557	1.635*	1.282	1.186	1.408
	[1.062,2.243]	[1.094,3.017]	[0.847,1.682]	[0.621,2.345]	[0.223,1.391]	[1.012,2.641]	[0.700,2.351]	[0.691,2.037]	[0.776,2.552]
weiblich	0.777	0.825	0.579***	1.078	0.862	1.224	1.279	0.769	0.532**
	[0.599,1.008]	[0.560,1.213]	[0.448,0.750]	[0.754,1.541]	[0.601,1.238]	[0.905,1.655]	[0.893,1.832]	[0.511,1.157]	[0.347,0.817]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)									
geringe Bildung	1.453	1.153	1.652	1.457	1.872	1.039	1.562	1.246	0.367*
	[0.686,3.076]	[0.692,1.921]	[0.835,3.265]	[0.663,3.200]	[0.985,3.559]	[0.503,2.146]	[0.623,3.918]	[0.629,2.469]	[0.171,0.788]
mittlere Bildung	1.200	1.138	1.253	1.122	1.067	1.285	0.977	1.132	0.595
	[0.913,1.578]	[0.737,1.757]	[0.949,1.654]	[0.769,1.636]	[0.680,1.674]	[0.808,2.044]	[0.657,1.453]	[0.691,1.856]	[0.346,1.024]
Haushaltseinkommen	1.001	0.924	0.998	0.668**	1.005	0.946	1.030	0.971	0.932
	[0.997,1.005]	[0.853,1.001]	[0.995,1.001]	[0.497,0.898]	[0.849,1.190]	[0.791,1.132]	[0.854,1.243]	[0.901,1.046]	[0.822,1.056]
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)									
arbeitslos	0.874	0.643	0.583*	2.959**	1.876	1.172	0.831	1.842	1.560
	[0.327,2.335]	[0.284,1.455]	[0.344,0.989]	[1.434,6.106]	[0.854,4.122]	[0.434,3.162]	[0.423,1.633]	[0.783,4.332]	[0.583,4.174]
Rentner	1.711***	1.275	1.255	1.313	0.907	1.139	1.137	-	2.379**
	[1.262,2.319]	[0.764,2.128]	[0.892,1.767]	[0.855,2.018]	[0.585,1.405]	[0.771,1.682]	[0.709,1.826]		[1.401,4.038]
erwerbsunfähig	1.179	0.591	-	1.365	-	2.158	2.349	3.262***	-
	[0.568,2.448]	[0.221,1.582]		[0.527,3.540]		[0.815,5.717]	[0.850,6.491]	[2.058,5.170]	
Ausbildung/Studium	0.999	1.298	0.918	3.364	0.618	0.906	0.806	0.620	2.604*
	[0.354,2.816]	[0.309,5.451]	[0.379,2.222]	[0.612,18.48]	[0.245,1.558]	[0.395,2.077]	[0.390,1.667]	[0.164,2.349]	[1.032,6.568]
Hausarbeit	0.934	2.842*	1.149	1.143	0.952	0.783	5.769**	1.577	21.53**
	[0.484,1.804]	[1.283,6.293]	[0.728,1.812]	[0.278,4.693]	[0.315,2.878]	[0.0766,8.009]	[1.522,21.87]	[0.694,3.580]	[2.434,190.4]
Wehrdienst	0.726	-	-	-	-	-	-	-	-
	[0.220,2.389]								
Andere	-	1.911	1.658	1.611	1.585	0.759	-	-	4.653
		[0.237,15.39]	[0.759,3.620]	[0.495,5.242]	[0.276,9.107]	[0.338,1.708]			[0.501,43.24]
Vertrauen ins Gesundheitssystem	0.931	1.051	1.146	0.935	0.885	0.940	1.351**	0.922	1.040
	[0.804,1.077]	[0.831,1.329]	[0.996,1.318]	[0.797,1.097]	[0.730,1.073]	[0.800,1.106]	[1.108,1.648]	[0.749,1.135]	[0.830,1.304]
nur öffentliche Grundversorgung	1.128	1.223	0.973	0.902	1.400***	0.990	0.822*	1.104	1.699***
	[0.988,1.288]	[0.988,1.514]	[0.866,1.093]	[0.758,1.073]	[1.149,1.707]	[0.879,1.114]	[0.682,0.991]	[0.931,1.308]	[1.294,2.231]
Ressourcen werden verschwendet	1.030	1.032	1.007	1.002	1.054	0.865*	1.204	0.802*	0.816
	[0.898,1.180]	[0.823,1.295]	[0.885,1.146]	[0.840,1.194]	[0.878,1.266]	[0.760,0.984]	[0.987,1.470]	[0.666,0.965]	[0.655,1.018]
Krankheiten häufig selbst verursacht	1.119	1.381**	1.078	1.305**	0.726***	1.160*	0.848	1.276*	1.032
	[0.980,1.277]	[1.096,1.739]	[0.945,1.229]	[1.069,1.593]	[0.605,0.872]	[1.000,1.345]	[0.654,1.099]	[1.006,1.618]	[0.797,1.336]
gewillt höhere Steuern zu zahlen	1.074	1.038	0.965	1.129	1.070	1.106	0.915	1.114	0.962
	[0.962,1.199]	[0.886,1.216]	[0.874,1.065]	[0.973,1.311]	[0.913,1.254]	[0.965,1.267]	[0.783,1.070]	[0.962,1.290]	[0.794,1.166]
N	1109	574	1061	580	552	845	584	492	420
Korrigiertes Pseudo R^2	0.004	0.007	0.008	0.009	0.007	-0.011	0.006	0.034	0.036
AUC	0.611	0.651	0.611	0.653	0.654	0.600	0.634	0.690	0.692
VIF	1.08	1.17	1.11	1.17	1.21	1.23	1.19	1.23	1.23
hat & hatsq (Linearitätstest)	0.007;0.962	0.001;0.906	0.000;0.999	0.000;0.957	0.000;0.025	0.077;0.889	0.000;0.499	0.000;0.637	0.000;0.784
LR-Test (Nullmodell)	Chi²(16)39.7**	Chi²(16)38.8**	Chi²(15)43.4***	Chi²(16)40.9**	Chi²(15)37.4**	Chi²(16)22.4	Chi²(15)36.7**	Chi²(14)53.5***	Chi²(15)52.7***

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$; die äquivalenten Regressionsmodelle mit imputierten Daten sind in Tabelle 44 im Anhang abgebildet

Fortsetzung Tabelle 30

	BE	FR	DE	JP	NL	CH	DK	FI	NO	SE
minderjährige Kinder	1.443*	1.451**	1.287	1.406	1.811*	1.187	0.701	1.824**	1.391	1.893**
	[1.057,1.969]	[1.116,1.885]	[0.825,2.007]	[0.893,2.212]	[1.052,3.119]	[0.761,1.851]	[0.486,1.010]	[1.169,2.846]	[0.956,2.024]	[1.190,3.009]
weiblich	0.838	0.748**	0.753*	0.881	0.590**	1.013	0.706*	0.625**	1.043	0.701
	[0.676,1.040]	[0.606,0.922]	[0.574,0.988]	[0.624,1.245]	[0.423,0.824]	[0.744,1.378]	[0.532,0.938]	[0.450,0.868]	[0.798,1.363]	[0.473,1.038]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)										
geringe Bildung	1.035	0.913	2.569	-	0.513	2.279*	0.758	1.722	1.059	1.117
	[0.688,1.559]	[0.661,1.261]	[0.905,7.295]		[0.184,1.432]	[1.140,4.554]	[0.361,1.589]	[0.823,3.600]	[0.649,1.728]	[0.614,2.032]
mittlere Bildung	1.115	0.950	1.479	1.431*	0.789	1.391	0.884	1.315	0.778	1.021
	[0.884,1.407]	[0.758,1.190]	[0.984,2.223]	[1.036,1.977]	[0.563,1.106]	[0.896,2.162]	[0.551,1.419]	[0.929,1.861]	[0.580,1.042]	[0.670,1.556]
Haushaltseinkommen	1.008	1.003	0.978	0.999	0.936	0.944	0.997	1.005	0.998	0.989
	[0.951,1.069]	[0.993,1.012]	[0.916,1.045]	[0.995,1.003]	[0.838,1.045]	[0.885,1.007]	[0.993,1.002]	[0.988,1.022]	[0.995,1.000]	[0.951,1.029]
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)										
arbeitslos	1.424	1.115	1.181	1.470	2.133	1.486	0.957	0.693	2.238	4.092***
	[0.885,2.293]	[0.684,1.819]	[0.640,2.177]	[0.552,3.918]	[0.965,4.713]	[0.454,4.868]	[0.407,2.249]	[0.297,1.616]	[0.788,6.360]	[1.815,9.226]
Rentner	2.028***	2.002***	1.289	1.334	1.754**	1.849**	1.848**	2.431***	1.570*	1.485
	[1.556,2.645]	[1.555,2.577]	[0.925,1.795]	[0.799,2.230]	[1.187,2.592]	[1.254,2.727]	[1.231,2.774]	[1.577,3.746]	[1.087,2.266]	[0.897,2.458]
erwerbsunfähig	1.046	2.042	0.648	2.050	0.527	1.204	1.055	6.909	1.408	0.561
	[0.556,1.970]	[0.987,4.227]	[0.136,3.079]	[0.573,7.339]	[0.199,1.394]	[0.315,4.599]	[0.492,2.261]	[0.744,64.20]	[0.780,2.540]	[0.124,2.544]
Ausbildung/Studium	1.145	0.915	1.174	1.204	1.286	0.577	0.919	1.167	0.956	1.391
	[0.625,2.096]	[0.490,1.709]	[0.675,2.040]	[0.603,2.404]	[0.457,3.618]	[0.271,1.226]	[0.553,1.529]	[0.662,2.058]	[0.531,1.721]	[0.601,3.220]
Hausarbeit	1.685*	1.328	2.087*	1.784*	1.064	0.967	3.544	1.849	1.540	-
	[1.044,2.721]	[0.772,2.286]	[1.035,4.207]	[1.135,2.803]	[0.490,2.311]	[0.495,1.888]	[0.678,18.53]	[0.659,5.191]	[0.432,5.493]	
Wehrdienst	-	-	-	-	-	-	-	1.053	0.560	-
								[0.0635,17.45]	[0.0632,4.969]	
Andere	1.814	1.440	-	1.113	1.171	1.133	1.597	0.840	3.172	1.535
	[0.836,3.935]	[0.743,2.790]		[0.111,11.16]	[0.374,3.666]	[0.214,5.989]	[0.632,4.035]	[0.196,3.597]	[0.678,14.83]	[0.461,5.107]
Vertrauen ins Gesundheitssystem	1.000	1.095	0.936	0.881	0.780*	0.973	0.950	1.093	1.060	0.930
	[0.852,1.174]	[0.954,1.258]	[0.802,1.092]	[0.721,1.078]	[0.636,0.957]	[0.810,1.169]	[0.790,1.142]	[0.890,1.343]	[0.895,1.256]	[0.738,1.173]
nur öffentliche Grundversorgung	1.087	1.134**	1.055	1.028	1.074	1.089	1.177**	1.018	1.171*	1.125
	[0.984,1.201]	[1.035,1.243]	[0.944,1.180]	[0.908,1.163]	[0.912,1.265]	[0.961,1.235]	[1.045,1.326]	[0.880,1.178]	[1.027,1.334]	[0.945,1.340]
Ressourcen werden verschwendet	1.152*	1.144*	1.087	1.158*	0.991	1.123	0.882	0.950	1.343***	1.006
	[1.026,1.292]	[1.030,1.272]	[0.954,1.238]	[1.008,1.330]	[0.819,1.200]	[0.938,1.344]	[0.772,1.008]	[0.802,1.126]	[1.154,1.564]	[0.818,1.236]
Krankheiten häufig selbst verursacht	1.062	1.141*	1.102	1.158*	1.173	1.102	1.220*	1.065	1.034	1.056
	[0.953,1.184]	[1.030,1.264]	[0.938,1.294]	[1.013,1.325]	[0.986,1.395]	[0.950,1.278]	[1.039,1.433]	[0.874,1.297]	[0.871,1.228]	[0.822,1.358]
gewillt höhere Steuern zu zahlen	1.060	1.000	0.999	0.978	1.045	1.006	1.010	0.947	1.061	0.888
	[0.971,1.157]	[0.918,1.089]	[0.889,1.122]	[0.839,1.140]	[0.894,1.220]	[0.889,1.138]	[0.892,1.144]	[0.812,1.106]	[0.947,1.190]	[0.749,1.051]
N	1641	1884	1091	789	982	781	1086	678	1149	693
Korrigiertes Pseudo R^2	0.013	0.024	-0.006	-0.003	0.005	0.009	0.005	0.012	0.010	0.001
AUC	0.610	0.633	0.594	0.621	0.644	0.626	0.622	0.650	0.630	0.639
VIF	1.12	1.11	1.12	1.10	1.12	1.09	1.14	1.11	1.08	1.12
hat & hatsq (Linearitätstest)	0.000;0.006	0.000;0.876	0.098;0.903	0.002;0.247	0.069;0.723	0.000;0.586	0.066;0.746	0.000;0.372	0.060;0.404	0.014;0.654
LR-Test (Nullmodell)	$Chi^2(16)61.1^{***}$	$Chi^2(16)89.1^{***}$	$Chi^2(16)26.5^{*}$	$Chi^2(15)28.8^{*}$	$Chi^2(16)39.5^{**}$	$Chi^2(16)43.3^{***}$	$Chi^2(16)40.7^{**}$	$Chi^2(17)46.8^{***}$	$Chi^2(17)50.2^{***}$	$Chi^2(15)32.6^{**}$

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

10.3.2.2 Ländervergleichende Analyse

Die Ergebnisse der ländervergleichenden Analyse zur Akzeptanz der familiären Verantwortung als Priorisierungskriterium sind gemeinsam mit dem Fixed-Effekt-Modell in Tabelle 31 abgebildet.

Regressionsdiagnostik

Ausgehend von den Ergebnissen der Linktests kann für die vier in Tabelle 31 abgebildeten Modellspezifikationen von einer korrekten Spezifizierung ausgegangen werden. Zusätzlich zeigen die berechneten VIF, dass in keinem der Modelle ein kritisches Ausmaß an Multikollinearität auftritt.

Modellfit

Das Ergebnis des Hosmer-Lemeshow Godness of Fit Tests dokumentiert, dass sämtliche spezifizierten Modelle die beobachteten Einstellungen der Befragten besser erfassen als das Nullmodell. Dieses Ergebnis wird ebenfalls von den LR-Tests gegen das Nullmodell bestätigt. Darüber hinaus zeigt der LR-Test zwischen Modell 2 und 3, dass die Schätzungen von Modell 3 die empirischen Daten signifikant besser abbilden als Modell 2. Die Prüfung der Gesamtanpassungsgüte durch die Fläche unter der ROC-Kurve (AUC) zeigt jedoch, dass die Wahrscheinlichkeit, dass eine Zustimmung zum Priorisierungskriterium familiäre Verantwortung auf Basis von Modell 3 auch als solche klassifiziert wird, lediglich 59.3 Prozent beträgt. Durch die Kontrolle für mögliche Länderunterschiede (Fixed-Effekt-Modell) erhöht sich diese zwar auf 64 Prozent, jedoch gelten in der Literatur erst Wahrscheinlichkeiten von mindestens 70 Prozent als akzeptable Klassifizierung (Hosmer & Lemeshow 2000: 162). Insgesamt muss daher sowohl der Modellfit des vollständigen ländervergleichenden Modells als auch der des Fixed-Effekt-Modells als unzureichend bezeichnet werden.

Tabelle 31: Ländervergleichende und Fixed-Effekt-Modelle: Einflussfaktoren Akzeptanz familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
minderjährige Kinder	1.037	1.159***	1.177***	1.338***
	[0.955,1.125]	[1.065,1.262]	[1.081,1.283]	[1.216,1.472]
weiblich		0.802***	0.822***	0.822***
		[0.751,0.855]	[0.770,0.878]	[0.769,0.878]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)				
geringe Bildung		1.232***	1.205**	1.196**
		[1.092,1.391]	[1.067,1.362]	[1.051,1.360]
mittlere Bildung		1.130***	1.123**	1.109**
		[1.055,1.210]	[1.048,1.203]	[1.030,1.196]
Haushaltseinkommen		0.998**	0.998***	0.999
		[0.998,0.999]	[0.997,0.999]	[0.997,1.000]
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)				
arbeitslos		1.285**	1.302**	1.267**
		[1.098,1.505]	[1.111,1.525]	[1.078,1.489]
Rentner		1.572***	1.570***	1.612***
		[1.451,1.703]	[1.449,1.702]	[1.483,1.752]
erwerbsunfähig		1.463***	1.449***	1.513***
		[1.231,1.737]	[1.218,1.724]	[1.257,1.821]
Ausbildung/Studium		1.011	1.011	1.022
		[0.864,1.182]	[0.864,1.184]	[0.869,1.201]
Hausarbeit		1.666***	1.626***	1.527***
		[1.424,1.949]	[1.388,1.904]	[1.296,1.800]
Wehrdienst		0.625	0.631	0.599
		[0.249,1.568]	[0.251,1.589]	[0.236,1.517]
Andere		1.380*	1.407**	1.507**
		[1.068,1.784]	[1.087,1.820]	[1.158,1.961]
Vertrauen ins Gesundheitssystem			0.951**	1.000
			[0.917,0.986]	[0.961,1.040]
nur öffentliche Grundversorgung			1.140***	1.089***
			[1.108,1.173]	[1.057,1.122]
Ressourcen werden verschwendet			1.012	1.042*
			[0.981,1.044]	[1.007,1.077]
Krankheiten häufig selbst verursacht			1.107***	1.111***
			[1.070,1.145]	[1.072,1.151]
gewillt höhere Steuern zu zahlen			1.009	1.018
			[0.983,1.037]	[0.991,1.047]
Länderdummys (Ref. USA)				
N	17001	17001	17001	17001
Korrigiertes Pseudo R^2	0.000	0.011	0.017	0.040
AUC	0.503	0.577	0.593	0.640
VIF	1.00	1.06	1.07	1.62
hat & hatsq (Linearitätstest)	-	0.014;0.110	0.000;0.958	0.000;0.808
Hosmer-Lemeshow Test	-	$Chi^2(8)12.56$	$Chi^2(8)3.78$	$Chi^2(8)2.82$
LR-Test (Nullmodell)	$Chi^2(1)0.74$	$Chi^2(12)270.7^{***}$	$Chi^2(17)412.8^{***}$	$Chi^2(35)968.5^{***}$
LR-Test (M vs. M-1)	$Chi^2(1)0.74$	$Chi^2(11)270.0^{***}$	$Chi^2(5)142.0^{***}$	$Chi^2(18)555.7^{***}$

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$; die äquivalenten Regressionsmodelle mit imputierten Daten sind in Tabelle 44 im Anhang abgebildet

Ergebnisse der ländervergleichenden Analyse

Aus Modell 3 Tabelle 31 geht hervor, dass Personen mit minderjährigen Kindern einer Priorisierung von Patienten mit familiärer Verantwortung signifikant häufiger zustimmen als Befragte ohne Kinder ($p < 0.001$). Dieses Ergebnis stützt die unter H2.12 formulierte Annahme, dass Befragte ohne Kinder eine vorrangige Behandlung von Personen mit familiärer Verantwortung häufiger ablehnen als Personen mit Kindern. Durchschnittlich ist die Zustimmungswahrscheinlichkeit für Befragte mit minderjährigen Kindern dabei 3.8 Prozent höher als für Befragte ohne minderjährige Kinder (Tabelle 32).

Modell 3 dokumentiert zusätzlich, dass die Chance, dass Frauen einer Priorisierung von Patienten mit familiärer Verantwortung zustimmen, signifikant geringer ist als die für Männer. Dabei ist eine Zustimmung von Männern rund 4.5 Prozent wahrscheinlicher als von Frauen (Tabelle 32). Demnach lässt sich die unter H2.15 formulierte Annahme, dass Frauen eine Priorisierung von Patienten mit familiärer Verantwortung seltener akzeptieren als Männer, durch die Ergebnisse der multivariaten Analyse untermauern.

Darüber hinaus scheint auch der Bildungsgrad in einem positiven Zusammenhang mit der Akzeptanz der familiären Verantwortung als Priorisierungskriterium zu stehen. So ist die Chance, dass Akademiker einer Priorisierung zustimmen, 20.5 Prozent höher als für Befragte mit einem geringen und 12.3 Prozent höher als für Personen mit einem mittlerem Bildungsniveau. Beide Effekte sind auf einem Niveau von 0.01 signifikant.

Auch bezüglich des Erwerbstatus lassen sich im Rahmen der multivariaten ländervergleichenden Analyse signifikante Unterschiede in den Einstellungen der Befragten zu einer Priorisierung von Patienten mit familiärer Verantwortung beobachten. So ist die Chance, dass Arbeitslose, Rentner, Erwerbsunfähige und Hausfrauen bzw. -männer eine vorrangige Behandlung von Patienten mit familiärer Verantwortung befürworten, signifikant größer als für Erwerbstätige. Dabei ist die vorhergesagte Wahrscheinlichkeit für Rentner 10.6 Prozent, für Arbeitslose 6.2 Prozent, für Erwerbsunfähige 8.8 Prozent und für Hausfrauen und -männer 11.7 Prozent größer als für Erwerbstätige (Tabelle 32).

Alle dargelegten Effekte bleiben auch nach der Kontrolle für bestehende Länderunterschiede (Modell 4) auf einem Niveau von mindestens 0.01 signifikant.

Tabelle 32: Veränderungen vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten für Zustimmung zur Priorisierung aufgrund von familiärer Verantwortung nach individuellen Einflussfaktoren

Prädiktor	Veränderung Min ▸ Max	Marginale Veränderung
minderjährige Kinder	0.038	0.038
weiblich	-0.045	-0.045
Haushaltseinkommen	-0.244	0.001
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)		
Rentner	0.106	0.106
erwerbsunfähig	0.088	0.088
arbeitslos	0.062	0.062
Ausbildung/Studium	0.003	0.003
Hausarbeit	0.117	0.117
Wehrdienst/Zivildienst	-0.100	-0.100
Andere	0.081	0.081
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)		
geringe Bildung	0.044	0.044
mittlere Bildung	0.027	0.027
Vertrauen ins Gesundheitssystem	-0.046	-0.012
nur öffentliche Grundversorgung	0.123	0.030
Ressourcen werden verschwendet	0.011	0.003
Krankheiten häufig selbst verursacht	0.091	0.023
gewillt höhere Steuern zu zahlen	0.009	0.002

Berechnungen beruhen auf Modell 3 Tabelle 31; alle anderen Prädiktoren am Mittelwert gehalten

Aus Tabelle 31 geht ebenfalls hervor, dass zwei der subjektiven Prädiktoren einen signifikanten Einfluss auf die Einstellungen der Befragten aufweisen. So ist die Zustimmungswahrscheinlichkeit für Befragte, die sich für eine umfangreiche öffentliche Gesundheitsversorgung aussprechen, 12.3 Prozent geringer als für Befragte, welche eine Reduzierung auf eine medizinische Grundversorgung befürworten. Ebenso ist die Wahrscheinlichkeit für eine Zustimmung von Befragten, die davon überzeugt sind, dass die meisten Erkrankungen selbst verursacht werden, 9.1 Prozent höher als für Befragte, die diese Ansicht keinesfalls teilen (Tabelle 32).

Zusammenfassend ergibt die ländervergleichende Analyse, dass Eltern von minderjährigen Kindern, Männer, Akademiker, Rentner, Erwerbsunfähige und Hausfrauen bzw. -männer eine vorrangige Behandlung von Patienten mit familiärer Verantwortung signifikant häufiger unterstützen als Befragte ohne minderjährige Kinder, Frauen, Befragte mit einem mittlerem oder geringem Bildungsniveau und Erwerbstätige. Demnach scheinen sich sowohl das Eigeninteresses als auch der individuelle Kontext der Befragten auf die Einstellung zu diesem personenbezogenen Priorisierungskriterium auszuwirken. Zusätzlich unterstützen ebenfalls Personen, die an primär selbstverschuldete Erkrankungen glauben oder die sich für eine Reduzierung des Umfanges der öffentlichen Gesundheitsleistungen auf eine medizinische Grundversorgung aussprechen, signifikant häufiger für eine vorrangige Behandlung als Personen, welche diese Ansichten nicht teilen.

10.3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zur Akzeptanz der familiären Verantwortung als Priorisierungskriterium

Von den drei personenbezogenen Priorisierungskriterien erhält die familiäre Verantwortung die geringste gesellschaftliche Unterstützung. Insgesamt sprechen sich lediglich 35.7 Prozent für eine vorrangige Behandlung von Patienten mit familiärer Verantwortung aus. Der Zustimmungsanteil in der Bevölkerung variiert dabei zwischen 21.5 Prozent in den Niederlanden und 51.3 Prozent in Slowenien. Darüber hinaus spricht sich lediglich in zwei der 19 Staaten (Slowenien, Schweiz) eine Mehrheit für eine Priorisierung von Menschen mit familiärer Verantwortung aus. Trotz dieser Unterschiede zwischen den Befragungsländern lassen sich bloß 2.2 Prozent der Varianz in den Einstellungen der Befragten auf die Länderebene zurückführen.

Im Rahmen der Makroanalyse kann jedoch nur gezeigt werden, dass sich der Zustimmungsanteil der Bevölkerung in postkommunistischen Staaten signifikant höher gestaltet als in konservativen Wohlfahrtsstaaten. Weitere Unterschiede in Abhängigkeit zum Wohlfahrtsstaatenregimetyp lassen sich hingegen nicht beobachten. Ebenso können die Differenzen im Zustimmungsanteil nicht auf das Ausmaß der staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen zurückgeführt werden. Allerdings ergibt die Analyse, dass das durchschnittliche Einkommen der Bevölkerung in einem positiven Zusammenhang mit dem Zustimmungsanteil der Bevölkerung zu einer Priorisierung von Patienten mit familiärer Verantwortung steht. Dennoch erklären diese Faktoren lediglich 12.2 Prozent der auf die Länderebene entfallenden Varianz von 2.2 Prozent. Demnach lassen sich lediglich 0.27 Prozent der Varianz in den Einstellungen der Befragten zur vorrangigen Behandlung von Patienten mit familiärer Verantwortung auf die im Rahmen der Makroanalyse geprüften Faktoren zurückführen.

Die anschließenden Mikroanalysen ergeben, dass Männer, Akademiker, Rentner und Befragte mit minderjährigen Kindern einer vorrangigen Behandlung von Personen mit familiären Pflichten signifikant häufiger zustimmen als Frauen, Erwerbstätige, geringer Gebildete und Befragte ohne minderjährige Kinder. Darüber hinaus zeigt die ländervergleichende Analyse, dass Befragte, welche sich dafür aussprechen, dass die Regierung lediglich eine medizinische Grundversorgung bereitstellt, ebenso wie Personen, die davon überzeugt sind, dass Erkrankungen oft selbstverschuldet entstehen, eine Priorisierung häufiger akzeptieren als Befragte, welche diese Ansichten nicht teilen.

Trotz dieser Erkenntnisse geht aus der Prüfung der Anpassungsgüte des Fixed-Effekt-Modells (Modell 4 Tabelle 31) hervor, dass die Erklärungskraft des Modells mit einer lediglich 64 prozentigen Wahrscheinlichkeit für eine richtige Klassifizierung als unzureichend bezeichnet werden muss.

11 Diskussion und Ausblick

Im abschließenden Kapitel wird zunächst die Notwendigkeit der im Rahmen der vorliegenden Arbeit vorgenommenen empirischen Analysen erläutert. Im Anschluss daran werden die zentralen Erkenntnisse der statistischen Analysen zu den Verteilungspräferenzen und Einstellungen der Befragten gegenüber den personenbezogenen Priorisierungskriterien aggregiert und deren Bedeutung für die Theorie diskutiert. Ausgehend von diesen Erkenntnissen wird dargelegt, inwieweit politische Entscheidungsträger basierend auf den vorliegenden Erkenntnissen explizite Rationierungsregelungen auf Basis von personenbezogenen Priorisierungskriterien treffen können, welche von der Gesellschaft als legitimiert angesehen werden. Im letzten Teil des Kapitels werden die Grenzen der empirischen Analysen erläutert, aus denen sich Anknüpfungspunkte für zukünftige Studien zu den gesellschaftlichen Einstellungen zur Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitssystem und zur Verwendung der personenbezogenen Priorisierungskriterien konkludieren lassen.

11.1 Zusammenfassung und Diskussion

Die Relevanz der vorgenommenen empirischen Analysen zu den Verteilungspräferenzen und Einstellungen der Bevölkerung gegenüber den personenbezogenen Priorisierungskriterien ergibt sich aus den steigenden Finanzierungsproblemen der öffentlichen Gesundheitssysteme. Diese bedingen eine stetige Zunahme der Forderungen nach expliziten Rationierungsregelungen zum Zwecke der Kosteneinsparung (Staber & Rothgang 2010: 16; Marckmann 2010: 12). Um Leistungsbegrenzungen jedoch sinnvoll und effektiv umsetzen zu können, sollten im Rahmen eines vorangehenden Priorisierungsprozesses Kriterien und Prinzipien definiert werden, anhand derer die Rationierungsentscheidungen getroffen werden (ZEKO 2007: 1019). Da sich Leistungsbegrenzungen unmittelbar auf jene auswirken, welche das öffentliche Gesundheitssystem durch Sozialversicherungsbeiträge oder Steuern finanzieren und Bürger demokratischer Staaten das Recht haben, auf politische Entscheidungen, die ihre vitalen Interessen betreffen, einzuwirken (Lenaghan 1999: 47), sollten die Präferenzen und Einstellungen der Bevölkerung in diese Entscheidungsfindung inkludiert werden (Diederich et al. 2012: 3). Darüber hinaus können Verteilungsregelungen lediglich dann als sozial gerecht angesehen werden, wenn diese auf Allokationsprinzipien beruhen, welche mit den gesellschaftlichen Moralvorstellungen kongruieren (Landwehr 2011: 36; Irlenbusch 2003:

351; Sen 2002: 663; Koller 2001: 26; Miller 1999: 39; Tragakes & Vienonen 1998: 5; Wegener 1992: 270).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde folglich zunächst analysiert, an welchen Verteilungsprinzipien sich die Gesellschaft bei der Allokation von Gesundheitsressourcen orientiert und in Abhängigkeit von welchen Faktoren diese Orientierung variiert. Im Anschluss wurde eruiert, ob die personenbezogenen Priorisierungskriterien in Situationen, in denen Verteilungsentscheidungen aufgrund von Knappheit nicht allein auf Basis von Bedarf erfolgen können, gesellschaftliche Akzeptanz erlangen und von welchen Faktoren eine Akzeptanz bzw. Ablehnung dieser Kriterien begünstigt wird.

Zu diesem Zweck wurde im ersten Analyseschritt mittels deskriptiver Statistik untersucht, zu welchen Anteilen die Teilnehmer des ISSP-Gesundheitsmoduls (2011) für eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen plädieren bzw. eine Verwendung der drei personenbezogenen Priorisierungskriterien akzeptieren. Für die empirischen Analysen zur Erklärung der bestehenden Divergenzen in den Einstellungen und Präferenzen der Befragten wurde anschließend ein dreistufiges Untersuchungsdesign, bestehend aus Makro-, Mikro- und Cross-Level-Analysen, verwendet.

Auf der Länderebene wurde dabei untersucht, ob der Wohlfahrtsstaatenregimetyp und das Ausmaß der staatlich bereitgestellten Gesundheitsleistungen in einem signifikanten Zusammenhang mit den Verteilungspräferenzen und den Einstellungen gegenüber den personenbezogenen Priorisierungskriterien stehen. In den anschließenden Mikroanalysen wurde primär geprüft, inwieweit das Eigeninteresse und der individuelle Kontext der Befragten deren Verteilungspräferenzen und Einstellungen gegenüber den personenbezogenen Priorisierungskriterien beeinflussen. Abschließend wurde im Rahmen der Cross-Level-Analysen getestet, ob der Einfluss des Eigeninteresses oder des individuellen Sozialisationskontextes durch den Wohlfahrtsstaatenregimetyp moderiert wird.

Die Analysen zu den gesellschaftlichen Verteilungspräferenzen konnten aufzeigen, dass sich keine klare Mehrheit für eine Allokation von Gesundheitsressourcen basierend auf dem Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip ausspricht. Stattdessen spricht sich fast die Hälfte (48.34 %) der Befragten für eine Verteilung basierend auf dem Leistungs- oder Effizienzprinzip aus. Demnach scheinen nicht alle Gesellschaftsmitglieder dem Gut Gesundheit die gleiche Bedeutung zuzuschreiben. Während 51.6 Prozent der Befragten angeben, dass sämtlichen Gesellschaftsmitgliedern alles medizinisch Notwendige

gleichermaßen ermöglicht werden sollte (Bedarfs- und Gleichheitsprinzip), spricht sich ein fast ebenso großer Teil der Befragten dafür aus, dass dieser Allokationsprozess durch Verteilungsprinzipien (Leistung und Effizienz), welche anderen gesellschaftlichen Sphären zugeteilt sind (Geld und Waren, Anerkennung, harte Arbeit), begrenzt wird (Walzer 1992: 141). Die Annahme, dass sich Individuen bei der Verteilung von notwendigen Gütern primär am Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip orientieren (Liebig & May 2009: 6; Yaari und Bar-Hillel 1984: 14; Scott & Bornstein 2009: 843) lässt sich basierend auf den vorliegenden Daten demnach, trotz der knappen Mehrheit, nicht in überzeugender Weise stützen.

Stattdessen zeigen die divergierenden Verteilungspräferenzen der Befragten, dass nicht allein die Art des sozialen Gutes bzw. die gesellschaftliche Sphäre, in der sich ein Gut bewegt, den von der Gesellschaft präferierten Allokationsmechanismus bestimmt. So offenbart sich, dass auch der Wohlfahrtsstaat als institutionelles Arrangement strukturell auf die Verteilungspräferenzen wirkt. „Als spezifische Moralen inkorporierende Institutionen beeinflussen unterschiedliche Wohlfahrtsregimes die Wertvorstellungen von Individuen, die in und mit ihnen leben. Sie prägen normativ und direkt individuelle Einschätzungen und Wertäußerungen, da davon auszugehen ist, dass Individuen ein moralisches Gleichgewicht zu den Moral inkorporierenden Institutionen herstellen“ (Lippl 2003: 87). In Kongruenz mit dieser Annahme ergab die empirische Analyse, dass die Bevölkerungsanteile, welche sich für eine bedarfs- oder gleichheitsbasierte Verteilung von Gesundheitsressourcen aussprechen, in postkommunistischen (62.7 %) und sozialdemokratischen Staaten (68.5 %) durchschnittlich signifikant höher ausfallen als in liberalen (36.0 %) und konservativen Staaten (46.0 %). Sozialdemokratische und kommunistische Staaten zeichnen sich durch eine hohe Dekommodifizierung bei gleichzeitig geringer Stratifizierung aus, was Gleichheit für alle Bürger auf einem hohen Niveau nach sich zieht (Universalismusprinzip). Infolgedessen präferieren Befragte, die in sozialdemokratischen oder kommunistischen Staaten[119] sozialisiert wurden, häufiger eine Verteilung nach dem Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip als Befragte aus konservativen und liberalen Wohlfahrtsstaaten, welche sich typischerweise durch eine stärkere Förderung von privaten Vorsorge- und Versicherungssystemen auszeichnen (Prinzip der Eigenverantwortung) (Esping-Andersen 1990: 26). Demnach scheinen in Übereinstimmung zu Walzer (1992: 12) die gleichen Verteilungsgüter in differenten Gesellschaften mitunter divergierende Allokationsmechanismen zu benötigen (Walzer 1992: 12).

[119] Basierend auf der Altersverteilung in den entsprechenden Befragungsländern, wurde der Großteil der Befragten aus den postkommunistischen Staaten noch zu Zeiten des Kommunismus sozialisiert.

Die ländervergleichenden Analysen haben ergeben, dass auch das Eigeninteresse in einem signifikanten Zusammenhang zu den Verteilungspräferenzen der Befragten steht. So plädieren Erwerbsunfähige häufiger als Erwerbstätige für eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsgütern. Dies lässt sich vermutlich auf eigennützige Überlegungen der Betroffenen zurückführen. Erwerbsunfähige befinden sich in der Regel in einer schlechteren sozio-ökonomischen Lage als Erwerbstätige und besitzen folglich seltener als Erwerbstätige die Möglichkeit, ihre eigene Gesundheitsversorgung durch private Zusatzkrankenversicherungen zu sichern. Gleiches würde jedoch auch für Mitglieder anderer Transfergruppen, wie Rentner und Arbeitslose gelten, für welche sich dieser Effekt jedoch nicht beobachten lässt. Da die Beitragshöhe für private Zusatzversicherungen jedoch vom Gesundheitszustand bei Vertragsabschluss bedingt wird, müssten die Beiträge für Erwerbsunfähige in der Regel höher ausfallen als für Rentner und Arbeitslose. Erwerbsunfähige haben daher vermutlich noch seltener als Arbeitslose und Rentner die Möglichkeit, eine private Zusatzversicherung abzuschließen. Infolgedessen sind sie vermutlich stärker als alle anderen Mitglieder von Transfergruppen auf eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte öffentliche Gesundheitsversorgung angewiesen.

Neben den Erwerbsunfähigen präferieren auch Raucher und Personen in einer schlechten gesundheitlichen Verfassung häufiger eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen. Indem Raucher ihre Gesundheit bewusst gefährden und davon ausgehen müssen, dass sie dadurch zukünftig stärker auf die öffentliche Gesundheitsversorgung angewiesen sind, haben sie, ebenso wie Befragte mit einem schlechten Gesundheitszustand, ein persönliches Interesse an einem auf dem Bedarfs- oder Gleichheitsprinzip basierenden Zugang zum Gesundheitssystem. Obwohl Gleiches auch für Befragte mit einem riskanten Alkoholkonsum gilt, ließ sich nicht beobachten, dass sich diese Gruppe häufiger für eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung ausspricht als andere Befragte. Möglicherweise lässt sich dies darauf zurückführen, dass Befragte mit einem riskanten Alkoholkonsum dies aus Angst vor einer Stigmatisierung nicht wahrheitsgemäß dokumentiert haben. Dafür spricht, dass die Prävalenzrate für einen riskanten Alkoholkonsum in der EU mit 15.5 Prozent (78 Millionen) der erwachsenen Bevölkerung (Lexas 2013) mehr als doppelt so hoch ausfällt als in den ISSP-Daten (7.2 %).

In Bezug auf den Einfluss des individuellen Sozialisationskontextes ergab die empirische Analyse, dass sich Frauen und Akademiker signifikant häufiger für eine Verteilung nach Bedarf- und Gleichheit aussprechen als Männer und Befragte mit einem mittleren Bildungsniveau. Ersteres stützt die Annahme, dass Frauen, um die an sie gestellten

Rollenerwartungen zu erfüllen, im Verlauf ihrer Sozialisation häufiger als Männer sozial emotionale Kompetenzen entwickeln und infolgedessen Bedarfsaspekten eine größere Relevanz zusprechen als Männer (Winkelhage 2011: 52). Des Weiteren befinden sich Frauen häufiger als Männer in prekären Marktsituationen (Linos & West 2003: 400) und besitzen folglich seltener die Möglichkeit, private Zusatzkrankenversicherungen abzuschließen. Demnach ließe sich die stärkere Bedarfs- und Gleichheitspräferenz der Frauen auch als Eigeninteresse interpretieren. Im Rahmen der Cross-Level-Analysen konnte darüber hinaus gezeigt werden, dass Frauen in sozialdemokratischen Staaten eine stärkere Präferenz für eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen aufweisen als in liberalen, konservativen und postkommunistischen Staaten. Worauf sich der stärkere Geschlechtereffekt in sozialdemokratischen Staaten zurückführen lässt, kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht geklärt werden.

Der beobachtete Einfluss des Bildungsabschlusses auf die Verteilungspräferenzen der Befragten suggeriert, dass Akademiker aufgrund ihrer Bildung eher als andere Befragte dazu in der Lage sind, zwischen den gesellschaftlichen Sphären zu differenzieren und es folglich seltener tolerieren, dass nicht sphärenspezifische Distributionsregeln (wie das Leistungsprinzip) zur Verteilung von Gesundheitsressourcen verwendet werden (komplexe Gleichheit, Walzer 1992). Dennoch steht dieses Ergebnis im Widerspruch zu den Erkenntnissen von Andreß und Heien (2001), Linos und West (2003), Jaeger (2006 & 2009) und Stegmüller et al. (2012). In diesen Studien wurde jedoch analysiert, wie sich der Bildungsgrad der Befragten auf deren Einstellung zu Einkommensumverteilungen auswirkt. Zu verteilendes Gut und gesellschaftliche Sphäre stimmen daher nicht mit der vorliegenden Studie überein. Folglich scheinen Akademiker bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen andere Präferenzen aufzuweisen als bei der Verteilung von Einkommen, was wiederum dafür spricht, dass sie bei Allokationsentscheidungen zwischen den unterschiedlichen gesellschaftlichen Sphären differenzieren.

Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass sich Befragte, welche das Gesundheitssystem für ineffizient halten, ebenso wie Befragte, die der Eigenverantwortung bei der Gesundheitsversorgung hohe Relevanz beimessen, häufiger für eine leistungs- oder effizienzbasierte Verteilung von Gesundheitsressourcen aussprechen. Letzteres impliziert, dass nicht der Staat sondern die Bürger dafür Sorge tragen, ihre Gesundheitsversorgung zu sichern. Infolgedessen sprechen sich diese Befragten seltener dafür aus, dass der Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung für alle mit medizinischem Bedarf in gleicher Weise garantiert wird. Befragte, die hingegen überzeugt sind, dass Gesundheitsressourcen

verschwendet werden, plädieren möglicherweise deshalb häufiger für eine leistungs- und effizienzorientierte Zugangsregelung, weil sie annehmen, dass die Bevölkerung unter diesen Bedingungen eher dazu bereit ist, verantwortungsbewusster mit ihrer Gesundheit und mit den gemeinsam aufgebrachten Mitteln umzugehen.

Positiv konnektiert mit einer bedarfs- oder gleichheitsorientierten Verteilungspräferenz sind hingegen ein großes Vertrauen in das Gesundheitssystem und die Bereitschaft, höhere Abgaben für eine bessere Gesundheitsversorgung zu entrichten (Solidaritätsgedanke). Interessanterweise wirkt sich letzterer Effekt nicht in allen Wohlfahrtsstaatenregimen gleichermaßen aus. Während Befragte, mit einem ausgeprägten Solidaritätsgedanken in liberalen, konservativen und sozialdemokratischen Staaten signifikant häufiger für eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen plädieren, lässt sich ein derartiger Effekt in den postkommunistischen Staaten nicht beobachten. Eventuell kann dies als Indiz dafür interpretiert werden, dass die Bevölkerung in postkommunistischen Ländern stärker als in anderen Staaten davon überzeugt ist, dass es die Aufgabe des Staates und nicht der Bevölkerung sei, allen Bürgern eine angemessene Gesundheitsversorgung zu garantieren.

In Bezug auf die gesellschaftliche Akzeptanz der personenbezogenen Priorisierungskriterien ergab die empirische Analyse, dass keines der drei Kriterien von der Mehrheit der Befragten unterstützt wird. Während dies, ausgehend von früheren empirischen Studien, für das Kriterium familiäre Verantwortung zu erwarten gewesen ist, stehen die Erkenntnisse zur Akzeptanz des gesundheitsbezogenem Lebensstils und des Alters im Wiederspruch zu den Befunden aus früheren Studien. So gelangten Charny et al. (1989) und Nord et al. (1995) zu dem Schluss, dass die Mehrheit der Befragten eine Priorisierung von Patienten mit einem gesunden gegenüber Patienten mit ungesunden Lebensstil unterstützt, wenn eine Entscheidung nicht singulär mittels medizinischer Kriterien erfolgen kann. In beiden Fällen handelt es sich jedoch um nationale Studien in liberalen Staaten (Großbritannien und Australien). Werden ausschließlich die liberalen Staaten betrachtet, lässt sich eine mehrheitliche Akzeptanz des gesundheitsbezogenen Lebensstils auch in der vorliegenden Studie beobachten, sodass sich die divergierenden Erkenntnisse vermutlich durch die unterschiedliche Datenbasis begründen lassen.

Auch die Erkenntnisse zur Akzeptanz des Alters als Priorisierungskriterium sind nicht konsistent mit den Ergebnissen aus früheren nationalen Studien, in denen sich die Mehrheit der britischen, amerikanischen und schwedischen Befragten für eine vorrangige Behandlung

von jüngeren gegenüber älteren Patienten ausspricht (Charny et al. 1989; Cropper et al. 1994; Johannesson & Johansson 1996). Auch bei diesem Aspekt könnte vermutet werden, dass die divergierenden Ergebnisse das Resultat der verschiedenen Datenbasen darstellt. Dies ist jedoch nicht der Fall. Werden lediglich Angaben der Befragten aus den Befragungsländern der früheren Studien betrachtet, zeigt sich, dass sich im ISSP-Gesundheitsmodul weder die Mehrheit der schwedischen (39.6 %) noch der britischen Befragten (36.0 %) für eine Altersprioriserung ausspricht. Lediglich die Angaben der amerikanischen Befragten sind konsistent zu den Ergebnissen von Cropper et al. (1994). Da die Zeitspanne zwischen der vorliegenden und den früheren Studien mit 22 bzw. 15 Jahren durchaus relevant ist und es zwischen diesen Zeitpunkten zu großen Veränderungen im schwedischen und britischen Gesundheitssystem gekommen ist (siehe Kapitel 2), könnten die divergierenden Ergebnisse möglicherweise auf einen Zeiteffekt zurückzuführen sein.

Darüber hinaus lässt sich die Annahme von Dolan et al. (2005: 202), dass Individuen bei der Verwendung von personenbezogenen Kriterien zwischen Faktoren, die innerhalb, und Faktoren, die außerhalb der individuellen Kontrolle differenzieren, mit den empirischen Ergebnissen nicht stützen. Im Gegenteil, das Alter als Priorisierungskriterium, welches außerhalb unserer Kontrolle liegt, erhält von den Befragten eine größere Unterstützung als der gesundheitsbezogene Lebensstil (Indikator Rauchen), welcher in der Regel innerhalb der individuellen Kontrolle liegt.

Obwohl keines der personenbezogenen Priorisierungskriterien von der Mehrheit der Befragten im ISSP-Gesundheitsmodul unterstützt wird, akzeptiert eine große Minderheit die familiäre Verantwortung (35.7 %), das Alter (48.8 %) und den gesundheitsbezogenen Lebensstil (44.5 %) in Situationen, in denen Behandlungsentscheidungen allein auf Basis des medizinischen Bedarfs nicht möglich sind. Welche Faktoren eine Zustimmung bzw. Ablehnung der personenbezogenen Priorisierungskriterien beeinflussen, wurde im Anschluss auf verschiedenen Analyseebene erforscht. Dabei wurde zunächst festgestellt, dass lediglich ein geringer Anteil der Varianz in den Einstellungen der Befragten zur Verwendung der personenbezogenen Priorisierungskriterien auf Unterschiede zwischen den Befragungsländern zurückzuführen ist (0.9 % bis 4.6 %).

Für das Kriterium gesundheitsbezogener Lebensstil lässt sich der Großteil der bestehenden Ländervarianz (61.1 %) durch den Wohlfahrtsstaatenregimetyp der Befragungsländer erklären. Dabei wurde gezeigt, dass Befragte aus liberalen Wohlfahrtsstaaten einer Priorisierung auf Basis des gesundheitsbezogenen Lebensstils signifikant häufiger

zustimmen als Befragte aus konservativen, postkommunistischen und sozialdemokratischen Staaten. Bedingt wird dies vermutlich dadurch, dass das Leistungsprinzip in liberalen Staaten das primäre Verteilungsprinzip bildet und die soziale Sicherung in diesen Staaten stärker als in allen anderen Regimetypen der Eigenverantwortung der Bürger unterliegt (Esping-Andersen 1990: 26 f.). Befragte aus liberalen Staaten vertreten daher häufiger die Ansicht, dass Patienten, die ihre Gesundheit bewusst gefährden, gegenüber Patienten, die verantwortungsbewusst mit ihrer Gesundheit umgehen, nachrangig zu behandeln sind.

Demgegenüber lässt sich der auf die Länderebene entfallene Varianzanteil der beiden anderen personenbezogenen Priorisierungskriterien nicht auf Unterschiede in der institutionellen Struktur der Befragungsländer zurückführen. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass diese Anteile mit 0.9 Prozent für das Alter und 2.2 Prozent für die familiäre Verantwortung noch geringer ausfallen als für den gesundheitsbezogenen Lebensstil (4.6 %). Die divergierenden Einstellungen der Befragten zu der Verwendung der personenbezogenen Priorisierungskriterien ergeben sich demnach, ebenso wie die Differenzen in den Verteilungspräferenzen, primär aus Unterschieden zwischen den Befragten und weniger aus Divergenzen zwischen den Befragungsländern.

Die Mikroanalysen ergaben, dass das Eigeninteresse lediglich in einem signifikanten Zusammenhang mit der Einstellung der Befragten gegenüber dem gesundheitsbezogenen Lebensstil und der familiärer Verantwortung steht. So plädieren Personen mit minderjährigen Kindern häufiger für eine vorrangige Behandlung von Patienten mit kleinen Kindern und Raucher lehnen eine Priorisierung basierend auf dem Lebensstil häufiger ab als Nichtraucher. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass letzterer Effekt in postkommunistischen Staaten signifikant geringer ausfällt als in liberalen, konservativen und sozialdemokratischen Staaten. Nach Angaben der OECD (2012) ist der Raucheranteil in postkommunistischen Staaten jedoch wesentlich höher als in liberalen, konservativen und sozialdemokratischen Staaten. Infolgedessen wird das Rauchen in diesen Staaten vermutlich als alltäglich angesehen und daher seltener verurteilt.

Hinsichtlich der Bedeutung des individuellen Kontexts der Befragten wurde festgestellt, dass Akademiker eine vorrangige Behandlung basierend auf allen drei Kriterien signifikant häufiger akzeptieren als andere Befragte. Interessant ist, dass sich Befragte mit einer Hochschulausbildung zuvor häufiger für eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen ausgesprochen haben. Daraus lässt sich schließen, dass Akademiker prinzipiell eine bedarfs- und gleichheitsorientierte Verteilung von

Gesundheitsressourcen präferieren, jedoch in Situationen, in denen eine dergestalte Verteilung nicht mehr möglich ist, auch Leistungs- und Effizienzaspekte in ihre Entscheidungsfindung einbeziehen.

Geschlechterunterschiede lassen sich in den Einstellungen der Befragten zur Verwendung des Alters und der familiären Verantwortung beobachten. In beiden Fällen akzeptieren Männer die Verwendung der personenbezogenen Priorisierungskriterien häufiger als Frauen. Die geringere Unterstützung durch die weiblichen Befragten stützt die Annahme, dass Frauen, bedingt durch ihre stärker ausgeprägte Bedarfs- und Gleichheitspräferenz, eine Priorisierung auf Basis von personenbezogenen Kriterien häufiger ablehnen als Männer. Die Unterstützung des gesundheitsbezogenen Lebensstils als Priorisierungskriterium scheint hingegen nicht durch das Geschlecht der Befragten beeinflusst zu werden. Da sich Männer zuvor signifikant häufiger für eine leistungs- oder effizienzbasierte Verteilung von Gesundheitsressourcen ausgesprochen haben als Frauen, ist dieses Ergebnis etwas überraschend. Möglicherweise lässt sich dieser Wiederspruch jedoch darauf zurückführen, dass der gesundheitsbezogene Lebensstil in Form des Rauchens operationalisiert wurde und der Anteil an rauchenden Männern in der Datenbasis fünf Prozent höher ausfällt als bei Frauen. Die multivariaten Analysen haben gezeigt, dass sich Raucher signifikant seltener für eine Priorisierung auf Basis des gesundheitsbezogenen Lebensstils aussprechen als Nichtraucher – insofern könnte das stärkere Rauchverhalten der Männer die Ursache für den ausbleibenden Geschlechtereffekt sein.

Bezüglich des Einflusses des Erwerbsstatus auf die Akzeptanz der personenbezogenen Priorisierungskriterien zeigt sich, dass Rentner und Arbeitslose einer Priorisierung auf Basis des gesundheitsbezogenen Lebensstils seltener zustimmen als Erwerbstätige. Der Unterschied zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen lässt sich vermutlich darauf zurückführen, dass der Anteil an arbeitslosen Rauchern (38.3 %) wesentlich höher ausfällt als der Raucheranteil bei Erwerbstätigen (24.9 %), sodass dieser Effekt als Eigeninteresse der Arbeitslosen zu verstehen ist. Demgegenüber gestaltet sich der Raucheranteil unter den Rentnern mit 14.5 Prozent geringer als bei den Erwerbstätigen, sodass sich die stärkere Ablehnung des Priorisierungskriteriums nicht durch den individuellen Nutzen für Rentner erklären lässt. Da der Zigarettenkonsum jedoch während der 1950er bis in die 1980er Jahre politisch-emanzipatorischen Symbolcharakter besaß (Rogowski et al. 2014: 11f.) könnten Rentner, bedingt durch ihr Alter, eine weniger negative Einstellung zum Rauchen besitzen und eine Priorisierung von Nichtrauchern vor Rauchern deshalb seltener befürworten.

Rentner und Erwerbstätige unterscheiden sich auch hinsichtlich ihrer Einstellung gegenüber der familiären Verantwortung als Priorisierungskriterium. Dabei sprechen sich Rentner signifikant häufiger für eine vorrangige Behandlung von Patienten mit minderjährigen Kindern aus als Erwerbstätige. Auch dieser Effekt könnte auf das fortgeschrittene Alter der Rentner zurückzuführen sein. Die Bedeutung der Familiengründung und der Elternschaft hat sich in den letzten Jahrzehnten in vielen Staaten gewandelt. Nach Angaben der OECD (2014) war der Anteil an Kinderlosen nie so hoch wie heute. Demgegenüber ist der Anteil Kinderloser unter den Rentnern vergleichsweise gering (OECD Family Database 2014). Die stärkere Befürwortung der Priorisierung von Patienten mit familiärer Verantwortung durch Rentner könnte insofern damit konnektiert sein, dass Elternschaft für heutigen Rentner eine größere Bedeutung besitzt und sie wenig Verständnis dafür aufweisen, dass sich immer mehr Menschen bewusst gegen Kinder entscheiden.

Hinsichtlich des Einflusses der persönlichen Einstellungen der Befragten zum Gesundheitssystem ergab die empirische Analyse, dass Befragte, welche sich für eine Reduzierung der Gesundheitsversorgung auf ein Minimum aussprechen, ebenso wie Befragte, die das Gesundheitssystem für ineffizient halten oder davon ausgehen, dass die meisten Erkrankungen selbstverschuldet entstanden sind, alle drei personenbezogenen Kriterien häufiger akzeptieren als Befragte, die diese Einstellungen und Überzeugungen nicht teilen. Gemein ist diesen drei Aspekten, dass sie den Wunsch nach einem verantwortungsvolleren und effizienteren Umgang mit den gemeinschaftlich aufgebrachten Gesundheitsressourcen implizieren. Da auch den drei Priorisierungskriterien Effizienzgedanken zugrunde liegen (siehe Kapitel 6), stellt die Verwendung der Priorisierungskriterien für diese Befragten vermutlich eine Möglichkeit dar, die Effizienz des öffentlichen Gesundheitssystems zu erhöhen.

11.2 Ausblick

Welche Implikationen lassen sich aus den dargelegten Erkenntnissen für die Festlegung von Rationierungsregelungen basierend auf personenbezogenen Priorisierungskriterien ableiten?

In Übereinstimmung zu den normativen Theorien von Walzer (1992) und Sen (2009) zeigen die Ergebnisse der empirischen Analysen, dass Gerechtigkeitsmaßstäbe nicht global formuliert werden können. Was Menschen als sozial gerecht empfinden, ist zum einen abhängig von den Bedingungen, welche in der Gesellschaft herrschen und zum anderen variieren die Vorstellungen über gerechte Verteilungen auch zwischen verschiedenen Gruppen in einer Gesellschaft. Ob Rationierungsentscheidungen auf Basis von personenbezogenen Priorisierungskriterien in einer Gesellschaft als legitim angesehen werden, ist demnach von Gesellschaft zu Gesellschaft und von Gruppe zu Gruppe divergent. Folglich muss jede Gesellschaft selbst entscheiden, auf Basis welcher Kriterien und Prinzipien die gemeinsam aufgebrachten begrenzten Gesundheitsressourcen verteilt werden sollen und inwieweit die divergierenden Interessen der verschiedenen sozialen Gruppen in der Gesellschaft dabei berücksichtigt werden. Universelle Empfehlungen für die Implementierung von expliziten Priorisierungsentscheidungen anhand von personenbezogenen Merkmalen können – ausgehend von den empirischen Erkenntnissen – daher nicht formuliert werden.

Stattdessen sollten die Erkenntnisse als Ausgangspunkt für die Einleitung von gesellschaftlichen Diskursen verstanden werden, in deren Rahmen die Bevölkerung in den betroffenen Staaten zunächst für die Notwendigkeit von Rationierungsmaßnahmen sensibilisiert wird. Befragte, denen nicht bewusst ist, dass „tragische Entscheidungen“ zukünftig tatsächlich real sein werden, neigen vermutlich stärker als Personen, denen die Ernsthaftigkeit des Problems bewusst ist, dazu, am Gleichbehandlungsgrundsatz festzuhalten.

Da die statistischen Analysen gezeigt haben, dass sich hoch gebildete Befragte zwar grundsätzlich häufiger für eine bedarfs- oder gleichheitsorientierte Verteilung von Gesundheitsressourcen aussprechen, sich jedoch bei tragischen Entscheidungen gleichzeitig häufiger als andere für die Verwendung der personenbezogenen Priorisierungskriterien aussprechen, liegt die Vermutung nahe, dass sich die Einstellungen der Befragten durch eine umfangreiche Aufklärung zum Erfordernis von Priorisierungsmaßnahmen und durch

Informationen zu den Intentionen und Überlegungen, auf denen die Verwendung der personenbezogenen Kriterien beruht, verändern könnten.

Zudem könnte im Rahmen eines gesellschaftlichen Diskurses ebenfalls diskutiert werden, ob die personenbezogenen Kriterien möglicherweise in einer anderen Form von der Bevölkerung akzeptiert werden. Hinsichtlich des Alters könnte z. B. die Altersdifferenz, welche zu einer vorrangigen Behandlung des jüngeren Patienten führt, größer gestaltet werden oder eine Regelung getroffen werden, durch die bei tragischen Entscheidungen jene nachrangig behandelt werden, welche die innerhalb der Gesellschaft bestehende Lebenserwartung bereits überschritten haben (Fair-Innings-Prinzip). Für Personen mit einem ungesunden Lebensstil könnten Zuzahlungen bzw. höhere Beiträge zur Krankenversicherung gefordert werden. Durch diese zusätzlichen Gelder würde sich das Ausmaß an sekundärer Rationierung, durch die tragische Entscheidungen erst notwendig werden, möglicherweise verringern. Fraglich ist jedoch, wie sich ein gesunder Lebensstil kontrollieren lässt und ob ein solches Vorgehen nicht bereits bestehende soziale Ungleichheiten, die erst zu divergierenden Lebensstilen geführt haben, reproduziert.

Unabhängig davon wie der gesellschaftliche Diskurs gestaltet wird, muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Einstellungen zur personenbezogenen Priorisierung auch durch den individuellen Kontext der Bevölkerung beeinflusst wird. Folglich müssen alle sozialen Gruppen in repräsentativer Form in den gesellschaftlichen Diskurs inkludiert werden.

Obwohl sich keine globalen Aussagen zur Implikation von expliziten Rationierungsentscheidungen auf Basis der personenbezogenen Priorisierungskriterien treffen lassen, hat die deskriptive Analyse gezeigt, dass die drei Kriterien von der Bevölkerung einiger Staaten mehrheitliche Akzeptanz erlangen. Hier könnten Rationierungsregelung auf Basis der entsprechenden Kriterien folglich von der Bevölkerung als legitimiert angesehen werden. So wären in Australien und den USA beispielsweise eine Implementierung des gesundheitsbezogenen Lebensstils und des Patientenalters als nachgeordnete Verteilungskriterien denkbar. In der Schweiz könnten hingegen Patienten mit familiärer Verantwortung und Jüngere gegenüber Patienten ohne familiäre Verantwortung und Älteren priorisiert werden, wenn es zu notwendigen „tragischen Entscheidungen“ käme. Eine gesellschaftliche Akzeptanz für das erste Kriterium wäre – ausgehend von den empirischen Erkenntnissen – auch in der slowenischen Bevölkerung denkbar. Eine Implikation des Patientenalters würde darüber hinaus vermutlich auch von der kroatischen

und belgischen Bevölkerung als legitimiert angesehen werden und eine Rationierungsregelung auf Basis des gesundheitsbezogenen Lebensstils würde vermutlich von der Bevölkerung in Großbritannien, den Niederlanden und Tschechien als legitim angesehen werden.

In jedem dieser Fälle muss jedoch berücksichtigt werden, dass diese Erkenntnisse nur für die im Rahmen der vorliegenden Arbeit verwendeten Indikatoren für die drei personenbezogenen Priorisierungskriterien gelten. Aussagen darüber, ob die Bevölkerung der entsprechenden Staaten diese Kriterien auch in Bezug auf andere Indikatoren akzeptiert, lassen sich hingegen aus den empirischen Analysen nicht ableiten. Aufgrund dessen sollten allein auf Basis der vorliegenden Erkenntnisse auch in diesen Staaten keinesfalls explizite Rationierungsentscheidungen getroffen werden, welche über die im Rahmen der Analyse verwendeten Indikatoren hinausgehen.

Ebenso könnten andere Indikatoren auch dazu führen, dass sich die Einstellungen der Bevölkerung in Staaten, in denen keines der drei personenbezogenen Kriterien mehrheitlich unterstützt wurde (Japan, Frankreich, Deutschland, Bulgarien, Polen, Litauen, Schweden, Norwegen, Finnland und Dänemark), verändern.

Überdies belegen diverse Studien, dass das Gerechtigkeitsempfinden nicht nur abhängig vom Ergebnis eines Verteilungsprozesses, sondern auch von der Fairness des Verfahrens, in dem die Verteilungsentscheidungen getroffen worden sind, ist (Liebig & May 2009; Anand 2001; Daniels & Sabin 1997; Bies et al. 1993; Kahneman et al. 1986). Rationierungsentscheidungen auf Basis der personenbezogenen Kriterien könnten daher auch von Bevölkerungsteilen als legitimiert angesehen werden, die sich gegen deren Verwendung aussprechen. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Festlegung der Kriterien in einem fairen Verfahren erfolgt ist. Eine Grundvoraussetzung für ein faires Verfahren besteht jedoch darin, dass die Ansichten der Bevölkerung bei der Entscheidungsfindung bekannt sind (Breyer 2009: 400). Dieses bedingt, dass in den betroffenen Staaten ein gesellschaftlicher Diskurs zur Priorisierung im Gesundheitssystem stattfinden sollte, bevor Gremien damit beauftragt werden, explizite Priorisierungskriterien zu formulieren.

Ungeachtet dessen müssen sich die betroffenen Staaten darüber bewusst sein, dass soziale Gerechtigkeit im Gesundheitssystem auch Aspekte beinhaltet, welche über die bloße Formulierung von Verteilungsregelungen hinausgehen. Voraussetzung für eine angemessene Gesundheitspolitik sind daher auch umfassende Überlegungen, in denen berücksichtigt wird, dass Gesundheit in einem engen Zusammenhang mit allgemeinen

Gerechtigkeitsfragen in der Gesellschaft steht (Sen 2002: 663). Insbesondere bei der Formulierung von expliziten Rationierungsregelungen auf Basis des gesundheitsbezogenen Lebensstils sollte daher ebenfalls berücksichtigt werden, dass die Ursache für einen ungesunden Lebensstil mitunter durch gesellschaftsspezifische soziale und ökonomische Bedingungen beeinflusst wird (Diederich et al. 2012:3).

Ungeachtet der im Rahmen der empirischen Analysen gewonnenen Erkenntnisse muss an dieser Stelle auf einige Grenzen der empirischen Analyse verwiesen werden, aus denen sich Ansatzpunkte für zukünftige Studien zur gesellschaftlichen Akzeptanz von expliziten Rationierungsregelungen auf Basis von personenbezogenen Kriterien ableiten lassen. Im Speziellen sind vier Aspekte zu nennen.

Erstens: Der Großteil der Varianz in den Verteilungspräferenzen und Einstellungen zur personenbezogenen Priorisierung lässt sich nicht auf die im Rahmen der Makro-, Mikro- und Cross-Level-Analysen geprüften Prädiktoren zurückführen.

Zweitens: Sowohl die Länderanalysen zur Akzeptanz der Priorisierungskriterien als auch jene zu den gesellschaftlichen Verteilungspräferenzen haben gezeigt, dass die Erklärungskraft der individuellen Prädiktoren zwischen den Befragungsländern stark variiert und sich keine universellen Effekte beobachten lassen. Da der auf die Länderebene entfallene Varianzanteil gleichzeitig gering ausfällt, scheinen die variierenden Einflüsse der individuellen Faktoren in den verschiedenen Befragungsländern demnach entweder durch die spezifischen Bedingungen innerhalb der Länder oder aber durch Kompositionseffekte verursacht zu werden.

Drittens: Die gewonnenen Erkenntnisse zur Akzeptanz der personenbezogenen Priorisierungskriterien lassen sich lediglich bedingt generalisieren. Die Ursache dafür besteht in der Operationalisierung der personenbezogenen Priorisierungskriterien durch spezifische Indikatoren. Diese repräsentieren zwar das jeweilige Priorisierungskriterium, bilden jedoch dennoch nur eines von zahlreichen möglichen Beispielen. So bestand in der vorliegenden Analyse ein eindeutiger Kausalzusammenhang zwischen Rauchen und Erkrankung. Fraglich ist daher, ob die Befragten in den entsprechenden Staaten einer nachrangigen Behandlung von Rauchern auch dann zustimmen, wenn kein direkter Zusammenhang zwischen der Erkrankung und dem gesundheitsschädigenden Verhalten besteht. Darüber hinaus bleibt unklar, ob diese Befragten auch einer nachrangigen Behandlung von Patienten mit anderen gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen (ungesunde Ernährung, zu wenig Bewegung, Solarium, Extremsportarten, Drogenkonsum etc.) zustimmen würden. Offen bleibt auch, wie groß die Altersdifferenz zwischen Patienten

mindestens ausfallen muss, damit eine Alterspriorisierung von der Mehrheit der Bevölkerung als legitim erachtet wird und ob Befragte, die eine vorrangige Behandlung von Patienten mit minderjährigen Kindern befürworten, auch einer Priorisierung von Patienten mit anderen Formen von familiärer Verantwortung zustimmen würden. Zukünftige Studien zur gesellschaftlichen Akzeptanz der personenbezogenen Priorisierungskriterien sollten daher auch andere Indikatoren für die personenbezogenen Kriterien nutzen.

Viertens: Das zur Operationalisierung der Verteilungspräferenzen verwendete Item lässt es nicht zu, zwischen Bedarfs- und Gleichheitspräferenz oder Leistungs- und Effizienzpräferenz zu differenzieren. Für künftige Studien wäre es daher vorteilhaft, Daten zu verwenden, welche dazu geeignet sind, zwischen Effizienz- und Leistungs- sowie zwischen Bedarfs- und Gleichheitspräferenz zu unterscheiden.

12 Literaturverzeichnis

Aalberg, T. (2003): Achieving justice. *Comparative public opinions on income distribution*. Brill. Leiden.

Adreoni, J. & Petrie, R. (2004): Public goods experiments without confidentiality: a glimpse into found-raising. In: *Journal of Public Economics*. Vol. 88: 1605-1623.

Allison, P. (2009): *Fixed Effects Regression Modells*. SAGE. London.

Amelung, V., Lewin, E., Wigge, P., Diehl, M. & Zippan, N. (2008): Frische Ideen aus dem Heiligen Land. In: *Gesundheit und Gesellschaft*. Vol. 11: 27-32.

Anand, P. (2001): Procedural fairness in economic and social choice: Evidence from a survey of voters. In: *Journal of Economic Psychology*. Vol. 22(2): 247-270.

Andreß, H. & Heien, T. (2001): Four worlds of welfare state attitudes. A comparison of Germany, Norway, and the United States. In: *European Sociological Review*. Vol. 17 (4): 337-356.

Ardal, S., Butler, J., Edwards, R. & Lawrie, L. (2008): *Health System Intelligence Projekt*. Ontario.

Arts, W. & Gelissen, J. (2001): Welfare States, Solidarity and Justice Principles: Does the Type Really Matter? In: *Acta Sociologica*. Vol. 44: 283-299.

Arts, W. & Hermkens, P. (1994): De eerlijke verdeling van huishoudelijke taken: percepties en oordelen [Sharing household chores fairly: perceptions and judgments] In: *Mens en Maatschappij*. Vol. 69 (2): 147-168.

Ashton, T. (1999): The Health Reforms: To Market And Back? In: Boston, J., Dalziel, P. & St John, S. (Hrsg.*) Redesigning the Welfare State in New Zealand: Problems, Policies and Prospects*. Oxford University Press. Auckland: 134-153.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2008): *Multivariate Analysemethoden*. Springer. Berlin.

Balafoutas, L., Kocher, M., Putterman, L. & Sutter, M. (2013): Equality, equity and incentives: An experiment. In: *European Economic Review*. Vol. 60: 32-50.

Bambra, C. (2005): Cash versus services: Worlds of Welfare and the decommodification of cash benefits and health care services. In: *Journal of Social Policy*. Vol. 34 (2): 195-213.

Baum, C. (2008): Stata tip 63: Modeling proportions. In: *The Stata Journal*. Vol. 8 (2): 299-303.

Benoit, K. (2011): *Linear Regression Models with Logarithmic Transformations.* London School of Economics. London: 1-8.

Beske, F., Budzyn, M. & Golbach, U. (2010): *Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln. Situationsanalyse, internationaler Vergleich, Handlungsoptionen*. IGSF Stiftung. Kiel.

Bies, R., Martin, C. & Brockner, J. (1993): Just laid off, but still a good citizen? Only if the process is fair. Special Issue: Organizational justice-citizenship behavior. In: *Employee Responsibilities and Rights Journal*. Vol. 6: 227-238.

Birnbacher, D. (1999): Ethics and social science: Which kind of cooperation? In: *Ethical Theory and Moral Practice. Vol.* 2: 319-336.

Björnståhl, H. (2004): Det är läkarnas ansvar att rätta mun efter matsäck! [It's the doctors' responsibility to cut their coats according to their cloths!]. In: *Läkartidningen*. Vol. 101(20): 1834-1835.

Blakesaune, M. & Quadagno, J. (2003): Public attitudes toward Welfare State Policies. A comparative analysis of 24 Nations. In: *European Sociological Review*. Vol. 19 (5): 415-427.

Blasche, S. (1998): Gerechtigkeit, Mindestsicherung und Eigenverantwortung. In: Döring, D. (Hrsg.). *Sozialpolitik und Gerechtigkeit*. Campus Verlag. Frankfurt/M, New York: 117-171.

Bobbert, M. (2003): Verteilung und Rationierung begrenzter Mittel im Gesundheitswesen: Eckpunkte einer gerechten Gesundheitsversorgung. In: *G & G Wissenschaft*. Vol. 3: 7-13.

Bolton, G. (1991): A comparatice model of bargaining: theory and evidence. In: *American Economic Review*. Vol. 81: 1096-1136.

Bowie, C., Richardson, A. & Sykes, W. (1995): Consulting the public about health service priorities. In: *British Journal of Medicine.* Vol. 311: 1155-1158.

Bowling, A. (1996): Health care rationing: the public's debate. In: *British Medical Journal*. Vol. 312(7032): 670-674.

Breyer, F. (2009): Health Care Rationing and Distributive Justice. In: *Rationality, Markets and Morals*. Vol. 0: 395-410.

Breyer, F. (2012): Implizite versus explizite Rationierung von Gesundheitsleistungen. In: *Bundesgesundheitsblatt*. Vol. 55: 652-659.

Brink, A. (2010): Lokale Gerechtigkeit und Governanceethik. In: *Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik*. Vol. 11 (3): 322-341.

Busse, R. & Hoffmann, C. (2010): Priorisierung in anderen Gesundheitssystemen. In: *Bundesgesundheitsblatt.* Vol. 53: 882-889.

Calabresi, G. & Bobbit, P. (1978): *Tragic Choices*. W.W. Norton & Company. New York.

Calltorp, J. (1999): Priority setting in health policy in Sweden and a comparison with Norway. In: *Health Policy*. Vol. 50 (1/2): 1-22.

Camerer, C. (2003): *Behavioral Game Theory.* Princeton University Press. New York.

Cappelen, A. & Norheim, O. (2006): Responsibility, fairness and rationing in health care. In: *Health Policy*. Vol. 76: 312-319.

Castles, F. & Mitchell, D. (1993): Worlds of welfare and families of nations. In: Castles, F. (Hrsg.). *Families of Nations: Patterns of Public Policy in Western Democracies.* Dartmounth. Aldershot.

Charny, M., Lewis, P. & Farrow, S. (1989): Choosing who shall not be treated in the NHS. In: *Social Science and Medicine*. Vol. 28 (12): 1331-1338.

Chinitz, D. & Israeli, A. (1997): Health reform and Rationing in Isra*el.* Explicit rationing of health care services in a universal system is easier said than done. In: *Health Affairs*. Vol. 16 (5): 205-2010.

Cribari-Neto, F. & Zeilis, A. (2010): Beta-Regression in R. In: *Journal of Statistical Software.* Vol. 34 (2): 1-24.

Cropper, M., Aydede, S. & Portney, P. (1994): Preferences for life saving programs: how the public discounts time and age. In: *Journal of Risk and Uncertainty*. Vol. 8: 243-265.

d'Anjou, L., Steijn, A. & van Aarsen, D. (1995): Social position, ideology and distributive justice. In: *Social Justice Research*. Vol. 8: 351-384.

Dana, J., Cain, D. & Dawaes, R. (2006): What you don't know won't hurt me: costly (but quiet) exit in dictator games. In: *Organizational Behaviour and Human Decision processes*. Vol. 100: 193-201.

Daniels, N. (1981): Health-Care Needs and Distributive Justice. In: *Philosophy and Public Affairs*. Vol. 10 (2): 146-179.

Daniels, N. & Sabin, J. (1997): Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. In: *Philosophy and Public Affairs*. Vol. 26: 303-350.

Dannecker, G., Huster, S., Katzenmeier, C., Bohmeier, A., Schmitz-Luhn, B. & Strenge, A. (2009): Priorisierung: Notwendiger rechtlicher Gestaltungsspielraum. In: *Deutsches Ärzteblatt*. Vol. 106 (41): 2007-2010.

Dauderstädt, M. (1997): *Modell Neuseeland?* Friedrich-Ebert-Stiftung.

Deutsch, M. (1975): Equity, equality, and need: what determines which values will be used as the basis of distributive justice? In: *Journal of Social Issues*. Vol. 31: 147-149.

Diederich, A. (2011): Einstellungen zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. In: Diederich, A., Koch, C., Kray, R., & Sibbel, R. (Hrsg.). *Ausweg oder Sackgasse der Gesundheitsgesellschaft?* Gabler Verlag. Wiesbaden: 13-38.

Diederich, A. & Schreier, M. (2011): Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung. *FOR Working Paper 655 Nr. 27. Priorisierung in der Medizin*.

Diederich, A., Koch, C., Kray, R. & Sibbel, R. (2011): *Priorisierte Medizin. Ausweg oder Sackgasse der Gesundheitsgesellschaft.* Springer. Wiesbaden.

Diederich, A., Schwettmann, L. & Winkelhage, J. (2012): Does lifestyle matter when to decide on co-payment for health care? Attitudes of the German public. *FOR Working Paper 655 Nr. 35. Priorisierung in der Medizin*.

Diederich, A., Winkelhage, J. & Wirsik, N. (2011): Age as a criterion for setting priorities in health care? A survey of the German public view. In: *PLOS ONE*. Vol. 6 (8): 1-10.

Diekmann, A. & Voss, T. (2003): Die Theorie rationalen Handelns. Stand und Perspektiven. In: Diekmann, A. & Voss, T. (Hrsg.). *Rational Choice Theorien in den Sozialwissenschaften. Anwendungen und Probleme*. Oldenbourg Wissenschaftsverlag. München.

Dolan, P. & Shaw, R. (2003): A note on the relative importance that people attach to different factors when setting priorities in health care. In: *Health Expectations*. Vol. 6 (1): 53-59.

Dolan, P., Cookson, R., & Ferguson, B. (1999): Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority setting in health care: focus group study. In: *British Medical Journal*. Vol. 318: 916-919.

Dolan, P., Shaw, R., Tschuiya, A. & Williams, A. (2005): QALY maximization and people's preferences: a methodological review of literature. In: *Health Economics*. Vol. 14: 197-208.

Durante, R. & Puttermann, L. (2009): *Preferences for Redistribution and Perception of Fairness: An Experimental Study*. Abrufbar unter: http://ssrn.com/abstract=1004573. Letzter Zugriff am: 10.01.2015.

Edlund, J. (1999): Trust in Government and Welfare regimes: attitudes to redistribution and financial cheating in the USA and Norway. In: *European Journal of Political Research*. Vol. 35: 341-370.

Ehring, F. (2006): *Rationierung und Wartezeit in Großbritannien – eine Bewertung aus deutscher Sicht*. WIP-Diskussionspapier. Köln.

Elster, J. (1990): Local Justice. In: *European Journal of Sociology*. Vol. 31 (1): 117-140.

Elster, J. (1991): Local Justice. How institutions allocate scare goods and necessary burdens. In: *European Economic Review*. Vol. 35: 273-291.

Elster, J. (1992): *Local Justice. How Institutions Allocate Scarce Goods and Necessary Burdens*. Russel Sage Foundation. New York.

Elster, J. (1995): The empirical study of justice. In: Miller, D. & Walzer, M. (Hrsg.). *Pluralism, Justice, and Equality*. Oxford University Press. Oxford: 81-98.

Erikson, R. & Goldthorpe, J. (1992): *The Constant Flux: a study of class mobility in industrial societies.* Clarendon Press. Oxford.

Esping-Andersen, G. (1990): *The three worlds of welfare capitalism.* Princeton University Press. New Jersey.

Evans, J. (1997): Rationing health care by age: the case against. In: *British Medical Journal*. Vol. 314: 820-822.

Farrant, A. (2009): The fair innings argument and increasing life spans. In: *Journal of Medical Ethics*. Vol. 35: 53-56.

Field, A. (2009): *Discovering Statistics Using SPSS*. SAGE. Los Angeles/ London/ New Dehli/ Singapore/ Washington DC.

Frohlich, N. Oppenheimer, J. & Eavey, C. (1987): Choices of principles of distributive justice in experimental groups. In: *American Journal of Political Science*. Vol. 31: 606-636.

Fuchs, C. (2011): Prioritäten setzen: Gerechte Leistungsverteilung muss offen diskutiert werden. In: *Deutsches Ärzteblatt.* Vol. 108 (24): 1356-1359.

Gallego, G., Taylor, S., McNeill, P. & Brien, J. (2007): Public views on priority setting for high cost medications in public hospitals in Australia. In: *Health Expectations*. Vol. 10: 224-235.

Gauld, R. (2001): Revolving Doors: *New Zealand's Health Reforms*. University of Wellington. Institute of Policy Studies and Health Services Research Centre.

Ginsburg, N. (1992): *Divisions of Welfare: a critical introduction to comparative social policy*. SAGE. London.

Goldthorpe, J. & Payne, C. (1986): Trends in intergenerational class mobility in England and Wales, 1972-1983. In: *Sociology*. Vol. 20: 531-555.

Grayman, J. & Godfrey, E. (2013: Social attitudes and their demographic correlates among a nationally representative sample of U.S adolescents. In: *Social Justice Research.* Vol. 26: 422-444.

Green, C. (2009): Investigating public preferences on severity of health as a relevant condition for setting healthcare priorities. In: *Social Science and Medicine*. Vol. 68: 2247-2255.

Green, C. & Gerard, K. (2009): Exploring the social of health-care interventions: a stated preference discrete choice experiment. In: *Health Economics*. Vol. 18: 951-976.

Griffith, W. & Shell, J. (1988): The effects of competition an allocators preferences for contributive and retributive justice rules. In: *European Journal of Social Psychology*. Vol. 18: 434-455.

Groß, D. (2010): Priorisierung statt Rationierung. Zukunftssicherung für das Gesundheitssystem? In: Lohmann, H. & Preusker, U. (Hrsg.). *Priorisierung statt Rationierung. Zukunftssicherung für das Gesundheitssystem*. Economica. Heidelberg: 73-92.

Güth, W. & Tietz, R. (1985): Strategic Power versus distributive justice: a experimental analysis of ultimatum bargaining. In: Brandstätter, H. & Kirchler, E. (Hrsg.). *Economic Psychology*. Rudolf Trauner Verlag: 129-137.

Güth, W., Ockenfels, P. & Tietz, R (1992): Distributive justice versus bargaining power. In: Webley, L. Webley, P. (Hrsg.). *New directions in economic psychology: theory, experiment and application*. SEG: 153-175.

Güth, W., Schnittberger, R. & Schwarze, B. (1982): An experimental analysis of ultimatum bargaining. In: *Journal of Economic Behavior & Organisation*. Vol. 3: 367-388.

Haller, M., Mach, B. & Zwicky, H. (1995): Egalitarismus und Antiegalitarismus zwischen gesellschaftlichen Interessen und kultrellen Leitbildern: Ergebnisse eines internationalen

Vergleichs. In: Müller, H. & Wegner, B. (Hrsg.). *Soziale Ungleichheit und soziale Gerechtigkeit.* Leske und Budrich. Opladen: 221-264.

Ham, C. (1997): Priority setting in health care: learning from international experience. In: *Health Policy.* Vol. 42: 49-66.

Harrison, E. & Rose, D. (2006): *The European Socio-economic Classification*. Institute for Social and Economic Research. University of Essex. Essex.

Harsanyi, J. (1955): Cardinal welfare, individualistic ethics, and interpersonal comparisons of utility. In: *Journal of Political Economy*. Vol. 63: 309-321.

Harsanyi, J. (1977): Morality and the Theory of Rational Behavior. In: *Social Research*. Vol. 44, 623-656.

Hegtvedt, K. (1992): When is a distribution rule just? *Rationality and Society.* Vol. 4: 308-331.

Heidenreich, F. (2011): *Theorien der Gerechtigkeit. Eine Einführung.* Barbara Budrich Verlag. Regensburg.

Hicks, A. (1999): *Social Democracy and Welfare Capitalism*. Cornell University Press. Ithaca.

Hoffmann, E., McCabe, K., Shachat, K. & Smith, V. (1994): Preferences, property rights, and anonymity in bargaining games. In: *Games and Economic Behavior*. Vol. 7: 346-380.

Hohnekamp, I. & Rehmann, A. (2009): *Health Care Reform 2007: Justice and Allocational Consequences.* In: *Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler.* Vol. 1: 31-44.

Holler, M. & Illing, G. (2009): *Einführung in die Spieltheorie*. 7. Auflage, Springer-Verlag. Berlin, Heidelberg, New York.

Holm, S. (1998): Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care. In: *British Medical Journal*. Vol. 317 (7164): 1000-1007.

Horgby, P. & Wittkau-Horgby, A. (1998): On justice and social institutions in the health care sector. In: *Zeitschrift für Gesundheitswesen*. Vol. 6 (3): 248-258.

Hosmer, D. & Lemeshow, S. (2000): *Applied Logistic Regression.* John Wiley & Sons. New York.

Howden-Chapman, P. & Ashton, T. (2000): Public purchasing and private priorities for healthcare in New Zealand. In: *Health Policy*. Vol. 54 (1): 27-43.

Ingelhardt, R. (1977): *The silent revolution: changing values and political styles among Western publics*. Princeton University Press. Princeton.

Irlenbusch, B. (2003): Auf der Suche nach Gerechtigkeit. Eine empirische Herangehensweise. In: *Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik*. Vol. 4 (3): 351-371.

ISSP Health Modul (2011): http://www.gesis.org/issp/issp-modules-profiles/health/. Letzte Aktualisierung: 05.11.2014. Letzter Zugriff: 03.01.2015.

ISSP Role of Government (2006): http://www.gesis.org/issp/issp-modules-profiles/role-of-government/. Letzte Aktualisierung: 05.11.2014. Letzter Zugriff: 03.01.2015.

Jacobs, J. (2006): Facetten sozialer Ungleichheit – Einstellungen zu Freiheit, Gleichheit und Gerechtigkeit im postkommunistischen Europa. In: Pickel, G., Pollack, D., Müller, O., Jacobs, J. (Hrsg.). *Osteuropas Bevölkerung auf dem Weg in die Demokratie.* Springer. Wiesbaden.

Jaeger, M. (2006): Welfare regimes and attitudes towards redistribution: the regime hypothesis revisited. In: *European Sociological Review*. Vol. 22 (2): 157-170.

Jaeger, M. (2009): United but divided: Welfare Regimes and the level and variance in public support for redistribution. In: *European Sociological Review*. Vol. 25 (6): 723-737.

Johannesson, M. & Johansson, P. (1996): The economics of ageing: on the attitude of Swedish people to the distribution on health care resources between the young and the old. In: *Health Policy*. Vol. 37: 153-161.

Johnsen, J. (2006): *Health Systems in Transitions: Norway.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Kahneman, D., Knetsch, J. & Thaler, R. (1986): Fairness and the assumption of economics. In: *Journal of Business*. Vol. 59 (4): 285-300.

Kamm, R. (2006): Rationierung im öffentlichen Gesundheitswesen – Eine Untersuchung möglicher Rechtfertigungselemente. In: *Bamberger Beiträge zur Politikwissenschaft. Forschungsschwerpunkt Theorie der Politik*. Universität Bamberg.

Kemp, S. (1996): Preferences for Distributing Goods in Times of Shortage. In: *Journal of Economic Psychology.* Vol. 17: 615-627.

Kittel, B. & Morton, R. (2012): Introduction: Experimental Political Science in Perspective. In: Kittel, B., Luhan, W. & Morton, R. (Hrsg.). *Experimental Political Science. Principles and Practices*. Palgrave McMillan. UK.

Klugel, J. & Smith, E. (1986): *Beliefs about inequality. American's Views of what is and what ought to be.* Aldine de Gruyter. New York.

Kohler, U. & Kreuter, F. (2008): *Datenanalyse mit Stata. Allgemeine Konzepte der Datenanalyse und ihre praktische Anwendung.* Oldenbourg Wissenschaftsverlag. München.

Koller, P. (1981): Zur Kritik der libertären Eigentumskonzeption. In: *Analyse & Kritik*. Vol. 2: 139-154.

Koller, P. (2001): Soziale Gerechtigkeit. Begriff und Begründung. In: *Vienna Working Papers in Legal Theory, Political Philosophy, and Applied Ethics*. Vol. (24): 1-57.

Konow, J. (2003): Which Is the Fairest One of All? A Positive Analysis of Justice Theories. In: *Journal of Economic Literature*. Vol. 41(4): 1188-1239.

Konow, J. (2008): *The Moral High Ground: An Experimental Study of Spectator Impartiality*, MPRA Paper 18558. Universitätsbibliothek München.

Landwehr, C. (2011): Substanzielle und prozedurale Gerechtigkeit in der Verteilung von Gesundheitsgütern. In: *Politische Vierteljahresschrift.* Vol. 52(1): 29-50.

Lees, A., Scott, N., Scott, S., MacDonald, S. & Campbell, C. (2002): Deciding how NHS money is spent: a survey of general public and medical views. In: *Health Expectations*. Vol. 5 (1): 47-54.

Leibfried, S. (1992): Towards a European Welfare State. In: Ferge, Z. & Kolberg, J. (Hrsg.). *Social Policy in changing Europe*. Campus Verlag. Frankfurt/M: 120-143.

Lenaghan, J. (1999): Involving the Public in Rationing Decisions. The Experience of Citizens Juries. In: *Health Policy.* Vol. 49(1/2): 45-61.

Lerner, M. (1974): The justice motive: Equity and Parity among Children. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 29: 539-550.

Lexas (2013): *Länderdaten Alkoholkrankheit.* Abrufbar unter: http://www.laenderdaten.de/gesundheit/alkohol.aspx. Letzter Zugriff: 03.03.2015.

Liebig, S. (2001): Lessons from Philosophy? Interdisciplinary Justice Research and Two Classes of Justice Judgments. *In: Social Justice Research.* Vol. 14: 265-287.

Liebig, S. (2010): *Warum ist Gerechtigkeit wichtig? Befunde aus den Sozial- und Verhaltenswissenschaften.* Roman Herzog Institut. München.

Liebig, S. & May, M. (2009): Dimensionen sozialer Gerechtigkeit. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*. Vol. 47: 3-8.

Liebig, S., Lengfeld, H. & Mau, S. (2004): *Verteilungsprobleme und Gerechtigkeit in modernen Gesellschaften.* Campus Verlag. Frankfurt/M. & New York.

Liedtke, A. (2009): *Priorisierung im Gesundheitswesen. Eine Umfrage der deutschen Allianz AG*. Allianz Deutschland AG. München.

Linos, K. & West, M. (2003): Self-interest, social beliefs, and attitudes to redistribution. Re-addressing the issue of cross-national variation. In: *European Sociological Review*. Vol. 19 (4): 393-409.

Lippl, B. (1997): *Jedem das Seine? Die Wahrnehmung und Beurteilung von Einkommensgerechtigkeit im Ländervergleich.* ISJP-Arbeitsbericht Nr. 36. Humboldt-Universität. Berlin.

Lippl, B. (2003): *Sozialer Wandel, wohlfahrtsstaatliche Arrangements und Gerechtigkeitsäußerungen im internationalen Vergleich. Analysen in postkommunistischen und westlich-kapitalistischen Ländern*. Dissertation. Humboldt Universität. Berlin.

Lipset, S. & Rokkan, S. (1967): Cleavage structures, party systems, and voter alignments: an introduction. In: Lipset, S. & Rokkan, S. (Hrsg.). *Party systems and voter alignments. Cross-National Perspectives.* Free press. New York: 1-64.

Long Jusko, K. & Phillips Shively, W. (2005): Applying a two-step strategy to the analysis of cross-national public opinion data. In: *Political Analysis.* Vol. 13: 327-344.

Manow, P. (2002): The good, the bad, and the ugly – Esping-Andersens's regime typology and the religious roots of the western welfare state. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. Vol. 54: 203-225.

Marckmann, G. (2009): Priorisierung im Gesundheitswesen: Was können wir aus den internationalen Erfahrungen lernen? In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. Vol. 103 (2): 85-91.

Marckmann, G. (2010): Kann Rationierung im Gesundheitssystem ethisch vertretbar sein? In: *Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik.* Vol. 10 (1): 8-15.

Meyer, T. (2009): Zusammenhang zwischen Priorisierung und Rationierung – zwei Modelle. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. Vol. 103 (2): 80-84.

Meyer, T. & Raspe, H. (2009): Das schwedische Modell der Priorisierung medizinischer Leistungen: theoretische Rekonstruktion, europäischer Vergleich und Prüfung seiner

Übertragbarkeit – Hintergrund und erste Ergebnisse. In: *Wohlgemuth, W. & Freitag, M. (Hrsg.). Priorisierung in der Medizin. Interdisziplinäre Forschungsansätze*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin: 89-118.

Michelbach, P. Scott, J. Matland, R. & Bornstein, B. (2003): Doing Rawls Justice: An Experimental Study of Income Distribution Norms. *Faculty Publications, Department of Psychology. Paper 186.* Abrufbar unter: http://digitalcommons.unl.edu/psychfacpub/186.

Mikula, G. (1980): On the role of justice in allocation decisions. In: Mikula, G. (Hrsg.). *Justice and Social Interaction*. Hans Huber Verlag. Bern.

Miller, D. (1992): Distributive Justice: What the People Think? In: *Ethics*. Vol. 102 (3): 555-593.

Miller, D. (1999): *Grundsätze sozialer Gerechtigkeit*. Campus Verlag. Frankfurt/M, New York.

Möhring, K. (2012): *The fixed effects approach as alternative to multilevel models for cross-national analyses.* WP 16/2012. GK SOCLIFE. Working Paper Series. Köln.

Moran, M. (1999): *Governing the health care state*. A comparative study of the UK, the USA and Germany. Manchester University Press. Manchester.

Mossialos, E./King, D. (1999): Citizens and rationing: analysis of a European survey. In: *Health Policy* 49 (1-2): 75-135.

Myllykangas, M., Ryynänen, O., Lammintakanen, J., Isomäki, V., Kinnunen, J. & Halonen, P. (2003): *Journal of Health Organization and Management*. Vol. 17 (5): 228-348.

Nord, E., Richardson, J., Street, A., Kuhse, H. & Singer, P. (1995): Maximizing health benefits vs egalitarianism. An Australian survey of health issues. In: *Social Science and Medicine.* Vol. 41 (10): 1429-1437.

Nozick, R. (1974): *Anarchy, state, and utopia. Basic Books*. New York.

Nozick, R. (1976): *Anarchie, Staat und Utopia*. 1. Auflage. Moderne Verlags Gesellschaft. München.

OECD (2012): *Health at a Glance Europe 2012*. OECD Publishing. Abrufbar unter: http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en. Letzter Zugriff: 01.03. 2015.

OECD Family Database (2014): *Childlessness*. Abrufbar unter: http://www.oecd.org/els/family/SF_2_5_Childlessness_June2014.pdf. Letzter Zugriff: 03.03.2015.

Okma, K., Cheng, T., Chinitz, D., Crivelli, L., Lim, M., Maarse, H. & Labra, M. (2010): Six Countries, Six Health Reform Models? Health Care Reform in Chile, Israel, Singapore, Switzerland, Taiwan and the Netherlands. In: *Journal of Comparative Policy Analysis*. Vol. 12 (1/2): 75-113.

Olsen, J. (1997): Theories of justice and their implications for priority setting in health care. In: *Journal of Health Economics*. Vol. 16: 625-639.

Pioch, R. (2005): Soziologie der Gerechtigkeit. In: Corsten, M., Rosa, H. Schrader, R. (Hrsg.). *Die Gerechtigkeit der Gesellschaft*. VS Verlag. Wiesbaden: 53-74.

Pornak, S. (2011): *Priorisierung in der Medizin. Eine Länderstudie: Dänemark.* Dissertationsschrift. Universität Lübeck.

Pornak, S., Meyer, T. & Raspe, H. (2011): Priorisierung in der Medizin – Verlauf und Ergebnisse der dänischen Priorisierungsdebatte. In: *Gesundheitswesen.* Vol. 73: 680-687.

Post, S. (1994): Between the generations – justice and peace as alternatives to age-based rationing. In: Hackler, C. (Hrsg.). *Health care for an Aging Population*. State University of New York Press. Albany: 35

Prasnika, V. & Roth, A. (1989): *Fairness and considerations of strategy bargaining. Some experimental data.* Working Paper. University of Pittsburgh.

Preusker, U. (2004): Offene Priorisierung als Weg zu einer gerechten Rationierung. In: *G & G Wissenschaft.* Vol. 4: 16-22.

Raphael, D. (1980): *Justice and Liberty*. Athlone Press. London.

Rawls, J. (1971): *A Theory of Justice*. Harvard University Press. Massachusetts.

Rawls, J. (1975): *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. 1. Auflage. Suhrkamp Verlag. Frankfurt/M.

Rawls, J. (1987): The Idea of an Overlapping Consensus. In: *Oxford Journal of Legal Studies*. Vol. 7: 1-25.

Rawls, J. (1989): The Domain of the Political and Overlapping Consensus. In: *New York University Law Review*. Vol. 64: 233-255.

Rege, M. & Telle, K. (2004): The impact of social approval and framing on cooperation in public good situations. In: *Journal of Public Economics*. Vol. 88: 1625-1644.

Richardson, A. (1997): Determing priorities for purchasers. The public response to rationing within the NHS. In: *Journal of Management in Medizin*. Vol. 11 (4): 222-232.

Robinson, R. & Bell, W. (1978): Equality, success, and social justice in Engalnd and the United States. In: *American Sociological Review*. Vol. 43: 125-143.

Rogowski, C., Wagner, T., Manske, D., Matysik, C. & Deck, M. (2014): *Raucher gegen Nichtraucher. Geschichte, Ursachen und Argumente für und gegen die Zigarette.* Grins Verlag. Norderstedt.

Rothgang, H., Greß, S., Niebuhr, D., Wasem, J. (2004): Der Oregon Health Plan. Ein Beispiel für „rationale Rationierung"?, In: *Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik*. Vol. 53 (8/9): 206-219.

Rothstein, B. (1998): *Just Institutions Matter. The Moral and Political Logic of the Universal Welfare State*. Cambridge University Press, Cambridge.

Royston, P. & Division, C. (2004): Multiple Imputation of missing values. In: *The Stata Journal*. Vol. 4 (3): 227-241.

Ryynänen, O., Myllykangas, M., Kinnunen, J. & Takala, J. (1999): Attitudes to health care prioritization methods and criteria among nurses, doctors, politicians and the general public. In: *Social Science and Medicine*. Vol. 49 (11): 1529-1539.

Ryynänen, O., Myllykangas, M., Niemelä, P., Kinnunen, J. & Takala, J. (1998): Attitudes to prioritization in selected health care activities. In: *Scandinavian Journal of Social Welfare.* Vol. 7: 320-329.

Sabik, L. & Lie, R. (2008): Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. In: *International Journal for Equity in Health.* Vol. 7 (4): 1-13.

Sachweh, P. & Olafsdottir, S. (2012): The Welfare State and equality? Stratification realities and aspirations in three welfare regimes. In: *European Sociological Review*. Vol. 28 (2): 149-168.

Sassi, F., Archard, L. & Le Grand, L. (2001): Equity and the economic evaluation of healthcare. In: *Health Technology Assessment*. Vol. 5 (3): 1-138.

Scherer, K. (1992): *Justice: Interdisciplinary Perspectives*, Cambridge University Press. Cambridge.

Schirmer, W. & Michailakis, D. (2011): The responsibility principle. Contradictions of priority-setting in Swedish healthcare. In: *Acta Sociologica*. Vol. 54: 267-282.

Schmidt, V. (1992): Lokale Gerechtigkeit. Perspektiven soziologischer Gerechtigkeitsanalyse. In: *Zeitschrift für Soziologie*. Vol. 21 (1): 3-15.

Schmidt, V. (1996): Veralltäglichung der Triage. In: *Zeitschrift für Soziologie*. Vol. 25: 419-437.

Schmidt, V. (2010): Priorisierung auf der Makroebene. Das Gesundheitswesen im Ensemble sozialpolitischer Leistungsbereiche. In: *Ethik in der Medizin*. Vol. 22: 275-288.

Schmitz-Luhn (2015): *Priorisierung in der Medizin. Erfahrungen und Perspektiven.* Kölner Schriften zum Medizinrecht. Band 17. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg.

Schrenker, M. & Wegner, B. (2007): *Was ist gerecht? Ausgewählte Ergebnisse aus dem International Social Justice Project*. Arbeitsbericht Nr. 150. Humboldt Universität. Berlin.

Schreyögg, J. (2004): Gerechtigkeit im Gesundheitssystem aus ökonomischer Perspektive. In: *Das Gesundheitswesen*. Vol. 66 (1): 7-14.

Schwappach, D. (2002): Resource allocation, social values and the QALY: a review of the debate and empirical evidence. In: *Health Expectations*. Vol. 5 (3): 210-222.

Schwappach, D. (2003): Does it matter who you are or what you gain? An experimental study of preferences for resources for resource allocation. In: *Health Economics*. Vol. 12: 255-267.

Scott, J. & Bornstein, B. (2009): *What's Fair in Foul Weather and Fair? Distributive Justice across Different Allocation Contexts and Goods*. Faculty Publications, Department of Psychology. Paper 395. University of Nebraska. Lincoln.

Scott, J., Matland, R., Michelbach, P. & Bornstein, B. (2001): Just Deserts: An Experimental Approach to Distributive Justice. In: *American Journal of Political Science* 45(3):749-67.

Sen, A. (2002): Why health equity? In: *Health Economics*. Vol. 11: 659-666.

Sen, A. (2009): *Die Idee der Gerechtigkeit.* C.H. Beck Verlag. München.

Shani, S., Siebzehner, M., Luxenburg, O. & Shemer, J. (2000): Setting priorities for the adoption of health technologies on a national level — the Israeli experience. In: *Health Policy*. Vol. 54: 169-185.

Shmueli, A. (2000): Horizontal equity in medical care: A study of the Israeli public's views. In: *Israel Medical Association Journal*. Vol. 2: 746-752.

Smithson, M. & Verkuilen, J. (2006): A better lemon squeezer? Maximum-Likelihood Regression with beta-distributed dependent variables. In: *Psychological Methods. Vol*. 11 (1): 54-71.

Social Science Computing Cooperative (2012): *Multiple imputation in Stata: Estimating*. Abrufbar unter: http://www.ssc.wisc.edu/sscc/pubs/stata_mi_estimate.htm. Letzte Aktualisierung: 10.12.2012. Letzter Zugriff: 30.03.2015.

Socialstyrelsen (1999): *Prioriteringar i hälso- och sjukvården Socialstyrelsen analys och slutsatser utifrån rapporten Vårdens alltför svåra val?* Abrufbar unter: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8951/2007-103-4_20071034.pdf. Letzter Zugriff: 12.12.2014.

Sowada, C. (2000): *Grundversorgung mit Gesundheitsleistungen in einer Krankenversicherung.* P.O.C. Verlag. Bayreuth.

Soyka, M. (2009): *Wenn Alkohol zum Problem wird. Suchtgefahr erkennen - den Weg aus der Abhängigkeit finden.* TRIAS Verlag. Stuttgart.

Staber, J. & Rothgang, H. (2010): Rationierung und Priorisierung im Gesundheitssystem Internationale Erfahrungen. In: *G & G Wissenschaft*. Vol. 10: 16-22.

Starke, P. (2010): Why institutions are not the only thing that matters: twenty-five years of health care reform in New Zealand. In*: Journal of Health Policy and Law*. Vol. 35 (4): 487-516.

Stata Online Hilfe für Beta-Regressionen. Abrufbar unter: http://repec.org/bocode/b/betafit.html.

Statistical Consulting Group (2014): *Multiple Imputation in Stata. Part 1.* UCLA. Los Angelos. Abrufbar unter: http://www.ats.ucla.edu/stat/stata/-seminars/missing_data/mi_in_stata_pt1.htm. Letzter Zugriff: 10.12.2014.

Stegmueller, D. (2013): How many countries for multilevel modeling? A comparison of frequentist and Bayesian approaches. In: *American Journal of Political Science* 57 (3): 748-761.

Stegmüller, D., Scheepers, P., Roßteutscher, S. & de Jong, E. (2012): Support for redistribution in Western Europe: assessing the role of religion. In: *European Sociological Review*. Vol. 28 (4): 482-497.

Strifler, Matthias (2009): Utilitarismus und Gerechtigkeit. Eine Analyse des equiprobability model von John C. Harsanyi. In: *Hohenheimer Working Papers zur Wirtschafts- und Unternehmensethik. Nr. 9*. Stuttgart-Hohenheim.

Svallfors, S. (1997): Worlds of welfare and attitudes to redistribution: a comparison of eight western nations. In: *European Sociological Review*. Vol. 13 (3): 283-304.

Swift, A. (1999): Public opinion and political philosophy: the relation between social-scientific and philosophical analyses of distributive justice. In: *Ethical Theory and Moral Practice*. Vol. 2: 337-363.

Swift, A., Marshall, G., Burgoyne, C. & Routh, D. (1995): Distributive justice: Does it matter what the people think? In: Kluegel, D., Mason, D. & Wegener, B. (Hrsg.). *Social justice and*

political change: public opinion in capitalist and post communist states. Aldine de Gruyter. New York.

Swinger, T. (1980): Just allocation of goods: decisions among three principles. In: Mikula, G. (Hrsg.). *Justice and social interaction*. Hans Huber Verlag. Bern.

Tadelis, S. (2007): *The power of shame and the rationality of trust.* Working Paper. Berkeley University. Berkeley.

Tobis, J. (2011): *Theories of Justice to Health Care*. CMC Senior Paper 181. Abrufbar unter: http://scholarship.claremont.edu/cmc_theses/181. Letzter Zugriff: 30.11.2014.

Törnblom, K. (1992): The social psychology of distributive justice. In: Scherer, K. (Hrsg.). *Justice: interdisciplinary perspectives*. Cambridge University Press. Cambridge.

Törnblom, K. & Foa, U. (1983): Choice of a distribution principle: Crosscultural evidence on the effects of resources. In: *Acta Sociologica*. Vol. 26:161-173.

Törnblom, K. & Jonsson, D. (1985): Subrules of the Equity and contribution principles: their perceived fairness in distribution and redistribution. In: *Social Psychology Quarterly.* Vol. 48. 249-261.

Tragake, E. & Vienonen, M. (1998): *Key issues in rationing and priority setting for health care services*. WHO. Regional Office for Europe. Health Care Systems. Health Services Management.

Traub, S., Seidl, C., Schmidt, U. & M. Levati (2005): Friedman, Harsanyi, Rawls, Boulding or somebody else? An experimental investigation of distributive justice. In: *Social Choice and Welfare*. Vol. 24: 283-309.

Ubel, P. (1999): How stable are people's preferences for giving priority to severely ill patients. In: *Social Science and Medicine*. Vol. 49: 895-903.

van Oorschot, W. (1997): Nederland over solidariteit. In: *Sociaal Bestek*. Vol. 59: 27-32.

Walzer, M. (1983): *Spheres of Justice: A Defense of Pluralism and Equality*. Basic Books. New York.

Walzer, M. (1992): *Sphären der Gerechtigkeit.* Campus Verlag. Frankfurt/M.

Wegener, B. (1992): Gerechtigkeitsnormen und Legitimationsnormen. In: *Zeitschrift für Soziologie*. Vol. 21 (4): 269-283.

Wegener, B. (1994): *Soziale Gerechtigkeitsforschung: Normativ oder deskriptiv?* Antrittsvorlesung. Humbold Universität Berlin. Abrufbar unter: http://edoc.hu-berlin.de/humboldt-vl/wegener-bernd/PDF/Wegener.pdf Letzter Zugriff: 30.09.2014.

Wegener, B. (1995a): Kommt es darauf an, was die Leute denken? In: Müller, H. & Wegener, B. (Hrsg.). *Soziale Ungleichheit und soziale Gerechtigkeit*. Opladen. Hemsbach: 195-220.

Wegener, B. (1995b): Auf dem Weg zur Interdisziplinarität in der sozialen Gerechtigkeitsforschung? Anmerkungen zu Scherer, Elster, Rawls und Walzer. In: *Berliner Journal für Soziologie*. Vol. 5: 251-263.

Wegener, B. (2000): *Ist soziale Gerechtigkeit das, was Leute dafür halten? Zum Verständnis von normativer und empirischer Gerechtigkeitsforschung.* International Social Justice Projekt. Arbeitsbericht Nr. 68.

Wegner, B. & Liebig, S. (1995): Hierarchical and social closure conceptions of distributive social justice: a comparison of East and West Germany. In: Kluegel, J., Mason, D. & Wegner, B. (Hrsg.). *Social justice and political change: public opinion in capitalist and post-communist states.* Aldine de Gruyter. New York: 263-284.

Wenzelburger, G., Jäckle, S. & König, P. (2014): *Weiterführende statistische Methoden für Politikwissenschaftler. Eine Anwendungsbezogene Einführung mit Stata.* Oldenbourg Wissenschaftsverlag. München.

Werntoft, E., Hallberg, I. & Edberg, A. (2007): Prioritization and resource allocation in health care. The views of older people receiving continuous public care and service. In: *Health Expectations*. Vol. 10: 117-128.

White, I., Royston, P. & Wood, A. (2009): Multiple Imputation using chained equations: issues and guidance for practice. In: *Statistics in Medicine*. Vol. 30: 377-399.

Williams, A. (1997): Intergenerational equity: an exploration of the fair innings argument. In: *Health Economics*. Vol. 6: 117-132.

Wilmont, S. & Ratcliffe, J. (2002): Principles of distributive justice used by members of the general public in the allocation of donor liver grafts for transplantation: a qualitative study. In: *Health Expectations*. Vol. 5 (3): 199-209.

Winkelhage, J. (2011): *Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung. Eine empirische Untersuchung über die Verteilungspräferenzen medizinischer Laien.* Dissertationsschrift. Jakobs Universität. Bremen.

Winkelhage, J. & Diederich, A. (2012): The relevance of personal characteristics in allocating health care resources – controversial preferences of laypersons with different educational backgrounds. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Vol. 9: 223-243.

Wohlgemuth, W. & Freitag, M. (2009): *Priorisierung in der Medizin. Interdisziplinäre Forschungsansätze.* Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin.

Wohlgemuth, W., Alber, K., Bayerl, B. & Freitag, M. (2009): Priorisierung in der Medizin: Eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der gesetzlichen Krankenversicherung. In: *Wohlgemuth, W. & Freitag, M. (Hrsg.). Priorisierung in der Medizin. Interdisziplinäre Forschungsansätze*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin: 1-10.

Wolf, H. (2014): *Gerechtigkeitsansprüche an Erwerbsarbeit*. Ein Trendreport. Hans Böckler Stiftung. Arbeit und Soziales. Arbeitspapier 297.

Yaari, M. & Bar-Hillel, M. (1984): On Dividing Justly. In: *Social Choice Welfare*. Vol. 1 (1): 1-24.

ZEKO (2007): Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In: *Deutsches Ärzteblatt*. Vol. 104 (40): 2750-2754.

Zweibel, N., Cassel, C. & Karrison, T. (1993): Public attitudes about the use of chronological age as a criterion for allocating health care resources. In: *The Gerontologist.* Vol. 33 (1): 74-80.

13 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich Jana Rogge (geb. Keller), dass die Dissertation von mir selbstständig angefertigt wurde und alle von mir genutzten Hilfsmittel angegeben wurden. Ich erkläre, dass die wörtlichen oder dem Sinne nach anderen Veröffentlichungen entnommenen Stellen von mir kenntlich gemacht wurden.

Darüber hinaus versichere ich hiermit, dass ich mich bisher keiner weiteren Doktorprüfung unterzogen habe. Ich habe die Dissertation in der gegenwärtigen oder einer anderen Fassung an keiner anderen Fakultät eingereicht.

Datum:

Unterschrift:

14 Anhang

14.1 Nähere Beschreibung der Experimente

Nähere Beschreibung der Experimente von Frohlich et al. (1987)

In der ersten Stufe erhielten die Teilnehmer einen Text, in welchem ihnen die vier Verteilungsprinzipien, die nach Aussage von Rawls hinter dem Schleier des Nichtwissens in Betracht gezogen werden können, erklärt wurden (Frohlich et al. 1987a: 611). Im Anschluss sollten die Teilnehmer eine persönliche Präferenzordnung in Bezug auf die erläuterten Verteilungsprinzipien erstellen. Den Teilnehmern wurden nun vier Einkommensverteilungen mit jeweils fünf Einkommensklassen präsentiert und sie sollten sich für jene Verteilungen entscheiden, deren Empfänger sie im Anschluss werden möchten (Frohlich et al. 1987: 612). Im zweiten Teil des Experimentes sollten je fünf Probanden als Gruppe die vier Verteilungsprinzipien diskutieren und im Anschluss darüber abstimmen, welches Verteilungsprinzip für sie als Gruppe gelten soll. In diesem Zusammenhang wurde ihnen mitgeteilt, dass sie sich in der Gruppe einstimmig für eines entscheiden müssen, damit sie im Anschluss eine Einkommensverteilung, welche das gewählte Prinzip repräsentiert, erhalten. Erzielen sie hingegen keine Einstimmigkeit, entscheidet ein Zufallsmechanismus nicht nur über die Einkommensklasse der einzelnen Gruppenmitglieder, sondern auch über die Einkommensverteilung, die für die Gruppe gilt (Frohlich et al. 1987: 614). Im dritten Teil des Experimentes wurden die Teilnehmer gebeten, einen Fragebogen auszufüllen und eine abschließende Präferenzordnung für die Verteilungsprinzipien anzugeben (Frohlich et al. 1987: 615).

Nähere Beschreibung der Experimente von Traub et al. (2005)

Um die Vorhersagen von Rawls zu prüfen, erhielten die Probanden verschiedene Einkommensverteilungen, die jeweils bestimmte Verteilungsprinzipien repräsentierten. Diese sollten die Probanden nach ihrer persönlichen Präferenz ordnen. Sie besaßen dabei keinerlei Informationen darüber, mit welcher Wahrscheinlichkeit die verschiedenen Einkommensklassen in den unterschiedlichen Einkommensverteilungen eintreten (Traub et al. 2005: 291). Die Auswertung der Ergebnisse ergab, dass die wenigsten Teilnehmer die Einkommensverteilung in Übereinstimmung mit dem Maximin-Prinzip favorisierten (Traub et al. 2005: 297). Um die Annahmen von Harsanyi zu testen, sollten die Probanden eines anderen Treatments ebenfalls eine Präferenzordnung erstellen, jedoch wurde Ihnen diesmal

mitgeteilt, dass jede der Einkommensklassen mit der gleichen Wahrscheinlichkeit eintritt (Traub et al. 2005: 291).

Nähere Beschreibung der Experimente von Yaari & Bar-Hillel (1984)

Yaari und Bar-Hillel (1984) konfrontierten die Probanden in unterschiedlichen Treatments mit Informationen über zwei Personen (Jones & Smith), die in verschiedener Weise von zwei Fruchtsorten (Grapefruit und Avocado) profitieren. In einem der Treatments wurden die Probanden darüber informiert, dass Jones und Smith die beiden Früchte benötigen, um einen medizinisch gesunden Stoffwechsel aufrecht zu erhalten. Der Nutzen, den Jones und Smith aus den Früchten für ihren Stoffwechsel ziehen, ist bei beiden verschieden. Während Jones einen sehr großen Nutzen (100 Milligramm Vitamin F) durch jede Grapefruit aufweist, kann er von Avocados (0 Milligramm Vitamin F) nicht profitieren. Smiths Körper kann durch ein Stück von beiden Fruchtsorten jeweils 20 Milligramm Vitamin F aufnehmen (Yaari& Bar-Hillel 1984: 10).

Um zu prüfen, ob auch erhebliche Effizienzverluste akzeptiert werden, um die Situation für Smith zu verbessern, verringerten die Experimentatoren den Nutzen von Smith durch beide Fruchtsorten in einem anderen Treatment auf nun nur noch 9.1 Milligramm pro Frucht (Yaari & Bar Hillel 1984: 12).

14.2 Ergänzende Tabellen und Abbildungen zu den empirischen Analysen

Tabelle 33: Operationalisierung der Kontrollvariablen

Analyse-ebene	**Variable**	**Operationalisierung**	**Skalenniveau in Analysen**	**Quelle**
Makro	GDP	pro Kopf in US $	metrisch	Weltbank (2011)
Makro	Arbeitslosenquote	als Anteil an erwerbsfähiger Bevölkerung (Logit Transformation)	metrisch	Weltbank (2011)
Makro	staatliche Ausgaben Gesundheitssystem	öffentliche Gesundheitsausgaben als Anteil an Gesamtregierungsausgaben (Logit Transformation)	metrisch	Weltbank (2011)
Mikro	Vertrauen ins Gesundheitssystem	erfasst über folgendes Item aus Gesundheitsmodul: *„Wie viel Vertrauen haben Sie allgemein in das Gesundheitssystem?“* mit den Antwortoptionen 1 = „volles Vertrauen“, 2 = „viel Vertrauen“, 3 = „etwas Vertrauen“, 4 = „sehr wenig Vertrauen“, 5 = „überhaupt kein Vertrauen“. Umcodierung: 1 = „überhaupt kein Vertrauen“, 2 = „sehr wenig Vertrauen“, 3 = „etwas Vertrauen“, 4 = „viel Vertrauen“, 5 = „volles Vertrauen“	metrisch	ISSP-Gesundheitsmodul (2011)
Mikro	linke Partei gewählt	abgeleitet aus den Angaben der Befragten zur Partei, die sie bei der letzten Wahl gewählt haben Umcodierung: links gewählt: 1 = „ja“, 2 = „nein“	Dummy	ISSP-Gesundheitsmodul (2011)
Mikro	nur öffentliche Grundversorgung	erfasst über folgendes Item aus Gesundheitsmodul: *„Inwieweit stimmen Sie der folgenden Aussage zu? Der Staat sollte nur eine medizinische Grundversorgung bieten.“* mit den Antwortoptionen 1 = „stimme voll und ganz zu“, 2 = „stimme zu“, 3 = „weder noch“, 4 = „stimme nicht zu“, 5 = „stimme überhaupt nicht zu“ Umcodierung: 1 = „stimme überhaupt nicht zu“, 2 = „stimme nicht zu“, 3 = „weder noch“, 4 = „stimme zu“, 5 = „stimme voll und ganz zu“	metrisch	ISSP-Gesundheitsmodul (2011)
Mikro	Gesundheitsressourcen werden verschwendet	Erfasst über folgendes Item aus Gesundheitsmodul: *„Inwieweit stimmen Sie der folgenden Aussage zu? Die Menschen nehmen das Gesundheitssystem mehr als nötig in Anspruch.“* mit den Antwortoptionen „stimme voll und ganz zu“, 2 = „stimme zu“, 3	metrisch	ISSP-Gesundheitsmodul (2011)

		= „weder noch“, 4 = „stimme nicht zu“, 5 = „stimme überhaupt nicht zu“ Umcodierung: 1 = „stimme überhaupt nicht zu“, 2 = „stimme nicht zu“, 3 = „weder noch“, 4 = „stimme zu“, 5 = „stimme voll und ganz zu“		
Mikro	Erkrankungen sind meist selbstverschuldet	erfasst über folgendes Item aus Gesundheitsmodul: *„Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu oder nicht zu? Die Menschen haben ernsthafte Gesundheitsprobleme weil sie sich gesundheitsschädigend verhalten haben.“* mit den Antwortoptionen 1 = „stimme voll und ganz zu“, 2 = „stimme zu“, 3 = „weder noch“, 4 = „stimme nicht zu“, 5 = „stimme überhaupt nicht zu“. Umcodierung: 1 = „stimme überhaupt nicht zu“, 2 = „stimme nicht zu“, 3 = „weder noch“, 4 = „stimme zu“, 5 = „stimme voll und ganz zu“	metrisch	ISSP-Gesundheitsmodul (2011)
Mikro	mehr Steuern für bessere Gesundheitsversorgung	erfasst über folgendes Item aus Gesundheitsmodul: *„Inwieweit wären Sie bereit höhere Steuern zu zahlen, um die Gesundheitsversorgung für alle zu verbessern?“ mit den* Antwortoptionen 1 = „auf jeden Fall bereit“, 2 = „eher bereit“, 3 = weder noch“, 4 = „eher nicht bereit“, 5 = „auf keinen Fall bereit“. Umcodierung: 1 = „auf keinen Fall bereit“, 2 = „eher nicht bereit“, 3 = „weder noch“, 4 = „eher bereit“, 5 = „auf jeden Fall bereit“	metrisch	ISSP-Gesundheitsmodul (2011)

Tabelle 34: Deskriptive Statistik Makroanalysen

Land	GDP (pro Kopf in US$)	Arbeitslosenquote in %	Ausgaben Gesundheitssystem als Anteil an Gesamtregierungsausgaben	Lebenserwartung in Jahren	Health Index
Australien	62.134	5.2	0.18	82	40.0
Belgien	47.814	7.1	0.15	81	39.6
Bulgarien	7.589	11.3	0.12	74	40.0
Kroatien	14.540	13.4	0.15	77	50.0
Tschechien	21.656	6.7	0.15	78	40.0
Dänemark	61.304	7.6	0.16	80	40.0
Finnland	50.791	7.7	0.12	80	40.0
Frankreich	43.810	9.2	0.16	82	39.6
Deutschland	45.871	5.9	0.19	81	35.6
Japan	46.204	4.5	0.19	83	40.0
Litauen	14.228	15.3	0.13	74	29.70
Niederlande	53.541	4.4	0.20	81	40.0
Norwegen	99.091	3.3	0.18	81	50.0
Polen	13.608	9.6	0.11	77	39.2
Slowenien	24.960	8.2	0.13	80	50.0
Schweden	59.593	7.8	0.15	82	40.0
Schweiz	87.998	4.0	0.21	83	40.0
GB	40.972	7.8	0.16	81	50.0
USA	49.803	8.9	0.20	79	6.70
Mittelwert	44.500	7.8	0.16	79.79	39.49
SD	24.614	3.1	0.03	2.68	9.52

Quelle: Weltbank; OECD (2011)

Tabelle 35: Deskriptive Statistik Mikro- und Cross-Level-Analysen (Dummy-Variablen)

Variable	Häufigkeit in % ohne multiple Imputation	Häufigkeit in % nach multipler Imputation
chronische Erkrankung	32.83	32.79
weiblich	54.31	53.92
Bildungsgrad		
geringe Bildung	10.95	10.49
mittlere Bildung	43.11	43.72
hohe Bildung	33.34	45.8
Erwerbsstatus		
erwerbstätig	53.76	55.09
arbeitslos	4.70	4.60
erwerbsunfähig	3.78	3.69
Rentner	23.53	23.03
Auszubildender/Student	6.07	6.20
Wehr-/Zivildienst	0.17	0.15
Hausarbeit	4.67	4.37
Andere	1.79	1.71
trinken	6.56	6.93
rauchen	23.03	23.28
linke Partei gewählt	22.95	23.12
älter als 60 Jahre	30.57	29.49

Quelle eigene Berechnung

Tabelle 36: Deskriptive Statistik Mikro- und Cross-Level-Analysen (metrische Variablen)

Variable	Ohne multiple Imputation		Nach multipler Imputation	
	Mittelwert	SD	Mittelwert	SD
Alter	49.72	17.33	49.46	17.21
Haushaltseinkommen pro Kopf (PPP) in 1 000 internationalen $	19.92	38.90	18.51	38.77
Gesundheitszustand	3.09	0.97	3.11	0.97
Vertrauen ins Gesundheitssystem	3.20	0.92	3.21	0.92
Gesundheitsressourcen werden verschwendet	3.32	1.08	3.33	1.08
nur öffentliche Grundversorgung	2.25	1.14	2.25	1.14
Krankheiten meist selbst verursacht	3.57	0.97	3.57	0.97
gewillt höhere Steuern zu zahlen	2.65	1.21	2.66	1.21

Quelle: eigene Berechnungen

Abbildung 39: Kerndichteschätzung Bevölkerungsanteil mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz

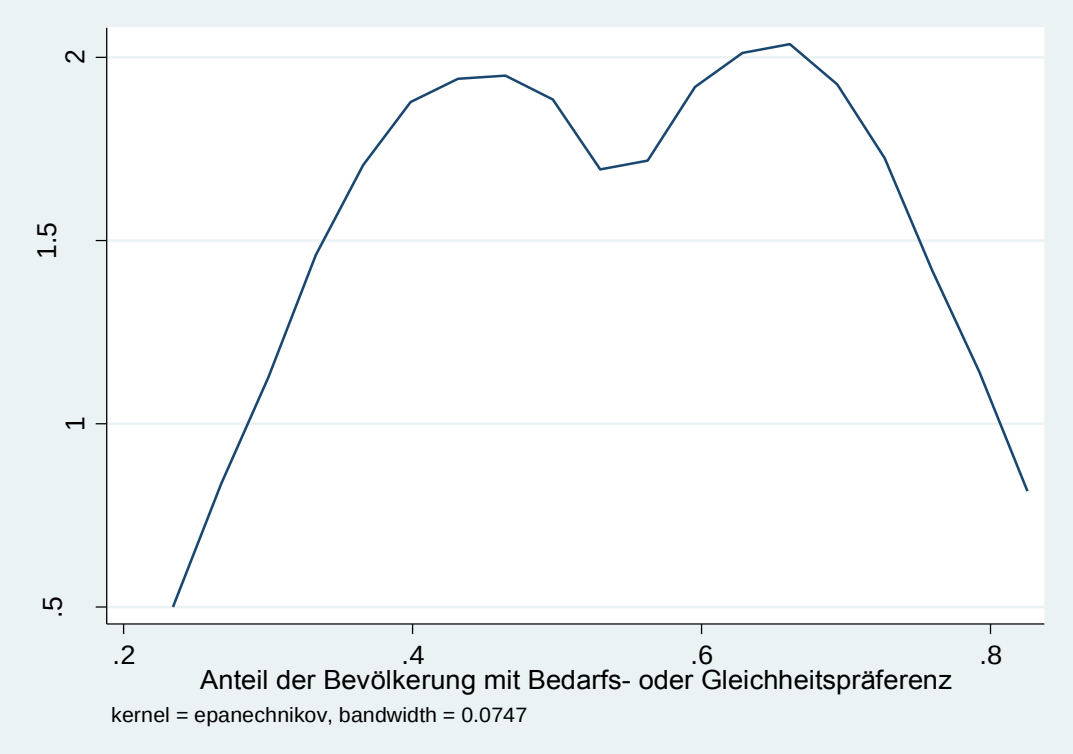


Tabelle 37: Lineare Regression, Einflussfaktoren Anteil der Bevölkerung mit Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
WST (Ref. liberal)			
postkommunistisch	1.127**	1.185**	1.526**
	(0.281)	(0.295)	(0.459)
konservativ	0.429	0.612	0.536
	(0.281)	(0.335)	(0.363)
sozialdemokratisch	1.397***	1.529***	1.531**
	(0.304)	(0.337)	(0.463)
Dekommodifizierung staatliche Gesundheitsleistungen (Ref. geringe Dekommodifizierung)			
mittlere Dekommodifizierung		-0.345	0.0404
		(0.354)	(0.487)
hohe Dekommodifizierung		-0.140	0.0982
		(0.364)	(0.450)
Arbeitslosenquote			0.579
			(0.563)
GDP pro Kopf in 1000 US $			0.008
			(0.013)
Anteil Ausgaben Gesundheitssystem an Gesamtregierungsausgaben			0.998
			(0.989)
Konstante	-0.593*	-0.432	1.975
	(0.230)	(0.325)	(2.188)
N	19	19	19
Korrigiertes R^2	0.603	0.580	0.534
VIF	1.98	2.52	5.03
BP/CW c2	1.76	0.26	0.06
Prob > z	0.038	0.354	0.018

Einträge sind Regressionskoeffizienten, Standardfehler in runden Klammern. *BP/CW* Breusch-Pagan/Cook-Weisberg Test auf Heteroskedastizität, *H0* Varianz konstant *$p < 0{,}05$; **$p < 0{,}01$; ***$p < 0{,}001$

Tabelle 38: Lineare Regression, Einflussfaktoren Anteil der Bevölkerung, der Lebensstil als Priorisierungskriterium akzeptiert

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
WST (Ref. liberal)			
postkommunistisch	-1.315***	-1.361***	-1.381**
	(0.242)	(0.250)	(0.409)
konservativ	-1.139***	-1.318***	-1.318**
	(0.242)	(0.283)	(0.323)
sozialdemokratisch	-0.962**	-1.077**	-1.116*
	(0.262)	(0.285)	(0.413)
Dekommodifizierung staatliche Gesundheitsleistungen (Ref. geringe Dekommodifizierung)			
mittlere Dekommodifizierung		0.278	0.105
		(0.299)	(0.434)
hohe Dekommodifizierung		0.0186	-0.129
		(0.308)	(0.401)
Arbeitslosenquote			-0.299
			(0.502)
GDP in 1000 US $			-0.001
			(0.012)
Anteil Ausgaben Gesundheitssystem an Gesamtregierungsausgaben			-0.375
			(0.882)
Konstante	0.630**	0.531	-0.657
	(0.198)	(0.275)	(1.950)
N	19	19	19
Korrigiertes R^2	0.614	0.606	0.514
VIF	1.98	2.52	5.03
BP/CW c2	2.26	1.35	0.91
Prob > z	0.154	0.016	0.059

Einträge sind Regressionskoeffizienten, Standardfehler in runden Klammern. *BP/CW* Breusch-Pagan/Cook-Weisberg Test auf Heteroskedastizität, *H0* Varianz konstant *$p < 0{,}05$; **$p < 0{,}01$; ***$p < 0{,}001$

Tabelle 39: Einflussfaktoren Anteil der Bevölkerung, der Alter als Priorisierungskriterium akzeptiert

WST (Ref. liberal)			
Post kommunistisch	-0.177	-0.144	0.219
	(0.180)	(0.185)	(0.215)
konservativ	-0.128	0.00290	-0.0547
	(0.180)	(0.210)	(0.170)
sozialdemokratisch	-0.186	-0.104	-0.404
	(0.194)	(0.212)	(0.217)
Dekommodifizierung staatliche Gesundheitsleistungen (Ref. geringe Dekommodifizierung)			
mittlere Dekommodifizierung		-0.197	0.198
		(0.222)	(0.229)
hohe Dekommodifizierung		-0.00196	0.232
		(0.229)	(0.211)
Arbeitslosenquote			0.752*
			(0.264)
GDP in 1000 US $			0.019*
			(0.006)
Anteil Ausgaben Gesundheitssystem an Gesamtregierungsausgaben			0.252
			(0.464)
Konstante	-0.0165	0.0499	1.213
	(0.147)	(0.204)	(1.026)
N	19	19	19
Korrigiertes R^2	-0.113	-0.136	0.295
VIF	1.98	2.52	5.03
BP/CW c2	0.02	0.57	0.07
Prob > z	0.060	0.408	0.217

Einträge sind Regressionskoeffizienten, Standardfehler in runden Klammern. *BP/CW* Breusch-Pagan/Cook-Weisberg Test auf Heteroskedastizität, *H0* Varianz konstant *$p < 0{,}05$; **$p < 0{,}01$; ***$p < 0{,}001$

Tabelle 40: Einflussfaktoren Anteil der Bevölkerung, der familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium akzeptiert

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
WST (Ref. liberal)			
postkommunistisch	0.213	0.270	0.379
	(0.260)	(0.271)	(0.392)
konservativ	-0.194	-0.011	-0.001
	(0.260)	(0.307)	(0.310)
sozialdemokratisch	-0.325	-0.193	-0.670
	(0.281)	(0.310)	(0.395)
Dekommodifizierung Gesundheitsleistungen (Ref. gering)			
mittlere Dekommodifizierung		-0.344	-0.291
		(0.325)	(0.416)
hohe Dekommodifizierung		-0.138	-0.136
		(0.335)	(0.385)
Arbeitslosenquote			0.307
			(0.481)
GDP in 1000 US $			0.018
			(0.011)
Anteil Ausgaben Gesundheitssystem an Gesamtregierungsausgaben			-1.028
			(0.845)
Konstante	-0.478*	-0.318	-2.036
	(0.213)	(0.298)	(1.868)
N	19	19	19
Korrigiertes R^2	0.152	0.118	0.153
VIF	1.98	2.52	5.03
BP/CW c2	0.97	2.48	1.03
Prob > z	0.975	0.414	0.495

Einträge sind Regressionskoeffizienten, Standardfehler in runden Klammern. *BP/CW* Breusch-Pagan/Cook-Weisberg Test auf Heteroskedastizität, *H0* Varianz konstant *$p < 0{,}05$; **$p < 0{,}01$; ***$p < 0{,}001$

Tabelle 41: Multiple Imputation; Mikroanalyse: Einflussfaktoren Bedarfs- oder Gleichheitspräferenz bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen

	AU	GB	US	BG	HR	CZ	LT	PL	SL
chronische Erkrankung	1.357*	0.628	1.038	0.788	0.653	0.886	2.041*	1.078	0.626*
	[1.018,1.810]	[0.368,1.071]	[0.728,1.479]	[0.493,1.259]	[0.388,1.099]	[0.607,1.294]	[1.153,3.612]	[0.746,1.558]	[0.423,0.926]
eigener Gesundheitszustand	0.888	0.877	0.950	0.916	0.942	1.099	1.019	0.951	0.851
	[0.763,1.033]	[0.696,1.104]	[0.813,1.111]	[0.731,1.148]	[0.762,1.163]	[0.931,1.298]	[0.806,1.289]	[0.777,1.163]	[0.703,1.030]
rauchen	2.362***	1.218	1.493*	1.288	1.222	1.319	1.801*	1.334	1.785**
	[1.564,3.568]	[0.749,1.980]	[1.026,2.171]	[0.852,1.946]	[0.829,1.801]	[0.973,1.788]	[1.125,2.884]	[0.933,1.909]	[1.170,2.723]
riskanter Alkoholkonsum	1.314	0.848	1.427	0.904	1.409	1.060	2.090	1.713	0.868
	[0.892,1.935]	[0.395,1.819]	[0.814,2.504]	[0.324,2.524]	[0.579,3.433]	[0.613,1.833]	[0.850,5.138]	[0.809,3.629]	[0.319,2.358]
weiblich	1.216	0.894	0.904	0.674*	1.161	1.150	0.997	0.952	1.264
	[0.943,1.568]	[0.591,1.352]	[0.660,1.238]	[0.462,0.984]	[0.797,1.692]	[0.869,1.521]	[0.663,1.497]	[0.690,1.314]	[0.903,1.770]
älter als 60 Jahre	0.788	0.509	1.283	1.022	1.140	0.611	1.271	1.018	1.735
	[0.546,1.136]	[0.250,1.037]	[0.833,1.975]	[0.488,2.142]	[0.584,2.226]	[0.330,1.131]	[0.506,3.192]	[0.620,1.670]	[0.875,3.441]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)									
geringe Bildung	0.871	1.087	1.040	3.037*	1.378	1.464	0.900	0.784	0.783
	[0.443,1.712]	[0.609,1.940]	[0.523,2.069]	[1.003,9.192]	[0.679,2.795]	[0.764,2.805]	[0.339,2.389]	[0.467,1.318]	[0.445,1.380]
mittlere Bildung	0.687**	0.903	0.647*	1.018	1.304	2.072***	0.822	0.611*	1.102
	[0.521,0.907]	[0.555,1.469]	[0.458,0.914]	[0.697,1.487]	[0.833,2.041]	[1.351,3.178]	[0.539,1.253]	[0.416,0.898]	[0.720,1.686]
Haushaltseinkommen	1.007	1.025	1.013	1.003	0.994	1.004	0.996	1.002	1.000
	[0.999,1.014]	[0.948,1.109]	[0.968,1.059]	[0.946,1.063]	[0.955,1.035]	[0.974,1.034]	[0.935,1.061]	[0.973,1.032]	[0.967,1.035]
Beschäftigungsstatus (Ref. erwerbstätig)									
Rentner	1.437	1.077	0.866	0.632	0.616	1.267	0.514		0.548
	[0.974,2.120]	[0.504,2.303]	[0.523,1.434]	[0.288,1.389]	[0.318,1.193]	[0.664,2.419]	[0.203,1.301]		[0.272,1.103]
erwerbsunfähig	1.477	1.141		1.098		2.170	1.852	0.841	3.686
	[0.699,3.120]	[0.424,3.070]		[0.309,3.905]		[0.954,4.936]	[0.378,9.083]	[0.497,1.423]	[0.430,31.61]
arbeitslos	1.419	0.515	1.153	0.800	0.949	1.166	0.572	0.766	0.408*
	[0.525,3.834]	[0.189,1.406]	[0.623,2.132]	[0.403,1.586]	[0.532,1.693]	[0.516,2.634]	[0.304,1.074]	[0.360,1.630]	[0.193,0.861]
Ausbildung/Studium	1.593	2.059	0.522	1.011	0.666	1.683	2.158	1.010	1.445
	[0.671,3.777]	[0.664,6.387]	[0.186,1.467]	[0.353,2.895]	[0.296,1.497]	[0.922,3.073]	[0.962,4.840]	[0.513,1.988]	[0.764,2.735]
Hausarbeit	0.992	1.042	0.709	1.107	0.793		0.761	1.083	0.161***
	[0.534,1.843]	[0.446,2.431]	[0.400,1.258]	[0.321,3.812]	[0.251,2.512]		[0.297,1.950]	[0.571,2.055]	[0.0590,0.437]
Wehrdienst	1.442								
	[0.420,4.944]								
Andere			1.653	0.855	3.477	0.571			0.469
			[0.614,4.456]	[0.217,3.365]	[0.407,29.68]	[0.268,1.216]			[0.146,1.507]
linke Partei gewählt	1.256	1.288	1.385*	1.409	0.677	1.230	0.994	0.969	1.261
	[0.979,1.612]	[0.849,1.955]	[1.005,1.908]	[0.836,2.373]	[0.398,1.148]	[0.873,1.734]	[0.603,1.638]	[0.509,1.844]	[0.845,1.882]
Vertrauen ins Gesundheitssystem	1.289***	1.265	1.061	1.315**	1.823***	1.442***	1.551***	1.108	1.180
	[1.122,1.481]	[0.989,1.618]	[0.900,1.250]	[1.117,1.549]	[1.501,2.213]	[1.241,1.676]	[1.247,1.930]	[0.948,1.295]	[0.987,1.411]
nur öffentliche Grundversorgung	0.931	0.870	0.837*	0.992	0.880	1.047	1.094	1.025	0.922
	[0.818,1.060]	[0.696,1.087]	[0.727,0.963]	[0.835,1.180]	[0.725,1.068]	[0.941,1.165]	[0.893,1.342]	[0.901,1.167]	[0.761,1.117]
Ressourcen werden verschwendet	0.887	0.819	0.840*	0.907	0.759**	1.014	0.815	0.821**	0.605***
	[0.781,1.007]	[0.653,1.028]	[0.721,0.978]	[0.763,1.078]	[0.630,0.914]	[0.905,1.135]	[0.652,1.020]	[0.709,0.949]	[0.507,0.721]
Krankheiten häufig selbst verursacht	0.990	1.096	1.025	1.091	1.445***	1.073	1.215	1.046	1.249*
	[0.878,1.115]	[0.870,1.380]	[0.874,1.201]	[0.896,1.330]	[1.211,1.724]	[0.942,1.222]	[0.934,1.581]	[0.879,1.243]	[1.028,1.517]
gewillt höhere Steuern zu zahlen	1.258***	1.293**	1.557***	0.871	1.141	1.061	1.105	1.044	0.964
	[1.131,1.398]	[1.085,1.540]	[1.379,1.758]	[0.754,1.007]	[0.972,1.338]	[0.936,1.202]	[0.934,1.308]	[0.933,1.169]	[0.826,1.125]
N	1268	543	881	645	682	1004	640	765	771

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.000$; Multiple Imputation (m = 10)

Fortsetzung Tabelle 41

	BE	FR	DE	JP	NL	CH	DK	FI	NO	SE
chronische Erkrankung	0.828	1.121	0.838	0.991	1.177	0.959	0.879	0.954	1.109	0.851
	[0.643,1.066]	[0.876,1.434]	[0.623,1.127]	[0.683,1.438]	[0.833,1.664]	[0.651,1.412]	[0.601,1.284]	[0.680,1.337]	[0.794,1.550]	[0.552,1.311]
eigener Gesundheitszustand	0.891	0.948	0.857	0.898	1.020	0.847	0.866	0.887	0.962	1.102
	[0.785,1.010]	[0.819,1.098]	[0.725,1.014]	[0.721,1.120]	[0.853,1.221]	[0.701,1.024]	[0.731,1.027]	[0.727,1.082]	[0.818,1.132]	[0.870,1.396]
rauchen	2.322***	2.562***	1.603**	2.166***	4.775***	1.535*	1.549*	2.541***	2.027***	2.418**
	[1.763,3.059]	[2.013,3.261]	[1.204,2.134]	[1.414,3.318]	[3.072,7.422]	[1.077,2.188]	[1.034,2.321]	[1.713,3.769]	[1.374,2.991]	[1.322,4.422]
riskanter Alkoholkonsum	1.523*	0.945	0.534	1.387	1.232	1.369	1.571	1.372	1.548	0.683
	[1.075,2.158]	[0.608,1.469]	[0.283,1.008]	[0.894,2.151]	[0.798,1.902]	[0.784,2.390]	[0.762,3.236]	[0.506,3.719]	[0.679,3.529]	[0.284,1.641]
weiblich	0.919	1.343**	0.820	1.104	1.116	0.691*	1.206	1.265	1.727***	1.599*
	[0.742,1.139]	[1.085,1.661]	[0.634,1.061]	[0.753,1.618]	[0.826,1.508]	[0.512,0.933]	[0.869,1.672]	[0.928,1.723]	[1.306,2.283]	[1.113,2.299]
älter als 60 Jahre	0.973	0.698	0.650	0.451***	0.651	0.886	0.722	0.887	0.852	0.623
	[0.674,1.406]	[0.447,1.091]	[0.408,1.036]	[0.289,0.704]	[0.404,1.051]	[0.499,1.571]	[0.399,1.308]	[0.481,1.636]	[0.535,1.357]	[0.343,1.132]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)										
geringe Bildung	1.175	0.779	1.215		1.760	1.189	0.452*	0.530*	0.693	0.678
	[0.801,1.722]	[0.562,1.079]	[0.449,3.287]		[0.873,3.548]	[0.686,2.060]	[0.207,0.989]	[0.284,0.990]	[0.432,1.113]	[0.396,1.158]
mittlere Bildung	0.925	0.804	0.845	1.430	0.668*	1.650*	0.714	0.633**	0.763	0.522**
	[0.737,1.161]	[0.639,1.012]	[0.575,1.244]	[0.995,2.055]	[0.490,0.911]	[1.094,2.490]	[0.441,1.154]	[0.449,0.894]	[0.563,1.034]	[0.347,0.785]
Haushaltseinkommen	0.997	1.010	1.006	0.991	0.992	0.994	1.003	1.001	1.013	1.021
	[0.967,1.028]	[0.999,1.022]	[0.966,1.048]	[0.925,1.061]	[0.938,1.050]	[0.957,1.033]	[0.947,1.062]	[0.983,1.019]	[0.988,1.039]	[0.980,1.063]
Beschäftigungsstatus (Ref. erwerbstätig)										
Rentner	0.726	0.704	1.009	1.423	1.045	0.850	1.103	1.232	1.082	1.742
	[0.487,1.082]	[0.449,1.104]	[0.615,1.656]	[0.765,2.647]	[0.613,1.781]	[0.452,1.597]	[0.546,2.226]	[0.658,2.306]	[0.627,1.867]	[0.867,3.500]
erwerbsunfähig	0.663	0.484	0.906	1.065	1.066	2.912	1.182		1.648	2.262
	[0.345,1.272]	[0.229,1.025]	[0.335,2.444]	[0.356,3.183]	[0.503,2.260]	[0.584,14.52]	[0.482,2.900]		[0.841,3.228]	[0.692,7.392]
arbeitslos	1.236	1.015	0.800	1.706	1.502	0.639	2.747	1.400	0.917	3.579*
	[0.783,1.951]	[0.608,1.695]	[0.457,1.400]	[0.584,4.988]	[0.634,3.556]	[0.242,1.684]	[0.778,9.692]	[0.664,2.952]	[0.268,3.135]	[1.258,10.18]
Ausbildung/Studium	1.128	1.316	1.461	1.123	2.007	0.647	0.949	1.245	1.061	0.893
	[0.715,1.778]	[0.794,2.179]	[0.879,2.428]	[0.533,2.364]	[0.782,5.154]	[0.344,1.217]	[0.549,1.641]	[0.750,2.067]	[0.621,1.814]	[0.455,1.750]
Hausarbeit	1.031	0.793	0.667	0.994	1.402	1.458	0.245	0.460	0.511	
	[0.643,1.651]	[0.443,1.420]	[0.337,1.320]	[0.592,1.670]	[0.787,2.499]	[0.792,2.683]	[0.0452,1.333]	[0.134,1.585]	[0.102,2.562]	
Wehrdienst								1.818	1.290	
								[0.234,14.15]	[0.217,7.658]	
Andere	1.202	1.133		0.860	1.031	0.662	0.435	1.760	0.991	1.666
	[0.626,2.309]	[0.589,2.180]		[0.123,6.003]	[0.388,2.741]	[0.141,3.101]	[0.140,1.356]	[0.535,5.790]	[0.274,3.584]	[0.610,4.555]
linke Partei gewählt	0.927	1.614***	1.007	0.458	1.485*	1.913**	1.381	1.584*	1.479*	1.026
	[0.702,1.226]	[1.290,2.018]	[0.751,1.349]	[0.0705,2.973]	[1.028,2.145]	[1.261,2.903]	[0.942,2.026]	[1.049,2.392]	[1.091,2.004]	[0.691,1.525]
Vertrauen ins Gesundheitssystem	1.122	1.282***	1.123	1.426**	1.194	1.293**	1.343**	1.346**	1.183	1.235
	[0.960,1.312]	[1.115,1.473]	[0.970,1.301]	[1.139,1.786]	[0.999,1.428]	[1.079,1.549]	[1.093,1.651]	[1.113,1.629]	[1.000,1.400]	[0.992,1.537]
nur öffentliche Grundversorgung	1.097	0.833***	0.984	0.798**	0.916	1.032	0.793***	0.707***	0.828**	0.910
	[0.994,1.211]	[0.752,0.923]	[0.883,1.097]	[0.697,0.915]	[0.792,1.060]	[0.913,1.167]	[0.694,0.905]	[0.616,0.812]	[0.721,0.950]	[0.772,1.074]
Ressourcen werden verschwendet	0.800***	0.720***	0.901	0.959	0.777**	0.877	0.863	0.816*	0.846*	0.698***
	[0.717,0.892]	[0.652,0.796]	[0.796,1.021]	[0.834,1.104]	[0.658,0.919]	[0.739,1.039]	[0.734,1.016]	[0.698,0.953]	[0.723,0.991]	[0.564,0.863]
Krankheiten häufig selbst verursacht	0.952	0.900*	0.918	0.877	0.915	0.938	0.806*	0.796*	1.052	0.856
	[0.860,1.054]	[0.816,0.992]	[0.788,1.070]	[0.759,1.012]	[0.788,1.064]	[0.816,1.078]	[0.672,0.968]	[0.663,0.956]	[0.887,1.248]	[0.672,1.091]
gewillt höhere Steuern zu zahlen	1.379***	1.321***	1.132*	1.132	1.237**	1.209**	1.456***	1.259**	1.194**	1.304***
	[1.266,1.502]	[1.214,1.438]	[1.016,1.261]	[0.965,1.328]	[1.081,1.417]	[1.072,1.363]	[1.264,1.677]	[1.088,1.456]	[1.060,1.344]	[1.119,1.520]
N	1702	2067	1060	977	927	880	996	856	1143	701

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.000$; Multiple Imputation (m = 10)

Tabelle 42: Multiple Imputation; Mikroanalyse: Einflussfaktoren Akzeptanz Lebensstil als Priorisierungskriterium

	AU	GB	US	BG	HR	CZ	LT	PL	SL
rauchen	0.210***	0.149***	0.509***	0.433***	0.391***	0.304***	0.645*	0.602**	0.426***
	[0.146,0.301]	[0.0964,0.230]	[0.373,0.695]	[0.284,0.661]	[0.282,0.543]	[0.234,0.395]	[0.441,0.944]	[0.429,0.846]	[0.290,0.627]
riskanter Alkoholkonsum	0.640*	0.774	0.916	1.443	0.814	0.697	0.925	0.549	0.688
	[0.452,0.906]	[0.408,1.471]	[0.562,1.494]	[0.532,3.919]	[0.362,1.833]	[0.415,1.173]	[0.443,1.935]	[0.263,1.147]	[0.262,1.802]
weiblich	0.924	1.303	0.909	1.326	0.921	1.088	0.916	0.943	0.765
	[0.733,1.165]	[0.906,1.873]	[0.690,1.196]	[0.926,1.900]	[0.685,1.239]	[0.861,1.376]	[0.660,1.270]	[0.698,1.274]	[0.569,1.029]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)									
geringe Bildung	1.072	0.511*	0.652	0.929	0.644	0.545*	1.116	1.430	0.885
	[0.588,1.955]	[0.305,0.854]	[0.347,1.227]	[0.422,2.046]	[0.379,1.096]	[0.325,0.915]	[0.507,2.457]	[0.894,2.289]	[0.545,1.439]
mittlere Bildung	0.956	0.698	0.645**	1.809**	0.700*	0.762	1.107	0.986	0.904
	[0.749,1.221]	[0.436,1.118]	[0.484,0.859]	[1.259,2.600]	[0.490,0.998]	[0.535,1.085]	[0.793,1.545]	[0.694,1.401]	[0.625,1.306]
Haushaltseinkommen	1.002	1.005	1.021	0.993	1.003	1.001	1.006	0.996	1.006
	[0.996,1.008]	[0.939,1.076]	[0.984,1.058]	[0.955,1.033]	[0.966,1.042]	[0.970,1.034]	[0.962,1.051]	[0.973,1.019]	[0.968,1.046]
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)									
arbeitslos	0.791	1.525	0.648	0.924	0.815	0.925	0.500*	0.622	1.395
	[0.359,1.744]	[0.696,3.339]	[0.386,1.088]	[0.440,1.942]	[0.491,1.354]	[0.469,1.824]	[0.267,0.937]	[0.297,1.305]	[0.716,2.715]
Rentner	0.907	0.811	0.715	1.600*	1.482*	1.041	1.024		0.953
	[0.697,1.180]	[0.509,1.291]	[0.505,1.012]	[1.060,2.415]	[1.027,2.139]	[0.778,1.391]	[0.691,1.518]		[0.663,1.368]
erwerbsunfähig	0.575	0.927		1.559		0.757	1.203	1.313	0.999
	[0.311,1.065]	[0.418,2.052]		[0.567,4.284]		[0.365,1.569]	[0.496,2.918]	[0.929,1.856]	[0.254,3.931]
Ausbildung/Studium	1.516	0.650	1.219	0.971	1.441	0.782	1.014	1.887*	1.339
	[0.651,3.532]	[0.220,1.922]	[0.478,3.107]	[0.355,2.657]	[0.785,2.644]	[0.493,1.240]	[0.587,1.752]	[1.073,3.318]	[0.820,2.188]
Hausarbeit	1.126	0.541	0.812	0.561	1.091		1.415	0.821	3.358**
	[0.651,1.946]	[0.267,1.100]	[0.509,1.297]	[0.150,2.092]	[0.425,2.799]		[0.657,3.046]	[0.433,1.558]	[1.496,7.539]
Wehrdienst	1.658								
	[0.529,5.193]								
Andere		0.553	1.176	2.019	1.347	0.497*			2.406
		[0.108,2.837]	[0.549,2.522]	[0.604,6.746]	[0.477,3.806]	[0.278,0.888]			[0.828,6.990]
Vertrauen ins Gesundheitssystem	0.989	0.733**	0.957	0.906	0.751***	1.042	0.949	0.923	1.007
	[0.871,1.123]	[0.589,0.912]	[0.826,1.108]	[0.775,1.059]	[0.640,0.882]	[0.922,1.178]	[0.798,1.128]	[0.794,1.073]	[0.861,1.177]
nur öffentliche Grundversorgung	1.037	1.262*	1.019	0.970	1.317***	0.971	0.977	1.156*	1.156
	[0.920,1.169]	[1.035,1.541]	[0.900,1.153]	[0.819,1.148]	[1.119,1.550]	[0.887,1.064]	[0.832,1.147]	[1.022,1.307]	[0.973,1.374]
Ressourcen werden verschwendet	1.001	1.590***	1.205**	1.108	1.039	0.928	1.201*	0.988	1.119
	[0.888,1.127]	[1.290,1.961]	[1.050,1.384]	[0.936,1.311]	[0.893,1.210]	[0.840,1.025]	[1.017,1.419]	[0.862,1.133]	[0.961,1.303]
Krankheiten häufig selbst verursacht	1.415***	1.347**	1.145	1.360**	0.832*	1.254***	0.966	1.057	1.121
	[1.265,1.582]	[1.104,1.644]	[0.998,1.314]	[1.108,1.670]	[0.716,0.966]	[1.121,1.403]	[0.784,1.191]	[0.894,1.251]	[0.936,1.344]
gewillt höhere Steuern zu zahlen	0.948	0.944	0.971	1.024	0.917	1.003	1.038	1.004	1.011
	[0.860,1.044]	[0.813,1.096]	[0.875,1.077]	[0.892,1.176]	[0.800,1.050]	[0.902,1.116]	[0.901,1.196]	[0.902,1.117]	[0.886,1.154]
N	1602	714	1062	784	965	1362	910	925	946

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.000$; Multiple Imputation (m = 10)

Fortsetzung Tabelle 42

	BE	FR	DE	JP	NL	CH	DK	FI	NO	SE
rauchen	0.189***	0.277***	0.420***	0.401***	0.208***	0.542***	0.184***	0.237***	0.137***	0.294***
	[0.144,0.248]	[0.218,0.353]	[0.309,0.572]	[0.260,0.618]	[0.146,0.295]	[0.385,0.764]	[0.127,0.266]	[0.167,0.338]	[0.0897,0.210]	[0.184,0.468]
riskanter Alkoholkonsum	0.769	0.815	1.072	0.969	0.708	0.758	0.495*	1.536	0.907	2.044
	[0.564,1.050]	[0.556,1.195]	[0.587,1.956]	[0.634,1.481]	[0.482,1.039]	[0.437,1.314]	[0.269,0.911]	[0.711,3.318]	[0.456,1.803]	[0.952,4.389]
weiblich	0.818*	0.774**	0.797	0.949	1.049	1.214	1.026	1.004	0.953	1.178
	[0.680,0.984]	[0.650,0.921]	[0.615,1.031]	[0.670,1.344]	[0.816,1.348]	[0.925,1.595]	[0.791,1.332]	[0.776,1.298]	[0.755,1.203]	[0.896,1.548]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)										
geringe Bildung	0.740	0.614***	1.929		0.760	1.036	0.605	0.672	0.574*	0.816
	[0.533,1.029]	[0.476,0.793]	[0.828,4.490]		[0.413,1.397]	[0.613,1.751]	[0.292,1.251]	[0.396,1.142]	[0.370,0.891]	[0.548,1.216]
mittlere Bildung	0.848	0.824	1.695**	1.076	0.871	1.062	0.541**	1.016	0.639***	0.996
	[0.698,1.031]	[0.678,1.002]	[1.176,2.445]	[0.785,1.475]	[0.673,1.128]	[0.736,1.533]	[0.352,0.833]	[0.763,1.353]	[0.497,0.823]	[0.735,1.351]
Haushaltseinkommen	1.011	1.001	1.001	1.019	1.010	0.997	1.014	1.002	0.983	0.987
	[0.990,1.033]	[0.991,1.011]	[0.955,1.048]	[0.975,1.064]	[0.962,1.061]	[0.965,1.031]	[0.968,1.063]	[0.986,1.019]	[0.961,1.005]	[0.961,1.013]
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)										
arbeitslos	0.918	0.825	1.248	0.400	0.946	1.084	0.709	0.869	0.596	0.620
	[0.614,1.372]	[0.531,1.283]	[0.721,2.162]	[0.0890,1.797]	[0.460,1.946]	[0.423,2.773]	[0.300,1.676]	[0.460,1.642]	[0.197,1.800]	[0.319,1.206]
Rentner	0.986	1.131	0.705*	0.890	0.755	1.240	0.703	0.883	0.446***	0.834
	[0.788,1.235]	[0.922,1.387]	[0.511,0.972]	[0.529,1.498]	[0.565,1.009]	[0.896,1.717]	[0.476,1.040]	[0.633,1.233]	[0.317,0.627]	[0.585,1.188]
erwerbsunfähig	0.480*	1.482	0.318	1.861	0.482*	0.392	1.471	1.245	0.974	0.454
	[0.260,0.888]	[0.809,2.715]	[0.0709,1.422]	[0.726,4.770]	[0.264,0.879]	[0.0832,1.850]	[0.737,2.935]	[0.301,5.157]	[0.592,1.602]	[0.201,1.027]
Ausbildung/Studium	1.183	1.362	1.594	1.926*	1.305	1.235	1.085	0.828	1.564*	1.091
	[0.812,1.724]	[0.872,2.127]	[0.994,2.555]	[1.040,3.566]	[0.577,2.952]	[0.691,2.209]	[0.697,1.690]	[0.549,1.250]	[1.003,2.440]	[0.640,1.858]
Hausarbeit	1.121	1.076	1.122	1.773**	0.671	0.942	3.132	1.226	4.537	1.131
	[0.751,1.675]	[0.670,1.727]	[0.579,2.173]	[1.179,2.666]	[0.410,1.099]	[0.544,1.632]	[0.390,25.17]	[0.418,3.598]	[0.978,21.04]	[0.218,5.866]
Wehrdienst								2.253	0.884	
								[0.325,15.63]	[0.189,4.139]	
Andere	1.079	0.839		0.592	0.376*	2.854	1.123	0.587	0.318	0.491
	[0.593,1.964]	[0.478,1.473]		[0.0682,5.138]	[0.152,0.931]	[0.609,13.38]	[0.441,2.861]	[0.242,1.426]	[0.0859,1.178]	[0.200,1.208]
Vertrauen ins Gesundheitssystem	0.978	0.903	1.014	0.877	0.926	0.969	0.916	1.013	0.916	1.133
	[0.852,1.123]	[0.805,1.012]	[0.875,1.175]	[0.731,1.053]	[0.794,1.080]	[0.822,1.142]	[0.771,1.087]	[0.865,1.187]	[0.790,1.064]	[0.958,1.340]
nur öffentliche Grundversorgung	1.102*	1.182***	1.122*	1.158*	1.136*	0.989	1.179**	1.091	1.091	1.022
	[1.011,1.201]	[1.093,1.278]	[1.009,1.248]	[1.011,1.327]	[1.003,1.287]	[0.882,1.110]	[1.052,1.321]	[0.969,1.227]	[0.965,1.234]	[0.901,1.159]
Ressourcen werden verschwendet	1.228***	1.181***	1.012	1.146*	1.093	1.129	1.220**	1.087	1.244**	1.225**
	[1.115,1.353]	[1.081,1.291]	[0.892,1.148]	[1.005,1.308]	[0.944,1.265]	[0.959,1.329]	[1.072,1.388]	[0.941,1.255]	[1.087,1.424]	[1.055,1.422]
Krankheiten häufig selbst verursacht	1.249***	1.340***	1.387***	1.125	1.322***	1.324***	1.140	1.428***	1.320***	1.455***
	[1.141,1.367]	[1.230,1.461]	[1.175,1.638]	[0.990,1.277]	[1.163,1.503]	[1.153,1.521]	[0.989,1.314]	[1.218,1.673]	[1.134,1.537]	[1.204,1.757]
gewillt höhere Steuern zu zahlen	0.928	0.919*	0.861**	0.954	1.059	1.064	0.892*	0.935	0.934	0.883*
	[0.860,1.001]	[0.855,0.988]	[0.771,0.962]	[0.820,1.110]	[0.944,1.187]	[0.951,1.191]	[0.796,0.999]	[0.828,1.057]	[0.847,1.029]	[0.783,0.997]
N	2298	2675	1385	977	1274	1085	1166	1134	1523	1007

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.000$; Multiple Imputation (m = 10)

Tabelle 43: Multiple Imputation; Mikroanalyse: Einflussfaktoren Akzeptanz Alter als Priorisierungskriterium

	AU	GB	US	BG	HR	CZ	LT	PL	SL
älter als 60 Jahre	0.816	1.542	0.741	0.677	1.236	1.463	0.779	2.404***	1.140
	[0.610,1.091]	[0.887,2.679]	[0.514,1.068]	[0.369,1.243]	[0.753,2.031]	[0.896,2.388]	[0.399,1.521]	[1.556,3.715]	[0.653,1.991]
weiblich	1.031	1.030	0.878	1.089	0.908	1.304*	1.135	0.719*	0.918
	[0.839,1.268]	[0.747,1.421]	[0.676,1.142]	[0.807,1.469]	[0.697,1.183]	[1.039,1.636]	[0.861,1.496]	[0.538,0.962]	[0.699,1.206]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)									
geringe Bildung	0.858	0.809	0.803	1.486	1.381	0.977	2.143*	1.361	0.939
	[0.469,1.571]	[0.503,1.299]	[0.424,1.520]	[0.748,2.953]	[0.846,2.253]	[0.580,1.648]	[1.021,4.497]	[0.851,2.176]	[0.598,1.474]
mittlere Bildung	0.903	0.779	0.751*	1.234	1.049	1.139	0.957	0.867	0.867
	[0.725,1.125]	[0.529,1.146]	[0.569,0.992]	[0.903,1.687]	[0.755,1.457]	[0.802,1.617]	[0.708,1.295]	[0.611,1.231]	[0.616,1.219]
Haushaltseinkommen	1.003	1.005	1.024	0.985	1.006	0.995	1.012	0.999	1.001
	[0.997,1.009]	[0.952,1.062]	[0.986,1.064]	[0.941,1.032]	[0.977,1.036]	[0.965,1.025]	[0.970,1.056]	[0.973,1.026]	[0.975,1.029]
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)									
arbeitslos	1.101	1.278	0.601	2.005*	1.036	1.325	0.696	0.800	0.989
	[0.515,2.352]	[0.640,2.551]	[0.355,1.018]	[1.138,3.529]	[0.679,1.580]	[0.698,2.515]	[0.423,1.145]	[0.402,1.592]	[0.524,1.869]
Rentner	1.391*	0.531*	1.410	1.894*	0.860	0.499**	0.932		0.777
	[1.015,1.906]	[0.294,0.960]	[0.914,2.173]	[1.010,3.552]	[0.533,1.386]	[0.296,0.840]	[0.469,1.855]		[0.442,1.366]
erwerbsunfähig	0.903	0.633		1.472		0.585	1.091	0.986	0.577
	[0.498,1.637]	[0.290,1.381]		[0.617,3.508]		[0.267,1.284]	[0.475,2.503]	[0.626,1.553]	[0.161,2.064]
Ausbildung/Studium	1.305	1.823	1.214	0.969	1.025	0.873	0.944	1.709	1.448
	[0.631,2.698]	[0.684,4.862]	[0.504,2.927]	[0.410,2.290]	[0.583,1.800]	[0.551,1.384]	[0.571,1.561]	[0.973,3.000]	[0.907,2.312]
Hausarbeit	0.690	0.643	0.910	1.144	0.875		1.478	0.772	2.120
	[0.421,1.133]	[0.333,1.240]	[0.571,1.448]	[0.415,3.156]	[0.383,1.999]		[0.698,3.129]	[0.397,1.498]	[0.888,5.064]
Wehrdienst	1.161								
	[0.460,2.929]								
Andere		0.644	1.389	5.713*	1.060	0.905			1.613
		[0.152,2.729]	[0.660,2.924]	[1.511,21.60]	[0.410,2.744]	[0.514,1.591]			[0.548,4.751]
Vertrauen ins Gesundheitssystem	1.089	0.873	1.047	0.891	0.782***	0.942	1.126	0.982	1.116
	[0.971,1.222]	[0.719,1.059]	[0.909,1.205]	[0.781,1.017]	[0.676,0.905]	[0.836,1.062]	[0.960,1.321]	[0.847,1.139]	[0.965,1.290]
nur öffentliche Grundversorgung	0.979	1.183	1.027	0.824**	1.214*	1.023	1.003	1.055	1.398***
	[0.879,1.089]	[0.998,1.403]	[0.914,1.153]	[0.712,0.954]	[1.047,1.406]	[0.936,1.117]	[0.866,1.160]	[0.935,1.191]	[1.186,1.648]
Ressourcen werden verschwendet	1.118*	1.229*	1.157*	1.028	1.105	0.978	1.103	0.945	0.991
	[1.003,1.245]	[1.018,1.483]	[1.016,1.317]	[0.882,1.197]	[0.964,1.267]	[0.887,1.078]	[0.945,1.287]	[0.825,1.082]	[0.854,1.150]
Krankheiten häufig selbst verursacht	1.183**	1.123	1.016	1.190*	0.840*	1.170**	1.076	1.104	1.037
	[1.067,1.311]	[0.938,1.344]	[0.889,1.160]	[1.006,1.409]	[0.734,0.961]	[1.047,1.307]	[0.887,1.305]	[0.934,1.305]	[0.876,1.228]
gewillt höhere Steuern zu zahlen	1.050	1.074	1.074	1.020	1.110	0.985	0.963	0.972	0.964
	[0.962,1.146]	[0.940,1.228]	[0.972,1.188]	[0.904,1.151]	[0.988,1.246]	[0.887,1.094]	[0.844,1.097]	[0.875,1.080]	[0.851,1.092]
N	1589	710	1036	802	975	1358	911	929	943

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.000$; Multiple Imputation (m = 10)

Fortsetzung Tabelle 43

	BE	FR	DE	JP	NL	CH	DK	FI	NO	SE
älter als 60 Jahre	1.078	1.186	0.731	1.193	0.718	1.210	0.659	0.736	0.523***	0.519**
	[0.790,1.470]	[0.851,1.655]	[0.478,1.119]	[0.840,1.694]	[0.481,1.071]	[0.742,1.972]	[0.415,1.045]	[0.450,1.204]	[0.358,0.763]	[0.319,0.844]
weiblich	0.923	0.894	0.829	0.847	0.944	1.008	0.873	0.735*	0.770*	0.883
	[0.777,1.096]	[0.761,1.050]	[0.660,1.041]	[0.631,1.138]	[0.743,1.198]	[0.779,1.303]	[0.687,1.110]	[0.574,0.940]	[0.619,0.958]	[0.674,1.157]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)										
geringe Bildung	0.812	0.796	1.028		1.128	1.034	0.858	0.742	0.845	0.890
	[0.596,1.106]	[0.627,1.010]	[0.450,2.351]		[0.630,2.019]	[0.641,1.669]	[0.441,1.671]	[0.441,1.248]	[0.569,1.254]	[0.591,1.341]
mittlere Bildung	0.890	1.024	1.546*	0.895	0.881	1.314	1.151	1.047	0.754*	0.952
	[0.740,1.069]	[0.853,1.228]	[1.094,2.183]	[0.667,1.201]	[0.685,1.134]	[0.923,1.871]	[0.783,1.692]	[0.799,1.372]	[0.596,0.953]	[0.704,1.288]
Haushaltseinkommen	1.010	0.998	1.023	1.037	0.994	1.007	1.004	1.004	1.009	0.993
	[0.987,1.034]	[0.989,1.008]	[0.985,1.062]	[0.997,1.079]	[0.942,1.049]	[0.976,1.038]	[0.962,1.047]	[0.986,1.022]	[0.988,1.029]	[0.970,1.017]
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)										
arbeitslos	1.237	0.980	0.734	1.218	0.976	0.825	0.738	0.706	2.121	1.398
	[0.852,1.796]	[0.668,1.439]	[0.436,1.236]	[0.453,3.274]	[0.496,1.921]	[0.354,1.923]	[0.356,1.532]	[0.394,1.262]	[0.852,5.279]	[0.762,2.566]
Rentner	0.876	0.927	1.273	1.150	0.859	0.893	0.821	1.003	0.799	0.880
	[0.627,1.223]	[0.660,1.303]	[0.810,2.000]	[0.697,1.898]	[0.549,1.342]	[0.524,1.522]	[0.479,1.406]	[0.607,1.656]	[0.507,1.260]	[0.502,1.542]
erwerbsunfähig	0.833	1.152	0.738	0.840	0.556	1.339	0.801	2.398	0.933	0.422
	[0.491,1.414]	[0.665,1.995]	[0.279,1.955]	[0.344,2.055]	[0.307,1.009]	[0.433,4.142]	[0.417,1.538]	[0.555,10.36]	[0.600,1.450]	[0.166,1.072]
Ausbildung/Studium	1.012	1.635*	1.970**	1.758	2.033	1.076	1.161	0.853	1.239	1.086
	[0.706,1.451]	[1.066,2.507]	[1.251,3.103]	[0.958,3.224]	[0.962,4.297]	[0.615,1.881]	[0.769,1.751]	[0.574,1.267]	[0.807,1.903]	[0.646,1.824]
Hausarbeit	0.851	1.049	0.907	1.182	0.800	0.954	1.450	1.152	1.755	3.250
	[0.569,1.273]	[0.666,1.652]	[0.491,1.676]	[0.788,1.772]	[0.492,1.303]	[0.567,1.607]	[0.314,6.695]	[0.419,3.161]	[0.447,6.890]	[0.570,18.53]
Wehrdienst		0.449				1.515		0.465	5.663	
		[0.0392,5.136]				[0.133,17.21]		[0.0748,2.886]	[0.670,47.86]	
Andere	1.301	0.759		0.875	1.107	0.471	0.791	1.491	0.815	0.678
	[0.735,2.304]	[0.454,1.268]		[0.196,3.901]	[0.483,2.537]	[0.109,2.046]	[0.345,1.812]	[0.670,3.314]	[0.281,2.358]	[0.285,1.612]
Vertrauen ins Gesundheitssystem	1.003	1.024	0.897	0.959	0.998	1.022	0.976	1.167*	1.159*	1.138
	[0.884,1.138]	[0.921,1.139]	[0.786,1.025]	[0.809,1.136]	[0.861,1.155]	[0.875,1.194]	[0.833,1.143]	[1.003,1.359]	[1.011,1.328]	[0.966,1.342]
nur öffentliche Grundversorgung	1.087*	1.109**	1.175**	1.142*	1.088	1.028	1.016	1.024	1.029	0.961
	[1.002,1.180]	[1.030,1.194]	[1.066,1.295]	[1.016,1.283]	[0.966,1.225]	[0.920,1.147]	[0.913,1.131]	[0.914,1.147]	[0.919,1.153]	[0.834,1.107]
Ressourcen werden verschwendet	1.195***	1.280***	1.071	1.192**	1.083	1.202*	1.107	1.060	1.359***	1.089
	[1.093,1.307]	[1.179,1.389]	[0.954,1.202]	[1.057,1.344]	[0.945,1.241]	[1.033,1.399]	[0.980,1.249]	[0.927,1.213]	[1.198,1.541]	[0.938,1.265]
Krankheiten häufig selbst verursacht	1.054	1.113**	1.056	1.002	1.087	1.049	1.047	1.224**	1.155*	1.121
	[0.969,1.146]	[1.028,1.205]	[0.921,1.211]	[0.894,1.122]	[0.961,1.229]	[0.926,1.189]	[0.919,1.193]	[1.053,1.423]	[1.008,1.323]	[0.938,1.340]
gewillt höhere Steuern zu zahlen	0.957	1.014	0.954	0.897	1.087	0.970	0.968	0.885*	1.012	0.900
	[0.891,1.027]	[0.948,1.085]	[0.865,1.051]	[0.786,1.024]	[0.973,1.214]	[0.873,1.078]	[0.871,1.077]	[0.786,0.997]	[0.923,1.110]	[0.799,1.014]
N	2301	2678	1367	977	1278	1103	1167	1132	1520	1005

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.000$; Multiple Imputation (m = 10)

Tabelle 44: Multiple Imputation; Mikroanalyse: Einflussfaktoren Akzeptanz familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium

	AU	GB	US	BG	HR	CZ	LT	PL	SL
minderjährige Kinder	1.234	1.731*	0.935	1.736*	0.821	1.337	1.301	1.236	1.358
	[0.922,1.652]	[1.085,2.763]	[0.665,1.315]	[1.016,2.966]	[0.426,1.583]	[0.922,1.938]	[0.811,2.089]	[0.853,1.791]	[0.894,2.063]
weiblich	0.859	0.937	0.681**	1.107	0.936	1.238	1.211	0.790	0.778
	[0.693,1.064]	[0.667,1.317]	[0.527,0.880]	[0.814,1.505]	[0.718,1.221]	[0.980,1.563]	[0.918,1.598]	[0.593,1.051]	[0.592,1.023]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)									
geringe Bildung	1.402	1.819*	1.293	1.468	1.705*	1.402	1.167	1.594*	0.968
	[0.807,2.437]	[1.132,2.923]	[0.716,2.334]	[0.742,2.907]	[1.053,2.759]	[0.828,2.372]	[0.563,2.419]	[1.001,2.537]	[0.614,1.525]
mittlere Bildung	1.240	1.334	1.320*	1.266	1.073	1.221	0.942	1.191	0.912
	[0.989,1.555]	[0.882,2.018]	[1.003,1.735]	[0.918,1.745]	[0.774,1.487]	[0.844,1.767]	[0.696,1.274]	[0.846,1.678]	[0.648,1.283]
Haushaltseinkommen	1.001	0.983	0.981	0.984	0.994	0.993	1.004	0.999	1.003
	[0.997,1.005]	[0.933,1.037]	[0.945,1.019]	[0.940,1.031]	[0.969,1.020]	[0.966,1.021]	[0.957,1.054]	[0.973,1.025]	[0.972,1.035]
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)									
arbeitslos	1.032	0.978	0.631	2.066*	1.240	1.114	0.976	1.314	1.426
	[0.474,2.246]	[0.462,2.070]	[0.376,1.060]	[1.159,3.685]	[0.811,1.896]	[0.569,2.180]	[0.600,1.590]	[0.716,2.411]	[0.752,2.703]
Rentner	1.489**	1.365	1.233	1.612**	1.254	1.089	1.020		1.891***
	[1.164,1.905]	[0.883,2.108]	[0.886,1.716]	[1.126,2.307]	[0.902,1.744]	[0.813,1.459]	[0.710,1.466]		[1.351,2.646]
erwerbsunfähig	1.085	0.961		1.726		1.269	1.188	2.555***	1.586
	[0.587,2.006]	[0.454,2.033]		[0.732,4.069]		[0.619,2.604]	[0.529,2.672]	[1.815,3.598]	[0.481,5.237]
Ausbildung/Studium	1.159	2.715*	1.349	0.780	0.798	0.799	0.928	1.176	1.171
	[0.562,2.392]	[1.005,7.330]	[0.588,3.097]	[0.298,2.045]	[0.450,1.415]	[0.493,1.294]	[0.560,1.536]	[0.674,2.052]	[0.734,1.867]
Hausarbeit	0.836	1.132	1.278	0.611	1.202		2.012	1.031	3.208**
	[0.491,1.424]	[0.575,2.230]	[0.819,1.994]	[0.194,1.919]	[0.526,2.746]		[0.891,4.542]	[0.571,1.861]	[1.402,7.345]
Wehrdienst	0.677								
	[0.238,1.923]								
Andere		1.651	1.724	2.260	1.193	0.917			1.900
		[0.407,6.697]	[0.820,3.624]	[0.732,6.981]	[0.465,3.059]	[0.492,1.708]			[0.647,5.583]
Vertrauen ins Gesundheitssystem	0.968	1.041	1.136	0.889	0.895	0.975	1.126	1.022	1.094
	[0.859,1.090]	[0.851,1.275]	[0.991,1.303]	[0.777,1.018]	[0.774,1.034]	[0.862,1.103]	[0.961,1.320]	[0.884,1.181]	[0.947,1.264]
nur öffentliche Grundversorgung	1.048	1.350**	0.987	0.927	1.269**	1.064	0.890	1.163*	1.412***
	[0.937,1.171]	[1.127,1.617]	[0.880,1.106]	[0.801,1.073]	[1.096,1.468]	[0.972,1.166]	[0.769,1.032]	[1.033,1.309]	[1.194,1.670]
Ressourcen werden verschwendet	1.064	1.033	1.076	0.977	1.106	0.927	1.171*	0.890	0.862*
	[0.951,1.192]	[0.847,1.259]	[0.948,1.222]	[0.840,1.136]	[0.964,1.270]	[0.840,1.023]	[1.001,1.370]	[0.777,1.019]	[0.746,0.995]
Krankheiten häufig selbst verursacht	1.150*	1.215*	1.048	1.308**	0.869*	1.158*	1.056	1.082	1.093
	[1.031,1.282]	[1.001,1.476]	[0.919,1.194]	[1.096,1.561]	[0.760,0.993]	[1.033,1.298]	[0.870,1.281]	[0.923,1.269]	[0.919,1.300]
gewillt höhere Steuern zu zahlen	1.099*	1.098	1.010	1.017	1.039	0.992	0.975	1.030	1.007
	[1.001,1.207]	[0.954,1.264]	[0.916,1.113]	[0.899,1.151]	[0.926,1.165]	[0.890,1.105]	[0.858,1.108]	[0.929,1.143]	[0.888,1.140]
N	1603	718	1083	805	968	1357	919	943	957

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.000$; Multiple Imputation (m = 10)

Fortsetzung Tabelle 44

	BE	FR	DE	JP	NL	CH	DK	FI	NO	SE
minderjährige Kinder	1.314	1.327**	1.443	1.410	1.723*	1.404	0.712	1.929***	1.763***	1.724**
	[0.999,1.727]	[1.073,1.642]	[0.979,2.127]	[0.959,2.075]	[1.052,2.823]	[0.965,2.041]	[0.502,1.011]	[1.329,2.800]	[1.289,2.413]	[1.179,2.520]
weiblich	0.881	0.721***	0.745*	0.819	0.626**	0.977	0.763	0.731*	0.849	0.661**
	[0.736,1.054]	[0.607,0.856]	[0.585,0.949]	[0.604,1.111]	[0.469,0.836]	[0.754,1.265]	[0.581,1.002]	[0.570,0.937]	[0.675,1.069]	[0.484,0.904]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)										
geringe Bildung	1.282	0.986	1.211		0.999	2.061**	0.730	1.144	1.172	1.424
	[0.938,1.752]	[0.768,1.266]	[0.517,2.834]		[0.534,1.872]	[1.241,3.421]	[0.349,1.529]	[0.693,1.888]	[0.787,1.744]	[0.905,2.243]
mittlere Bildung	1.145	1.076	1.642**	1.384*	0.819	1.317	0.937	1.345*	0.919	1.085
	[0.944,1.390]	[0.882,1.311]	[1.157,2.330]	[1.030,1.861]	[0.605,1.109]	[0.926,1.873]	[0.609,1.443]	[1.023,1.770]	[0.713,1.185]	[0.750,1.569]
Haushaltseinkommen	1.002	1.003	0.996	0.994	0.965	0.991	0.973	1.005	0.985	0.982
	[0.976,1.027]	[0.994,1.012]	[0.959,1.035]	[0.959,1.029]	[0.907,1.027]	[0.959,1.024]	[0.926,1.022]	[0.990,1.021]	[0.962,1.009]	[0.946,1.021]
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)										
arbeitslos	1.121	1.101	0.907	1.849	2.198*	1.579	0.838	0.723	1.969	2.206*
	[0.763,1.647]	[0.719,1.688]	[0.534,1.543]	[0.746,4.582]	[1.052,4.596]	[0.677,3.682]	[0.361,1.946]	[0.397,1.317]	[0.806,4.811]	[1.157,4.206]
Rentner	1.895***	1.825***	1.192	1.414	1.781***	1.999***	1.826**	2.000***	1.616**	1.488
	[1.523,2.360]	[1.490,2.235]	[0.889,1.598]	[0.902,2.215]	[1.280,2.479]	[1.449,2.756]	[1.239,2.690]	[1.441,2.775]	[1.183,2.208]	[0.995,2.224]
erwerbsunfähig	0.989	2.210**	0.458	1.791	0.633	1.774	1.056	14.33*	1.102	0.950
	[0.563,1.737]	[1.275,3.832]	[0.132,1.589]	[0.766,4.184]	[0.276,1.450]	[0.569,5.527]	[0.509,2.191]	[1.749,117.4]	[0.689,1.765]	[0.394,2.288]
Ausbildung/Studium	0.866	0.982	1.120	1.326	1.149	0.768	0.834	0.882	0.915	0.980
	[0.584,1.282]	[0.609,1.584]	[0.704,1.781]	[0.740,2.374]	[0.455,2.901]	[0.439,1.343]	[0.518,1.343]	[0.591,1.317]	[0.570,1.469]	[0.510,1.882]
Hausarbeit	1.502*	1.647*	1.379	1.734**	1.294	0.994	4.756*	1.363	1.844	4.782
	[1.019,2.214]	[1.041,2.607]	[0.755,2.521]	[1.169,2.571]	[0.715,2.344]	[0.585,1.689]	[1.007,22.46]	[0.479,3.880]	[0.472,7.208]	[0.884,25.86]
Wehrdienst		1.102				0.561		1.638	0.392	
		[0.0952,12.75]				[0.0495,6.345]		[0.266,10.10]	[0.0462,3.320]	
Andere	1.137	1.458		1.115	1.069	1.268	1.535	2.022	1.890	0.953
	[0.640,2.021]	[0.863,2.461]		[0.207,5.995]	[0.385,2.966]	[0.305,5.276]	[0.643,3.667]	[0.899,4.552]	[0.652,5.480]	[0.367,2.479]
Vertrauen ins Gesundheitssystem	1.008	1.062	0.952	0.954	0.858	0.991	0.936	1.082	1.098	1.062
	[0.883,1.150]	[0.948,1.190]	[0.828,1.096]	[0.786,1.156]	[0.719,1.024]	[0.848,1.158]	[0.784,1.116]	[0.929,1.259]	[0.948,1.273]	[0.877,1.287]
nur öffentliche Grundversorgung	1.074	1.177***	1.100	1.060	1.026	1.060	1.215***	1.053	1.137*	1.093
	[0.990,1.166]	[1.090,1.271]	[0.995,1.215]	[0.949,1.184]	[0.892,1.181]	[0.951,1.181]	[1.082,1.363]	[0.938,1.183]	[1.008,1.282]	[0.939,1.273]
Ressourcen werden verschwendet	1.103*	1.119*	1.057	1.176**	0.991	1.108	0.876	1.001	1.253***	1.008
	[1.003,1.214]	[1.024,1.222]	[0.937,1.192]	[1.043,1.325]	[0.836,1.174]	[0.951,1.290]	[0.765,1.002]	[0.876,1.145]	[1.096,1.432]	[0.848,1.198]
Krankheiten häufig selbst verursacht	1.117*	1.166***	1.076	1.089	1.245**	1.191**	1.160	1.072	1.014	1.094
	[1.022,1.221]	[1.069,1.273]	[0.931,1.244]	[0.967,1.226]	[1.064,1.456]	[1.049,1.352]	[0.997,1.350]	[0.924,1.245]	[0.876,1.174]	[0.884,1.352]
gewillt höhere Steuern zu zahlen	1.040	1.032	0.996	1.006	1.043	0.996	1.039	0.960	1.110*	0.998
	[0.966,1.120]	[0.960,1.111]	[0.898,1.105]	[0.879,1.152]	[0.913,1.192]	[0.897,1.107]	[0.922,1.171]	[0.852,1.082]	[1.004,1.226]	[0.869,1.146]
N	2328	2692	1387	977	1281	1109	1173	1139	1528	1009

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.000$; Multiple Imputation (m = 10)

Tabelle 45: Multiple Imputation; Ländervergleichende und Fixed-Effekt-Modelle: Einflussfaktoren Bedarfs- und Gleichheitspräferenz bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5
chronische Erkrankung	0.957	0.978	0.937	0.976	0.972
	[0.892,1.027]	[0.910,1.052]	[0.870,1.010]	[0.902,1.055]	[0.898,1.051]
eigener Gesundheitszustand	0.975	0.934***	0.927***	0.932***	0.936***
	[0.943,1.008]	[0.902,0.968]	[0.894,0.961]	[0.896,0.968]	[0.900,0.973]
rauchen	1.840***	1.797***	1.914***	1.882***	1.417***
	[1.711,1.978]	[1.668,1.936]	[1.772,2.067]	[1.737,2.040]	[1.227,1.637]
riskanter Alkoholkonsum	0.970	1.027	1.065	1.217**	1.210**
	[0.863,1.090]	[0.912,1.157]	[0.942,1.203]	[1.072,1.381]	[1.066,1.375]
weiblich		1.107**	1.088**	1.112**	1.493***
		[1.041,1.177]	[1.021,1.159]	[1.042,1.188]	[1.287,1.733]
älter als 60 Jahre		0.826***	0.827***	0.830***	0.823***
		[0.745,0.915]	[0.745,0.919]	[0.743,0.926]	[0.737,0.919]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)					
geringe Bildung		0.748***	0.817***	0.884*	0.879*
		[0.672,0.832]	[0.732,0.911]	[0.784,0.997]	[0.779,0.992]
mittlere Bildung		0.769***	0.810***	0.845***	0.855***
		[0.721,0.821]	[0.757,0.866]	[0.784,0.910]	[0.793,0.921]
Haushaltseinkommen		1.001	1.002	1.004	1.006
		[0.997,1.006]	[0.998,1.007]	[0.999,1.009]	[0.999,1.013]
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)					
Rentner		0.933	0.903	0.927	0.920
		[0.833,1.045]	[0.804,1.014]	[0.820,1.049]	[0.813,1.040]
erwerbsunfähig		1.370***	1.372***	1.170	1.129
		[1.156,1.625]	[1.151,1.635]	[0.972,1.410]	[0.936,1.361]
arbeitslos		1.109	1.051	0.999	1.081
		[0.957,1.284]	[0.904,1.222]	[0.854,1.169]	[0.843,1.385]
Ausbildung/Studium		1.526***	1.369***	1.221**	1.225**
		[1.340,1.737]	[1.197,1.564]	[1.062,1.403]	[1.065,1.409]
Hausarbeit		0.744***	0.761***	0.856	0.879
		[0.639,0.866]	[0.651,0.889]	[0.728,1.006]	[0.746,1.035]
Wehrdienst		0.723	0.670	0.742	0.774
		[0.332,1.573]	[0.300,1.497]	[0.325,1.694]	[0.337,1.778]
Andere		0.959	0.931	0.978	0.986
		[0.759,1.211]	[0.732,1.185]	[0.762,1.256]	[0.767,1.268]
Vertrauen ins Gesundheitssystem			1.257***	1.274***	1.270***
			[1.215,1.301]	[1.227,1.324]	[1.223,1.320]
Ressourcen werden verschwendet			0.744***	0.809***	0.817***
			[0.722,0.767]	[0.783,0.835]	[0.791,0.844]
nur öffentliche Grundversorgung			0.938***	0.908***	0.915***
			[0.913,0.965]	[0.881,0.935]	[0.888,0.943]
Krankheiten häufig selbst verschuldet			1.028	0.978	1.195***
			[0.996,1.061]	[0.946,1.011]	[1.115,1.279]
gewillt höhere Steuern zu zahlen			1.231***	1.239***	1.039
			[1.201,1.263]	[1.206,1.272]	[0.985,1.095]
Länderdummys (Ref. USA)				Ja	Ja
WST & weiblich (Ref. sozialdemokratisch)					
liberal & weiblich					0.686***
					[0.548,0.859]
konservativ & weiblich					0.693***
					[0.580,0.829]

postkommunistisch & weiblich					0.682*** [0.560,0.830]
WST & arbeitslos (Ref. konservativ)					
liberal & arbeitslos					0.922 [0.561,1.515]
sozialdemokratisch & arbeitslos					1.489 [0.884,2.506]
postkommunistisch & arbeitslos					0.708 [0.497,1.010]
WST & Haushaltseinkommen (Ref. liberal)					
sozialdemokratisch & Haushaltseinkommen					1.000 [0.985,1.015]
konservativ & Haushaltseinkommen					0.997 [0.985,1.010]
postkommunistisch & Haushaltseinkommen					0.996 [0.979,1.013]
WST & rauchen (Ref. postkommunistisch)					
liberal & rauchen					1.143 [0.878,1.490]
konservativ & rauchen					1.599*** [1.326,1.929]
sozialdemokratisch & rauchen					1.395** [1.087,1.789]
WST & gewillt höhere Steuern zu zahlen (Ref. postkommunistisch)					
sozialdemokratisch & gewillt höhere Stern zu zahlen					1.290*** [1.186,1.403]
konservativ & gewillt höhere Stern zu zahlen					1.218*** [1.138,1.303]
liberal & gewillt höhere Steuern zu zahlen					1.357*** [1.242,1.483]
WST & Krankheiten oft selbst verursacht (Ref. postkommunistisch)					
liberal & Krankheiten häufig selbst verursacht					0.836** [0.750,0.933]
konservativ & Krankheiten häufig selbst verursacht					0.767*** [0.706,0.833]
sozialdemokratisch & Krankheiten häufig selbst verursacht					0.720*** [0.643,0.807]
N	18232	18232	18232	18232	18232
Korrigiertes Pseudo R^2 (Mittelwert aus m1 bis m10)	0.012	0.028	0.060	0.111	0.119
LR-Test (Nullmodell Mittelwert aus m1 bis m10)	$Chi^2(4)299.5^{***}$	$Chi^2(17)720.2^{***}$	$Chi^2(22)1621.6^{***}$	$Chi^2(40)2792.3^{***}$	$Chi^2(61)2993.3^{***}$

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.000$; Multiple Imputation (m = 10)

Tabelle 46: Multiple Imputation; ländervergleichende und Fixed-Effekt-Modelle: Einflussfaktoren Akzeptanz Lebensstil als Priorisierungskriterium

	Modell 1	Modell 3	Modell 3	Modell 4	Modell 5
rauchen	0.291***	0.293***	0.292***	0.300***	0.399***
	[0.271,0.313]	[0.273,0.315]	[0.271,0.314]	[0.278,0.323]	[0.349,0.455]
riskanter Alkoholkonsum	0.942	0.923	0.916	0.806***	0.804***
	[0.844,1.051]	[0.826,1.031]	[0.819,1.025]	[0.717,0.906]	[0.716,0.904]
weiblich		0.922**	0.966	0.947	0.955
		[0.873,0.974]	[0.913,1.021]	[0.894,1.003]	[0.902,1.012]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)					
geringe Bildung		0.879**	0.848***	0.780***	0.785***
		[0.799,0.967]	[0.770,0.934]	[0.703,0.865]	[0.708,0.871]
mittlere Bildung		0.979	0.977	0.902**	0.903**
		[0.924,1.038]	[0.921,1.036]	[0.845,0.963]	[0.846,0.964]
Haushaltseinkommen		1.006**	1.005*	1.002	1.002
		[1.001,1.010]	[1.001,1.010]	[0.997,1.006]	[0.997,1.006]
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)					
Rentner		0.950	0.936	0.934	0.937
		[0.888,1.017]	[0.873,1.002]	[0.869,1.003]	[0.872,1.007]
erwerbsunfähig		0.861*	0.877	0.920	0.934
		[0.742,0.999]	[0.755,1.019]	[0.785,1.078]	[0.797,1.095]
arbeitslos		0.789***	0.806**	0.827**	0.829**
		[0.688,0.904]	[0.702,0.926]	[0.717,0.954]	[0.718,0.956]
Ausbildung/Studium		1.083	1.069	1.236***	1.239***
		[0.967,1.211]	[0.954,1.198]	[1.100,1.390]	[1.102,1.394]
Hausarbeit		1.080	1.045	1.070	1.068
		[0.944,1.234]	[0.913,1.196]	[0.928,1.234]	[0.926,1.232]
Wehrdienst		1.648	1.666	1.182	1.193
		[0.842,3.226]	[0.852,3.259]	[0.584,2.392]	[0.586,2.427]
Andere		0.857	0.872	0.799*	0.806
		[0.693,1.060]	[0.704,1.080]	[0.643,0.994]	[0.648,1.002]
Vertrauen ins Gesundheitssystem			0.955**	0.946**	0.947**
			[0.927,0.985]	[0.915,0.978]	[0.916,0.980]
Ressourcen werden verschwendet			1.147***	1.120***	1.119***
			[1.117,1.179]	[1.087,1.153]	[1.087,1.153]
nur öffentliche Grundversorgung			1.077***	1.095***	1.095***
			[1.050,1.105]	[1.066,1.124]	[1.066,1.124]
Krankheiten häufig selbst verursacht			1.202***	1.250***	1.089**
			[1.167,1.237]	[1.212,1.289]	[1.023,1.159]
gewillt höhere Steuern zu zahlen			0.996	0.951***	0.951***
			[0.974,1.019]	[0.928,0.974]	[0.928,0.974]
Länderdummys (Ref. USA)				Ja	Ja
WST & rauchen (Ref. postkommunistisch)					
liberal & rauchen					0.703**
					[0.556,0.888]
konservativ & rauchen					0.731***
					[0.612,0.874]
sozialdemokratisch & rauchen					0.523***
					[0.414,0.660]
WST & Krankheiten oft selbst verursacht (Ref. postkommunistisch)					
liberal & Krankheiten häufig selbst verursacht					1.186***
					[1.074,1.309]
konservativ & Krankheiten häufig selbst verursacht					1.190***
					[1.103,1.284]

sozialdemokratisch & Krankheiten häufig selbst verursacht					1.209*** [1.096,1.333]
N	23814	23814	23814	23814	23814
Korrigiertes Pseudo R^2 (Mittelwert aus m1 bis m10)	23814	23814	23814	23814	23814
LR-Test (Nullmodell Mittelwert aus m1 bis m10)	0.042	0.043	0.060	0.097	0.099

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.000$; Multiple Imputation (m = 10)

Tabelle 47: Multiple Imputation; ländervergleichende und Fixed-Effekt-Modelle: Einflussfaktoren Akzeptanz Alter als Priorisierungskriterien

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5
älter als 60 Jahre	0.896***	0.954	0.925	0.956	0.947
	[0.847,0.947]	[0.873,1.042]	[0.846,1.012]	[0.872,1.047]	[0.865,1.038]
weiblich		0.899***	0.932**	0.933**	0.934*
		[0.854,0.948]	[0.884,0.982]	[0.884,0.983]	[0.886,0.985]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)					
geringe Bildung		0.930	0.908*	0.931	0.933
		[0.847,1.022]	[0.826,0.999]	[0.842,1.029]	[0.844,1.031]
mittlere Bildung		0.933*	0.939*	0.955	0.953
		[0.883,0.986]	[0.888,0.993]	[0.899,1.015]	[0.897,1.013]
Haushaltseinkommen		1.005*	1.005*	1.003	1.003
		[1.001,1.010]	[1.000,1.009]	[0.999,1.008]	[0.999,1.008]
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)					
Rentner		0.966	0.977	0.924	0.927
		[0.876,1.066]	[0.885,1.079]	[0.835,1.022]	[0.838,1.025]
erwerbsunfähig		0.874	0.915	1.001	1.001
		[0.757,1.009]	[0.792,1.058]	[0.862,1.163]	[0.861,1.162]
arbeitslos		0.983	1.012	0.974	0.973
		[0.868,1.114]	[0.893,1.148]	[0.857,1.106]	[0.857,1.106]
Ausbildung/Studium		1.261***	1.251***	1.268***	1.276***
		[1.130,1.406]	[1.120,1.397]	[1.134,1.417]	[1.141,1.427]
Hausarbeit		0.990	0.971	0.935	0.937
		[0.867,1.129]	[0.850,1.108]	[0.817,1.071]	[0.818,1.073]
Wehrdienst		1.502	1.482	1.285	1.276
		[0.782,2.883]	[0.770,2.853]	[0.666,2.479]	[0.661,2.465]
Andere		1.023	1.042	1.038	1.044
		[0.838,1.249]	[0.853,1.273]	[0.848,1.271]	[0.853,1.279]
Vertrauen ins Gesundheitssystem			1.021	1.009	1.010
			[0.992,1.051]	[0.978,1.041]	[0.979,1.042]
Ressourcen werden verschwendet			1.129***	1.120***	1.177***
			[1.100,1.159]	[1.089,1.152]	[1.134,1.221]
nur öffentliche Grundversorgung			1.067***	1.063***	1.063***
			[1.042,1.093]	[1.037,1.089]	[1.037,1.089]
Krankheiten häufig selbst verschuldet			1.069***	1.091***	1.089***
			[1.040,1.099]	[1.061,1.122]	[1.059,1.121]
gewillt höhere Steuern zu zahlen			0.989	0.988	0.994
			[0.968,1.011]	[0.967,1.011]	[0.972,1.016]
Länderdummys (Ref. USA)				Ja	Ja
WST & Ressourcenverschwendung (Ref. konservativ)					
sozialdemokratisch & Ressourcenverschwendung					0.988
					[0.923,1.058]
liberal & Ressourcenverschwendung					0.928
					[0.769,1.120]
postkommunistisch & Ressourcenverschwendung					0.845***
					[0.795,0.900]
N	23791	23791	23791	23791	23791
Korrigiertes Pseudo R^2 (Mittelwert aus m1 bis m10)	0.000	0.002	0.009	0.018	0.018
LR-Test (Nullmodell Mittelwert aus m1 bis m10)	$Chi^2(1)14.6^{***}$	$Chi^2(12)70.7^{***}$	$Chi^2(17)281.2^{***}$	$Chi^2(35)581.0^{***}$	$Chi^2(4)601.6^{***}$

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.000$; Multiple Imputation (m = 10)

Tabelle 48: Multiple Imputation; ländervergleichende und Fixed-Effekt-Modelle: Einflussfaktoren Akzeptanz familiäre Verantwortung als Priorisierungskriterium

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
minderjährige Kinder	1.058	1.158***	1.165***	1.328***
	[0.986,1.135]	[1.077,1.245]	[1.083,1.253]	[1.225,1.439]
weiblich		0.831***	0.856***	0.855***
		[0.788,0.878]	[0.811,0.904]	[0.809,0.904]
Bildungsgrad (Ref. hohe Bildung)				
geringe Bildung		1.333***	1.299***	1.324***
		[1.214,1.464]	[1.182,1.428]	[1.196,1.465]
mittlere Bildung		1.166***	1.160***	1.147***
		[1.101,1.236]	[1.094,1.230]	[1.077,1.223]
Haushaltseinkommen		1.000	1.000	1.000
		[0.996,1.003]	[0.996,1.003]	[0.997,1.003]
Erwerbsstatus (Ref. erwerbstätig)				
Rentner		1.540***	1.526***	1.577***
		[1.440,1.647]	[1.426,1.633]	[1.471,1.691]
erwerbsunfähig		1.421***	1.423***	1.472***
		[1.235,1.635]	[1.235,1.640]	[1.268,1.709]
arbeitslos		1.233**	1.246***	1.174*
		[1.085,1.402]	[1.095,1.417]	[1.029,1.339]
Ausbildung/Studium		1.023	1.011	0.972
		[0.913,1.147]	[0.900,1.134]	[0.864,1.094]
Hausarbeit		1.495***	1.454***	1.372***
		[1.311,1.705]	[1.274,1.660]	[1.197,1.574]
Wehrdienst		0.821	0.819	0.769
		[0.405,1.665]	[0.403,1.667]	[0.376,1.576]
Andere		1.309**	1.331**	1.401**
		[1.069,1.603]	[1.085,1.631]	[1.139,1.724]
Vertrauen ins Gesundheitssystem			0.971*	1.009
			[0.942,1.000]	[0.977,1.042]
Ressourcen werden verschwendet			1.017	1.041**
			[0.990,1.044]	[1.012,1.071]
nur öffentliche Grundversorgung			1.145***	1.099***
			[1.118,1.173]	[1.072,1.127]
Krankheiten häufig selbst verursacht			1.115***	1.119***
			[1.083,1.148]	[1.086,1.154]
gewillt höhere Steuern zu zahlen			1.014	1.025*
			[0.991,1.037]	[1.002,1.050]
Länderdummys (Ref. USA)				Ja
N	24011	24011	24011	24011
Korrigiertes Pseudo R^2 (Mittelwert aus m1 bis m10)	0.000	0.011	0.019	0.042
LR-Test (Nullmodell Mittelwert aus m1 bis m10)	$Chi^2(1)2.41$	$Chi^2(12)348.9^{***}$	$Chi^2(18)598.4^{***}$	$Chi^2(36)1305.3^{***}$

Koeffizienten sind Odds Ratios; 95 % Konfidenzintervall in eckigen Klammern; Signifikanzniveaus* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.000$; Multiple Imputation (m = 10)