

Aus der Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin  
(Prof. Dr. med. C. Wieseemann)  
im Zentrum Ethik und Geschichte der Medizin  
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Analyse eines Bürgerbeteiligungsverfahrens zu ethisch-politischen Fragen der  
Verteilung von Gesundheitsgütern - Vergleich der inhaltlichen Ergebnisse der  
Lübecker Konferenz mit einer kanadischen *citizens jury* zu diesem  
Themenkomplex**

INAUGURAL – DISSERTATION  
zur Erlangung des Doktorgrades

der Medizinischen Fakultät der  
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von  
Mirjam Hauschildt

aus  
Hannover

Göttingen 2012

**Dekan: Prof. Dr. H. K. Kroemer**

**I. Berichterstatterin: Prof. Dr. S. Schicktanz**

**II. Berichterstatter/in: Prof. Dr. T. Meyer**

**III. Berichterstatter/in: Prof. Dr. Oppermann**

**Tag der mündlichen Prüfung: 03.04.2013**

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>5</b>
1.2 Ablauf und Hintergründe der Lübecker Bürgerkonferenz.....	10
<b>2. Methoden</b> .....	<b>12</b>
2.1 Qualitative Forschung.....	14
2.2 Nicht teilnehmende Beobachtung.....	16
2.2.1 Beobachtung.....	17
2.2.2 Nicht teilnehmende Beobachtung.....	17
2.2.3 Direkte und Offene Beobachtung.....	18
2.2.4 Beobachtungssituation.....	19
2.2.5 Planung der Beobachtung.....	20
2.2.6 Reflexion der Beobachtungsplanung und Durchführung .....	21
2.3 Inhaltsanalyse erhobener Daten bei einem Diskurs.....	23
2.3.1 Qualitative Inhaltsanalyse.....	25
2.3.2 Was ist ein Diskurs?.....	26
2.3.2.1 Die Rahmenbedingungen des Bürgerdiskurses in Lübeck.....	27
2.3.3 Die Diskursethik.....	29
2.3.3.1 Diskursregeln auf drei Ebenen und der ideale Diskurs.....	30
2.3.3.2 Vier Geltungsansprüche der Kommunikation.....	32
2.3.3.3 Konsensstheorie bzw. Diskurstheorie der Wahrheit.....	32
2.3.4 Die Analyse der Materialien der Bürgerkonferenz in Lübeck.....	33
<b>3. Theoretischer Rahmen zur Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen</b> .....	<b>36</b>
3.1 Gesundheitssystem in Deutschland.....	37
3.1.1 Der gesetzliche Rahmen.....	38
3.1.2 Die Versicherungen.....	39
3.1.2.1 Probleme des Systems.....	39
3.1.3 Die Akteure und ihre Einflussnahmemöglichkeiten.....	40
3.2 Die verschiedenen Rollen eines Bürgers.....	41
3.2.1 Steuerzahler und Beitragszahler.....	42
3.2.2 Patient.....	42
3.2.3 Bürger.....	43
3.3 Bürgerbeteiligungsmodelle.....	44
3.3.1 Citizens Jury.....	44
3.3.2 Konsensuskonferenz/Bürgerkonferenz/Publiforum.....	46
3.3.3 Vergleich der Modelle.....	48
3.3.3.1 Gemeinsamkeiten und Unterschiede.....	48
3.4 Warum Bürgerbeteiligung?.....	49
3.4.1 Legitimation.....	50
3.4.2 Betroffenheit.....	50
3.4.3 Transparenz.....	51
3.4.4 Alltagssicht.....	51
3.4.5 Erfahrungskompetenz.....	52
3.4.6 Emotionalität.....	52
3.4.7 Repräsentativität.....	52
3.4.8 Verständigung.....	53
3.4.9 Kommunikation mit Experten.....	54
3.4.10 Beeinflussung von Bürgerbeteiligungsverfahren.....	55
3.4.11 Kosten.....	55
3.4.12 Zusammenfassung.....	56
<b>4. Priorisierung im Gesundheitswesen</b> .....	<b>56</b>
4.1 Fachdiskussion in Deutschland.....	58

4.2 Fachdiskussion allgemein.....	60
4.2.1 Innerhalb der Fachdebatte gestellte theoretische Grundfragen.....	62
4.2.2 Innerhalb der Fachdebatte diskutierte Kriterien.....	66
4.3 Länderspezifische Eckpunkte der Debatten bestimmter Länder .....	69
<b>5. Auswertung und Analyse der Lübecker Bürgerkonferenz.....</b>	<b>77</b>
5.1. Erster Analyseschritt: Kriterien eines idealen Diskurses.....	78
5.1.1. Erstes Wochenende - Kennenlernen und Themeneinstieg.....	78
5.1.2 Zweites Wochenende - Inhaltliche Diskussionen und erste Expertenbefragung.....	82
5.1.3 Drittes Wochenende – Wissenszuwachs durch Expertenbefragungen.....	85
5.1.4 Viertes Wochenende – letzte Expertenbefragungen und Schreiben des Votums.....	88
5.1.5 Zusammenfassung aller vier Wochenenden als Gesamtprozess.....	91
5.2 Zweiter Analyseschritt: Beeinflussende Faktoren.....	93
5.2.1 Erstes Wochenende – Gruppendynamische Vorgänge und Transparenzbemühungen....	94
5.2.2 Zweites Wochenende – Einfluss des Moderators und eines Beobachters.....	95
5.2.3 Drittes Wochenende – Begrenzter Einfluss durch Experten.....	97
5.2.4 Viertes Wochenende – Keine Weiterentwicklung.....	97
5.2.5 Zusammenfassung der Entwicklungen zu den beeinflussenden Faktoren an den vier Wochenenden als Gesamtprozess.....	98
5.3 Dritter Analyseschritt: Inhalt.....	100
5.3.1 Erstes Wochenende – Entwicklung erster Ansätze.....	100
5.3.1.1 Kriterien, Metakriterien und übergeordnete Prinzipien.....	101
5.3.1.2 Inhaltliche Fragen.....	104
5.3.2 Zweites Wochenende – Weiterentwicklung von Kriterien und Fragen.....	105
5.3.2.1 Kriterien, Metakriterien und übergeordnete Prinzipien.....	105
5.3.2.2 Fragenvorbereitung für die Expertenbefragungen.....	111
5.3.2.3 Ergebnisse der ersten Expertenbefragung.....	114
5.3.3 Drittes und viertes Wochenende – Inhaltliche Vertiefung durch Expertenbefragungen	115
5.3.3.1 Grundwerte.....	116
5.3.3.2 Kriterien.....	119
5.3.3.3 Entwicklung durch die Expertenbefragungen.....	120
5.3.4 Votum - Das Endergebnis.....	121
5.3.4.1 Grundwerte.....	122
5.3.4.2 Kriterien.....	125
5.3.4.3 Empfehlungen.....	129
5.4 Zwischenergebnis.....	130
<b>6. Kanada.....</b>	<b>132</b>
6.1. Das kanadische Gesundheitssystem.....	132
6.1.1 Der gesetzliche Rahmen.....	133
6.1.2 Die Versicherungen.....	133
6.1.3 Die Akteure und ihre Einflussnahmemöglichkeiten.....	134
6.2 Beschreibung des Bürgerbeteiligungsverfahrens.....	135
6.2.1 Ablauf.....	135
6.2.2 Inhaltliche Ergebnisse.....	136
6.3 Auswertung des Bürgerbeteiligungsverfahrens.....	138
<b>7. Vergleich der inhaltlichen Konferenzergebnisse.....</b>	<b>140</b>
7.1 Vergleich der Kriterien.....	140
7.2 Vergleich der Grundwerte.....	144
7.3 Zwischenergebnis.....	145
<b>8. Abschließende Diskussion.....</b>	<b>146</b>
<b>9. Anhang: Protokolle und Bürgervotum.....</b>	<b>151</b>
<b>10. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>192</b>

# 1. Einleitung

„Ich halte von der Diskussion über Priorisierung nichts. [...] Ich kann eine solche Rangfolge auch mit meinen ethischen Vorstellungen als Arzt nicht in Einklang bringen. [...] Ich bin auch nicht bereit diese Diskussion zu führen“ (Rieser und Stüwe 2010, Seite A-215). Dieser Art äußerte sich Dr. med. Philipp Rösler in seinem damaligen Amt 2010 als Bundesminister für Gesundheit in einem Interview im Deutschen Ärzteblatt über das Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“.

Diese Äußerung eines derzeit führenden Politikers macht deutlich, dass die Diskussion zur Priorisierung im Gesundheitswesen in Deutschland noch nicht gerne geführt wird. Politiker tun sich teilweise sehr schwer, eine führende Rolle innerhalb der Priorisierungsdebatte oder einer Rationierungsdebatte zu übernehmen. „Politicians have generally been unwilling to accept a leadership role in rationing debates, preferring to propagate the idea that all demands for health care could be met if only efficiency could be increased (Coulter 2003, Seite 1). Auch der momentane Gesundheitsminister Daniel Bahr ließ über seinen Ministeriumssprecher verlauten: „Das Bundesgesundheitsministerium macht sich eine Priorisierung im Gesundheitssystem nicht zu eigen. Alle Menschen müssen auch künftig Zugang zu einer hochwertigen medizinischen Versorgung haben“<sup>1</sup>. Diese Aussage enthält zwei entscheidende Aspekte. Zum einen wird darin die Nutzung von Priorisierung im deutschen Gesundheitssystem trotz zur Zeit bestehender Probleme generell verneint und zum anderen wird behauptet, dass innerhalb von Priorisierung keine erstklassige Versorgung von Patienten mehr möglich sei. Aber ist das richtig?

Weitestgehende Einigkeit besteht in Deutschland zunächst einmal darüber, dass die derzeitige Situation im deutschen Gesundheitssystem schwierig ist. Immer höhere Ausgaben (Wohlgemuth et al. 2009, Seite 2-4) und niedrigere Einnahmen (ZEKO 2000, Seite 1017) sorgen dafür, dass in der Zukunft zu erwarten ist, dass nicht mehr alle möglichen Leistungen im Gesundheitssektor erbracht werden können (Huster 2006, Seite 122). Die Medizinerin Bettina Schöne-Seifert äußert sich zu den im Gesundheitssystem möglichen Leistungen folgendermaßen: „Ein Festhalten daran, dass eine gute medizinische Grundversorgung für jeden – unabhängig von seinem Geldbeutel – zugänglich sein soll, ist seinerseits ein gewichtiges ethisches Postulat, das sich eben in Zukunft nur um den Preis gewisser Leistungsbegrenzungen wird realisieren lassen“ (Schöne-Seifert 2011, Seite 584). Um nicht unvorbereitet in eine Situation der Mittelknappheit zu geraten, bei der dann plötzlich und undurchdacht Leistungen wegfallen müssen, wäre es hilfreich, heute über Lösungen für die bestehenden Probleme nachzudenken (Groß 2010, Seite 74-77). Eine Lösungsmöglichkeit könnte die Priorisierung im Gesundheitswesen darstellen. Nach Auffassung von Gudrun Schaich-Walch und Jürgen Bausch ist sogar gerade im Moment wegen des 2011 erwirtschafteten Überschusses der Krankenkassen ein sehr guter Zeitpunkt, über Priorisierung zu diskutieren (Schaich-Walch und Bausch 2011, Seite 5). „Dies wäre eine

---

<sup>1</sup> <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=46012> (Stand: 22.03.2012)

komfortable Situation, ohne aktuellen Kostendruck die notwendige Debatte zu beginnen. Nichts wäre schlimmer, als diese Diskussion unter dem Diktat bereits knapper Mittel beginnen zu müssen“ (Schaich–Walch und Bausch 2011, Seite 5). Zunächst sind dahingehend aber noch einige Fragen zu klären. Was bedeutet Priorisierung im Gesundheitswesen? Innerhalb der bisherigen Debatte bestehen unterschiedliche Ansätze, den Priorisierungsbegriff zu definieren. Wäre eine Debatte über Priorisierung in Deutschland notwendig und weiterführend? Hat der Gesundheitsminister Daniel Bahr recht damit, dass Priorisierung bedeuten würde, dass die Patienten in Deutschland keine „hochwertige medizinische Versorgung“ mehr bekommen würden<sup>2</sup>? Welche Möglichkeiten birgt eine Priorisierungsdebatte? Und von wem sollte sie geführt werden? Bei einigen dieser Fragen handelt es sich um wichtige Probleme aus Sicht der Medizinethik, die sich nicht nur mit dem Arzt-Patienten-Verhältnis beschäftigt, sondern auch mit weitgreifenden Entwicklungen im Gesundheitssystem.

Die Bioethik reflektiert den menschlichen Umgang mit der belebten Umwelt, dem Leben und medizinischen Anwendungen (Schramme 2002, Seite 8-10). Ein Bereich der Bioethik ist die Medizinethik, welche sich damit auseinandersetzt, welche sittlichen Normsetzungen für das Gesundheitswesen gelten sollen (Schulz et al. 2006, Seite 9-13). Diese Arbeit ist deshalb eine medizinethische Untersuchung, weil sie sich im Zusammenhang mit der Priorisierung im Gesundheitswesen unter anderem damit befasst, welche Normen aus Sicht von Bürgern als Grundlage für Ressourcenverteilungsentscheidungen im Gesundheitswesen dienen könnten.

Eine bestehende Auffassung die Priorisierung betreffend ist, dass eine Priorisierungsdebatte im Gesundheitswesen die Möglichkeit birgt, den derzeit knappen Kassen im Gesundheitswesen und den Finanzierungsproblemen zu begegnen (Schaich-Walch und Bausch 2011, Seite 4). Innerhalb dieser Debatte können Grundsätze und Kriterien festgelegt werden, anhand derer bestimmte Leistungen priorisiert und andere posteriorisiert werden. Dies brächte die Konsequenz, dass bestimmte Leistungen, die als weniger wichtig identifiziert würden, bei fehlenden finanziellen Mitteln wegfallen könnten.

Obwohl die Priorisierungsdebatte, wie zu Beginn dieser Arbeit angedeutet, innerhalb der deutschen Politik vermieden wird, werden die Rufe nach einer solchen Diskussion an anderer Stelle laut. Beispielsweise hatte der 2011 verstorbene Bundesärztekammer-Präsident Jörg-Dietrich Hoppe seit einigen Jahren die Diskussion über die Priorisierung im Gesundheitswesen gefordert<sup>3</sup>. Auch der derzeitige Präsident der Bundesärztekammer Dr. Frank Ulrich Montgomery fordert „ehrliche Priorisierung“ statt „heimlicher Rationierung“ (Montgomery 2011, Seite 580). Er spricht sich somit für eine transparente Diskussion über die Vor- und Nachrangigkeit von medizinischen Leistungen aus, anstatt für die Bürger nicht nachvollziehbare Kürzungen von Leistungen vorzunehmen.

Bei vielen Personen, die über Priorisierung nachdenken, besteht die Überzeugung, dass es notwendig

---

2 <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=46012> (Stand: 22.03.2012)

3 <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=46012> (Stand: 22.03.2012)

und hilfreich ist, die Bürger in die Debatte miteinzubeziehen. Erst durch ihre Beteiligung an der Debatte könnten Akzeptanz und Vertrauen in der Bevölkerung geschaffen werden (Diederich et al. 2009, Seite 654). Außerdem sei durch die Beteiligung von Bürgern eine inhaltliche Bereicherung der Debatte möglich (Renn 1999, Schicktanz 2006). Es gibt Studien, die ergaben, dass Bürger unter bestimmten Umständen zu einer differenzierten Meinungsbildung fähig sind. „These results suggest that the public’s views about setting priorities in health care are systematically different when they have been given an opportunity to discuss the issues“ (Dolan et al. 1999, Seite 918).

Derzeitige gesellschaftlich politische Entwicklungen sind ein weiteres Argument dafür den, Versuch zu unternehmen Bürger an der Priorisierungsdiskussion zu beteiligen. Viele Bürger streben in unterschiedlichen Bereichen nach mehr Mitbestimmung und wollen gehört werden. Sie verstehen sich zunehmend als selbstbestimmte Individuen, die sich auf verschiedene Weise über Themen informieren. Bevormundung, Hierarchien oder erklärungsloses Vorgehen beispielsweise von Regierenden werden von einigen nicht ohne weiteres akzeptiert. Der Berliner Historiker Paul Nolte vermutet sogar, dass Deutschland auf dem Weg zu einer „partizipatorischen Demokratie“ ist (Nolte 2004). Die Bürger gehen auf die Straße, um ihre Überzeugungen zu vermitteln und akzeptieren es nicht, von den Entscheidungsträgern unbeachtet zu bleiben. Dieser Mitwirkungswille vieler Bürger spiegelt sich in jüngster Vergangenheit zum Beispiel bei den Protesten gegen „Stuttgart 21“ (Roth 2011, Seite 47), die Macht der Finanzmärkte (Occupy Wall Street) oder in der Atomdebatte wider<sup>4</sup>, bei denen viele Menschen entgegen den bestehenden Beschlüssen und Regeln durch Zusammenschluss und öffentliche Proteste ihrer Meinung Ausdruck verliehen haben.

Dieses Bürgerverhalten scheint einen verbreiteten Willen der Bürger zur stärkeren Mitsprache bei politischen Entscheidungen zu verdeutlichen. Der Politikwissenschaftler Claus Leggewie stellt fest, dass gerade in jüngster Zeit das Drängen auf direkte Beteiligung in Deutschland noch intensiver geworden ist (Leggewie 2011a). Trotz der großen Komplexität einiger Problemfelder scheint ein Interesse in der Gesellschaft für diese Probleme und diesbezüglich mögliche Lösungen zu bestehen.

Die seit einigen Jahren stetig zurückgehende Wahlbeteiligung<sup>5</sup> könnte eine Reaktion sein, die aus der Unzufriedenheit mit momentanen politischen Prozessen resultiert (Roth 2011, Seite 47). Möglicherweise reicht die Wahl von Volksvertretern für viele Bürger nicht mehr aus und sie sehen in dieser Form der Beteiligung nicht genug Einflussmöglichkeiten. Wie aber kann man Bürger an komplexen Entscheidungen beteiligen? Und wie ist die Beteiligung von Bürgern innerhalb einer politisch-ethischen Debatte über die Medizin möglich?

Aus meiner Auffassung heraus, dass die Priorisierungsdebatte zur Zeit aus den genannten Gründen große Aktualität besitzt, und dass es besonders wichtig ist, alle innerhalb des Gesundheitssystems

---

4 <http://www.cio.de/news/wirtschaftsnachrichten/2299921/> (Stand: 02.01.2012)

5 <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,651601,00.html> (Stand: 22.03.2012)

betroffenen Gruppen miteinzubeziehen, ist die Idee zu dieser Arbeit entstanden. Es sollte nicht nur die Fachdiskussion über die Priorisierung vorangetrieben werden, sondern die Beschäftigung dieser Arbeit mit dem Thema Priorisierung ist motiviert von der Überzeugung, dass die Einbeziehung von Bürgern wichtig und sinnvoll ist, weil diese diejenigen sind, die von möglichen Änderungen betroffen wären. Außerdem könnte die Einbeziehung von Bürgern in Entscheidungsprozesse Transparenz fördern, weil einzelne Argumente und Entscheidungsschritte für die Bürger im Rahmen einer Beteiligung offengelegt werden müssten und bei Bürgern ein Interesse daran besteht beteiligt zu werden (Diederich und Schreier 2009, Seite 111-113.). Allerdings braucht es zur Partizipation von Bürgern ein Verfahren, in dem sich die Bürger über ein sehr komplexes Thema wie Priorisierung informieren können, um dann zu einer informierten Meinungsbildung zu kommen. Aus diesem Grund werden innerhalb dieser Arbeit die Themen Bürgerbeteiligung und Priorisierung im Gesundheitswesen genauer beleuchtet und die Analyse von zwei Bürgerbeteiligungsverfahren, die in Lübeck und Kanada zum Thema Priorisierung im Gesundheitswesen stattgefunden haben, vorgenommen. Das Hauptaugenmerk wird dabei auf dem Lübecker Verfahren liegen, dessen Ablauf und weitere Hintergründe im nächsten Kapitel beschrieben werden.

„Priorisierung im Gesundheitswesen“ im Zusammenhang mit „Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen“ stellen die Themenschwerpunkte dieser Arbeit dar. Es wird zur Beantwortung der in dieser Arbeit gestellten Fragen einen theoretischen und einen empirischen Teil geben. Im folgenden Methodenteil werden die innerhalb dieser Arbeit angewendeten Methoden dargestellt, erläutert und ihre Limitierungen diskutiert.

Das dritten Kapitel ist eine Beschäftigung mit dem Thema Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen. Um einen Rahmen für das danach Folgende zu schaffen, wird zunächst das deutsche Gesundheitssystem kurz erläutert. Anschließend wird die Forschungsfrage beantwortet, ob, und wenn ja, warum gerade Menschen in ihrer Rolle als Bürger prädestiniert dafür sind, an gesundheitspolitischen Entscheidungsfindungen beteiligt zu werden. Außerdem werden theoretische Hintergrundannahmen geklärt, welche Merkmale bestimmte für diese Arbeit relevante Bürgerbeteiligungsverfahren kennzeichnen, und warum Bürger bei Diskussionen im Gesundheitswesen beteiligt werden sollten.

Im vierten Kapitel wird dann die Priorisierung im Gesundheitswesen thematisiert. Innerhalb dieses Kapitels soll die Forschungsfrage beantwortet werden, wie der derzeitige Stand der Debatte in ausgewählten anderen westlichen Ländern ist, die sich schon längere Zeit mit dieser Thematik beschäftigen. Außerdem wird der jetzige Stand der Debatte in Deutschland erläutert und dabei die Frage bearbeitet, ob die Priorisierungsdebatte notwendig ist, und welche Möglichkeiten sie birgt. Diese theoretischen auf Literaturrecherche gestützten Abschnitte dienen als Grundlage für den dann folgenden empirischen Hauptteil dieser Arbeit.

Den Hauptteil wird die Beschäftigung mit der Sicht von Bürgern auf die Priorisierungsdiskussion ausmachen. Ein möglicher Bürgerbeteiligungsweg wurde für die Priorisierungsdebatte in Form eines Bürgerbeteiligungsverfahrens beschrrieben: Eine Bürgerkonferenz in Lübeck. Exemplarisch wird innerhalb dieser Arbeit in Kapitel fünf diese Bürgerbeteiligungsvariante analysiert.

Innerhalb des fünften Kapitels sollen anhand der bei der Analyse erarbeiteten Ergebnisse die zentralen Forschungsfragen genauer erörtert werden: Welche Ergebnisse bringt die Lübecker Bürgerkonferenz und wie sind diese Ergebnisse in die gesamte Debatte zur Priorisierung einzuordnen? Bringen die Ergebnisse der Lübecker Konferenz neue Aspekte in die Debatte? Haben sie eine Bedeutung für weitere Diskussionen zu diesem Thema? Ist Bürgerbeteiligung in Form von Bürgerbeteiligungsverfahren in der Priorisierungsdebatte sinnvoll und weiterführend?

Anschließend an diese exemplarische Analyse eines Bürgerbeteiligungsverfahrens stellt sich die Frage, ob die Erkenntnisse der Lübecker Bürger sehr lokal oder auch zufällig und damit in anderer Bürgerkonstellation nicht wiederholbar sind, oder ob es Ergebnisse gibt, die auch andere Bürgergruppen gleichermaßen herausarbeiten würden bzw. herausgearbeitet haben. Um diese Frage zumindest näherungsweise beantworten zu können, wird im sechsten Kapitel zunächst als Grundlage kurz das kanadische Gesundheitssystem und danach ein Bürgerbeteiligungsverfahren in Kanada zu einem ähnlichen Thema wie das der Lübecker Konferenz dargestellt. Für die Klärung der Frage, ob es möglich ist, die Lübecker Ergebnisse als allgemeinere Tendenz von vielen Bürgern in westlichen industrialisierten Ländern zu dieser Debatte aufzufassen, werden die Ergebnisse des kanadischen Bürgerbeteiligungsverfahrens mit den erlangten Ergebnissen der Lübecker Konferenz in Kapitel sieben verglichen. Die kanadischen Bürger sind in einem anderen System und mit anderen Erfahrungen in ihr Verfahren hineingegangen. Unter diesen unterschiedlichen Voraussetzungen könnten gerade Übereinstimmungen in den Ergebnissen ein Hinweis auf ein länderübergreifendes Bürgerinteresse sein. Auf Grundlage der Analyseergebnisse der Lübecker Bürgerkonferenz und des Vergleichs der Ergebnisse der kanadischen und der Lübecker Konferenz wird die entscheidende Frage zu klären sein, ob und wenn ja, wie die Ergebnisse der Lübecker Bürgerkonferenz zum Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“ in der Gesamtdebatte sinnvoll und weiterführend einzuordnen sind.

Im achten Kapitel werden dann die wichtigsten Fragen dieser Arbeit nach der Sinnhaftigkeit von Bürgerbeteiligungsverfahren innerhalb der Priorisierungsdebatte und die Relevanz der Ergebnisse der Lübecker Bürger für die bestehende Priorisierungsdiskussion und die Erkenntnisse aus dem Vergleich mit den kanadischen Ergebnissen diskutiert. Somit nimmt die Lübecker Bürgerkonferenz eine entscheidende Position innerhalb dieser Arbeit ein und wird deswegen im folgenden Abschnitt genauer beschrieben. Dabei werden sowohl der genaue Ablauf der Konferenz erläutert als auch weitere Hintergrundinformationen zur Entstehung und zu den teilnehmenden Experten gegeben.

## **1.2 Ablauf und Hintergründe der Lübecker Bürgerkonferenz**

Von dem Institut für Sozialmedizin in Lübeck wurden im Jahr 2009 zweimal und im Jahr 2010 einmal Fragebögen, die sich mit dem Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“ beschäftigen, an zufällig ausgewählte Haushalte in der Stadt Lübeck verschickt. Unter anderem enthielten die 3000 Fragebögen 2010 die Frage, ob grundsätzlich Interesse an der Beteiligung bei einem Bürgerbeteiligungsverfahren bestehe, und ob die Bürger in einem konkreten Zeitraum von Mai bis Juli desselben Jahres an vier Wochenenden Zeit hätten.

Die Rückantwortenden, die Interesse an einer Konferenzteilnahme signalisierten, wurden zunächst erneut informiert und um Antwort, ob weiterhin Interesse besteht, gebeten. Die sich daraufhin Meldenden wurden nach Kriterien wie Geschlecht und Alter vorsortiert und dann wurden 24 Teilnehmer ausgelost. Alle Teilnehmer bekamen anschließend noch einmal einen Anruf, bei dem sie über ihre Teilnahmemöglichkeit informiert wurden. Außerdem wurden sie noch einmal schriftlich mit erstem Informationsmaterial versorgt und für das erste Wochenende eingeladen. Am 7.-8. Mai 2010 kamen die Bürger dann das erste Mal zu einem Konferenzwochenende zusammen. Zu diesem Datum erschienen 21 Bürger, wovon ein weiterer Bürger nach dem ersten Wochenende ausstieg. Somit nahmen 7 Frauen und 13 Männer an allen Konferenzwochenenden teil. Das erste Wochenende diente in erster Linie dem gegenseitigen Kennenlernen und dem Einstieg in das zu bearbeitende Thema.

Am Samstag (08.05.2010) wurden den Bürgern verschiedene Szenarien unterbreitet, bei denen sie sich mit vorgegebenen Problemen der Prioritätensetzung auf der klinischen Ebene und später auf der Ebene der regionalen medizinischen Versorgung beschäftigen sollten. Diese Szenarien beinhalteten beispielsweise den Auftrag an die Bürger sich vorzustellen, sie seien ein Arzt und müssten entscheiden, welcher von vier verschiedenen Personen ein Organ bekommen sollte. Für ihre Entscheidung erhielten sie eine Beschreibung der vier Personen, ihrer Lebenssituationen und ihres Krankheitszustandes. Aus der Beschäftigung mit diesen Szenarien wurden erste Kriterien und Gedankenansätze entwickelt, welche bei der Priorisierung im Gesundheitswesen eine Rolle spielen könnten. Außerdem ergaben sich aus diesen Überlegungen erste Fragen zum deutschen Gesundheitssystem und zum Priorisierungsbegriff. Begleitet wurde der Prozess die ganze Zeit über von einer jungen Moderatorin und einem Moderator mit Erfahrungen als Mediator. Es bestand das Angebot für alle Teilnehmer, unterschiedliche Literatur zum Thema „Priorisierung“ von den Organisatoren kopiert zu bekommen, um diese zu Hause zwischen den Konferenzwochenenden zu lesen. Außerdem wurde den Bürgern nahegelegt, aber freigestellt, zu Hause im Eigenstudium weiteres Wissen zum Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“ zu erlangen.

Das zweite Konferenzwochenende fand vom 28.-29. Mai 2010 statt und begann mit der Einordnung der am vorherigen Wochenende erarbeiteten Kriterien in Gruppen, die noch einmal in die Kategorien *Kriterien*, *Metakriterien* und *übergeordnete Prinzipien* eingeordnet wurden. Außerdem wurde das

Votum einer Dresdener Bürgerkonferenz zu einem anderen Thema gelesen und die Form und Struktur als mögliches Beispiel für das eigene Lübecker Votum besprochen.

Am Samstag (29.05.2010) fand die erste Expertenbefragung mit einigen vorher zusammengestellten Fragen statt. Der Mitarbeiter des Sozialmedizinischen Instituts in Lübeck, Dr. Thorsten Meyer, wurde von den Bürgern zur Priorisierung allgemein befragt. Diese Expertenbefragung diente der Erprobung des Fragenkonzeptes und der Übung einer Expertenbefragung. Danach suchten die Bürger Experten aus den unterschiedlichsten Bereichen aus den Vorschlägen der Organisatoren heraus und nahmen die Zuordnung der vorher erarbeiteten und gesammelten Fragen zu den jeweiligen Experten vor.

Von den Bürgern wurden für die Befragung der Experte Dr. Christoph Rehmann-Sutter, ein Schweizer Bioethiker und langjähriger Präsident der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humangenetik, als Ethikexperte ausgewählt. Für Informationen aus dem Bereich der Priorisierungsdebatte in Schweden wurde der Experte Dr. Jörg Carlsson eingeladen, der viele Jahre als Arzt in Schweden praktiziert hat. Prof. Dr. Jans Martin Träger wurde von den Bürgern für den Bereich der Medizin eingeladen, weil dieser als praktizierender Allgemeinmediziner über Informationen über das derzeit bestehende System der ärztlichen Versorgung verfügt. Informationen im Bezug auf das Gesundheitssystem und seine aktuelle Situation erhofften sich die Bürger von dem Experten Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel, der als Transplantationsmediziner Erfahrungen in Bezug auf Priorisierungsentscheidungen hat und außerdem Mitglied des Deutschen Ethikrats ist. Von der Politikwissenschaftlerin Dr. Claudia Landwehr erwarteten sich die Bürger Expertenaussagen zum politischen System. Dr. Andreas Gerber sollte als Experte zum Thema Wirtschaftlichkeit sprechen und der Rechtswissenschaftsprofessor Dr. Felix Welti sollte den Bürgern Informationen zum Bereich des Rechts geben.

Das dritte Konferenzwochenende fand vom 18.-19. Juni 2010 statt. Die Bürger befragten am Freitag (18.06.2010) die Experten zum Bereich der Ethik und zum Bereich der Priorisierung in Schweden. Am Samstag (19.06.2010) folgte die Befragung der Experten in den Bereichen Medizin, System und die aktuelle Situation und Politikwissenschaft.

Das vierte Konferenzwochenende fand vom 2.-4. Juli 2010 statt. Die Bürger befragten am Freitag (02.07.2010) den gewählten Experten zum Bereich Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und den Experten im Bereich des Rechts. Die inhaltlichen Erkenntnisse aus den Expertenbefragungen und die wichtigen Aspekte und Ergebnisse aus den bisherigen Diskussionen wurden am Samstag (03.07.2010) und Sonntag (04.07.2010) gesichtet und zusammengetragen. Ein Strukturvorschlag der Organisatoren für das Votum wurde besprochen und nach diesem wurden dann in verschiedenen Kleingruppen jeweils unterschiedliche Teile des Votums formuliert oder schon vor dem Wochenende von einzelnen Bürgern erarbeitete Textvorschläge überarbeitet. Im Plenum wurden diese Texte anschließend vorgestellt,

besprochen und gegebenenfalls modifiziert. Danach wurde wiederum in Kleingruppen an den Texten gearbeitet unter Berücksichtigung der aus dem Plenum geäußerten Vorschläge und Änderungswünsche. Nach der Kleingruppenarbeit wurden die veränderten Texte noch einmal im Plenum vorgestellt. Nach drei solcher Durchgänge bestätigten alle teilnehmenden Bürger am Ende in einer letzten Lesung im Plenum das Votum und unterschrieben es.

Die Konferenz wurde von mir nicht teilnehmend beobachtet und auf bestimmte Aspekte hin analysiert und ausgewertet. Die zum Ergebniserfolg notwendigen in dieser Arbeit angewendeten Methoden werden im folgenden Kapitel erläutert.

## 2. Methoden

Zu Beginn der Bearbeitung der in der Einleitung genannten Themenbereiche steht die Literaturrecherche. Sowohl zum Thema „Bürgerbeteiligung“ als auch zum Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“ bedarf es zunächst der Beantwortung einiger grundsätzlicher Fragen, um auf dieser Grundlage weiterarbeiten zu können. Die Bereiche, die durch *Literaturrecherche* innerhalb dieser Arbeit beantwortet werden, werden im nun folgenden Abschnitt genauer benannt.

Anhand von *Literaturrecherchen* bei der Internetdatenbank pubmed, der Göttinger Universitätsbibliothek und einer anschließend iterativen Literaturrecherche wird der Bereich der Bürgerbeteiligung in Kapitel 3 bearbeitet. Dabei werden sowohl das deutsche Gesundheitssystem wie die Rollen, die ein Bürger in Deutschland inne haben kann (Bürger, Patient, Versicherter), als auch die beiden für diese Arbeit wichtigen Bürgerbeteiligungsmodelle erläutert. In der Literatur sind außerdem unterschiedliche Meinungen über Bürgerbeteiligungsverfahren zu finden. Durch eine Zusammenstellung dieser unterschiedlichen Positionen und Argumente wird ein Überblick zu der Frage „warum sollte man Bürgerbeteiligung anstreben?“ in Kapitel 3.4 gegeben und diese Frage auf argumentativer Basis erörtert. Die Priorisierungsdebatte ist eine Diskussion, die in unterschiedlichen Ländern geführt wird. Um eine Basis für wichtige Fragen dieser Arbeit zur inhaltlichen Diskussion des Bürgerbeteiligungsverfahrens in Lübeck zu schaffen, soll die Frage nach dem Stand der Expertendiskussion im In- und Ausland im Verlauf dieser Arbeit in Kapitel 4 beantwortet werden. Dieser Überblick über den Stand der Diskussion über Priorisierung wird auf Grundlage von *Literaturrecherchen* bei den Datenbanken pubmed, belit, dem Bibliothekskatalog der Universität Göttingen und anschließender iterativer Literaturrecherche gegeben.

In Bezug auf die Konferenz in Lübeck ist zu klären, ob es den Teilnehmern in dem vorgegebenen Rahmen möglich war, eine qualitativ hochwertige Debatte zu führen. Die Bezugspunkte der Qualitätsbeurteilung des Diskurses sind Thesen aus der Diskursethik, die in Kapitel 2.3.3 genauer dargestellt werden. Die Aussagen aus der Diskursethik, die anhand von *Literaturrecherchen*

zusammengestellt wurden, liegen der Analyse, der Interpretation und der Bewertung des Bürgerdiskurses zu Grunde.

Meiner Hypothese nach sind die Bürger dazu in der Lage, die genannten Ansprüche zu erreichen und damit einen qualitativ hochwertigen Diskurs zu führen. Um diese Hypothese zu belegen oder zu widerlegen, erfolgt in Kapitel 5.1 und 5.2 eine formale Analyse der während der Beobachtung des Prozesses angefertigten Dokumentationen, der Protokolle der vier Wochenenden und des von den Bürgern erarbeiteten Votums. Die Methode „nicht teilnehmende Beobachtung“ zur Datenerhebung bei der Lübecker Konferenz wird in diesem Methodenteil in Kapitel 2.2 ausgiebig erläutert. Zur Auswertung der Materialien wird die Methode „qualitative Inhaltsanalyse“ dienen, welche im Verlauf in Kapitel 2.3 erläutert wird.

Der inhaltlichen Auswertung der Bürgerkonferenz in Lübeck und der damit verbundenen Klärung der genannten Fragen und Hypothesen folgt die Analyse einer *citizens jury* in Kanada, die zu einem ähnlichen Thema wie das der Lübecker Konferenz stattgefunden hat. In Zusammenhang mit der kanadischen Konferenz wird anhand von Literaturrecherchen bei der Internetdatenbank pubmed, der Göttinger Universitätsbibliothek und einer anschließend iterativen Literaturrecherche zunächst das kanadische Gesundheitssystem und der derzeitige Stand der Priorisierungsdebatte in Kanada beleuchtet. Danach wird in Kapitel 6.2 die Frage nach inhaltlichen Ergebnissen der kanadischen Konferenz beantwortet und durch eine Analyse der Kriterienliste anhand der Methode „qualitative Inhaltsanalyse“ sollen entscheidende Gedanken und Ansätze der teilnehmenden Bürger herausgestellt werden.

Anschließend stehen die Hauptaspekte von zwei Konferenzen zum Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“ für einen *Vergleich* in Kapitel 7 zur Verfügung. Meiner Hypothese nach kommen Bürger in der westlichen Welt unabhängig von ihren Gesundheitssystemen auf Grund allgemeingültiger Grundwerte zu ähnlichen Kriterien und Kriteriengewichtungen.

Am Ende der Arbeit soll durch die Beantwortung der Fragen und Hypothesen diskutiert werden können, welche Ergebnisse und Folgen sich aus den bearbeiteten Bürgerbeteiligungsverfahren zum Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“ für die Experten und deren Diskussion ergeben. Das Ergebnis soll somit auf Grundlage von sowohl Theorie als auch Empirie entwickelt werden.

Zur Beantwortung der gestellten Fragen und der entwickelten Hypothesen auf wissenschaftlichem Wege ist die Nutzung von bestimmten bereits genannten Methoden notwendig. Diese Methoden werden in diesem Kapitel beschrieben, ihre konkrete Anwendung erläutert, ihre Nutzung begründet und ihre Probleme und Nachteile erörtert. Das Kapitel beginnt mit einer Auseinandersetzung über qualitative Forschung und ihre Relevanz für diese Arbeit.

## **2.1 Qualitative Forschung**

Quantitative empirische Forschung versucht Phänomene genau zu definieren, möglichst objektiv zu „messen“ und anhand dieses Datenmaterials Hypothesen zu überprüfen. Ein Beispiel für dieses Vorgehen ist die quantitative Analyse von René Zimmer zur Bürgerkonferenz „Streitfall Gendiagnostik“ (Zimmer 2002).<sup>6</sup>

Bei der in Lübeck abgehaltenen Bürgerkonferenz handelt es sich ebenfalls um das neuere Verfahren Bürgerkonferenz, bei dem in Deutschland im Zusammenhang mit dem Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“ noch keine Erfahrungen existieren. Die Bürger diskutieren möglichst frei und während der Konferenz sollen den Teilnehmern viele Möglichkeiten der eigenen Ausgestaltung ihrer Treffen freistehen. Unterschiedliche inhaltliche Ansätze können sich aus diesen Freiheiten ergeben. Die Forschungsfragen dieser Arbeit beschäftigen sich unter anderem mit den inhaltlichen Ergebnissen der Bürgerkonferenz (siehe Kapitel 1 und 2). Welche Entwicklungen sind in der inhaltlichen Debatte zu beobachten? Erarbeiten die Bürger Aspekte, die in der bisherigen Wissenschaftsdebatte noch nicht angesprochen wurden? Bei diesen Fragen nach inhaltlichen Entwicklungen können nur schwerlich Messvorgänge der quantitativen Forschung zu Grunde gelegt werden.

Qualitative Methoden sind auf Grund ihrer „Offenheit für das potentiell 'Andere' des Forschungsfeldes“ (Meinefeld 2009, Seite 267) geeignet, um bisher nicht erforschte Bereiche zu erschließen (Garz und Kraimer 1991, Seite 2-5.). Außerdem können sie sich näher am Geschehen befinden und sind dadurch in der Lage, die Reichhaltigkeit und Breite des Beobachteten zu erfassen (Flick et al. 2009, Seite 17). Qualitative Forschung ist „immer dort zu empfehlen, wo es um die Erschließung eines bislang wenig erforschten Wirklichkeitsbereichs“ geht (Flick et al. 2009, Seite 25). Für die „Entdeckung des Neuen“ bietet sich ein qualitativer Ansatz an (Flick et al. 2009, Seite 24). Zu den Prinzipien der qualitativen Methoden gehören unter anderem Einzelfallbezogenheit und Alltagsnähe. Zuerst wird eine einzelne Situation beobachtet. Es wird angestrebt, diese ganzheitlich zu erfassen. Die Sicht der „Beforschten“ soll nachvollzogen werden. Muster, Regeln und Strukturen sollen herausgearbeitet werden (Flick et al. 2009, Seite 14). Beispiele für qualitative Methoden sind „Dokumenten und Aktenanalyse“ oder „Qualitative Interviews“ (Flick et al. 2009).

Wegen der genannten Forschungsfragen (siehe Kapitel 1 und 2) ist es notwendig, bei der Bürgerkonferenz in Lübeck einen qualitativen Ansatz sowohl in der Beobachtung als auch in der Datenanalyse zu nutzen. Dieser ermöglicht die Vielschichtigkeit der Diskussion zu erfassen und

---

<sup>6</sup> In seiner Evaluation stellt René Zimmer Daten zusammen, die er unter anderem anhand von schriftlichen Befragungen und persönlichen und telefonischen Interviews gewonnen hat (Zimmer 2002, Seite 3). Die Hypothesen der Organisatoren, die im Vorhinein formuliert wurden (vgl. Zimmer 2002, Seite 7-9), werden in der Evaluation an den gemessenen Daten überprüft (Zimmer 2002, Seite 7).

interessante, neue und unvorhergesehene Entwicklungen in der Beobachtung zu entdecken, in die Analyse mit aufzunehmen und zu verwerten.

Ein Kritikpunkt an qualitativen Verfahren ist die mögliche Subjektivität und Willkür der erhobenen Daten durch den Forscher (Garz und Kraimer 1991, Seite 5). In der quantitativen Forschung dienen bestimmte Qualitätskriterien zur Orientierung, um Qualität in der Forschung zu sichern. Das quantitative Qualitätskriterium der Objektivität wird von einigen auf die qualitative Forschung übertragen, um auch in diesem Bereich als Orientierung zu dienen. Allerdings würde es im Zusammenhang mit qualitativer Forschung laut einiger Skeptiker nicht vollständig erfüllt (Steinke 2009, Seite 319-323). Ein Weg, dem Eindruck der Willkür bei der Datenerhebung und Auswertung entgegenzuwirken, kann die Offenlegung des Vorgehens bei der Interpretation und den Vorannahmen sein. Es bedarf einer Planung der Vorgehensweise in der Forschungssituation mit Überlegungen zur Schwerpunktsetzung bei der Datenerhebung. Entscheidend ist die feinschrittige Dokumentation des Forschungsprozesses, um den Ablauf und das Vorgehen für das externe Publikum nachvollziehbar zu machen (Steinke 2009, Seite 324-327). Im Zusammenhang mit der Beschreibung der Methode „nicht teilnehmende Beobachtung“ (siehe Kapitel 2.2) wird die Vorgehensweise bei der Datenerhebung während der Bürgerkonferenz in Lübeck genau beschrieben.

Ein weiterer wichtiger Kritikpunkt an qualitativer Forschung ist der große Forschungsaufwand und die fehlende Repräsentativität der Ergebnisse. Die Forschungsergebnisse einer qualitativen Methode können nicht ohne weiteres auf ähnliche Situationen und Konstellationen in beispielsweise einer anderen Diskussion übertragen werden. Allerdings ist das Ziel qualitativer Forschung, wie bereits ausgeführt, die „Entdeckung des Neuen“ (Flick et al. 2009, Seite 24). Das Neue ist im Fall dieser Arbeit die Entdeckung von neuen Entwicklungen in der Priorisierungsdebatte von Bürgern als neuer Teilnehmergruppe in diesem Diskurs. Das Erkennen von Verallgemeinerbarem ist somit anderen Forschungsausrichtungen wie der quantitativen Forschung vorbehalten. Der qualitative Ansatz hingegen ermöglicht den Zugang zum Sinngehalt eines Diskursprozesses und lässt den Forschenden Höhe - und Wendepunkte in einem Diskursprozess identifizieren (Bohnsack 2009, Seite 376).

Der Aufwand der inhaltlichen Analyse einer Bürgerkonferenz ist hoch und die Ergebnisse lassen sich nur schwerlich auf nachfolgende Bürgerdiskussionen übertragen. Aber ein so komplexes Thema wie die „Priorisierung im Gesundheitswesen“, von Bürgern diskutiert, lässt keine reduzierte Form der Datenerhebung zu. Es gibt wohl keine quantitative Methode, die annähernd den Facettenreichtum der Ergebnisse dieses qualitativen Vorgehens hätte erreichen können.

Mit einem Vergleich der Ergebnisse der Lübecker Konferenz mit den Ergebnissen einer weiteren Konferenz in Kanada können jedoch Tendenzen ermittelt werden, die unter Umständen

verallgemeinerbare Schlüsse auf die Einstellung von Bürgern zum Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“ zulassen.

Zusätzlich für kritikwürdig kann die Tatsache erachtet werden, dass der Forscher mit einem Vorwissen in die Forschungssituation geht und dadurch eine Bahnung für ganz bestimmte Wahrnehmungen vorgegeben ist (Lüders 2009, Seite 397-400). Beispielsweise kann das Wissen, dass der inhaltliche Aspekt der Gerechtigkeit in der wissenschaftlichen Priorisierungsdebatte eine wichtige Rolle spielt, dafür sorgen, dass bei einer Diskussion, die die Gerechtigkeit anschnidet, diesem Punkt vom Forscher besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird. Aus dieser besonderen Aufmerksamkeit kann eine Überbewertung dieses Aspektes in der Diskussion führen, die in der Auswertung für eine Verschiebung der wirklichen Schwerpunkte sorgt. Dies kann das Erkennen anderer wichtiger Ereignisse einschränken. Ein solcher Einfluss des Vorwissens eines Forschers ist nicht auszuschließen. Jedoch kann der durch das Vorwissen bedingte Einfluss auf die Wahrnehmung notwendig sein, um die entscheidenden Aspekte zu erkennen. Die sinnvolle Interpretation einer Situation kann erst durch das Vorwissen ermöglicht werden (Meinefeld 2009, Seite 269-273).

Bei der inhaltlichen Debatte der Bürgerkonferenz in Lübeck ist das Erkennen von neuen und entscheidenden Argumenten erst durch die Kenntnis der bisher geführten wissenschaftlichen Debatte zur „Priorisierung im Gesundheitswesen“ möglich. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit der Vorplanung und des Vorwissens des Forschers. Um durch die Bahnung durch das Vorwissen (Lüders 2009, Seite 397-400) nicht zu inhaltlich falschen Schwerpunktsetzungen zu kommen, wurden die inhaltlich dokumentierenden Protokolle den Bürgern zur Kontrolle auf ihre Richtigkeit zum Lesen vorgelegt, und um ihren Einspruch bei falschen Darstellungen und Gewichtungen gebeten.

Aus den Ausführungen zur qualitativen Forschung ergibt sich, dass die Beantwortung der in Kapitel 1 und 2 genannten Forschungsfragen nur durch die Nutzung qualitativer Forschungsmethoden möglich ist. Die Methoden werden im Folgenden genauer beschrieben. Diese Ausführungen dienen nicht zur vollständigen Darstellung der qualitativen Forschung. Im Rahmen dieser Arbeit sind nur einige grundsätzliche Aspekte und Probleme qualitativer Forschung von Bedeutung, um die Auswahl der verwendeten und im Folgenden beschriebenen Methoden zu begründen.

## **2.2 Nicht teilnehmende Beobachtung**

Um eine Analyse der Bürgerkonferenz in Lübeck vornehmen und damit die Forschungsfragen beantworten zu können, war im Vorfeld eine Phase der Datensammlung notwendig. Eine Möglichkeit zur Datensammlung sind unter anderem „qualitative Interviews“ (Flick et al. 2009) In diesem Fall wurde die Diskussion der Bürger aber beobachtet, protokolliert und dokumentiert. Im Wesentlichen durch Beobachtung konnten viele Aspekte, die für die Analyse des Lübecker Diskurses wichtig sind,

wahrgenommen werden. Neben dem reinen Argumentationsaustausch wurden unter anderem auch nonverbale Kommunikation in der Dokumentation berücksichtigt. Gerade bei einem Gruppenprozess, der nicht ausschließlich den sachbezogenen Austausch der Beteiligten mit sich bringt, sondern auch von zwischenmenschlichen Entwicklungen wie Sympathie oder Antipathien beeinflusst wird, war die Beobachtung anderer Kommunikationsebenen und nicht sprachlich kommunizierte Aspekte wie Gestik und Mimik von Bedeutung (Beer 2003, Seite 122-125).

Im Folgenden werden unterschiedliche Aspekte zur Methode „nicht teilnehmende Beobachtung“ beleuchtet und ihre Vor- und Nachteile erörtert. Außerdem wird die Anwendung der Methode im konkreten Fall der Lübecker Bürgerkonferenz erläutert und begründet.

### **2.2.1 Beobachtung**

Beobachten ist eine alltägliche von jedem Menschen durchgeführte Tätigkeit, um Informationen zu sammeln. Die wissenschaftliche Beobachtung unterscheidet sich allerdings deutlich von der gängigen Beobachtung im Alltag (Schnell et al. 2005, Seite 390-393). Der wissenschaftlichen Beobachtung liegt eine konkrete Fragestellung zu Grunde. Außerdem ist sie vorher gut durchdacht, geplant und sie wird systematisch dokumentiert (Beer 2003, Seite 119-120). Es sollte eine Selektion bei den zu erlangenden Informationen stattfinden (Bortz und Döring 2009, Seite 321-325). Der Beobachtungsprozess und seine Dokumentation sind immer wieder zu hinterfragen und zu kontrollieren (Schnell et al. 2005, Seite 400-402).

Der Methode entsprechend wurde die Beobachtung der Bürgerkonferenz unter bestimmten Fragestellungen durchgeführt, die im Kapitel 1 und 2 angesprochen wurden. Ein besonderes Augenmerk lag auf Grund der Fragestellungen bei der Beobachtung auf der *Diskursqualität, beeinflussenden Faktoren* wie Transparenz und Einflussfaktoren der Teilnehmer sowie der *inhaltlichen Debatte der Bürger*. Nach jedem Bürgerkonferenzwochenende bestand für die Beobachter die Möglichkeit, das Beobachtungsverfahren und die entstandenen Protokolle zu überprüfen, und dies wurde genutzt. Der Methode entsprechend wurde ausschließlich beobachtet und somit die Daten in einem „nicht kommunikativen Prozess mit Hilfe aller Wahrnehmungsmöglichkeiten“ (Bortz und Döring 2009, Seite 325) zielgerichtet gesammelt.

### **2.2.2 Nicht teilnehmende Beobachtung**

Bei der Beobachtungssituation ist zwischen der *teilnehmenden* und der *nicht teilnehmenden Beobachtung* zu unterscheiden. Die *teilnehmende Beobachtung* ist eine Methode, bei der der Beobachtende ein Teil des Geschehens ist, das er beobachtet und damit eine entsprechende Rolle übernimmt (Lamnek 2010, Seite 514). Wenn er ein Gruppengeschehen beobachtet, ist er selbst Teil dieser Gruppe und kann durch Äußerungen auf das zu beobachtende Geschehen Einfluss nehmen

(Beer 2003, Seite 120-123). Als direkter Teilnehmer entsteht die größtmögliche Nähe zu der Situation, was die Wahrnehmung von kleinsten Stimmungsänderungen oder Anfeindungen der Teilnehmer ermöglichen kann. Bei der *nicht teilnehmenden Beobachtung* geht der Beobachter nicht in die zu beobachtende Situation, sondern betrachtet das Vorgehen von außen und bleibt somit in der Rolle des Forschers (Lamnek 2010, Seite 514). Er ist kein Teil des Vorgangs und dadurch wird der Beobachter als Einflussfaktor minimiert.

Bei der Beobachtung der Lübecker Bürgerkonferenz sind die Forscher nicht an der Gesprächssituation der Bürger direkt beteiligt gewesen. Sie hatten keine Gesprächsanteile, sind in ihrer Rolle als Forscher geblieben und waren auch visuell für die Bürger kein Teil der Gruppe. Aus diesem Grund handelt es sich bei der Beobachtung der Bürgerkonferenz in Lübeck um eine *nicht teilnehmende Beobachtung*.

### **2.2.3 Direkte und Offene Beobachtung**

Eine Beobachtung kann *direkt* oder *indirekt* durchgeführt werden. Eine *indirekte Beobachtung* bedeutet, dass ausschließlich die Spuren oder die Auswirkungen von Verhalten beobachtet werden. „Irgendwelche Dokumente zur Beobachtung“ wie Schriftstücke oder die Äußerungen der Presse über das Ereignis werden betrachtet (Lamnek 2010, Seite 514). Bei *direkten Beobachtungen*, wie bei der vorgenommenen Beobachtung in Lübeck, wird das Verhalten von Menschen beobachtet (Beer 2003, Seite 119ff.). Die Diskussion der Bürger in Lübeck war direkter Gegenstand der *nicht teilnehmenden Beobachtung*. Das Verfahren und die darin enthaltenen Entwicklungen wurden beobachtet. Diese Form der Beobachtung wurde in Lübeck gewählt, weil sich die Fragestellungen der Untersuchung direkt auf den Meinungsbildungsprozess der Bürger beziehen.

Da die Teilnehmer alle von Anfang an darüber informiert waren, dass sie beobachtet wurden, spricht man in diesem Fall von einer *offenen Beobachtung* (Flick 2006, Seite 200). Dabei kennen die Teilnehmer „mindestens den Zweck der Anwesenheit des Forschers“ (Lamnek 2010, Seite 510). „Dies impliziert [...] keineswegs, dass die beobachteten Personen ganz genau wissen, welches die eigentlichen Ziele sind, die mit der Studie verfolgt werden“ (Lamnek 2010, Seite 510). Um eine Transparenz des Verfahrens zu wahren, und damit keine Verunsicherung bei den Teilnehmern aufkommen zu lassen, war diese Offenheit die Beobachtungssituation betreffend notwendig. Auf diese Weise sind keine ethischen Probleme wie z. B. Verschleierung der Vorgehensweise oder Lügen den Beobachteten gegenüber entstanden (Flick 2006, Seite 200-202).

Den Teilnehmern wurde am Anfang der Konferenz durch die Moderatoren mitgeteilt, dass sie sich in einer Beobachtungssituation befinden, und dass folgende Personen außerhalb ihres Kreises sitzend bestimmte Funktionen im Zusammenhang mit der Konferenz bekleiden: Die Leitung des Projekts hatte der Beisitzer Herr Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe. Frau Prof. Dr. Silke Schicktanz war als Beraterin zur Methode Bürgerkonferenz am ersten und vierten Wochenende anwesend. Außerdem waren noch

Beisitzer Sabine Stumpf als Organisatorin und Mirjam Hauschildt als studentische Hilfskraft und zur Datensammlung für ihre Dissertationen bei den Diskussionen der Bürger anwesend. Die Bürger erklärten sich mit dieser Situation einverstanden.

## 2.2.4 Beobachtungssituation

Die Methode der *nicht teilnehmenden Beobachtung* wird häufig in natürlich entstehenden Situationen verwendet. Sie ist allerdings auch z.B. unter „Laborbedingungen“ anwendbar (Flick 2006, Seite 200). Die Beobachtung findet dann unter einer künstlichen Beobachtungssituation statt, die nicht natürlicherweise im Alltag entsteht, sondern extra von Organisatoren initiiert wird (Schnell et al. 2005, Seite 393-296).

Die Konferenz in Lübeck in Form einer Bürgerkonferenz wurde mit dem Ziel organisiert, eine Situation zu schaffen, in der Bürger informiert über ein Thema diskutieren können. Der Methode Bürgerkonferenz entsprechend sollen Bürger diese Diskussion unterstützt durch Experten führen und die Debatte in der Öffentlichkeit bereichern und unter Umständen antreiben.

Die Methode „Bürgerkonferenz“ wurde von den Organisatoren gewählt, weil die Form der informierten und auf ein Thema fokussierten Diskussion sonst nicht natürlicherweise entsteht. Somit gibt es sonst kaum die Möglichkeit eine solche Situation natürlich entstehend zu beobachten. Ein Merkmal der angewandten Methode „Bürgerkonferenz“ ist die künstlich arrangierte Situation mit einem vorgegebenen Rahmen, der im Kapitel 3.3.2 beschrieben wird. „Künstlich arrangiert“ bedeutet in diesem Zusammenhang die Zusammenführung von Menschen, die sich nicht kennen und im normalen Leben in dieser Konstellation nicht zusammen getroffen wären, und die genauen Vorgaben an den Ablauf, der in dieser Art bei einer natürlich entstehenden Diskussionsrunde nicht zu finden wäre.

Es handelt sich bei den Teilnehmern der Konferenz um keine Patienten, sondern es ist ein öffentliches Ereignis, woraus sich rechtfertigt, dass für die Forschung an diesem Projekt kein Antrag an die Ethikkommission notwendig ist.

Bei der Konferenz in Lübeck saß die Gruppe der Bürger bestehend aus sieben Frauen und zwölf Männern in einem Halbkreis. Die bereits benannten Beobachter saßen separat am Rand und waren damit schon optisch nicht in das Diskussionsgeschehen eingebunden. Durch die Sitzordnung waren die Beobachter keine Interaktionspartner der Gruppe. Diese Konstellation würde nach Bettina Beers Auffassung für ein „weniger reaktives Verhalten der Gruppe sorgen“ (Beer 2008, Seite 169). Dieser Ausdruck meint, dass durch die Sitzordnung keine dauerhafte visuelle Präsenz der Beobachter entsteht und ihre Anwesenheit den diskutierenden Bürgern somit nicht durchgehend bewusst ist. Daraus folgen weniger Reaktionen der Gruppe innerhalb ihrer Diskussion, die auf das Beisein der Beobachter zurückzuführen sind.

Auch wenn die Bürgergruppe durch die Beobachtung nicht dauerhaft beeinflusst wurde, war sie sich der

Anwesenheit der Beobachter theoretisch bewusst. Zu Beginn der Konferenz wurde Silke Schicktanz auf Grund von Fragen zu der Methode „Bürgerkonferenz“ zu Rate gezogen. Bei inhaltlichen Fragen nutzten die Bürger einige Male die Anwesenheit des Initiators der Bürgerkonferenz als Experten für die inhaltliche Diskussion.

Während der Diskussionen der Bürger kam es durch mich zu keinem Eingriff in das Verfahren durch eigeninitiierte Wortmeldungen. Somit wurde die Methode der *nicht teilnehmenden Beobachtung* von mir gewahrt.

## **2.2.5 Planung der Beobachtung**

Die Fragestellungen und Hypothesen (Häder 2010, Seite 301-310), die von mir auf die Lübecker Konferenz bezogen entwickelt wurden, konzentrieren sich auf inhaltliche Entwicklungen und die argumentative Auseinandersetzung der Bürger. Von daher lag der Fokus meiner Beobachtung in Lübeck auf der inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem Thema „Priorisierung“. Damit die Argumente von mir bewertet und interpretiert werden können, braucht es die Betrachtung der Güte des Diskurses und dahingehend unter anderem die Betrachtung der Einflussfaktoren auf die inhaltliche Auseinandersetzung. Als Einflussfaktoren können der Moderator, die Meinungsäußerungen der Experten und die Gruppe sowie die Vorgänge innerhalb der Gruppe genannt werden (Schicktanz und Naumann 2003). Eine Transparenzbetrachtung ist notwendig, um die unabhängige Meinungsbildung der Bürger im vorgegebenen Rahmen der Bürgerkonferenz bewerten zu können (Tannert und Wiedemann 2004).

Die Anwendung der Methode *nicht teilnehmende Beobachtung* wurde vorher von mir in der Art strukturiert und geplant, dass Kategorien entwickelt wurden, die aus meinen Überlegungen und Literaturrecherchen zu „beeinflussenden Faktoren“ entstanden sind (Zimmer 2002, (Schicktanz und Naumann 2003, Tannert und Wiedemann 2004). Nach der Entwicklung der Kategorien *Transparenz* (Experteneinfluss, die Rolle des Moderators usw.), *Merkmale innerhalb der Gruppe* (Alter, Geschlecht, Bildung) und *Gruppendynamik* (Dominante Persönlichkeiten, Dominanz durch Sprachgewandtheit usw.) wurden diese vor dem Beginn der Konferenz in eine Tabelle mit ihren Unterkategorien eingetragen. Während der Konferenz konnten so Beobachtungen zielgerichtet in den vorgegebenen Kategorien dokumentiert werden (Flick 2006, Seite 200). Auf diese Weise wurde die Beobachtung fokussiert und die Fülle von vorzufindenden Informationen selektiert. Die genaue Aufstellung der entwickelten Kategorien wird in Kapitel 2.3.4 dargestellt.

Die Methode der *nicht teilnehmenden Beobachtung* wurde zur Datenerhebung ausgewählt, weil sie es ermöglicht, die zu bearbeitenden Fragestellungen die Lübecker Bürgerkonferenz betreffend (siehe Kapitel 1 und 2) zu beantworten. Diese Fragen betreffen vor allem den Meinungsbildungsprozess

der Bürger und deren Umgang mit verschiedenen Argumenten und Argumentationsebenen. Um Fragen zur inhaltlichen Diskussion zu klären, ist es notwendig, dem Prozess systematisch dokumentierend und beobachtend beizuwohnen (Flick 2006, Seite 199ff.). Die Möglichkeit, die notwendigen Daten eines Diskurses auf eine bestimmte Fragestellung hin zu erhalten, entspricht der Methode der *nicht teilnehmenden Beobachtung*.

## **2.2.6 Reflexion der Beobachtungsplanung und Durchführung**

Die *nicht teilnehmende Beobachtung* birgt einige Probleme, Nachteile und Grenzen, derer man sich bei ihrer Nutzung bewusst sein sollte. Die Probleme sind unterschiedlicher Herkunft. Zuerst soll an dieser Stelle die Rolle des Forschers genauer betrachtet werden. Jeder Forscher geht mit eigenen Erfahrungen, Meinungen und Gefühlen in die zu beobachtende Situation. Diese Voraussetzungen können Einfluss auf seine Wahrnehmung haben (Wolff 2009, Seite 340ff.). Beobachtetem kann deswegen eine hohe Bedeutung beigemessen werden, weil es an persönliche Erfahrungen anknüpft und somit vom Forscher für besonders wichtig gehalten wird.<sup>7</sup>

Die vorherige Festlegung von Kategorien für die Beobachtung der Konferenz in Lübeck ließ eine selektive Wahrnehmung zu und schützte vor der Ziellosigkeit und dem Abschweifen innerhalb der Fülle an Informationen. Außerdem wurde durch ein rationales Durchdringen der Methode „Bürgerkonferenz“ und das Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“ vor Beginn der Konferenz durch intensive Literaturrecherche bereits eine Vorarbeit geleistet. Diese Vorarbeit erbrachte das notwendige Wissen, um die Diskussion der Bürger rational einordnen zu können und möglichst nicht von Gefühlen und Erfahrungen geleitet zu werden.

Es sind in einer Situation niemals alle Informationen für den Beobachter erfassbar und dokumentierbar (Lüders 2009, Seite 388). Deswegen muss von Anfang an selektiert werden (Schnell et al. 2005, Seite 390-393). Dabei besteht die Gefahr, dass wichtige Informationen nicht dokumentiert werden und somit keinen Eingang in die nachfolgenden Abstraktionsschritte durch den Forscher bekommen. Um dem entgegen zu wirken, wurde die Beobachtung der Konferenz in Lübeck vorher geplant. Die im Voraus erstellten Kategorien schärfen den Blick des Beobachters für ausgesuchte, vorher als wichtig identifizierte Bereiche und somit ist eine Schwerpunktsetzung an anderer Stelle sowie ein Verlust von wichtigen Informationen unwahrscheinlicher. Außerdem sorgt die Beschäftigung mit dieser Problematik für eine Sensibilisierung in der Beobachtungssituation. Auf diese Weise kann ständig eine Selbstreflexion stattfinden, die gegebenenfalls zu Korrekturen falscher Schwerpunktsetzungen führt. Im Falle der Beobachtung der Lübecker Bürgerkonferenz war eine Änderung der Beobachtungsschwerpunkte im Laufe der Konferenz nicht notwendig.

---

<sup>7</sup> Es kann durch den Einfluss des Beobachters der Halo-Effekt auftreten, was bedeutet, dass ein bestimmtes Merkmal oder eine bestimmte Verhaltensweise einer Person alles andere überstrahlt. Außerdem kann es zu Projektionen kommen und zeitliche Abläufe können falsch eingeschätzt werden (Häder 2010, Seite 303-305).

Ein weiteres Problem der Methode kann außerdem darin liegen, dass der Forschende vor der Beobachtung einen Plan für sein Vorgehen und seine Dokumentation erstellt. Die reale Situation der Beobachtung wird dann aber von vielen unbekanntem Variablen beeinflusst. Diese können dafür sorgen, dass der vorher entwickelte Plan nicht mehr der Beobachtungssituation entspricht (Schnell et al. 2005, Seite 400-403).

Dieses Problem ergab sich bei der Beobachtung der Lübecker Konferenz nicht. Durch die vorhergehende Planung des Ablaufs war schon im Vorhinein abzusehen, welche Kategorien beim Diskurs der Bürger wichtig sein würden. Die verschiedenen Konferenzwochenenden hatten zwar unterschiedliche Schwerpunkte, die eine stärkere Konzentration auf bestimmte Aspekte und Kategorien forderten. Dies konnte jedoch in der Vorbereitung auf das jeweils folgende Konferenzwochenende durch den in groben Zügen bekannten Plan des zeitlichen Ablaufs berücksichtigt und eingeplant werden. Kategorien mussten somit nicht verändert werden, sondern es wurde lediglich je nach Wochenende der Schwerpunkt im Vorhinein auf bestimmte Kategorien verschoben. Bei dem ersten Konferenzwochenende beispielsweise lag der Schwerpunkt auf dem Kennenlernen der Teilnehmer untereinander. Die inhaltliche Diskussion fand nur in Ansätzen statt, was in der Planung zu erwarten war, und somit lag die Konzentration der Beobachtung auf den Kategorien, die sich mit der Zusammensetzung der Gruppe beschäftigten, wie Alter, Geschlecht und Gruppendynamik. Am zweiten Wochenende dagegen war auf Grund des Beginns der inhaltlichen Diskussion, aber einer noch zu erwartenden Unsicherheit der Bürgergruppe der Rolle des Moderators besondere Beachtung zu schenken. Am dritten Wochenende traten dann wegen der vielen geplanten Expertenbefragungen, diese und ihr Einfluss auf die Gruppe in den Vordergrund. Die Flut der Informationen wurde auf die vorher entwickelten Fragestellungen hin erfasst. Die vorherigen Überlegungen zur Beobachtungsplanung und Strukturierung sowie das wiederholte Überdenken nach den jeweiligen Wochenenden haben sich als gelungen erwiesen. Anhand von Gesprächen mit der zweiten Protokollantin Sabine Stumpf und die Einsicht in ihre Protokolle und die Transkripte der Mitschnitte der Konferenz konnte dieser Eindruck der Vollständigkeit der gesammelten Daten bestätigt werden.

Ein Problem, das sich nicht direkt durch das Beobachten des Forschers, sondern durch seine Anwesenheit bei der Gruppe ergibt, ist die Beeinflussung der Gruppe durch den Forscher (Flick 2006, Seite 205). Durch die Anwesenheit einer weiteren Person kann es bei den Beobachteten zu einer Reaktion darauf kommen. Bestimmte Argumente werden beispielsweise nicht frei heraus genannt, weil eine kritische Position der Beobachtenden erwartet bzw. befürchtet wird.

Allerdings ist durch die *Nicht-teilnehmende Beobachtung* die Möglichkeit der Beeinflussung kleinst möglich gehalten worden und durch die Sitzordnung in Lübeck war auch die visuelle Präsenz der Beobachter kaum vorhanden. Somit ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass die Gruppe nach kurzer

Zeit die Anwesenheit der Beobachter vergisst. Ich als eher zurückhaltende Frau habe mich sehr unauffällig verhalten und somit meinen Einfluss auf die Diskussion der Gruppe minimiert.

In den Pausen der Konferenzwochenenden fand eine Interaktion meinerseits mit den Bürgern statt, die aber bewusst auf Fragen nach Meinungen der Bürger über ihre Eindrücke zur Konferenz beschränkt war.

In den Gesprächen habe ich meine Meinung zum Thema Priorisierung niemals geäußert. Die Gespräche beschränkten sich auf Meinungsäußerungen der Bürger und Themen, die nicht mit der Priorisierungsdebatte in Zusammenhang stehen. Somit wurde der Einfluss auf die Diskussion durch eigene Ansichten minimiert. Während der Sitzungen wurden die Bürger von mir nicht verbal beeinflusst. Nach jedem Wochenende wurde eine erste Systematisierung, Abstraktion und Relativierung der Dokumentation des vergangenen Wochenendes vorgenommen. Auf diese Weise soll gewährleistet sein, dass alle Aspekte des Protokolls verstanden und verarbeitet werden, da die Erinnerungen zu dem Niedergeschriebenen noch frisch sind. Nach diesem ersten Schritt der Auswertung lagen dann etwa 12 Wochen, um so Abstand zum Beobachteten zu gewinnen, und den Einfluss von spontanen Assoziationen und nachhaltigen Emotionen zum Geschehen in die Analyse zu minimieren.

Die Idee, Abstand zum Material durch einen zeitlichen Abstand zu schaffen, war eine persönliche. Die Erfahrung im Alltag, dass Ereignisse, wenn einige Zeit verstrichen ist, im Rückblick an persönlicher emotionaler Beteiligung verlieren und damit eine rationale Betrachtung möglich wird, war ausschlaggebend für dieses Vorgehen. Nachdem der Abstand hergestellt war, begann die Arbeit an der Auswertung des Materials.

Die Methode der *nicht teilnehmenden Beobachtung* ist zum Erlangen von Informationen im Zusammenhang mit der Bürgerkonferenz in Lübeck äußerst geeignet, weil es mit ihr möglich ist, neue Phänomene und Themen systematisch zu ergründen (Häder 2010, Seite 301-305). Dazu kommt, dass im Falle einer späteren Befragung der Teilnehmer der Konferenz durch Erinnerungsfehlleistungen die Ergebnisse sehr wahrscheinlich verfälscht werden würden. Diesem Fehler ist zu entgehen durch den unmittelbaren Vorgang der Beobachtung.

Zwar sind einige Probleme der Methode zu erkennen, die nicht durch bestimmtes Vorgehen auszuräumen sind. Aber die Nachteile der Methode können, wenn sie dem Anwender bewusst sind, stark minimiert werden. Ständige Reflexionen des eigenen Vorgehens sind dabei unausweichlich. Innerhalb der beschriebenen Grenzen kann die Methode daher wichtige und brauchbare Daten erbringen. Diese Daten werden mit der Methode *qualitative Inhaltsanalyse* ausgewertet, die im Folgenden beschrieben wird.

### **2.3 Inhaltsanalyse erhobener Daten bei einem Diskurs**

Die beim Lübecker Diskurs erhobenen Daten sollen dahingehend analysiert werden, welche Güte der Diskurs in welcher Phase erreicht hat. Die Analyse der Daten die Güte des Diskurses betreffend lehnt

sich an die etablierte Methode der *qualitativen Inhaltsanalyse* an. Des Weiteren wird der Lübecker Diskurs auf inhaltliche Aspekte hin analysiert, was wiederum die Nutzung der genannten Methode beinhaltet. Es findet somit eine Datenanalyse durch die Methode *qualitative Inhaltsanalyse* auf zwei Ebenen statt.<sup>8</sup>

Um eine Analyse durchzuführen, braucht es Materialien, die in Bestandteile zerlegt werden können. Die Form der Zerlegung und Auswertung ist dabei davon abhängig, welche Fragestellungen beantwortet werden sollen. Das Ziel ist es, systematisch die Informationen zu erarbeiten, die dann am Ende für die Interpretation im Hinblick auf vorher verfasste Fragen und Hypothesen nutzbar sind.

Die zu analysierenden Objekte sind in diesem Fall inhaltlich zusammenfassende Protokolle der Bürgerkonferenz in Lübeck, Fotoprotokolle, das von den Bürgern verfasste Votum und die Beobachtungsprotokolle. Die Daten der Beobachtungsprotokolle sind von mir selbst erhoben worden und stammen aus der *nicht teilnehmenden Beobachtung*. Die zusammenfassenden Protokolle sind ebenfalls durch die *nicht teilnehmende Beobachtung* und in Zusammenarbeit mit der Organisatorin und Mitbeobachterin Sabine Stumpf und ihren erhobenen Daten entstanden und haben anschließend eine Prüfung durch die teilnehmenden Bürger erfahren.<sup>9</sup> Die Fotoprotokolle sind Fotos von den durch die Bürger während der Konferenzwochenenden entwickelten Tafelbilder.

Die entscheidenden Forschungsfragen, die sich mit den inhaltlichen Ergebnissen und entwickelten Aussagen der Bürger beschäftigen (siehe Kapitel 1 und 2), werden auf Grundlage der inhaltlich zusammenfassenden Bürgerprotokolle und des Votums beantwortet. Es ist wegen der Prüfung durch die Bürger davon auszugehen, dass diese Materialien die Meinung und die inhaltlichen Eckpfeiler der Bürgerdiskussion enthalten und wiedergeben. In den Beobachtungsprotokollen, die von mir verfasst wurden, bestand die Möglichkeit der Verfälschung von inhaltlich Erarbeitetem. Es könnten inhaltliche Überlegungen festgehalten worden sein, die die Bürger nicht als Zwischenergebnisse empfunden haben. Aus diesem Grund können diese Protokolle nicht als Materialien für die *Inhaltsanalyse* des Inhalts der Diskussion dienen.

Als Grundlage für die *Inhaltsanalyse* des Inhalts der Diskussion ist es allerdings notwendig, beispielsweise den Diskursverlauf, den Einfluss verschiedener Teilnehmer, der Moderatoren oder der Experten zu analysieren. Erst bei Grundlagenschaffung durch die Inhaltsanalyse des formalen Ablaufs der Diskussion wird im Folgenden die Inhaltsanalyse des Inhalts der Diskussion ermöglicht. Unter

---

8 Eine Analyse ist eine systematische Untersuchung, bei der das zu untersuchende Objekt in seine Bestandteile zerlegt wird. Die einzelnen Bestandteile werden anschließend untersucht und ausgewertet.

9 Die Prüfung der Bürger gestaltete sich derart, dass die Bürger die Protokolle nach der Fertigstellung vor dem nächsten Konferenzwochenende schriftlich erhielten und Einspruch bei den Verfassern einlegen oder Änderungswünsche angeben konnten. Dieses Material ist den Bürgern somit bekannt und sie hatten die Möglichkeit, Änderungen zu fordern, falls sie mit einzelnen Punkten der Bürgerprotokolle oder des Votums nicht einverstanden gewesen sein sollten.

Einbeziehung der Informationen, die über den Inhalt hinausgehen, und der Beantwortung der Frage nach der Diskursqualität, wird es möglich, Entwicklungen auf der Inhaltlichen Ebene differenziert einzuschätzen. Die Inhaltsanalyse des formalen Ablaufs ist dabei eine Primäranalyse (Bortz und Döring 2009, Seite 370).<sup>10</sup>

Grundlage der Inhaltsanalyse des formalen Ablaufs der Diskussion sind die Beobachtungsprotokolle. Diese Protokolle wurden mit vorher festgelegten Beobachtungsschwerpunkten erstellt. Die Schwerpunkte sind der Moderator und seine Rolle in der Diskussion, die Experten und ihre Form der Einflussnahme auf die Gruppe, besondere soziale Merkmale wie Alter, Geschlecht und Bildungsstand innerhalb der Gruppe und der Einfluss dieser Aspekte auf den Diskurs sowie die Diskursivität und Argumentationsebenen. Diese Beobachtungspunkte sind für die Einschätzung der Diskursqualität und ihrer Aussagekraft von besonderer Wichtigkeit. Die Beobachtungsprotokolle sind von den Konferenzteilnehmern nicht auf ihre Zustimmung hin überprüft worden. Somit haben diese Protokolle keine Legitimation, inhaltlich wiederzugeben, was von den Bürgern erarbeitet wurde.

### **2.3.1 Qualitative Inhaltsanalyse**

Innerhalb der hier im Überblick betrachteten qualitativen Forschung (siehe Kapitel 2.1) sind zahlreiche konkrete Methoden durchdacht und entwickelt worden, die auf bestimmte Forschungsansätze wie „Dokumenten und Aktenanalyse“ oder „Qualitative Interviews“ (Flick et al. 2009) zugeschnitten sind. Festzuhalten bleibt, dass nicht die Methode allgemeingültig existiert, sondern das Vorgehen jeweils von den zu untersuchenden Fragestellungen abhängt. „Die Fragestellung ist der Bezugspunkt für Auswahl und Bewertung von Methoden“ (Flick et al. 2009, Seite 22). Eine konkrete Methode der qualitativen Forschung ist die *qualitative Inhaltsanalyse*. Diese Methode ist anwendbar für Texte aller Art (Flick 2006, Seite 279). Bei der Analyse wird das Material immer in seinem Kommunikationszusammenhang gesehen (vgl. Gerbner et al. 1969). Das bedeutet, dass die Entstehung des Textes, die Protagonisten, der Entstehungszusammenhang und die Zielgruppe in die Betrachtung des Textes und seiner Inhalte mit einbezogen werden. Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine systematische Textanalysemethode (Mayring 2009), die das Anlegen von Kategorien an das Material beinhaltet (Mayring und Gläser-Zikuda 2008, Seite 10). Die angelegten Kategorien werden im Vorhinein festgelegt. Sollte sich im Verlauf der Analyse deren Unpraktikabilität herausstellen, ist eine Modifizierung möglich (Flick 2006, Seite 279). Es handelt sich bei der Kategorienbildung um einen induktiven Vorgang (Mayring 2002, Seite 115).

Die qualitative Inhaltsanalyse ist ein deskriptives Verfahren. „Ihr Ziel ist es, Aussagen und Argumentationsmuster zu kristallisieren und vorzuführen. Die Materialbasis der Analyse ist

---

<sup>10</sup> Eine Primäranalyse ist die erstmalige Nutzung und Analyse eines Datensatzes

repräsentativ für den jeweiligen Inhalt, wird aber in der Analyse nicht quantitativ gewichtet“ (Herwartz- Emden 1991, Seite 260). Das Ziel ist „vor allem die Reduktion des Materials“ (Flick 2006, Seite 279). Durch die Reduktion findet eine Konzentration auf die wesentlichen Aspekte statt.

Die genauen Schritte des Vorgehens sind zunächst die Festlegung von Fragestellungen und Theorien, danach folgt die „Festlegung von Selektionskriterien“ und Kategoriedefinitionen. Anschließend wird das Material durchgearbeitet und die Kategorien bei Bedarf neu formuliert. Wenn die Kategorien endgültig feststehen, erfolgt ein endgültiger Materialdurchgang und eine Auswertung (Mayring 2002, Seite 116).

Die Inhaltsanalyse kann sich sowohl mit inhaltlichen als auch mit formalen Aspekten beschäftigen (Mayring 2009, Seite 469) und ist damit sowohl für die Fragestellungen zum Diskursablauf als auch zur inhaltlichen Diskussion geeignet.

Dem von Philipp Mayring entwickelten Vorgehen folgend (Mayring 2002, Seite 116) wurden in dieser Arbeit zunächst die Arbeitshypothesen und Forschungsfragen erstellt. Es wurden Kategorien entwickelt, die anhand der Protokolle des Bürgerbeteiligungsverfahrens überprüft und modelliert wurden. Anschließend folgt eine Auswertung der den Kategorien zugeordneten Ergebnisse.

Die angelegten Kategorien zur Diskursqualität sind den Ausführungen und Ansprüchen der Diskursethik an einen idealen Diskurs entnommen. Der Begriff des Diskurses nimmt somit einen entscheidenden Platz in der formalen Analyse der Beobachtungsprotokolle ein. Die Definition des Diskursbegriffs ist ein wichtiger Bezugspunkt für die angelegten Kategorien und das analytische Vorgehen. Aus diesem Grund wird im Kapitel 2.3.2 der Diskursbegriff definiert. Die Diskursethik wird in Kapitel 2.3.3 dargestellt und ihre für diese Arbeit entscheidenden Ansprüche an einen idealen Diskurs erörtert.

Die inhaltliche Auswertung der Bürgerprotokolle und des Votums wird sich ebenfalls an dem Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse orientieren und in Kapitel 5 Seite 100-130 dargestellt. Die Kategorien dieser inhaltlichen Inhaltsanalyse werden im Kapitel 2.3.4 genannt und erläutert.

### **2.3.2 Was ist ein Diskurs?**

Im Lexikon „Duden“ wird der Begriff Diskurs als „Erörterung“, „Wortgefecht“ oder auch „hin und her gehendes Gespräch“ definiert<sup>11</sup>. Abhängig vom Zusammenhang oder auch der jeweiligen Diskurstheorie, in der der Begriff verwendet wird, unterscheiden sich die Definitionen stark (Kohlhaas 2000, Seite 29). Es hängt somit von dem Zusammenhang ab, in dem der Begriff „Diskurs“ verwendet wird, welche Bedeutung dieses Wort erhält.

---

11 [www.duden.de](http://www.duden.de)

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird der Begriff Diskurs vorrangig als Synonym für Diskussion und Meinungsaustausch gebraucht. Bei der Diskussion über das Gesundheitswesen in Deutschland sind viele verschiedene Meinungen geäußert worden. Über einen langen Zeitraum sind die immer massiver sichtbaren Finanzierungsprobleme ein Thema, das versucht wird, mit dem Austausch von Argumenten zu lösen. Soweit ist der Diskurs über das Gesundheitswesen eine Diskussion nach einfacher Begriffsdefinition, bei der Machtaspekte und Hierarchie eine Rolle spielen.

Der „Diskurs“ ist allerdings auch ein komplexer und theoretisch sehr aufgeladener Begriff, über den in dieser Dissertation lediglich grob einige zentrale Aspekte dargestellt werden können, die für diese Arbeit wichtig sind.

Eine sehr verbreitete Begriffsdefinition stammt von dem Philosophen und Historiker Michel Foucault. Er entwickelte ein Konzept zur Diskursanalyse und definierte dabei einen Diskurs als „die sprachliche Seite einer diskursiven Praxis“ (vgl. Jäger 2009, Seite 32), wobei zur diskursiven Praxis sprachliche und nicht sprachliche Aspekte wie zum Beispiel politische Institutionen gehören. Mit der Sprache wird ausgedrückt, was in der jeweiligen Epoche als Wirklichkeit verstanden wird. Dabei gibt es für Michel Foucault keine „die Zeit überdauernden Wahrheiten“ (vgl. Jäger 2009, Seite 53). Der Diskurs unterliegt bestimmten Regeln, die besagen, welche Personen was äußern dürfen oder auch wer nichts zu dem Thema sagen darf. Der Diskurs ist damit nicht mehr nur eine Diskussion, sondern er hat die Eigenschaft, Realität zu erzeugen.

Im Gegensatz dazu gibt es eine Verwendung des Begriffs, wie er unter anderem von Jürgen Habermas<sup>12</sup> populär gemacht worden ist, der den Diskurs als einen Akt der Intersubjektivität versteht. Mit dieser Eigenschaft kann der Begriff für politische Ethik wichtig sein und spielt daher eine große Rolle in politischen Theorien von Demokratie. Ein Diskurs soll unter bestimmten Bedingungen stattfinden. Diese Bedingungen sind unter anderem Gleichheit aller Gesprächsteilnehmer und damit keine Hierarchie und Machtausübung sowie die prinzipielle Problematisierbarkeit aller Themen und Meinungen (Habermas 1991, Seite 121-127). Ein Merkmal der Sprache ist in dieser Definition die Rationalität. Daher ist es möglich, bei Einhaltung der Bedingungen einen Konsens unter den Gesprächspartnern zu erreichen und damit Normen festzulegen, die für alle Betroffenen wahr, vertretbar und damit verbindlich sein können. Der Diskurs ist laut Jürgen Habermas ein „Aushandeln individueller Geltungsansprüche der teilnehmenden Akteure“ (Habermas 1991, Seite 119).

### **2.3.2.1 Die Rahmenbedingungen des Bürgerdiskurses in Lübeck**

Allerdings wird mit dem Abhalten der Lübecker Bürgerkonferenz der Versuch unternommen, Gesprächsbedingungen zu schaffen, mit der Methode der Bürgerkonferenz (vgl. Kapitel 3.3.2,

---

<sup>12</sup> Jürgen Habermas ist neben Karl-Otto Apel der wichtigste Vertreter der Diskursethik im deutschsprachigen Raum.

Seite 46-48), die in besonderer Weise die gleichberechtigte Meinungsäußerung der Bürger provoziert (vgl. Joss 2000, Seite 24). Innerhalb der Bürgerrunde sollen keine Hierarchien entstehen und die zu befragenden Experten dürfen mit ihrem größeren Wissensschatz zum Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“ keine Machtposition in der Diskussion innehaben, sondern nur das Fachwissen der Bürger erweitern (vgl. Kapitel 3.3.2, Seite 46-48).

Außerdem ist es *kein* Ziel der Konferenz in Lübeck, konkrete Lösungen für die Priorisierung im Gesundheitswesen zu erarbeiten, sondern es geht darum, Normen zu entwickeln, die aus Sicht von Bürgern und potentiell Betroffenen nachvollziehbar geteilt werden können. Sie können zur Orientierung von politischen Debatten in Zukunft im Gesundheitssystem in Deutschland dienen. Alle derzeit verbindlichen Normen können dabei grundsätzlich angezweifelt und problematisiert werden (vgl. Kapitel 3.3.2, Seite 46-48).

Somit geht der spezielle Diskurs der Bürger in Lübeck durch den gesetzten Rahmen in Form der Methode „Bürgerkonferenz“ über eine spontane Diskussion wie z. B. in den Medien hinaus. Es werden bestimmte Voraussetzungen für die Diskussion geschaffen und klar definierte Ziele verfolgt. Außerdem ist die Teilnahme freiwillig und damit die Bereitschaft der Teilnehmer zu einer konstruktiven Diskussion möglich (Habermas 1991, Seite 132). Daraus folgt, dass nicht Foucaults Ansätze als Grundlage dienen, sondern diese Arbeit auf einer normativen Definition des Begriffs „Diskurs“ fußt. Die durch die Methode „Bürgerkonferenz“ vorgegebenen Rahmenbedingungen legen die Begriffsdefinition und die Ansprüche an einen gelungenen Diskurs, wie sie in der Diskursethik vertreten werden, als Grundlage für das weitere Vorgehen nahe.

Die folgende Analyse kann allerdings unter Umständen zum Ergebnis haben, dass die idealen Bedingungen, wie sie die Diskursethik sieht, in bestimmten Phasen des Gesprächs der Bürger nicht immer erfüllt sind, weil die Bürger die mit der Definition verbundenen Bedingungen nicht eingehalten haben. Allerdings räumt Habermas bei seiner Begriffsdefinition ein, dass diese Bedingungen anzustreben sind, aber nicht in jedem Fall erreicht werden können und müssen (Habermas 1991, Seite 97-107). Somit kann der Diskursbegriff auch mit Einschränkungen noch genutzt werden.

Im Folgenden wird der grundsätzliche Ansatz und die für diese Arbeit relevanten Aspekte der Diskursethik, wie sie sich in der Version von Jürgen Habermas beschreiben lassen, dargestellt, um auf diese Weise die Basis für die formale Analyse der Bürgerkonferenz zu schaffen. Innerhalb der Diskursethik entwickelten sich im Laufe der Jahre viele Ideen, von denen an dieser Stelle einige genannt werden, aus denen sich die Kategorien für die qualitative Inhaltsanalyse des formalen Ablaufs der Diskussion der Bürgerkonferenz in Lübeck ergeben. Mit den im nächsten Abschnitt aufgeführten

Punkten zur Diskursethik wird nicht die vielseitige Debatte der Diskursethik abgebildet. Sie stellen vielmehr eine Auswahl dar, die im Bezug auf die Funktion der Theorien von der Diskursethik in dieser Arbeit speziell zur Analyse von einer Bürgerkonferenz getroffen wurde. In einer Bürgerkonferenz ist entscheidend, dass die Diskussion formal 'gut' abläuft, um dadurch die Voraussetzungen zu schaffen, eine ertragreiche inhaltliche Diskussion zu erreichen. Die Diskursethik liefert Aspekte, um das 'Gut' genauer zu charakterisieren, und diese Aspekte sollen im folgenden Kapitel dargestellt werden.

### **2.3.3 Die Diskursethik**

Die Diskursethik ist eine Theorie, die die Anforderungen und Voraussetzungen aufspüren will, die zu erfolgreicher Verständigung und gemeinsam vertretbaren Grundsätzen führen können, weil sie den Diskurs als zentrales ethisches Kriterium sieht. In einer Zeit, in der alte Regeln und Traditionen an Gewicht verlieren (Kreß 2000, Seite 200), muss die Frage gestellt werden, was fortbestehen kann. Der Diskurs ist eine Möglichkeit für alle Betroffenen, vertretbare Grundsätze zu entwickeln (Habermas 1991, Seite 127-139). Statt festgesetzter Normen und Werte geht es um eine prozedurale Ethik, welche die Bedingungen der Normenfindung begründet. „Moralische Reflexion kann [...] nicht von einer aktiven Teilnehmerposition abgekoppelt werden. Moral lässt sich nicht aus einer nüchtern, objektivierenden Beobachterperspektive des reinen Theoretikers begründen, sondern es bedarf dazu, wie der Fachausdruck besagt, einer 'performativen (d.h. teilnehmenden) Einstellung“ (Meyer 2000, Seite 81).

Zwei Aspekte stehen bei der Betrachtung eines Diskurses im Vordergrund: Zum einen beinhaltet die Teilnahme an einem Diskurs die Anerkennung bestimmter Moralprinzipien im Vorhinein (Habermas 1991, Seite 133). Ohne diese Anerkennung wäre es nicht möglich, an einem geordneten Diskurs teilzunehmen. Zum anderen ist der Diskurs das Mittel, konkrete ethische Probleme zu diskutieren und zu moralbegründeten Lösungen zu kommen (Habermas 1991, Seite 133-139).

Die Diskursethik ist reflexiv konstruiert (Reese-Schäfer 2001, Seite 77-82), was bedeutet, dass sie über sich selbst reflektiert. Außerdem baut sie auf einer kognitivistischen Metaethik<sup>13</sup> auf und versucht somit, auf einem argumentativen Weg die Natur der Moral im Allgemeinen zu bestimmen.

In der Diskursethik geht man davon aus, dass Normen nicht allein mit persönlicher Logik oder durch die individuelle Wahrnehmung begründet werden können (Habermas 1991, Seite 11-13). Der Diskurs ist der Ort, an dem eine Norm durch die Teilnehmer entwickelt oder bestehende Normen überdacht werden können. Mit Argumenten wird über das Problem diskutiert. Durch die Einigung auf die begründete Richtigkeit einer Aussage wird diese als 'wahr' anerkannt. Es können Normen mit Zustimmung der

---

<sup>13</sup> Kognitivistische Metaethik ist eine Forschungsrichtung, die die Natur der Moral im Allgemeinen zu bestimmen versucht und dabei Aussagen kognitivistisch nachvollzieht und somit einen Wahrheitsanspruch verfolgt.

Teilnehmer entstehen, nachdem ein vorher bestehender Dissens mit Argumenten gelöst wurde (Habermas 1991, Seite 137, Gottschalk-Mazouz 2000).

Eine Norm erhebt den Anspruch allgemeingültig zu sein. Diesem Anspruch kann sie allerdings nur dann gerecht werden, wenn sie eine vom Kontext unabhängige Regel oder Richtschnur darstellt. Ein normativer Ansatz versucht auf vernunftgeleitetem Weg, einen nicht widerlegbaren Fixpunkt herauszuarbeiten. An diesem Fixpunkt ist es denkbar, eine Ethik zu entwickeln, die es ermöglicht, zu moralischen Urteilen zu gelangen. Laut Jürgen Habermas ist nicht der einzelne Mensch zur Vernunft fähig (Habermas 1983, Seite 78), sondern die Quelle läge in der Vernunft, in der Kommunikation und im speziellen in der Sprache (Habermas 1983, Seite 127-131).

Mit dem Anspruch zum Universalismus (Habermas 1991, Seite 139), dem Anspruch, dass die entwickelten Normen nicht nur für bestimmte Personen oder Kulturen gelten, steht die Diskursethik in der Kant'schen Tradition (vgl. Gottschalk-Mazouz 2000). Allerdings unterscheidet sie sich von Kants Vorstellungen darin, dass nicht ein Einzelner für sich und für andere Grundsätze gedanklich entwerfen kann (vgl. Reese-Schäfer 2001, Seite 87). Die Ethik von Kant ist monologisch. Die Diskursethik dagegen ist dialogisch. Erst in dieser dialogischen Form kann Gerechtigkeit erreicht werden (Fraser und Honneth 2003, Seite 65). Aus diesem dialogischen Kern der Diskursethik ergeben sich allerdings auch Schwierigkeiten für die Normentwicklung. Kommunikation ist an vielen Stellen geprägt von Missverständnissen, aber auch gewollten Täuschungen. Ungleichstellung durch Machtausübung von Gesprächsführenden nimmt starken Einfluss auf die kommunikativen Ergebnisse. Die Aspekte, die für einen erfolgreichen und idealen Diskurs von Wichtigkeit sind, werden daher in der Diskursethik herausgearbeitet. Gegenstand einer Debatte sind nicht nur die zu diskutierenden Sachfragen, sondern auch die Form muss Gegenstand der Absprache sein (Fraser und Honneth 2003, Seite 65).

Auch die Diskursethik untersteht zunächst dem logischen Trilemma<sup>14</sup>. Dieses Problem versucht die Diskursethik zu überwinden, indem sie als Grundsatz die Kommunikation untereinander mit Anerkennung des Gegenübers festlegt (Habermas 1983, Seite 76). Es geht nicht um einen Letztbegründungsanspruch bei den diskutierten Problemen (Habermas 1991), sondern um die geschaffenen Voraussetzungen durch und in einem Diskurs.

### **2.3.3.1 Diskursregeln auf drei Ebenen und der ideale Diskurs**

Laut einiger Diskursethiker untersteht jeder Diskurs bestimmten Voraussetzungen, die auf drei verschiedenen Ebenen liegen (Habermas 1983, Seite 97). Eine ist die *logisch semantische Ebene*. Auf dieser müssen Begriffe klar definiert sein und ihre Benutzung darf sich während des Diskurses nicht

---

<sup>14</sup> Das logische Trilemma bedeutet, dass Begründungen wieder begründet werden müssen, was in einen unendlichen Regress mündet, oder, dass die Begründung im Kreis läuft, oder sie endet bei einem Dogma.

wandeln. Die im Diskurs entwickelten Ergebnisse müssen anschließend auf ganz ähnliche Situationen und Gegebenheiten übertragbar sein. Außerdem darf sich kein Sprecher während des Diskurses selbst widersprechen (vgl. Habermas 1983, Seite 97, vgl. Reese-Schäfer 2001, Seite 22-27). Das bedeutet für den Diskurs in Lübeck beispielsweise, dass eine klare Definition des Begriffs Priorisierung für die Debatte von Nöten ist.

Eine weitere ist die *dialektische Ebene*, die sich mit dem Umgang miteinander beschäftigt. Auf dieser Ebene ist es entscheidend, dass die Sprecher ihre eigenen Aussagen selbst glauben und begründen. Gerade Kritik an bestehenden Normen oder auch aus dem Zusammenhang gerissene Aussagen und Wünsche müssen argumentativ begründet werden (vgl. Habermas 1983, Seite 98). Für den Diskurs der Lübecker Bürger bedeutet das, dass sie überzeugt hinter ihren Aussagen stehen können müssen und ihre Aussagen nicht nur auf Grund von Gefühlen getätigt werden, sondern einer argumentativen Begründung bedürfen.

Die dritte ist die *rhetorische Ebene*. Jeder Mensch, der zum Sprechen befähigt ist, kann an einem Diskurs teilnehmen (vgl. Gottschalk 2000, Seite 240). Bei der Teilnahme ist es möglich, jede Behauptung aufzustellen und zu problematisieren. Allerdings müssen alle Behauptungen begründet werden, oder es muss begründet werden, warum eine Begründung nicht möglich ist. Dabei sollen Einflüsse von außen niemanden an der Teilnahme und an Äußerungen hindern können (vgl. Habermas 1983, Seite 99). Dies bedeutet beispielsweise, dass auch in unserer Gesellschaft verankerte Werte wie die Menschenwürde von den Bürgern in Lübeck grundsätzlich, aber begründet, in Frage gestellt werden dürfen.

In der Diskursethik wurden außerdem Regeln entwickelt, die es nach Auffassung von Diskursethikern zu befolgen gilt, um einen *optimalen Diskurs* zu führen. Zu diesen Regeln gehört, dass alle Teilnehmer die gleichen Chancen zu Sprechakten, Deutungen und Behauptungen haben (vgl. Reese-Schäfer 2001, Seite 24ff.). Außerdem muss ein Diskurs herrschaftsfrei ablaufen (Habermas 1983, Seite 82), was bedeutet, dass kein Teilnehmer mehr Macht in der Diskussion besitzt als andere. Alle müssen regulative Sprechakte verwenden können, wobei keine Täuschung der Sprechintention vorliegen darf (Habermas 1983, Seite 97ff.)

Bei der Erstellung dieser Ansprüche an einen Diskurs ist es den Vertretern der Diskursethik durchaus bewusst, dass die *ideale Sprechsituation* nicht zu erreichen ist (Habermas 1983, Seite 101). Aber laut Jürgen Habermas geht es um das Bestreben sie einzuhalten, um so den „eigentümlichen zwanglosen Zwang des besseren Argumentes“ zu erreichen (Habermas 1991, Seite 132).

### **2.3.3.2 Vier Geltungsansprüche der Kommunikation**

Außerdem untersteht die Kommunikation der Diskursethik zufolge vier Geltungsansprüchen (vgl. Reese-Schäfer 2001, Seite 22ff.). Diese vier Ansprüche sind *Verständlichkeit*, *Wahrheit*, *Richtigkeit* und *Wahrhaftigkeit* (Habermas 1983, Seite 147). Wenn diese Ansprüche in einer herrschaftsfreien Debatte erfüllt werden, sind die Ergebnisse laut Jürgen Habermas optimal rational. *Verständlichkeit* meint, dass alle Aussagen, die von den Diskursbeteiligten getätigt werden, für die anderen Gesprächsteilnehmer gut zu verstehen sind. Gutes Verstehen bedeutet dabei, dass es deutlich zu hören sein und der Sinn sich den Zuhörenden erschließen muss. Die vorgebrachten Punkte sollten so vorgetragen werden, dass sie für alle Adressaten zu verstehen sind. Erst wenn dieser Anspruch erfüllt ist, kann eine fruchtbare Kommunikation zwischen den Diskursteilnehmern entstehen (Habermas 1983, Seite 149ff.).

*Wahrheit* meint, dass der Anspruch an jede Äußerung in einem Diskurs besteht, wahr zu sein (Habermas 1983, Seite 147). Der Redner muss von seiner Aussage als Wahrheit überzeugt sein.

*Richtigkeit* meint, dass eine Aussage in Bezug auf einen anerkannten normativen Kontext richtig oder angemessen ist (Habermas 1983, Seite 147).

*Wahrhaftigkeit* meint, dass die von den Teilnehmern geäußerten Intentionen wahrhaftig sind und somit ihren inneren Überzeugungen entsprechen (Habermas 1983, Seite 147). Da es nicht möglich ist, während eines Diskurses festzustellen, ob jemand mit seinen Aussagen täuscht, setzt dieser Anspruch Vertrauen voraus.

### **2.3.3.3 Konsenstheorie bzw. Diskurstheorie der Wahrheit**

Das Ziel eines Diskurses ist die Findung von Aussagen, Normen und Überzeugungen, denen alle Beteiligten zustimmen können. Laut Jürgen Habermas kann erst, wenn dieser Zustand erreicht wird, von Wahrheit gesprochen werden (vgl. Reese-Schäfer 2001, Seite 23ff.). Normen und Werte, denen nach einem Diskurs alle zustimmen können sind im intersubjektiven Sinne wahr (Habermas 1983, Seite 100-111).

Wenn einige sich auf ein Ergebnis einigen können, dann handelt es sich um eine relative Wahrheit. Die absolute Wahrheit ist es erst, wenn alle Beteiligten zugestimmt haben (vgl. Reese-Schäfer 2001, Seite 22-26). Die Beteiligten sind dabei zuerst die Menge der Menschen, die an dem Diskurs beteiligt sind. Allerdings muss bei einem Konsens auch zukünftige Kritik bedacht werden. „Doch zu einem gegebenen Zeitpunkt muss eine Behauptung, die mit dem Anspruch auf Richtigkeit oder Wahrheit vorgebracht wird, gegen bisher bekannte Kritik verteidigt werden können und gegen Kritik auch weiterhin offen gehalten werden“ (Gottschalk-Mazouz 2004, Seite 8). Es besteht die

Überzeugung, dass Normen nicht von der jeweiligen Zeit abhängig sind. Das bedeutet, dass erst dann ein Konsens gefunden ist, wenn in der Zukunft die Zustimmung und die Befolgung dieses Konsens zu erwarten ist. Die mögliche Fehlbarkeit muss dabei von allen Beteiligten eingeräumt werden.

Jürgen Habermas zufolge findet eine Konsensfindung auf zwei Stufen statt: Auf einer formalen und auf einer inhaltlichen Ebene (vgl. Reese-Schäfer 2001, Seite 25-29). Auf der formalen Stufe muss dabei der Konsens möglich sein. Das bedeutet, dass es ein Verfahren geben muss, in dem sich alle Menschen wiederfinden und deren Ablauf und Struktur für jeden zustimmungsfähig ist. Daraus ist allerdings noch nicht zu schließen, dass das in dem Verfahren inhaltlich diskutierte Thema zu einem Konsens gebracht werden kann.

Die *ideale Sprechsituation* ist die Voraussetzung für einen Konsens und außerdem braucht es für die Wahrheit Öffentlichkeit, die Gleichverteilung der Kommunikationsrechte, Aufrichtigkeit und Gewaltfreiheit (Horster 1995). Um zur Wahrheit innerhalb eines Diskurses zu kommen, müssen somit die in den Kapiteln 2.3.3.1 und 2.3.3.2 genannten Aspekte zur Kommunikation eingehalten werden. Die Betrachtung dieser Aspekte bildete die Grundlage der Inhaltsanalyse der Lübecker Bürgerkonferenz.

## **2.3.4 Die Analyse der Materialien der Bürgerkonferenz in Lübeck**

In diesem Abschnitt soll genauer auf die Analyse der erhobenen Daten bei der Lübecker Bürgerkonferenz eingegangen werden. Diese Analyse wird anhand der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse in drei Schritten vorgenommen:

### **Analyse des Ablaufs**

Zuerst werden anhand von Kategorien, die sich auf Ausführungen zum gelungenen Diskurs der Diskursethik stützen, Materialien analysiert. Die von mir erstellten Beobachtungsprotokolle dienen hierbei als Grundlage.

Die nachstehend aufgeführten Kategorien werden für die Auswertung des Ablaufs der Diskussion der Bürgerkonferenz bearbeitet. Anhand dieser hier folgenden Punkte findet die Analyse in Kapitel 5 statt:

#### 1. Schritt:

#### Diskursregeln auf drei Ebenen

##### 1) logisch semantische Ebene

(klare Begriffsdefinitionen, Bedeutungswandel von Begriffen, Übertragbarkeit der Begriffe, Widersprüche in Aussagen der Bürger)

2) dialektische Ebene  
(hinter eigenen Aussagen stehen, argumentative Begründung der eigenen Position)

3) rhetorische Ebene  
(Behauptungen und argumentative Begründung, Einflüsse von außen)

#### Ideale Sprechsituation

- 1) Alle potentiellen Teilnehmer haben die gleichen Chancen zu Sprechakten
- 2) Alle potentiellen Teilnehmer haben die gleichen Chancen zu Deutungen, Behauptungen
- 3) Alle müssen als Handelnde gleiche Chancen zu repräsentativen Sprechakten haben bei einem herrschaftsfreien Diskurs
- 4) Alle müssen regulative Sprechakte verwenden können, keine Täuschung der Sprechintention

#### Vier Geltungsansprüche der Kommunikation

- 1) Verständlichkeit
- 2) Wahrheit
- 3) Richtigkeit
- 4) Wahrhaftigkeit

#### Konsens Theorie bzw. Diskurstheorie der Wahrheit

- 1) Erreichbarkeit eines Konsens
- 2) Bestand eines Konsens

Am Ende dieser ersten Analyse wird festzustellen sein, inwieweit die Ansprüche der Diskursethik an einen gelungenen Diskurs bei der Lübecker Bürgerkonferenz erfüllt wurden.

Der zweite Schritt ist eine Analyse vorher erstellter Kategorien zu beeinflussenden Faktoren. Als Grundlage dienen hier die Beobachtungsprotokolle. Die Einflussfaktoren werden erkannt und in Bezug zum Ablauf des Diskurses gesetzt, um auf diese Weise Faktoren herauszuarbeiten, die Einfluss auf den Diskursablauf hatten, und wie dieser geartet ist. Die nachstehend aufgeführten Kategorien werden für die Auswertung des formalen Diskursablaufs und seine Einflussfaktoren betreffend bearbeitet:

#### 2. Schritt:

##### Einflussfaktoren der Teilnehmer

- 1) Alter
- 2) Geschlecht
- 3) Bildungsgrad

## Gruppendynamik

- 1) dominante Persönlichkeiten
- 2) Dominanz durch Sprachgewandtheit
- 3) inhaltliche Dominanz

## Transparenz

- 1) Evaluation
- 2) Umgang mit der Öffentlichkeit
- 3) Auswahl der Experten
- 4) die Moderatoren
- 5) Ablauf der Konferenz
- 6) Umgang mit dem Votum

Nach den ersten zwei Analyseschritten sind damit die Voraussetzungen und der Ablauf des Diskurses analysiert. Das Erkennen von Schwierigkeiten und Stärken im formalen Ablauf ist die Voraussetzung für eine Analyse des Inhalts. Durch die Klärung der Güte des Diskursablaufs ist es dann im Folgenden möglich, die inhaltliche Analyse durchzuführen.

## **Analyse des Inhalts**

Im dritten Schritt folgt die inhaltliche Analyse, wobei die Protokolle der Bürger, die Fotoprotokolle und das Bürgervotum als Materialien im Mittelpunkt stehen. Die Inhalte werden dann im Zusammenhang mit den vorher erfassten Stärken und Schwächen im Diskursablauf analysiert und interpretiert. Die Ergebnisse der Analyse werden in Kapitel 5 beschrieben. Kriterien, Metakriterien und übergeordnete Prinzipien stellen die Kategorien dar. Die darunter aufgeführten Punkte benennen Unterkategorien:

### 3. Schritt:

#### Kriterien

- 1) Genannte Kriterien
- 2) Bedeutung und Gewicht genannter Kriterien
- 3) Entwicklung der Kriterien über die Konferenzwochenenden

#### Metakriterien

- 1) Genannte Metakriterien

- 2) Bedeutung und Gewicht der Metakriterien
- 3) Entwicklung und Änderungen der Zuordnung über die Konferenzwochenenden

#### Übergeordnete Prinzipien

- 1) Genannte Prinzipien
- 2) Bedeutung und Gewicht von übergeordneten Prinzipien
- 3) Entwicklung der Prinzipien
- 4) Differenzierung zwischen unterschiedlichen Ebenen der Prinzipien

Nach der Beschreibung des methodischen Vorgehens in diesem Kapitel folgt nun eine Aufstellung der Ergebnisse aus der Literaturrecherche zum theoretischen Rahmen zur Bürgerbeteiligung.

### **3. Theoretischer Rahmen zur Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen**

Unter dem Überbegriff „Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen“ fallen der Literaturrecherche zufolge viele Beteiligungsmöglichkeiten, die bei Bedarf zur Verfügung stehen. „Die repräsentative Demokratie sieht bereits Formen der Partizipation als Beteiligung der Bürger an der politischen Beratung und Entscheidungsfindung vor. Dazu zählen zunächst die verfassungsrechtlich gewährleisteten Grundrechte der Informationsfreiheit, der Wahlbeteiligung, der Versammlungs- und Demonstrationsfreiheit. Zu den organisierten Formen der Partizipation gehören Parteien, Verbände und Bürgerinitiativen“ (Kreß 2000, Seite 205). Vor allem sind die Wahlen auf verschiedenen Ebenen als Beteiligungsplattform zu nennen.<sup>15</sup>

Jeder Wähler kann sich bei seiner Stimmabgabe auf die vor der Wahl getroffenen Aussagen und Versprechungen der unterschiedlichen Parteien stützen und danach seine Stimmabgabe richten. Die Wahlen sind bislang auf der Ebene der Entscheidungsfindung im deutschen Gesundheitssystem die Haupteinflussstelle des einzelnen Bürgers. Eine weitere Möglichkeit zur Einflussnahme sind Sozialwahlen.<sup>16</sup>

Die Einflussnahme durch Wahlen ist allerdings indirekt und viele Bürger wünschen sich, in größerem Rahmen Meinungen äußern und direkt Einfluss nehmen zu können. „Bürgerinnen und Bürger wollen mitreden und gehen notfalls auf die Straße, wenn es um Entscheidungen geht, die direkt Einfluss auf die

---

<sup>15</sup> Spätestens alle vier Jahre werden alle deutschen Staatsbürger ab 18 Jahre auf Bundesebene dazu aufgerufen, mit ihrer Stimme die Richtung der Politik, unter anderem auch in Gesundheitsfragen, mitzubestimmen. Auf den anderen Ebenen finden ebenfalls Wahlen statt, die den Willen des Bürgers zum Ausdruck bringen, welcher Politiker und welche Parteien ihre Interessen für die nächste Zeit vertreten sollen. Zum Beispiel auch auf Landes- und Kommunalebene entscheiden die Bürger durch ihre Stimmabgabe mit. Eine Mehrheit ist dabei entscheidend.

<sup>16</sup> Bei Sozialwahlen werden Organisationen und Interessengruppen gewählt, die Arbeitnehmervereinigungen mit sozial- oder berufspolitischen Zielen sind. Die Kandidaten werden für die Versicherten innerhalb von Listen aufgestellt.

eigene Lebenssituation haben. Das Interesse, sich aktiv zu beteiligen und einzubringen, ist groß.“ (Kumpf 2011, Seite 15). Eine Möglichkeit ist die Bürgerbeteiligung in Form von Verfahren durchzuführen, die Bürger nach ihren Meinungen befragen, die die Kommunikation und Argumentation zu verschiedenen Themen möglich machen und so auch die Kompetenz der Bürger mit Unterstützung von Experten steigern.

Es ist anzunehmen, dass die Bürger ihre Beteiligungsmöglichkeit zum Beispiel in Form einer Wahl nicht mehr wahrnehmen wollen, weil sie den Einfluss, den sie haben, nicht für real halten. „Bei den Bürgern grassiert die Politikverdrossenheit“ (Klages 2011, Seite 119). Es breitet sich unter anderem die Überzeugung aus, dass die Politiker sich nach den Wahlen bestimmt nicht mehr an ihre Versprechen vor der Wahl halten (Huth 2004). „Aber – die empirischen Belege dafür, dass es im Hintergrund der Verdrossenheit der Bürger ein fast schon aus den Nähten platzendes Potential an Mitwirkungsinteressen und -bereitschaften gibt, sind schlechterdings nicht von der Hand zu weisen“ (Klages 2011, Seite 119). Eine Möglichkeit dieses Potential zu nutzen, könnten die Verfahren der Bürgerbeteiligung wie Bürgerkonferenzen und *citizens juries* sein.

Im Verlauf dieses Kapitels werden die Aspekte des Gesundheitssystems dargestellt, die im Zusammenhang mit dem Thema und den zu bearbeitenden Fragen dieser Arbeit stehen. Die Darstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern beleuchtet die für diese Arbeit entscheidenden Aspekte. Darauf folgt die Darstellung der Rollen, die jeder Bürger in Deutschland im Gesundheitssystem innehaben kann.

Nach dem Festhalten der für die Arbeit wichtigen bestehenden Fakten das deutsche Gesundheitswesen betreffend, werden die zwei für diese Ausführungen und Untersuchungen relevanten Bürgerbeteiligungsverfahren beschrieben und genauer auf ihre Besonderheiten, ihren Nutzen und Schwierigkeiten hin beleuchtet. Der Schwerpunkt wird bei der „Bürgerkonferenz“ liegen, weil dieses Verfahren in Lübeck genutzt wurde und die Analyse der Bürgerkonferenz in Lübeck einen Großteil dieser Arbeit ausmacht. Die Erörterung der *citizens jury* aus Kanada hat einen geringeren Anteil, woraus sich die folgende im Vergleich detailärmere Beschreibung dieser Methode ergibt.

### **3.1 Gesundheitssystem in Deutschland**

Das deutsche Gesundheitssystem ist ein komplexes System, das aus vielen Bereichen besteht. Bisher ist das Angebot an medizinischen Leistungen in diesem komplexen System für die Erkrankten sehr umfangreich. Um diesen Zustand zu gewährleisten, bedarf es unter anderem eines gesetzlichen Rahmens, einer Ebene der Gesetzgebung, die das System den immer neuen Gegebenheiten anpasst, eines umfassenden Finanzierungs- und Versicherungssystems und vieler Akteure in unterschiedlichen Funktionen (Rosenbrock und Gerlinger 2006, Seite 13-15). In diesem Kapitel werden die für diese Arbeit wichtigen Bereiche, ihre entscheidenden Aspekte und deren Zusammenspiel kurz dargestellt.

### 3.1.1 Der gesetzliche Rahmen

Das deutsche Grundgesetz hält sich mit seinen Vorgaben für die Struktur und Ausgestaltung des Sozialstaates Deutschland zurück. Lediglich Art. 20 Abs. 1 Grundgesetz (GG)<sup>17</sup> und Art. 28 Abs. 1 GG<sup>18</sup> sind Vorgaben für den Gesetzgeber, die Gerichte und die Verwaltung, denen daher ein großer Gestaltungsspielraum eingeräumt wird.

Das Sozialstaatsprinzip ist somit im Grundgesetz festgeschrieben, allerdings lassen sich daraus allein nicht unmittelbare Sozialleistungsansprüche für den Einzelnen ableiten (Simon 2010, Seite 74f.). Erst im Zusammenspiel mit dem Menschenwürdeprinzip des Art. 1 Abs. 1 GG und dem Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG werden Mindestansprüche und Grenzen auf niedrigem Niveau festgesetzt. Innerhalb dieses groben Rahmens bewegt sich die Ausgestaltung des deutschen Gesundheitswesens.

Die genaue Gestaltung erfolgt durch den Gesetzgeber. Mit Reformen und neuen Gesetzesentwürfen werden durch die Politik die Bezugspunkte für die Praxis festgelegt. Das Ziel ist es, Gesundheit zu fördern, zu erhalten, wiederherzustellen und die zum Beispiel sozialen oder individuellen Folgen von Krankheiten zu lindern (Rosenbrock und Gerlinger 2006, Seite 12). Die Politik auf Bundesebene entscheidet über Gesetze das Gesundheitssystem betreffend. Das Gesundheitssystem ist anders als beispielsweise die Bildungspolitik Sache des Bundes, was unter Umständen eine größere Distanz zu den Bürgern bedeuten kann.

Das normative Ziel der Gesetzgebung durch die Politik ist die Verbesserung der gesundheitlichen Lage jedes Individuums in der Bevölkerung. Einschränkungen der Lebensqualität und der Tod sollen verhindert werden. Die Erkenntnis begrenzter Ressourcen hat in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit jedoch dafür gesorgt, dass die Gesundheitspolitik vordergründig als Politik zur Erhaltung der Krankenversorgung und als „Kostendämpfungspolitik“ verstanden wird (Rosenbrock und Gerlinger 2006, Seite 12). Allerdings ist das deutsche Gesundheitswesen „durch das Prinzip der Selbstverwaltung geprägt, das heißt der Staat setzt nur Rahmenbedingungen, und die Gesundheitsversorgung wird durch das Zusammenwirken aller an der Gesundheitsversorgung Beteiligten sichergestellt“ (Dietz 2011, Seite 27). „Jede Priorisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung muss den rechtlichen Rahmen einhalten, der im sozialen Rechtsstaat gesetzt ist. Verfassungsrechtliche Vorgaben an das öffentlich-rechtliche System der Gesundheitsversorgung sind zu beachten und rechtliche Formen sind zu finden“ (Welti 2009, Seite 105).

Es existieren Faktoren wie die Interessenverbände, die auf den Gesetzgebungsprozess auf Bundesebene Einfluss nehmen, beispielsweise aus dem Bereich der Pharmaindustrie. Neben der Pharmaindustrie existieren noch zahlreiche andere Interessenverbände, die in ihrem Sinne versuchen, auf die politischen

---

17 „Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.“

18 „Die verfassungsmäßige Ordnung in den Ländern muss den Grundsätzen des republikanischen, demokratischen und sozialen Rechtsstaats im Sinne dieses Grundgesetzes entsprechen.“

Ergebnisse einzuwirken. Unter anderem sind das Patientenorganisationen wie zum Beispiel Selbsthilfegruppen, die berufsständischen Organisationen der Ärzteschaft, die Sozialpartner (Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände) und Verbände der Krankenhausträger.

### **3.1.2 Die Versicherungen**

Eine weitere wichtige Position nehmen die Krankenversicherungen im deutschen Gesundheitssystem ein. Sie ziehen die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber ein und erbringen im Gegenzug Sach- und Dienstleistungen den Versicherten gegenüber. Diese haben einen Leistungsanspruch unabhängig von ihrer Bedürftigkeit (vgl. Thielmann 2001, Seite 15). Die konkrete Ausgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird im fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) geregelt.

Die Beiträge der Versicherten richten sich dabei nicht wie bei anderen Versicherungstypen nach ihrem individuellen Krankheitsrisiko, sondern nach ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit. Die Gemeinschaft der Versicherungszahler steht zusammen finanziell für den Einzelnen im Krankheitsfall ein (vgl. Simon 2010, Seite 75). Die Finanzierung des Systems unterliegt dem Solidaritätsprinzip. Dieses ist gekennzeichnet durch den einkommensbezogenen Solidarausgleich, der beinhaltet, dass jeder unabhängig vom eigenen Einkommen behandelt oder versorgt wird (vgl. Simon 2010, Seite 77). Außerdem gibt es den Risikoausgleich, den Schadensausgleich, den Solidarausgleich zwischen jungen und alten Versicherten und den Familienlastenausgleich, nach dem Kinder und Ehepartner beitragsfrei mitversichert werden können (vgl. Simon 2010, Seite 78f.).

Solange die Arbeitgeber und Arbeitnehmer mit ihren paritätischen Beiträgen die entstehenden Kosten decken, ist das System im Gleichgewicht.

Alle Arbeitnehmer unterliegen bis auf wenige Ausnahmen, wie Studenten, Praktikanten, Landwirte und auch Künstler, einer Versicherungspflicht. Bis zu einer bestimmten Lohnhöhe sind sie in einer der gesetzlichen Krankenkassen zwangsversichert. Zu den nicht pflichtversicherten Gruppen gehören beispielsweise Selbstständige sowie Beamte (Rosenbrock und Gerlinger 2006, Seite 99ff.).

Übersteigt das Gehalt eines Arbeitnehmers einen bestimmten Betrag, ist es dem Versicherten freigestellt, in der GKV zu verbleiben oder in die private Krankenversicherung (PKV) zu wechseln. In der PKV werden neben dem Lohn alle weiteren Einkünfte in die Beitragshöhenberechnung mit einbezogen (vgl. Thielmann 2001, Seite 22f.).

#### **3.1.2.1 Probleme des Systems**

Aus dem dargestellten Finanzierungsprinzip ergeben sich Probleme. Die Einnahmen des Systems sind abhängig vom Faktor Arbeit. Um Deutschland als Wirtschaftsstandort nicht unattraktiv zu machen, können die Beiträge für die Krankenversicherung eine bestimmte Höhe nicht übersteigen

(Simon 2010, Seite 151). Die Beitragshöhe des einzelnen Arbeitnehmers und seines Arbeitgebers ist somit begrenzt, bzw. muss notfalls durch Einschnitte begrenzt werden.

Der Anteil der arbeitenden Bevölkerung und die daraus resultierenden Beiträge unterliegen wenig Wachstum. Vielmehr sinken sie auf Grund des demographischen Wandels. Außerdem tragen „niedrige Tarifabschlüsse und eine anhaltend hohe Arbeitslosigkeit“ sowie Niedriglöhne zu einer geschmälernten Einnahmehasis der GKV bei (Simon 2010, Seite 162). Daraus ergibt sich auf der Einnahmeseite der Versicherungen ein Defizit.

Außerdem werden die Menschen auf Grund des medizinischen Fortschritts immer älter, sind dabei aber nicht gesünder (Thielmann 2001, Seite 54). Dieser Umstand bedeutet eine Zunahme der im System entstehenden Kosten. Zusätzlich bringt der medizinische Fortschritt kostenintensive Untersuchungsmethoden und Therapieansätze hervor, die die Kosten in die Höhe treiben. Laut Lars Thielmann kommt dabei noch hinzu, dass „neue, vor allem diagnostische Verfahren oft nicht alte Techniken einfach ersetzen, sondern zu diesen hinzutreten“ (Thielmann 2001, Seite 55).

Für jeden Bundesbürger steht zur Zeit ein umfassendes Leistungsangebot zur Verfügung. Durch sinkende Einnahmen und steigende Ausgaben ist das System aber zunehmend im Ungleichgewicht. In Zukunft wird es vermutlich immer schwieriger werden, mit dem bestehenden Finanzierungssystem alle bisherigen Leistungen für jeden Versicherten bereitzuhalten.

### **3.1.3 Die Akteure und ihre Einflussnahmemöglichkeiten**

Am Gesundheitssystem in Deutschland sind viele verschiedene Menschen in den unterschiedlichsten Positionen beteiligt. Eine hier folgende Aufstellung soll die Relevanz der das Gesundheitswesen betreffenden Debatten für jeden Einzelnen in Deutschland in einer oder auch mehreren Funktionen verdeutlichen.

Einen Anteil am Gesundheitssystem in Deutschland haben zum Beispiel die Ärzte, Apotheker und das Pflegepersonal, die die medizinische Leistung erbringen. In Kliniken arbeiten 136.000 Ärzte und 498.000 Pflegekräfte. Dazu kommen 138.000 niedergelassene Ärzte und 173.000 Menschen, die in Apotheken arbeiten (Statistisches Bundesamt 2008). Die Zahlen zeigen, wie viele Menschen schon allein im Dienstleistungssektor auf der Mikroebene am Gesundheitswesen teilhaben.

Dieser Teil der Bevölkerung ist an einer angemessenen Vergütung für ihre Leistungen interessiert. Für das Erbringen von Sach- und Dienstleistungen besteht ihrerseits ein Anspruch auf Vergütung durch den Kostenträger (Simon 2010, Seite 109).

Weiterhin stehen Politiker als Personen hinter der Gesetzgebung in Verbindung mit dem Gesundheitswesen. Auf dieser staatlichen Ebene befinden sich die Entscheidungsträger zur Rechtssetzung und damit die größte Macht (Simon 2010, Seite 109). Allerdings sind die Akteure des politischen Systems auf längere Sicht an die Zustimmung der Wähler gebunden und üben somit die

Macht unter den Maßgaben der Möglichkeit zur Wiederwahl aus (Rosenbrock und Gerlinger 2006, Seite 18-21).

Außerdem werden sie von unterschiedlichen Interessenverbänden beeinflusst. Der Einfluss, den beispielsweise Pharmaunternehmen haben, ist schwer zu beurteilen und beim Analysieren des gesetzgebenden Systems nicht immer eindeutig zu bestimmen. Wie von Rolf Rosenbrock und Thomas Gerlinger ausgeführt, bleibt festzuhalten, dass für Unternehmen „der Erhalt und die Verbesserung der eigenen Wettbewerbsfähigkeit sowie die Steigerung des Gewinns die maßgebliche Zielgröße ihres Handelns“ (Rosenbrock und Gerlinger 2006, Seite 19) ist und ihre Einflussnahmemöglichkeiten auf die Politik mit diesen Vorgaben ausgeübt werden.

Des Weiteren gibt es die Leistungsempfänger, die Patienten. In diese Rolle kann jeder, der in Deutschland lebt, kommen und damit am Gesundheitssystem beteiligt sein. Als Arbeitnehmer und Arbeitgeber sind Beiträge an die Versicherungen zu zahlen, die einem einen Versicherungsschutz zusichern (Simon 2010, Seite 109).

Patienten und Versicherte machen zahlenmäßig einen beträchtlichen Teil des Gesundheitswesens aus. Sie sind allerdings nur sehr begrenzt in der Lage, Entscheidungen, die das System betreffen, mitzubestimmen. Als Bürger haben sie die Möglichkeit, bei den Wahlen die Volksvertreter zu wählen, die vor der Wahl die ihnen entsprechenden Überzeugungen geäußert haben, und diejenigen abzuwählen, die in der Vergangenheit nicht in ihrem Sinne regiert haben.

Die Aufstellung der Beteiligten verdeutlicht, dass alle Menschen in Deutschland auf irgendeine Weise, manche sogar in Mehrfachfunktionen, am Gesundheitssystem beteiligt sind. Kaum ein Mensch, der in Deutschland lebt, ist nicht Teil des Systems, was für jeden eine hohe Relevanz der Fragen, die das System betreffen, bedeutet. Die Gruppengröße der Beteiligten lässt dabei allerdings keinen Schluss auf die Größe des Einflusses bei Entscheidungen zu.

Innerhalb der hier angesprochenen großen Gruppe der Patienten ist das 'Patientsein' nicht die einzige Funktion dieser angesprochenen Personen. Im nächsten Abschnitt werden die verschiedenen möglichen Rollen dieser Personengruppe dargestellt.

### **3.2 Die verschiedenen Rollen eines Bürgers**

Jeder Mensch in Deutschland hat in seinem Leben unterschiedliche Rollen im Sinne von Positionen in sozialen Zusammenhängen zu bekleiden, sowohl im privaten als auch im öffentlichen Bereich. An dieser Stelle werden alle sozial-politischen Rollen, die Personen im Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem in Deutschland inne haben können, zusammengestellt und ihre Besonderheiten kurz erläutert.

Diese Darstellung soll verdeutlichen, welche Rolle die Erweiterung von Kompetenzen erfahren könnte. Außerdem ermöglicht es diese Aufstellung, sich vor Augen zu führen, wie das Verhältnis von Pflichten

und Rechten innerhalb der aufgeführten Rollen sich darstellt und welche Seite jeweils zu erweitern wäre.

### **3.2.1 Steuerzahler und Beitragszahler**

Jeder sozialversicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer in Deutschland ist mit einem Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze verpflichtet, einen bestimmten Prozentsatz seines Lohns als Versicherungsbeitrag zu zahlen. Diese Verpflichtung, sich an der Finanzierung des Systems zu beteiligen, ist rechtmäßig nicht zu umgehen, da die Beiträge bereits direkt durch den Arbeitgeber abgeführt werden (Simon 2010, Seite 140-143). Aus der Gestalt dieser verpflichtenden Rolle heraus ergeben sich verschiedene Interessen.

Auf der einen Seite hat der Versicherte durch seine Rolle als Finanzierender Interesse daran, dass sein Geld sinnvoll und gerecht an die verteilt wird, die es brauchen. In diesem Anteil der Rolle ist die Sichtweise nicht von persönlichen Interessen geprägt. Es geht ihnen vor allem darum, dass Gerechtigkeit herrscht und mit den vorhandenen Ressourcen gewissenhaft umgegangen und keine Verschwendung betrieben wird (Lenaghan 1999, Seite 46-49). Verschwendung würde für sie eine Mehrbelastung bedeuten.

Auf der anderen Seite hat der Beitragszahler ein Interesse daran, möglichst wenig Beiträge zahlen zu müssen, um für das eigene Leben mehr Geld übrig zu behalten (Schicktanz 2008). Außerdem wollen Beitragszahler für das eigene Leben die Sicherheit schaffen, im Schadensfall versorgt zu sein. In diesen beiden Anteilen der Rolle stehen persönliche Interessen im Vordergrund.

Die Rolle des Versicherten bringt sowohl den Blick auf die Gesellschaft als auch die Betrachtung der eigenen Situation mit sich. Allerdings stehen bei beiden Betrachtungsweisen die finanziellen Aspekte als Mittel zum Zweck im Vordergrund.

### **3.2.2 Patient**

Im Krankheitsfall oder auch bei Präventionsmaßnahmen wie einer Vorsorgeuntersuchung kommt jeder Beitragszahler in die Rolle eines Patienten. Der Anspruch auf Leistungen im Krankheitsfall ergibt sich für den Patienten aus der Einzahlung in die jeweilige Krankenversicherung. Die Krankenversicherten haben „einen Rechtsanspruch auf alle Leistungen, die für die Behandlung ihrer Krankheit notwendig sind“ (Rosenbrock und Gerlinger 2006, Seite 100). Allerdings sind alle Schadensfälle individuelle Ereignisse und damit ist die Inanspruchnahme dieses Rechts kein verallgemeinerbarer Vorgang, sondern wird auf den ganz speziellen Schadensfall zugeschnitten.

In diesem Moment ist der Patient auf ein funktionierendes Gesundheitssystem angewiesen und in dieser Rolle ist seine Sicht vordergründig auf die eigene Situation ausgerichtet. Er ist daran interessiert, dass er die bestmögliche Behandlung bekommt, ohne dabei weiter an die Gesellschaft oder die Kosten zu denken (Schicktanz 2008, Lenaghan 1999, Seite 46). „Patienten sind persönlich betroffen. Sie haben

demzufolge ein großes Bedürfnis nach Sicherheit [...]“ (Sänger und Lang 2011, Seite 113), was ihre Entscheidungen und Ansichten stark beeinflusst. Außerdem entscheiden Patienten aufgrund ihrer persönlichen Betroffenheit anhand „intuitiver Verfahren“ (Sänger und Lang 2011, Seite 113) und beziehen somit in ihre Entscheidungsfindung wenig rationale und wissenschaftlich geprägte Aspekte mit ein. „Patients also have a greater need of healthcare than the general public [...]. They may, therefore, also have a different perception of the need for setting priorities“ (Arvidsson et al. 2009, Seite 124).

Die Rolle des Patienten ist diejenige, die am stärksten subjektiv und auf das eigene Wohl bedacht ist. Die gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Aspekte werden in dieser Rolle weniger in Betracht gezogen.

### **3.2.3 Bürger**

In staatsrechtlichem Sinn ist jeder ein deutscher Staatsbürger, der einen deutschen Pass besitzt. Aus dieser Staatsangehörigkeit ergeben sich für jeden Staatsbürger bestimmte Rechte. Diese Rechte beinhalten das Recht zu politischer Mitwirkung, Befragungs- Anhörungs-, Beratungs-, Entscheidungs- und Zustimmungsrechte (vgl. Hart 2001, Seite 97).

Im gesellschaftlichen Sinne ist ein Bürger jeder, der am gesellschaftlichen Leben teilnimmt. Ihn verbinden verschiedene Beziehungen mit seinen Mitbürgern und in seiner Rolle als Bürger ist er durch seine Position in einer Gesellschaft ein Teil, der am Wohl der Gesellschaft interessiert ist (Schicktanz 2008). In dieser Rolle haben Menschen das Gemeinwohl im Blick und sind dazu bereit, in Diskussionen den Mitbürger als ebenbürtig zu respektieren. Bürger mit ähnlichen Meinungen zu bestimmten Themen bilden Zusammenschlüsse, um so ihre Ziele und Überzeugungen zu verdeutlichen. In größeren Gruppen hat eine Meinungsäußerung in einer mehrheitsorientierten Gesellschaft mehr Gewicht.

Im Gesundheitswesen hat der Bürger die Rolle eines Beobachters. Er nimmt über die Presse oder durch Berichte seiner Mitbürger Gegebenheiten im deutschen Gesundheitssystem wahr. Er bewertet dabei mit dem Blick eines medizinischen Laien, wenn er beruflich nicht in diesem Bereich beschäftigt ist. Aber: „Das Bild vom Bürger und der Bürgerin wandelt sich – er oder sie ist nicht länger distanziert – passiv, betätigt sich periodisch als Wähler(in) und bringt seine oder ihre Übereinstimmung mit den politisch – administrativen Abläufen durch Nichthandeln zum Ausdruck. Idealbild ist nun der/ die Aktivbürger(in) [...]“ (Leggewie 2011b, Seite 19). Die Rolle des Bürgers ist die Rolle im Gesundheitssystem Deutschlands, die am stärksten dahin ausgerichtet ist, für die Gemeinschaft zu denken. Diese Erkenntnis legt es nahe, den Bürgern wegen ihrer Möglichkeit zum weitgehend unbeeinflussten Blickes auf das System mehr Mitbestimmungsrecht einzuräumen oder sie zumindest verstärkt nach ihren Meinungen zu fragen. Bestehende Perspektiven der verstärkten Einbindung von Bürgern sind unter anderem die Bürgerbeteiligungsmodelle, die das Thema des nächsten Abschnitts sind.

### **3.3 Bürgerbeteiligungsmodelle**

Es existieren unterschiedliche Modelle, die zur Bürgerbeteiligung nutzbar sind. Das Ziel dieser Verfahren ist es, die Meinungen der Bürger zu erfahren und eine Diskussion mit unterschiedlichen und eventuell auch neuen Argumenten zu ermöglichen (Dienel 2006, Jungk und Müllert 1989).

Verschiedene Personen haben Modelle entwickelt, ausprobiert und weiterentwickelt, sodass es heute möglich ist, unterschiedliche Modelle zu betrachten und ihre Vor- und Nachteile zu untersuchen, um dann das für die Zielsetzung der Diskussion passende zu finden und anzuwenden.

Dieses Kapitel soll einen kurzen Überblick über zwei ausgewählte Modelle geben und ihre Hauptmerkmale darstellen, aus denen sich bestimmte Vor- und Nachteile ergeben.

Die beiden Modelle, die hier dargestellt werden sollen, sind Verfahren, die in unserem System noch nicht fest verankert sind, sondern noch erprobt werden. Gängige Verfahren, um Bürger zu beteiligen, sind zum Beispiel Befragungen durch Fragebögen. Dieses Vorgehen unterscheidet sich allerdings grundlegend von den Modellen, die hier erörtert werden sollen. Fragebögen fragen die bestehende Meinung der Bürger mit vorgegebenen Fragen ab. Bürgerbeteiligungsmodelle wie die „Konsensuskonferenz“ und die „*citizens jury*“ eröffnen den Teilnehmern einen Weg zur informierten Meinungsbildung. Gerade in ethisch-politischen Diskussionen kann es sich lohnen, wegen der Komplexität der Argumentationen neue Wege in der Bürgerbeteiligung zu beschreiten.

Zunächst folgt im nächsten Abschnitt eine Beschreibung der „Konsensuskonferenz/ Bürgerkonferenz“ und der „*citizens jury*“, weil diese Formen der Bürgerbeteiligungen diejenigen sind, die in Lübeck und Kanada bei den Konferenzen angewendet wurden, welche im Fokus dieser Arbeit stehen. Der Schwerpunkt dabei liegt in diesen Ausführungen auf der Bürgerkonferenz in Lübeck, welches sich in der Genauigkeit der Betrachtung der Beteiligungsmodelle widerspiegelt. Im Rahmen dieser Arbeit ist die Darstellung weiterer Beteiligungsverfahren nicht leistbar und für die Bearbeitung der gestellten Fragen und entwickelten Hypothesen (siehe Kapitel 1 und 2) nicht notwendig.

#### **3.3.1 Citizens Jury**

Entwickelt wurde das Konzept der *citizens jury* in den 1970er Jahren (Smith und Wales 1999, Seite 296) und stellt sich wie folgt dar:

Zwölf bis 16 Bürger werden aus einer Gruppe von Menschen ausgelost. Bei der Auslosung durch die Organisatoren wird darauf geachtet, dass die Gruppe in etwa den gesellschaftlichen Durchschnitt bestimmter Merkmale wie Alter oder Geschlecht abbildet. Ihr Treffen dauert meistens vier Tage und wird von zwei Moderatoren begleitet. Das Thema und die Finanzierung sind abhängig von den Initiatoren (Lenaghan 1999, Seite 50).

Sie 'verhören' verschiedene Experten, erfragen deren Meinungen und diskutieren mit ihnen über das zu besprechende Thema. „The jurors are given the opportunity to cross-examine the witnesses and, on occasion, call for additional information and witnesses“ (Smith und Wales 1999, Seite 296). Anschließend diskutieren sie untereinander in Kleingruppen und im Plenum. Zusätzlich erhalten sie schriftliche Informationen zu dem Thema. Zum Schluss verfassen sie einen Bericht mit ihren Erkenntnissen, der auch Uneinigkeit innerhalb der Gruppe widerspiegeln darf. Das Ergebnis ist eine Empfehlung für die Entscheidungsträger in der Politik (Lenaghan 1999). Das Verfahren ist angelehnt an den Ablauf und die Form eines gerichtlichen Verfahrens (Beckmann und Keck 1999).

In England wurden zum Beispiel zu den Themen „Who should set health care priorities, and according to what criteria?“ oder „What are the most important criteria for setting spending priorities?“ in den 90er Jahren *citizens juries* abgehalten (Lenaghan 1999, Seite 51).

Das Modell der *citizens jury* bietet die Möglichkeit, anders als zum Beispiel bei Umfragen, informierte Bürger nach ihrer Meinung zu fragen (Menon und Stafinski 2008). Da die Teilnehmer einen Prozess durchlaufen, in dem sie sich in das Thema einarbeiten können und inhaltliche Fragen klären, sind sie zum Zeitpunkt ihrer Meinungsäußerung am Schluss in das Thema eingearbeitet und gut informiert (Smith und Wales 1999, Seite 305). Außerdem sind Stärken des Verfahrens: „promotes “common good” as a societal objective“ und „provides opportunities to introduce new perspectives and challenge existing ones“ (Abelson et al. 2001, Seite 1).

Die *citizens jury* ist ein geeignetes Verfahren, um über Werte zu diskutieren (Beckmann und Keck 1999), weil dieses Verfahren den Raum bietet in vielen verschiedenen Gesprächen und Befragungen von unterschiedlichen Experten, Feinheiten herauszuarbeiten und Meinungen jeglicher Art zu Gehör zu bringen. Die Beteiligten haben Zeit dazu nachzudenken, Fragen zu stellen und dann informiert ihre Meinung zu bilden und zu äußern. Das Verfahren „creates informed, active, engaged citizenry“ (Abelson et al. 2001, Seite 1).

Die Bürger in der Position als Juroren nehmen eine dominante Rolle ein. Sie übernehmen damit die Führung des Verfahrens, was die Möglichkeit eröffnet, ihre Überzeugungen deutlich herauszuhören, die dann in niedergeschriebener Form am Ende in ihrem Bericht dem „citizens´ report“ (Smith und Wales 1999, Seite 296) noch einmal ganz klar werden.

Die hier entstehende Meinungsäußerung stammt von Bürgern, die in bestimmter Hinsicht einen Bevölkerungsquerschnitt abbilden (Beckmann und Keck 1999). Allerdings hat die geäußerte Meinung keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit für alle Bürger (vgl. Smith und Wales 1999, Seite 300). „Exclusive - only a few individuals participate“ (Abelson et al. 2001, Seite 1). Außerdem können Fehler und Einflussnahme im Verfahren das Ergebnis der Bürger beeinflussen und eventuell verfälschen.

„When carefully constructed to minimise the more insidious exercise of power, juries offer a supportive environment for democratic deliberation in which citizens are able to reflect on their own values, interests and experiences and in which the reasoned transformation of views and preferences is possible“ (Smith und Wales 1999, Seite 305).

### **3.3.2 Konsensuskonferenz/Bürgerkonferenz/Publiforum**

Das Modell der Konsensuskonferenz hat noch andere synonyme Bezeichnungen. In der Schweiz zum Beispiel ist dieses Verfahren unter dem Begriff Publiforum bekannt und manchmal wird das Modell auch in anderen Ländern als Bürgerkonferenz bezeichnet, um so den falschen durch den Namen Konsensuskonferenz hervorgerufenen Schlussfolgerungen entgegenzuwirken, dass es bei einer solchen Konferenz immer zu einem Konsens unter den Teilnehmern kommen müsste.

Simon Joss entwickelte dieses Verfahren in den 1980er Jahren in Dänemark (Joss 2003), das Zwölf bis 30 interessierte Bürger zusammenbringt, die in den Punkten Alter, Geschlecht und Bildungsstand möglichst den Bevölkerungsquerschnitt widerspiegeln. Die Bürger informieren sich an zwei Vorbereitungswochenenden über ein vorgegebenes Thema und am dritten Wochenende findet eine Konferenz statt, an deren Ende die Bürger ein Schreiben verfassen, in dem sie ihre gewonnene informierte Meinung zum Ausdruck bringen (Joss 2000).

Ein Beispiel für eine abgehaltene Bürgerkonferenz ist die GenFood Konferenz, die in Dänemark stattfand (Abels und Bora 2004). Ein weiteres Beispiel einer europaweit durchgeführten Bürgerkonferenz ist eine Konferenz zum Thema Hirnforschung „Meeting of Minds“ im Jahre 2005 (Stiftung Deutsches Hygiene–Museum Dresden 2005). Die Durchführung dieses Modells ist mit einigem organisatorischen und finanziellen Aufwand verbunden, wobei die Finanzierung von dem Initiator der Konferenz abhängt und von diesem organisiert werden muss.

Im Folgenden werden die Aspekte der Themenauswahl, die Auswahl der Bürger, die Fachleute, die Moderation, das Votum und die Öffentlichkeitsarbeit genauer beleuchtet. Die Themenauswahl stellt einen entscheidenden Punkt bei der Planung und Durchführung einer Bürgerkonferenz dar. Im Vorfeld sollte beachtet werden, dass das Thema Aktualität besitzt und kontrovers diskutiert wird. Nur dann erhält es in der Öffentlichkeit Aufmerksamkeit und ist den Bürgern bekannt (Joss 2000, Seite 30f.). Während des Planungsvorgangs einer Konferenz, der einige Zeit in Anspruch nimmt, sollte die Diskussion in der Öffentlichkeit beobachtet werden. Es kann zu Veränderungen und Abnahme der Relevanz kommen (Schicktanz und Naumann 2003, Seite 64). Um darauf reagieren zu können, sollte das Thema zu Beginn der Planungen weit gefasst sein. Bei Beginn der Konferenz ist es ratsam, das Thema dann konkret und verständlich zu formulieren, um den Bürgern als Bezugspunkt zu dienen. Außerdem sollte es vermieden werden, dass die Bürger viel Zeit auf die Eingrenzung des Themas verwenden müssen.

Die Teilnehmerauswahl ist durch die Methode „Bürgerkonferenz“ nicht genau geregelt. Daher sind verschiedene Varianten wie beispielsweise Zeitungsannoncen oder direktes Anschreiben von Bürgern möglich. Bei interessierter Rückmeldung nehmen die Laien an der Auslosung der Plätze teil (vgl. Schicktanzen und Naumann 2003, Seite 64).

Das Ergebnis der Auslosung soll dann eine heterogene Gruppe sein, die trotz ihrer Zusammensetzung, die ungefähr dem gesellschaftlichen Durchschnitt in einigen Merkmalen entspricht, keinen Anspruch auf Repräsentativität hat. Für Letzteres ist die Gruppengröße zu gering (Joss 2000, Seite 23 u. 27). Eine Vergrößerung der Bürgergruppe hätte zur Folge, dass ein intensiver, fruchtbarer Diskurs durch die Vielzahl an Teilnehmern erschwert würde. Aus diesem Grund kann die Anzahl der Teilnehmer nicht, um Repräsentativität zu erreichen, vergrößert werden.

Um die Bürgergruppe zu informieren, steht ihnen eine Liste von verschiedenen Experten zur Verfügung, die sie nach Bedarf anhören und befragen können. Der Expertenbegriff ist in diesem Zusammenhang als sehr weit zu verstehen. Er umfasst somit auch Personen, die „sich entweder beruflich oder aufgrund ihres öffentlichen Engagements mit dem Thema befassen“ (Joss 2000, Seite 23). Die Fachleute ermöglichen durch ihr weitergegebenes Wissen, dass nach den Befragungen der Diskurs der Bürger durch viele Informationen bereichert ist, die es erleichtern, sich eine fundierte Meinung zu bilden.

Begleitet wird die Bürgergruppe die gesamte Zeit über von ein bis zwei Moderatoren, die unparteiisch moderieren und für einen reibungslosen, strukturierten Ablauf sorgen. Sie sind kompetent im Hinblick auf die Methode Bürgerkonferenz und kennen den vorher erstellten ungefähren zeitlichen Ablaufplan. Inhaltliches Wissen zum diskutierten Thema ist nicht notwendig (Joss 2000, Seite 24). Die Moderatoren sollten den Diskurs in der Form lenken, dass ein ausgewogener Kommunikationsprozess entsteht (Joss 2000, Seite 24). Es ist ihre Aufgaben „den Laien den anspruchsvollen Prozess der Einarbeitung in ein Thema und die Entscheidungsfindung zu ermöglichen bzw. zu erleichtern (Skorupinski und Ott 2000, Seite 58). Außerdem haben sie „große Bedeutung [...] dabei [...] dafür Sorge zu tragen, dass die Experten sich auf die Fragen der Laien konzentrieren und verständlich ausdrücken. Dazu kommt die Aufgabe dafür zu sorgen, dass alle beteiligten Bürger zu Wort kommen“ (Skorupinski und Ott 2000, Seite 59). Das Ziel ist, allen teilnehmenden Personen unabhängig von ihren sprachlichen Fähigkeiten und ihrem Wesen zu ermöglichen, die eigene Meinung zu äußern. Die Bürger bleiben trotz des Moderators selbstbestimmt in ihrer Diskussion (Abels und Bora 2004).

Am Ende ihrer Konferenz verfassen die Bürger gemeinsam ein Votum, in dem sie die Ergebnisse und die gewonnenen Überzeugungen niederschreiben. Nach Möglichkeit nennen sie dabei ihre gemeinsame Meinung. Sollten sie allerdings nicht zu einem Konsens gekommen sein, wird der Dissens in allen Facetten dargestellt (Joss 2000, Seite 23). Der entstandene Abschlussbericht wird dann der

Öffentlichkeit zugänglich gemacht und kann von der Politik als mögliche informierte Bürgermeinung als Beratungspapier genutzt werden.

Das wichtigste Merkmal am Modell Bürgerkonferenz ist, dass es laienzentriert ist (Joss und Brownlea 1998, Abels und Bora 2004). Die Bürger sollen möglichst viel in diesem Verfahren selbstbestimmt tun, was vor Einflussnahme von außen schützt. Ziel ist, dass im Abschlussbericht die unbeeinflusste Meinung der teilnehmenden Laien steht.

Ein wichtiges Ziel für die Befürworter von Bürgerbeteiligungsverfahren ist, die Öffentlichkeit miteinzubeziehen, indem man sie über die Vorgänge bei der Konferenz gut informiert. Medien sollen das Geschehen die ganze Zeit über begleiten (Joss 2000, Seite 25), um so die Diskussion über das besprochenen Thema auch in der Gesellschaft anzuregen und Transparenz für die Öffentlichkeit zu schaffen.

Transparenz ist außerdem entscheidend für die Teilnehmer (Joss und Brownlea 1998), um so Misstrauen gegenüber der Einflussnahme von außen zu verhindern. Die Laien sollen deutlich ihre entscheidende Rolle wahrnehmen und nicht von unklaren Abläufen oder Absprachen mit dem Organisationsteam verstört werden. Transparenz herrscht von Anfang an außerdem darüber, dass es keinen festen Adressaten für die Ergebnisse der Konferenz gibt.

### **3.3.3 Vergleich der Modelle**

Um festzustellen, ob der inhaltliche Vergleich des Verfahrens in Lübeck und des kanadischen Verfahrens möglich ist, werden im nächsten Abschnitt die durch die Modelle vorgegebenen wichtigen Eckpfeiler verglichen und auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin überprüft.

#### **3.3.3.1 Gemeinsamkeiten und Unterschiede**

Die Darstellung der beiden Modelle zeigt viele Gemeinsamkeiten. Beide Verfahren sind laienzentriert. An mehreren Tagen haben die Bürger Zeit, sich über das Thema zu informieren. Das Thema ist aktuell und wird kontrovers diskutiert. Die Teilnehmer werden auf verschiedene Weise nach ihrem Interesse für das Verfahren befragt und dann ausgelost. Eine wichtige Quelle für den Wissenszuwachs sind die geladenen Experten. Am Ende halten die Bürger in beiden Modellen die entwickelte Meinung ohne Konsenszwang in einem Abschlusspapier fest. Die Öffentlichkeit soll bei beiden Verfahren teilhaben und es wird ein hohes Maß an Transparenz angestrebt. Beide Modelle sind durch ihre Form dafür geeignet, bei komplexen Diskursen genutzt zu werden.

Die Modelle unterscheiden sich in Punkten wie der Anzahl von Sitzungstagen und der Anzahl der Teilnehmer. Bei der *citizens jury* liegt dem Verfahren ein Gerichtssaalszenario zu Grunde, was bei der Bürgerkonferenz nicht zu finden ist.

Die Unterschiede betreffen somit Bereiche, die nicht entscheidend sind. Die Anzahl der Sitzungstage oder auch das Zugrundeliegen eines Gerichtssaalszenarios bei dem einen Modell sind Aspekte, die die verfolgten gemeinsamen Ziele wie zum Beispiel einen informierten Meinungsbildungsprozess nicht beeinflussen. Bei den Hauptaspekten und Zielen sind Gemeinsamkeiten der beiden hier beleuchteten Verfahren zu finden. Dies erlaubt den Vergleich zweier Verfahren in Deutschland und Kanada zum selben Thema. Dies eröffnet die Möglichkeit, Aspekte die Priorisierung betreffend zu eruieren, die unabhängig vom System des Landes oder der Kultur von Bürgern als richtig und wichtig empfunden werden.

Die Form der Meinungsabfrage hat Einfluss auf die inhaltlichen Ergebnisse. Bei gravierenden Unterschieden in der Form der Meinungsbefragung durch die beiden Methoden „Bürgerkonferenz“ und „*citizens jury*“ wäre der Einfluss durch die Methode so unterschiedlich gewesen, dass der Inhalt nicht vergleichbar gewesen wäre. Die Gemeinsamkeiten bei den entscheidenden genannten Punkten sorgen dafür, dass ein Vergleich der inhaltlichen Ergebnisse dieser zwei Modelle zum gleichen Thema möglich ist. Der gegebene Rahmen sorgt nicht für eine allzu unterschiedliche Ausgangssituation, die dem späteren Vergleich entgegenstehen könnte.

### **3.4 Warum Bürgerbeteiligung?**

Nach der Betrachtung der zwei verschiedenen Verfahren stellt sich nun die Frage, warum man ein solches Verfahren anwenden sollte und was dagegen spräche. Dabei ist die zentrale Frage, was überhaupt den Vorteil daran darstellt, Bürger in dieser Weise in Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen. Welche Erkenntnisse und Effekte bringt es, wenn Bürger eine solche Plattform für ihre Meinungsäußerungen bekommen? Einige Beispiele für Argumente, die in diesem Zusammenhang diskutiert werden, sind:

- Legitimation
- Betroffenheit
- Transparenz
- Alltagssicht
- Erfahrungskompetenz
- Emotionalität
- Repräsentativität
- Verständigung
- Kommunikation mit Experten
- Beeinflussung von Bürgerbeteiligungsverfahren
- Kosten

Im Folgenden werden diese genannten Argumente genauer erläutert.

### **3.4.1 Legitimation**

Die Legitimation für Bürgerbeteiligung „basiert auf autonomiebezogenen, direktdemokratischen und verfassungsrechtlichen, aber auch auf medizinischen, medizinethischen, medizinsoziologischen, gesundheitswissenschaftlichen, gesundheits- und rechtspolitischen Überlegungen“ (Hart und Francke 2002, Seite 17).

Gründe dafür, Bürgern eine solche Plattform zu bieten, sind demokratietheoretische Überlegungen (Rega 2007, Gutmann und Thompson 1997). Wenn man es als Eigenschaft der Demokratie versteht, dass ein ständiger Diskurs aller Beteiligten über die Themen stattfindet, die die Gesellschaft betreffen (Joss 2000, Seite 17), dann würde das für Bürgerbeteiligungsverfahren sprechen.

Nicht nur das demokratische System verlangt nach der Beteiligung von Bürgern, um Legitimation von Entscheidungen zu gewährleisten (Joss und Brownleas 1998), sondern auch die „Politikverdrossenheit“, die sich seit einigen Jahren in der Bevölkerung auszubreiten scheint sowie Autoritätsverlust der Politiker (Renn 1999, Seite 117), sprechen dafür, dass gehandelt werden muss. Die zusätzliche Einbeziehung von Bürgern an dieser Stelle könnte ein Weg sein, dieser Entwicklung entgegenzusteuern (Joss und Bellucci 2003). „Such a process of public participation is necessary as a response to the growing democratic deficit in contemporary societies“ (Smith und Wales 1999, Seite 297). Bei einigen entsteht der Eindruck, dass Beteiligungsverfahren es veranlassen könnten, das Interesse der Bevölkerung an politischen Debatten wieder zu steigern und dadurch die gesellschaftliche Diskussion anzutreiben (Rega 2007). Außerdem gibt es die Überzeugung, „dass Partizipation an politischen und gesellschaftlichen Prozessen am ehesten in das (moderne) Bild vom autonom handelnden und reflexiven Menschen passt, der zugleich auch immer als soziales Wesen die kollektive Vermittlung und Auseinandersetzung benötigt“ (Schicktanz 2007, Seite 133).

### **3.4.2 Betroffenheit**

Die Entscheidung darüber, Bürger zu beteiligen, darf außerdem nicht nur dadurch entschieden werden, inwieweit es nutzt und neue Erkenntnisse bringt. Vielmehr müssen sie aus der Tatsache heraus befragt werden, dass Bürger diejenigen sind, die nach einer Entscheidung das Risiko tragen (Skorupinski und Ott 2002, Rega 2007). Wenn beispielsweise eine Entscheidung darüber getroffen wird, nach welchen Leitlinien in der Patientenbehandlung verfahren werden soll, dann wären die Patienten diejenigen, die das Risiko tragen, im Krankheitsfall nicht optimal behandelt zu werden.

Dem Argument, dass der Wissensstand der Bürger viel zu gering ist, um zum Beispiel über solche Leitlinien zu entscheiden, ist entgegenzusetzen, dass von Bürgern nicht über die Risikowahrnehmung, sondern nur über die Risikobewertung diskutiert werden soll (Skorupinski und Ott 2000, Seite 51). Bei

medizinischen Themen beispielsweise bedeutet das, dass die Wissenschaftler eine Methode der Behandlung untersuchen und bewerten, inwieweit sie den Gesundheitszustand der Patienten verbessert und welche Risiken sie beinhaltet. Die Bürger wären dann zur Risikowahrnehmung aufgefordert und können bewerten, als wie schwerwiegend sie die Risiken der Behandlung und die Gesundheitsverbesserung empfinden. Daraus ergibt sich die Beurteilung, unter welchen Umständen das bestehende Risiko eingegangen werden würde.

Bei der Beschäftigung mit der Materie wird außerdem das Verständnis für eine Entscheidung gefördert (Joss 2000, Seite 18-22) und damit die Akzeptanz von Neuerungen wie zum Beispiel Reformen verbessert (Rega 2007, Seite 65). Der bei den Menschen oft vorherrschenden Ablehnung von Unbekanntem würde dadurch entgegengewirkt. Auf der anderen Seite kann mit einem zusätzlichen Wissenserwerb das Misstrauen bei den Laien steigen (Levitt 2003).

### **3.4.3 Transparenz**

Dadurch, dass die Bürger zur aktiven Beteiligung an Diskussionen aufgefordert werden, könnte mehr Transparenz erreicht werden, die dem Bürger deutlicher vor Augen führt, wie groß der Reformbedarf ist (vgl. Rega 2007, Seite 65).

Mit der Absicht zur aktiven Teilnahme ist der Bürger dazu gezwungen, die genannten Argumente und Fachinformationen zu verstehen. Erst wenn er das Thema und die damit verbundenen genannten Argumente wirklich durchdringt, kann er sich sinnvoll aktiv beteiligen. Das Verstehen der Komplexität eines Themas und die damit verbundene Schwierigkeit, unterschiedlichen Aspekten gerecht zu werden, kann dazu führen, dass das Verständnis für das Vorgehen steigt. Die Transparenz ermöglicht den Bürgern das Erkennen von Vielschichtigkeit. In einem Bürgerbeteiligungsverfahren kann durch die intensive Beschäftigung mit einer Thematik und der Ansammlung von Wissen die Möglichkeit eröffnet werden, Diskussionen zu begreifen, die bei der Beobachtung von außen nicht zu durchschauen wären.

### **3.4.4 Alltagssicht**

Ein Bürgerbeteiligungsverfahren soll, den an das Verfahren gestellten Ansprüchen folgend, unter anderem dafür sorgen, dass die Diskussion vorangetrieben wird, und dass neue Ebenen der Argumentation eröffnet werden. Die Befürworter halten es für wahrscheinlich, dass in der Diskussion unter Laien Argumente „aus dem Alltag“ genannt werden, die von Wissenschaftlern auf Grund ihres Wissens und ihrer geschulten Herangehensweise nicht in dieser Form diskutiert würden (Weingart 2003). Die Alltagssicht von Bürgern ermöglicht die Betrachtung der Thematik aus einem anderen Blickwinkel und zeigt damit unter Umständen auch alternative, neue Lösungsansätze auf (Renn 1999, Nennen 2000, Seite 351, Schicktanz 2006).

### **3.4.5 Erfahrungskompetenz**

Gerade in der Gesundheitsdebatte ist jeder Bürger auch entweder in seiner Rolle als Versicherter oder als Patient ein Teil des Gesundheitssystems. Daraus ergibt sich die Überlegung, diesem Teil des Systems zusätzlich stärkeres Gehör zu verschaffen. In ihrer Rolle als Patient sind Laien „Experten“ auf Grund ihrer Erfahrungen, die sie mit Ärzten und bei Behandlungen gemacht haben. Ihnen kommt damit eine Erfahrungskompetenz zu (Hart und Francke 2002), die genutzt werden kann, wenn sie erhört wird. Nur der Patient kennt die Behandlungsketten und ihren Nutzen und ihre Wirkung so genau, weil er diese Dinge selbst erlebt hat (Badura 2002).

### **3.4.6 Emotionalität**

Unterschiedliche religiöse und kulturelle Prägungen der Bürger können ebenfalls die Diskussion bereichern. Außerdem kann der Einfluss von Emotionen in eine Debatte als gelungene Ergänzung betrachtet werden (Levitt 2003).

Die Gegner halten bei diesen Argumenten dagegen, dass den Bürgern in ihrer Position als Laien das Hintergrundwissen und das Verständnis für das zu diskutierende Thema fehle. Sie sind im Vergleich zu den Experten auf diesem Gebiet inkompetent (vgl. Levitt 2003, Schicktanz 2008, vgl. Schicktanz 2006). Zusätzlich kann der Einfluss von Emotionen auch negative Auswirkungen auf die Objektivität und die Rationalität in der Diskussion haben (Levitt 2003). Es besteht die Gefahr, dass es nicht mehr darum geht, eine allgemeine Lösung für das Problem zu finden, sondern die persönlichen Bedürfnisse der teilnehmenden Bürger im Vordergrund stehen könnten.

### **3.4.7 Repräsentativität**

Eine Erwartung an ein Bürgerbeteiligungsverfahren kann sein, dass die inhaltlichen Ergebnisse der Bürgergruppendifkussion widerspiegeln, was der „Common Sense“ der Bürger in der Gesellschaft als richtig empfindet.

Bei einer Bürgerkonferenz treffen allerdings einige Individuen aufeinander, die mit ihren persönlichen Erfahrungen und Hintergründen miteinander diskutieren. Ein einzelner Bürger hat beispielsweise auf Grund seines familiären Kontextes Interesse daran, dass die häusliche Pflege alter, kranker Menschen stärker finanziell unterstützt wird. Oder ein anderer Bürger erachtet das besondere Augenmerk auf eine bestimmte Berufsgruppe als sehr wichtig, weil er selbst diesen Beruf ausübt. Dieses Verhalten erscheint naheliegend, aber einige Untersuchungen zeigen ein relativ schnelles Ablassen von privaten Interessen der Bürger in einem diskursiven Verfahren hin zu den Interessen des Gemeinwohls (Skorupinski und Ott 2002).

Bei Politikern ist aus professioneller Sicht ein Verhalten im Sinne des Gemeinwohls zu erwarten. Sie

sind zwar aus fachlicher Sicht auch Laien, die aber durch ihrer Rolle als Politiker<sup>19</sup> als Teil der repräsentativen Demokratie gewöhnt sein sollten, das Allgemeinwohl zu bedenken. Allerdings sind Politiker in ihre Parteistrukturen eingebunden, denen sie sich bei Entscheidungen verpflichtet fühlen können, was unter Umständen für eine Entscheidung nicht im Sinne der Sache sorgen könnte. Diesem Druck untersteht die Einzelperson in einem Bürgerbeteiligungsverfahren nicht.

Trotzdem bleibt das Problem bestehen, dass eine Gruppe von Laien, die sich in einer Bürgerkonferenz über ein Thema beraten, nicht den Anspruch haben können eine repräsentative Stichprobe der Bevölkerung zu sein (Joss 2000, 23 u. 27). Dieser Umstand bedeutet, dass nach der Frage an eine Gruppe von Bürgern die Antwort nicht als allgemeingültig betrachtet werden darf. Die Antworten der beteiligten Bürger sind lediglich ein Ausschnitt aus einer Vielfalt von Meinungen (Smith und Wales 1999).

Hinzu kommt, dass die Bürgergruppe inhomogen sein soll, und es bei strittigen, gerade ethischen Fragen nicht, wie von manchen vielleicht erhofft, immer zu einem Konsens kommt (Levitt 2003). Wenn, wie bei einem Bürgerbeteiligungsverfahren erhofft, andere, neue Argumente in die Debatte einfließen, wird sich die Meinungsvielfalt eher noch verstärken.

### **3.4.8 Verständigung**

Für die Durchführung von Bürgerbeteiligungsverfahren könnte weiterhin sprechen, dass alleine die Betrachtung der Entscheidungsstrukturen von Bürgern Aufschluss darüber gibt, an welchen Stellen eine Mehrheit der Bevölkerung ihre Prioritäten setzt, und schon diese Erkenntnis könnte andere Diskussionen voranbringen (Burow und Kühnemuth 2004).

Politiker und Wissenschaftler arbeiten auf Grund ihrer Berufe nach bestimmten Prinzipien und Regeln, die ihr Beruf ihnen vorgeben. Diese professionelle Herangehensweise unterscheidet sich von den Ansätzen eines Laiens bei der Beschäftigung mit demselben Thema. Jene Unterschiede im Vorgehen können für Unverständnis bei der jeweils anderen Seite sorgen und damit eine inhaltliche Auseinandersetzung oder das gegenseitige Verständnis füreinander behindern. Es besteht die Möglichkeit, dass die Beobachtung der Ansätze und Gedankenstrukturen von Laien bei einem Bürgerbeteiligungsverfahren die Barrieren auflösen. Nicht nur die Bürgermeinung könnte dadurch besser verstanden werden, sondern es bestünde die Chance Kommunikationsstrukturen zu erweitern (Hart und Francke 2002), und damit auf verschiedenen Ebenen das Bewusstsein füreinander zu stärken. Hinzu kommt unter Umständen das Verständnis für die Komplexität von Problemen. Es sei Zeit, neue Verhandlungskoalitionen, Dialogchancen und Autonomieverteilung zu schaffen (Hart und Francke 2002). Allerdings sind „Wirkungen der Institutionalisierung von Bürgerbeteiligungen

---

<sup>19</sup> In der repräsentativen Demokratie sind Politiker durch das Volk gewählte Vertreter, die in dieser Funktion Sachentscheidungen treffen. Das Volk entscheidet nicht direkt über Sachfragen, sondern die Volksvertreter tun dies.

kaum vorhersehbar und planbar“ (Hart und Francke 2002, Seite 17) und damit noch mit einiger Unsicherheit verbunden.

### **3.4.9 Kommunikation mit Experten**

Die Experten nehmen eine wichtige Position bei dem Bürgerbeteiligungsverfahren „Bürgerkonferenz“ oder auch bei der „*citizens jury*“ ein. Bisher sind vor allem sie diejenigen, die bei Diskussionen im Gesundheitswesen von der Politik befragt werden. Damit kommt ihnen eine entscheidende Rolle zu. Lange Zeit wurde ihre Meinung oft als „Wahrheit“ akzeptiert und in diesem Sinne danach gehandelt. Die Experten können mit ihrem Expertenwissen Argumente in die Diskussion bringen, die für Menschen ohne das entsprechende Fachwissen nicht bis ins Detail zu verstehen sind. Die sich aus diesen Fachargumenten ergebende Meinung des Experten ist für den Laien schwer anfechtbar. Der Experte hat durch sein Wissen und sein Ansehen in der Fachwelt bei seinen Meinungsäußerungen das Autoritätsargument auf seiner Seite. Heutzutage aber hat Expertenwissen an Autorität verloren (Hennen 2003, Schicktanz 2006, Kelly 2003). Die Wissenschaft sollte die von ihr getroffenen Feststellungen und Aussagen immer wieder überprüfen und nicht ohne wiederholte Reflexion als wahr festsetzen. Dieser Umstand verstärkt die Frage nach Erweiterung der beteiligten Gruppen bei Diskursen unterschiedlichster Themen.

Es gibt Stimmen, die in der Expertendominanz auch deshalb ein Problem sehen, weil Experten oft spezifische Interessen verpflichtet sind, wenn sie eine politische Beratungsposition einnehmen. Sie sind nicht objektiv, sondern selbst ein Teil des Systems. Bürger dagegen haben selten spezifische Interessen, sondern fühlen sich eher der Gesellschaft verpflichtet (z.B. als Wähler, Versicherter etc.) (Kreibich 2004, Skorupinski und Ott 2000, Seite 25).

In einem Bürgerbeteiligungsverfahren sind Experten weiterhin dringend notwendig, um sicherzustellen, dass die Diskussion der Bürger auf Fakten und gesichertem Wissen fußt. Eine Diskussion ohne Hintergrundwissen wäre nicht fruchtbar. Die Bürger können in einem solchen Verfahren sehr schnell im Austausch mit den Experten viel lernen, wie in Evaluationsverfahren gezeigt wurde (Zimmer 2002).

Aber auch die Experten, die an einem solchen Verfahren teilnehmen, haben die Möglichkeit, durch die Fragen der Laien und das genaue Hinhören bei Laienäußerungen zu lernen (Burow und Kühnemuth 2004). Die optimal anzustrebende Situation wäre somit, dass beide Seiten durch den Dialog während einer Konferenz bereichert werden. Der Gefahr von Experten ein eingegrenztes Spektrum von Wissen zu erhalten, kann durch eine breite Auffassung des Expertenbegriffs entgegengewirkt werden. Dabei ist eine große Bandbreite von Experten anzustreben (Joss 2000, Seite 23f.).

Allerdings könnte es im Dialog zwischen Experten und Laien auch passieren, dass sich ein Ungleichgewicht einstellt. Durch den Wissensvorsprung besteht die Gefahr, dass beide Parteien sich

nicht auf einer Augenhöhe unterhalten, und dadurch eher eine Belehrung von Seiten der Experten entsteht, die dem Prozess nicht förderlich wäre (Joss und Brownlea 1998).

Wenn dieser Fall eintritt, sind keine neuen Erkenntnisse aus der Diskussion der Bürger zu erwarten (Niewöhner 2004). Es besteht die Gefahr, dass die Bürger zum Sprachrohr der Experten werden, welche sie am meisten beeindruckt haben. Dabei müssen nicht die Sachargumente ausschlaggebend sein, sondern die Rhetorik kann den Zuhörenden beeindruckt haben. So besteht die Möglichkeit, dass den Bürgern dann das Selbstbewusstsein verloren geht, eigene Gedanken zu entwickeln und zu äußern.

### **3.4.10 Beeinflussung von Bürgerbeteiligungsverfahren**

Auch durch die Organisation des Verfahrens ist eine Einflussnahme zu befürchten, sodass ein freier Dialog mit offener Meinungsbildung unter den Bürgern unmöglich oder zumindest erschwert wird (Levitt 2003). Einer solchen Entwicklung ist mit klaren Richtlinien und starker Trennung von Organisationsteam und Ablauf der Konferenz entgegenzuwirken. (Joss 2000, Seite 21-25).

Insgesamt braucht der Ablauf einer Konferenz größtmögliche Transparenz, um jegliche Einflussnahme von Experten- oder Organisationsseite zu minimieren. Allerdings fehlt den Verfahren diese absolute Transparenz für die Öffentlichkeit, da die Medien nicht immer zugelassen sind, weil sie unter Umständen die Verfahrensteilnehmer stören oder hemmen würden (Abels und Bora 2004).

Desweiteren werden die Verfahren nach Meinung einiger nicht hinreichend evaluiert (Abels und Bora 2004, Bora 2004) oder die Evaluation liegt allein in den Händen der Organisatoren (Joss und Brownleas 1998).

Durch die teilweise nicht ausreichenden Evaluationen und die sich daraus ergebende unklare Leistungsfähigkeit solcher Verfahren besteht bezüglich der Effektivität und Effizienz eine große Unsicherheit (Schicktanz 2006). Das Ziel, welches mit der Methode Bürgerkonferenz verfolgt wird, öffentlichkeitswirksam zu sein, und damit eine Diskussion in der Gesellschaft in Gang zu bringen, sei noch nicht im erwünschten Maße erreicht worden (Bora 2004).

### **3.4.11 Kosten**

Es wäre möglich zu der Überzeugung zu gelangen, dass die Verfahren die hohen Kosten nicht wert sind, die sie verursachen. Der Output eines Bürgerbeteiligungsverfahrens ist im Vorhinein schwer zu beurteilen und es besteht die Möglichkeit, dass die Bürger innerhalb des Verfahrens zu keinen brauchbaren Ergebnissen gelangen oder die Ergebnisse nicht für die bestehende Diskussion nutzbar sind, weil der Diskussionsschwerpunkt sich während der Debatte vom eigentlichen Thema entfernt hat. Diese Möglichkeit ist relativ wahrscheinlich und somit nicht zu vernachlässigen.

Es ist allerdings zu bedenken, dass bei mehrmaliger Durchführung durch die gesammelten Erfahrungen die Kosten der Konferenzen immer weiter sinken werden (Zimmer 2002). Außerdem kann durch die

steigende Erfahrungskompetenz Schwerpunktverschiebungen oder Diskussionen, die zu keinem Ergebnis führen, deutlich entgegengewirkt werden.

### **3.4.12 Zusammenfassung**

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Bedeutung von Bürgerkonferenzen durchaus international sehr kontrovers diskutiert wird. Festzuhalten bleibt aber, dass die verstärkte Beteiligung von Bürgern gerade im Gesundheitswesen nicht so stark umstritten ist. Das Gesundheitswesen ist ein Bereich, in dem nahezu jeder auf irgendeine Weise, z.B. als Patient oder Versicherter, selbst beteiligt ist. Daraus ergibt sich ein Interesse des einzelnen Bürgers an diesem Bereich und außerdem hat fast jeder als Teil des Gesundheitssystems seine Meinung oder Erfahrungen zum Gesundheitswesen. Diese verbreitete Teilhabe am Gesundheitswesen ergibt die besondere Relevanz, gerade dort Bürger zu beteiligen. Es ist wichtig, alle Aspekte in einer Diskussion zu erfassen und das gelingt dann am besten, wenn alle Beteiligten die Möglichkeit haben, sich zu äußern. „Clinicians' perspectives and medical expertise are imperative for priority setting, but they do not and can not replace the views of the public – involving the public directly in priority setting decision making will bridge the gap between misconceptions and authentic values. Moreover, public involvement provides another layer of scrutiny to the process, which will help ensure a higher quality of decision“ (Bruni et al. 2007, Seite 11).

Es gibt vereinzelte Verfahren, in denen Bürgern diese Möglichkeit zur Meinungsäußerung gegeben wird. Im Folgenden werden exemplarisch zwei solcher Bürgerbeteiligungsverfahren zum Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“ analysiert und ausgewertet. Um dieses angehen zu können, wurde in dieser Arbeit geklärt, welche Argumente für und gegen Bürgerbeteiligung sprechen. Erst auf dieser Grundlage mit dem Verständnis für die Sinnhaftigkeit von Bürgerbeteiligung kann die folgende Analyse durchgeführt werden.

Des Weiteren braucht es als Grundlage für die Analyse eines Bürgerbeteiligungsverfahrens Hintergrundwissen zu dem diskutierten Thema. Diese Basis schafft das folgende Kapitel, das den derzeitigen Stand der Fachdebatte in Deutschland und in ausgewählten westlichen Ländern zum Thema Priorisierung im Gesundheitswesen darstellt.

## **4. Priorisierung im Gesundheitswesen**

Nachdem im letzten Kapitel Fragen zur Bürgerbeteiligung und Bürgerbeteiligungsverfahren bearbeitet wurden, werden in diesem Kapitel das inhaltliche Thema der in dieser Arbeit betrachteten Bürgerkonferenzen genauer beleuchtet: „Priorisierung im Gesundheitswesen“. Es wird heutzutage

zunehmend schwieriger die im Gesundheitswesen entstehenden Kosten abzudecken. Dies ergibt sich auf der einen Seite durch *steigende Kosten* (Wohlgemuth et al. 2009, Seite 2-5, Dietz 2011, Seite 383).<sup>20</sup>

Auf der anderen Seite verändert sich auch auf der *Einnahmenseite* die Situation. In Deutschland ist die Finanzierung des Gesundheitswesens an den Faktor Arbeit gekoppelt. In Zeiten, in denen Arbeitslosigkeit und Billiglohnstellen zu finden sind, sinken die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel (ZEKO 2000, Seite 1017). Ein weiterer Grund ist der demographische Wandel<sup>21</sup> (Marckmann 2006, Seite 164). Es wird in der Zukunft immer weniger durchhaltbar sein, alle Untersuchungen durchzuführen und jede zur Verfügung stehende Therapie zu bezahlen (Huster 2006, Seite 122). Zusätzlich besteht eine Diskrepanz zwischen den Vorstellungen der Leistungsempfänger und derjenigen, die Entscheidungen treffen, darüber, welche Leistungen erbracht werden sollten (Rosén und Karlberg 2002). Schon heute werden deswegen Allokationsentscheidungen getroffen (Kuhlmann 1998), allerdings bisher ohne verbindliche, für alle nachvollziehbare Regeln (Breyer 2006, Seite 160). Eine bei 1137 Klinikern durchgeführte Umfrage ergab: „Über zwei Drittel der befragten Ärzte (68%) bestätigten, dass aufgrund der begrenzt verfügbaren Finanzmittel bei GKV-Versicherten nicht mehr alle medizinisch nützlichen Leistungen erbracht werden könnten“ (Strech et al. 2009, Seite 1263). „Insgesamt empfinden Ärztinnen und Ärzte einen steigenden Kostendruck, der zunehmend die Therapiefreiheit einschränkt“ (Fuchs 2010, Seite 15).

Ein Weg aus dieser Problematik könnte darin liegen darüber nachzudenken, was in der medizinischen Versorgung wirklich wichtig ist. Nach der Überlegung, welche Prioritäten gesetzt werden sollten, wird dann auch deutlich, welche Maßnahmen weniger wichtig sind und damit unter Umständen wegfallen könnten. Am Ende einer solchen Auseinandersetzung kann jedoch auch die Ausweitung bisher nur marginal eingesetzter Leistungen stehen (Meyer 2009, Seite 81), weil bei der Beschäftigung mit Prioritäten herauskommen könnte, dass bisher wenig eingesetzte Leistungen von besonderer Wichtigkeit sind. Die Konsequenz von Priorisierungsüberlegungen könnte die Vermeidung von „Unter-, Über- oder Fehlversorgung“ sein (Stumpf et al. 2011, Seite 592). Um entscheiden zu können, welche Punkte in einer Rangliste höher einzuordnen sind als andere, müssen Grundsätze und Kriterien diskutiert werden, nach denen die konkreten Entscheidungen getroffen werden können. Auf den Einzelfall bezogen wird schon heute beispielsweise von den Krankenkassen oder den Ärzten priorisiert<sup>22</sup>, aber es fehlen verbindliche

---

20 Steigende Kosten werden hervorgerufen durch eine alternde Gesellschaft (Fuchs et al. 2009, Seite 554), sowie durch den Fortschritt der Forschung (Deutscher Ethikrat 2011, Seite 16) und sich daraus ergebende neue Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten, die teilweise sehr kostenintensiv sind.

21 Es sinkt der Anteil der arbeitenden Bevölkerung relativ zum verrenteten Bevölkerungsanteil durch den demographischen Wandel

22 Beispielsweise entscheidet ein Arzt täglich darüber, welche Medikamente er welchem Patienten zukommen lässt und muss auf Grund seines beschränkten Budgets einigen Patienten das Medikament verwehren oder ein günstigeres verschreiben. Dies tut er aber lediglich auf Grundlage von Leitlinien und nach eigenem Ermessen.

Werte und Kriterien, auf deren Grundlage Priorisierungsentscheidungen getroffen werden können (Wohlgemuth et al. 2009, Seite 2).

In einigen westlichen Industrieländern hat eine Debatte über diese Problematik aus verschiedenen Gründen schon in den 80er und 90er Jahren begonnen. Daraus ist eine Fachdiskussion entstanden, die sich in einigen Punkten länderspezifisch gestaltet. Der argumentative Austausch von Fachleuten nimmt in der Priorisierungsdebatte den Hauptanteil ein. In einigen Ländern jedoch wird versucht, die Bürger als Betroffene auf unterschiedliche Weise in die Diskussion bewusst miteinzubeziehen.

Im Folgenden werden der derzeitige Stand des wissenschaftlichen Diskurses über „Priorisierung im Gesundheitswesen“ kurz beschrieben und sowohl die inhaltlichen als auch die strukturellen Besonderheiten einzelner Länder genannt. Ein Hauptaugenmerk liegt zunächst auf der deutschen Diskussion zur Priorisierung und ihren entscheidenden Merkmalen. Außerdem werden anschließend Aspekte der Bürgerbeteiligung bei der Priorisierungsdebatte in den verschiedenen Ländern gesondert betrachtet.

#### **4.1 Fachdiskussion in Deutschland**

Die Priorisierungsdebatte befindet sich laut des Deutschen Ethikrats in Deutschland noch „in den Kinderschuhen“ (Deutscher Ethikrat 2011, Seite 7).<sup>23</sup> Es ist unpopulär in der von Wählern abhängigen Politik „Priorisierung“ zu thematisieren, weil durch eine solche Debatte der Verlust von Wählerstimmen befürchtet wird<sup>24</sup>, und aus diesem Grund werden sogar Äußerungen getätigt, dass die Begrenzung von medizinischen Leistungen in Deutschland kein Thema sei.<sup>25</sup>

Im Jahre 2000 wurde durch die Zentrale Ethikkommission (ZEKO)<sup>26</sup> und einen von ihr verfassten Standpunkt der Versuch unternommen dieses Thema in der Öffentlichkeit zur Sprache zu bringen. Die ZEKO äußerte sich zur Debatte über Priorisierung im Gesundheitswesen wie folgt: „Solche Vorschläge bedürfen einer weiteren fachlichen, besonders aber einer öffentlichen Diskussion, unter Beteiligung aller betroffenen Gruppen (bzw. deren Repräsentanten). Hierfür sind besondere Verfahren zu entwickeln. Die durch Priorisierung erzwungene Bedarfsnormierung bedarf des Konsenses und der demokratischen Legitimation besonders dort, wo sie individuelle Präferenzen in größerem Umfang begrenzt oder ersetzt. [...] Um das Verfahren und seine Stufen festzulegen, ethische Grundpositionen zu erarbeiten, die

---

23 Der Deutsche Ethikrat ist ein unabhängiger Sachverständigenrat, der hälftig vom Bundestag und der Bundesregierung vorgeschlagen wird, und über ethische Fragen verschiedener Bereiche diskutiert und aus dieser Position des Deutschen Ethikrats erfolgt seine Äußerung zum Thema Priorisierung im Gesundheitswesen.

24 <http://www.durchblick-gesundheit.de/content/red.otx/1177,85311,0.html> (Stand: 22.03.2012)

25 Der Politiker Kurt Beck äußerte beispielsweise in seiner Rede auf dem 112. Deutschen Ärztetag im Mai 2009, dass Priorisierung keine Option sei, sondern dass mehr Geld für medizinische Versorgung ausgegeben werden sollte (vgl. Rabbata und Meißner 2009, Seite A1014).

26 Die Zentrale Ethikkommission ist ein Gremium, das durch den Beschluss der Bundesärztekammer 1994 eingerichtet wurde, um Stellungnahmen zu ethischen Fragestellungen abzugeben.

Fachgruppen zu begleiten und ihre Ergebnisse auszuwerten, die öffentlichen Diskussionen und Anhörungen zu organisieren und die zahlreichen offenen Fragen zu klären, könnte die Bildung einer nationalen Parlamentskommission erwogen werden“ (ZEKO 2000, Seite 1018).

2007 stellte die ZEKO einen formalen Kriterienkatalog vor, der das Ziel hatte, auf eine gerechte Weise zu einer Prioritätensetzung zu kommen. Aufgeführte Punkte waren unter anderem Transparenz, Begründung, Konsistenz, Legitimität und Offenlegung und Ausgleich von Interessenskonflikten (ZEKO 2007, Seite 2750ff.).

Die Teilnehmer des Deutschen Ärztetages brachten ihre Meinung zu dem Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“ im „Ulmer Papier“ zum Ausdruck und forderten darin unter anderem die Einrichtung eines Gesundheitsrates, der Empfehlungen für die Politik erarbeitet und herausgibt (Bundesärztekammer 2008). Christoph Fuchs unterstützt diesen Ansatz, da er meint, der Bundestag sei mit der Erarbeitung von Empfehlungen für die gegenwärtige und zukünftige Gesundheitsversorgung überfordert (Fuchs 2010, Seite 31).

Im Mai 2009 forderte der damalige Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, eine Debatte über Priorisierung und damit verbundenen Priorisierungslisten und betonte, dass andere europäische Länder schon seit einigen Jahren an diesem Thema arbeiten würden (Rabbata und Meißner 2009, Seite A1013). Diese Forderung wiederholte er beim 113. Deutschen Ärztetag (Osterloh 2010) und der Präsident der Sächsischen Landesärztekammer unterstützte ihn mit den Worten „Wir Ärzte sind nicht mehr bereit, die versteckte politisch verursachte Rationierung an die Patienten weiterzugeben. Wir fordern eine breite gesellschaftliche Diskussion zur Priorisierung medizinischer Leistungen. Es ist ethisch nicht mehr vertretbar, diese Diskussion nicht zu führen“ (Osterloh 2010, Seite 895).

Seit wenigen Jahren hat sich die Beschäftigung in der Wissenschaft in Deutschland mit „Priorisierung im Gesundheitswesen“ intensiviert. Die DFG<sup>27</sup>-Forschergruppe FOR655 zum Beispiel, deren Mitglied der Organisator der Lübecker Bürgerkonferenz Heiner Raspe ist, beschäftigte sich seit 2007 in einem Teilprojekt an der Jacobs University Bremen mit einer qualitativen Befragung zum Thema Priorisierung in der Medizin in Deutschland und veröffentlichte 2008 ihre Ergebnisse (Schreier und Diederich 2008) sowie (Diederich 2011, Seite 15). Ihre Ziele definieren sie dabei wie folgt: „Ziel [...] ist es, Fragen der Priorisierung in der Medizin systematisch durch disziplinübergreifende, theoretische und empirische Untersuchungen zu beantworten und so Grundlagen für eine mögliche explizite Priorisierung zu schaffen. [...] Die wesentliche Innovation gegenüber bisherigen Projekten zur Priorisierung in der Medizin bildet dabei nicht nur die enge Verzahnung von theoretisch-abstrakten und empirisch-konkreten

---

27 Deutsche Forschungsgemeinschaft

Überlegungen verschiedener Disziplinen, sondern der systematische Fokus auf Präferenzen und Interessen von gesunden Personen, akut oder chronisch Erkrankten sowie deren Angehörigen, von Medizinern und Pflegepersonal sowie Kostenträgern und Politikern“ (Schreier und Diederich 2008). Auch andere Wissenschaftler äußern sich zu dem Thema und betonen vor allem die Relevanz und die Wichtigkeit einer breit geführten Debatte (Fuchs et al. 2009, Seite 557, Meyer und Raspe 2009, Diederich et al. 2009).

Insgesamt ist die Diskussion allerdings immer noch sehr in den Anfängen. Noch ergaben die bisherigen Diskussionen keine Ergebnisse, die konkrete Beschlüsse oder Handlungsleitlinien im Gesundheitssystem nach sich zogen. Es ist auch noch zu keiner breiten Diskussion in der Bevölkerung gekommen. Aber: „Unsere Gesellschaft benötigt eine breite öffentliche Auseinandersetzung zu diesem Thema“ (Fuchs 2010 Seite 32). „Dies wäre eine komfortable Situation, ohne aktuellen Kostendruck die notwendige Debatte zu beginnen. Nichts wäre schlimmer, als diese Diskussion unter dem Diktat bereits knapper Mittel beginnen zu müssen“ (Schaich-Walch und Bausch 2011, Seite 5). Gründe für eine Forderung nach einer öffentlichen Debatte und Begriffsdefinitionen von „Priorisierung“ und „Rationierung“ werden im nächsten Abschnitt dargestellt.

## **4.2 Fachdiskussion allgemein**

Die Debatte über „Priorisierung im Gesundheitswesen“ wird in der Fachwelt von Wissenschaftlern und anderen Experten aus dem Gesundheitswesen aus unterschiedlichen Gründen geführt. Für viele ist die Erkenntnis der Ressourcenknappheit und den daraus in den nächsten Jahren entstehenden finanziellen Schwierigkeiten der Anstoß für die Debatte (Groß 2010, Seite 74-80). Es ist wahrscheinlich, „dass eine medizinische Versorgung, die alle nach jeweils neuestem Kenntnisstand zu Gebote stehenden präventiven und therapeutischen Chancen umfassen würde, auf Dauer unbezahlbar ist“ (Buyx et al. 2006, Seite 7). Daraus ergibt sich das Ziel, ein gedankliches Konstrukt zu schaffen, auf welches bei weiter voranschreitender finanzieller Knappheit zurückgegriffen werden kann. Auf diese Weise könnte die Situation umgangen werden, in der zum Beispiel lebensnotwendige Therapien nicht mehr bezahlbar wären, weil alle finanziellen Mittel für weniger wichtige Behandlungen ausgegeben wurden.

Weiterhin ist die Priorisierungsdebatte davon motiviert, die Ärzteschaft zu entlasten (vgl. Gehring 2011, Seite 587), die bisher wegen fehlender Grundlagen bei Priorisierungsentscheidungen nur ihrem eigenen Wissen und Gewissen verpflichtet scheint (Strech et al. 2009). Außerdem ist es ratsam, den Stand der Ärzteschaft mit der Schaffung von Entscheidungsgrundsätzen zu unterstützen (Schöne-Seifert 2011, Seite 585), da „die Konsistenz der ärztlichen Berufsethik ein wichtiges öffentliches Gut ist“ (Huster 2006, Seite 139). Zusätzlich würden die Ergebnisse einer

Priorisierungsdebatte die Transparenz im Gesundheitssystem steigern und für die Patienten eine verstärkte Nachvollziehbarkeit bei Behandlungen etc. bedeuten, nach der sie dann unter Umständen Entscheidungen zur möglichen Eigenvorsorge treffen könnten (Kliemt 2006, Seite 104). Insgesamt können gemeinsam entwickelte Grundsätze das Gesundheitssystem stabilisieren, weil sowohl für Ärzte als auch für Patienten die Berechenbarkeit steigt, ob beispielsweise bestimmte Behandlungen und Therapien im jeweils vorliegenden Fall durchgeführt werden oder nicht.

Um einer sinnvolle Priorisierungsdebatte führen zu können, ist es notwendig den Begriff der „Priorisierung“ und den Begriff der „Rationierung“, der im Zusammenhang mit dieser Debatte immer wieder genannt wird, eindeutig zu definieren (Seeger 2012). In England werden die Begriffe „prioritization“ und „rationing“ synonym verwendet (vgl. Meyer 2009, Seite 81, Deutscher Ethikrat 2011, Seite 21). Bei einigen Personen, die sich mit diesen Begriffen auseinandersetzen, herrscht ebenfalls die Auffassung, dass beide Begriffe das gleiche bedeuten (vgl. Beske 2007). Da „Rationierung“ allerdings negativ besetzt und somit ein „dirty word“ (Schöne-Seifert 2011, Seite 585) ist, wird es für sinnvoll erachtet, „Priorisierung“ anstelle von „Rationierung“ zu verwenden (Beske 2007).

Verbreitet ist jedoch in der Fachdiskussion auch die Auffassung zu finden, dass ein Unterschied zwischen diesen beiden Begriffen besteht. „Rationierung“ wird beispielsweise von der Zentralen Ethikkommission (ZEKO) folgendermaßen definiert: „Rationierung ist gegeben, wenn aus medizinischer Sicht notwendige oder zweckmäßige medizinische Maßnahmen aus finanziellen Gründen offen oder verborgen vorenthalten werden“ (ZEKO 2000, Seite 1017). Bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen fände somit eine Einsparung von potentiell medizinisch hilfreichen Maßnahmen statt (Brock 2006, Seite 183), wobei der Versuch unternommen würde, die vorhandenen Ressourcen derart zu verteilen, dass alle sich oberhalb des Bedarfsminimums befänden (Raspe 2006, Seite 111). Rationierung sei ein systematischer Vorgang, der ganze Gesellschaftsgruppen betrifft (Raspe 2006, Seite 110).

„Priorisierung“ dagegen sei ein gedankliches Konstrukt (Meyer und Raspe 2012), das nicht zwingend umgesetzt werden müsse (Raspe 2006, Seite 109). Es kann aber als Vorstufe zur Rationierung dienen. Priorisierung könne aber auch ohne das konkrete Bestehen oder Einbeziehen von Ressourcenknappheit erarbeitet werden (Kliemt 2006, Seite 101). „Priorisierung“ sei die „ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen“ (ZEKO 2000, Seite 1017). Somit impliziere „Priorisierung“ nicht die Einsparung von Ressourcen, sondern könne gegebenenfalls sogar die Ausweitung von Leistungen und Maßnahmen bedeuten (Meyer 2009, Seite 81). „Priorisierung macht keine gesundheits- und versorgungspolitischen Entscheidungen, sie hat das Potential, oft auch das Ziel bzw. die Aufgabe, solche Entscheidungen zu

informieren, sie auf vernünftige Grundlagen zu stellen. Im Prozess der Priorisierung werden Prioritäten erarbeitet, vorgeschlagen, diskutiert und schließlich festgestellt“ (Raspe und Kliemt 2009, Seite 75). „Bei der Priorisierung lässt sich die horizontale von der vertikalen Priorisierung unterscheiden: Vertikale Priorisierung bezeichnet die Bildung einer Rangfolge von Interventionen bei einer bestimmten Erkrankung (z. B. operative, medikamentöse und strahlentherapeutische Verfahren bei Bronchial-Karzinom). Bei horizontaler Priorisierung erfolgt eine Rangbildung über unterschiedliche Krankheits- und Krankengruppen bzw. Versorgungsziele hinweg (z. B. Behandlung von Herzkranken oder Therapie von Tumorpatienten)“ (Deutscher Ethikrat 2011, Seite 23). Die Beteiligung vieler unterschiedlicher öffentlicher sowie fachlicher Gruppen sei der Diskussion zuträglich (Raspe 2006, Seite 109). Transparenz wird innerhalb dieser Debatte von den meisten, die sich damit beschäftigen, als notwendig erachtet, um der großen Zahl von am Gesundheitssystem Beteiligten den Zugang zu getroffenen Entscheidungen zu gewähren (Fuchs et al. 2009, Seite 555). „Diese unbequeme Thematik offen zu diskutieren, ist, [...], allemal besser, als verdeckte und damit intransparente Leistungsbegrenzungen auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems zu akzeptieren“ (Deutscher Ethikrat 2011, Seite 9).

Inhaltlichen werden in der Fachdebatte zum einen Grundprinzipien wie „Menschenwürde“ und „Gerechtigkeit“ diskutiert. Zum anderen werden konkrete Kriterien wie „Lebensqualität“ oder „Eigenverantwortung“, die auf den Grundprinzipien fußen, von den Diskutierenden besprochen. Im nächsten Abschnitt soll die Debatte über die am meisten diskutierten theoretischen Grundfragen und die am häufigsten diskutierten Kriterien dargestellt werden.

#### **4.2.1 Innerhalb der Fachdebatte gestellte theoretische Grundfragen**

Inhaltlich werden einige Grundprinzipien wie „Menschenwürde“, „Gerechtigkeit und Gleichheit“, „Bedarf“, „Solidarität“, „Kosten und Wirtschaftlichkeit“, „Effizienz“, der „gesetzliche Rahmen“ und die Verhältnisse der Begriffe zueinander von der Fachwelt diskutiert. Im Folgenden werden einige wichtige Argumentationen im Zusammenhang mit den hier genannten Grundprinzipien dargestellt, um auf diese Weise einen Überblick über die Fachdiskussion zu geben.

„Menschenwürde“ bedeutet, dass jedem einzelnen Menschen, auf Grund seines Menschseins und unabhängig von Herkunft oder anderen Merkmalen, Würde inne wohnt, die für das „Prinzip der gleichen Achtung vor jedem einzelnen Menschen“ (Lübbe 2006, Seite 28) sorgt. Der einzelne Mensch und seine Autonomie stehen bei diesem Prinzip im Mittelpunkt und in diesem Zusammenhang hat der Staat die Aufgabe, individuelle Interessen zu wahren (Kliemt 2006, Seite 95). Eine Konsequenz aus dieser Aufgabe für den Staat kann die Festlegung von Prioritäten in Abhängigkeit und Achtung von den Prioritäten der betroffenen Individuen sein (Kliemt 2006, Seite 96). Die Bürger priorisieren in ihrem

persönlichen Leben bestimmte Dinge und der Staat soll diesen Prioritäten Aufmerksamkeit schenken und sie berücksichtigen.

Die „Gerechtigkeit“ dagegen, als weiteres Grundprinzip, stellt nicht das Individuum in den Mittelpunkt, sondern betrifft das Verhältnis der Menschen in einer Gesellschaft untereinander. Im Zusammenhang mit der Priorisierungsdebatte sind die „Gerechtigkeit“ und die „Gleichheit“, ihre Definitionen und auch das Verhältnis der „Gerechtigkeit und Gleichheit“ zu anderen Prinzipien ein sehr häufig aufgegriffenes Thema in der Fachdiskussion. „In der Diskussion um das Thema Gerechtigkeit sind diverse Dimensionen (juristisch, theologisch, individualethisch, sozialetisch) [...] zu unterscheiden“ (Dietz 2011, Seite 382). Wie die genaue Ausgestaltung von Gerechtigkeit aussieht ist umstritten, aber die meisten Menschen sind sich darüber einig, dass jeder ein Recht auf Gesundheit und damit Hilfe im Krankheitsfall hat und diese Hilfe gerecht erteilt werden muss. Dominik Groß begründet diesen Umstand wie folgt: „Gesundheit ist ein konditionales Gut, d. h. sie bildet eine zentrale Voraussetzung für die Realisierung von Lebensplänen. Hieraus lässt sich gewissermaßen ein Anspruch auf eine gerechte Verteilung der Gesundheitsfürsorge ableiten [...]“ (Groß 2010, Seite 74). Als gerecht kann auf der einen Seite die gleichmäßige Verteilung aller Ressourcen an alle verstanden werden. Dieser Ansatz der Verteilungsgerechtigkeit spiegelt sich wieder in Vorschlägen, die eine Grundversorgung postulieren, bei denen allen Menschen eine gleiche, minimale Grundsicherung zugestanden wird (vgl. Huster 2006, Seite 123). Was genau der Grundversorgungskatalog enthalten würde, wäre dabei noch zu klären. Eine Erweiterung nach persönlichen Präferenzen könnte dann nach den bestehenden Modellideen selbstfinanziert vorgenommen werden.

Die Gegner dieses Ansatzes halten dagegen, dass „Gerechtigkeit“ die angemessene Versorgung in der entsprechenden Situation bedeutet. Es gehe dabei um die Achtung dessen, was für jedes Individuum und seine Situation gut und angemessen ist, und damit um die Bedarfsgerechtigkeit (Lübbe 2009, Seite 102). „Eine Grundsicherung, die die meisten nach ihren Ansprüchen versorgt, sei gerechter als eine minimale Grundsicherung, die dafür sorgt, dass der Großteil der Bevölkerung sich zusätzliche Versorgung leistet“ (Huster 2006, Seite 137). Grundversorgungsmodelle berücksichtigen nämlich nicht die unterschiedlichen Gesundheits- und Leistungszustände der Menschen. „Grundversorgungsmodelle belasten daher schlechte Risiken und sozial Schwache“<sup>28</sup> (Huster 2006, Seite 127). Außerdem wird angeführt, dass ein Grundversorgungsmodell wahrscheinlich nicht für die erwünschten Einsparungen sorgen würde (Breyer 2006, Seite 155).

---

28 Diese Aussage meint, dass Menschen, die in sozial schwächeren Bevölkerungsschichten geboren werden oder mit einem besonders hohen Risiko für Erkrankungen durch ihren genetischen Hintergrund belastet sind, trotz ihrer schwierigeren Voraussetzungen nur den selben Anspruch auf eine Grundversorgung haben. Obwohl ihre Startbedingungen im Hinblick auf die Gesundheit schlechter sind, als die von anderen Menschen, gibt es keine Möglichkeit, dies durch eine bessere gesundheitliche Versorgung auszugleichen.

Weiterhin ist einer utilitaristischen Strömung zufolge die Anzahl derjenigen, denen geholfen wird und damit der steigende Nutzen einer Handlung, von Bedeutung (vgl. Lübbe 2009, Seite 101). „Es ist Kern der utilitaristischen Ethik, objektiv, d.h. Ohne Betrachtung von Einzelschicksalen, den Gesamtnutzen der Gesellschaft (Bzw. der ganzen Welt) zu maximieren“ (Jaspers 2008, Seite 37). Um ein höchst mögliches Maß an Glück zu erreichen, könnte der Ansatz verfolgt werden, möglichst vielen Menschen zu helfen. Dies hätte zur Folge, dass die sehr teure Behandlung eines Einzelnen keine Priorität mehr hätte. Im Sinne der Verteilungsgerechtigkeit kann aber die Position bezogen werden, dass die Anzahl der Menschen, denen geholfen wird, irrelevant ist (Lübbe 2006, Seite 21). Es wäre dem Individuum gegenüber ungerecht, wenn es nur deshalb keine Behandlung bekäme, weil es eine seltene Krankheit hat, deren Behandlung teuer ist. Dies könnte beispielsweise zu Minderheitendiskriminierung führen (Lübbe 2006, Seite 19).

Ein weiterer Ansatz in der geführten Fachdebatte zur Priorisierung im Gesundheitswesen ist der Zusammenhang von „Gesundheit“, „Lebenserwartung“ und dem „sozialen Stand“. Eine niedrige soziale Position, gemessen zum Beispiel an Einkommen und Bildungsstand, ist mit mehr Risikofaktoren verbunden (Rauprich 2006, Seite 55). Außerdem sind sozial Schwächere klimatischen Belastungen stärker ausgesetzt, sind schlechter ernährt, haben weniger Erholungsmöglichkeiten, erhalten schlechtere medizinische Versorgung, haben einen geringeren Zusammenhalt, leben in nicht so belastbaren sozialen Netzwerken und erleiden mehr Gewalttätigkeit (Rauprich 2006, Seite 56). Die Folge daraus wäre, dass eine Verbesserung bei der sozialen Ungerechtigkeit für mehr gesundheitliche Gerechtigkeit sorgen würde.

Das Prinzip der „Solidarität“ bedeutet das Entstehen der Gemeinschaft für den Einzelnen im Bedarfsfall. Dieses Prinzip wird von den meisten als gerecht empfunden und nicht grundsätzlich angezweifelt, wie unter anderem der Deutsche Ethikrat folgendermaßen formulierte: „Hinter dem gesellschaftlichen Konsens hinsichtlich einer solidarischen Finanzierung des Gesundheitssystems steht Einigkeit darüber, dass Gesundheit für jeden Menschen ein besonders wichtiges Gut ist. Körperliches und geistiges Wohlbefinden sind als solche für alle Menschen von grundlegender Bedeutung“ (Deutscher Ethikrat 2011, Seite 12). Lediglich der genaue Umfang der „Solidarität“ und das Maß der Umverteilung werden zusammenhängend mit der „Gerechtigkeit“ und der Grundversorgung diskutiert. Damit in Zusammenhang steht zum Beispiel die Diskussion, welchen Umfang Zusatzversicherungen haben sollen und dürfen. Inwieweit soll es wohlhabenderen Bürgern möglich sein sich gesundheitliche Versorgung selbst zu finanzieren, die nicht von der Kasse übernommen wird? Eine verbreitete Meinung dazu ist: „Je mehr Leistungen nun wiederum aus der - in diesem Sinne - solidarisch finanzierten Grundversorgung herausgenommen und der Zusatzsicherung in der PKV [...] überlassen werden, desto geringer wird dieser Umverteilungseffekt“ (Huster 2006, Seite 127). „Umverteilungseffekt“ bedeutet,

dass innerhalb der solidarisch finanzierten Grundversorgung alle, denen es möglich ist, etwas Geld einzahlen. Durch das eingezahlte Geld können Behandlungen und Therapien von denen, die erkranken, bezahlt werden. So findet eine Umverteilung des Geldes hin zu denen statt, die es auf Grund von Krankheit benötigen.

Im inhaltlichen Zusammenhang mit der „Solidarität“ und der „Gerechtigkeit“ steht auch die „Bedürftigkeit“, die vom Jurist Thomas Gutmann als „Bedarf an Ressourcen und Leistungen, um Krankheiten zu lindern oder heilen und aktuelle Gefahren für Leben und Gesundheit abwehren zu können“ definiert wird (Gutmann 2006, Seite 38). Es herrscht große Einigkeit darüber, dass bedürftige Menschen notwendige Leistungen erhalten sollen. Es ist anzustreben, Patienten ihrem Bedarf entsprechend zu behandeln. Um dieses tun zu können, ist die Klärung des Begriffs des „Bedarfs“ von Nöten.

Den „Bedarf“ betreffend wird von der ZEKO festgehalten: „Bedarf ist dort gegeben, wo beides, eine aktuelle oder drohende gesundheitliche Einschränkung und ein verfügbares präventives oder therapeutisches Verfahren vorliegen. Es muss die Chance bieten, ein als relevant akzeptiertes Ziel zu erreichen“ (ZEKO 2000, Seite 1018).

Die Notwendigkeit in diesem Zusammenhang wird von der ZEKO folgendermaßen beschrieben: „Als notwendig - im Sinne der absoluten ärztlichen Indikation - können nur Leistungen gelten, die bei einer nicht trivialen Gesundheitsstörung unentbehrlich sind, sodass sie - ohne Alternative - eine akzeptable Chance bieten, ein wesentliches Behandlungsziel zu erreichen“ (ZEKO 2000, Seite 1017).

Um den „Bedarf“ zu decken, braucht es finanzielle Mittel, die nach der verbreiteten Meinung möglichst effizient verteilt werden sollen. „Effizienz“ bedeutet mit einem bestimmten Aufwand einen möglichst hohen Nutzen zu erreichen. Der Aufwand ist der Wert aller verbrauchten Güter und Leistungen. Der Nutzen ist der Wertzuwachs. Um „Effizienz“ beurteilen zu können, müssen diese beschriebenen Werte somit „messbar gemacht“ werden. „Effizienz“ zu messen ist ein viel verfolgtes Ziel. Ein Ansatz dazu ist: „Die Kosten-Effektivitäts-Analyse (KEA), die die aggregierten resultierenden Gesundheitsverbesserungen durch einen bestimmten Ressourceneinsatz bei verschiedenen medizinischen Maßnahmen miteinander vergleicht, [...] das Standardinstrument, um festzustellen, wie der medizinische Nutzen unter Ressourcenknappheit maximiert werden kann“ (Brock 2006, Seite 184). Außerdem gibt es das Instrument Quality-Adjusted Life-Years (QALYs), bei dem den beiden Auswirkungen „Lebensqualität“ und „Lebensverlängerung“ relative Werte zugeschrieben werden, und auf diese Weise wird der Nutzen von medizinischen Maßnahmen berechnet (Brock 2006, Seite 186f.).

Die Kritik an diesen Messversuchen liegt zum anderen in der Methode selbst. Es wird angezweifelt, dass beispielsweise indirekte Kosten oder Nutzen, die im Gesundheitssystem entstehen, mit einbezogen

werden (Brock 2006, Seite 194). Insgesamt ist der Nutzen in seiner Eigenschaft als angestrebter Wert in der Medizin komplex, multidimensional und oft erst im Nachhinein oder sogar überhaupt nicht mit Sicherheit festzuhalten (Schöne-Seifert und Buyx 2006, Seite 216).

Zusätzlich wird aber vor allem kritisiert, dass die Messversuche keine ethischen Aspekte mit einbeziehen (Brock 2006, Seite 184). „Allerdings wäre eine ausschließlich am Kosten-Nutzen-Verhältnis orientierte Allokation knapper Gesundheitsressourcen ethisch [...] nicht vertretbar (Marckmann 2011, Seite 15). Gerechtigkeit sei das eigentlich zu betrachtende Moment (Lübbe 2009, Seite 99). „Die Effizienz der Gesundheitsversorgung – das ist ein mehr oder weniger verbreitetes Interesse, nicht ein ethisches Gebot“ (Lübbe 2006, Seite 29). Dieser Argumentation zufolge ist die „Effizienz“ hinter die „Gerechtigkeit“ zurückzustellen. Trotzdem spielen die Kosten und die Effizienz in jeder Gesundheitsdebatte wegen ihrer praktischen Relevanz eine wichtige Rolle.

Das Gesundheitssystem wird von einem gesetzlichen Rahmen geregelt. Um das Gesundheitssystem zu beeinflussen, braucht es normative Vorgaben in der „Gestalt des Rechts“ (Gutmann 2006, Seite 32). Es könnte die Frage gestellt werden, worin die Berechtigung des Rechts liegt, einen so wichtigen Bereich zu regeln. Das Rechtssystem ist wahrscheinlich deswegen so weithin akzeptiert, weil es Grundsätze wie „Menschenwürde“, „Freiheit“, „Gleichheit“ und „Vernunftdenken“ beinhaltet und garantiert (Gutmann 2006, Seite 32-34). Somit wird es weitestgehend als Rahmen auch für die Überlegungen zur „Priorisierung im Gesundheitswesen“ akzeptiert (Dietz 2011). Würde es den gesetzlichen Rahmen nicht geben, zöge das eine Situation nach sich, in der jeglicher Rahmen und jede Basis zur Entscheidung, ob Handeln im Gesundheitssystem rechtens ist oder nicht, fehlen würde. Christian Katzenmeier stellt außerdem fest, dass die „gewichtigsten Vorgaben des Rechts für ein priorisierendes Verteilungssystem [...] von der Verfassung aufgestellt“ werden (Katzenmeier 2011, Seite 590). „Ihr kommt eine doppelt rechtssichernde Funktion zu, indem sie zum einen Mindestanforderungen an ein Priorisierungsverfahren statuiert, zum anderen den Einklang anzuwendender Kriterien mit den Grundrechten gebietet“ (Katzenmeier 2011, Seite 590).

Auf Grundlage der hier benannten Grundwerte wurden innerhalb der Fachdebatte von Experten verschiedener Fachrichtungen Kriterien entwickelt, von denen die meist diskutierten im nächsten Abschnitt dargestellt werden.

#### **4.2.2 Innerhalb der Fachdebatte diskutierte Kriterien**

Weiterhin werden einige konkrete Kriterien wie „Selbstverschulden“, „Eigenverantwortung“, „unterschiedliche Krankheitsfolgen“, „Alter“, „Lebensqualität“, „Persönliche Merkmale des Patienten“, „familiäre Verantwortung“, „gesellschaftliche Position“, „Berufstätigkeit“, „Wartezeit“ und „Behandlungsrisiken“ in der Fachwelt diskutiert. An dieser Stelle sollen einige wichtige Aspekte und

Argumente die hier aufgezählten Kriterien betreffend dargestellt werden, um einen Überblick über die bestehende Debatte der Kriterien zu geben. Die Auswahl der Kriterien ergibt sich aus deren Häufigkeit und Relevanz innerhalb der Debatte. Die hier genannten Kriterien sind diejenigen, die sehr oft und am ausgiebigsten diskutiert werden. Unter anderem hat sich auch der Deutsche Ethikrat an der Debatte über einige der hier genannten Kriterien beteiligt.

„Selbstverschulden“ und „Eigenverantwortung“ werden in der Priorisierungsdebatte sehr unterschiedlich beurteilt. Jedes Individuum hat mit seinem Lebensstil Einfluss auf die eigene Gesundheit (Deutscher Ethikrat 2011, Seite 11). Diesen Einfluss kann es mit Sport, gesunder Ernährung oder auch Stressreduktion durch Entspannungsstrategien positiv nutzen und auf diese Weise Krankheiten möglicherweise verhindern. Durch Rauchen, viel Stress, fettreiche Ernährung oder erhöhten Alkoholkonsum werden im Lebenswandel Risikofaktoren geschaffen, die Krankheiten auslösen können. Es wird diskutiert, ob bei risikoreichem Verhalten beispielsweise die Kosten für die daraus folgenden Behandlungen nicht mehr von den Versicherungen und damit von der Gemeinschaft der Versicherten übernommen werden sollten, denn: „Eigenverantwortung ist ein unentbehrlicher Beitrag zur Solidarität. Denn eine solidarische Gesellschaft beruht entscheidend darauf, dass die Einzelnen von sich aus das tun, was die Solidargemeinschaft vor Überlastung bewahren kann“ (Deutscher Ethikrat 2011, Seite 11). Bei diesem Ansatz wird davon ausgegangen, dass der Mensch selbst die Entscheidung zu risikobehaftetem Verhalten getroffen hat, und aufgrund dieser bewussten Verantwortung für sein Tun nicht mehr von der Gemeinschaft aufgefangen werden muss.

Dagegen steht allerdings die Schwierigkeit den direkten Kausalzusammenhang von Risikofaktoren und Krankheiten auszumachen. Die Wahrscheinlichkeit für beispielsweise Lungenkrebs wird durch das Rauchen erhöht, aber auch Nichtraucher bekommen Lungenkarzinome und einige Raucher bekommen keins. Außerdem kann es als ungerecht empfunden werden, nur bestimmte eindeutige Risikofaktoren zu 'bestrafen' und andere nicht, welche nicht so klar und eindeutig festzumachen sind. Bei einigen Risikofaktoren ist der Kausalzusammenhang zu bestimmten Erkrankungen nicht so einfach zu identifizieren.<sup>29</sup>

Das „Alter“ wird dahingehend diskutiert, ob es überhaupt als Kriterium miteinbezogen werden darf oder nicht. Welches Alter soll in welchem Zusammenhang eine Grenze darstellen, wenn es zur Einbeziehung von diesem Kriterium kommen würde? „Ein großer Teil der Gesundheitsausgaben, die statistisch im Leben auf eine einzelne Person entfallen, wird im letzten bzw. sogar im letzten halben Jahr des Lebens

---

29 Beispielsweise ist Übergewicht im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu sehen, aber nur weil jemand „dick“ ist, bekommt er nicht gleich einen Herzinfarkt. Es spielen noch viele andere Faktoren in das Risikoprofil eines Menschen hinein. Und ab wann ist ein Gewicht erreicht, das als Risikoverhalten interpretiert werden kann? „Übergewicht“ beispielsweise könnte auf Grund dieser Schwierigkeiten konsistenter Weise nicht durch Nicht-Übernahme der Kosten im Krankheitsfall „bestraft“ werden. Trotzdem besteht ein Risikoverhalten.

aufgewendet“ (Kliemt 2006, Seite 91). Aus dieser Erkenntnis ergibt sich die Position, dass es sich in einem hohen Alter nicht mehr lohnt, viel Geld in Therapien zu investieren, weil der Tod des Individuums trotz aller Bemühungen und finanziellen Aufwendungen kurz bevor steht (Marckmann 2006, Seite 170). Dabei greift auch das Argument der „natürlichen Lebensspanne“, welches besagt, dass ab einem gewissen Alter keine Lebensverlängerung mehr stattfinden sollten, sondern nur Lebenserleichterung mit Pflege und palliativer Arbeit angebracht ist, weil eine entscheidende Lebensverlängerung nicht mehr zu erreichen ist (Marckmann 2006, Seite 170). Das Argument, einige Interventionen ab einem bestimmten Alter nicht mehr anzubieten, wird damit begründet, dass Befragungen von Individuen ergeben, dass die meisten die Priorität von Interventionen, die das Überleben sichern sollen, in den früheren Lebensjahren sehen. Zu diesem frühen Lebenszeitpunkt wäre der Zuwachs an Lebensjahren durch eine Intervention bedeutend höher. Diese persönliche Priorität einzeln befragter Individuen rechtfertigt die Übertragung auf das System (Kliemt 2006, Seite 93). Die wie auch immer geartete Begrenzung von Mitteln für alte Menschen wird jedoch von einigen als ungerecht und als Vernachlässigung der Würde der Menschen jeden Alters angesehen. Der Versuch eines Gegenarguments zur Altersdiskriminierung besteht darin, dass das Alter einer von mehreren Zuständen ist, der von den meisten durchlaufen wird. Damit würde eine Gleichbehandlung vorliegen, wenn jeder im Alter ein Anrecht auf bestimmte Interventionen hat (vgl. Breyer 2006, Seite 158-161). Außerdem könne der individuelle Zustand von Menschen eines Alters sehr unterschiedlich sein, wie Alexander Dietz ausführt, und deshalb wäre die Festlegung eines bestimmten Alters zur Unterscheidung, ob eine Intervention noch durchgeführt wird oder nicht, sehr willkürlich (Dietz 2011, Seite 119).

Ein überaus wichtiger Punkt, der auch im Zusammenhang mit dem Nutzen von Behandlungen und Therapien diskutiert wird, ist die „Lebensqualität“. „Lebensqualität“ ist ein Wert, den jeder persönlich für sich selbst definieren muss. In Bezug auf das Alter gibt es Ansätze, die besagen: „Auf Grund der im Mittel geringeren Lebensqualität gewinnen ältere Menschen durch lebenserhaltende Behandlungen bei sonst gleichen Umständen weniger qualitätskorrigierte Lebensjahre als jüngere Menschen [...]“ (Marckmann 2006, Seite 168) „Behandlungen nicht lebensbedrohlicher Zustände, die die Lebensqualität verbessern, können bei älteren Patienten aufgrund von Begleiterkrankungen oder anderen Einschränkungen der Lebensqualität oft nur eine geringere Verbesserung der Lebensqualität erreichen als bei jüngeren Patienten. Zudem ist die gleiche Behandlungsmaßnahme bei einem älteren Patienten häufig aufwändiger und damit auch teurer, was das Kosten - Nutzen - Verhältnis verschlechtert“ (Marckmann 2006, Seite 169).

Insgesamt besteht bei der „Lebensqualität“ das Problem der Messbarkeit. Da „Lebensqualität“ ein sehr individueller Wert ist und sehr unterschiedlich von verschiedenen Menschen beurteilt wird, ist es

schwierig das Kriterium „Lebensqualität“ für alle Menschen gleichbedeutend in einer Kriterienliste aufzunehmen. Was von Alexander Dietz diesbezüglich festgehalten wird, ist: „Das Lebensqualitätskriterium sollte [...] nicht verwendet werden, um menschlichem Leben einen bestimmten Wert zuzuschreiben“ (Dietz 2011, Seite 116). Er warnt davor ein bestimmtes Leben, wie beispielsweise die Lebensqualität mit Behinderungen, aus eigener Sicht als qualitativ minderwertig zu beurteilen und daraus zu schlussfolgern, dass das Leben dieser Menschen einen niedrigeren Wert besitze.

Dieser bisher allgemeinen Übersicht über die meist diskutierten Kriterien schließt sich nun eine Ausführung an über die Priorisierungsdiskussion einiger Länder, die sich schon seit geraumer Zeit mit der Priorisierung im Gesundheitswesen beschäftigen. Die dargestellten Länder sind westliche Industrienationen und unterscheiden sich somit in geringerem Maße von der politischen und wirtschaftlichen Situation in Deutschland. Die teilweise auffindbaren Gemeinsamkeiten in politischer, wirtschaftlicher und kultureller Hinsicht lassen unter Umständen Übertragungen in das deutsche Gesundheitssystem zu und haben somit für die Auswahl dieser Länder für die folgende Darstellung gesorgt.

### ***4.3 Länderspezifische Eckpunkte der Debatten bestimmter Länder***

Einige westliche Länder führen schon seit längerer Zeit relativ ausgedehnte Debatten über Priorisierung im Gesundheitswesen. Die Diskussionen dieser Länder werden im Folgenden dargestellt. Sowohl strukturell als auch inhaltlich bieten die Diskussionen der ausgewählten Länder Norwegen, Schweden, Dänemark, Niederlande, England und dem Bundesstaat Oregon in den USA Besonderheiten, die an dieser Stelle kurz genannt werden sollen.

In allen Ländern, in denen eine Beschäftigung mit der Priorisierung im Gesundheitswesen stattfand, auch außerhalb der hier genauer betrachteten Ländern, entstand ein Bewusstsein dafür, dass die Beteiligung der Bürger erstrebenswert wäre. Zum Beispiel in Australien: „One of the key issues currently being debated in the Australian health care system is how to improve public participation and accountability activities at different decision-making levels of the system. [...] The questions surrounding public participation, currently being debated in Australia, are not unique to that setting. The Australian debate is part of a broader international discussion on public participation that has been growing in momentum since the 1980s. References to ‘public participation’ can be found in most contemporary international declarations on health and development“ (Wieseman et al. 2003, Seite 1002). Fehlende Transparenz und Beteiligung im Gesundheitswesen sorgen bei den Bürgern für verminderte Akzeptanz und Vertrauensverlust (Diederich et al. 2009, Seite 654). Die Umsetzung der Bürgerbeteiligung fiel in den Ländern allerdings sehr unterschiedlich aus. Die

Entwicklung der Bürgerbeteiligung im Zusammenhang mit der Priorisierungsdebatte soll in diesem Kapitel ebenfalls dargestellt werden.

## **Norwegen**

Als eines der ersten Länder beschäftigte sich Norwegen mit der Priorisierung im Gesundheitswesen. Das Lønning Committee I brachte 1987 erste Ergebnisse hervor, dem 1997 eine überarbeitete Version folgte (Diederich et al. 2009, Seite 655). Die Diskussion in Norwegen entstand nicht aus der Mittelknappheit heraus, sondern interessanterweise als das Land durch neue Erdölfunde einen wirtschaftlichen Aufschwung erfuhr (Raspe und Meyer 2009, Seite 1036). Dieser Aufschwung schürte aber die Sorge, dass „die Erwartungen der Bevölkerung an die gesundheitliche Versorgung noch rascher steigen würden als die finanziellen Mittel. [...] Im Kern ging es der norwegischen Regierung um einen haushälterisch-rationalen Umgang mit einem zu erwartenden Mittelaufwuchs vor dem Hintergrund des als utopisch eingeschätzten Gesundheitsbegriffs der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahr 1946“ (Raspe und Meyer 2012, Seite 46).

Inhaltlich wurden dort während der Diskussion die Hauptprinzipien „Schwere der Erkrankung, potentieller Effekt der Behandlung und Kosten-Nutzen–Abwägungen“ entwickelt (vgl. Sabik und Lie 2008, Seite 6), aus denen fünf Prioritätengruppen entwickelt wurden. Die Umsetzung des Erarbeiteten gestaltet sich allerdings bis heute schwierig (Raspe und Meyer 2012, Seite 47) und die Ärzte sowie die Wissenschaft sind in diesem Zusammenhang äußerst zurückhaltend (Marckmann 2009, Seite 86).

In Norwegen kam in der sehr frühen Debatte der Gedanke auf, dass die Beteiligung von Bürgern erstrebenswert wäre, diese wurde aber nicht durchgeführt (Diederich et al. 2009, Seite 655). In die Kommission waren lediglich Vertreter aus der Öffentlichkeit involviert (Sabik und Lie, Seite 5).

## **Schweden**

In Schweden arbeitete die „Commission of Parliament and Experts“ an der Priorisierungsdebatte (Diederich et al. 2009, Seite 655) und veröffentlichte 1993 ein Diskussionspapier (Swedish Parliamentary Priorities Commission 1993) und 1995 einen Abschlussbericht (Swedish Parliamentary Priorities Commission 1995) zu diesem Thema (vgl. Ham 1997, Seite 51). Es wurde eine „ethische Plattform“ entwickelt (Sabik und Lie 2008, Seite 6), die aus den Werten „Menschenwürde“, „Bedarf und Solidarität“ und „Kosteneffektivität“ besteht. Diese Plattform enthält nicht den Nutzen als expliziten Punkt, aber er sei nach Aussage der Kommission im Konzept des „Bedarfs“ enthalten (Marckmann 2009, Seite 87).

Auf der Basis der genannten Grundsätze wurden die folgenden vier Priorisierungsgruppen entwickelt, die im System Beachtung finden sollen: „1. Versorgung lebensbedrohlicher akuter Krankheiten, Versorgung solcher Krankheiten, die ohne Behandlung zu dauerhafter Invalidität oder zu vorzeitigem Tod führen, Versorgung schwerer chronischer Krankheiten, palliative Versorgung und Versorgung in der Endphase des Lebens, Versorgung von Menschen mit herabgesetzter Autonomie 2. Prävention, Rehabilitation 3. Versorgung weniger schwerer akuter und chronischer Erkrankungen und 4. Versorgung aus anderen Gründen als Krankheit oder Schaden“ (Fuchs et al. 2009, Seite 556) sowie (Meyer und Raspe 2008).

Seit 2001 wird das PrioriteringsCentrum Linköping in Schweden vom schwedischen Staat, Provinziallandtagen und Kommunen finanziert. Diese Einrichtung hat die Aufgabe, eine Referenzdatenbasis zum Thema Priorisierung im Gesundheitswesen aufzubauen, eine Übersicht über das Material zur Priorisierung zu schaffen, aktuelle Priorisierungsprojekte zu dokumentieren und Forschungsarbeit zum Thema Priorisierung zu initiieren und zu unterstützen (vgl. Preusker 2010, Seite 44-49). Die Beschäftigung mit den Priorisierungsleitlinien liegt nach der Auffassung von dem Mediziner Jörg Carlsson doch „die Einsicht zu Grunde, dass endliche finanzielle Mittel transparent und sinnvoll verteilt werden müssen. Nicht zuletzt die Altersentwicklung der schwedischen Gesellschaft macht dies notwendig“ (Carlsson 2009, Seite 94).

In der Praxis kommen mittlerweile zu einigen Krankheitsbildern entwickelte Priorisierungsleitlinien in Form von Condition - Treatment - Pairs zum Einsatz.<sup>30</sup> Die Leitlinien sind als Empfehlungen und Ratgeber für die Ärzte zu verstehen. Sie enthalten keine verbindlichen Handlungsanweisungen. „Das Hauptziel besteht darin, die im Gesundheitswesen Verantwortlichen in ihren Entscheidungen zur Verteilung der Ressourcen zu unterstützen. Damit soll eine effektive, gerechte und offene (transparente) Priorisierung von Gesundheitsleistungen ermöglicht werden“ (Carlsson 2009, Seite 94).

„Zu weiteren wichtigen Unterschieden und Besonderheiten der schwedischen Leitlinien gehört die [...] Beteiligung von nicht ärztlichen Berufsgruppen einschließlich Patientenorganisationen in die Leitlinienarbeit (Carlsson 2009, Seite 95). Die Gruppe der Patienten wurde somit während der Bearbeitung der Leitlinien mit einbezogen. Die Meinung der Bürger wurde allerdings erst zu den fertigen ersten gesetzlichen Entwürfen mittels Fragebogen-Umfragen abgefragt (Ham 1997, Seite 55). Im Vorhinein vor den ersten Gesetzesentwürfen wurde allerdings die Meinung der Bürger nicht erfragt, um auf diesem Weg Ansätze und Gedanken von Bürgern in die gesetzlichen Entwürfe mit einzubeziehen.

---

<sup>30</sup> Beispielsweise zur Versorgung von Herzkranken gibt es eine solche Leitlinie, in der eine Diagnose wie zum Beispiel der ST-Hebungsinfarkt mit der medikamentösen Behandlung Abciximab aufgeführt wird. Bei Behandlung mit Abciximab wird die 30-Tage-Letalität als um 34% gesenkt angegeben. Die Evidenzlage sei gut und die Kosten eher niedrig. Aus diesen Punkten ergibt sich dann eine Bewertung der Indikation von 3. Innerhalb der zugrunde liegenden Skala ist 1 die höchste Priorität und 10 die niedrigste Priorität. Außerdem gibt es noch die Empfehlungen „nichts tun“ und „Forschung und Entwicklung“ (vgl. Raspe 2011, Seite 38-41)

## **Dänemark**

Weiterhin beschäftigte sich das skandinavische Land Dänemark im Danish Council of Ethics 1997 mit der Priorisierung im Gesundheitswesen (Diederich et al. 2009, Seite 655). Die Priorisierungsdiskussion lässt sich allerdings bis in die 1970er Jahre zurückverfolgen (Tørning 1978). Es wurden als Grundwerte in der Priorisierungsdebatte „Menschenwürde“, „Solidarität“, „Sicherheit und Schutz“, „Freiheit“ und „Selbstbestimmung“ festgehalten (Danish Council of Ethics 1997). Aus diesen Grundwerten ließen sich weiterhin die Kriterien „soziale und geografische Gerechtigkeit und Gleichheit“, „Qualität“ und „Kosteneffektivität“ entwickeln (vgl. Sabik und Lie 2008, Seite 6) sowie (Fuchs et al. 2009, Seite 556).

In Dänemark hielt der dänische Rat öffentliche Treffen für interessierte Bürger ab, bei denen über Priorisierung im Gesundheitswesen diskutiert wurde, und verteilte Informationsmaterial (Danish Council of Ethics 1997). Es wurden aber nicht, wie zu anderen Themen üblich, Konsensuskonferenzen abgehalten. Obwohl die Diskussion in Dänemark bisher kaum zu fassbaren Ergebnissen geführt hat, wünschen sich die Bürger weiterhin die Arbeit an diesem Thema (Pornak et al. 2011).

## **Niederlande**

In den Niederlanden beschäftigte sich das Dunning Committee 1992 bis 1995 mit Priorisierungsüberlegungen (Diederich et al. 2009, Seite 655) aufgrund der Erkenntnis, dass einige Leistungen aus der Finanzierung ausgeschlossen werden müssen, um allen eine Grundversorgung zu sichern (Ham 1997, Seite 51).

Inhaltlich entwickelten die Niederlande „Four ‚sieves‘ for health services“ (vgl. Ham 1997, Seite 58), die „Notwendigkeit“, „Effektivität“, „Effizienz“ und „individuelle Verantwortung“ beinhalteten (Committee on Choices in Health Care 1992, Sabik und Lie 2008, Seite 6). Bemerkenswert ist, dass nicht das Individuum und die Wiederherstellung seiner Autonomie das Hauptziel medizinischer Versorgung sein soll, sondern die Wiederteilnahme an der Gesellschaft im Mittelpunkt steht (Marckmann 2009, Seite 88). Die Umsetzung der Ergebnisse ist allerdings in jüngerer Zeit nicht zu beobachten (Marckmann 2009, Seite 88).

Die Bürgerbeteiligung betreffend wurden Informationen in der Presse und im Fernsehen veröffentlicht und es fanden Befragungen von Seniorenvereinen, Frauenorganisationen und Gewerkschaften statt (Ham 1997, Seite 55). Die Befragungen der Bevölkerung haben mit großer Mehrheit ergeben, dass Primärversorgung eine höhere Priorität haben soll als Investitionen in neue Technologien (Ham 1997, Seite 55).

## England

In England wurde die Priorisierungsdiskussion vom National Health Service (NHS) initiiert (vgl. Ham 1997, Seite 51). Seit 1999 beschäftigt sich NICE<sup>31</sup> (National Institute for Health and Clinical Excellence) mit dem Thema (Diederich et al. 2009, Seite 655). Der Bürgerrat von NICE versucht, Fragen zur Bewertung von neuen Technologien, Entwicklung klinischer Leitlinien und im Zusammenhang damit Fragen zur Priorisierung zu klären (Sabik und Lie 2008, Seite 7). Trotz dessen kam nie eine breite Priorisierungsdebatte im Land zustande (Marckmann 2009, Seite 89).

Im Zusammenhang mit der Idee, Bürger an der Diskussion zu beteiligen, wurden erste entwickelte Richtlinien online zur Beurteilung durch die Bevölkerung veröffentlicht (Diederich et al. 2009, Seite 655). Es gab Fragebogen-Umfragen und öffentliche Zusammenkünfte (Ham 1997, Seite 55). Außerdem fanden 1996 sogenannte *citizens juries* zum Themenbereich Gesundheitswesen statt, die vom Institute for Public Policy Research (IPPR) in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsbehörden initiiert wurden (Lenaghan 1999, Seite 51). Die Methode „*citizens jury*“ wurde im Kapitel 3.3.1 genauer erläutert. Einige dieser abgehaltenen *citizens juries* beschäftigten sich mit Fragen zum Themenkomplex Priorisierung im Gesundheitswesen. Beispielsweise fand in Cambridge eine Konferenz zum Thema „Who should set health care priorities, and according to what criteria?“ statt (Lenaghan et al. 1996, Seite 1591-1593). Aus der Diskussion ergab sich die Forderung nach einer von der Regierung bestimmten Instanz, die klare Leitlinien für medizinische Entscheidungen herausgibt. 1997 folgten weitere *citizens juries*, von denen eine in Portsmouth zum Thema „What are the most important criteria for setting spending priorities?“ abgehalten wurde (Lenaghan 1999, Seite 52). Die Bürger entschieden sich hier für eine Liste von Kriterien nach denen priorisiert werden sollte. An oberster Stelle stand das Kriterium der Notwendigkeit einer Behandlung gefolgt vom Preis-Leistungsverhältnis und der Lebensqualität. Die Frage „How £ 600000 might be best spent to improve services for people who were dying?“ wurde von einer *citizens jury* in Walsall bearbeitet (Lenaghan 1999, Seite 52). Die Bürger konnten sich hier nicht für eines der ihnen vorgestellten vier Modelle (Palliativmedizin zu Hause, stationäres Hospiz, spezielle Stationen im Krankenhaus und spezialisierte ambulante Pflege) eindeutig entscheiden, sondern erarbeiteten kurz-, mittel- und langfristige Ziele, die alle genannten Modelle berücksichtigten. 1999 wurde in Nottingham bei einer *citizens jury* „Should non-clinical factors be taken into account when prioritising NHS resources?“ diskutiert (Lenaghan 1999, Seite 52). Die Bürgerdiskussion ergab Faktoren und diese wurden in drei Gruppen eingeteilt. In die erste Gruppe „welche Faktoren immer berücksichtigt werden sollten“, ordneten sie Notwendigkeit und Effektivität ein. Zu der zweiten Gruppe „welche Faktoren manchmal

---

31 NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) ist ein Bürgerrat mit 30 unterschiedlichen Mitgliedern, die bestimmt werden, um regelmäßig Berichte zu unterschiedlichen gesundheitspolitischen Themen zu verfassen, die dem Gesundheitsinstitut als Hilfe dienen können (vgl. Groß 2010, Seite 87)

berücksichtigt werden sollten“, wurden Kosten und Verfügbarkeit gezählt. Unter anderem sollte das Alter nicht als Faktor berücksichtigt werden.

## **Oregon**

In Oregon begann die Priorisierungsdebatte bereits 1987 (Dougherty 1991, Seite 1) und wurde initiiert von der Oregon Health Services Commission (Diederich et al. 2009, Seite 655) wegen des Versuchs eine Grundversorgung für die ganze Bevölkerung zu sichern (Hadorn 1991, Seite 12). Den Auslöser für dieses Vorhaben der Oregon Health Services Commission bildet ein Vorfall, bei dem ein Kind verstarb, nachdem ihm die lebensrettende Knochenmarkstransplantation verweigert worden war (vgl. Groß 2010, Seite 80). Dieser Vorfall löste eine allgemeine Diskussion über die bestehende Gesundheitsversorgung aus und hatte Priorisierungsbemühungen zur Folge. Nach dem Willen der Teilnehmer an der Priorisierungsdebatte sollten alle Bürger Zugang zu einer Grundversorgung haben, die durch „public and private partnership“ finanziert werden sollte (Kitzhaber 1993, Seite 377). Eine Grundversorgung beinhaltete den Beschlüssen in Oregon nach Erstbewertung, Erstdiagnose, Präventionsmaßnahmen, Screenings, zahnärztliche Behandlung, Hospizarbeit, verschreibungspflichtige Medikamente, körperliche Untersuchungen, Mammographie, die meisten Transplantationen und die meisten Therapien (Kitzhaber 1993, Seite 377). „Als einziges Priorisierungskriterium verwendeten die Entscheider dabei die Kosteneffektivität“ (Deutscher Ethikrat 2011, Seite 25). Die Ergebnisse der Diskussionen bestanden in Bedingung–Behandlungspaaren, von denen zu Beginn 714 entwickelt wurden (Dixon und Welch 1991, Seite 891). Das Ergebnis der Priorisierungsüberlegungen und die Durchführung wurden kritisiert, weil sie nicht, wie gedacht, zu Einsparungen führten, sondern sogar eine Ausweitung des Leistungsumfangs bedeuteten (Dixon und Welch 1991, Seite 893, Marckmann 2009, Seite 89, Deutscher Ethikrat 2011, Seite 23).

Auch in Oregon wurde es als wichtig empfunden, durch Bürgerbeteiligung das Vorgehen zu legitimieren. Aus diesem Grund fanden 47 „town hall meetings“ statt, deren Ergebnisse in einem Papier „Health care in common“ zusammengefasst und der Health Services Commission vorgelegt wurden (Kitzhaber 1993, Seite 376). Außerdem wurden bei einer Telefonumfrage über 1000 Leute befragt (Dixon und Welch 1991, Seite 892). Der öffentliche Prozess hat seinen Schwerpunkt bei der Wirksamkeit und den Werten der Bewohner Oregons (Dougherty 1991, Seite 1)

Die Ergebnisse der Befragungen waren, dass eine hohe Priorität bei der Behandlung von Akutfällen liegt, bei Abwendung des Sterbens mit der Wiederherstellung der vollen Gesundheit, darauf folgt die Geburtshilfe, dann das Abwenden des Todes mit nicht Wiederherstellung vollster Gesundheit und die Vorsorge bei Kindern (Kitzhaber 1993, Seite 376). Die wesentlichen Argumente und ihre Bedeutung innerhalb der Priorisierungsdebatte wurden in Kapitel 4.2 dargestellt. Auf Grundlage der in Kapitel 3

dargestellten Aspekte zur Bürgerbeteiligung und der in diesem Kapitel vorgestellten Punkte zur Priorisierung im Gesundheitswesen wird im folgenden Kapitel die Bürgerkonferenz in Lübeck ausgewertet und analysiert.

In der folgenden Tabelle sind die entscheidenden Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Debatten der verschiedenen dargestellten Länder und Deutschland noch einmal zur Übersicht aufgeführt:

	<b>Zeitpunkt und Grund</b> für Beginn der Debatte	<b>Zuständiges Gremium</b>	<b>Vorgehen</b>	<b>Inhaltliche Ergebnisse</b>	<b>Bürgerbeteiligung</b>
Norwegen	1987 <u>wirtschaftlicher Reichtum</u> und rechtzeitige Vorsorge für schlechtere Zeiten	Lønning Committee	1987 erste Ideen schriftlich abgefasst, 1997 überarbeitete Version	Hauptprinzipien: 1.Schwere der Erkrankung 2.potentieller Effekt der Behandlung 3.Kosten-Nutzen-Abwägungen	In die Kommission waren <u>Vertreter aus der Öffentlichkeit</u> integriert
Schweden	1993 Beschränkte Mittel	Commission of Parliament and Experts	1993 Veröffentlichung eines Diskussionspapiers, 1995 Abschlussbericht, Entwicklung von Leitlinien für bestimmte Condition- Treatment- Pairs und Einsatz in der Praxis	„ethische Plattform“: 1.Menschenwürde 2.Bedarf 3.Solidarität 4.Kosteneffektivität	Die Meinung der Bürger zu den Leitlinien wurde mittels <u>Fragebogen</u> abgefragt Im Vorhinein keine Beteiligung der Bürger
Dänemark	1997 Beschränkte Mittel	Danish Council of Ethics	Entwicklung von Kriterien: 1.soziale und geografische Gerechtigkeit und Gleichheit 2.Qualität 3.Kosteneffektivität	Grundwerte: 1.Menschenwürde 2.Solidarität 3.Sicherheit und Schutz 4.Freiheit 5.Selbstbestimmung	Bei <u>öffentlichen Treffen</u> wurde mit Bürgern diskutiert, keine Konsensuskonferenzen
Niederlande	1992 Beschränkte Mittel	Dunning Committee	1992- 1995 wurde ergebnisorientiert gearbeitet, bisher keine Umsetzung der Ergebnisse	Grundsätze: 1.Notwendigkeit 2.Effektivität 3.Effizienz 4.individuelle Verantwortung	<u>Informationen in der Presse und Befragungen</u> in unterschiedlichen Gruppen, wie Seniorengruppen etc.
England	1999 Beschränkte Mittel	National Health Service	Zuständige Organisation ist nun das NICE, trotzdem keine breite Priorisierungsdiskussion	Keine feststehenden Grundsätze	Beteiligung der Bürger durch <u>Umfragen, öffentliche Zusammenkünfte</u> und <u>citizens juries</u>
Oregon	1987 Sicherung einer Grundversorgung	Oregon Health Services Commission	Es wurden Bedingungs- Behandlungspaare entwickelt und anhand derer in der Praxis priorisiert, Vorgehen führt zu keinen Einsparungen	Kosteneffektivität als einziges Kriterium	Öffentliche <u>Meetings</u> und <u>Telefonumfragen</u>
Deutschland	2000: Äußerung der ZEKO, Mittelknappheit		Einige aus der Ärzteschaft interessiert an der Diskussion, keine offizielle Diskussion in der Politik		<u>Bürgerkonferenz</u> in Lübeck 2010

**Tabelle 1 Überblick über die Priorisierungsdebatte unterschiedlicher Länder**

## 5. Auswertung und Analyse der Lübecker Bürgerkonferenz

Die Lübecker Konferenz, deren Thema und Ablauf in Kapitel 1 beschrieben wurde, wird in diesem Teil ausgewertet und analysiert. Diese Auswertung wird auf zwei Ebenen, einer formalen und einer inhaltlichen, vorgenommen. Die folgende Darstellung gibt einen Überblick über das Vorgehen in diesem Kapitel:

### Formale Ebene

#### Schritt 1: Kriterien eines idealen Diskurses

- **Diskursregeln auf drei Ebenen**
- **Ideale Sprechsituation**
- **Vier Geltungsansprüche der Kommunikation**
- **Diskurstheorie der Wahrheit**
- Zugrunde liegende Materialien*
- *Beobachtungsprotokolle*
- *Protokolle der Bürger*

#### Schritt 2: Beeinflussende Faktoren

- **Einflussfaktoren der Teilnehmer**
- **Gruppendynamik**
- **Transparenz**
- Zugrunde liegende Materialien*
- *Beobachtungsprotokolle*

### Inhaltliche Ebene

#### Schritt 3: Inhaltliche Analyse

- **Kriterien**
- **Metakriterien**
- **Übergeordnete Prinzipien**
- Zugrunde liegende Materialien*
- *Fotoprotokolle der Tafelbilder*
- *Protokolle der Bürger*

## → *Votum*

Die Kriterien, die hier unter den jeweiligen Schritten aufgeführt sind, haben Unterkriterien, die vor dem jeweiligen Analyseschritt in diesem Kapitel noch einmal erläutert werden.

### **5.1. Erster Analyseschritt: Kriterien eines idealen Diskurses**

Im ersten Schritt der hier vorgenommenen Analyse werden die von mir allein erstellten Beobachtungsprotokolle daraufhin analysiert, ob in der Diskursethik zu findende Kriterien zur idealen Sprechsituation, den Diskursregeln auf drei Ebenen und die vier Geltungsansprüche der Kommunikation (vgl. Kapitel 2.3.3, Seite 29-32) erfüllt sind. Es wird versucht zu klären, ob die Voraussetzungen für den Wahrheitsanspruch der Ergebnisse durch einen Konsens erreicht werden können (vgl. Kapitel 2.3.3.3, Seite 32). Um dieses herauszufinden, werden die Kriterien noch durch folgende Unterkategorien erweitert, deren genaue Bedeutung in Kapitel 2 aufgeführt ist:

**Diskursregeln auf drei Ebenen:** logisch semantische Ebene, dialektische Ebene, rhetorische Ebene

**Ideale Sprechsituation:** Alle potentiellen Teilnehmer haben die gleichen Chancen zu Sprechakten, Deutungen und Behauptungen, alle müssen als Handelnde gleiche Chancen zu repräsentativen Sprechakten haben bei einem herrschaftsfreien Diskurs, alle müssen regulative Sprechakte verwenden können, keine Täuschung der Sprechintention

**Vier Geltungsansprüche der Kommunikation:** Verständlichkeit, Wahrheit, Richtigkeit, Wahrhaftigkeit

**Konsenstheorie bzw. Diskurstheorie der Wahrheit:** Erreichbarkeit eines Konsens, Bestand eines Konsens

Die Analyse auf der formalen Ebene über die Güte des Diskurses in Lübeck wird für jedes Wochenende einzeln vorgenommen. Dadurch wird es möglich Entwicklungen in der Diskursqualität zu generieren. Im Verlauf der weiteren Ausführungen ist dieser Schritt die Grundlage für die Analyse auf der zweiten inhaltlichen Ebene.

#### **5.1.1. Erstes Wochenende - Kennenlernen und Themeneinstieg**

Das erste Wochenende brachte 20 Lübecker zusammen (siehe Anhang Seite 152), die sich nicht kannten und denen der Ablauf und das inhaltliche Vorhaben ihres Treffens nicht in Gänze bekannt war. Zu Beginn wurden „allgemeine Regeln des gemeinschaftlichen Arbeitens“ erstellt (siehe Anhang Seite 153).

## **Ideale Sprechsituation**

Von den genannten Ansprüchen an einen idealen Diskurs, die in der Diskursethik entwickelt wurden (siehe Kapitel 2.3.3), wurden bei der Regelbesprechung die Gleichheit aller Teilnehmer schriftlich festgehalten (siehe Anhang Seite 153). Mit dem Zusatz, dass es kein „richtig oder falsch“ gäbe und sie einander aussprechen lassen und zuhören (siehe Anhang Seite 153), wurde außerdem versucht die Befürchtungen des Einzelnen zu minimieren und damit einen gleichberechtigten Diskurs zu schaffen, bei dem jeder Teilnehmer den in der Diskursethik entwickelten Grundsätzen entsprechend die gleiche Chance zu Sprechakten, regulativen Sprechakten, Behauptungen und Deutungen hat. Keiner soll innerhalb der Gruppe höher gestellt sein und damit mehr Macht besitzen als andere.

Über eine mögliche Täuschung der Intention bei Wortbeiträgen wird innerhalb der Gruppe nicht gesprochen und somit auch keine Regel dieses Thema betreffend aufgestellt. Aus der Situation heraus, dass die Teilnehmer in ihrer Rolle als Bürger keine eindeutigen im Vorhinein festgelegten Interessensgruppen vertreten (vgl. Kapitel 3.2), ist davon auszugehen, dass diese Form der Kommunikationsstörung den Diskurs eher nicht beeinflussen wird.

In den von der Gruppe besprochenen Kommunikationsregeln wird darauf Bezug genommen, dass es in einem Diskurs zwischenmenschliche Probleme geben kann, die die ideale Sprechsituation beeinflussen. Dieser Problematik wird versucht entgegenzuwirken, indem die Regel aufgestellt wird, dass „Störungen sofort angesprochen werden“ (siehe Anhang Seite 153). Ob diese Maßnahme sich als ausreichend erweist, ist an dieser Stelle noch nicht beurteilbar.

Zwei Regeln der Bürger beschäftigen sich mit der Rolle des Moderators. Ein Moderator kommt in den Ausführungen der Diskursethiker zu einem gelungenen Diskurs nicht vor und ist damit ein Punkt, in dem die Methode „Bürgerkonferenz“ von den Ideen zur idealen Sprechsituation von der Diskursethik abweicht. Dem Moderator wird von den Bürgern und den Veranstaltern die Rolle zugedacht dafür zu sorgen, dass „alle zu Wort kommen“ und dass die Diskussion nicht vom Thema abkommt (siehe Anhang Seite 153). Die Aufgabe des Moderators ist es „den Laien den anspruchsvollen Prozess der Einarbeitung in ein Thema und die Entscheidungsfindung zu ermöglichen bzw. zu erleichtern“ (Skorupinski und Ott 2000, Seite 58). „Dazu kommt die Aufgabe, dafür zu sorgen, dass alle beteiligten Bürger zu Wort kommen“ (Skorupinski und Ott 2000, Seite 59). Damit ist zwar die Rolle des Moderators nicht direkt im Gedankenkonstrukt zur idealen Sprechsituation der Diskursethik vorgesehen, aber die Aufgaben sind so charakterisiert, dass die Grundsätze der Gleichheit aller Teilnehmer gewahrt werden sollen. Der Moderator hat somit den Auftrag von den Bürgern und den Veranstaltern dafür zu sorgen, dass der Diskurs nach den Grundsätzen abläuft die der idealen Sprechsituation sehr nahe kommen.

## **Diskurstheorie der Wahrheit**

Außerdem stellen die Bürger eine Regel zur Konsensfindung auf, die besagt: „Wir versuchen Mehrheiten zu finden“ (siehe Anhang Seite 153). Aus der Diskussion über diese Regel wird allerdings deutlich („Es reicht aber nicht einfach abzustimmen“ Beobachtungsprotokoll), dass es nicht um demokratische Mehrheiten geht, sondern der Versuch unternommen werden soll, Argumente und Ergebnisse zu erarbeiten, denen alle Bürger zustimmen können („Wenn ihr mir gute Argumente nennt, lasse ich mich bestimmt mal umstimmen“ Beobachtungsprotokoll). Folglich schließt sich die Idee der Bürger der Idee der Diskursethik an, dass ein Sachverhalt erst als Konsens und dadurch in nächster Konsequenz als „Wahrheit“ bezeichnet werden kann, was die Zustimmung aller Beteiligten findet.

Die Bürger hingegen erweitern die Regel mit den Worten „manchmal einigen wir uns, dass wir uneins sind“, und machen damit deutlich, dass sie die Einigung auf Uneinigkeit ebenfalls zulassen (siehe Anhang Seite 153). Nach bestimmten diskursethischen Überlegungen sind die Ergebnisse, die keinen Konsens erreichen, nicht wahr und damit können aus diesen keine verbindlichen Normen entstehen (vgl. Reese-Schäfer 2001, Seite 23-25). Die Bürger wollen mit der Dokumentation zu ihrem Vorgehen bei Uneinigkeit dem Problem aus dem Weg gehen Kompromisse schließen zu müssen, die der Eigenschaft eines Kompromisses entsprechend, nicht für alle aus ganzem Herzen vertretbar sind. Die Benennung eines Dissens schließt nicht aus, dass in einer weiterführenden Diskussion mit zusätzlichen Argumenten ein Konsens möglich wäre. Es ist denkbar, dass lediglich die Kürze der vorgegebenen Zeit die Konsensfindung verhindert. Damit besteht zwischen der Regel zum Dissens und den Vorgaben durch das Gedankenkonstrukt der Diskursethik kein unüberwindbarer Widerspruch.

## **Vier Geltungsansprüche der Kommunikation**

Die in der Diskursethik benannten Geltungsansprüche der Kommunikation werden von den Bürgern nicht explizit diskutiert. Mit der Regel „alle Argumente sollen für alle sichtbar sein“ (siehe Anhang Seite 153) wird der Versuch angedeutet eine Situation innerhalb der Bürgergruppe zu schaffen, in der alle Bürger der Diskussion folgen können und damit „Verständlichkeit“ herrscht. Mit der Visualisierung der Argumente hat jeder Teilnehmer die Möglichkeit sich die genannten Aspekte noch einmal vor Augen zu führen und diese zu überdenken und gegebenenfalls zu hinterfragen. Das 'sichtbar Machen' kann ein Schritt sein, dem Anspruch der „Verständlichkeit“ gerecht zu werden.

Zu Beginn berichteten viele Bürger von ihrer Motivation an dem Verfahren teilzunehmen. Dabei wurde anhand von Ausführungen wie „Wegen meiner Erfahrungen [...]“ oder „bei meiner Behandlung [...]“ deutlich, dass einige auf Grund eigener Erfahrungen als Patienten an der Konferenz teilnehmen wollten (Beobachtungsprotokoll). Diese Äußerungen lassen das Wissen um „Wahrhaftigkeit“ in ihren Meinungsäußerungen zunächst nicht sicher zu. Durch eine leidvolle Vorgeschichte können bei manchen

mitwirkenden Bürgern besondere Interessen mit der Teilnahme verbunden sein. Die eigene Betroffenheit sorgt für die Motivation und hat möglicherweise vorgefasste Meinungen und in bestimmte Richtungen ausgerichtete Interessen zur Folge. Ansonsten kann zunächst auf Grund der Bürgerrolle und den ihr wahrscheinlich eigenen Merkmalen (siehe Kapitel 3.2.3) davon ausgegangen werden, dass der Anspruch der „Wahrhaftigkeit“ in der Kommunikation erfüllt wird. Auf Grund des geplanten Informationszuwachs durch Expertenbefragung und weiteres Informationsmaterial (siehe Anhang Seite 153) ist es wahrscheinlich, dass die Bürger dazu befähigt werden inhaltlich richtige Aussagen zu treffen, was den Anspruch der „Wahrheit“ in der Kommunikation erfüllen würde.

Der Geltungsanspruch der „Richtigkeit“ setzt ein gewisses Maß an Wissen voraus, das notwendig ist, um Aussagen mit richtigen Argumenten zu untermauern. Das Vorwissen der Teilnehmer ist aufgrund ihrer Vorbildung und dem Maß an Vorbeschäftigung mit dem Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“ sehr unterschiedlich, und deshalb wird der Geltungsanspruch der „Richtigkeit“ in derzeit unterschiedlichem Maße durch die verschiedenen Bürger erfüllt.

### **Diskursregeln auf drei Ebenen**

Den in Kapitel 2.3.3 ausgeführten Diskursregeln folgend ist es auf der logisch semantischen Ebene notwendig, Begriffe durch verbindliche Definitionen zu klären und diese während des gesamten Prozesses beizubehalten. Dem Thema der Bürgerkonferenz entsprechend braucht es eine Definition des Begriffs „Priorisierung“. Gewisse Ansätze, diesen Begriff zu definieren wurden durch Aussprüche wie „ich verstehe unter Priorisierung, dass man versucht zu gucken, was einem wirklich wichtig ist“ erkennbar (Beobachtungsprotokoll). Eine für alle Teilnehmer verständliche und annehmbare Definition wird am ersten Konferenzwochenende allerdings nicht entwickelt, was die inhaltliche Diskussion erschwert. Durch diesen Umstand ergibt sich die Möglichkeit, dass Wortbeiträge und Argumente der Bürger von unterschiedlichen Grundsätzen ausgehen, und damit die gemeinsame Grundlage für einen Konsens fehlt. Beispielsweise wurde der Begriff „Priorisierung“ von einem Bürger immer im Zusammenhang mit den Kosten gesehen („Bei der Priorisierung geht es darum das Geld richtig zu verteilen“ Beobachtungsprotokoll), wogegen andere den Begriff zunächst unabhängig von Geldaspekten diskutiert wissen wollen („Kosten dürfen erstmal für die Priorisierung keine Rolle spielen“ Beobachtungsprotokolle).

Die dialektische Ebene fordert unter anderem, dass jede Aussage begründet werden muss. Dieser Anforderung wurden einige Wortbeiträge nicht gerecht. Bei der Bearbeitung des in Kapitel 1 genauer beschriebenen „Experiments“ wurden Punkte genannt, die bei der Entscheidung für oder gegen eine beschriebene Person berücksichtigt werden sollten. Allerdings waren einige Beiträge von Emotionen und mangelnder Begründung geprägt („ich weiß nicht warum, aber ich finde das nicht richtig“

Beobachtungsprotokoll). Äußerungen wie „Ich finde das ist wichtig“ ohne darauf folgende Begründung machten etwa ein Drittel der Wortmeldungen aus (Beobachtungsprotokoll). Damit wurde der Anspruch auf dieser Ebene nicht durchgehend erfüllt.

Auf der rhetorischen Ebene ist insbesondere gefordert, dass alle Teilnehmer ohne die Gefahr eines äußeren Einflusses zu Wort kommen. Während der Diskussionen waren außer den Bürgern, den Moderatoren und den Beobachtern keine Personen im Raum (siehe Kapitel 1). Die Moderatoren und die Beobachter waren äußerst interessiert an den Äußerungen der Bürger und nahmen aus diesem Grund keinen Einfluss auf die Bürger in der Richtung, dass sie Personen an Äußerungen gehindert hätten. Die Diskussion war frei von äußeren Einflüssen (geschlossener Raum). Die Teilnehmer wurden somit nicht von anderen Personen oder anderen Einflüssen außerhalb der Bürgergruppe an Wortmeldungen gehindert. Allerdings waren einige wenige Bürger sehr zurückhaltend und brachten sich nicht in die Diskussion ein (Beobachtungsprotokoll). Die Gruppe der wenig an der Diskussion beteiligten Bürger bestand aus sechs Bürgern, die das erste Wochenende konstant zurückhaltend blieben (Beobachtungsprotokoll). Es ist nicht auszuschließen, dass die Zurückhaltung von den meist weiblichen Teilnehmern am ersten Wochenende („nur drei Äußerungen von Frauen in einer Stunde“ Beobachtungsprotokoll) auf die Dominanz von anderen Teilnehmern zurückzuführen ist. Die Beobachtung des ersten Wochenendes liefert dafür aber keinen konkreten Anhaltspunkt.

### **5.1.2 Zweites Wochenende - Inhaltliche Diskussionen und erste Expertenbefragung**

Das zweite Wochenende sollte, wie am ersten Konferenzwochenende beschlossen, weiterhin die aufgestellten Regeln zum gemeinschaftlichen Arbeiten zur Grundlage haben („Erwähnung der Regeln und Zustimmung zur weiteren Befolgung“ Beobachtungsprotokoll).

#### **Ideale Sprechsituation**

Beim Rückblick auf das vergangene Wochenende wurde der Ablauf und der Umgang miteinander von den Teilnehmern einstimmig als gut bewertet („positive Stimmung“, „Freude auf das neue Wochenende, weil das letzte so gut war“ Beobachtungsprotokoll). Dieser Umstand spricht dafür, dass keiner der Bürger sich von anderen unterdrückt gefühlt hat oder das Gefühl entstanden wäre, nicht zu den gewollten Sprechakten gekommen zu sein.

In der ersten Phase am Freitag beteiligen sich alle Teilnehmer an der Besprechung der Ergebnisse des ersten Wochenendes („Die am letzten Wochenende zurückhaltende Gruppe beteiligt sich auch am Gespräch“ Beobachtungsprotokoll). Im Gesprächsverlauf ist ein erhöhter Sprechanteil eines einzelnen Teilnehmers zu erkennen, der mit seinen Wortbeiträgen stark das inhaltliche Geschehen lenkt

(„Wortbeitrag über drei Minuten“, „Sprechanteil von Herrn X, höher als von allen anderen“, „Kostenaspekt durch Herrn X zum vierten Mal eingebracht“ Beobachtungsprotokoll). Diese Tatsache ist nach den Merkmalen für einen idealen Diskurs schwierig, denn aus der Dominanz eines Teilnehmers ergibt sich möglicherweise eine einseitige Diskussion mit dem Schwerpunkt auf einigen wenigen Argumenten und somit ein unausgeglichener Diskurs.

Die geschilderte Entwicklung konnte im weiteren Gesprächsverlauf durch sich beschwerende Bürger und den Moderator entgegengewirkt werden (Beobachtungsprotokoll „Hinweis auf das Kurzhalten von Beiträgen“). Dieser Schwierigkeit war der Diskurs im weiteren Verlauf des Samstags noch einmal ausgesetzt („erhöhter Redeanteil von Herrn X“ Beobachtungsprotokoll). In ihrem Auftreten und ihren Äußerungen haben vor allem zwei Bürger sich von Beginn der Diskussionen an mit z.B. „vielen Redeanteilen“ aber auch mit „auf sich aufmerksam machenden Gestiken“ als auffällig und dominant gezeigt (Beobachtungsprotokoll). Im Ablauf des Verfahrens oder in der Bürgerrolle (siehe Kapitel 3.2.3) dagegen sind keine Aspekte festzumachen, die die Dominanz von Einzelnen fördern. Damit ist die Dominanz einiger Teilnehmer auf deren Persönlichkeit zurückzuführen. Somit besteht die Möglichkeit zur bewussten Täuschung und bewussten Lenkung der Diskussion, aber sie lässt sich aus der Dominanz einiger Teilnehmer nicht sicher ableiten.

Bei der ersten Expertenbefragung, die wie in Kapitel 1 beschrieben stattfand, konnte sowohl durch die Bürger als auch durch den Experten eine Situation hergestellt werden, bei der die Bürger als gleichwertige Partner auf menschlicher Ebene dem Experten Thorsten Meyer gegenüberstanden. Der Wissensvorsprung des Experten sorgte zwar für ein Ungleichgewicht in Bezug auf den inhaltlichen Austausch, dies ist aber vermutlich bei einer erstmaligen Auseinandersetzung zwischen Bürgern und Experten nicht zu ändern. Der Wissensvorsprung des Experten sorgte nicht für die Einschüchterung der Bürger. Diese gingen selbstbewusst in das Gespräch („Blick in die Augen“, „gerade Körperhaltung“, „feste Stimme“ Beobachtungsprotokoll) und der Experte ließ ein ausgeglichenes Gespräch zu („rationale Antworten ohne den Versuch der Gesprächslenkung“ Beobachtungsprotokoll). Somit wurde der Anspruch eines herrschaftsfreien Gesprächs mit dem Experten weitestgehend erfüllt.

Durch die Struktur des Gesprächs, in der die Bürger die 'Fragensteller' und der Experte der 'Fragenbeantworter' ist, ergab sich durch die unterschiedlichen Rollen ein Ungleichgewicht zwischen dem Experten und den Bürgern. Das von den hier angelegten Kriterien ausgemachte Ziel eines ausgeglichenen argumentativen Austausches, der im idealen Diskurs angestrebt wird, wurde in diesem Gesprächsabschnitt nicht erreicht. Dieser Teil der Kommunikation diente jedoch dem Wissenszuwachs bei den Bürgern und ist damit von der Phase der Diskussion, in der es um argumentative Meinungsbildung geht, abzugrenzen. Deshalb ist die beobachtete Ungleichheit in der Struktur („Experte

beantwortet die Fragen der Bürger“ Beobachtungsprotokoll) für die Beurteilung der Diskursqualität eher zu vernachlässigen.

### **Vier Geltungsansprüche der Kommunikation**

Die Debatte der Bürger wurde weiterhin an Tafeln verschriftlicht und damit visualisiert („Protokollführung durch die Moderatoren an der Tafel“, „Niederschrift der Argumente auf Pappkarten“ Beobachtungsprotokoll), was dem Geltungsanspruch der Kommunikation „Verständlichkeit“ weiterhin zu Gute kam. Es ist zu erkennen, dass einige Bürger mit der Form des Meinungs-austausches, wie sie im Bürgerdiskurs praktiziert wurde, besser umgehen konnten als andere. Die Wortbeiträge derer, die sich gut mit der praktizierten Form des Meinungs-austausches zurecht fanden, waren z.B. strukturiert und sprachlich gelungen („strukturierter Betrag von Herrn Y“, „Überzeugung durch ausgeprägte sprachliche Fähigkeiten“ Beobachtungsprotokoll). Dieser Unterschied im Verständnis und den persönlichen Möglichkeiten im Argumentationsaustausch der verschiedenen Teilnehmer scheint aber durch die Möglichkeit des „Nachsinnens“ nach dem schriftlichen Festhalten der Ergebnisse an der Tafel teilweise kompensiert werden zu können („Das an der Tafel bringt mir viel“ Beobachtungsprotokoll).

Der Geltungsanspruch der „Richtigkeit“ wird durch den Zuwachs an Wissen bei den Teilnehmern verstärkt erreicht. Weiterhin entsteht nicht der Eindruck von Täuschung durch Diskursteilnehmer. Die am ersten Wochenende aus der Patientenrolle hervorgehenden emotionalen Wortbeiträge einiger Teilnehmer, sind im Verlauf des zweiten Wochenende kaum noch zu beobachten und durch „rationale Wortbeiträge“ ersetzt worden (Beobachtungsprotokoll). Dies legt die Annahme nahe, dass die Bürgerrolle mit ihren Eigenschaften, die im Kapitel 3.2.3 beschrieben sind, für alle Teilnehmer in den Vordergrund tritt. Damit spielen persönliche Interessen und versteckte Motivationen lediglich marginal in die Argumente der Bürger mit hinein und der Anspruch der „Wahrhaftigkeit“ kann als weitestgehend erfüllt betrachtet werden.

### **Diskursregeln auf drei Ebenen**

Nachdem Schwierigkeiten mit der Begrifflichkeit „Priorisierung“ im Unterschied zur „Rationierung“ in der Bürgerdiskussion deutlich geworden sind („Was meinst du jetzt eigentlich damit“, „ist Priorisierung nicht was anderes?“ Beobachtungsprotokoll), wird eine Definition dieser Begriffe erarbeitet (siehe Anhang Seite 157). Damit wird nun eine Diskursregel der logisch semantischen Ebene aus der Diskursethik weitestgehend erfüllt.

Auf der dialektischen Ebene ist zu beobachten, dass eine Abkehr von den stark emotional geprägten Äußerungen hin zu „rationalen Argumenten“ stattfindet (Beobachtungsprotokoll). Beispielsweise wurde das Wort „Ich“ nur noch sehr selten genannt, was dafür spricht, dass die eigene Person an Relevanz in der Debatte verliert. Gefühle und Emotionalität entstehen häufig aus eigener Betroffenheit und treten in

der Diskussion zurück. Stattdessen traten Formulierungen wie „wir“ aber vor allem „die Gesellschaft“ und „die Gemeinschaft“ in den Vordergrund (Beobachtungsprotokoll), was die Abkehr von der persönlichen hin zu einer objektiven Ebene nahelegt. Noch nicht jede Meinungsäußerung wurde von einem Argument gestützt, aber die Entwicklung zu einer Optimierung dieses Aspektes eines gelungenen Diskurses ist zu erkennen. Die objektive Ebene schafft eine Distanz, die rationale Argumentationen fordert, weil Gefühle und Emotionen nicht mehr die Vernunft und die damit verbundene Rationalität überlagern.

Auf der rhetorischen Ebene ist festzuhalten, dass weiterhin von außen keine Behinderung der Bürger an der Beteiligung an der Diskussion stattfindet. „Die am ersten Wochenende zurückhaltenden Bürger, finden sich zunehmend in den Diskurs ein“ (Beobachtungsprotokoll).

### **Diskurstheorie der Wahrheit**

An diesem Wochenende ist das Hauptziel der Bürger die folgenden Expertenbefragungen vorzubereiten, inhaltliche Klärung einiger Aspekte zu erreichen und weitere Argumente auszutauschen, wie die Beschreibung des Ablaufs in Kapitel 1.2 zeigt. An dieser Stelle des Diskurses wird gar nicht der Versuch unternommen einen Konsens herzustellen, weil erst einmal alle Argumente gesammelt und ausgetauscht werden sollen.

### **5.1.3 Drittes Wochenende – Wissenszuwachs durch Expertenbefragungen**

Am dritten Wochenende sollten, wie am ersten Wochenende beschlossen und am zweiten Wochenende bestätigt, die bestehenden Regeln weiterhin gelten. Von den Bürgern gab es keine Anregung zur Regelerweiterung („läuft gut, mit den Regeln“ Beobachtungsprotokoll).

Bei der Einstiegsrunde am Anfang des Freitages wurde Unsicherheit wegen der bevorstehenden Aufgabe, die Experten zu befragen, deutlich. Bei der Befragung aller Teilnehmer in der Anfangsrunde wurde weder am Diskurs noch an seinem Ablauf Kritik geäußert (Beobachtungsprotokoll), was die Vermutung zulässt, dass den Bürgern selbst an ihrer Diskussion des letzten Wochenendes keine gravierenden Probleme aufgefallen sind. Sie halten ihren Diskurs bisher für weitestgehend gelungen.

### **Ideale Sprechsituation**

Bei der ersten Expertenbefragung am Freitag saßen die Bürger dem Experten selbstbewusst gegenüber („gehobene Köpfe“, „offene Blicke“, „aufgerichtete Körperhaltung“ Beobachtungsprotokoll). In der vorher festgelegten Weise übernahmen zwei ausgewählte Bürger die Gesprächsführung und stellten die vorher vom Plenum erarbeiteten Fragen in einer von ihnen erarbeiteten Reihenfolge vor. Die zwei betreffenden Bürger waren sprachlich gewandt und übernahmen mit ihrer Fähigkeit zu strukturierten

Gedanken in der Bürgergruppe eine wichtige, den Diskurs voranbringende Rolle (Beobachtungsprotokoll). Es fand eine Befragung auf gleicher Augenhöhe mit dem Experten statt („keine Gesprächslenkung durch den Experten“ Beobachtungsprotokoll).

Aus dieser Situation heraus blieb die Befragung weitestgehend in den Händen der beiden „moderierenden“ Bürger. Es waren nicht alle Teilnehmer an dem Expertengespräch beteiligt (Beobachtungsprotokoll). Gegen Ende der Befragung stellten einige wenige Bürger weitere Fragen. Damit war die Befragung nicht von dem Diskurs aller Beteiligten gekennzeichnet, der der Diskursethik zufolge notwendig ist, um von einem optimalen Diskurs sprechen zu können. Allerdings war die Sprechsituation als eine Befragungssituation angelegt und diente vor allem dem Wissenszuwachs der Bürger und nicht dem argumentativen Austausch.

Die Befragung des ersten Experten war somit eine Phase, die einige Kriterien für eine ideale Sprechsituation nicht erfüllt hat. Aber da die Befragungssituation einen geplanten Abschnitt des Konferenzwochenendes ausmachte und nicht als Diskussionsteil, bei dem die Bürger ihre Argumente austauschen wollen, konzipiert war, ist diese Phase nicht als misslungener Gesprächsteil zu bewerten. Vielmehr ist es eine Phase, die die spätere Debatte inhaltlich bereichert hat.

Nach der ersten Expertenbefragung folgte eine Phase der Reflexion über die inhaltlichen Ergebnisse aus der Befragung. An dieser Diskussion nahmen wieder alle Bürger mit Sprechakten teil. Es entstand ein Gespräch, bei dem Aspekte wiederholt wurden, die den Bürgern aus der Befragung des Experten als wichtig erschienen. Der Eindruck, dass es sich bei den genannten Punkten um wichtige handelte, wurden größtenteils nicht begründet („Der Experte hat das gesagt“ Beobachtungsprotokoll). Aber jeder hatte die Möglichkeit seine Deutungen und Behauptungen in der Gruppe zu äußern. Die „moderierenden“ Bürger nahmen in diesem Gesprächsabschnitt keine Sonderrolle mehr ein.

Damit sind in diesem Gesprächsabschnitt die Kriterien an eine ideale Sprechsituation weitestgehend erfüllt. Im weiteren Verlauf fand die zweite Expertenbefragung statt. Zu dieser war die Presse von den Bürgern zugelassen worden, um das Interesse in der Öffentlichkeit verstärkt zu wecken. Zwei andere Bürger nahmen für diesen Gesprächsteil die Rolle der „Moderatoren“ ein und stellten die ersten im Vorhinein entwickelten Fragen. In diesem Expertengespräch kam es früher und stärker zur Beteiligung von anderen Bürgern (Beobachtungsprotokoll). Trotz des stark spürbaren Selbstbewusstseins des zu befragenden Experten, welches in einem „langen selbsteinleitenden Teil“, „lange Antworten“ und „sehr souveränes, gradliniges Auftreten“ deutlich wurden (Beobachtungsprotokoll), führten die Bürger das Gespräch auf Augenhöhe mit dem Experten.

Dieser Gesprächsabschnitt ist im Sinne der in dieser Arbeit dargestellten Kriterien an eine ideale Sprechsituation schwierig zu bewerten. Wieder handelte es sich nicht um eine Phase des

Argumentationsaustausches, sondern des Informationszuwachses. Die breitere Beteiligung der Bürger ist trotzdem als positiv zu bewerten, weil erst mit der breiten Teilnahme davon ausgegangen werden kann, dass jeder Gesprächsbeteiligte seine Fragen stellen konnte und damit Wissenslücken notwendigerweise geschlossen werden konnten.

Am Samstag folgten nach der im Vergangenen beschriebenen Struktur drei weitere Expertenbefragungen. Die ideale Sprechsituation stellte sich während der Befragungen aus Gründen der Struktur und des Ablaufs, die in den vorangegangenen Abschnitten benannt wurden, nicht ein. Die Bürger tauschten sich auf Augenhöhe mit den Experten aus („Gesprächsführung bei den Bürgern“, „selbstbewusstes Auftreten der Bürger“ Beobachtungsprotokoll). Dem Wesen der Experten entsprechend, waren die Gesprächsanteile der Spezialisten bzw. der Bürger unterschiedlich hoch. Ein weiterer Experte, Eckhard Nagel, beispielsweise begann ohne eine Frage mit einem einleitenden Teil und antwortete nach der Fragestellung durch die Bürger nicht nur auf die Frage, sondern vermittelte zusätzlich für ihn wichtige Fakten und Überzeugungen („Einleitende Worte ohne vorherige Frage“ „ausschweifende Antworten“ Beobachtungsprotokoll). Der Experte Rehmann- Sutter dagegen wirkte eher „ruhig und zurückgenommen“ und antwortete nur auf die Fragen der Bürger ohne viele zusätzliche Informationen zu geben (Beobachtungsprotokoll). Die Grundsituation, dass Machtausübungen auf Seiten der Experten noch auf Seiten der Bürger zu erkennen waren, blieb allerdings bestehen.

Am Nachmittag war die Erschöpfung der Bürger in der Kommunikation anhand von „Gereiztheit“ und „geistiger Abwesenheit erkennbar in der Körpersprache“ zu beobachten (Beobachtungsprotokoll). Es traten zwischenmenschliche Differenzen in den Vordergrund, was die Sprechsituation veränderte. Die vorher vorherrschende Rationalität in den Wortmeldungen der Bürger und der Moderatoren verringerte sich. Beispielsweise durch 'flapsige' Formulierungen wie „Das ist doch alles Quatsch“ wurde dies deutlich (Beobachtungsprotokoll). Einzelner Teilnehmer äußerten mit Worten wie „fertig für heute“ und „ich kann mich nicht mehr konzentrieren“ ihren Ermüdungszustand (Beobachtungsprotokoll). Diese Beobachtungen legen nahe, dass der Grund für die Streitigkeiten die Erschöpfung der Teilnehmer war. Von daher ist das Problem nicht als grundsätzlich zu beurteilen und kann in der Bewertung der Diskursqualität vernachlässigt werden.

### **Vier Geltungsansprüche der Kommunikation**

Auf die in der Diskursethik entwickelten Geltungsansprüche an einen Diskurs bezogen ist festzuhalten, dass mit den Befragungen der Anspruch der „Richtigkeit“ in folgenden Diskussionen zu späteren Zeitpunkten genüge getan wird. Erst mit dem umfassenden inhaltlichen 'Input' können einige Bürger fundiert argumentieren.

Außerdem war der Austausch mit den Experten sowohl für die Bürger als auch für mich als Beobachter durchgehend verständlich und damit für die Bürger und ihre Meinungsbildung bereichernd. Die Bürger hatten die Experten mit dem Wissen um ihre Schwerpunkte und Meinungen eingeladen und in keiner Phase des Gesprächs entstand der Eindruck eines Täuschungsversuchs auf Seiten der verschiedenen, eingeladenen Experten. Ein Täuschungsversuch meint in diesem Fall beispielsweise den Versuch eines Experten gezielt bestimmte Informationen zu geben und andere vorzuenthalten, um dadurch bei den Bürgern eine ganz bestimmte Meinung zu provozieren. Bei dieser Art der Täuschung würde der Experte eine Sichtweise bei den Bürgern hervorrufen wollen und folglich unterschläge er wichtige Informationen, was den Geltungsanspruch der Wahrheit und der Wahrhaftigkeit nicht erfüllen könnte. Die Experten aber verstanden sich in der für sie vorgesehenen Rolle als Informationsvermittler und nicht als Meinungsmacher. Dem zufolge sind die Geltungsansprüche der Kommunikation erfüllt worden.

### **Diskursregeln auf drei Ebenen**

Die Diskursregeln wurden auf der logisch semantischen Ebene in der Hinsicht befolgt, dass einige Begriffe klar definiert („Was ist Lebensqualität?“ Beobachtungsprotokoll) wurden und die Sprecher sich in ihren Aussagen nicht widersprachen. Die Experten begründeten ihrem Status als Wissenschaftler entsprechend ihre Aussagen und erfüllten damit die Regeln der dialektischen und der rhetorischen Ebene.

### **Diskurstheorie der Wahrheit**

Auch an diesem Wochenende stehen das Erhalten von neuen, zusätzlichen Informationen und das Diskutieren mit anderen Argumenten im Vordergrund. Es wird zu diesem Zeitpunkt des Diskurses noch kein Konsens angestrebt.

## **5.1.4 Viertes Wochenende – letzte Expertenbefragungen und Schreiben des Votums**

Das vierte Wochenende begann am Freitag mit zwei weiteren Expertenbefragungen nach dem Muster des vorangegangenen Wochenendes. Die Sprechsituation ist wie die des letzten Wochenendes zu bewerten. Der Struktur der Expertenbefragungen geschuldet entstand nicht die Konstellation der Beteiligung aller Gesprächsteilnehmer.

Am Samstag begann die Arbeit des Zusammentragens der wichtigsten entwickelten Argumente und die Diskussion über gemeinsame und sich unterscheidende Positionen zu verschiedenen Kriterien und übergeordneten Prinzipien.

## **Ideale Sprechsituation**

Alle Teilnehmer hatten im Plenum die Möglichkeit zu Behauptungen und Deutungen. Es wurde durch den Moderator ausdrücklich nach weiteren Beiträgen gefragt („möchte dazu noch jemand etwas sagen“, „fallen euch noch weitere Punkte ein“ Beobachtungsprotokoll) und keiner der Bürger übernahm eine offensichtliche Machtposition. Allerdings war zu beobachten, dass eine kleine Gruppe von vier Bürgern auf Grund ihrer sprachlichen und intellektuellen Fähigkeiten die Leitung des Geschehens übernahmen („strukturierter Beitrag von Herrn X“, „große Zustimmung an der Körpersprache der Gruppe erkennbar nach sprachlich gewandtem Beitrag von Herrn Y“ Beobachtungsprotokoll). Bei der Einteilung der Kleingruppen wurde die Anerkennung bestimmter Personen als inhaltlich voranbringende Kräfte innerhalb der Gruppe deutlich. Die betreffenden Personen wurden von den anderen Teilnehmern als „Gruppenleiter“ anerkannt (siehe Anhang Seite 165). In den Kleingruppen diskutierten und modifizierten die Konferenzteilnehmer dann verschiedene Abschnitte des von den Bürgern zu Hause vorformulierten Votums.

Dieses Vorgehen der Erarbeitung von Teiltextrn in Kleingruppen geht nicht vollständig konform mit den Ansprüchen an einen idealen Diskurs, die in Kapitel 2.3.3 Seite 29-32 vorgestellt wurden. Nicht jeder Teilnehmer hat zu jeder Zeit die Möglichkeit seine Meinung und Deutung zu äußern, weil er in den jeweils anderen Kleingruppen nicht anwesend ist, wie die Beschreibung des Schreibvorgangs in Kapitel 1 verdeutlicht. Allerdings ist es aus Gründen der Praktikabilität notwendig das Verfassen des Votums in Kleingruppen zu verlegen. Während des Schreibens würde eine große Gruppe wesentlich mehr Zeit benötigen, um sich auf Formulierungen zu einigen, aber die Zeit war an dem vierten Konferenzwochenende sehr begrenzt. Außerdem werden alle Ergebnisse der Kleingruppen im Plenum präsentiert und besprochen (siehe Kapitel 1.2, Seite 10-12), was jedem Teilnehmer letztendlich doch die Gelegenheit zur Diskussion zu allen Aspekten ermöglicht. Außerdem sind die in dieser Phase der Konferenz aufgegriffenen Aspekte an den vergangenen Wochenenden bereits diskutiert worden. Somit hatte im Vorfeld jeder Bürger die Möglichkeit seine Argumente zu äußern. Das Schreiben ist lediglich ein Akt, um die Ergebnisse für die Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Die Leitung der Kleingruppen durch bestimmte Teilnehmer hat eine Dominanz der leitenden Personen in der Diskussion zufolge, die aber nicht zur spürbaren, offensichtlichen Machtausübung der betreffenden Personen führt („ausgeglichenes, zielorientiertes Arbeiten in den Kleingruppen“ „alle Gruppenteilnehmer kommen zu Wort“ „jeder bringt sich ein“ Beobachtungsprotokoll).

Am Sonntag setzte sich dieser Arbeitsablauf, wie in Kapitel 1.2 Seite 10-12 beschrieben, fort. Weiterhin wurden Texte in den Kleingruppen erarbeitet, die dann anschließend im Plenum besprochen wurden. Gerade in den Kleingruppen fand eine rege Beteiligung aller Bürger statt (Beobachtungsprotokoll).

Weiterhin übernahmen die „Gruppenleiter“ keine Herrschaft innerhalb der Gruppen. Durch den Zeitdruck entstanden zeitweise zwischenmenschliche Schwierigkeiten, die den Diskussionsablauf und den argumentativen Austausch störten. Beispielsweise wurde in einer Situation ein Teilnehmer, der seine Wortbeiträge sehr lange ausgestaltete und lange benötigte bis er auf sein eigentliches Anliegen kam, von einem anderen Teilnehmer unterbrochen mit den Worten „ja wir wissen“ (Beobachtungsprotokoll), was eine kurze Diskussion über Sympathien und Antipathien füreinander nach sich zog (Beobachtungsprotokoll). Diese Art der Störungen blieben aber auf sehr kurze Phasen beschränkt.

#### **Vier Geltungsansprüche der Kommunikation**

Die vier Geltungsansprüche der Kommunikation betreffend sind folgende Aspekte festzuhalten: Dadurch, dass einige Bürger anderen Teilnehmern in der Auffassungsgabe überlegen sind, entstehen beim Anspruch „Verständlichkeit“ Ungleichheiten, die durch die Visualisierung und die wiederholte Besprechung der wichtigen Punkte ausgeglichen werden können.

Durch die Informationen, die bei den Expertenbefragungen hinzugewonnen wurden, ist der Anspruch der „Richtigkeit“ der Argumentationen gegeben. Außerdem kann weiterhin davon ausgegangen werden, dass die Bürger auf Grund ihrer ihnen innewohnenden Rolle (siehe Kapitel 3.2.3) das Gemeinwohl im Vordergrund sehen und deswegen kein Anlass zur bewussten Täuschung besteht.

#### **Diskursregeln auf drei Ebenen**

Die logisch semantischen Ebene betreffend wird die Übertragbarkeit von Argumenten in Einzelfällen während der Diskussionen am vierten Wochenende gedanklich geprüft. Allerdings kann dieser Ansatz nicht allgemein als befolgt erachtet werden („keine Übertragung des Arguments X auf andere Situationen“ Beobachtungsprotokoll).

Die Aussagen, die die Bürger in der Erarbeitung des Votums tätigen, werden häufig jedoch nicht durchgehend begründet und mit Argumenten untermauert. Die Bürger beschränken sich beispielsweise auf eine Äußerung wie „Ich finde das irgendwie wichtig“ (Beobachtungsprotokoll) und diesem Ausspruch folgte keine Erklärung. Somit wird die Regel der Begründungspflicht auf der dialektischen Ebene nicht durchgehend befolgt.

Gerade in der letzten Phase des Diskurses ist es entscheidend, dass jeder Beteiligte alle ihm nicht schlüssig erscheinenden Aussagen den Regeln der rhetorischen Ebene entsprechend problematisiert, weil das „Endprodukt“ der Diskussion, das Votum, die Meinung aller Teilnehmer repräsentieren soll. Dies ist erst möglich, wenn alle Bürger offen ihre Skepsis oder ihr Unverständnis äußern. Durch die vorgegebene Struktur der mehrmaligen Besprechung aller Texte im Plenum ist jedoch anzunehmen, dass jeder Teilnehmer die Möglichkeit hatte, seine Überzeugungen anzubringen.

## **Diskurstheorie der Wahrheit**

Der Versuch, der die gesamte Zeit des Schreibvorgangs unternommen wurde, ist, bei den einzelnen Kriterien und Prinzipien zu einem Konsens zu kommen, der dann erst der diskursethischen Überzeugung nach als „Wahrheit“ bezeichnet werden kann. Bei einigen Punkten gelang es zu einem Konsens zu kommen. In anderen Punkten war dies im Rahmen der Bürgerkonferenz nicht möglich. Diese „Dissenskriterien“ wurden dementsprechend als umstritten im Votum dargestellt oder fallen gelassen. Damit wird keine Aussagen, die nicht von allen unterstützt werden konnten, als „Wahrheit“ im Votum dargestellt.

### **5.1.5 Zusammenfassung aller vier Wochenenden als Gesamtprozess**

Die Kategorien, die aus den bestehenden Überzeugungen der Diskursethik von mir entwickelt wurden, um die Bewertung eines Diskurses zu ermöglichen und damit die Ergebnisse des Diskurses als rational oder irrational zu erkennen, wurden in den letzten Abschnitten als Kategorien an den Ablauf des Diskurses der Lübecker Bürger angelegt. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die wesentlichen Punkte der Auswertung:

	1. Wochenende	2. Wochenende	3. Wochenende	4. Wochenende
Ideale Sprech-situation	Voraussetzungen für eine gelungene Kommunikation geschaffen durch Festlegung von <u>Regeln</u> (z.B. die <i>Gleichheit</i> aller Teilnehmer)	<u>Regeln</u> werden befolgt, <i>keine Machtausübung</i> , aber <i>Dominanz weniger Bürger</i> in der Diskussion (z.B. lange Wortbeiträge)	<u>Regeln</u> werden befolgt, auf menschlicher Ebene <i>ausgeglichenes Gespräch</i> bei Expertenbefragungen	<u>Regeln</u> werden befolgt, „ <i>Leitung</i> “ der <i>Diskussion</i> durch vier Bürger mit Einverständnis der Gruppe, keine Machtausübung, kurze Störungen
Vier Geltungsansprüche der Kommunikation	Geltungsansprüche „Wahrheit“ und „Wahrhaftigkeit“ werden auf Grund der Bürgerrolle <i>vermutlich erfüllt</i> , jedoch <i>emotionale Beweggründe</i> zur Teilnahme erkennbar, „Richtigkeit“ nur <i>ansatzweise erfüllt</i> , weil Hintergrundwissen der Bürger noch gering ist „Verständlichkeit“ wird <i>versucht zu erreichen</i> durch Visualisierung	Bürgerrolle tritt in den Vordergrund, deswegen „Wahrhaftigkeit“ und „Wahrheit“ <i>erfüllt</i> , Hintergrundwissen der Bürger wird größer, „Richtigkeit“ damit <i>verstärkt erfüllt</i> , „Verständlichkeit“ <i>erreicht</i> u.a. durch Visualisierung trotz unterschiedlicher intellektueller Voraussetzungen	Wissenszuwachs durch Expertenbefragungen, deswegen Anspruch der „Richtigkeit“ <i>erfüllt</i> , Die vier Geltungsansprüche der Kommunikation werden <i>erfüllt</i>	Die vier Geltungsansprüche der Kommunikation werden <i>erfüllt</i>
Diskursregeln auf drei Ebenen	<i>Keine verbindlichen Begriffsdefinitionen</i> , wenige <i>Teilnehmer</i> sind sehr <i>zurückhaltend</i> , viele <i>Wortmeldungen</i> sind <i>emotional motiviert</i> und werden <i>nicht argumentativ untermauert</i>	Versuch der Erarbeitung von <i>einigen verbindlichen Begriffsdefinitionen</i> , <i>zunehmende Teilnahme aller Bürger</i> , Emotionalität <i>tritt etwas zurück</i>	<i>Weitere Begriffsdefinitionen</i> werden erarbeitet, Emotionalität tritt weiter in den <i>Hintergrund</i> , Experten <i>erfüllen die Diskursregeln</i> auf den drei Ebenen	Prüfung der Argumente durch Übertragung auf andere Situationen <i>wird begonnen</i> , <i>Meistens</i> werden die Aussagen argumentativ untermauert, Problematisierung aller Aussagen <i>gelingen</i>
Diskurstheorie der Wahrheit	Festlegung einer <u>Regel</u> , die besagt, dass ein <i>Konsens anzustreben</i> ist, aber nicht immer erreicht werden kann und muss	Konsensfindung spielt zu diesem Zeitpunkt der Diskussion <i>keine Rolle</i>	Konsensfindung spielt zu diesem Zeitpunkt der Diskussion <i>keine Rolle</i>	Bei den meisten Punkten <i>Konsens erreicht</i> , bei keiner Einigung: <i>Weglassen</i> oder <i>Darstellung des Dissens</i>

**Tabelle 2 Zusammenfassung des ersten Analyseschritts**

Im gesamten Zeitraum des Diskurses war festzustellen, dass durch die Rolle „Bürger“, die die Teilnehmer inne haben, keine im Vorhinein feststehenden Interessen vertreten werden (vgl. Kapitel 3.2.3, Seite 43). Zu Beginn gab es eine kurze Phase, in der einige sich in ihrer Patientenrolle darstellten, was sich aber innerhalb kurzer Zeit hin zur Bürgerrolle wandelte.

In den intellektuellen Vorgaben einiger Teilnehmer begründet war es nicht jedem Bürger über die gesamte Strecke der Konferenz möglich jedem Aspekt des Diskurses sofort zu folgen. Außerdem braucht es Übung im Meinungs austausch um Effektivität und Konstruktivität zu erreichen, die nicht jedem Bürger von Beginn an zur Verfügung stand. Viele Teilnehmer erlangten im Laufe der Konferenzwochenenden ein beträchtliches Maß an Übung im argumentativen Austausch. Auf Grund der andauernde Visualisierung der Zwischenergebnisse ergab sich für jeden Teilnehmer die Möglichkeit, die für den Moment nicht erfassten Punkte im Nachhinein zu rekapitulieren und zu verstehen.

Der Anspruch der Richtigkeit konnte durch das Eigenstudium, wie in Kapitel 1 beschrieben, die Expertenbefragungen und den dadurch ermöglichten Wissenszuwachs und das Verständnis für die Materie ebenfalls zunehmend erfüllt werden. Die Meinungsäußerungen entwickelten sich von anfänglich emotional geprägt zu zunehmend weitestgehend rational und fundiert.

Die Gleichstellung aller Teilnehmer, die der Diskursethik zufolge in einem Diskurs entscheidend ist (siehe Kapitel 2.3.3, Seite 29-32), kann im Lübecker Diskurs grundsätzlich als gelungen erachtet werden. Vordergründig durch das Wesen und die Fähigkeiten bestimmter Teilnehmer begründbar, erscheint ein Ungleichgewicht in der Diskussion phasenweise erkennbar zu sein. Dieses Ungleichgewicht bezieht sich allerdings auf die Länge, Häufigkeit und Überzeugungskraft der Wortbeiträge. Eine Machtstellung bestimmter Personen war in der Debatte dennoch nicht zu erkennen.

Im Laufe der Diskussion kam es zu klaren Begriffsdefinitionen, die meistens durchgehalten wurden, und verstärkt zu Begründungen und argumentativen Wortmeldungen. Zu Beginn waren diese Punkte kaum zu beobachten und daraus ergibt sich bei der Analyse anhand der diskursethischen Ansätze eine Verbesserung der Diskursqualität auf der logisch semantischen und der dialektischen Ebene.

Ein von den Bürgern argumentativ erarbeiteter Konsens kann nach der Analyse als „Wahrheit“ im Sinne der Diskursethik angesehen werden.

## **5.2 Zweiter Analyseschritt: Beeinflussende Faktoren**

Im zweiten Schritt der hier vorgenommenen Analyse werden die Beobachtungsprotokolle und die Protokolle der Bürger daraufhin analysiert, inwiefern bestimmte beobachtete Faktoren auf den formalen Ablauf Einfluss gehabt haben. Folgende Faktoren werden im nächsten Analyseschritt bearbeitet:

**Einflussfaktoren der Teilnehmer:** Alter, Geschlecht, Bildungsgrad

**Gruppendynamik:** dominante Persönlichkeiten, Dominanz durch Sprachgewandtheit, inhaltliche Dominanz

**Transparenz:** Evaluation, Umgang mit der Öffentlichkeit, Auswahl der Experten, die Moderatoren, Ablauf der Konferenz, Umgang mit dem Votum

Die Analyse auf der formalen Ebene über die beeinflussenden Faktoren des Diskurses in Lübeck wird für jedes Wochenende einzeln vorgenommen. Dadurch wird es möglich, diese Faktoren betreffende Entwicklungen aufzuspüren. Im Verlauf der weiteren Analyse ist dieser Schritt ein Teil der Grundlage für die Analyse auf inhaltlicher Ebene.

### **5.2.1 Erstes Wochenende – Gruppendynamische Vorgänge und Transparenzbemühungen**

Am ersten Wochenende ist bei den Faktoren die Gruppe betreffend zu beobachten, dass die beteiligten Frauen sehr zurückhaltend waren. Nur wenige Wortmeldungen waren von ihnen zu beobachten („kaum Wortmeldungen von Frauen“ Beobachtungsprotokoll). Außerdem erscheint an diesem Wochenende der „jüngste Teilnehmer sehr still“ und der Großteil des Gespräches spielt sich zwischen „wenigen männlichen Teilnehmern“ ab (Beobachtungsprotokoll). Dieser Umstand bedeutet für die Diskussion zunächst keine entscheidenden Einschränkungen, weil das erste Wochenenden vorrangig dem Kennenlernen und der Einführung in das zu diskutierende Thema dient. „Äußerungen werden weitgehend unabhängig vom Bildungsgrad der Teilnehmer getätigt“ (Beobachtungsprotokoll). Beispielsweise kann keine Korrelation zwischen Bürgern, die studiert haben, und einer verstärkten Beteiligung derer festgestellt werden. Wortmeldungen werden von den 'Unstudierten' in gleichem Maß eingebracht.

Die Dominanz von drei bis vier Männern ist am ersten Wochenende zu beobachten. Deren Herausstechen ist zum einen ihrem lauten, auffälligen Wesen geschuldet. Außerdem scheinen diese schon klare gemachte Meinungen zum Gesundheitswesen gehabt zu haben und diese der Gruppe mitteilen zu wollen („im Vorhinein gebildete Meinungen werden präsentiert“ Beobachtungsprotokoll). Ihre Wortmeldungen bewegen sich dabei in einem bestimmten Themenbereich. Immer wieder werden der Bereich der „Kosten“ und damit zusammenhängende Punkte wie „Effizienz“ oder „wirtschaftliche Aspekte“ in die Diskussion eingebracht, auch wenn sich die Argumente der Anderen gerade in anderen Bereichen wie beispielsweise der Ethik bewegten („plötzlicher Themenwechsel durch Herrn X hin zu dem Aspekt „Kosten“ Beobachtungsprotokoll). Ein weiterer Ansatz, die zunächst beobachtbare Dominanz einiger weniger Männer zu erklären, ist, dass diese untereinander in sehr kurzer Zeit

gemeinsame Erfahrungsräume<sup>32</sup> ausgemacht haben. Dieser Umstand sorgte für ein schnelles „sich verstanden fühlen“ und daraus folgen viele selbstbewusste Wortmeldungen.

Die Moderatoren und ihre Aufgaben werden wie die beobachtenden Beisitzer und der Umgang mit der Öffentlichkeit am Anfang thematisiert (siehe Anhang Seite 153). Die Bürger äußern dabei keine Zweifel oder Einsprüche. Deshalb ist davon auszugehen, dass die Bürger mit dieser Form der Begleitung ihrer Diskussion einverstanden sind und ihnen daraus keine Probleme erkennbar erscheinen.

Die Moderatoren sind am ersten Wochenende sehr offen, was sich zum Beispiel in ihrer Gesprächsfreudigkeit in den Pausen allen Bürgern gegenüber zeigte (Beobachtungsprotokoll), und damit kommen zwischen ihnen und den Bürgern keine Berührungspunkte auf. Der männliche, ältere Moderator, der schon Erfahrungen als Mediator hat, wird als 'Hauptmoderator' akzeptiert und die junge, weibliche Moderatorin übernimmt daneben den zurückhaltenden beobachtenden Part. Damit haben die Bürger zwei sehr unterschiedliche Ansprechpartner in den beiden Moderatoren, was den verschiedenen Charakteren der Bürger gerecht wird. Inhaltlich sind die beiden Moderatoren sehr zurückhaltend. Sie bewerten die Aussagen der Bürger nicht und äußern nicht ihre eigene Meinung (Beobachtungsprotokoll).

Das Erstellen und der Umgang mit dem Votum sowie die Auswahl der Experten werden am ersten Wochenende noch nicht so stark thematisiert, weil diese beiden Punkte erst zu einem späteren Zeitpunkt für die Bürgerkonferenz relevant werden, wie in Kapitel 1 bei der Ablaufbeschreibung der Konferenz erkennbar wird. Dieses Vorgehen bedeutet, dass die Bürger nicht von Anfang an in jedem Punkt komplette Transparenz genossen haben. Allerdings ist die Relevanz von Expertenbefragungen und Votum für die Bürger zu Beginn der Konferenz noch eher gering gewesen.

## **5.2.2 Zweites Wochenende – Einfluss des Moderators und eines Beobachters**

Am zweiten Wochenende nimmt die Bedeutung der Merkmale wie Alter und Geschlecht bei der Gesprächsbeteiligung ab (Beobachtungsprotokoll). Die durch gemeinsames Geschlecht oder ähnliches Alter vorhandenen gemeinsamen Erfahrungsräume (Przyborski 2004) treten durch den während der Konferenz geschaffenen gemeinsamen Erfahrungsraum langsam in den Hintergrund. Die Bürgerinnen nehmen verstärkt an der Diskussion teil („verstärkte Wortmeldungen der Frauen X, Y und Z“ Beobachtungsprotokoll). Durch die allgemeine Gruppenstruktur bedingt bleibt das höhere Alter dominant, wobei nicht der Eindruck entsteht, dass die Jüngeren unterdrückt werden („jüngster

---

32 Erfahrungsräume sind Bereiche, in denen eine Person auf Grund von ihren eigenen Merkmalen Erfahrungen gemacht hat. Es lassen sich verschiedene Erfahrungsräume wie zum Beispiel geschlechtsspezifische oder generationentypische voneinander unterscheiden (Przyborski 2004, Seite 29). Geschlechtsspezifische Erfahrungsräume lassen sich unter anderem durch geschlechtsspezifische Sozialisation erklären. Beim Aufeinandertreffen von Frauen oder Männern sorgen gemeinsame Erfahrungen trotz des sich unbekannt seins für eine schnelle Verständigung untereinander. Es gelingt ein schnellerer Gesprächseinstieg und das Gespräch entwickelt sich durch entdeckte Gemeinsamkeiten weiter fort.

Teilnehmer von anderen nach seiner Meinung gefragt“ Beobachtungsprotokoll). Der Bildungsgrad bleibt ein Faktor, der sich nicht ausgewirkt hat.

Die am ersten Wochenende als dominant aufgefallenen Persönlichkeiten bleiben am zweiten Wochenende zeitweise dominant, aber sie übernehmen eine „deutlich weniger auffällige Rolle in der Gruppendiskussion“ (Beobachtungsprotokoll). Erste Ansätze von Anerkennung zweier Personen innerhalb der Gruppe sind erkennbar, die durch sprachlich geschickte Äußerungen ihren Überblick über die Diskussion verdeutlichen. Die Anerkennung ist in der „gesteigerten Aufmerksamkeit der Gruppe“ bei der Wortmeldung dieser beiden Teilnehmer erkennbar (Beobachtungsprotokoll).

Das Moderatorenteam wird weiterhin von den Bürgern in seiner Position akzeptiert, aber es gelingt ihm phasenweise nicht, die Diskussion vor dem Abschweifen zu schützen. Die Bürger verlassen immer wieder den Bereich der „Priorisierung im Gesundheitswesen“ und dem Finden von möglichen Kriterien oder Prinzipien und diskutieren über Bereiche wie „Systemfinanzierung“ (Beobachtungsprotokoll). In kurzen Phasen lässt der Hauptmoderator seine persönliche Meinung durchscheinen („ist es nicht so, dass [...]“ Beobachtungsprotokoll), und um bestimmte Vorgänge des Sortierens zu beschleunigen, übernimmt er stark auch inhaltlich die Leitung („das sollte vielleicht in diese Kategorie eingeordnet werden [...]“ Beobachtungsprotokoll). Die Bürger äußern deswegen kein Unbehagen und auch in Mimik und Gestik gibt es keine Hinweise auf Unzufriedenheit, was vermuten lässt, dass sie sich zu diesem Zeitpunkt in ihrer Diskussion davon weder merklich gestört noch beeinflusst fühlen. Außerdem wird von einigen geäußert, dass sie das Gefühl bekommen zu wenig Zeit zu haben (Beobachtungsprotokoll). Auf Grund dessen wird ein schnelleres Vorankommen durch die Unterstützung des Moderators wahrscheinlich als hilfreich empfunden.

Der erste befragte Experte, Thorsten Meyer, nimmt auf Grund seiner sehr sachlichen, ausgewogenen Schilderung keinen stark in eine Richtung gehenden Einfluss auf die Debatte der Bürger, sondern bereichert sie inhaltlich („zurückhaltende, stark inhaltlich orientierte Äußerungen“ Beobachtungsprotokoll). Er ist sprachlich überzeugend und bringt neue inhaltliche Denkanstöße.

Weiterhin werden der Ablauf und der Umgang mit der Öffentlichkeit offen mit den Bürgern besprochen (siehe Anhang Seite 157). Einer der am Rand sitzenden Beobachter wird phasenweise am Gespräch der Bürger beteiligt und nimmt damit teilweise die Rolle eines Experten ein („Frage an den Beobachter R.“ Beobachtungsprotokoll). Die Bürger fühlen sich davon aber nicht unangemessen beeinflusst und fordern selber durch Fragen den Beobachter zur Teilnahme. Die Bürger äußern die Beteiligung eines Beobachters betreffend kein Unbehagen und es ist auch kein unzufriedenes „Tuscheln“ oder abwehrende Körpersprache zu beobachten (Beobachtungsprotokoll). Daraus ist zu schließen, dass die Bürger diesen Umgang mit einem Beobachter allem Anschein nach als unproblematisch empfinden.

### **5.2.3 Drittes Wochenende – Begrenzter Einfluss durch Experten**

Am dritten Wochenende spielen die Merkmale Alter und Geschlecht während der Diskussion „keine beobachtbare Rolle“ mehr (Beobachtungsprotokoll). Allerdings übernehmen bestimmte Teilnehmer mit „sprachlicher Gewandtheit und strukturierten Argumentationsäußerungen eine führende Rolle“ in der Diskussion (Beobachtungsprotokoll). Ein Bürger fasst beispielsweise zu Beginn seiner Aussagen bisher genanntes Zusammen und schlussfolgert daraus schlüssig seinen derzeitigen Standpunkt (Beobachtungsprotokoll). Bei den meisten, die sich sprachlich gut ausdrücken können ist ein höherer Bildungsgrad vorhanden. Allerdings ist nicht jeder Teilnehmer mit höherem Bildungsgrad sprachlich gewandt und zwei, die sich gut ausdrücken können, haben keinen akademischen Bildungshintergrund. Für die Gruppe wird scheinbar die Effizienz im strukturierten Vorgehen spürbar. Dies bedeutet, dass sie erkennen, dass die Struktur einiger Äußerungen bestimmte Aspekte auf den Punkt zu bringen, ausgesprochen sinnvoll und logisch erscheinen und damit zeitsparend die Diskussion voran bringt. Daraus folgt die Bereitschaft den Teilnehmern, die diese Form der strukturierten Diskussion erhalten und anwenden, eine dominierende Position zu geben.

Das Moderatorenteam wird innerhalb der Gruppe weiterhin in seiner Position akzeptiert. Auf das inhaltliche Vorankommen der Diskussion nehmen die Moderatoren am dritten Wochenende bis auf eine Situation „keinen spürbaren Einfluss“ (Beobachtungsprotokoll). Am Ende des Wochenendes kommt es allerdings zu einer Situation, in der der Moderator seine eigene Meinung zu einer Expertenäußerung preisgibt. Die Bürger reflektieren dem Moderator seine Einflussnahme („dann haben sie ihre Meinung zu [...] gesagt, was nicht ihrer Position entspricht“ Beobachtungsprotokoll), die nach den Vorgaben der in Kapitel 3.3.2 Seite 46-48 beschriebenen Methode nicht erwünscht ist. Dieses Ereignis zeigt die aufmerksame Wahrnehmung der Bürger auf beeinflussende Faktoren bezogen, die sich mit dem offensiven Umgang in dieser Situation bei der Grenzüberschreitung des Moderators vor weiterer Beeinflussung dieser Form schützen. Sie nehmen eine solche Meinungsäußerung als eine Einflussnahme wahr und kommunizieren sie als solche.

Es wurden der Ablauf, die noch folgenden Expertenbefragungen, der Umgang mit der Öffentlichkeit und das Votum in und mit der Laiengruppe besprochen. Durch die offene Darlegung aller Aspekte blieb es bei einem hohen Maß an Transparenz für die Bürger. Es kam nicht der Eindruck während der Beobachtung auf, dass eine Unzufriedenheit oder Skepsis innerhalb der Gruppe die Transparenz des Verfahrens betreffend herrschte (Beobachtungsprotokoll).

### **5.2.4 Viertes Wochenende – Keine Weiterentwicklung**

Auf die meisten in diesem Abschnitt analysierten beeinflussenden Faktoren bezogen war im Vergleich zum dritten Wochenende keine Weiterentwicklung zu erkennen. Allerdings stieg die Einflussnahme von

den beisitzenden Organisatoren der Konferenz Sabine Stumpf und Heiner Raspe leicht. Wegen des Vorhabens am letzten Konferenzwochenende das Votum fertigzustellen entstand Zeitdruck. Um schneller voranzukommen, beendeten die Organisatoren einmal eine Diskussion frühzeitig und brachten zweimal inhaltliche Ansätze in die Bürgerdiskussion ein (Beobachtungsprotokoll). Dies wurde allerdings von Bürgern bemerkt und angesprochen (Beobachtungsprotokoll), wodurch klar wird, dass die Bürger diesen Eingriff wahrgenommen haben und somit die Transparenz weiterhin vorhanden war.

## 5.2.5 Zusammenfassung der Entwicklungen zu den beeinflussenden Faktoren an den vier Wochenenden als Gesamtprozess

Die folgende Tabelle fasst die Beobachtungsergebnisse zu den beeinflussenden Faktoren zusammen:

	1. Wochenende	2. Wochenende	3. Wochenende	4. Wochenende
Einflussfaktoren der Teilnehmer	Junges <u>Alter</u> und weibliches <u>Geschlecht</u> als Faktoren, die Zurückhaltung bedingen, <u>Bildungsgrad</u> ohne Einfluss auf die Diskussionsteilnahme	<u>Alter</u> und <u>Geschlecht</u> treten als beeinflussende Faktoren in den Hintergrund, <u>Bildungsgrad</u> bleibt ohne Einfluss	<u>Alter</u> , <u>Geschlecht</u> und <u>Bildungsgrad</u> nehmen keinen Einfluss auf den Diskurs	Wie am dritten Wochenende
Gruppendynamik	<u>Dominante Persönlichkeiten</u> übernehmen einen Teil der Wortführung, <u>inhaltliche Dominanz</u> und <u>Sprachgewandtheit</u> nehmen keinen Einfluss	<u>Dominante Persönlichkeiten</u> übernehmen weniger aber noch spürbar die Wortführung, Ansätze von <u>Dominanz durch Sprachgewandtheit</u>	<u>Dominante Persönlichkeiten</u> übernehmen kaum noch die Wortführung, <u>inhaltliche</u> und <u>Sprachgewandtheit</u> sorgen für <u>Dominanz</u>	Wie am dritten Wochenende
Transparenz	Aufklärung durch die Organisatoren über <u>Evaluation, Ablauf der Konferenz</u> und <u>Umgang mit der Öffentlichkeit</u> sowie die <u>Aufgaben der Moderatoren</u> . Das <u>Votum</u> und die <u>Experten</u> wurden nicht so stark thematisiert	Besprechung der <u>Expertenauswahl</u> , Besprechung des <u>Umgangs mit der Öffentlichkeit</u> und des weiteren <u>Ablaufs der Konferenz, Moderator</u> übernimmt phasenweise das Vorankommen der Diskussion	Besprechung des <u>Umgangs mit dem Votum</u> , Die anderen Einflussfaktoren bleiben transparent	Wie am dritten Wochenende

**Tabelle 3 Zusammenfassung des zweiten Analyseschritts**

Die Analyse der beeinflussenden Faktoren lässt erkennen, dass die Gruppe in ihrer eigenen Dynamik einen Wandel durchmacht. Am Anfang scheinen bestimmte Faktoren wie das Alter und das Geschlecht für die Gruppendynamik eine Rolle zu spielen. Die Bedeutung dieser Faktoren nimmt dann im Verlauf der Konferenzwochenenden ab, bis am dritten Wochenende andere Eigenschaften für eine führende Rolle einiger weniger Teilnehmer verantwortlich sind. Fähigkeiten, die den Gruppenprozess voranbringen, bedingen in der restlichen Zeit der Konferenzen eine besondere Position innerhalb der Gruppe. Es findet somit eine Entwicklung von der Dominanz durch bestimmte Merkmale hin zu einer Dominanz durch bestimmte für das inhaltliche Vorankommen günstige Fähigkeiten statt.

Das Moderatorenteam nimmt wenig Einfluss auf die inhaltliche Diskussion der Gruppe. Es gibt wenige Phasen, in denen die Einflussnahme zu erkennen ist. Teilweise werden solche Entwicklungen von den Bürgern erkannt und besprochen. Insgesamt ist der Einflussfaktor der Moderatoren als gering für die inhaltliche Diskussion einzuschätzen.

Vom Einfluss der Experten ist die Gruppe nicht freizumachen, da die Experten ihnen Informationen liefern und schon allein durch die Auswahl von bestimmten Informationen Einfluss genommen wird. Allerdings ist in der Diskussion der Bürger nicht zu erkennen, dass ein Schwerpunkt bei den Aussagen eines bestimmten Experten gesetzt wird. Viele Aussagen wiederholen sich bei den verschiedenen Experten. Dieses lässt den Schluss zu, dass die Bürger bei der Entwicklung ihrer Argumentationen nicht übermäßig von einem einzelnen Experten beeinflusst wurden. Dies relativiert den Einfluss der Experten zu einem Einflusskanon, der nicht zu umgehen ist, bei einer informierten Debatte der beteiligten Laien.

Zu keinem Zeitpunkt gibt es in der Beobachtung Hinweise darauf, dass die Transparenz des Verfahrens betreffend, Unzufriedenheit bei den Bürgern herrscht. Die Beobachter sind von den Bürgern akzeptiert. Gerade durch die aktive Teilnahme eines Beobachters in einigen Phasen der Diskussion ist ein Einfluss nicht auszuschließen. Allerdings wurde dieser Einfluss von den Bürgern als bereichernd und nicht als störend empfunden, denn es handelte sich vor allem um Informationen und weitestgehend nicht um Argumente, die die Meinung von den Bürgern widerlegen oder unterstützen. Es ist an dieser Stelle somit von einer Beeinflussung zu sprechen, die aber nur punktuell stattgefunden hat und die Ergebnisse der Bürger nicht merklich grundlegend verändert.

Die im Votum verfassten Überzeugungen der Bürger können per se als die Ergebnisse einer Bürgerdiskussion und als Meinung der teilnehmenden Bürger gelesen und verstanden werden.

### **5.3 Dritter Analyseschritt: Inhalt**

Im dritten Schritt findet die inhaltliche Analyse statt. Auf der Grundlage, der bisher beleuchteten Aspekte, die weitestgehend den Diskurs als formal gelungen erscheinen lassen, kann nun der Inhalt der Diskussionen der Bürger und die Entwicklung innerhalb der Diskussion analysiert werden.

Auf Grundlage der Protokolle der Bürger und des Votums, welche im Anhang zu finden sind, und der Fotoprotokolle der Tafelbilder, welche im folgenden Text als Abbildungen eingefügt sind, wird die Analyse anhand der folgenden Kriterien durchgeführt:

**Kriterien:** Genannte Kriterien, Bedeutung und Gewicht genannter Kriterien, Entwicklung der Kriterien

**Metakriterien:** Genannte Metakriterien, Bedeutung und Gewicht genannter Metakriterien, Entwicklung der Änderungen der Zuordnung der Metakriterien

**Übergeordnete Prinzipien:** Genannte Prinzipien, Bedeutung und Gewicht von übergeordneten Prinzipien, Entwicklung der Prinzipien, Differenzierung zwischen unterschiedlichen Ebenen der Prinzipien

Die Analyse des Inhalts wird für die ersten beiden Wochenenden der Konferenz einzeln vorgenommen. Dann folgt die Analyse der Expertenbefragungen des dritten und vierten Wochenendes zusammen und anschließend die des Votums, um so mögliche Entwicklungen der Kriterien und Prinzipien herausarbeiten zu können.

#### **5.3.1 Erstes Wochenende – Entwicklung erster Ansätze**

Das Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“ erfordert Überlegungen dazu, was einem im Gesundheitswesen wirklich wichtig ist, und um diese Überlegungen zu strukturieren, braucht es Kategorien, in die die Überlegungen eingeordnet werden können. Während der Konferenz sollten von den Bürgern keine konkreten Entscheidungen getroffen werden, wie zum Beispiel eine Stellungnahme dazu, ob bestimmte Therapien weiterhin durchgeführt werden sollten oder nicht. Sondern das Ziel sollte sein, Anhaltspunkte zu entwickeln, anhand derer Entscheidungen orientiert werden könnten. Diese Anhaltspunkte können eine unterschiedliche Tragweite haben, und damit auf verschiedenen Ebenen angeordnet sein. Deswegen wurden die Kategorien „Kriterien“, „Metakriterien“ und „übergeordnete Prinzipien“ von den Organisatoren erstellt. Diese orientierten sich dabei an der bisherigen Fachdebatte und den daraus hervorgegangenen Strukturen und die Bürger nahmen diese Einteilung an. Kriterien sind innerhalb dieses Systems „Eigenschaften, nach denen Patientengruppen, Erkrankungen oder Behandlungsmethoden in eine Rangreihe eingeordnet werden können (z.B. Schwere der Erkrankung, Erfolg der Behandlung)“ (siehe Anhang Seite 154). Metakriterien sind „z.B. Merkmale, die sich auf alle

Kriterien der ersten Ebene beziehen (z.B. wie gut wir über die Krankheitsschwere Bescheid wissen oder wie belastbar der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit einer Behandlungsmethode ist)“ (siehe Anhang Seite 154). Übergeordnete Prinzipien „benennen Werte, die unbedingt eingehalten werden müssen, wenn priorisiert wird, die selbst aber keine Unterscheidung zwischen unterschiedlichen Patientengruppen, Erkrankungen oder Behandlungsmethoden machen (z.B. Gleichbehandlung, keine Diskriminierung)“ (siehe Anhang Seite 154).

Am ersten Konferenzwochenende fand ein inhaltlicher Einstieg in das vorgegebene Thema statt. Anhand des „Einstiegsexperiments“, das in Kapitel 1 beschrieben wurde, ergaben sich erste inhaltliche Ansätze, welche Kriterien bei der Priorisierung eine Rolle spielen könnten, und welche Fragen geklärt werden sollten. Die folgenden Kategorien „Kriterien“, „Metakriterien“ und „übergeordnete Prinzipien“ sind somit Kategorien, die schon am ersten Wochenende von den Moderatoren und der Expertin für Bürgerkonferenzen, Silke Schick Tanz, eingeführt wurden, um eine Ordnung in die Assoziationen der Bürger zu bringen. Da die Kategorien von den Bürgern nach anfänglichen Schwierigkeiten angenommen wurden und diese Kategorien die gesamte Konferenz über als Einteilung dienten, werden diese als Struktur auch in der folgenden Analyse aufgegriffen.

### **5.3.1.1 Kriterien, Metakriterien und übergeordnete Prinzipien**

Grundsätzlich ist über die gesamte Zeit der Diskussion des ersten Wochenendes zu erkennen, dass der Umgang der Bürger mit den Begriffen und der daraus folgenden Einteilung der genannten Aspekte in die Kategorien „Kriterien“, „Metakriterien“ und „übergeordnete Prinzipien“ zunächst Schwierigkeiten machte. Nicht allen Bürgern schienen die Bedeutungen der Überbegriffe klar zu sein, was sich in der Zuordnung einiger Kriterien und Prinzipien zeigte. Beispielsweise wurde „die Würde des Menschen“ bei den einfachen Kriterien eingeordnet (siehe Anhang Seite 154). Diese Formulierung ist allerdings unter anderem im Grundgesetz Art. 1 Abs. 1 GG zu finden und von daher ist die Vermutung naheliegend, dass dieser Aspekt als etwas Grundlegendes von den Bürgern empfunden werden könnte.

Wegen des unterschiedlichen und bei den meisten geringen Vorwissens der Bürger, kamen zusätzlich zu den inhaltlichen Ansätzen für die Kategorien Fragen auf, was zur Folge hatte, dass eine weitere vom Moderator vorgegebene Kategorie „Fragen“ hinzugefügt wurde. Trotzdem tauchten auch in den Gruppen der Kriterien und Metakriterien einige Fragen wie „wer hat Anlass zur OP gegeben?“ (siehe Anhang Seite 154) oder „Integration des Themas Tod?“ (siehe Anhang Seite 155) auf. Die Durchmischung der Kriterienkategorien mit Fragen macht deutlich, dass die Bürger sich am Anfang der Diskussion befanden und sich auf den Inhalt bezogen noch nicht gut informiert und wissend fühlten. Ihnen fehlten Informationen, um eine fundierte Meinung und Argumente zu äußern.

Weiterhin wurde in der Anfangsbesprechung deutlich, dass viele sich noch nicht ausführlich mit dem Thema beschäftigt haben. Dies äußerte sich unter anderem in der Unsicherheit bei Begriffsdefinitionen und dem Verlangen nach gemeinsamen Definitionen, auf die sich die weitere Diskussion untereinander stützen kann. Es wurde zum Beispiel von den Bürgern nach der Definition von „Gesundheit“ und „angemessener Versorgung“ gefragt (siehe Anhang Seite 155).

Es fällt auf, dass sich viele Kriterien, die zu Beginn genannt wurden, mit dem persönlichen Leben von Menschen beschäftigen. In Punkten wie „Alter“, „Lebensqualität“ und „Arbeitsfähigkeit“ (siehe Anhang Seite 154) wurden Aspekte angesprochen, die dem Leben des einzelnen Teilnehmers sehr nahe sind. In diese Punkte können Assoziationen aus dem eigenen Leben und die Emotionen der Bürger einfließen. Zu Beginn der Diskussion, ohne die Basis breiter Kenntnisse zu dem zu diskutierenden Thema, waren persönliche Erfahrungen der Einstieg in die Debatte. Zum Beispiel brachte eine Bürgerin mit der Beschreibung ihrer eigenen Krankengeschichte, bei der ihre Arbeitsfähigkeit für sie im Mittelpunkt stand, die Aspekte „Berufstätigkeit“ und „Arbeitsfähigkeit“ in die Diskussion ein (siehe Anhang Seite 154).

Auch bei den Einzelkriterien werden mit „Eigener Wille“ und „Aufklärung des Patienten“ (siehe Anhang Seite 154) Aspekte genannt, die subjektiv motiviert sein könnten. Den Bürgern, die bisher vor allem aus dem eigenen Erfahrungsschatz und Erzählungen von Verwandten und Bekannten ihre Informationen bezogen, waren Kriterien, die mit ihnen oder Bekannten als Patienten direkt etwas zu tun hatten, am nächsten. In dieser Kriterienkategorie spiegelt sich auch die Motivation vieler Bürger wieder, an dem Bürgerbeteiligungsverfahren teilzunehmen. Sie haben Situationen selbst erlebt oder von ihnen nahestehenden Personen erzählt bekommen, die das Gefühl aufkommen lassen, dass sich etwas ändern muss. Sie äußern die für sie wichtigen Aspekte im Zusammenhang mit medizinischer Versorgung am ersten Wochenende, ohne sehr viel Hintergrundwissen zu besitzen.

In der Frage nach dem Umgang mit emotionalen Einflüssen, die von einem Bürger gestellt wurde, und dem Willen zur „Objektivierung von subjektiven Erfahrungen“ (siehe Anhang Seite 155), zeigt sich schon zu einem frühen Zeitpunkt der Debatte eine gewisse Reflexion des eigenen Verhaltens. Einigen Bürgern ist durchaus bewusst, dass die Herangehensweise bisher noch von Subjektivität geprägt ist. Mit dieser Erkenntnis wird der Weg zu einer objektiven und von Vernunft geprägten Diskussion schon am ersten Wochenende der Konferenz bereitet.

Auch wird ein Ansatz, wie das Erreichen des angestrebten Ziels einer objektiven Diskussion möglich werden kann, von der Gruppe benannt. Es besteht bei ihnen die Erkenntnis, dass es notwendig sei, so viele Informationen wie möglich zu sammeln (siehe Anhang Seite 155), und dass nur Kriterien beurteilt werden können, die beurteilbar sind (siehe Anhang Seite 155). Den meisten Bürgern scheint somit

bewusst zu sein, dass ihre bisherigen Informationen nicht ausreichen, um eine ausreichend fundierte Debatte über Priorisierung im Gesundheitswesen zu führen.

Außerdem sind bei den Teilnehmern schon früh die Gedanken an die Gesellschaft erkennbar. Mit den von ihnen in der Diskussion genannten Begriffen wie „Gemeinwohl“ und „Fürsorge und Verantwortung“ (siehe Anhang Seite 154) wird deutlich, dass neben der sehr subjektiven Sicht des Einzelnen, die am ersten Wochenende oft vorrangig ist, auch schon ein Blick auf den Bürgerdiskurs entsteht, der von der Wahrnehmung gesellschaftlicher Zusammenhänge geprägt ist. Dabei ist diese Gemeinwohl orientierte Sichtweise aber nicht vordergründig zu sehen, sondern in Ansätzen vorhanden.

Der unter Metakriterien geführte Punkt, dass „gemeinschaftliches Abwägen Einigkeit bringt“ (siehe Anhang Seite 155), ist vielleicht ein weiteres Zeichen dafür, dass die Bürger im Begriff sind, die Zusammenarbeit und das gemeinschaftliche Diskutieren als besondere Stärke zu identifizieren. Nicht nur inhaltlich werden Gedanken an die Gemeinschaft benannt, sondern auch bei der Form der Meinungsfindung erkennen die Bürger anscheinend Vorteile darin. Es entsteht die Erkenntnis, dass inhaltlich in einer Gruppe mehr erreicht werden kann. Damit folgen die Bürger der diskursethischen Idee, dass eine dialogische Form der Normentwicklung Vorteile mit sich bringt (vgl. Reese- Schäfer 2001, Seite 87).

Die Kriterien „Menschen beachten, die keine Stimme haben, Minderheiten mit schweren Erkrankungen beachten“ (siehe Anhang Seite 155) und „Zielgruppengröße, was trifft die Allgemeinheit am ehesten?“ (siehe Anhang Seite 155) sind von den Bürgern als zwei Punkte in der Metakriterienliste niedergeschrieben worden. Diese beiden Punkte scheinen zunächst in dieser Liste problemlos nebeneinander zu existieren. Die Bürger haben bei ihrer ersten Auflistung dieser Punkte gesellschaftlich gedacht, und sowohl die Allgemeinheit als auch Minderheiten versucht zu bedenken. Bei genauerer Betrachtung widersprechen sich diese beiden Aspekte allerdings in gewisser Hinsicht. Auf der einen Seite sollen möglichst große Bevölkerungsgruppen Beachtung finden, auf der anderen Seite sollen kleine Bevölkerungsgruppen und somit Minderheiten nicht vernachlässigt werden. Was ist dabei wichtiger? Eine möglichst große Anzahl von Menschen, denen geholfen werden kann? Oder die Hilfe für Minderheiten, die sich aufgrund ihrer Anzahl nicht so leicht selber helfen können? Bei den ersten Überlegungen der Lübecker Bürger spielt das in der Literatur schon viel diskutierte Problem, ob die Anzahl der geretteten Leben zählt oder nicht, noch keine Rolle (vgl. Lübke 2006, Seite 18-30). Für die Teilnehmer ist es wichtig, sowohl Minderheiten als auch die Allgemeinheit zu bedenken. Diese Ansätze können allerdings im Gegensatz zueinander stehen, und damit schwierig in Einklang zu bringen sein. Zu diesem frühen Zeitpunkt der Diskussion sind die Bürger noch nicht so weit, die möglichen Schwierigkeiten dieser Aussagen nebeneinander zu erkennen. Hierbei wird deutlich, dass die Bürger zu diesem Zeitpunkt noch nicht viele Gedanken auf das Verhältnis verschiedener Kriterien zueinander

verwenden. Die Sammlung unterschiedlicher Aspekte steht zu diesem Diskussionszeitpunkt im Vordergrund.

Ein von den Bürgern häufig erwähnter Aspekt sind die Kosten des Gesundheitssystems und die mit den Kosten im Zusammenhang stehende Effizienz (siehe Anhang Seite 154). Bei verschiedenen Kriterien wie beispielsweise den Krankenkassen (siehe Anhang Seite 154) oder dem Zeitfaktor in Form von den Aspekten „Verweildauer im Krankenhaus“ oder „Dauer der Behandlung“ (siehe Anhang Seite 154) werden finanzielle Aspekte von den Bürgern in den Vordergrund gerückt. Sogar bei den Metakriterien wurden „Effizienz Kosten/Aufwand“ als Punkt aufgeführt (siehe Anhang Seite 155), was den Fokus vor allem von den beschriebenen dominanten Konferenzteilnehmern innerhalb der Diskussion auf diesen Aspekt wiederum unterstreicht. Andere Bereiche wie theologische oder rechtliche Begriffe werden demgegenüber kaum angesprochen. Dieser monetäre Diskussionsansatz der Bürger spiegelt möglicherweise wider, wie die Debatte um das Gesundheitssystem in der Öffentlichkeit größtenteils geführt wird. Die Kosten nehmen eine entscheidende Position bei der Bewertung von Änderungen ein, wobei selten vordergründig zum Beispiel über die ethischen Grundsätze oder andere Herangehensweisen gesprochen wird. Andere Aspekte treten dann neben dem Kostenfaktor in den Hintergrund. Dies sorgt möglicherweise für die starke Präsenz des Kostenfaktors bei den Bürgern.

### **5.3.1.2 Inhaltliche Fragen**

Am ersten Konferenzwochenende standen aufgrund des noch nicht so umfangreich vorhandenen Wissens der Teilnehmer die Fragen innerhalb der inhaltlichen Debatte im Vordergrund. Auch während einiger Wortbeiträge, die zur Darstellung einer eigenen Meinung dienten, wurden Fragen eingestreut. Die Sammlung der Fragen wurde mit dem Ziel begonnen, diese im Laufe der Konferenz beispielsweise durch die Expertenbefragungen zu klären. Auffällig war dabei, dass viele Fragen sich mit dem derzeitigen Zustand des Gesundheitssystems befassen. „Wie entscheiden welche Personen aktuell?“, „Welche Managementstrukturen werden durchlaufen?“ oder „Werden Menschen mit Geld schneller behandelt?“ (siehe Anhang Seite 155). Gerade die Entscheidungsstrukturen betreffend herrschte bei den Bürgern scheinbar viel Unklarheit.

Dadurch, dass ein Schwerpunkt in der Diskussion bei dem Bereich Kosten und Effizienz lag, waren dazu einige Fragen wie „Was macht es günstiger bei den privaten Versorgern?“ aufgekommen (siehe Anhang Seite 155). In allgemeinen Fragen wie „Privat oder Kasse?“ (siehe Anhang Seite 155) kam zum Ausdruck, dass die Kenntnis des Gesundheitssystems so gering oder diffus war, dass noch keine konkreten Fragestellungen möglich waren. In dieser Frage „Privat oder Kasse?“ (siehe Anhang Seite 155) wurde allgemein nach dem System „private Krankenversicherung“ und dem System „gesetzliche Krankenversicherung“ gefragt, und wie sie funktionieren.

Trotz des Wissensdefizits fand in den gestellten Fragen auch schon eine Auseinandersetzung mit der Zukunft statt. Auch hier hatten die Kosten eine große Bedeutung. Deutlich wurde dies darin, dass die Bürger Fragen danach stellten, inwieweit Kosten in Entscheidungsfindungen einfließen sollten (siehe Anhang Seite 155).

Im Zusammenhang mit dem Thema Kosten fällt auch auf, dass sich ein Fragenkomplex mit dem Thema der Kontrolle beschäftigte (siehe Anhang Seite 155). Es wurde nach Möglichkeiten der Ausgabenkontrolle in der Zukunft gefragt. Damit gingen die Bürger einen Schritt weiter und beschäftigten sich mit der Durchsetzung von Vorgaben. Somit scheint nicht nur die Erstellung neuer Regelungen für sie wichtig zu sein, sondern auch die Kontrolle von Regeln wird als entscheidend erachtet. Es wird anhand der Fragen erkennbar, dass die Bürger anscheinend im bisherigen System möglicherweise durch fehlende Transparenz wenige Einblicke haben und nach ihrem Verständnis eine Kontrollinstanz fehlt.

### **5.3.2 Zweites Wochenende – Weiterentwicklung von Kriterien und Fragen**

Am zweiten Wochenende wurden zu Beginn die Ergebnisse des ersten Wochenendes wieder aufgegriffen und weiter bearbeitet. Außerdem bereiteten die Bürger die Expertenbefragung mit der Bearbeitung und Ordnung der Fragen des ersten Wochenendes vor und führten anschließend eine erste Befragung durch.

#### **5.3.2.1 Kriterien, Metakriterien und übergeordnete Prinzipien**

Mit der Unterstützung der Moderatoren wurden die Begriffe Kriterien, Metakriterien als „Merkmale, die bei der Bewertung, Gewichtung oder Ordnung der Kriterien herangezogen werden können“ (siehe Anhang Seite 158) und übergeordnete Prinzipien als „Grundprinzipien, die unbedingt eingehalten werden müssen“ (siehe Anhang Seite 159) definiert. Nach der Klarstellung der Begrifflichkeiten konnte die Zuordnung der Begriffe schlüssiger als am ersten Wochenende vorgenommen werden, wie die Protokolle der Bürger im Anhang dieser Arbeit zeigen. Eine klarere Struktur ist innerhalb der Kriteriengruppen erkennbar und die Kriterien sind nicht mehr so stark mit Fragen durchmischt, wie die Abbildungen 1 und 2 im Folgenden zeigen. Noch immer stellen sich die Bürger viele inhaltliche Fragen. Es besteht noch kein fundiertes Wissen, wobei es ihnen trotzdem gelingt, die unterschiedlichen inhaltlichen Bereiche, die sie angehen wollen, klarer zu strukturieren. Der Teil der Fragensammlung ist nun eindeutig von dem Teil der Kriteriensammlung trennbar, was das Vorankommen der Bürger bezüglich der Struktur ihres Vorgehens verdeutlicht.

Weiterhin bleibt das Thema „Kosten und Effizienz“ für die Bürger im Mittelpunkt. Die Kriteriengruppe, die sich mit den Kosten beschäftigt, umfasst die meisten Begriffen, wie die folgenden Fotos von einem „Tafelbild“ der Bürgerdiskussion am zweiten Wochenende zeigen. Der Begriff „Kosten“ ist vielfach innerhalb dieser Kriteriengruppe zu finden:

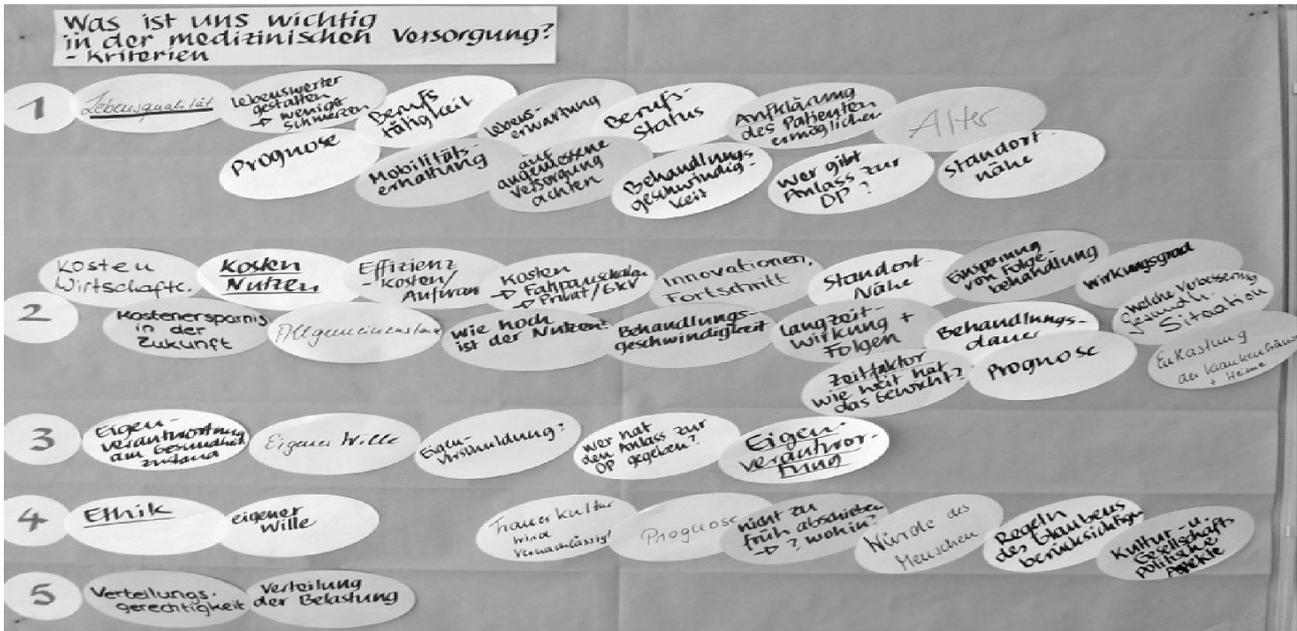


Abbildung 1: Kriterien zweites Wochenende (Gruppe 1- 5)



Abbildung 2: Kriterien zweites Wochenende (Gruppe 6 und 7)

Eine weitere große Gruppe in der Kategorie „Kriterien“ steht unter dem Oberbegriff „Lebensqualität“, wie Abbildung 1 zeigt. Jedes Individuum hat für sich und sein eigenes Leben Vorstellungen, was Lebensqualität bedeutet, und aus diesem Grund liegen Überlegungen zu diesem Thema den Teilnehmern wahrscheinlich sehr nahe. Es braucht bei den Bürgern kein umfangreiches Hintergrundwissen, um zu entscheiden, dass beispielsweise „Beruf“, „wenig Schmerzen“ oder eine „Prognose“ (siehe Abb. 1) die

Lebensqualität grundsätzlich beeinflussen können. Jeder Bürger ist aufgrund eigener Erfahrungen und Überzeugungen dazu in der Lage, Aspekte zu nennen, die für ihn persönlich die Lebensqualität ausmachen.

Neben den Punkten wie „Lebensqualität“, die den Einzelnen im Zusammenhang mit dem System betreffen, ist eine Gruppe von Begriffen zu dem Thema „soziale Komponente“ von den Bürgern zusammengestellt worden (siehe Abb. 2), die das gesellschaftliche Denken in den Vordergrund rückt. Aspekte aus der Kriteriengruppe der „Lebensqualität“ wie die „Berufstätigkeit“ tauchen hier wieder auf. Allerdings stehen sie hier mit der Gesellschaft in Zusammenhang und erhalten dadurch eine neue Bedeutung, was von Begriffen wie „Fürsorge“ und „Gemeinwohl“ unterstrichen wird (siehe Abb. 2).

Am zweiten Wochenende ist im Gegensatz zum ersten Wochenende „Ethik“ ein eigener Punkt auf der Kriterienliste geworden (siehe Abb. 1). In der Kriteriengruppe „Ethik“ bleibt die „Menschenwürde“ lediglich ein Unterpunkt. Weitere Unterpunkte sind der „christliche Glaube“ (siehe Anhang Seite 159) und „kulturelle Vielfalt“ (siehe Anhang Seite 159). Die Bürger haben damit während der Diskussion große gesellschaftliche Bereiche angesprochen. Mit dem Aspekt der „kulturellen Vielfalt“ wird ein Bereich thematisiert, der in der Fachdiskussion noch nicht besprochen wurde. Allerdings folgen bei diesen Themen am zweiten Wochenende keine weiteren Ausführungen und die genaue Verwendung als Kriterien wird nicht umfassend geklärt.

Das Thema „Tod“ wird ebenfalls angeschnitten, wie das Protokoll der Bürger zeigt (siehe Anhang Seite 159). Als der Endpunkt des Lebens, der verhindert werden soll und doch für jeden irgendwann einmal eintritt, gehört der Tod unumgänglich zum Leben dazu. Den Bürgern geht es in ihrer Diskussion nicht um das Sterben an sich, sondern um den Umgang mit dem Tod, und darum der derzeitigen Vermeidung dieses Themas von vielen Menschen in der Gesellschaft entgegenzuwirken. Aber auch hier werden keine konkreten Ansätze weiter verfolgt.

Der bei den Kriterien erwähnte „Kostenaspekt“ wird auch bei den Metakriterien von den Bürgern wieder aufgegriffen, wie die Abbildung 3 zeigt:

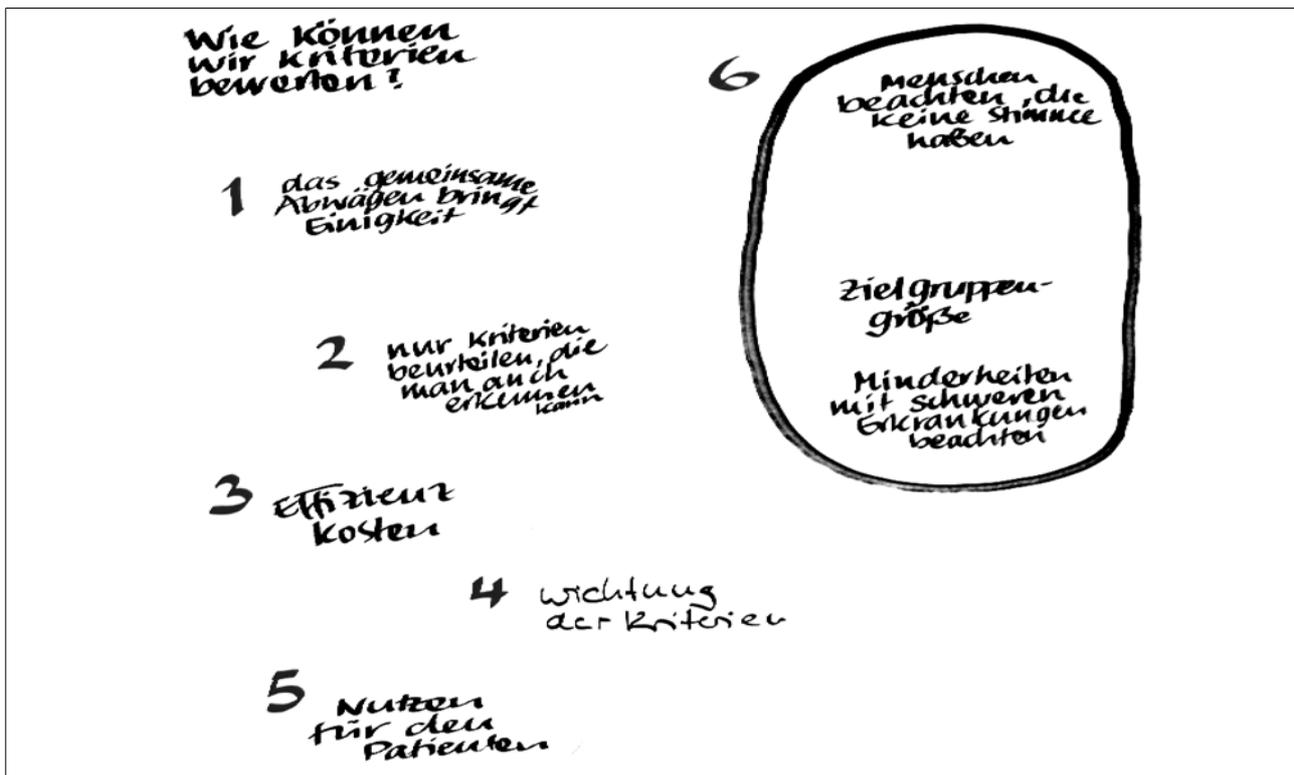


Abbildung 3: Metakriterien des zweiten Wochenendes

Diese Tatsache bringt zum Ausdruck, dass die Bürger den Kostenfaktor nicht nur als Kriterium empfinden, sondern jedes Kriterium soll eine „Bewertung, Gewichtung oder Ordnung“ (siehe Anhang Seite 158) durch die Kostenbeurteilung erfahren. Bei den Grundprinzipien allerdings sind der „Kostenfaktor“ und die „Effizienz“ nicht auffindbar.

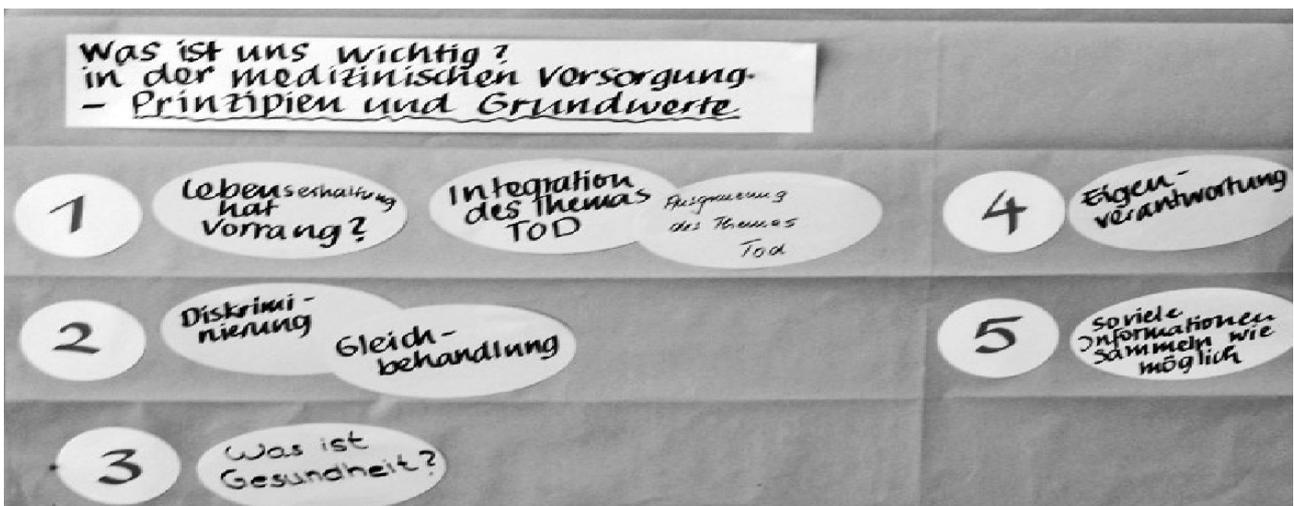
Bei den Metakriterien wird die „Zielgruppengröße“ als ein Aspekt aufgeführt (siehe Abb. 3). Weiterhin steht für die Bürger direkt daneben der Aspekt des „Minderheitenschutzes“, wobei die Diskrepanz, die zwischen diesen beiden Punkten entstehen kann, noch immer nicht weiter diskutiert wird: Wenn Bereiche, die besonders vielen Menschen zugute kommen, priorisiert werden sollten, kann das ein Gegensatz zum Minderheitenschutz bedeuten.

Weiterhin findet sich bei den Metakriterien die Forderung nach der Kriteriengewichtung (siehe Abb. 3). Wenn alle genannten Kriterien in gleicher Weise für Priorisierungsentscheidungen herangezogen werden würden, könnten eventuell keine Entscheidungen getroffen werden. Die Bürger bringen hier zum Ausdruck, dass einige von den von ihnen erarbeiteten Kriterien sich widersprechen können, oder zumindest nicht ohne Probleme mit gleichem Wert nebeneinander funktionieren. Bei dem Stand der Diskussion am zweiten Konferenzwochenende ist eine Gewichtung der Kriterien von den Bürgern aber noch nicht vorgenommen worden. Zu diesem Zeitpunkt liegt der Fokus der Bürger noch immer auf dem Finden und Verstehen wichtiger Kriterien und dem inhaltlichen Füllen von Begriffen.

Außerdem ist bei den Metakriterien der Anspruch, das „geltende Recht“ einzuhalten (siehe Abb. 3), zu finden. Darin wird deutlich, dass den Bürgern ein derzeitig gegebener rechtlicher Rahmen bewusst ist. Ihr Ansatz ist es nicht, unabhängig von diesem Rahmen Kriterien zu finden und gegebenenfalls die Änderung des Gesetzes zu fordern, sondern sie wollen sich wahrscheinlich innerhalb der gesetzlichen Vorgaben bewegen. Dieses Vorgehen spricht entweder dafür, dass sie den gesetzlichen Rahmen für sinnvoll erachten und ihn grundsätzlich befürworten, oder sie nehmen ihn als gegebenen Rahmen hin, ohne die Möglichkeit zu erwägen, ihn anzuzweifeln. Dieser Ansatz widerspräche der diskursethischen Idee, dass alle bestehenden Werte und Normen geprüft werden können und müssen (siehe Kapitel 2.3.3, Seite 29-32). Die beobachteten Äußerungen der Bürger lassen aber eher darauf schließen, dass sie mit den Vorgaben des gesetzlichen Rahmens einverstanden sind.

Der Punkt, dass gemeinsames Abwägen Einigkeit bringt, ist weiterhin Bestandteil der Metakriterien (siehe Abb. 1). Damit folgen die Bürger auch am zweiten Wochenende dem von der Diskursethik erarbeiteten Grundsatz (siehe Kapitel 2.3.3, Seite 29-32), dass nicht ein einzelner Bürger zu den Lösungen kommt, sondern dass der Schlüssel zum Erfolg im gemeinsamem Arbeiten und Diskutieren liegt. Erst durch die Debatte wird die Chance zu gemeinsamen Lösungsansätzen möglich, die für alle ein wünschenswertes Ergebnis bringen.

Als Grundprinzipien wurden „Diskriminierung“, „Gleichbehandlung“, „Lebenserhaltung hat Vorrang“, „Was ist Gesundheit?“, „Integration/ Ausgrenzung des Themas Tod“, „so viele Informationen sammeln wie möglich“ und „Eigenverantwortung“ festgehalten wie Abbildung 4 zeigt, die ein Foto des „Tafelbildes“ der Bürger vom zweiten Wochenende ist:



**Abbildung 4: Prinzipien und Grundwerte des zweiten Wochenendes**

„Lebenserhalt“, was als erstes bei den Prinzipien aufgeführt wird (siehe Abb. 4), ist ein äußerst naheliegendes Grundprinzip. Sowohl für sich als auch für sein Umfeld wünscht sich nahezu jeder das Überleben. In dieser Phase der Diskussion ist den Bürgern auf Grundlage dieses Prinzips aufgefallen,

welchen Anteil jeder Einzelne an seinem Überleben hat: Durch das individuelle Verhalten, wie beispielsweise durch Rauchen oder Übergewicht, können Krankheit und Tod begünstigt werden. Aus diesen Überlegungen erwächst das Gefühl der Bürger einen Schwerpunkt auf die „Eigenverantwortlichkeit“ (siehe Abb. 4) zu setzen. Das System könne nicht alles richten, sondern jeder Mensch müsse für sich selbst handeln und entscheiden, wie er mit seinem Körper umgeht. Die Schwerpunktsetzung bei diesem Aspekt findet außerdem darin Ausdruck, dass mit den Punkten „Verantwortung für sich selbst“ und der „Freiraum für Selbstbestimmung“ (siehe Anhang Seite 159) mit der Eigenverantwortung in Verbindung stehende Formulierungen noch einmal in einer Liste „besonders betonter“ Aspekte aufgeführt werden (siehe Anhang Seite 159). Persönliches Empfinden und selbstbestimmtes Handeln (siehe Anhang Seite 159) stehen für einige der Bürger im Vordergrund. Hiermit steht in Verbindung, dass die teilnehmenden Bürger als Patienten nicht mehr das Vorgehen vom Arzt allein bestimmt sehen möchten, sondern dass sie Mitspracherecht bei Entscheidungen einfordern.

Neben der Erkenntnis, dass jeder für sich selbst verantwortlich sei, wurde die Rolle des Systems darin gesehen, im Krankheitsfall keine Unterschiede zwischen den Menschen zu machen. Im Gesundheitssystem soll Gleichheit herrschen und keine Menschengruppe soll benachteiligt werden. Bei der Forderung nach Gleichbehandlung ist die Frage nach der Gerechtigkeit impliziert, die dann von den Bürgern auch explizit gestellt wurde (siehe Anhang Seite 159). Wie das Verständnis der Bürger von Gleichbehandlung und Gerechtigkeit ist, wurde an dieser Stelle nicht genau definiert.

Die Frage „Was ist Gesundheit?“ (siehe Abb. 4) ist weiterhin bei den Grundprinzipien zu finden, was vermuten lässt, dass die Bürger diese Frage für ausschlaggebend halten. Außerdem ist der Punkt „viele Informationen sammeln“ bei den Grundprinzipien aufgeführt (siehe Abb. 4), woraus ersichtlich wird, dass die Bürger sich noch immer nicht ausreichend informiert fühlen, aber Informationen als notwendig empfinden, um Entscheidungen treffen zu können.

Bei den immer noch vielen Ansätzen, die das eigene Leben betreffen, sind emotionale Herangehensweisen naheliegend. Von den Bürgern wird aber mit den Worten „Emotionale Einflüsse und persönliche Erfahrungen bei Entscheidungen über Prioritäten und bei Behandlungsentscheidungen kontrollieren“ betont, dass diese emotionalen Einflüsse unter Kontrolle bleiben müssen (siehe Anhang Seite 159), und dass die Objektivierung bei den Diskussionen im Vordergrund stehen soll.

Bei den Grundprinzipien wird aber neben den individuellen Ansätzen auch dem gesellschaftlichen Denken durch die Forderung nach Gleichheit Ausdruck verliehen.

Die Diskussion der Bürger bewegte sich durch die noch fehlenden Informationen inhaltlich noch immer an der Oberfläche. Viele Bereiche werden angesprochen und als mögliche Aspekte der Priorisierung in

den Kriterienlisten geführt. Sie werden allerdings weder tiefgehend besprochen noch werden ihre unterschiedlichen Facetten eingehend beurteilt.

### 5.3.2.2 Fragenvorbereitung für die Expertenbefragungen

Um vorbereitet und strukturiert in die Expertenbefragungen zu gehen, wurden die aufgetauchten festgehaltenen Fragen den verschiedenen eingeladenen Experten durch die Bürger zugeordnet. Alle auf dem folgenden Foto aufgeführten Fragen wurden somit auf die verschiedenen Experten aufgeteilt. An den Fragen ist zu erkennen, welche Aspekte für die Bürger entscheidend sind und wo ihnen bisher Hintergrundwissen fehlt.

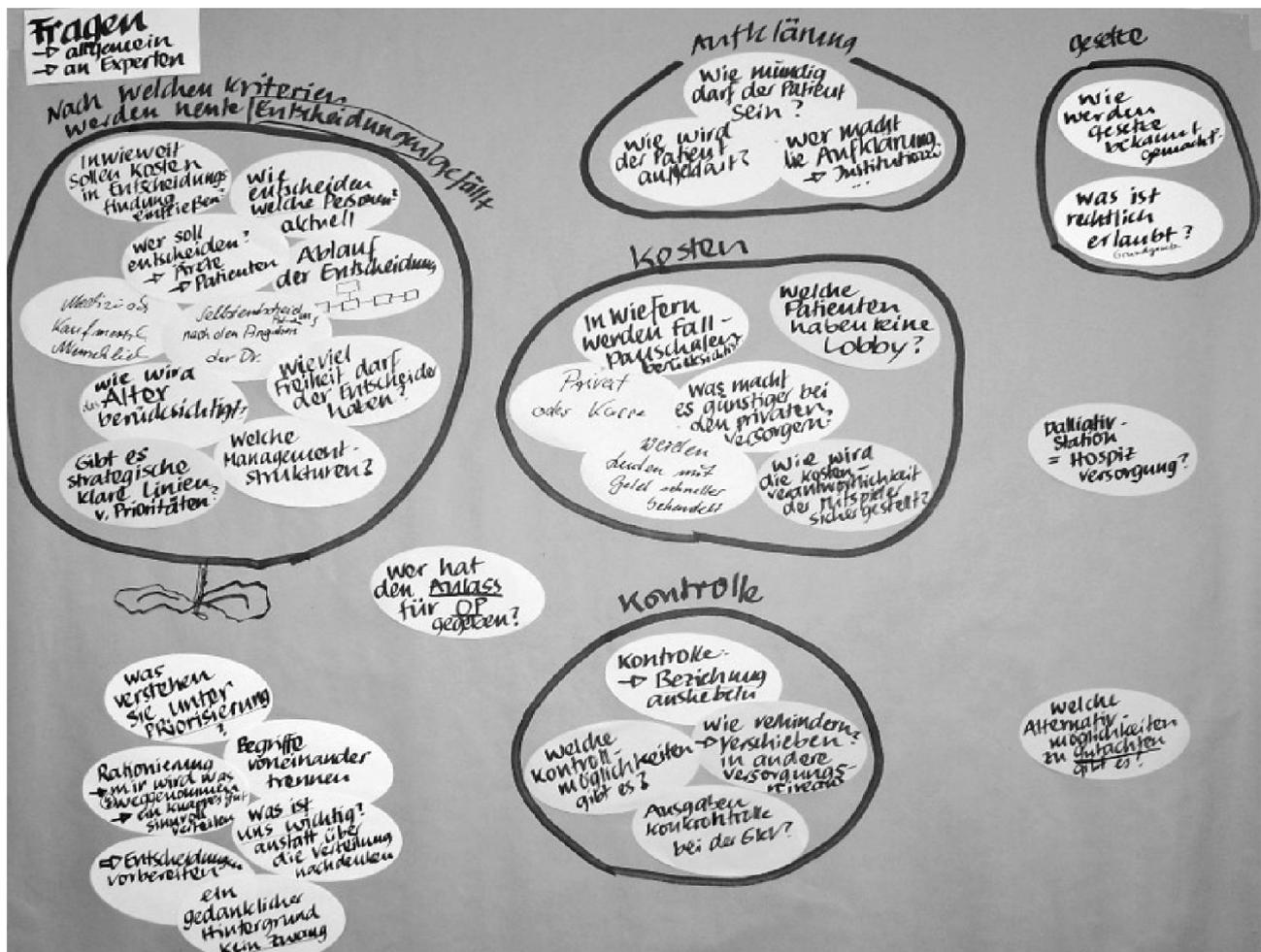


Abbildung 5: Fragen des zweiten Wochenendes

Die Experten, denen die in Abbildung 5 gezeigten Fragen zugeordnet wurden, sind von den Organisatoren vorgeschlagen worden. Aus einem größeren Angebot konnten die Bürger die Bereiche und damit die Experten wählen, die ihnen als besonders interessant und wichtig erschienen, und für die folgenden Wochenenden einladen. Dabei entschieden die Bürger sich für sieben von den neun von den Organisatoren vorgeschlagenen Experten. Dieses Vorgehen wurde von den Organisatoren gewählt, weil das Heraussuchen von passenden Experten durch die Bürger und die Anfrage der Experten zu

zeitaufwändig und organisatorisch schwierig gewesen wäre. Eine Bürgerin schlug im Rahmen der Entscheidungen, wer eingeladen werden sollte, eine weitere Expertin vor. Dieser Vorschlag wurde von den anderen Bürgern abgelehnt, aber dieser Vorgang zeigt, dass die Möglichkeit zur Eigeninitiative die Expertenauswahl betreffend möglich war.

Der Experte Prof. Dr. Christoph Rehmann-Sutter aus dem Bereich „Ethik“ bekam auf Grund der Fragenzuordnung der Bürger die Definition des Begriffs „Menschenwürde“ und seine Priorisierungsdefinition gestellt (siehe Anhang Seite 159). Der Begriff „Menschenwürde“ war zwar in der bisherigen Diskussion gefallen und wurde bei den Kriterien mit aufgeführt, allerdings erhielt er bisher keine grundsätzliche Position. Dafür wurde der Begriff an anderer Stelle durch Äußerungen der Bürger mit Leben gefüllt. Es wurde beispielsweise festgehalten, dass man keine Unterschiede zwischen Menschen aufgrund ihrer persönlichen Merkmale machen darf („keine Diskriminierung“, siehe Anhang Seite 159) und außerdem wurden immer wieder die Rechte des Einzelnen betont (siehe Abb. 1). Aus diesen verschiedenen Aspekten ist zu erkennen, wie die Auffassung der Bürger zur Menschenwürde ist. Der Begriff selbst ist aber zu diesem Zeitpunkt von den Bürgern noch nicht mit seinen Definitionsansätzen zusammengebracht worden. Daher ist er auch nicht bei den übergeordneten Prinzipien zu finden, wo man ihn hätte erwarten können, da er bekanntlich als Grundprinzip im Grundgesetz Art. 1 Abs. 1 GG steht.

Außerdem soll der Ethiker gefragt werden, ob bestimmte Aspekte wie „Alter“ oder „Eigenverantwortung und Lebenswandel“ aus ethischer Sicht überhaupt als Kriterien dienen können (siehe Anhang Seite 159). Die Bürger billigen der ethischen Sichtweise dabei viel Gewicht zu, was darin deutlich wird, dass sie nicht nur nach der Einschätzung der Kriterien fragen, sondern die Fragen derart formuliert sind („Sind Eigenverantwortung und Lebenswandel ein Kriterium?“, siehe Anhang Seite 159), dass der Experte sie in seiner Antwort als mögliche Kriterien ausschließen kann.

Der Experte Prof. Dr. Jörg Carlsson, der von den Erfahrungen der Priorisierung in Schweden berichten soll, bekommt Fragen nach dem genauen Ablauf, den Auswirkungen der Priorisierung und nach dem Gesundheitssystem in Schweden zugeordnet (siehe Anhang Seite 159). Die Bürger versuchen mit Fragen nach „Problemen“ oder Auswirkungen auf das „Gerechtigkeitsempfinden“ herauszufinden (siehe Anhang Seite 159), ob und wenn ja, wie die Erfahrungen der Schweden auf Deutschland übertragbar wären.

Der Experte Prof. Dr. Jens-Martin Träder aus der Medizin, der in einer Praxis als Allgemeinmediziner arbeitet, bekommt Fragen nach seiner persönlichen Priorisierung im Alltag zugeordnet. Es fällt auf, dass für die Bürger hier der konkrete Unterschied zwischen Privat- und Kassenpatienten eine Rolle spielt

(siehe Anhang Seite 160). Die Alltagserfahrungen einiger Bürger bestehen darin, dass eine Priorisierung zu Gunsten der Privatpatienten stattfindet. Den Grund dafür sehen sie darin, dass privat Versicherte dem Arzt einen höheren Gewinn einbringen.

Ein Bereich in Deutschland, in dem bereits nach festgelegten Kriterien priorisiert wird, ist die Transplantationsmedizin. Zu diesem Thema und zu Bereich Gesundheitssystem wurde Prof. Dr. Dr. Eckardt Nagel als Experte eingeladen. Die Bürger befragen den Experten Eckardt Nagel zu diesen Bereichen. Allerdings fällt auf, dass in der Fragensammlung keine konkrete Frage nach den Kriterien der Transplantationsmedizin zu finden ist (siehe Anhang Seite 160). Die Fragen sind allgemein gehalten und eine Frage beschäftigt sich mit den Kosten (siehe Anhang Seite 160).

Die Expertin Dr. Claudia Landwehr aus dem Bereich „Politikwissenschaft“ soll Fragen zum derzeitigen politischen System klären. Außerdem wird sie gefragt werden, wie man das Thema Priorisierung in der Politik etablieren kann, und welche Möglichkeiten bestehen, der Bürgermeinung Gehör zu verschaffen (siehe Anhang Seite 160). Damit betreffen einige Fragen nicht die Priorisierung direkt, sondern beschäftigen sich mit dem Ziel der Bürger ihre Ergebnisse am Ende der Konferenz zu verbreiten.

Auch in der Befragung des Experten Dr. Andreas Gerber aus dem Bereich „Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ sind Fragen zu dem Versicherungssystem zu finden und die Frage nach dem Stellenwert der Kosten bei der Bewertung eines medizinischen Verfahrens wird gestellt (siehe Anhang Seite 161). Außerdem findet der Nutzen und das Preis- Leistungsverhältnis Erwähnung in den Fragen (siehe Anhang Seite 161). In keiner Frage werden beispielsweise ethische oder moralische Aspekte angesprochen. Dies ist Ausdruck dessen, dass die Bürger mit dem Bereich der Wirtschaft ausschließlich Kostenaspekte verbinden und allem Anschein nach keine moralischen Grundsätze oder Ähnliches erwarten.

Der Sozialrechtsexperte Prof. Dr. Felix Welti wird einige Begriffsdefinitionen gefragt und außerdem wollen die Bürger von ihm wissen, welche Rechte unterschiedliche Einrichtungen wie die Zentrale Ethikkommission haben (siehe Anhang Seite 161). Anhand der Frage nach dem Grundgesetz beschäftigen sie sich mit der Basis des Rechts (siehe Anhang Seite 161).

Zusammenfassend fällt bei der Auswahl der Fragen auf, dass viele sich mit den derzeitigen Gegebenheiten beschäftigen und außerdem der Kostenaspekt deutlich im Vordergrund steht. Die Bürger streben es nicht primär an, die Meinungen der Experten zur Priorisierung im Gesundheitswesen zu erfragen, sondern sie wollen ihre eigenen Wissenslücken schließen, um dann untereinander über das Thema informiert diskutieren zu können.

Am Ende jeder Expertenbefragung steht von den Bürgern entwickelt die Frage „Was verstehen Sie unter Priorisierung?“ und „Was möchten Sie der Lübecker Bürgerkonferenz auf den Weg geben?“

(siehe Anhang Seite 159ff.). In diesen Fragen geben die Bürger den Experten doch die Möglichkeit, ihre eigene Meinung kund zu tun. Dadurch, dass jeder Experte diese Fragen gestellt bekommt, kann die einzelne Meinungsäußerung nicht alleine Einfluss auf die Bürgerdiskussion haben, sondern die spätere Debatte kann mit einigen Argumenten der Experten bereichert werden.

### **5.3.2.3 Ergebnisse der ersten Expertenbefragung**

Der zur Übung befragte erste Experte Dr. Thorsten Meyer berichtet den Bürgern auf deren Nachfrage hin viel über den Ablauf der Priorisierung in Schweden und benannte die Ärzte als Hauptbeteiligte der Priorisierung in Schweden. Er betitelte die Priorisierungsdiskussion dort als weit fortgeschritten, aber noch nicht abgeschlossen. Die Debatte habe für die Menschen an Schrecken verloren (siehe Anhang Seite 162).

Außerdem berichtete er von der „ethischen Plattform“, verschiedenen Werten, die als Grundlage für alle weiteren Entscheidungen zur Priorisierung dienen sollen, die in Schweden geschaffen wurden (siehe Anhang Seite 161). An erster Stelle dieser Werte stehe hier die Menschenwürde, dann folge Bedarf und Solidarität und die Kosteneffizienz. Zu betonen sei laut des Experten, dass die Kosteneffizienz ebenfalls ethisch gemeint sei (siehe Anhang Seite 161).

Für die inhaltliche Diskussion der Bürger über die Prioritäten wurde durch Thorsten Meyers Äußerungen der Begriff Menschenwürde in den Vordergrund gerückt. Bisher war dieser als Kriterium bezeichnet worden und erhielt keine besondere Beachtung durch die Bürger. Der Begriff „Menschenwürde“ ist jedem wegen seiner Benennung im Grundgesetz bekannt. Allerdings ist er für die Bürger bisher anscheinend nicht mit Leben gefüllt gewesen, obwohl sie an anderer Stelle Aspekte benannt haben, die diesen Begriff definieren können. Viele Bürger haben in Argumentationen stark betont, dass der Mensch wichtig ist und im Vordergrund stehen sollte (siehe Anhang Seite 154). Eigene Erfahrungen, die beschrieben wurden, haben deutlich gemacht, dass einige sich in ihrer Würde in der medizinischen Praxis verletzt gefühlt haben. Beispielsweise wurde von einer Bürgerin geschildert, wie sie schwer verletzt kaum noch Beachtung vom medizinischen Personal erfuhr, weil diese ihren baldigen Tod erwarteten (Beobachtungsprotokoll). Bisher wurde diese persönliche Würde aber nicht als solche benannt, sondern es wurde vorausgesetzt, dass es so etwas gäbe. Durch diesen scheinbaren, aber unausgesprochenen Konsens schien die Bedeutung der Würde für alle klar und die Notwendigkeit der Betonung der Menschenwürde wurde für die Bürger nicht deutlich. Die offene Aussprache und die Betonung der Menschenwürde als wichtiger Wert können aber notwendig sein. Bleibt dieser scheinbare Konsens unausgesprochen, würde weder zu Tage treten, wenn jemand die Menschenwürde als nicht wichtig ansehe, noch würde die Menschenwürde wirklich als verbindlicher Wert festgesetzt werden können. Jeder hätte das Recht die Menschenwürde nicht als verbindliche Grundlage anzunehmen, da er

ihr nicht offen für alle ersichtlich zugestimmt hat. Es besteht somit die Wichtigkeit der deutlichen Aussprache und Festsetzung von fundamentalen Grundwerten.

Der „Bedarf“ und die „Solidarität“ sind ebenfalls Begriffe, die in der Diskussion der Bürger gefallen sind. Der „Bedarf“ fand allgemein Erwähnung im Zusammenhang mit der Erkenntnis der Bürger, dass jeder Einzelne unterschiedliche Bedürfnisse zum Beispiel im Zusammenhang mit der Lebensqualität hat (siehe Abb. 1). Für die Bürger wahrscheinlich naheliegend aber unausgesprochen ist die Tatsache, dass jeder Einzelne auf seine Situation bezogen behandelt und der darin beinhaltete Bedarf beachtet werden soll.

Die „Solidarität“ findet beispielsweise Ausdruck in der Diskussion um den Minderheitenschutz und die Vermeidung von Diskriminierung (siehe Abb. 4). Deutliche Formulierungen und eine konkrete Debatte zu diesen Aspekten fand allerdings auf der Bürgerkonferenz bisher nicht statt.

Die Kosteneffizienz wurde in der Diskussion der Teilnehmer häufig erwähnt. Sie wurde bereits als Kriterium diskutiert (siehe Abb. 1) und von einigen Bürgern als ausgesprochen wichtig erachtet. Die ethische Herangehensweise an diesen Begriff, die von dem Experten angesprochen wurde, war ein noch nicht diskutierter Zugang zum Thema „Effizienz“. Die Bürger hatten den Zugang der allgemeinen Debatte in der Öffentlichkeit übernommen und Effizienz als einen wirtschaftlichen Aspekt aufgefasst. Die Aussagen der Experten erweitern somit ihren Blick auf den Kostenaspekt.

Die Ausführungen des Experten haben somit inhaltlich Punkte betroffen, die von den Bürgern auch schon diskutiert wurden. Allerdings waren bestimmte Begriffe noch nicht explizit benannt worden. Es herrschte eher ein stiller Konsens zu bestimmten Begriffen. In der Priorisierungsdiskussion kann aber diskursethischen Überzeugungen folgend, grundsätzlich jede Norm und jeder Grundsatz angezweifelt werden (siehe Kapitel 2.3.3). Mit der konkreten Benennung dieser Punkte können diese in der folgenden Diskussion von den Bürgern kritisch untersucht werden, was positiv zu bewerten ist.

### **5.3.3 Drittes und viertes Wochenende – Inhaltliche Vertiefung durch Expertenbefragungen**

Am dritten und vierten Wochenende fanden insgesamt sieben Expertenbefragungen statt, die hinterher reflektiert und auf ihre wichtigsten Erkenntnisse und Ergebnisse hin von den Bürgern untersucht wurden. Zunächst sollen an dieser Stelle die durch die Experten geäußerten Punkte zum Priorisierungsbegriff benannt werden.

In der Befragung des Ethikexperten definiert dieser die Priorisierung als „Wertung und anschließende Bevorzugung bestimmter Leistungen oder Gruppen“ (siehe Anhang Seite 165). Eine Bevorzugung bedarf ihm zufolge einer Bewertung, bei der die Ethik helfen könne (siehe Anhang Seite 165). Er stellt

dabei heraus, dass die Ethik ein möglicher Zugang zu der Diskussion von Priorisierungskriterien ist (siehe Anhang Seite 165), und bestätigt damit die Ansätze, die in der vorherigen Diskussion der Bürger vorhanden waren, aber nicht weiter ausgeführt wurden. In der bisherigen Debatte waren von den Bürgern nur Ansätze die Ethik betreffend zu hören, was darauf zurückzuführen sein könnte, dass Ethik die Reflexion von Werten, Normen und der Moral ist und damit theoretische Gedankengänge erfordert. Die Ethik habe laut Experten zum Ziel eine Anleitung für das richtige Handeln zu entwerfen (vgl. Düwell et al. 2011, Seite 1). Dieser sehr theoretische Ansatz scheint der bisherigen Herangehensweise der Bürger relativ fern zu sein.

Die Definition der Priorisierung des Experten Andreas Gerber stellt den Unterschied zwischen Priorisierung und Rationierung heraus und erweitert damit die möglichen Definitionsansätze. Priorisierung sei ein Prioritätenkatalog, anhand dessen rationiert werden kann, aber nicht muss (siehe Anhang Seite 178). Es wäre somit Priorisierung ohne und mit Rationierung möglich (siehe Anhang Seite 179). Es brauche Kriterien, die die Positionen innerhalb des Prioritätenkatalogs erklären können. Bevor allerdings priorisiert würde, sollten die „Effizienzreserven“ ausgeschöpft werden (siehe Anhang Seite 178).

Im Alltag werden Vorgänge mit dem subjektiven Moralverständnis bewertet und eigene Werte und Normen angelegt. Meistens erfolgt die Bewertung einer Situation dann aus dem Gefühl heraus. Jeder Mensch erlebt so im Alltag, dass Werte und Moral einen Einfluss haben, aber die konkrete Benennung erfordert einen weiteren Schritt. Die Bürger haben in ihrer Diskussion die Bedeutung von diesen Ansätzen zu Werten und Moral für sich erkannt, aber noch nicht weiter entwickelt und damit den nächsten Schritt noch nicht getan.

Zunächst werden nun im nächsten Abschnitt die Ergebnisse der Expertenbefragungen auf Grundwerte bezogen dargestellt. Anschließend folgt eine Darstellung der Befragungsergebnisse bezogen auf die Kriterienkategorie. Aus diesen beiden Kategorienbetrachtungen ergeben sich möglicherweise Entwicklungen im Bürgerdiskurs, die dann zusammenfassend aufgeführt werden.

### **5.3.3.1 Grundwerte**

Der Begriff der *Menschenwürde* wird von dem Ethikexperten Kants Vorstellungen folgend definiert. Kants Definition besagt, dass Menschen nicht als Mittel zum Zweck behandelt werden dürfen, sondern selbst der Zweck sind. Das bedeutet, dass die Bedürfnisse jedes Individuums Beachtung finden sollen (siehe Anhang Seite 165). Der Ethikexperte sieht in der *Menschenwürde* einen Grundwert für die Priorisierung (siehe Anhang Seite 166). Damit findet der schwedische Ansatz in der Befragung des Ethikexperten Bestätigung. Für die Bürger ergibt sich daraus ein weiterer Hinweis darauf, dass der von ihnen bisher als Kriterium geführte Begriff auch als Grundwert dienen kann.

Erweitert wird die mögliche Definition von dem Experten Felix Welti dadurch, dass sich nach geltendem Recht aus der Würde des Individuums ein Recht auf Gesundheitsversorgung für jeden Einzelnen ableiten lässt. Um die Gesundheit zu schützen, braucht es möglicherweise medizinische Versorgung, die zur Wahrung der *Menschenwürde* gewährleistet sein muss (siehe Anhang Seite 179).

Außerdem wird von dem Rechtsexperten Felix Welti das Verbot von Diskriminierung als ein Aspekt der Würde des Menschen benannt. Kein Mensch darf auf Grund seines Geschlechts, der Rasse, der Religionszugehörigkeit oder einer Behinderung diskriminiert werden, da keiner dieser Punkte den Wert eines Menschen verändert oder schmälert (siehe Anhang Seite 178). Gerade bei der Priorisierung sei darauf zu achten, dass es nicht zur Benachteiligung bestimmter Gruppen komme (siehe Anhang Seite 179).

Die Experten Andreas Gerber, Felix Welti, Eckard Nagel, Jörg Carlsson und Christoph Rehmann-Sutter sprechen außerdem die *Gerechtigkeit* als einen weiteren möglichen Grundwert für die Priorisierung an („Gleichheit aller Menschen unabhängig von ihrem gesellschaftlichen Stand“ siehe Anhang Seite 168, „Gerechtigkeit“ siehe Anhang Seite 166 u. 173), („Patienten sollen sich gerecht behandelt fühlen“ siehe Anhang Seite 172), (siehe Anhang Seite 174). Damit unterstützen sie einen Ansatz, den die Bürger während ihrer Diskussion schon angesprochen haben („Verteilung der Belastung“, siehe Anhang Seite 154), („Verteilungsgerechtigkeit“, siehe Anhang Seite 155). Die Verteilungsgerechtigkeit wurde von ihnen von Anfang an als übergeordnetes Prinzip empfunden (siehe Anhang Seite 155), was zum Ausdruck bringt, wie wichtig Gerechtigkeit den Bürgern ist. Es ist auffällig, dass der Begriff in der Diskussion vornehmlich auf Einzelfälle angewendet wurde. Vordergründig wurde außerdem ein Unrechtsbewusstsein deutlich, was bedeutet, dass die Bürger nicht zuerst genannt haben, was gerecht sei, sondern ihr Ansatz war es zu benennen, was sie als ungerecht empfinden. Es schien ihnen leichter zu fallen Unrecht auszumachen, als Gerechtigkeit zu erkennen und als solche zu bezeichnen. Was genau Gerechtigkeit oder Ungerechtigkeit für die Bürgergruppe bedeutet, wurde in der Debatte noch nicht exakt definiert.

Die Experten Jörg Carlsson und Eckard Nagel boten in ihren Antworten Ansätze für eine mögliche Gerechtigkeitsdefinition an. Gerechtigkeit kann bedeuten, dass der Einzelne sich nicht im Vordergrund sehen darf, sondern die Gemeinschaft im Mittelpunkt steht (siehe Anhang Seite 173). Dies zeigt, dass Gerechtigkeit nur schwerlich bezogen auf eine einzige Person festgelegt werden kann. Gerechtigkeit ergibt sich aus dem Abwägen zwischen unterschiedlichen Konstellationen und betrifft damit eine Gruppe von Menschen. Zwischen jedem Gruppenmitglied sollte die *Gleichheit* aller angenommen werden, um Gerechtigkeit zu erreichen (siehe Anhang Seite 168). Gleichheit bezieht sich nicht nur auf die gleiche Behandlung, sondern auch auf die Gleichheit der Rechte (siehe Anhang Seite 169). Außerdem wird beschrieben, dass Menschen den Eindruck von Gerechtigkeit erhalten können, indem

ihnen durch *Transparenz* die Möglichkeit der Teilnahme am Entscheidungsfindungsprozess ermöglicht wird (siehe Anhang Seite 172).

Ein weiteres von den Experten Christoph Rehmann-Sutter und Eckard Nagel angesprochenes Grundprinzip ist das *Vertrauen* (siehe Anhang Seite 166). Auch dieser Aspekt war von den Bürgern in der Diskussion bei Beispielen aus dem Alltag angesprochen worden, wurde aber nicht als Kriterium oder Grundprinzip festgeschrieben. Nach der Befragung des Experten identifizieren sie das Vertrauen in der Reflexion aber als einen entscheidenden Punkt, der genannt wurde (siehe Anhang Seite 167). Vertrauen bezieht sich dabei auf verschiedene Beziehungen. Zum einen geht es um das Vertrauen zwischen Arzt und Patient (siehe Anhang Seite 166 u. 171). Zwischen diesen beiden braucht es Vertrauen, um auf dieser Basis den für den Patienten besten Weg zu beschreiten. Vertrauen ist auch wünschenswert in der Beziehung zu Kostenträgern (siehe Anhang Seite 166) und Vertrauen in das System.

Um Vertrauen zu erreichen, kann laut des Experten Eckard Nagel die *Transparenz* ein Mittel sein, dieses aufzubauen. Dies wurde von den Bürgern in ihrer Reflexion, wie die folgende Abbildung zeigt, schriftlich festgehalten:

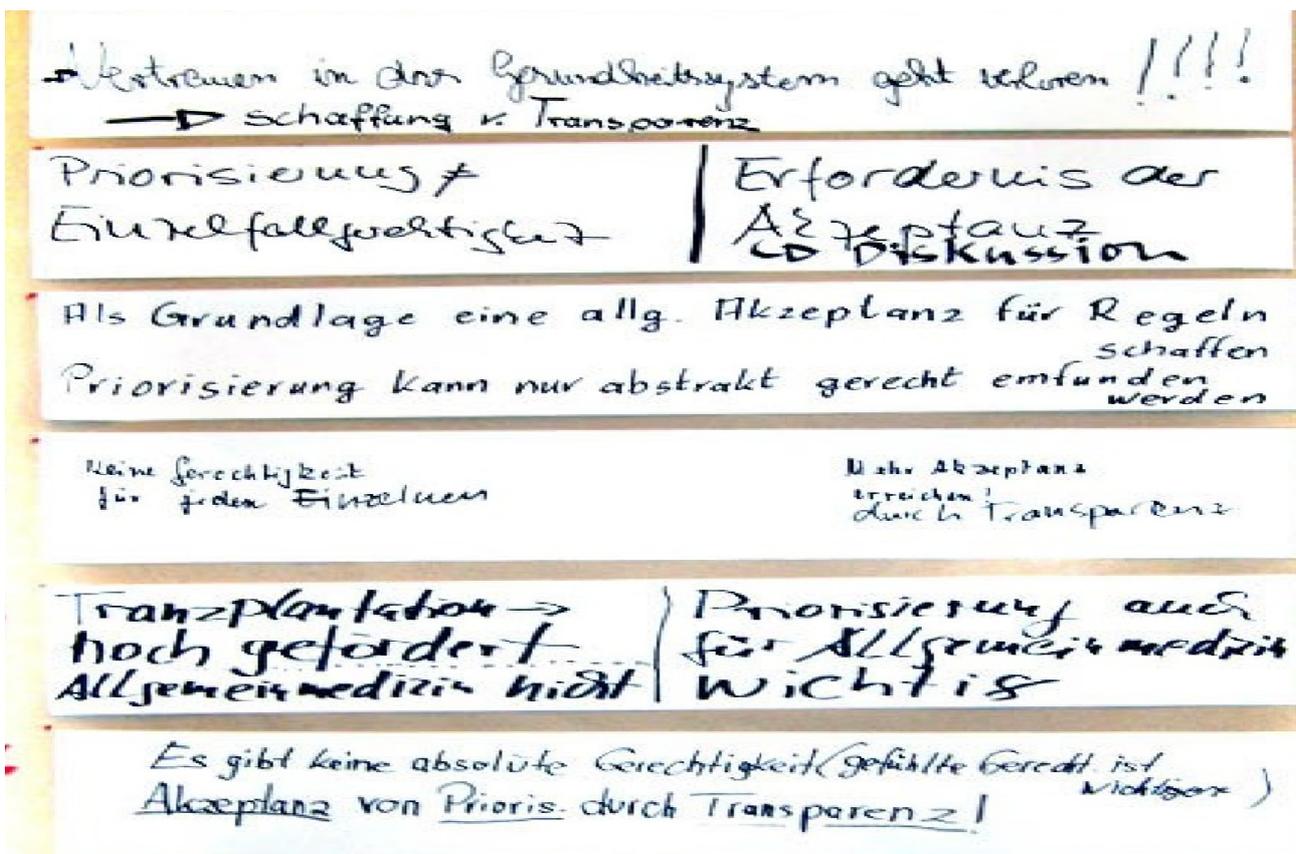


Abbildung 6 Tafelprotokoll einer Expertenbefragung am dritten Wochenende

*Transparenz* wurde als wichtiger Grundsatz von den Experten Eckard Nagel, Jörg Carlsson und Jens Träder benannt (siehe Anhang Seite 170ff.). *Transparenz* ist dabei in der Arzt-Patienten-Beziehung notwendig in Form von genauen Erklärungen über die vorliegende Erkrankung und das therapeutische Vorgehen (siehe Anhang Seite 170). Aber auch in größeren Dimensionen wie auf Bundesebene kann durch *Transparenz* in den Diskussionen die „allgemeine Akzeptanz von Entscheidungen“ gefördert werden (siehe Anhang Seite 173).

Ein weiterer entscheidender Punkt für die Teilnehmer, der von den Experten Felix Welti und Christoph Rehmann-Sutter genannt wurde, ist das in den Diskussionen genannte *Solidarprinzip* (siehe Anhang Seite 167) sowie (siehe Anhang Seite 180). Schon am ersten Wochenende wurde mit dem Kriterium „Verteilung der Belastung“ (siehe Anhang Seite 154) klar, dass den Bürgern das im Grundgesetz festgeschriebene Prinzip der Solidarität einleuchtet und als wünschenswert erscheint. Trotz der Erwähnung im Grundgesetz wurde der Begriff nicht von Anfang an als ein verbindliches Prinzip bei den übergeordneten Prinzipien von den Bürgern festgesetzt. Sie entwickelten den Begriff aus der Erkenntnis heraus, dass nicht jeder einzelne Mensch dazu in der Lage ist im Krankheitsfall die entstehenden Kosten aus eigener Kraft zu tragen. Die Gemeinschaft für den Einzelnen einstehen zu lassen, ist eine Möglichkeit das Individuum aufzufangen. Wie genau die Ausgestaltung dieses Sicherheitsnetzes durch die Gesellschaft aussehen soll, wurde in der bisherigen Diskussion von den Bürgern nicht genauer ausgeführt.

Der von den Bürgern bereits als wichtig erachtete Punkt der *Effizienz* wird ebenfalls von dem Experten Andreas Gerber angesprochen (siehe Anhang Seite 177ff.). Er sieht die *Effizienz* im Vordergrund des bisherigen Gesundheitssystems (siehe Anhang Seite 178) und erachtet sie als Möglichkeit, *Effizienzreserven* auszuschöpfen. Als „wirtschaftlich“ wird das bestmögliche Kosten-Nutzen-Verhältnis definiert (siehe Anhang Seite 178), wobei nicht weiter ausgeführt wird, wie Nutzen messbar wäre.

Als wichtiger Punkt, der von den Bürgern in der Diskussion bisher nicht explizit erwähnt wurde, aber über dessen Gültigkeit sich alle einig sind, gilt das Überleben zu sichern (siehe Anhang Seite 171). Allgemein betrachtet betrifft dies den Aspekt des *Bedarfs*, der von den Bürgern bereits angesprochen wurde („auf angemessene Versorgung achten“ siehe Anhang Seite 155).

### **5.3.3.2 Kriterien**

Die Kriterien betreffend erweitert der Experte Christoph Rehmann-Sutter die Diskussion um das *Alter* mit der Anmerkung, dass ein „subjektives“ von einem „chronologischen“ Alter zu unterscheiden sei (siehe Anhang Seite 166). Das subjektive Alter könne laut des Experten als Kriterium Berücksichtigung finden (siehe Anhang Seite 166).

Außerdem unterstützt der Experte Christoph Rehmann-Sutter den Gedanken der Bürger „kulturelle, gesellschaftliche und religiöse Aspekte“ bei der Priorisierung mit einzubeziehen (siehe Anhang Seite 166), indem man dieser Vielfalt besondere Beachtung schenkt und somit nicht der Gefahr erliegt nur das Häufige zu priorisieren.

Bei dem Thema der *Eigenverantwortung* unterstützen die Experten Christoph Rehmann-Sutter und Jörg Carlsson die vorhandenen Bedenken, dass eine ungerechte Behandlung die Folge der Einbeziehung dieses Kriteriums sein könnte (siehe Anhang Seite 166 u. 168).

Am Beispiel Schweden findet die von den Bürgern bereits aufgrund eigener Erfahrungen und Eindrücke als wichtig erachtete *Lebensqualität* Erwähnung durch Jörg Carlsson (siehe Anhang Seite 168). Auch der Experte aus der medizinischen Praxis in Deutschland Jens Träder benennt die Lebensqualität als ein qualitatives Merkmal, wie die Wirksamkeit einer Behandlung gemessen werden könnte (siehe Anhang Seite 170). Die Lebensqualität sei von sehr individuellen Faktoren abhängig und bedeutet für jeden Menschen etwas anderes. Es gälte somit dieses subjektive Kriterium für den Einzelnen unterschiedlich zu berücksichtigen. Einige Faktoren spielen jedoch für den Großteil der Bevölkerung bei der Bewertung der eigenen Lebensqualität eine Rolle. Die Vermeidung von Schmerzen sei beispielsweise eine Möglichkeit die Lebensqualität zu verbessern (siehe Anhang Seite 170).

### **5.3.3.3 Entwicklung durch die Expertenbefragungen**

Den Bürgern ist es allem Anschein nach in den Befragungen gelungen, die für sie wichtigen Punkte herauszufiltern: Es fällt auf, dass die meisten Aspekte wie die *Menschenwürde*, die *Gerechtigkeit* und *Gleichheit*, *Effizienz* oder das *Solidarprinzip* von den Bürgern schon vor den Befragungen diskutiert wurden. Die Experten haben auf diese Aspekte bezogen inhaltlich keine neuen Punkte eingebracht. Jedoch haben sie ihre Bedeutung mit der expliziten Benennung unterstützt und herausgestellt. Außerdem wurden die Punkte durch neue und spezifische Definitions- sowie Argumentationsansätze erweitert.

Der Werte *Vertrauen* und *Transparenz* waren von den Bürgern noch nicht erwähnt worden. Sie sind erst durch die häufige Betonung der Experten in den Vordergrund gerückt worden und haben damit Bedeutung für die weitere Diskussion der Bürger gewonnen.

Die *Selbstbestimmung* ist ein Aspekt, der von den Bürgern bereits diskutiert wurde, der aber bisher lediglich als ein Kriterium von den Bürgern angesehen wurde. Nach der mehrmalige Erwähnung dieses Begriffs durch den Rechtsexperten ist eine verstärkte Aufmerksamkeit der Bürger für dieses Kriterium wahrscheinlich.

Auf die konkreten Kriterien bezogen, die von den Bürgern vor den Expertenbefragungen diskutiert wurden, bleibt festzuhalten, dass von den Experten keine neuen Kriterien eingebracht wurden. Die

Experten haben lediglich die Kriterien kommentiert, die von den Bürgern in ihren Fragen angesprochen wurden. Die Kommentare der Experten unterstützten dabei meist die Meinung der Mehrheit der Bürger, die schon vorher bestand und unterfütterten diese Mehrheitsmeinung lediglich mit weiteren Argumenten.

### 5.3.4 Votum - Das Endergebnis

Das Votum ist das Ergebnis der abschließenden Debatte der Bürger am vierten Konferenzwochenende unter der Berücksichtigung aller wichtigen während der gesamten Wochenenden erwähnten und diskutierten Punkte. Um keine Aspekte zu vergessen, und um sich die bisherigen Diskussionsergebnisse ins Gedächtnis zu rufen, wurden von den Bürgern für das Votum noch einmal alle Bürgerprotokolle der vergangenen Wochenenden herangezogen.

Die Gliederung des Votums wurde von den Bürgern auf Grundlage einer Vorgabe durch die Organisatoren entwickelt. Die Organisatoren schlugen die grobe Unterteilung in Einleitung/ Präambel, Inhaltliche Stellungnahme und Empfehlungen/ Ausblick vor. Außerdem wurden der Präambel durch die Organisatoren inhaltlich die Aspekte „Wer sind wir?“, „Bürger beraten über Priorisierung“ und „das Votum“ zugeordnet. Eine mögliche Einteilung des Mittelteils wurde außerdem mit „Grundprinzipien“ und „Kriterien“ vorgeschlagen. Diesen Vorschlag nahmen die Bürger an und durch Überlegungen, was genau in welchem Teil niedergeschrieben werden sollte, ergänzt. Die Struktur des Votums wurde folgendermaßen visualisiert:

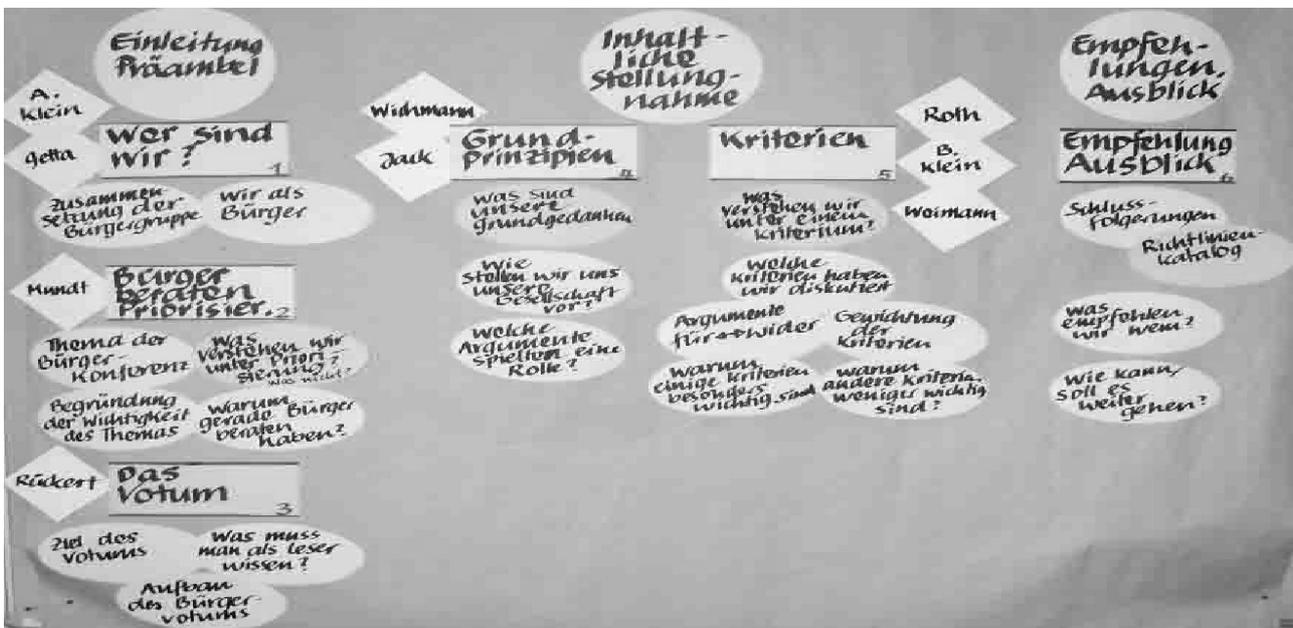


Abbildung 7: Gliederung des Votums am vierten Wochenende

#### **5.3.4.1 Grundwerte**

Als Grundwerte, die bei der Priorisierung im Gesundheitssystem gelten sollten, wurden von den Bürgern *Menschenwürde, Gleichheit, Solidarität, Bedarf, Effizienz, Information, Transparenz* und *Selbstbestimmung* benannt (siehe Anhang Seite 183). Diese Grundwerte gliedern sich bei genauerer Betrachtung in unterschiedliche Gruppen auf. In diese Gruppen eingeordnet werden die Grundwerte im folgenden Abschnitt genauer beschrieben.

#### **„Hauptgrundwerte“**

Der Grundwert der „Menschenwürde“ hat eine deutliche Entwicklung von dem ersten Wochenende bis zum Votum durchgemacht. Anhand der Entwicklung ist festzustellen, dass die Bürger sich zwar im Votum auf die deutsche Verfassung beziehen (siehe Anhang Seite 183), der Grundwert aber nicht von Anfang an aus der Verfassung übernommen wurde, sondern eher schleichend als nicht genannter Grundkonsens zwischen den Bürgern in der Diskussion zu finden war. Auch die Bedeutung der „Würde des Menschen“ wurde hinterfragt und in der Diskussion nicht zuletzt durch die Äußerungen der Experten unterstützt. Er wurde auf diese Weise zu dem entscheidenden Grundwert, der bei der Priorisierung in jedem Fall berücksichtigt werden sollte. Die Menschenwürde wird von den Bürgern definiert als Wert, den der Mensch „allein aus seiner Eigenschaft als Mensch“ besitzt und ein entscheidendes Merkmal ist die Möglichkeit zur „freien Entfaltung“ und zur „medizinischen Versorgung“ (siehe Anhang Seite 183). Von Beginn der Diskussion an stand die Individualität jedes Einzelnen mit im Vordergrund, was zunächst Ausdruck in der Beschäftigung mit dem „Eigenen Willen“ und der „Aufklärung der Patienten“ fand (siehe Anhang Seite 154). Letztendlich ist der Wert und die Wichtigkeit des Einzelnen im Votum bei den übergeordneten Prinzipien durch die Menschenwürde festgehalten worden.

In Verbindung mit der „Menschenwürde“ wird außerdem in der Überschrift die „Gleichheit“ und die „Solidarität“ genannt (siehe Anhang Seite 183). Diese drei Begriffe scheinen für die Bürger in engem Zusammenhang zu stehen. Dieser Zusammenhang bestand allerdings, wie die Darstellung der letzten Abschnitte gezeigt hat, nicht von Beginn der Diskussion an. Der Begriff der „Gleichbehandlung“ (siehe Anhang Seite 155) kam schon am ersten Wochenende auf. Außerdem wurde am zweiten Wochenende der Aspekt der „Verteilungsgerechtigkeit“ genannt (siehe Anhang Seite 159). Die „Solidarität“ wurde am Anfang mit den Worten „Verteilung der Belastung“ (siehe Anhang Seite 154) angesprochen. Jedoch wurden die Begriffe „Gleichheit“ und „Solidarität“ von den Bürgern zunächst nicht unter den übergeordneten Prinzipien eingeordnet. Lediglich die „Gleichbehandlung“ als ein Teilbereich der „Gleichheit“ war bei den übergeordneten Prinzipien zu finden. Die „Verteilung der Belastung“ beschreibt nur einen Aspekt der „Solidarität“ und war von den Bürgern bei den Kriterien eingeordnet worden (siehe Anhang Seite 154). „Gleichbehandlung“ und „Verteilung der Belastung“

wurden von den Bürgern zu Beginn in keinerlei Zusammenhang gesetzt. Erst die Expertenbefragung von Thorsten Meyer brachte den Begriff der „Solidarität“ konkret ein (siehe Anhang Seite 162) und an Bedeutung nahmen die Punkte durch die Expertenbefragungen am dritten und vierten Wochenende zu. Einige Experten benannten den Begriff „Gleichheit“ und führten ihn aus. Auch die „Solidarität“ wurde nach Thorsten Meyer von weiteren Experten benannt (siehe Kapitel 5.3.3, Seite 115-120) und gewann dadurch in der Bürgerdiskussion an Bedeutung. Die übergeordneten Prinzipien „Menschenwürde“, „Gleichheit“ und „Solidarität“ wurden von den Bürgern somit von Beginn der Debatte an erwähnt, aber während des Verlaufs der Konferenz nahm ihre Bedeutung zu und sie wurden vor allem durch den Einfluss bestimmter Experten konkretisiert.

Sowohl „Solidarität“ als auch „Gleichheit“ gewinnen erst in einer Gruppe von Menschen als Werte an Bedeutung. Daraus ist zu erkennen, dass die am Anfang der Konferenz vorherrschende Beschäftigung mit dem Individuum und seinem Wert und Willen (siehe Anhang Seite 154ff.) während des Fortgangs der Debatte nicht allein von Bedeutung blieb. Das gesellschaftliche Zusammenleben und das Verhältnis zueinander trat ebenfalls in den Fokus, was die Formulierung des Votums „Untrennbar mit dem Eigenwert jedes Menschen sehen wir den Anspruch auf Solidarität“ oder „dies ist durch die Gesellschaft sicher zu stellen“ zeigen (siehe Anhang Seite 184).

Die bisher genannten Grundwerte erhalten die Bezeichnung als „Hauptgrundwerte“ in dieser Arbeit deswegen, weil sowohl die Erstnennung als auch die genauen Ausführungen im Votum deutlich machen, dass diese Grundwerte nach dem Verständnis der Bürger die absolute Basis darstellen. Die im nächsten Abschnitt beschriebenen „Nebengrundwerte“ sind den Bürgern ebenfalls wichtig, aber sie erreichen im Ergebnispapier nicht den fundamentale Charakter, welchen die „Hauptgrundwerte“ für die Bürger inne haben.

### **„Nebengrundwerte“**

Der „Bedarf“ und die „Effizienz“, die im Votum ebenfalls in der Gruppe der Grundwerte genannt werden, sind Begriffe, die von Anfang an in der Diskussion der Bürger eine wichtige Rolle gespielt haben. In Verbindung mit den Kosten wurden diese Begriffe zunächst ohne genauere Definition genutzt und waren sowohl bei den Kriterien als auch bei den Grundwerten zu finden (siehe Anhang Seite 154ff.).

Durch die Beschreibung des Experten Thorsten Meyer wurde der Begriff der „Effizienz“ in einen anderen Zusammenhang gesetzt. Dieser beschrieb die Lage in Schweden und setzte dadurch „Effizienz“ in Zusammenhang mit „Ethik“ (siehe Anhang Seite 162). Dies veränderte die einseitige Herangehensweise der Bürger an die „Effizienz“ und gab der Debatte eine andere Richtung.

Im Votum wird als Begründung für die Wahl von „Effizienz“ als Grundwerte angeführt, dass die Mittelknappheit es notwendig macht „Bedarf, Kosten und Wirtschaftlichkeit“ als zentrale Werte heranzuziehen (siehe Anhang Seite 183). Die „Schwere der Erkrankung“ und die „Dringlichkeit“ (siehe Anhang Seite 183) definieren dabei den Bedarf. Die „Effizienz“ wird als Kosten-Nutzen Abwägung definiert, die notwendig ist, um nicht die Mittel zu verbrauchen, die an anderer Stelle sinnvoll eingesetzt werden könnten (siehe Anhang Seite 183). Das Votum bringt zum Ausdruck, dass der Bedarf und die Effizienz den Bürgern zufolge ihre Berechtigung als Grundwerte in erster Linie daraus erhalten, dass Ressourcen nicht unbegrenzt zur Verfügung stehen. Sie dienen daher im Zusammenhang mit dem System als Grundwerte. Durch die Gewichtung des „Bedarfs“ als schwerwiegender als die „Effizienz“ (siehe Anhang Seite 184), wird deutlich, dass die Kosten einer Leistung für die Bürger, anders als der Eindruck zu Beginn ihrer Debatte entstanden war, erst nach anderen Werten miteinbezogen werden sollen.

In einer weiteren von den Bürgern als Grundwerte aufgeführte Gruppe werden „Information, Transparenz und Selbstbestimmung“ genannt (siehe Anhang Seite 184). „Information“ wird von den Bürgern seit Beginn der Diskussion als notwendig erachtet, um Entscheidungen treffen zu können. Allerdings ist dieser Punkt nicht von Beginn an bei den übergeordneten Prinzipien zu finden gewesen, sondern befand sich zunächst bei den Metakriterien (siehe Anhang Seite 155). Durch den eigenen Lernprozess und die Feststellung, wie mehr Wissen und Informationen die Sichtweise verändern können, erfuhr dieser Aspekt während der Konferenz eine weitere Aufwertung.

Im Votum wird die „Information“ und die „Selbstbestimmung“ in Bezug zur freien Entfaltung des Einzelnen und damit zur „Würde des Menschen“ gesetzt (siehe Anhang Seite 184). Es ist den Bürgern wichtig deutlich herauszustellen, dass erst durch das Informieren des Laien selbstbestimmte Entscheidungen ermöglicht werden. Durch „Information“ besteht eine Chance auf „Transparenz“. Die „Transparenz“ wurde zu Beginn der Bürgerdiskussion nicht genannt (siehe Anhang Seite 154ff.). Erst durch die Experten wurde der Begriff in die Debatte eingebracht und durch die häufige Nennung bei verschiedenen Experten gewann er an Wichtigkeit innerhalb der Bürgerdebatte.

Dem Aufbau des Abschnittes der Grundwerte im Votum nach zu urteilen, könnte der Eindruck entstehen, dass alle genannten Grundwerte den Bürgern gleich wichtig sind. Eine Gewichtung nach der Reihenfolge wird nicht ausdrücklich vorgenommen. Bei der Beschäftigung mit den genannten Grundwerten und der Berücksichtigung der vorausgegangenen Debatte wird allerdings deutlich, dass die Aspekte nicht alle als gleichwertig aufzufassen sind.

Die Grundwerte, die sich durch die Ausführungen über die Grundwerte durchziehen, sind die „Menschenwürde“, als Ausdruck des Wertes, der jedem Menschen einfach durch sein Mensch sein inne

wohnt, und die „Gleichheit“ bzw. „Gerechtigkeit“ und „Solidarität“, die in den Beziehungen der Individuen zueinander als entscheidender Wert Beachtung findet. Diese Werte ziehen sich durch die gesamte Diskussion der Bürger und haben während der Konferenz an Bedeutung zugenommen. Aus diesem stärkeren Gewicht dieser Werte ergibt sich die Überschrift „Hauptgrundwerte“.

Alle anderen von den Bürgern als „Grundwerte“ betitelten Werte wie „Transparenz“, „Information“, „Effizienz“, „Bedarf“ und „Selbstbestimmung“ arbeiten diesen drei Grundwerten zu und sind somit eine Ebene tiefer anzuordnen. Daraus ergibt sich die Bezeichnung der „Nebengrundwerte“ in dieser Arbeit. Von den Bürgern wurde diese Differenzierung nicht vorgenommen. Dies kann auf der einen Seite bedeuten, dass sie das Thema nicht so weit durchdrungen haben, dass ihnen die Gewichtungsunterschiede innerhalb ihrer Grundwertegruppe aufgefallen sind. Auf der anderen Seite kann die Gleichsetzung auch verdeutlichen, für wie entscheidend die genannten Punkte von den Bürgern gehalten werden. Eine Differenzierung hätte als „Abwertung“ der tiefer stehenden Punkte verstanden werden können. Außerdem sollen alle diese Grundwerte deutlich abgehoben werden von den nun im nächsten Abschnitt folgenden Kriterien, mit denen sonst eine Durchmischung möglich gewesen wäre, die auf jeden Fall verhindert werden sollte.

#### **5.3.4.2 Kriterien**

Als Kriterien, die bei konkreten Priorisierungsentscheidungen als „Prüfstein“ dienen sollen (siehe Anhang Seite 184), wurden von den Bürgern „Lebenserhaltung“ und „Dringlichkeit der Behandlung“, „bedarfsgerechte Verteilung“, „kalendarisches Alter“ und „Generationengerechtigkeit“, „Wartezeit“, „Patientenwille“, „Lebensqualität“, „Kosteneffizienz“, „Innovation und Fortschritt in der Medizin“ und „Nachweisbarkeit der Wirksamkeit“ benannt (siehe Anhang Seite 185). Zu keiner einstimmigen Entscheidung kamen die Bürger bei den Kriterien „Eigenverantwortung und Selbstverschulden“, „familiäre Fürsorge“ und „Berufsfähigkeit“ (siehe Anhang Seite 187).

#### **Kriterien besonderer Wichtigkeit**

Der Reihenfolge bei der Kriterienaufzählung wird von den Bürgern keine ausdrückliche Gewichtung zugeordnet. Lediglich das zuerst aufgeführte Kriterium der „Lebenserhaltung und Dringlichkeit der Behandlung“ wird durch die Formulierung „an oberster Stelle der Rangfolge“ (siehe Anhang Seite 185) von den anderen abgehoben. Die Wichtigkeit dieses Kriteriums wird betont und die „Bedarfsgerechte Verteilung“ sehen die Bürger im Votum „im Vordergrund“ (siehe Anhang Seite 185). Die „Lebenserhaltung“ wurde schon seit Beginn der Diskussion von den Bürgern benannt und am Anfang wurde der entscheidenden Position dieses Kriteriums dadurch Ausdruck verliehen, dass es unter den übergeordneten Prinzipien aufgeführt wurde (siehe Anhang Seite 155). Im weiteren Verlauf der Diskussion wurde dieses Kriterium weiterhin „besonders betont“ (siehe Anhang Seite 159), aber nicht

mehr als übergeordnetes Prinzip aufgeführt. Es verbreitete sich zunehmend die Erkenntnis, was überhaupt genau ein übergeordnetes Prinzip ist (siehe Kapitel 5.3.2), und aus diesem Verständnis folgte die „Abstufung“ von dem Aspekt „Lebenserhaltung“ zu den Kriterien.

Die Notwendigkeit einer lebensrettenden Behandlung als erstes aufgeführtes Kriterium kann von Lesern des Votums als selbstverständlich empfunden werden. Bemerkenswert ist allerdings in diesem Zusammenhang die Erwähnung der Nebenwirkungen und Behandlungsrisiken (siehe Anhang Seite 185). Das Anführen der negativen Auswirkungen einer Behandlung auch im Fall der Lebensbedrohung legt nahe, dass sogar in einer Extremsituation für die Bürger die durch die Behandlung entstehenden möglichen Einschränkungen in der Folgezeit eine Rolle spielen. Die nach der Behandlung zu erwartende Lebensqualität des Patienten soll schon im 'Akutfall' nicht außer Acht gelassen werden.

Außerdem wird die „bedarfsgerechte Verteilung“ als ein wichtiges Kriterium durch die Worte „im Vordergrund“ herausgestellt (siehe Anhang Seite 185). Dieses Kriterium wurde allerdings nicht von Anfang an von den Bürgern in dieser Form diskutiert. Im Zusammenhang mit der „Effizienzdiskussion“ und der „Gerechtigkeit“ wurden Bereiche dieses Kriteriums indirekt angesprochen, aber erst später in der Debatte konkretisiert. Es kam somit erst im Laufe der Diskussion zur Entwicklung dieses Kriteriums.

Die weiteren Kriterien sind wegen fehlender heraushebender Formulierungen im Votum den schon benannten unterzuordnen. Eine Gewichtung innerhalb der Gruppe der noch nicht weiter beschriebenen Kriterien ist wegen fehlender Äußerungen der Bürger nicht möglich. Um trotzdem eine bestehende inhaltliche Struktur deutlich zu machen, sind die Kriterien im weiteren Verlauf dieses Textes in Kriteriengruppen eingeteilt. Diese Gruppen sind von den Bürgern nicht explizit so benannt worden, sondern die Einteilung dient der besseren inhaltlichen Übersicht in dieser Arbeit.

### **Autonomiekriterien**

Die wichtige Bedeutung, die die „Lebensqualität“ für die Bürger hat, kommt nicht nur bei der indirekten Erwähnung im Abschnitt zur „Lebenserhaltung“ zum Vorschein, sondern ebenfalls in der Formulierung, mit der der Abschnitt des Kriteriums eingeleitet wird („steht für uns im Vordergrund“, siehe Anhang Seite 186). Trotz der Formulierung, die dieses Kriterium, wie die im letzten Abschnitt genannten, in den Vordergrund stellt, wurde dieses Kriterium in seiner vorherrschenden Eigenschaft als die Individualität des Menschen betreffendes innerhalb dieser Arbeit in diesem Textabschnitt eingeordnet.

Schon am ersten Wochenende wurde die „Lebensqualität“ als Kriterium in die Diskussion eingebracht (siehe Anhang Seite 154) und zog sich von den Experten unterstützt durch alle Diskussionsabschnitte (siehe Anhang Seite 170). Trotzdem steht der Abschnitt „Lebensqualität“ nicht an zweiter Stelle der

Kriterienaufzählung, was noch einmal verdeutlicht, dass die Bürger sich nicht für eine Gewichtung der Kriterien im Votum entschieden haben.

Auch der von den Bürgern aufgeführte Punkt des „Patientenwillens“ (siehe Anhang Seite 186) ist wie die „Lebensqualität“ ein Kriterium, das vom Individuum abhängt. Der „eigene Wille“ wurde schon von Beginn der Diskussion an von den Bürgern genannt (siehe Anhang Seite 154) und dann im Laufe der Diskussion mit sich entwickelnder Objektivität als „Patientenwille“ diskutiert. Die Bürger legen von Beginn bis zum Endergebnis der Diskussion einen Schwerpunkt bei der Autonomie des Menschen und damit bei den Kriterien „Lebensqualität“ und „Patientenwille“.

### **Zeitkriterien**

Der Faktor „Zeit“ wird von den Bürgern auf den einzelnen Patienten und auf die Gemeinschaft bezogen angegangen. Schon früh in der Diskussion durch das durchgeführte „Experiment“ zu Beginn der Konferenz wurde das „Alter“ als mögliches Kriterium von den Bürgern in Betracht gezogen (siehe Anhang Seite 154). Wegen bestehender Zweifel wurde der Ethik-Experte nach seiner Meinung zu diesem Thema befragt (siehe Anhang Seite 159) und dieser brachte die Differenzierung in verschiedene Arten von Alter ein (siehe Anhang Seite 166), die von den Bürgern aufgegriffen wurde und sich im Votum durch die Bezeichnung „kalendarisches Alter“ widerspiegelt (siehe Anhang Seite 185).

Das „kalendarische Alter“ wird als Kriterium ausgeschlossen. Als Begründung wird der Grundwert der „Gleichheit“ und der „Gerechtigkeit“ angeführt (siehe Anhang Seite 185). Die Zusammensetzung der Bürgergruppe mit einem deutlichen Schwerpunkt bei den über 40 Jährigen könnte möglicherweise ein Grund für die klare Verneinung des Kriteriums „Alter“ sein. Weiterhin wird auf Zeit in Form des Kriteriums „Wartezeit“ Bezug genommen. Die Wartezeit wurde in der Diskussion schon früh durch die Besprechung des derzeit bestehenden Vorgehens bei Organtransplantationen eingebracht (siehe Anhang Seite 171f.). Von den Bürgern wurde die Wartezeit als legitimes Kriterium angesehen, wobei festgehalten wird, dass es ein Kriterium ist, das aus der Ressourcenknappheit heraus entsteht und anderen Kriterien unterzuordnen ist (siehe Anhang Seite 185). Diese Überzeugung bestand schon am ersten Wochenende („Wartebonus“, siehe Anhang Seite 154) und besteht bis zum Votum ohne weiter ausgiebig diskutiert zu werden.

### **Effizienzkriterien**

Drei weitere Kriterien beschäftigen sich auf unterschiedliche Weise mit dem Bereich der Effizienz in der Medizin (siehe Anhang Seite 186). Die „Effizienz“ ist dabei ganz allgemein ein Maß für Ergebnisse unter der Berücksichtigung verschiedener eingesetzter Mittel. Der Begriff der „Effizienz“ wurde von den Bürgern schon früh in die Debatte eingebracht und hat sich immer sehr präsent durch die gesamte Diskussion gezogen.

Allerdings fand ein Wandel der Assoziationen mit diesem Begriff statt. Zu Beginn standen die Kosten im Vordergrund der Effizienzbetrachtung. Es konnte phasenweise der Eindruck entstehen, dass die Kosten selbst das anzustrebende Ergebnis darstellten. Anhand des Votums ist erkennbar, dass die Kosten weiterhin Beachtung finden, aber zusätzlich auch andere Bereiche die „Effizienz“ beeinflussen und bedingen und an Bedeutung gewonnen haben. Im Votum wird der „Nutzen“ eindeutig als wichtiger betitelt als die Kosten selbst („sollte der Nutzen einer Maßnahme im Vordergrund stehen“ siehe Anhang Seite 186).

Ein weiteres Mittel, das für die „Effizienz“ berücksichtigt werden sollte, welches von den Bürgern als wichtiges Kriterium erachtet wird, sind „Innovation und Fortschritt in der Medizin“ (siehe Anhang Seite 186). Dieses Kriterium wird von den Bürgern vor allem deswegen benannt, weil sie darin Verbesserungsmöglichkeiten für die Zukunft sehen. Dieser Punkt lässt eine Weitsicht in der Diskussion der Bürger deutlich werden. Es besteht ein Blick auf die Gesellschaft, der ihnen in ihrer Rolle als Bürger innewohnen kann, wie die Ausführungen in Kapitel 3.2.3 zeigen. Allerdings ist dieser Aspekt erst später in der Diskussion der Bürger entstanden, wie die fehlende Erwähnung dieses Punktes in den ersten beiden Bürgerprotokollen zeigt.

Noch ein Mittel, dass die Bürger in Hinblick auf die Effizienz betrachten, ist die „Nachweisbarkeit der Wirksamkeit“ (siehe Anhang Seite 186). Die „Wirksamkeit“ und die Mittel diese zu überprüfen, wurden schon von Beginn an von den Bürgern angesprochen und hinterfragt. Diesen Punkt als wichtiges Kriterium in der Priorisierungsdebatte zu empfinden, hat sich bei den Bürgern die gesamte Debatte über nicht verändert.

### **Dissenskriterien**

Bei drei diskutierten Aspekten haben sich die Bürger mit einem eindeutigen gemeinsamen Ergebnis schwer getan. Trotzdem sind in den Ausführungen des Votums diese Aspekte betreffend Tendenzen in der Beurteilung zu erkennen.

Die „Eigenverantwortung“ wird die ganze Zeit der Konferenz über innerhalb der Bürgerdiskussion als „kein Kriterium der Priorisierung“ angesehen (siehe Anhang Seite 187). Sie erkennen das Problem, dass der Wert der Gleichbehandlung aller nicht eingehalten würde, wenn bestimmte Menschen aufgrund ihres Verhaltens Einschränkungen hinzunehmen hätten. Allerdings erwägen sie die Möglichkeit das Thema von der anderen Seite anzugehen und gesundheitskonformes Verhalten zu fördern oder zu belohnen (siehe Anhang Seite 187). Diese Herangehensweise der Belohnung von gesundheitskonformem Verhalten wurde durch einen Experten eingebracht und gab der nicht zu einem Ergebnis kommenden Debatte der Bürger über die „Eigenverantwortung“ eine neue Richtung (siehe Anhang Seite 166ff.).

Die „familiäre Fürsorge“ dagegen wird tendenziell als mögliches Kriterium bewertet, wobei es an Ideen zur konkreten Ausführung fehlt (siehe Anhang Seite 187). Dieses Kriterium hat für die Bürger deswegen eine Bedeutung, weil der Wert der Familie und deren wichtige Rolle innerhalb einer Gesellschaft Beachtung finden soll. Zu Beginn wurde dieser Aspekt anhand des „Experiments“ eingebracht und dann für einige Zeit nicht mehr berücksichtigt. Erst gegen Ende der Debatte wurde dieser Punkt wieder aufgegriffen. Eine Erklärung für dieses Verhalten könnte sein, dass die Bürger mit diesem Kriterium nicht weiter kamen, es deswegen ruhen ließen, was seine Bedeutung für die Bürger aber nicht schmälerte. Deswegen griffen sie das Kriterium für das Ergebnispapier wieder auf.

Die „Berufsfähigkeit“ als weiteres Kriterium, das gesellschaftliche und volkswirtschaftliche aber auch persönliche Bedeutung haben kann (siehe Anhang Seite 187), wird von den Bürgern als völlig offen bewertet. Dem persönlichen und gesellschaftlichen Nutzen gegenüber sehen sie rechtliche Probleme, die eine Entscheidung für oder gegen dieses Kriterium unmöglich machen (siehe Anhang Seite 187). Vom ersten Wochenende an wurde dieses Kriterium benannt (siehe Anhang Seite 154), aber zu keinem abschließenden Ergebnis geführt.

Die Art der Ausführungen zu den Dissenskriterien lässt die Vermutung zu, dass durch eine längere Diskussion dieser Punkte eine eindeutige Entscheidung möglich gewesen wäre.

### **5.3.4.3 Empfehlungen**

Die zentrale Forderung im Votum ist der Anstoß einer „breiten Priorisierungsdebatte“ (siehe Anhang Seite 188), die dann auch als fortwährender Prozess weitergeführt werden müsste („kein starres System“, „Priorisierungslisten sollten weiterentwickelt und angepasst werden“, siehe Anhang Seite 188). Die eigene Arbeit wird dabei von den Bürgern lediglich als eine Quelle „zur Kenntnisnahme“ beurteilt (siehe Anhang Seite 188). Aus dieser Formulierung wird deutlich, dass die Bürger in ihrer Diskussion lediglich einen Anfang sehen, und ihre Ergebnisse nur als einen Baustein einer umfassenden Debatte verstehen. Die Lübecker Bürger sehen die Notwendigkeit, dass an der geforderten Debatte viele verschiedene Gruppen teilnehmen („Verbände, Kammern und Krankenversicherungen“, „Medien“ siehe Anhang Seite 188). Diese Meinung der Bürger hat sich während der Konferenz verfeinert. Von Beginn an waren sie der Meinung, wie schon aus dem Auswahlverfahren der Teilnehmer zu erkennen ist, was in Kapitel 1 beschrieben ist, dass ihre Diskussion wichtig sein könnte. Allerdings war am Anfang keinem Teilnehmer wirklich klar, was auf ihn zukommen könnte, weil das Verfahren „Bürgerkonferenz“ bisher in Deutschland weitestgehend unbekannt ist (siehe Kapitel 3.3.2). Trotzdem war den Bürgern bewusst, dass eine Bürgerdebatte wichtig sein könnte, und deswegen nahmen sie teil. Dieses Bewusstsein, dass gerade ihre Diskussion die

Gesamtdiskussion bereichern könnte, festigte sich und fand dann Ausdruck in den Empfehlungen des Votums.

Die Empfehlung eine Instanz zu schaffen, die sich hauptsächlich mit den Frage zur Priorisierung beschäftigt, wird benannt. Ein Vorschlag dazu ist die Schaffung eines „nationalen Gremiums“ (siehe Anhang Seite 188), um eine Stelle zu haben, bei der die Führung der Diskussion liegt. Bisher wurde die Priorisierungsdebatte in Deutschland kaum geführt. Die Zuständigkeit einer bestimmten Instanz dieses Thema betreffend ist für die Bürger eine mögliche Lösung, um die Diskussion breiter zu entfachen. Entstanden ist diese Idee durch die zunächst gestellten Fragen: „wie entscheiden welche Personen aktuell?“ und „wer soll entscheiden?“ (siehe Anhang Seite 155). Später in der Diskussion kam außerdem die Frage nach dem Adressaten des Votums auf. Dies sorgte dafür, dass die Bürger die Notwendigkeit einer Entscheidungsinstanz sehen und dieses im Votum festhielten.

In den Empfehlungen findet sich zusätzlich ein Punkt, der vor allem durch die Expertenbefragungen in den Vordergrund gerückt, von den Bürgern als sehr sinnvoll empfunden und weiter verfolgt wurde: Die Transparenz (siehe Anhang Seite 188). Die Bürger wollen bei Fortführung der Debatte jederzeit die Möglichkeit des Einblickes besitzen. Ihrer Überzeugung nach würde ein solches Vorgehen für „Verständnis und Akzeptanz in der Gesellschaft“ sorgen (siehe Anhang Seite 188).

## **5.4 Zwischenergebnis**

Die Analyse zeigt, dass am Anfang ein Schwerpunkt innerhalb der Bürgerdiskussion bei persönlichen Kriterien lag und außerdem der Kostenfaktor als Kriterium von Beginn an eine große Rolle spielte. Allerdings war den Bürgern von Anfang an bewusst, dass eine Objektivierung der Diskussion wünschenswert und dafür der Zuwachs an Wissen notwendig ist. Um dieses zu erreichen, haben die Bürger am ersten Wochenende viele Fragen gestellt, die vor allem das derzeitige Gesundheitssystem betrafen.

Auch am zweiten Wochenende kamen von Bürgerseite noch viele inhaltliche Fragen auf, aber es gelang den Teilnehmern eine Struktur in ihrem Vorgehen zu verfolgen und den Bereich der Fragen deutlich von dem Bereich der Kategorien Kriterien, Metakriterien und übergeordnete Prinzipien zu trennen. Besonders häufig wurde über Kosten diskutiert und daraus ergab sich in der Darstellung der Zwischenergebnisse, dass „Kosten“ nicht nur als ein wichtiges Kriterium der Bürger aufgeführt, sondern sogar bei den Metakriterien genannt wurde. Aspekte, die aus dem persönlichen Leben der Bürger entnommen werden können, wie Lebensqualität wurden außerdem ausgiebig von den Bürgern diskutiert. Zunehmend kamen aber auch Themenbereiche auf, die die Gesellschaft betreffen. Die Bürger sprachen verstärkt in der „wir“ Form und äußerten sich gegen die Diskriminierung von Minderheiten. Dies sind Hinweise darauf, dass sich das Rollenverständnis der Bürger verändert hat. Sie waren nicht mehr

vordergründig in der Rolle einer Privatperson sondern verstärkt als Bürger dabei, die zum Wohle der Gesellschaft handeln und debattieren. Mit den Punkten „kulturellen Vielfalt“ oder auch „Tod und Sterben“ nannten die Bürger am zweiten Konferenzwochenende Aspekte, die innerhalb der Fachdiskussion noch nicht ausführlich diskutiert wurden. Allerdings führten die Bürger die Debatte zu diesen Punkten nicht fort. Damit kamen zwar neue Gedanken innerhalb der Bürgerdebatte auf, aber sie wurden von den Konferenzteilnehmern nicht weiter verfolgt. Insgesamt beschränkten sich die Bürger am zweiten Konferenzwochenende auf das Sammeln und Strukturieren von Kriterien und blieben während der Diskussionen zumeist eher an der Oberfläche. Es waren nur Ansätze von intensiven und tiefgreifenden Debatten über Kriterien zu finden.

Bei der Vorbereitung der Expertenbefragungen fällt bei den Fragenzuordnungen auf, dass die Bürger vor allem Wissensfragen stellten. Sie wollten die Expertenbefragungen nutzen, um einen Wissenszuwachs zu erreichen. Das Erfragen von den Meinungen und persönlichen Standpunkten erscheint eher hintergründig. In der ersten Expertenbefragung fällt auf, dass die meisten Aspekte, die von dem Experten genannt wurden, schon einmal in der Bürgerdiskussion erwähnt wurden. Es fehlte bei den Bürgern jedoch die konkrete Benennung des Begriffs, oder eine klare Begriffsdefinition. Dies setzte sich in den folgenden Expertenbefragungen an den nächsten Konferenzwochenenden fort. Scheinbar triviale und für jeden klar zu scheinende Punkte, wie Menschenwürde oder der Wunsch nach Transparenz, wurden genannt und ihre Bedeutung für die Bürger konkretisiert. Die Gewichtung der schon genannten Aspekte verschob sich teilweise durch die Äußerungen der Experten. Es kam zu einer nicht eindeutig festgeschriebenen jedoch deutlich spürbaren Gewichtung der übergeordneten Prinzipien innerhalb der Gruppe. Menschenwürde, Solidarität und Gleichheit wurden von den Bürgern als wichtigste Basis für die Priorisierungsüberlegungen identifiziert. Die anderen Grundprinzipien stehen im Votum hinter diesen dreien etwas zurück.

Anhand der Äußerungen im Votum der Bürger wird deutlich, dass sie ihre Diskussionsergebnisse nicht als Endpunkt verstehen, sondern, dass es lediglich ein Ansatz ist, der aufgrund ihrer Rolle als Bürger beachtenswert erscheint.

Diese Ergebnisse der Analyse der Lübecker Bürgerkonferenz werden nun im Verlauf dieser Arbeit mit den Ergebnissen einer kanadischen *citizens jury* verglichen, um auf diesem Weg zu ergründen, ob die Ergebnisse der Lübecker Bürgerkonferenz lediglich als Einzelmeinungen zu werten sind, oder ob Tendenzen erkennbar werden, welche Werte vielen Bürgern in der westlichen, industrialisierten Welt wichtig sein könnten. Um diesen Vergleich vorzunehmen, werden zunächst im nächsten Kapitel entscheidende Aspekte des kanadischen Gesundheitssystems dargestellt und anschließend eine Beschreibung des kanadischen Verfahrens vorgenommen und die inhaltlichen Ergebnisse kurz analysiert.

## 6. Kanada

In Kanada hat 2008 eine *citizens jury* zu einem ähnlichen Thema wie dem der Lübecker Konferenz stattgefunden. Um die Konferenz in Kanada in ihren politischen und strukturellen Kontext einzubetten, werden zunächst die entscheidenden Aspekte des kanadischen Gesundheitssystems kurz dargestellt, und danach folgt eine Beschreibung des Ablaufs, des genauen Themas und der inhaltlichen Ergebnisse des Bürgerbeteiligungsverfahrens mit einer anschließenden Auswertung. Die Auswertung wird sich auf die von den kanadischen Bürgern erstellte Prioritätenliste und ihre inhaltlichen Aussagen beschränken, da für den darauf folgenden Vergleich der inhaltlichen Ergebnisse der beiden in dieser Arbeit dargestellten Bürgerbeteiligungsverfahren lediglich die inhaltlichen Diskussionsergebnisse der Arbeit der kanadische Bürger von Bedeutung sein werden.

### 6.1. Das kanadische Gesundheitssystem

Das bestehende Gesundheitssystem in Kanada, genannt „Medicare“, wird weitgehend durch Steuern finanziert (Bernier 2003, Seite 26-32, Gerchert 2009, Seite 4, Ruggie 1996, Seite 228). 100% der Kanadier sind heutzutage in diesem steuerfinanzierten System versichert und etwa 67 % nutzen die seit den 80er Jahren möglichen privaten Zusatzversicherungen (Gechert 2009, Seite 4).

Entstanden ist das steuerfinanzierte System aufgrund von Bemühungen der kanadischen Regierung in den 60er Jahren, eine gesundheitliche Versorgung für alle Bürger zu gewährleisten. Um diesen Zustand zu erreichen, bezuschusste der Bund die Entstehung von Versicherungen in den Provinzen stark (Hauser und Sommer 1984, Seite 94-96). Nachdem die Provinzen wegen der zugesicherten Mittel durch den Bund begannen, unkontrolliert Geld auszugeben, wurde eine Reform beschlossen, die einen Pro-Kopf-Beitrag des Bundes regelt und damit die Kosten kontrolliert (Hauser und Sommer 1984, Seite 98-102). Somit entstanden in Kanada schon in den 70er Jahren ein Bewusstsein für Ressourcenknappheit und Bemühungen um Kostenkontrolle (Hauser und Sommer 1984, Seite 96-99). Heute sind eine lange Lebenserwartung (Gechert 2009, Seite 4) und geringe Kindersterblichkeit Hinweise für ein funktionierendes Gesundheitssystem in Kanada<sup>33</sup>.

Allerdings gibt es auch klar sichtbare Schwierigkeiten. Teilweise gibt es lange Wartezeiten für beispielsweise bestimmte Operationen oder Untersuchungen, die zur Folge haben, dass Bürger, die es sich leisten können, diese Operationen oder Untersuchungen in den USA durchführen lassen (Mühlbauer 2008).

---

33 [www.canadian-healthcare.org/](http://www.canadian-healthcare.org/)

### **6.1.1 Der gesetzliche Rahmen**

Der kanadische Bundesstaat gliedert sich in zehn Provinzen und drei Territorien. Die Provinzen verfügen dabei über ein hohes Maß an Autonomie, was sich unter anderem auch in Bezug auf das Gesundheitswesen zeigt. „Medicare in Canada is not one system. It is a network of federal/ provincial systems, all guided by common goals and principles“ (Simard 1995, Seite 7). Als in den 60er Jahren die Bemühungen der Regierung aufkamen, eine Versorgung für alle Bürger zu sichern, war dies nicht möglich. „Dem Bund fehlten [...] die verfassungsmäßigen Grundlagen zu direkten Interventionen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, er besaß jedoch volle Kompetenzen zur Erhebung direkter Einkommenssteuer“ (Hauser und Sommer 1984, Seite 94). Durch diese Kompetenz konnte die Regierung ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem in den Provinzen durchsetzen (Bernier 2003, Seite 26-30).

Allerdings wurde nicht das gesamte Gesundheitssystem vom Staat gesteuert. Lediglich die Finanzierungsseite für die Patienten wurde von staatlicher Seite geregelt. Die „Produktion von Gesundheitsleistungen blieb [...] mehrheitlich in privaten Händen, nur das Versicherungs- und Finanzierungssystem war verstaatlicht worden“ (Hauser und Sommer 1984, Seite 97).

Der „Canada Health Act“ regelt verbindlich für alle Provinzen und Territorien bestimmte Punkte des kanadischen Gesundheitssystems. Hinzukommend existieren jedoch in jeder Provinz weitere Regeln und soziale Dienste (Simard 1995, Seite 7).

Die Schlüsselprinzipien, auf die das kanadische Gesundheitssystem fußt, sind „universality, accessibility, comprehensiveness, public administration und portability“ (Simard 1995, Seite 7). Diese Prinzipien beinhalten das Recht jedes Kanadiers auf notwendige Hilfe nach gleichen Bedingungen und Konditionen und angemessenen Zugang zur medizinischen Hilfe ohne finanzielle oder andere Barrieren. Die medizinische Hilfe beinhaltet dabei alles medizinisch Notwendige im Krankenhaus oder in der Praxis. Außerdem soll das Gesundheitssystem ausschließlich auf die Versorgung der Bürger ausgerichtet sein und unter deren Autorität stehen und nicht zur Gewinnmaximierung dienen. Zusätzlich ist in den Prinzipien festgelegt, dass die heimische Provinz auch bei Verlassen derselben für die Bezahlung eventueller Leistungen für ihre Bewohner außerhalb der Grenzen zuständig ist (Simard 1995, Seite 7).

### **6.1.2 Die Versicherungen**

Versichert durch Steuermittel sind nur Bürger und Einwanderer mit bewilligtem Antrag. Die Versicherung erstattet dabei nicht alle Leistungen. Es handelt sich bei dieser Versicherung um keine Versicherung im engeren Sinne, sondern ein „staatliches Finanzierungssystem zum Kauf von privatwirtschaftlich produzierten medizinischen Leistungen“ (Hauser und Sommer 1984, Seite 97).

Leistungen, die von diesem Finanzierungssystem übernommen werden sind somit Arztbesuche, notwendige Diagnostik und einige Therapien.

Leistungen, die von diesem System nicht übernommen werden, sind beispielsweise Medikamente, Notfalldienste wie Krankenwagenfahrten, Brillen oder Kontaktlinsen und Zahnbehandlungen, welche komplett vom Patienten selbst zu tragen sind. Aus diesem Grund versichert sich über die Hälfte der Kanadier durch Zusatzversicherungen. Diese Zusatzversicherungen umfassen meistens Medikamente, Zahnarzt, Chiropraktiker, Physiotherapie, Homöopathie und häusliche Pflege (Gechert 2009, Seite 5).

Viele Kanadier erhalten diese Zusatzversicherungen über ihren Arbeitgeber, der dieses anbietet und für sie die nötigen Beiträge zahlt. Dieser Schutz fällt allerdings weg, wenn jemand arbeitslos wird (Gechert 2009, Seite 6). Auch in dem Bereich der privaten Zusatzversicherungen besteht ein dezentralisiertes System. Alle 13 Provinzen und Territorien haben verschiedene separate Krankenversicherungen (Menon und Stafinski 2008, Seite 14).

### **6.1.3 Die Akteure und ihre Einflussnahmemöglichkeiten**

Das entscheidende Merkmal des kanadischen Gesundheitssystems ist seine Uneinheitlichkeit. Jede Provinz hat die Möglichkeit zur eigenen Ausgestaltung des Versicherungssystems und des Finanzierungskatalogs (Menon und Stafinski 2008, Seite 283-290). Aufgrund der historischen Zugehörigkeit zum Vereinigten Königreich unterteilt sich die Exekutive in Kanada in einen formalen und einen politischen Teil. Die formale Exekutive ist weitestgehend monarchisch geprägt. Der Monarch des Vereinigten Königreichs hat als Staatsoberhaupt die Position der Leitung der formalen Exekutive inne, wobei keine wirkliche politische Macht mehr mit diesem Amt verbunden ist (vgl. Landes 1991, Seite 102). Im politischen Teil üben das Kabinett mit dem Premierminister und der Generalgouverneur<sup>34</sup> als Vertreter des Monarchen die exekutive Staatsgewalt aus (vgl. Klinck 2007, Seite 52).

Der Senat und das von der Bevölkerung gewählte „House of common“ bilden das kanadische Parlament. In beiden Kammern sind nach bestimmten Schlüsseln Vertreter aller Provinzen und Territorien vertreten. Aus den beiden Kammern heraus bildet sich die Regierung (Klinck 2007, Seite 48-52). Die Regierung ist im Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem vor allem ein Geldgeber. „The federal government shares the costs of the provincial medical care insurance programmes with the 10 provinces and two territories“ (Simard 1995, Seite 7). Die individuellen Versicherungspläne der Provinzen und Territorien werden von der jeweiligen Regierung erstellt (Menon und Stafinski 2008, Seite 282-290). Die Autonomie der Provinzen ist dabei sehr wichtig, weil die Provinzen sich nicht zwingend als

---

<sup>34</sup> Der Generalgouverneur setzt den Premierminister als Regierungschef ein, welcher auf Grund seiner weitreichenden Befugnisse als die mächtigste Person des Staates gilt

untergeordneter Teil des Bundes sehen und teilweise sogar nach Unabhängigkeit streben (Grasser 2005, Seite 7). Die Bürger können durch die Wahl der jeweiligen Regierungen sowohl auf Provinzebene als auch auf Bundesebene Einfluss auf den jeweiligen Kurs im Gesundheitswesen nehmen (Grasser 2005).

## **6.2 Beschreibung des Bürgerbeteiligungsverfahrens**

Das Bürgerbeteiligungsverfahren, das in Kanada als Beteiligungsmethode diente, ist die *citizens jury* mit jenen Merkmalen, die im Kapitel 3.3.1 bereits dargestellt wurden. In Kanada ging es darum zu bewerten, ob bestimmte Techniken in den Therapiekatalog aufgenommen werden sollen. Aus dem dezentralisierten System heraus folgt in den verschiedenen kanadischen Provinzen ein unterschiedlicher Umgang mit neuen Techniken (Menon und Stafinski 2008, Seite 291). Ein Beispiel für eine bei der *citizens jury* diskutierte Technik ist „Laparoscopic adjustable gastric banding“ (Menon und Stafinski 2008, Seite 286). Es besteht allerdings das Bestreben einen gemeinsamen Weg der Provinzen zu finden. Zu diesem Zweck wäre es hilfreich für alle überzeugende Kriterien zu finden, nach denen entschieden werden kann, welche Techniken eingeführt werden und welche nicht. In diesem Zusammenhang müssen solche Fragen gestellt werden wie: Welche Werte sind im Gesundheitswesen wichtig? Welche sind wichtiger als andere? Welche Kriterien sind an die Techniken anzulegen, um dann ihren Wert beurteilen zu können? (Menon und Stafinski 2008, Seite 282-285). Im Folgenden werden der Ablauf und die inhaltlichen Ergebnisse der kanadischen Konferenz dargestellt. Als Material für diese Darstellung dient ein Artikel von Davidas Menon und Tania Stafinski. Beide Autoren haben die *citizens jury* organisiert und begleitet.

### **6.2.1 Ablauf**

Organisiert von der „School of Public Health“ der University of Alberta wurde eine *citizens jury* zum Thema „Which are public values on health technologies? Developing criteria for setting priorities for health technology assessment (HTA)“ abgehalten (Menon und Stafinski 2008). Um die Teilnehmer für die *citizens jury* zu ermitteln, wurden Briefe mit einer Einladung zu einer Telefonbefragung an 1600 zufällig ausgeloste „residents of the Capital Health Region in Alberta, Canada“ verschickt (Menon und Stafinski 2008, Seite 284). Die Ermittlung der Teilnehmer erfolgte durch die Auslosung von 16 'Juroren' aus den Personen, die bei der Telefonbefragung ihr Interesse signalisierten, wobei vor der Auslosung eine Einteilung nach bestimmten Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Bildung vorgenommen wurde (Menon und Stafinski 2008, Seite 284f.). Die Dauer der Konferenz betrug 2,5 Tage (Menon und Stafinski 2008, Seite 282) und wurde die ganze Zeit durchgehend von zwei Moderatoren

begleitet, die schon Erfahrungen durch ihre Arbeit bei NICE<sup>35</sup> in England hatten (Menon und Stafinski 2008, Seite 285).

Am ersten Tag stand das Kennenlernen innerhalb der Teilnehmergruppe im Mittelpunkt, um ein gemeinsames ertragreiches Arbeiten zu ermöglichen. Es wurden bestimmte Prinzipien festgelegt, nach denen während der *citizens jury* gearbeitet werden sollte, wozu zum Beispiel faires Diskutieren gehörte. Es folgte eine Erklärung und Definition von HTA und anschließend gab es einen Ausblick auf das, was die nächsten Tage folgen würde (Menon und Stafinski 2008, Seite 285).

Am zweiten Tag wurden die ersten Expertenvorträge mit anschließender Fragemöglichkeit durchgeführt. Danach folgte eine von den Veranstaltern konzipierte Übung, in der frei von den 'Juroren' entwickelt erste mögliche Kriterien der Priorisierung identifiziert werden sollten (Menon und Stafinski 2008, Seite 285).

Am dritten Tag wurden die erarbeiteten Kriterien anhand von Fallbeispielen getestet und in eine Reihenfolge gebracht, die die Wichtigkeit der einzelnen Kriterien im Verhältnis zu den anderen widerspiegeln soll (Menon und Stafinski 2008, Seite 285).

### **6.2.2 Inhaltliche Ergebnisse**

Die kanadischen Bürger legten ihrer Arbeit folgende Definition von Health technology assessment (HTA) zugrunde: Health technology assessment ist ein Werkzeug, um festzustellen, ob beispielsweise eine Therapieform gute Ergebnisse für das aufzuwendende Geld bringt (Menon und Stafinski 2008, Seite 283). Diese „good values“ sind in diesem Zusammenhang noch nicht genauer definiert, sondern die Bürger sollen Kriterien entwickeln, nach denen Prioritätensetzung bei der HTA vorgenommen werden kann (Menon und Stafinski 2008, Seite 283). Außerdem dient die Durchführung der *citizens jury* dazu herauszufinden, inwieweit Bürger sich überhaupt für diesen Themenkomplex interessieren und in der Lage sind, ihn zu erfassen und Kriterien für die Prioritätensetzung zu erarbeiten.

Es wurden den Bürgern 13 kleine Technologieszenarien vorgestellt, über die in den letzten Jahren von Politikern zu entscheiden war. Anhand dieser Szenarien sollten die Bürger Kriterien entwickeln. Zu Beginn erstellte jeder Teilnehmer auf Grundlage der vorgestellten Szenarien selbstständig eine Prioritätenliste, die er im Folgenden in Kleingruppen anderen Konferenzteilnehmern begründet erläuterte. Diese Erläuterungen boten dann die Ansätze für erste Kriterienlisten

---

35 NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) ist ein Bürgerrat mit 30 unterschiedlichen Mitgliedern, die bestimmt werden, um regelmäßig Berichte zu unterschiedlichen gesundheitspolitischen Themen zu verfassen, die dem Gesundheitsinstitut als Hilfe dienen können (vgl. Groß 2010, Seite 87) und (<http://www.nice.org.uk/>)

(Menon und Stafinski 2008, Seite 285). Nach der Erstellung einer ersten Liste von Kriterien wurden diese Kriterien anschließend anhand von zwei weiteren neuen Szenarien<sup>36</sup> überprüft.

Nach weiteren Diskussionen und Expertenbefragungen wurde dann die endgültige Kriterienliste erstellt, indem alle Kriterien, die bisher erarbeitet wurden, von den Teilnehmern benotet wurden. Drei Punkte konnten die Teilnehmer den Kriterien geben, die sie für extrem wichtig hielten, zwei Punkte für „ziemlich wichtig“, ein Punkt für „wichtig“ und minus zwei Punkte für „nicht wichtig“ (Menon und Stafinski 2008, Seite 286). Nach diesem Ablauf entstand innerhalb der Gruppe folgende Kriterienliste:

1. „Potential to benefit a number of people“
2. „Potential to extend life with quality“
3. „Potential to improve quality of life“
4. „Potential clinical benefit over existing treatment(s)“
5. „Lack of an alternative“
6. „Potential to detect a condition which, if treated early, averts costs in the future“
7. „Potential for additional applications“
8. „Potential to extend life“
9. „Completeness of data on adverse events“

„Criteria not to be used“

1. „Cost“ (Menon und Stafinski 2008, Seite 289)

Die Beschreibung des Vorgehens lässt die Vermutung zu, dass der Prozess zur Kriterienlistenerstellung bei der kanadischen Konferenz diskursethischen Ansprüchen nur teilweise entsprechen könnte. Beispielsweise das Vergeben von Punkten durch die Bürger, woraus sich die Reihenfolge der Kriterien ergibt, zeigt, dass keine Konsensfindung durch eine ausführliche Debatte angestrebt wurde. Allerdings sollen an dieser Stelle nicht die Verfahren verglichen werden, sondern im Folgenden soll es darum gehen, die inhaltlichen Ergebnisse zu sichten. Um herauszustellen, ob es gemeinsame Tendenzen von Bürgern gibt, reicht zunächst die reine Betrachtung der Ergebnisse mit der minimalen Vorgabe, dass die Verfahren weitestgehend ähnliche Grundsätze verfolgen.

---

<sup>36</sup> Bei dem einen Szenario handelte es sich um die Benutzung von einem mit Medikamenten verbundenen Stents statt des reinen Metallstents, der bei koronaren Herzerkrankungen zur Offenhaltung der betroffenen Gefäße eingesetzt wird. Das zweite Szenario beinhaltete den Einsatz des Medikaments „Sildenafil“, das bei primärer pulmonaler Hypertension eingesetzt werden soll (Menon und Stafinski 2008, Seite 286).

### **6.3 Auswertung des Bürgerbeteiligungsverfahrens**

Die Kriterienliste der kanadischen Bürger zeigt, dass es ihnen am wichtigsten ist, dass eine Methode oder Therapieform möglichst vielen Menschen helfen kann. Dabei ist der Zugewinn an Nutzen nicht genauer definiert, sondern beinhaltet zunächst nur irgendeine Form von Verbesserung für den Behandelten. Dies kann als utilitaristisches Prinzip interpretiert werden, welches das Ziel hat, ein Maximum an Nutzen durch eine möglichst große Anzahl von Begünstigten zu erreichen.

Der Punkt, der für die Bürger an zweiter Stelle steht, ist die Lebensverlängerung. Somit wird eine Möglichkeit auf den ersten Punkt bezogen genannt, die einen Zuwachs an Nutzen bedeuten kann. Das, was im ersten Punkt noch völlig offen gelassen wurde, nämlich was genau ein Zuwachs an Nutzen wäre, wird hier erklärt. Allerdings steht die Lebensverlängerung nicht alleine, sondern mit dem Zusatz der „Lebensqualität“ wird deutlich, dass die Bürger einen Zugewinn an Nutzen erst dann in einer Behandlung sehen, wenn der Patient hinterher ein qualitativ hochwertiges Leben führen kann. Genauer wird in diesem Punkt aber nicht ausgeführt, was Lebensqualität bedeutet und es ist zu vermuten, dass die Lebensqualität als ein sehr individuellen Empfinden empfunden wurde, bei dem jeder seine Schwerpunkte anders setzt und auf andere Aspekte Wert legt.

Auch im dritten Punkt, der die Verbesserung der Lebensqualität noch einmal als einen einzelnen Punkt herausstellt und damit seine Wichtigkeit für die Bürger unterstreicht, wird die Lebensqualität nicht genauer definiert. Welche Verbesserung bei beispielsweise Therapien eine Verbesserung der Lebensqualität mit sich bringt, hängt tendenziell von dem subjektiven Empfinden ab. Es ist jedoch allgemeingültig festzuhalten, dass sowohl körperliche Beweglichkeit, Schmerzfreiheit und daraus folgende Selbstständigkeit als auch psychische und soziale Aspekte für die Lebensqualität eine Rolle spielen können.

Im vierten Punkt wird jenem Ausdruck verliehen, dass die Bürger in dem klinischen Nutzen einer Behandlung ein entscheidendes Kriterium für die Güte der Behandlung und ihren Wert sehen. Folgend aus der konkreten Fragestellung der kanadischen *citizens jury* ist der Nutzen einer neuen Behandlung mit alten, bisherigen Behandlungen verglichen worden. Das Entscheidende aber ist, dass die Bürger dabei nach dem potentiellen Nutzen einer Behandlung fragen, wobei wieder das genaue Verständnis von „Nutzen“ nicht definiert wird. Es ist jedoch wegen der vorherigen Kriterien der Teilnehmer zu vermuten, dass an Definition von Nutzen die Lebensverlängerung und die Lebensqualität einen Anteil haben.

Der fünfte Punkt verdeutlicht im Hinblick auf die Fragestellung, dass Therapien zu priorisieren seien, die überhaupt die Möglichkeit zur Behandlung einer vorher noch nicht behandelbaren Erkrankung bieten. Da die Frage nach Kriterien für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und ihrer Einführung gestellt wurde, legen die Bürger fest, dass sie, wenn keine anderen Alternativen für die

Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes vorhanden sind, die Einführung der Methode befürworten. Diese Aussage bringt zum Ausdruck, dass es für die Bürger entscheidend ist, dass überhaupt etwas versucht wird. Wenn zum Vergleich keine weiteren Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, soll die, die überhaupt eine Chance bietet, eingeführt werden. Für die Bürger ist die Chance und damit die Hoffnung auf eine Verbesserung entscheidend.

Im sechsten Punkt werden, obwohl dieses in der Liste als Kriterium verneint wird, die Kosten in ein Kriterium mit einbezogen. Das sechste Kriterium sagt aus, dass eine Methode eingesetzt werden sollte, wenn sie das Potential hat, bei früher Behandlung spätere Kosten abzuwenden. Es drückt den Willen nach frühzeitigem Handeln aus. Es soll nicht gewartet werden, bis es zu spät ist. Die Erwähnung der Kosten trotz des späteren Ausschlusses dieses Kriteriums zeigt, dass die Kosten doch in die Entscheidungen im Gesundheitswesen hineinspielen sollen, auch wenn sie nicht der Hauptgrund für Beschlüsse sein sollten.

Der siebte Punkt ist auch der konkreten Fragestellung zuzuordnen und besagt, dass es unterstützenswert ist, wenn eine Methode zugleich mehrere Anwendungsmöglichkeiten bietet. Für die allgemeine Priorisierungsdebatte enthält dieser Punkt den Hinweis, dass Verfahren oder Therapien, die mehrere Anwendungsmöglichkeiten besitzen, durch ihre Bandbreite und ihre mehrfache Einsetzbarkeit an Priorität gewinnen können.

Im folgenden Punkt wird die Lebensverlängerung noch einmal als ein eigenes Kriterium aufgeführt. Dies unterstreicht die Bedeutung, die Lebensverlängerung als Ziel von Behandlungen und als Nutzenmaximierung für die Bürger hat. Jedoch wurde dieser Aspekt schon im Punkt zwei in Verbindung mit der Lebensqualität genannt. Lebensverlängerung mit gleichzeitiger Verbesserung der Lebensqualität ist nach der Meinung kanadischer Bürger wesentlich höher zu bewerten als die Lebensverlängerung an sich.

Der neunte Punkt besagt, dass es wichtig ist, die verfügbaren Daten zu einer Methode vollständig zu erheben und die Informationen zu betrachten, die unerwünschte Ergebnisse zeigen. Hinter diesem Kriterium steckt der Gedanke, dass es wichtig ist im Blick zu behalten, wie die Erkenntnisse einer Methode wirklich sind, und dass auch wenn eine Behandlungsmethode bei einigen Menschen Erfolge zeigt, zu beachten bleibt, ob sie Nebenwirkungen hat. Ab einem bestimmten Maß an Nebenwirkungen wären dabei dann Konsequenzen zu ziehen. Dieses Kriterium beinhaltet eine Forderung nach dauerhafter Kontrolle und wiederholtem Anpassen, um gegebenenfalls für Umstellungen bei Behandlungen und Therapien sorgen zu können.

Von den kanadischen Bürgern wurden die Kosten als Kriterium komplett ausgeschlossen. Der Punkt sechs hat allerdings gezeigt, dass die Kosten nicht außerhalb ihrer Überlegungen lagen. Der Ausschluss

als Kriterium zeigt lediglich, dass die Bürger es für ausgeschlossen halten, allein anhand der Kosten festzulegen, ob eine Behandlung durchgeführt werden soll oder nicht. Entscheidend sind daher die anderen aufgeführten Punkte und erst bei einer Entscheidung zwischen zwei Methoden oder dem Zeitpunkt der Methodendurchführung würde der Kostenfaktor mit einbezogen werden.

Insgesamt haben die kanadischen Bürger, wie ihre Fragestellung erforderte, nur konkrete Kriterien entwickelt und keine Liste an allgemeingültigen Werten und Normen diskutiert. Einige ihrer Kriterien geben lediglich Hinweise darauf, was ihren Entscheidungen für Werte zu Grunde lagen.

## **7. Vergleich der inhaltlichen Konferenzergebnisse**

Die Themen der Lübecker Bürgerkonferenz und der kanadischen *citizens jury* sind etwas unterschiedlich gelagert. In Lübeck wurden unter der Formulierung „Was ist uns wichtig in der medizinischen Versorgung - Wie können wir über Prioritäten entscheiden?“ (siehe Votum) allgemein Prioritätensetzung im Gesundheitssystem in Deutschland diskutiert. Die Bürger brachten zum Ausdruck, was sie für wichtige Grundwerte und Kriterien in der Priorisierungsdebatte halten. In Kanada wurde zu dem Thema „public values on health technologies and to develop criteria for setting priorities for health technology assessment“ (Menon und Stafinski 2008, Seite 282) diskutiert. Die Teilnehmer erarbeiteten somit eine Prioritätenliste bezogen auf Behandlungsmöglichkeiten und technische Untersuchungen.

Trotz etwas anders gelagerter Ansätze erfordern beide Themen Überlegungen dazu, was im Gesundheitswesen wirklich wichtig ist. Die Frage nach bestehenden Werten und Normen muss ebenso gestellt werden, wie die Frage nach konkreten Kriterien. Aus diesem Grund ist es trotz der unterschiedlichen Ansätze der Konferenzen sinnvoll, einen Vergleich vorzunehmen, um mögliche Gemeinsamkeiten und deutliche Unterschiede herauszuarbeiten.

### **7.1 Vergleich der Kriterien**

Die hier im Folgenden aufgeführten Vergleichskategorien und Einteilungen der in Lübeck und Kanada genannten Kriterien orientieren sich an der Auswertung der Kriterien der Lübecker Konferenz. Die Auswertung hat gezeigt, dass ein Zusammenhang zwischen bestimmten Kriterien und Grundwerten besteht und diese Zusammenhänge kommen hier in den Kriteriengruppen zum Ausdruck.

Die kanadischen Bürger haben bei ihrer Konferenz eine Kriterienliste erstellt und dabei nicht ausdrücklich Grundwerte benannt. Allerdings sind aus den Kriterien der kanadischen Konferenz einige Grundwerte interpretierbar, die wahrscheinlich als Basis für die entsprechenden Kriterien gedient haben. Obwohl die Grundwerte somit nicht als eigene Gruppe aufgeführt wurden, werden sie trotzdem in dieser Arbeit mit den genannten Grundwerten der Lübecker Bürger in der Gruppe der „Grundwerte“ verglichen, weil sie sich aus der Kriterienliste deutlich heraus kristallisieren.

Obwohl in Lübeck keine endgültige Gewichtung der Kriterien vorgenommen wurde, sind die Kriterien „Lebenserhaltung und Dringlichkeit der Behandlung“ und „Bedarfsgerechte Verteilung“ in der Beschreibung der Kriterien als besonders wichtig herausgehoben worden, und aus diesem Grund ist davon auszugehen, dass diese Kriterien an den vordersten Stellen einer Kriterienliste gestanden hätten (siehe Anhang Seite 185).

Bei der kanadischen *citizens jury* wurden die Kriterien „Potential to benefit a number of people“ und „Potential to extend life with quality“ als die wichtigsten Kriterien identifiziert (siehe Kapitel 6.2.2).

„Lebenserhalt“ bzw. „Lebensverlängerung“ werden somit bei beiden Konferenzen als besonders wichtige Kriterien erwähnt, auch wenn bei den Kanadiern die „Lebensverlängerung“ in Bezug zu „Lebensqualität“ gesetzt wurde und nicht alleine als Kriterium am Anfang der Liste steht.

„Bedarfsgerechte Verteilung“ steht bei den Lübeckern als weiteres Kriterium im Vordergrund. Der Bedarf und die darauf bezogene Gerechtigkeit werden von den Teilnehmern der kanadische *citizens jury* nicht benannt. Somit sind in Bezug auf diesen Aspekt keine Übereinstimmungen zu finden.

Die kanadischen Teilnehmer haben in ihrer Liste „Potential to benefit a number of people“ als besonders wichtig aufgeführt (siehe Kapitel 6.2.2). Dieser Ansatz ist ein anderer, als der der Lübecker Bürger, die Diskriminierung und ungleiche Behandlung vermeiden wollen. Die Teilnehmer der kanadischen *citizens jury* sind zu der Überzeugung gelangt, dass es wichtig ist, möglichst vielen Individuen zu helfen und benennen dabei keine Einschränkungen. Bedarf oder Diskriminierung werden von ihnen nicht angesprochen.

Die Kriterien „Lebensqualität“ und „Patientenwille“ (siehe Anhang, Seite 186) sind von den Lübecker Bürgern als Kriterien, die den einzelnen Menschen betreffen, aufgeführt worden. Bei dem Kriterium der Lebensqualität wird sogar in der Beschreibung im Votum noch betont: „Auch das Kriterium Lebensqualität steht für uns im Vordergrund“ (siehe Anhang, Seite 186). Darin liegt eine weitere Parallele zu den Ergebnissen der kanadischen Konferenz. Schon in dem zweiten Punkt „Potential to extend life with quality“ und auch im dritten Punkt „Potential to improve quality of life“ wird die „Lebensqualität“ benannt (siehe Kapitel 6.2.2). Somit ist dieser Aspekt nicht nur das Ergebnis beider Konferenzen, sondern er wird sogar als besonders wichtig von beiden Bürgergruppen hervorgehoben.

Das zweite Kriterium, das bei den Lübecker Bürgern im Zusammenhang mit der Autonomie steht, ist der „Patientenwille“ (siehe Anhang, Seite 186). Der „Patientenwille“ wird von den kanadischen Teilnehmern in den Ergebnissen nicht erwähnt und ist ihnen somit entweder nicht so wichtig gewesen oder er wurde überhaupt nicht diskutiert.

Die Kriterien „Alter“ und „Wartezeit“ werden von den Lübecker Bürgern in ihrem Votum diskutiert (siehe Anhang, Seite 185). Das „Alter“ wird in den Ergebnissen der kanadische Bürger nicht erwähnt und ist somit bei beiden hier betrachteten Konferenzen kein entscheidendes Kriterium (siehe Kapitel 6.2.2). Die „Wartezeit“ wird von den Lübecker Bürgern als Kriterium benannt. Es wird jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dieses Kriterium als nachrangig zu verstehen ist (siehe Anhang, Seite 185). Bei den kanadischen Bürgern wird die Wartezeit nicht explizit als Kriterium benannt.

Allerdings gehen die Kanadier auf den Faktor Zeit in jener Hinsicht ein, dass sie eine möglichst frühe Behandlung für wichtig erachten („Potential to detect a condition which, if treated early,[...]“, siehe Kapitel 6.2.2) und Lebensverlängerung anzustreben ist („Potential to extend life“, siehe Kapitel 6.2.2). Somit erwähnen sie nicht das bestehende Alter von Patienten, aber sie halten fest, dass eine Behandlung möglichst früh erfolgen soll, was zum Ausdruck bringt, dass sie die Behandlung in einem frühen Krankheitsstadium anstreben.

Im Zusammenhang mit den Kosten im Gesundheitssystem haben die Lübecker Bürger die Kriterien „Kosteneffizienz“, „Innovation und Fortschritt“ und „Nachweisbarkeit der Wirksamkeit“ benannt. Mit der „Kosteneffizienz“ wollen sie sowohl die Kosten als auch den Nutzen berücksichtigt sehen. Der Nutzen soll dabei „im Vordergrund“ stehen (siehe Anhang, Seite 186). Auch die kanadischen Bürger empfinden den Nutzen als wichtig und beachtenswert und bringen dies mit ihren Punkten „Potential clinical benefit over existing treatment(s)“ und „Potential for additional applications“ zum Ausdruck (siehe Kapitel 6.2.2). Der Nutzen von Behandlungsmöglichkeiten muss gegeneinander abgewogen werden und die Wahl soll dann auf die Möglichkeit mit dem größten Nutzen fallen. Außerdem ist jene Behandlungsmöglichkeit zu verwenden, die einen großen Nutzen dadurch hat, dass sie mehrfach einsetzbar ist. Die Kosten sind für die kanadischen Bürger als Kriterium auszuschließen (siehe Kapitel 6.2.2).

„Innovation und Fortschritt“ sind für die Lübecker Bürger deswegen wichtig, weil sie an die zukünftigen Perspektiven der nächsten Generationen denken (siehe Anhang, Seite 186). Auch dieser Aspekt ist von den kanadischen Bürgern in jener Form genannt worden, dass sie das Thema ihrer Debatte, welches sich mit neuen Behandlungsmöglichkeiten beschäftigt, für wichtig und unterstützenswert erachten. Die Bürger äußern sich positiv über ihre Teilnahme an der *citizens jury* („As demonstrated in the results of the feedback questionnaire, jurors viewed their experience as a positive one“ Menon und Stafinski 2008, Seite 291) und diese Äußerung legt nahe, dass sie ihre Arbeit wichtig finden und lässt die Vermutung zu, dass sie neue Technologien und somit den Fortschritt in der Medizin befürworten.

Das Kriterium der Lübecker Bürgern „Nachweisbarkeit der Wirksamkeit“ wird von den kanadischen Bürgern ebenfalls als wichtig empfunden. Sie bringen dies darin zum Ausdruck, dass sie für die Betrachtung der kompletten Daten der bisherigen Einsätze von neuen Methoden plädieren (siehe Kapitel 6.2.2), um auf diese Weise die Methode beurteilen zu können und einen Nachweis für die bestehende Wirksamkeit zu erbringen.

Die Kriterien, über die sich die Lübecker Bürger nicht einig werden konnten, sind „Eigenverantwortung“, „familiäre Fürsorge“ und „Berufsfähigkeit“ (siehe Anhang Seite 186). Die kanadischen Bürger haben sich zur diesen Punkten wahrscheinlich aufgrund ihrer Fragestellung nicht geäußert. Ihre Fragestellung beschäftigte sich mit neuen medizinischen Maßnahmen, was die Auseinandersetzung mit Selbstverschulden, familiärer Fürsorge oder auch Berufstätigkeit kaum nahelegt.

Kriterien	Lübecker Bürgerkonferenz	Kanadische <i>citizens jury</i>
<b>Lebenserhaltung und Dringlichkeit der Behandlung</b>	Kriterium wird als <i>besonders wichtig</i> herausgehoben	Lebensverlängerung wird an <i>zweiter Stelle</i> genannt
<b>Bedarfsgerechte Verteilung</b>	Kriterium wird als <i>besonders wichtig</i> herausgehoben	<i>Nicht</i> genannt
<b>Lebensqualität</b>	Kriterium wird als <i>besonders wichtig</i> herausgehoben	Wird an <i>zweiter und dritter Stelle</i> genannt
<b>Patientenwille</b>	Soll Berücksichtigung finden	Nicht genannt
<b>Kalendarisches Alter</b>	Soll nicht berücksichtigt werden	Nicht explizit genannt, frühe Behandlung wird angestrebt
<b>Wartezeit</b>	Nach anderen Kriterien als Kriterium heranzuziehen	Nicht genannt
<b>Kosteneffizienz</b>	Kosten-Nutzen-Abwägung, der <i>Nutzen steht dabei im Vordergrund</i>	Der <i>Nutzen</i> ist ein <i>wichtiger zu beachtender Punkt</i> , die <i>Kosten</i> sollen <i>keine Rolle</i> spielen
<b>Innovation und Fortschritt</b>	Zukünftige Generationen beachten	Wird als wichtig empfunden
<b>Nachweisbarkeit der Wirksamkeit</b>	Entscheidend für die Beurteilung von Methoden	Entscheidend für die Beurteilung von Methoden
<b>Eigenverantwortung und Selbstverschulden</b>	Wichtig, aber kein Kriterium der Priorisierung	Nicht genannt (entspricht nicht der Fragestellung)
<b>Familiäre Fürsorge</b>	Wichtiger Punkt, aber Schwierigkeiten mit einer konkreten Kriteriumsbenennung	Nicht genannt (entspricht nicht der Fragestellung)
<b>Berufsfähigkeit</b>	Wirtschaftlich wichtig, aber rechtlich schwieriges Kriterium	Nicht genannt (entspricht nicht der Fragestellung)

**Tabelle 4 Gegenüberstellung der Ergebnisse (Kriterien)**

## **7.2 Vergleich der Grundwerte**

In Lübeck wurden von den Bürgern die Prinzipien „Menschenwürde“, „Information“, „Selbstbestimmung“, „Gleichheit“, „Solidarität“, „Bedarf“, „Effizienz“ und „Transparenz“ als ihre Grundwerte für die Priorisierung im Gesundheitswesen festgelegt (siehe Anhang Seite 183ff.). Ihre Bedeutung für die Lübecker und die Interpretation dieser Begriffe wurde in Kapitel 5.3.5.1 ausgeführt.

In Kanada spielt die Gerechtigkeit bei dem Kriterium „Potential to benefit a number of people“ (siehe Kapitel 6.2.2) auch eine Rolle. Der Begriff „Gerechtigkeit“ wird von den kanadischen Bürgern zwar nicht ausdrücklich genannt und definiert, aber indirekt wird klar, dass die Gerechtigkeit von den kanadischen Bürgern utilitaristisch verstanden wird. Eine Behandlungsmöglichkeit soll nach ihrer Überzeugung sichern, dass viele Menschen davon profitieren können, weil es sonst ungerecht wäre (siehe Kapitel 6.2.2). Damit wird sichtbar, dass eventuell ein unterschiedliches Verständnis von Gerechtigkeit und Gleichheit bei der kanadischen und der deutschen Bürgergruppe besteht, aber „Gerechtigkeit“ sowohl in Lübeck, als auch in Kanada in der Diskussion als wichtiger Aspekt herausgestellt wurde.

Die „Menschenwürde“, die in dem Lübecker Votum von den Lübecker Bürgern als feststehendes Gut herausgestellt wird (siehe Anhang Seite 183), wird in der kanadischen Kriterienliste nicht explizit genannt. Jedoch wird unter anderem in den Kriterien deutlich, die sich mit der Lebensqualität beschäftigen (siehe Kapitel 6.2.2), dass auch die kanadischen Bürger einen Wert in jedem Individuum sehen.

Bei den kanadischen Bürgern sind der „Bedarf“ und vor allem die „Effizienz“ ebenfalls als wichtige Prinzipien herauszulesen. Allerdings ist aufgrund der nicht vorhandenen Trennung zwischen Grundwerten und Kriterien nicht klar zu eruieren, ob sie diese Aspekte auch als Grundwerte definieren würden. Auch „Information“ und „Transparenz“ wurden von den kanadischen Bürgern nicht explizit genannt, aber mit dem bei Umfragen geäußerten Interesse an weiteren *citizens juries* (Menon und Stafinski 2008, Seite 291) ist zu erwarten, dass die zwei Grundwerte „Information“ und „Transparenz“ auch für die kanadische Bürger eine Basis für ihre Kriterienliste darstellen. Die Einstellung der kanadischen Bürger zur „Selbstbestimmung“ ist anhand der zugänglichen Materialien nicht beurteilbar.

Grundwerte	Lübecker Bürgerkonferenz	Kanadische <i>citizens jury</i>
<b>Menschenwürde</b>	<i>Feststehender Wert</i> des Individuums	<i>Wichtiger Wert</i> , der für einige Kriterien als Basis dient
<b>Gleichheit/ Gerechtigkeit</b>	<i>Wichtiger Grundwert</i> , wird nicht genauer definiert	<i>Wichtiger Grundwert</i> , wird nicht exakt benannt, aber utilitaristisches Verständnis von Gerechtigkeit wird deutlich
<b>Solidarität</b>	Gesellschaftlicher Ansatz	Nicht genannt
<b>Bedarf</b>	<i>Wichtiger Wert</i> , steht über Kosten-Nutzen- Überlegungen	In den Kriterien <i>erkennbarer Wert</i> , aber <u>nicht sicher als Grundwert zu werten</u>
<b>Effizienz</b>	Notwendig als <i>wichtiger Wert</i> bei Ressourcenknappheit	In den Kriterien <i>erkennbarer Wert</i> , aber <u>nicht sicher als Grundwert zu werten</u>
<b>Information</b>	<i>Wichtige Grundlage</i> für einen fruchtbaren Priorisierungsprozess	<i>Wichtige Grundlage</i>
<b>Transparenz</b>	<i>Wichtige Grundlage</i> für einen für alle Bürger verständlichen Priorisierungsprozess	<i>Wichtige Grundlage</i>
<b>Selbstbestimmung</b>	Jeder hat ein Recht darauf	Nicht beurteilbar

**Tabelle 5 Gegenüberstellung der Ergebnisse (Grundwerte)**

### 7.3 Zwischenergebnis

Der Vergleich der Lübecker Bürgerkonferenz und der kanadischen *citizens jury* hat gezeigt, dass obwohl die beiden Konferenzen sich nicht aneinander orientiert haben und die Ansätze und Fragestellung sich unterschieden haben, einige gleiche Aspekte diskutiert wurden und zum Teil sogar ähnliche Ergebnisse erreicht wurden.

Gerade bei der Kategorie „Grundwerte“, die von den Kanadiern nicht eindeutig als Kategorie aufgestellt wurde, zeigt sich, dass ganz grundsätzliche Werte wie „Menschenwürde“, „Gerechtigkeit“, „Information“ und „Transparenz“ eine Grundlage für beide Konferenzen darstellen. Diese Werte, die Grundlage des politischen und gesellschaftlichen Systems in Deutschland und Kanada sind, dienen somit auch in dieser schwierigen Diskussion über Priorisierung eindeutig als Basis. Die anderen Grundwerte waren auf Grund der fehlenden Auflistung der Grundwerte durch die kanadischen Bürger nicht beurteilbar.

Bei den Kriterien sind ebenfalls einige Parallelen zu erkennen. Die wichtigste ist der Schwerpunkt bei der Lebensqualität der Menschen, die sowohl in Kanada als auch in Lübeck große Bedeutung hat.

Der entscheidende Unterschied zwischen den Ergebnissen der hier verglichenen Konferenzen ist, dass die Kosten laut der kanadischen Bürger nicht als Kriterium herangezogen werden sollten. Die Lübecker Bürger betonen zwar, dass sie den Nutzen höher priorisieren würden, aber die Kosten nicht außer Acht zu lassen seien.

Somit sind unter der Berücksichtigung, dass der Vergleich auf Grund eingeschränkter Materialien nur begrenzt möglich ist, bis auf vereinzelte Unterschiede durchaus viele Gemeinsamkeiten und eine ähnliche Richtung im Bürgerwillen der beiden Konferenzen trotz unterschiedlicher Verfahren und kultureller sowie politischer Bedingungen zu erkennen.

## **8. Abschließende Diskussion**

In der Einleitung dieser Arbeit wurden die Fragen aufgeworfen, ob Bürgerbeteiligung in Form von Bürgerbeteiligungsverfahren innerhalb der Priorisierungsdebatte sinnvoll und weiterführend ist. Außerdem wurde gefragt, ob und wenn ja, wie die Ergebnisse der Lübecker Bürgerkonferenz zum Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“ in der medizinethischen Gesamtdebatte sinnvoll und weiterführend einzuordnen sind. Um die erste Frage zu der Sinnhaftigkeit von Bürgerbeteiligungsverfahren in der Priorisierungsdiskussion beantworten zu können, fand innerhalb dieser Arbeit eine Beschäftigung mit der Methode „Bürgerkonferenz“ statt. Anhand eines Fallbeispiels, der Lübecker Bürgerkonferenz zum Thema „Was ist uns wichtig in der Medizin“, wurde die Methode „Bürgerkonferenz“ im Zusammenhang mit diesem speziellen medizinethischen Thema ausführlich geprüft. Die Analyse der Methode „Bürgerkonferenz“ als Möglichkeit zur Bürgerbeteiligung hat ergeben, dass diese Methode das Potential hat, Bürger zu informieren und zu einer kompetenten Meinungsäußerung im Zusammenhang mit schwierigen Themen zu bringen. Aber hat diese Methode dieses Potential auch bei dem Thema Priorisierung im Gesundheitswesen?

Es sind Stimmen vorhanden, die der Methode Bürgerkonferenz zur Beteiligung von Bürgern allgemein kritisch gegenüber stehen, weil sie Bürgern ein hohes Maß an Emotionalität zusprechen. Aufgrund dessen wird von ihnen vermutet, dass eine nötige rationale Beschäftigung mit dem betreffenden Thema nur eingeschränkt oder gar nicht möglich ist (vgl. Levitt 2003). Hierzu konnte in Kapitel 3.4 Seite 52 ein plausibles Gegenargument gefunden werden. Allerdings muss einschränkend festgestellt werden, dass gerade bei einem medizinethischen Thema wie Priorisierung im Gesundheitswesen das Vorhandensein von Emotionen bei den Bürgern sehr schwerwiegt. Persönliche Erlebnisse im Zusammenhang mit Krankheit und ärztlicher Versorgung erzeugt häufig ausgesprochen starke Emotionen bei den Betroffenen und deren Angehörigen. „Heftige Emotionen schränken unsere Wahrnehmungsfähigkeit und unser Urteilsvermögen oft stark ein. [...] Vor allem als negativ empfundene wie Angst oder Ärger sind [...] beispielsweise von der physiologischen Freisetzung von Stresshormonen begleitet, die zu körperlicher Verkrampfung und eingeschränkten emotiven und kognitiven Vermögen führen“ (Leiber 2006, Seite 55).

Zusätzlich ist in der Literatur das Argument zu finden: „Krankheit bewirkt eine massive Einschränkung des gesamten Lebens, Autonomie und Unabhängigkeit können unerreichbar werden, was Ungleichheit

für die Betroffenen bedeutet“ (Huster 2006, Seite 132). Diese Einschränkungen durch Krankheit und die dadurch erlebte Ungleichheit schüren ein hohes Maß an Angst und Ärger bei Betroffenen und deren Angehörigen. Auch viele der Bürger der Bürgerkonferenz in Lübeck bezogen ihre Motivation zur Teilnahme an der Konferenz zu Beginn aus dem Willen das, was sie persönlich erlebt hatten, in eine Diskussion über das Gesundheitssystem in Deutschland einbringen zu können (Beobachtungsprotokoll). Die Analyse im Rahmen dieser Arbeit zeigte allerdings, dass die anfängliche Emotionalität durch Informationen und die intensive Beschäftigung mit dem Thema in den Hintergrund rückten und danach eine rationale Debatte innerhalb der Bürgergruppe entstand. Diese Debatte wurde dann lediglich durch noch vorhandene emotionale Ansätze bereichert. Es war deutlich zu erkennen, wie wichtig den Bürgern Kriterien wie Selbstbestimmung, Patientenrechte und individuelle Lebensqualität sind (siehe Anhang, Seite 184). Diese Kriterien gewannen einige Facetten, die in der Wissenschaftsdebatte in dieser Form nicht zu finden sind, durch noch vorhandene emotionale Ansätze innerhalb der Bürgerdebatte. Somit ist es in dieser Hinsicht sinnvoll und weiterführend Bürger zu beteiligen. Innerhalb einer Diskussion ist es notwendig möglichst viele Aspekte eines Kriteriums oder Grundwertes miteinzubeziehen. Erst vielschichtige Zugänge ermöglichen eine differenzierte Betrachtung der Kriterien und Grundwerte innerhalb der Priorisierungsdebatte.

Als weiteres Problem von Bürgerbeteiligungsverfahren wurde die Beeinflussung von außen beispielsweise durch die Organisatoren genannt (vgl. Levitt 2003). Diese kann als versteckte Beeinflussung aufgrund fehlender Transparenz entstehen (Abels und Bora 2004). Transparenz als wichtiges Instrument, um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde in Kapitel 3.4 dargestellt. Die Beeinflussung von außen war gerade bei der Bürgerkonferenz in Lübeck besonders gegeben, weil der Initiator Heiner Raspe als Experte auf dem Gebiet der Priorisierung gilt. Durch seine Rolle als Experte ergeben sich bei ihm bestimmte Einstellungen und Überzeugungen, die er durch seinen Einfluss auf den Ablauf, die Moderatoren und die Expertenauswahl geltend machen konnte. Es bestand für ihn die Möglichkeit sich den Bürgern gegenüber während seiner Anwesenheit bei der Konferenz beeinflussend und richtungweisend zu äußern.

Im Kapitel 5.2 wurden bei den beeinflussenden Faktoren auch die Transparenz als ein wichtiger Faktor untersucht. Unterpunkte waren dabei Evaluation, Umgang mit der Öffentlichkeit, Auswahl der Experten, die Moderatoren, Ablauf der Konferenz und Umgang mit dem Votum. Durch die Analyse dieser Punkte konnte gezeigt werden, dass die Bürger über den Ablauf der Konferenz und den Umgang mit dem Votum immer wieder in Kenntnis gesetzt und dazu befragt wurden. Sie wurden nach ihrer Meinung zum Umgang mit der Öffentlichkeit und nach ihrem Einverständnis zur Evaluation durch Beobachter gefragt. Außerdem bekamen sie zwar eine vorgegebene Liste von Experten, aber sie suchten selbstständig diejenigen aus, die sie einladen wollten. Die Moderatoren hatten lediglich Fachkenntnisse zur Methode

und brachten deswegen inhaltlich kaum eigene Aspekte ein. Heiner Raspe wurde von den Bürgern selbst an einigen wenigen Stellen als Experte herangezogen und äußerte sich dann als Informationsgeber zu diesen Fragen. Insgesamt ist somit das Ziel eines hohen Maßes an Transparenz für die Teilnehmer erreicht worden. Heiner Raspe hat wegen seines Beiseins und seiner Äußerungen Einfluss auf die Diskussion genommen. Die Bürger haben aber meistens die Form des Einflusses aufgrund ihrer Fragen selbst gewählt und konnten mit den Informationen nach ihren eigenen Überzeugungen umgehen.

Durch die Analyse der Lübecker Bürgerkonferenz konnte somit herausgearbeitet werden, dass auch beim Thema Priorisierung im Gesundheitswesen das Potential der Methode Bürgerkonferenz weitgehend ausgeschöpft wurde. Deswegen kann die Frage nach der Sinnhaftigkeit des Einsatzes von Bürgerkonferenzen im Zusammenhang mit dem Thema „Priorisierung im Gesundheitswesen“ anhand der Ergebnisse dieser Arbeit bestätigt werden. Die Analyse der Lübecker Konferenz konnte zeigen, dass Bürger sich auf diese Form der Kommunikation und Meinungsbildung trotz eines sehr komplexen Themas einlassen können. Die teilnehmenden Bürger äußerten am Ende selbst ausdrücklich in ihrem Votum, dass sie ihre Einbeziehung in das Thema in Form einer Bürgerkonferenz als sinnvoll erachten: „Viele verschiedene Gremien und Gruppen unter Einschluss der Wissenschaft müssen auf breiter Ebene eingebunden werden [...]. Wir möchten die öffentliche Diskussion entfachen und an ihr als mündige Bürger beteiligt werden“ (siehe Anhang, Seite 183). „Die Politik sollte eine breite Priorisierungsdebatte anstoßen und begleiten und dabei die Ergebnisse der Lübecker Bürgerkonferenz zur Kenntnis nehmen und nutzen“ (siehe Anhang, Seite 189).

Allerdings ist bei den Ergebnissen der Lübecker Bürgergruppe zu beachten, dass dies eine Gruppe von Menschen war, die sich freiwillig für dieses Projekt gemeldet hat. Die Teilnahme bestimmter Bevölkerungsgruppen ist bei Konferenzen dieser Art wahrscheinlicher als die Teilnahme anderer Bevölkerungsgruppen. Die Bürger müssen beispielsweise genügend Zeit zur Verfügung haben. Außerdem brauchen sie unter anderem ein gewisses Maß an Selbstvertrauen und die Muße sich zu engagieren. Ute Kumpf stellt fest: „Wer unter existentieller Unsicherheit leidet, investiert seine freie Zeit nicht in Engagement für Andere“ (Kumpf 2011, Seite 18). Daraus ergibt sich, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen nur schwerlich in dieser Bürgerbeteiligungsform mit einbezogen werden können und somit aufgepasst werden sollte, dass diese trotzdem zu Wort kommen (Kumpf 2011, Seite 16f.). Somit ist es sinnvoll nicht allein die Methode Bürgerkonferenz zur Bürgerbeteiligung zu nutzen, sondern sie als einen Baustein von vielen bei der Bürgerbeteiligung einzusetzen. Da die Bürgerkonferenz aber das Potential hat eine gut informierte Bürgermeinung auch bei komplexen Fragestellungen hervorzubringen, ist sie ein ausgesprochen wichtiger Baustein.

Die zweite entscheidende Forschungsfrage dieser Arbeit beschäftigt sich mit der Position, die die Ergebnisse der Lübecker Bürgerkonferenz innerhalb der Priorisierungsdebatte einzunehmen vermögen.

Dafür ist zunächst festzuhalten, welche Ergebnisse die Bürgerkonferenz inhaltlich erbracht hat. In dem von den Lübecker Bürgern verfassten Votum sind vor allem Kriterien und Grundprinzipien zu finden, die schon in der wissenschaftlichen Debatte diskutiert wurden. Insgesamt erscheinen die von den Bürgern genannten Punkte eher trivial. Grundlegende Werte in westlichen Gesellschaften wie die Menschenwürde oder auch die Gleichheit werden von den Lübecker Bürgern genannt. Es sind im Votum kaum absolut neue Kriterien oder übergeordnete Prinzipien von den Bürgern benannt worden. Die meisten von ihnen aufgeführten Kriterien wurden innerhalb der Fachdebatte schon diskutiert (vgl. Kapitel 4, Seite 56-77. Einige Aspekte, die in der Bürgerdebatte als neu aufkamen, wie beispielsweise „kulturelle Vielfalt“, wurden letztlich nicht weiter verfolgt und finden daher keine Erwähnung im Votum (vgl. Anhang, Seite 181-191). Kann das Votum dann überhaupt etwas in die Priorisierungsdebatte einbringen?

Die Ergebnisse der Lübecker Bürger können die Gesamtdebatte bereichern, denn es ist bei dieser Debatte nicht nur entscheidend, was neu diskutiert wurde. Es ist von großer Bedeutung, von wem welche Aspekte wie diskutiert wurde.

Der damalige Gesundheitsminister Philipp Rösler äußerte sich, wie in der Einleitung dieser Arbeit zitiert (siehe Kapitel 1), ablehnend über die Priorisierung. Er sprach davon, dass er eine solche Rangfolge nicht mit seinen „ethischen Vorstellungen als Arzt“ in Einklang bringen könne (Rieser und Stüwe 2010, Seite A-215). Es ist wahrscheinlich, dass Politiker, die sich der Priorisierungsdebatte gegenüber verschließen, vor allem vermeiden wollen politisch angegriffen zu werden. Die Rationierung als mögliche Konsequenz der Priorisierung ist unpopulär. Außerdem können einige Kriterien für bestimmte Patientengruppen Einschränkungen bedeuten, die dann für Protest jener sorgen.<sup>37</sup> Innerhalb der Diskussion der Lübecker Bürger ist allerdings deutlich geworden, dass diese es bei eingehender Beschäftigung mit dem Thema Priorisierung für sinnvoll erachten, Priorisierung innerhalb des deutschen Gesundheitssystems zu nutzen, um so den Problemen im System entgegenzutreten. Sie sehen darin keine ethische Schwierigkeit, sondern empfinden es als notwendig, innerhalb der Politik über Priorisierung nachzudenken. Damit ist ein Ergebnis der Lübecker Konferenz, das für die weitere Priorisierungsdiskussion entscheidend ist, dass informierte Bürger für eine Debatte über Priorisierung im Gesundheitswesen sein können.

Weiterhin bestätigt die Lübecker Diskussion damit, dass viele von den Bürgern debatierte Kriterien innerhalb der Fachdebatte schon diskutiert wurden, dass die Meinungen von Bürgern und Fachleuten bezüglich der Kriterien nicht weit auseinander liegen. Auch dies ist ein wichtiges und weiterführendes

---

<sup>37</sup> Ein damalige CDU- Jungpolitiker Philipp Mißfelder hatte vor einigen Jahren laut darüber nachgedacht, ob man ab dem Alter von 85 Jahren Patienten noch eine künstliche Hüfte einsetzen sollte. Diese Überlegungen haben seiner Karriere geschadet und ihm viel Kritik von führenden Politikern eingebracht (<http://www.durchblick-gesundheit.de/content/red.otx/1177,85311,0.html>, (Stand: 22.03.2012))

Ergebnis der Lübecker Bürgerkonferenz. Es ist somit kein unmöglicher Schritt, die von wissenschaftlicher Seite wichtigen Punkte mit denen der Bürger zusammenzubringen. Dies ist auch eine wichtige Erkenntnis für eine weitere Priorisierungsdebatte und hätte beim Aufgreifen der Priorisierungsdebatte durch die Politik eine hohe Bedeutung.

Bisher hat lediglich eine Bürgerkonferenz zum Thema Priorisierung in Deutschland stattgefunden. Aus diesem Grund ist der Zweifel berechtigt, ob andere Bürger überhaupt zu ähnlichen Ergebnissen kommen würden. Es bleibt die Frage, ob das von den Lübecker Bürgern verfasste Votum überhaupt einen Hinweis darauf geben kann, wie die verbreitete Bürgermeinung zu diesem Thema ist. Möglicherweise ist beim Lübecker Votum lediglich von einer Einzelmeinung zu sprechen. Die Methode Bürgerkonferenz erhebt jedenfalls keinen Anspruch darauf für alle Bürger repräsentative Ergebnisse zu liefern (siehe Kapitel 3.3.2).

Allerdings wurden im Rahmen dieser Arbeit noch die Ergebnisse eines weiteren Bürgerbeteiligungsverfahrens, das in Kanada zum gleichen Themenkomplex stattgefunden hat, untersucht (siehe Kapitel 6). Der in Kapitel 7 vorgenommene Vergleich der Ergebnisse der Lübecker Bürgerkonferenz und der kanadischen *citizens jury* hat einige Parallelen innerhalb der Ergebnisse zu Tage gebracht. Lebensverlängerung aber auch die Lebensqualität werden sowohl von den kanadischen Teilnehmern als auch bei den Lübeckern als wichtige Kriterien erachtet (siehe Kapitel 7.1). Es wurden aber auch Kriterien diskutiert und dann als Kriterium für die Priorisierung verneint. Das Alter zum Beispiel wurde von den Lübecker Bürgern als Kriterium ausgeschlossen. Sie brachten zum Ausdruck, dass alle Menschen jeden Alters grundsätzlich zunächst das Recht auf jede medizinische Versorgung haben. Erst andere Aspekte, wie der gesundheitliche Zustand eines Menschen, können die Sicht auf den Einsatz einer Behandlung verändern. Das hohe Alter allein entbindet die Gesellschaft nach Meinung der Lübecker Bürger nicht von der Verantwortung medizinische Leistungen für diese Menschen zu erbringen.

Die kanadischen Bürger selbst haben während ihrer Konferenz keine übergeordneten Prinzipien erarbeitet, aber anhand der Kriterien wird deutlich, dass beispielsweise die Menschenwürde, die Gerechtigkeit aber auch die Effizienz ihren Kriterien als Basis zu Grunde liegen (siehe Kapitel 7.2). Es scheint somit sehr wahrscheinlich, dass bestimmte Grundprinzipien und Kriterien nicht nur eine Einzelmeinung innerhalb der Lübecker Bürgerkonferenz sind.

Dieser Vergleich weist sogar darauf hin, was Bürgern unabhängig von ihren Systemen in der westlichen Welt lediglich aufgrund ihrer Bürgerrolle als wichtig erscheint. Außerdem kann aus dem Vergleich abgeleitet werden, welche Aspekte auf die länderspezifischen Prägungen zurückzuführen und somit nicht als allgemeingültig für die meisten Menschen zu betrachten sind.

Für die Gesamtdebatte kann es also sehr gewinnbringend sein Bürger auf verschiedene Weise zu beteiligen. Dabei sollten allerdings auf keinen Fall die Schwierigkeiten solcher Bürgerbeteiligungsverfahren unterschätzt werden. Denn erst mit dem Bewusstsein für die Nachteile und Probleme dieser Verfahren kann diesen sinnvoll entgegengewirkt werden. Sie sind innerhalb der Priorisierungsdebatte ein wichtiger Baustein, der durch viele andere Bausteine ergänzt werden muss. Somit ist das Ergebnis dieser Arbeit ein klares Votum für die zukünftige Beteiligung von Bürgern an der Priorisierungsdebatte in Form von Bürgerbeteiligungsverfahren wie der Bürgerkonferenz.

## **9. Anhang: Protokolle und Bürgervotum**

Protokoll des ersten Konferenzwochenendes	Seite 152-156
Protokoll des zweiten Konferenzwochenendes	Seite 157-163
Protokoll des dritten Konferenzwochenendes	Seite 164-175
Protokoll des vierten Konferenzwochenendes	Seite 176-180
Bürgervotum	Seite 181-191

# Lübecker Bürgerkonferenz

## Protokoll des ersten Treffens der Bürgergruppe

### 7.-8. Mai 2010

Das folgende Protokoll fasst die wesentlichen Ergebnisse und Beschlüsse des ersten Treffens der Bürgergruppe zusammen. Diese sind nach Themen und nicht nach zeitlichem Ablauf gegliedert.

Teilnehmer: Gerhard Benker, Claudia Getta, Gerd Gräning, Marcus Heitefuß, Stefan Jack, Kurt Kaufmanns, Antje Klein, Bärbel Klein, Kornelia Kürle, Udo Leuchtmann, Florian Mundt, Heinrich Musiol, Gerhard Roth, Kerstin Rückert, Hans-Joachim Saß, Stephan Schröder, Jörg Weimann, Renate Welsch, Michael Wichmann, Margot Wolters

Moderatoren: Jens-Peter Dunst, Sarah Hecker

Sonstige: Mirjam Hauschildt, Heiner Raspe, Silke Schicktanz, Sabine Stumpf

## EIFÜHRUNG

Das erste Wochenende diente vor allem dem Kennenlernen der Gruppenmitglieder untereinander (Freitag) und einer ersten intensiven Beschäftigung mit der Thematik der Bürgerkonferenz (Samstag).

### b) Ziel der Bürgerkonferenz

Ziel der Bürgergruppe ist die Diskussion und Gewichtung von Grundsätzen und Kriterien zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung. Diese sollen in einem Bürgervotum festgehalten werden. Darüber wird am Ende abzustimmen sein. Es ist möglich, einig zu sein, dass man sich nicht einigen kann. Dann wäre ein Minderheitsvotum zu formulieren.

Über die weiteren Schwerpunkte ihrer Beratungen, vor allem der Expertenbefragungen wird die Bürgergruppe beim nächsten Treffen (28.-29. Mai 2010) entscheiden.

### c) Was kann die Bürgerkonferenz erreichen?

Es kam die Frage auf, was eine regionale Bürgerkonferenz erreichen kann. Dazu hat Frau Prof. Schicktanz (Göttingen) von ihren Erfahrungen aus der Begleitung mehrerer Bürgerkonferenzen berichtet. Man solle die Erwartungen an die politische Schlagkraft einer Bürgerkonferenz nicht zu hoch setzen, zumal die Lübecker Bürgerkonferenz keinen ausdrücklichen Auftrag erhalten und keinen im Voraus geplanten Adressaten vor Augen habe. Ihr Ziel ist es, als eine Art „Eisbrecher“ die von Politik und Kostenträgern abgewehrte Diskussion um Prioritäten in der medizinischen Versorgung voranzutreiben und der Meinung von Bürgerinnen und Bürger in Fragen der Priorisierung Gehör zu verschaffen. Die Bürgerkonferenz möchte auch zeigen, dass Bürgerbeteiligung an solchen Diskussionen machbar und gewinnbringend ist. Bürger werden auch in Zukunft in diese Diskussion und eventuell zu schaffende Gremien einbezogen werden müssen.

## FORMALE BESCHLÜSSE

Am Freitag einigte sich die Bürgergruppe über wichtige formale Fragen.

### a) Allgemeine Regeln des gemeinschaftlichen Arbeitens

Die Bürgergruppe hat folgende Regeln für das gemeinschaftliche Arbeiten und den Umgang miteinander erarbeitet (Diese Regeln sollen für die Arbeit in Kleingruppen und in der gesamten Runde gelten):

- alle sind gleich wichtig
- es gibt nicht richtig oder falsch
- Störungen werden sofort angesprochen
- wir gehen konstruktiv und lösungsorientiert miteinander um
- alle Argumente sollen für alle sichtbar sein
- der Moderator achtet darauf, dass alle zu Wort kommen
- der Moderator fasst zusammen und erhält den roten Faden
- wir lassen uns aussprechen und hören einander zu
- Wortbeiträge sollen möglichst kurz gehalten werden
- wir versuchen Mehrheiten zu finden → manchmal einigen wir uns, dass wir uneins sind
- Im Verlauf der Arbeit werden wir uns weitere angemessene Regeln setzen.

### b) Beschluss der Bürgergruppe zum Umgang mit Ton- und Fotoaufnahmen

Die Organisatoren hatten darum gebeten, die Beratungen der Bürgergruppe auf Tonband aufnehmen zu dürfen. Dies wurde von der Bürgergruppe gestattet. Die Tonbandaufnahmen dienen der Dokumentation und der wissenschaftlichen Auswertung der Bürgerkonferenz. Sie werden vertraulich behandelt und nicht veröffentlicht. Es ist der Gruppe überlassen, ob und in welchem Umfang eine Dokumentation zugelassen wird. Fotos von der Gruppe wurden mit der Zustimmung der gesamten Gruppe gemacht. Ihre genaue Verwendung wird zu einem späteren Zeitpunkt beschlossen

### c) Beschlüsse der Gruppe zum Umgang mit der Öffentlichkeit

Die Gruppe hat dem Vorschlag der Organisatoren zugestimmt, vor jedem Wochenende eine Pressemitteilung herauszugeben, in der ein Ausblick darauf gegeben wird, was beim kommenden Treffen der Bürger passiert. Dabei sollen keine inhaltlichen Informationen über den Stand der Diskussion veröffentlicht werden, sondern lediglich Informationen zum bisherigen und zukünftigen formellen Ablauf. Die Anfrage der Presse, bei einem Treffen der Bürger dabei zu sein, wurde von den Organisatoren an die Gruppe weitergegeben, aber von der Gruppe noch nicht abschließend beurteilt. Die Idee, Journalisten an dem dritten Wochenende bei den Expertenbefragungen zuzulassen, wurde positiv aufgenommen. Darüber soll beim nächsten Treffen entschieden werden.

### d) Bedarf an Literatur, Information und weiterem Material

Für die Bürgergruppe steht ein Angebot zur Information und Vertiefung bestimmter Fragen bereit. Dazu lagen während des ersten Treffens Bücher und Artikel aus, die auf Wunsch kopiert werden. Die Teilnehmer haben sich dazu in eine Liste eingetragen und erhalten das von ihnen gewünschte Material möglichst bald nach diesem Treffen. Jedem steht es frei, weiteres Informationsmaterial zu suchen und ggf. auch den anderen Teilnehmern mit Unterstützung der Organisatoren zur Verfügung zu stellen. Es wurde festgehalten, dass niemand zusätzliche Materialien lesen muss, jeder sich selbstverständlich weiter informieren kann, wenn er dies möchte.

## INHALTLICHE ERGEBNISSE DER GRUPPE

Am Samstag (8.5.10) begannen die Teilnehmer der Bürgerkonferenz mit Hilfe zweier „Experimente“ mit der inhaltlichen Arbeit. Hier wurden Probleme der Priorisierung 1. auf klinischer Ebene (einzelne Patienten) und 2. auf der Ebene einer regionalen medizinischen Versorgung behandelt. Die Ergebnisse der Diskussionen in Kleingruppen wurden schriftlich festgehalten. Gemeinsam wurden Kriterien genannt und diskutiert, die für die Priorisierungsentscheidungen wichtig waren. Diese wurden mit Unterstützung von Frau Schicktanz und dem Moderatorenteam aufgeschrieben und auf mehreren Tafeln zu Gruppen zusammengefasst. Hierbei sind die drei Gruppen „Kriterien“, „Meta-Kriterien“ und „übergeordnete Prinzipien“ sichtbar geworden. Kriterien sind Eigenschaften, nach denen Patientengruppen, Erkrankungen oder Behandlungsmethoden in eine Rangreihe eingeordnet werden können (z.B. Schwere der Erkrankung, Erfolg der Behandlung). Metakriterien sind z.B. Merkmale, die sich auf alle Kriterien der ersten Ebene beziehen (z.B. wie gut wir über die Krankheitsschwere Bescheid wissen oder wie belastbar der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit einer Behandlungsmethode ist). Meta-Kriterien sind auch Merkmale, die eine Bewertung und Gewichtung der Kriterien selbst ermöglichen (z.B. ob die Kriterien in der Bevölkerung akzeptiert sind oder ob sie mit geltendem Recht vereinbar sind). Übergeordnete Prinzipien benennen Werte, die unbedingt eingehalten werden müssen, wenn priorisiert wird, die selbst aber keine Unterscheidung zwischen unterschiedlichen Patientengruppen, Erkrankungen oder Behandlungsmethoden machen (z.B. Gleichbehandlung, keine Diskriminierung).

a) Kriterien (bitte vergleichen Sie diesen Text mit den Photographien der von Ihnen gemeinsam bearbeiteten Tafeln; diese sind dem Protokoll beigelegt)

### Gruppen von Kriterien

- Soziale Komponente, sozialer Status, Lebensverhältnisse, Fürsorge und Verantwortung für andere, familiäre Situation, Nutzen für das Gemeinwohl
- Berufsstatus, Arbeitsfähigkeit, Berufstätigkeit
- Alter, Lebensqualität, Lebenserwartung, lebenswerter gestalten (weniger Schmerzen)
- Kosten, Fallpauschale, Privat/GKV, wirtschaftliche Kosten, Kostenersparnis in der Zukunft
- Zeitfaktor (wie weit hat das Gewicht?), Eingang der Krankheit (Wartebonus)
- Verweildauer im Krankenhaus, Dauer der Behandlung. OP Erfolg, OP Risiko, Folgeerkrankungen
- Erkenntnisse mit Zahlen hinterlegen, Nachweis der Wirksamkeit, Wirkungsgrad, wie hoch ist der Nutzen, Behandlungsgeschwindigkeit,
- Mobilitätserhaltung, Einsparung von Folgeerkrankungen, Langzeitwirkung und Folgen
- Eigenverschulden (↔) Prognose

### Einzelne Kriterien

- Allgemeinzustand
- Eigener Wille
- wer hat den Anlass zur OP gegeben?
- Aufklärung des Patienten
- Innovation und Fortschritt
- Entlastung der Krankenhäuser und Pflegeheime
- Verteilung der Belastung
- Würde des Menschen
- Trauerkultur wird vernachlässigt

## b) Metakriterien

- So viele Informationen sammeln wie möglich
- das gemeinschaftliche Abwägen bringt Einigkeit
- nur Kriterien beurteilen, die man auch beurteilen kann
- Objektivierung von Subjektiven Erfahrungen
- wie gehen wir mit emotionalen Einflüssen um?
- Effizienz; Kosten/Aufwand
- Ausgrenzung des Themas Tod, Integration des Themas Tod
- Menschen beachten, die keine Stimme haben, Abstellgleis, Minderheiten mit schweren Erkrankungen beachten
- Zielgruppengröße, was trifft die Allgemeinheit am ehesten?
- Auf angemessene Versorgung achten was ist wann angemessen? (Austausch); nicht zu früh abschieben

## c) Übergeordnete Prinzipien

- Diskriminierung; Gleichbehandlung
- Eigenverantwortung
- Lebenserhaltung hat Vorrang
- Was ist Gesundheit?
- Kultur- und gesellschaftspolitische Aspekte
- Wichtung der Kriterien
- Verteilungsgerechtigkeit
- gibt es strategisch klare Linien von Prioritäten
- neutrale Struktur als Rahmen

Die Reihenfolge der Auflistung ist zufällig und bildet keine Gewichtung der Kriterien ab!

## FRAGEN DER GRUPPE, DIE MÖGLICHERWEISE EXPERTEN GESTELLT WERDEN KÖNNEN

Während der Diskussion der Bürgergruppe wurden folgende Fragen schriftlich festgehalten:

- Wie entscheiden welche Personen aktuell?
- Wer soll entscheiden? (Ärzte, Patienten...)
- Wie mündig darf der Patient sein?; Wie wird der Patient aufgeklärt?; Wer macht die Aufklärung (Institutionen)?
- Inwieweit sollen Kosten in die Entscheidungsfindung einfließen?
- Kontrolle? Beziehungen aushebeln,
- Welche Kontrollmöglichkeiten gibt es?; Ausgabenkontrolle bei der GKV?; Wie wird die Kostenmitverantwortlichkeit der Mitspieler gesichert?; Welche Alternativen zu Gutachten gibt es?
- Wie viel Freiheit darf der Entscheider haben?
- In wieweit sollen Kosten in die Entscheidungsfindung einfließen?
- Ablauf der Entscheidung?
- Welche Managementstrukturen werden durchlaufen?
- Inwiefern Fallpauschalen berücksichtigen?
- Was macht es günstiger bei den privaten Versorgern?
- Werden Leute mit Geld schneller behandelt?
- Privat oder Kasse?
- Medizinisch, kaufmännisch oder menschlich?
- Welche Patienten haben keine Lobby?
- Palliativstation = Hospizversorgung?
- Wie kann das Verschieben in andere Versorgungsniveaus verhindert werden?
- Alter?
- Wer hat den Anlass zur OP gegeben?

Erste Expertenvorschläge wurden der Gruppe unterbreitet. Die Gruppe hat noch keine Einzelentscheidungen getroffen. Frau Welsch schlug vor, Renate Hartwig als Expertin einzuladen. Frau Hartwig ist Autorin des Buchs „Der Verkaufte Patient“. Frau Welsch wird gebeten, die Inhalte des Buchs beim nächsten Treffen kurz vorzustellen (ca. 15 min). Die übrigen Teilnehmer interessiert insbesondere, welche Fragen zu Kriterien der Priorisierung Frau Hartwig ggf. beantworten könnte. Nach dem Kurzvortrag wird die Bürgergruppe über die Einladung entscheiden.

## AUSBLICK AUF DAS WAS NOCH ZU TUN IST

Während des nächsten Termins wollen die Teilnehmer der Bürgerkonferenz die einzelnen Punkte auf den Tafeln ordnen und mit Überschriften versehen. Außerdem sollen Fragen für die Experten erarbeitet werden. Die Vorbereitung auf die Expertenbefragung steht im Vordergrund des Wochenendes. Zur Vorbereitung auf das nächste Treffen erhalten die Bürger das von ihnen gewünschte Informationsmaterial, ein Fotoprotokoll des ersten Termins und das Bürgervotum der Dresdner Bürgerkonferenz.

Zum nächsten Treffen tagt die Bürgerkonferenz am Freitag, den 28. Mai, ab 14.00Uhr und am Samstag, den 29. Mai, ab 9.00Uhr in der Köngstr. 42.

# Lübecker Bürgerkonferenz

## Protokoll des zweiten Treffens der Bürgergruppe

### 28.-29 Mai 2010

Das folgende Protokoll fasst die wesentlichen Ergebnisse und Beschlüsse des zweiten Treffens der Bürgergruppe zusammen. Zunächst werden die formalen Beschlüsse, anschließend die inhaltlichen Ergebnisse des Treffens dargestellt. Diese sind thematisch und nicht nach zeitlichem Ablauf gegliedert.

Teilnehmer: Gerhard Benker, Claudia Getta, Gerd Gräning, Marcus Heitefuß, Stefan Jack, Kurt Kaumanns, Antje Klein, Bärbel Klein, Kornelia Kürle, Florian Mundt, Heinrich Musiol, Gerhard Roth, Kerstin Rückert, Hans-Joachim Saß, Stephan Schröder, Jörg Weimann, Renate Welsch, Michael Wichmann, Margot Wolters

Udo Leuchtmann kann aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr an der Bürgerkonferenz teilnehmen  
Kornelia Kürle, Claudia Getta und Heinrich Musiol mussten das Treffen am Samstag früher verlassen

Moderatoren: Jens-Peter Dunst, Sarah Hecker

Sonstige: Mirjam Hauschildt, Heiner Raspe, Sabine Stumpf

## FORMALE BESCHLÜSSE

### a) Beschluss zur inhaltlichen Ausrichtung

Es wurde festgehalten, dass die Lübecker Bürgerkonferenz sich mit den aus Bürgersicht wichtigen Kriterien und Grundprinzipien der Priorisierung in der medizinischen Versorgung beschäftigen will. Diese sollen zum Abschluss der Konferenz in einem gemeinsamen Votum festgehalten und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Dieses Ziel steht für alle Teilnehmer im Vordergrund.

Der Unterschied zwischen Priorisierung und Rationierung wurde von einigen Teilnehmern und vom Experten Thorsten Meyer betont. Rationierung bezeichnet die Einsparung von Mitteln und die Kürzung von Leistungen. Rationierung entscheidet unmittelbar über die Verteilung von Mitteln. Priorisierung hingegen bezeichnet die gedankliche Beschäftigung mit der Frage: Was ist in der medizinischen Versorgung besonders wichtig und was ist weniger wichtig ist. Ziel ist dabei die Erstellung von Rangreihen. Es werden jedoch keine unmittelbaren Entscheidungen über die Verteilung von Mitteln getroffen.

Priorisierung kann sowohl die Ausweitung bestimmter Versorgungsbereiche als auch die Einsparung an anderen Stellen zur Folge haben.

### b) Beschluss der Gruppe zum Umgang mit der Öffentlichkeit

Die Gruppe stimmte dem Vorschlag der Organisatoren zu, die Presse zu einer der geplanten Expertenbefragungen einzuladen. So soll das Interesse der Presse an der Bürgerkonferenz vergrößert und die Öffentlichkeit über die Arbeit der Gruppe informiert werden. Die Presse wird mit Zustimmung aller anwesenden Bürger zur Expertenbefragung des Schweden Jörg Carlsson am Freitagnachmittag eingeladen werden. Die Einladung übernimmt Frau Stumpf. Kontaktdaten von möglicherweise interessierten Journalisten können an sie weitergegeben werden.

Die Bürgergruppe stimmte dem Vorschlag zu, ein Foto der Gruppe zusammen mit einer Pressemitteilung vor dem nächsten Treffen im Juni herauszugeben.

### c) Beschluss der Gruppe zu den Expertenbefragungen und deren Ablauf

Folgende Experten werden zur Befragung eingeladen:

Freitag 18.06.2010:

- Christoph Rehmann- Sutter (Ethik)
- Jörg Carlsson (Schweden)

Samstag 19.06.2010:

- Eckardt Nagel (System: aktuelle Situation)
- Jens- Martin Träder (Allgemein Mediziner)
- Claudia Landwehr (Politologie, Verfahren zur Umsetzung)

Freitag 02.07.2010:

- Andreas Gerber (Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)
- Felix Welti (Sozialrecht)

Die Moderation der einzelnen Befragungen wird von jeweils zwei Mitgliedern der Bürgergruppe übernommen. Diese beiden Moderatoren stellen zunächst die von ihnen vorbereiteten und von der Gruppe verabschiedeten Fragen. Es soll Raum für Rückfragen und ergänzende Fragen der Teilnehmer geben. Die wesentlichen Punkte der Expertenbefragung werden von jeweils zwei Protokollanten aus der Bürgergruppe festgehalten. Dafür ist ebenfalls das jeweilige Moderatorenteam verantwortlich.

### d) Beschluss zum Fußball-WM Vorrundenspiel am 18. Juni 2010

Die Bürger beschlossen einstimmig, das Vorrundenspiel Deutschlands bei der Fußball WM am 18. Juni 2010 nicht anzuschauen. Der Spielstand wird zwischendurch bekanntgegeben, und in den Pausen wird es die Möglichkeit geben sich selbst zu informieren (z.B. im Internet). Über ein mögliches Viertelfinalspiel der deutschen Nationalmannschaft, das am vierten Wochenende stattfindet wird später entschieden.

## INHALTLICHE ERGEBNISSE DER GRUPPE

### a) Auffälliges zum Dresdner Votum

Bei der Dresdner Bürgerkonferenz zur Gendiagnostik (2001) haben die dort Beteiligten ein Votum erstellt, das als Beispiel und zur Inspiration für die Lübecker Bürgergruppe gelesen wurde. Auffällige und relevante Aspekte zur Struktur und zum Aufbau des Dresdner Votums wurden festgehalten, siehe Seiten 8 und 9 des Fotoprotokolls:

### b) Kriterien

Die am ersten Wochenende aufgestellten Listen von Kriterien, Grundprinzipien und Merkmalen zur Bewertung von Kriterien wurden gesichtet und sortiert.

Zunächst hat die Bürgergruppe sich mit den Kriterien beschäftigt, die der Priorisierung in der medizinischen Versorgung unmittelbar zugrunde liegen sollen. Dabei wurden Überschriften für Kriterien gesucht und die einzelnen Aspekte zugeordnet. Siehe Seite 4 und 5 (oben) des Fotoprotokolls.

Nach der Ordnung der Kriterien wurden Merkmale und Aspekte gesucht, die bei der Bewertung der Kriterien herangezogen werden können. Die Liste dieser Gesichtspunkte ist auf S. 6-7 des Fotoprotokolls zu finden.

Anschließend wurden Grundprinzipien identifiziert, die unbedingt eingehalten werden müssen, wenn priorisiert wird. Siehe Seite 5 (unten) des Fotoprotokolls.

Die bisherige Ordnung ist eine vorläufige und wird bei den kommenden Treffen weiter überarbeitet. Die Reihenfolge der aufgeführten Kriterien spiegelt keine Gewichtung wider.

Einige Aspekte wurden von der Bürgergruppe oder einzelnen Teilnehmern besonders betont (auch hier bildet die Reihenfolge keine Rangfolge ab):

- Lebenserhaltung hat Vorrang
- Gerechtigkeit bei der Verteilung
- Keine Diskriminierung, Nachteile ausgleichen (Patienten, die keine Lobby haben oder sich nicht selbst vertreten können)
- Kulturelle Vielfalt berücksichtigen
- Freiraum für Selbstbestimmung schaffen (Aufklärung des Patienten als Voraussetzung)
- Größe der betroffenen Gruppe beachten (Viele Betroffene vs. seltenere Erkrankungen)
- Kosten und volkswirtschaftliche Konsequenzen von Priorisierung beachten
- Christliche Werte als Grundlage für Priorisierung
- Thema Tod, „Trauerkultur“
- Eigenverschulden ?
- Emotionale Einflüsse und persönliche Erfahrungen bei Entscheidungen über Prioritäten und bei Behandlungsentscheidungen kontrollieren
- Kriterien müssen gewichtet werden
- So viele Informationen sammeln wie möglich
- Kriterien nur verwenden, wenn sie messbar sind
- Gemeinsames Abwägen bringt Einigkeit

### c) Fragen an die Experten

Die bereits beim letzten Treffen erarbeiteten Fragen wurden zu Gruppen zusammengefasst und anschließend den einzelnen Experten zugeordnet. Danach wurden weitere Fragen ergänzt.

#### i) Prof. Dr. Christoph Rehmann-Sutter (Ethik):

- Welche Bedeutung hat die Ethik in der Priorisierung?
- Wie definiert sich die Würde des Menschen aus ethischer Sicht?
- Welche Grundwerte sind bei der Priorisierung zu berücksichtigen?
- Sind Eigenverantwortung und Lebenswandel ein Kriterium?
- Kann Alter ein Kriterium sein?
- Inwieweit können kulturelle, gesellschaftliche und religiöse Aspekte bei der Wahl der Kriterien eine Rolle spielen?
- Wie viel Freiraum kann den Entscheidenden zugebilligt werden?
- Was verstehen Sie aus ethischer Sicht unter Priorisierung?
- Was ist für Sie im Hinblick auf Priorisierung noch wichtig?/ Was können Sie uns noch erklären?

#### ii) Dr. Jörg Carlsson (Priorisierung in Schweden):

- Vergleich des medizinischen Alltags in Schweden und Deutschland
- Ist Priorisierung ein „schlechtes Thema“ für den Wahlkampf?
- Wie hat sich Priorisierung in Schweden im Krankenhaus ausgewirkt?

- Wie haben sie die Priorisierungsakzeptanz bei den Bürgern und den Medizinern erreicht?
- Auf welchen Ebenen findet Priorisierung in Schweden statt?
- Wie werden Patienten in Schweden in die Entscheidung (über Priorisierung) mit einbezogen?
- Welche Probleme gibt es derzeit bei der Priorisierung in Schweden?
- Wie hat sich das Gerechtigkeitsempfinden in Schweden geändert?
- Unterschiedliche Bewertungen in den Provinzen?
- Wie sieht die Weiterentwicklung der Priorisierungskriterien in Schweden aus?
- Welche Erfahrungen aus Schweden sind auf Deutschland übertragbar
- Was verstehen sie unter Priorisierung?
- Was geben sie uns Bürgern mit auf den Weg?

## iii) Prof. Dr. Jans Martin Träger (Medizin):

- Wie verteilen sie das Budget?
- Inwieweit werden Doppelarbeiten vermieden?
- Wie weit werden Patienten aufgeklärt?
- Warum haben einige Krankheiten keine Lobby?
- Inwieweit haben sie Handlungsspielraum in den Entscheidungen?
- Nach welchen Kriterien werden Medikamente ausgewählt?
- Woran misst man die Wirksamkeit von Behandlungen?
- Woran misst man die Schwere von Krankheiten?
- Wie wirken sich Privat- und Kassenpatienten in der Priorisierung aus?
- Was verstehen Sie unter Priorisierung?
- Was wollen Sie uns noch mit auf den Weg geben?

## iv) Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (System, aktuelle Situation):

- Wie entscheiden welche Personen aktuell?
- Spielen dabei Priorisierungen eine Rolle?
- Wie frei sind Sie als Chirurg in ihrer Entscheidung?
- Welchen Einfluss haben die Kosten in der Priorisierung?
- Gibt es bereits strategisch klare Linien von Prioritäten in der medizinischen Versorgung?
- Inwieweit werden Fallpauschalen berücksichtigt?
- Werden Krankheitsgruppen priorisiert? – Wenn ja, wie?
- Was verstehen Sie unter Priorisierung?
- Was könnten Sie uns noch mit auf den Weg geben?

## v) Dr. Claudia Landwehr (Politikwissenschaften):

- Wie werden Gesundheitsleistungen in Deutschland verteilt?
- Von wem werden Entscheidungen jetzt getroffen?
- Welchen Einfluss haben Lobbyisten auf politische Entscheidungen? – kann man es verhindern?
- Wie stellt man sicher, dass unsere Empfehlungen erst genommen werden?
- Wie kann man Politiker verpflichten Priorisierung dauerhaft einzuhalten/zu thematisieren?
- Warum wurde nicht schon früher über Priorisierung diskutiert?
- Wie können „überparteiliche“ Lösungen gefunden werden?
- Warum haben einige Krankheiten keine Lobby?
- Was verstehen Sie unter Priorisierung? 160

- Was möchten Sie der Lübecker Bürgerkonferenz auf den Weg geben?

## vi) Dr. Andreas Gerber (Wirtschaftlichkeit):

- In welcher Form kann die Kontrollinstanz IQWiG die Anordnung der Therapiemaßnahmen einer Kasse kontrollieren?
- Ausgabenkontrolle bei der GKV?
- Wie kann man bei Entscheidungen oder Bewertungen persönliche Erfahrungen objektivieren?
- Wie bewertet man das Preis- Leistungsverhältnis von Therapieverfahren?
- Welche Kontrollmöglichkeiten gibt es im Gesundheitswesen?
- Wie kann die Bürokratisierung reguliert werden? Anzahl von Krankenkassen
- Warum darf die Pharmaindustrie die Preise festsetzen?
- Wer stellt den Nutzen fest?
- Werden bei der Priorisierung volkswirtschaftliche Konsequenzen berücksichtigt?
- Welchen Stellenwert können Kosten bei der Bewertung eines med. Verfahrens haben?
- Was verstehen sie unter Priorisierung?
- Was möchten Sie der Lübecker Bürgerkonferenz auf den Weg geben?

## vii) Prof. Dr. Felix Welti (Recht):

- Was bedeutet „zweckmäßig“, „ausreichend“, „wirtschaftlich“, „Notwendigkeit“?
- Was ist rechtlich erlaubt?
- Wie ist Diskriminierung zu verhindern? (Unterschiedliche Gewichtung von Krankheiten, Therapien)
- Welche Rechte hat der Patient, seinen Tod selbst zu bestimmen?
- Wie viel Selbstbestimmung hat ein Patient (wirklich)?
- Welche Rechte hat die ZEKO (Zentrale Ethikkommission)?
- Welche Rechte hat der Gesundheitsrat? (Vom Präsidenten der Bundesärztekammer vorgeschlagenes Gremium, das sich mit Priorisierung beschäftigen soll)
- Können Kosten erhöht werden ohne Berücksichtigung der Einkünfte?
- Wie muss die Religionszugehörigkeit beachtet werden?
- Gibt es gesetzliche Regelungen zur Aufteilung von Mitteln und Geldern?
- Was ist im Grundgesetz geregelt?
- Welche gesetzlichen Bestimmungen müssen sonst noch beachtet werden?
- Was verstehen Sie unter Priorisierung?
- Was möchten Sie der Lübecker Bürgerkonferenz auf den Weg geben?

## Erste Expertenbefragung von Dr. Thorsten Meyer (Priorisierung allgemein)

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der Befragung von Thorsten Meyer anhand des Protokolls von Herrn Dunst festgehalten (siehe Fotoprotokoll S. 15-19).

## Warum haben die Norweger schon so früh über Priorisierung gesprochen?

- Grund für die Beschäftigung mit dem Thema Priorisierung in Norwegen war die Frage nach dem Umgang mit dem anstehenden Reichtum, Mittel sollten (insbesondere in der Medizin) sinnvoll eingesetzt werden

## Wer hat den Anstoß gegeben?

- Die Bewegung wurde angetrieben von einer Parlamentskommission (keine Dokumentation auf Englisch, 250 Seiten auf Norwegisch)

Wer war in Schweden an der Entscheidung beteiligt?

- Schweden wurde von Norwegen inspiriert. Hintergrund: Ökonomische Argumente sind in den letzten Jahren immer wichtiger geworden. Es sollten auch Ethische Aspekte eine Rolle spielen.
- Ein Onkologe (Facharzt für Krebspatienten) ist in die Christdemokratische Partei eingetreten, um sich im Parlament für die Diskussion über Priorisierung einzusetzen. Er wollte, dass mehr Mittel für die Behandlung von Krebs eingesetzt werden.
- Es wurde eine Parlamentskommission gegründet, an der auch Theologen beteiligt waren

Wie stark wurde Ethik berücksichtigt

- Es wurde eine „ethische Plattform“ geschaffen, die sich mit den Kriterien beschäftigt, die der Priorisierung zugrunde liegen sollen. Die sind in Schweden:
  1. Menschenwürde
  2. Bedarf und Solidarität (zusammengesetzt aus Schwere der Erkrankung und möglichem Nutzen der Behandlung)
  3. Kosteneffizienz (man wollte Ressourcenvergeudung reduzieren)
 Diese drei Punkte waren keine neue Aspekte, sondern eine Vergewisserung der bereits bestehenden Grundwerte, sie bilden den gedanklichen Hintergrund der Priorisierung

Welche Unterschiede gibt es zwischen den Gesundheitssystemen skandinavischer Länder und Deutschland?

- In Skandinavien wird das Gesundheitssystem anders als bei uns über Steuern finanziert. Die Politik entscheidet über die Verteilung von Mitteln.
- Ärzte im Krankenhaus sind angestellt und bekommen ein festes Gehalt
- Die Diskussion über Prioritäten ist noch nicht abgeschlossen, hat aber ihren Schrecken verloren.
- Die Gesundheitsversorgung obliegt den einzelnen Provinzen

Einfluss von Interessengruppen? Wie wurde Bürgerbeteiligung organisiert?

- Die Bürger wurden in Schweden zu ihrer Meinung befragt und beteiligt, Menschen mit Interesse an der Thematik konnten an unterschiedlichen Bürgerbeteiligungsverfahren teilnehmen
- Die Pharmaindustrie sollte nicht beteiligt werden
- Den größten Einfluss bei der Erstellung konkreter Priorisierungslisten hatten in Schweden Mediziner

Wie wurde Priorisiert?

- Nach der Einigung auf die drei ethischen Grundsätze wurde in Schweden der Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen priorisiert. Hier wurde eine Liste von sogenannten „Problem-Behandlungs-Paaren“ aufgestellt und jeweils eine Priorität von 1 bis 10 zugeordnet. Die Werte 1-3 können interpretiert werden als „muss man tun“, 4-7 als „soll man tun“, 8-10 „kann man tun“. Darüber hinaus gibt es noch die Hinweise „nicht machen“ und „Forschung und Entwicklung nötig“
- Über diese Liste hat eine Gruppe aus Medizinern und anderen Gruppen (z.B. Patientenvertreter, Pflegeberufe, etc.) entschieden. Dabei wurden keine von außen nachvollziehbaren Entscheidungsregeln angewandt. Die Beteiligten haben sich einzeln auf die Bewertung der Problem-Behandlungs-Paare geeinigt und ihre Entscheidung jeweils begründet.
- Grundlage für die Entscheidung war die ethische Plattform und zusätzlich das Kriterium der „Evidenz“ (= wissenschaftlicher Nachweis von Nutzen, „was wissen wir über die Behandlung?“)

Wie wird diese Priorisierungsliste eingesetzt und die Umsetzung kontrolliert?

- Es gibt keine Pflicht für die Ärzte, danach zu handeln. Ärzte müssen ihre Behandlungsentscheidungen dokumentieren und unterliegen indirekt einer Rechtfertigungspflicht.

Was möchten Sie uns auf den Weg geben?

- Mischen Sie sich ein, auch wenn es schwierig ist

- Die Politik wird sich nicht dafür einsetzen

Nach der Befragung von Herrn Meyer wurde festgehalten, was gut gelaufen ist und was man bei der Befragung des nächsten Experten evtl. noch besser machen kann. Für eine Auflistung dieser Punkte siehe Fotoprotokoll S. 21-22)

## Ausblick auf das, was noch zu tun ist

Beim nächsten Treffen steht die Befragung der Experten auf dem Programm. Dabei werden die die wichtigsten Aspekte schriftlich festgehalten. Um entsprechende Protokollanten kümmern sich jeweils die Moderatorenteams. Außerdem will die Bürgerkonferenz die bisherige Ordnung der Kriterien und Grundprinzipien überarbeiten.

Das nächste Mal tagt die Bürgerkonferenz am Freitag, den 18. Juni, ab 14.00 Uhr und am Samstag, den 19. Juni, ab 9.00 Uhr in der Königstraße 42. Freitags wird das gemeinsame Abendessen erneut im Restaurant Hieronymus in der Fleischhauerstraße 81 stattfinden.

# Lübecker Bürgerkonferenz

## Protokoll des zweiten Treffens der Bürgergruppe

### 18.-19. Mai 2010

**Teilnehmer:** Gerhard Benker, Claudia Getta, Gerd Gräning, Marcus Heitefuß, Stefan Jack, Kurt Kaumanns, Antje Klein, Bärbel Klein, Kornelia Kürle, Florian Mundt, Heinrich Musiol, Gerhard Roth, Kerstin Rückert, Hans-Joachim Saß, Stephan Schröder, Jörg Weimann, Renate Welsch, Michael Wichmann, Margot Wolters  
Florian Mundt konnte an dem Treffen am Freitag nicht teilnehmen.

**Moderatoren:** Jens-Peter Dunst, Sarah Hecker

**Sonstige:** Mirjam Hauschildt, Heiner Raspe, Sabine Stumpf

Zur Befragung von Dr. Jörg Carlsson am Freitagnachmittag waren zusätzlich Vertreter der Presse und interessierte Außenstehende anwesend.

## FORMALE BESCHLÜSSE

### a) Beschluss der Gruppe zum Ablauf der Expertenbefragungen

Die Gruppe beschloss das Protokollieren der Expertenbefragungen an die Moderatoren zu delegieren. Bei den ersten Befragungen bewährte sich dieses Vorgehen, und somit werden die Moderatoren die wichtigsten Aspekte der noch ausstehenden Befragungen mitschreiben. Die noch nicht gehörten Experten (Andre-as Gerber und Felix Welti) werden am Freitag den 2.7.2010 befragt. Wie schon am vergangenen Wochenende werden zwei Teilnehmer die Moderation der Befragung übernehmen.

Frau Hauschildt und Frau Stumpf erstellen auf Grundlage der Mitschriften der beiden Moderatoren und ihrer eigenen Notizen die Protokolle zu den Expertenbefragungen. Die Experten erhalten eine Kopie der Protokolle, die sie ggf. kommentieren können.

Die Bürger ließen nach der Anfrage von Herrn Raspe seine Frau und seine Tochter als Beisitzer bei der Befragung von Jörg Carlsson neben der Presse zu. Außerdem erlaubten sie Herrn Raspe, bei den Expertenbefragungen gegebenenfalls Fragen an den Experten zu richten.

### b) Vorschlag von Herrn Raspe: Liste mit Kriterien und Grundprinzipien wird rumgeschickt

Herr Raspe hat vorgeschlagen, den Teilnehmern eine Liste von Kriterien und Grundprinzipien der Priorisierung zu schicken, die er und Frau Stumpf erstellt haben. Diese Liste ist eine Anregung zur Ordnung der bislang diskutierten Aspekte. Zu jedem Punkt enthält die Liste Zitate von den gemeinsam erstellten Plakaten.

### c) Beschluss der Gruppe zur Strukturierung des Bürgervotums

Die Organisatoren haben der Gruppe eine mögliche Struktur des Bürgervotums vorgeschlagen. Die Dreiteilung des Vorschlags wurde von den Bürgern als gut empfunden. Ergänzungen und neue Aspekte werden von den Bürgern im Laufe der Woche (bis spätestens Freitag, 25.06.) an Sabine Stumpf geschickt und diese wird die neuen Vorschläge einarbeiten.

Die Organisatoren haben zudem vorgeschlagen, die Formulierungsarbeit für die einzelnen Abschnitte jeweils in Kleingruppen zu erledigen. Von den Teilnehmern wurden neun Personen genannt, die die Arbeit in den Kleingruppen moderieren und die Formulierungsarbeit leiten sollen:

Claudia Getta, Antje Klein, Florian Mundt, Kerstin Rückert, Stefan Jack, Michael Wichmann, Gerhard Roth, Jörg Weimann und Bärbel Klein.

Alle Teilnehmer haben bereits einem Abschnitt des Bürgervotums gewählt, an dem sie primär mitarbeiten möchten. Dies ist die Aufteilung der Gruppen (in alphabetischer Reihenfolge; Vgl. Fotoprotokoll S. 22):

Autorenteam 1-3: Wer sind wir? – Bürger beraten Priorisierung – Claudia Getta, Gerd Gräning, Antje Klein, Florian Mundt, Kerstin Rückert und Margot Wolters

Autorenteam 4: Grundprinzipien der Priorisierung – Stefan Jack, Kornelia Kürle, Hans-Joachim Saß, Stephan Schröder, Michael Wichmann und Renate Welsch

Autorenteam 5: Kriterien der Priorisierung – Gerhard Benker, Marcus Heitefuß, Kurt Kaumanns, Bärbel Klein, Heinrich Musiol, Gerhard Roth und Jörg Weimann

Der Abschnitt 6: Empfehlungen und Ausblick wurde am Sonntag von der Gruppe verfasst.

Alle Teilnehmer der Bürgerkonferenz können anhand der Fotoprotokolle und der Kriterienliste von Herrn Raspe und Frau Stumpf noch einmal nachvollziehen, welche Aspekte diskutiert wurden.

Die neun Kleingruppenleiter können auch schon einmal Formulierungsvorschläge vorbereiten, die dann von den Gruppen am Samstag des kommenden Wochenendes weiterentwickelt werden können.

Während des zweiten Wochenendes hat die Gruppe sich darauf verständigt, dass sich die Bürgerkonferenz mit Grundprinzipien und Kriterien der Priorisierung beschäftigt. Trotzdem wurde häufig über weitere Aspekte der medizinischen Versorgung oder des Gesundheitssystems diskutiert. Diese Themen sollen nicht vollständig ignoriert werden, trotzdem möchte die Bürgergruppe in ihrem Votum den Fokus der Priorisierung erhalten. Deshalb hat Herr Jack vorgeschlagen, solche zusätzlichen Themen in der Einleitung zu erwähnen und nicht im inhaltlichen Teil des Votums zu diskutieren. Dies wurde von der Gruppe befürwortet.

## INHALTLICHE ERGEBNISSE

### d) Expertenbefragung von Prof. Dr. Christoph Rehmann-Sutter (Ethik)

Was verstehen Sie aus ethischer Sicht unter Priorisierung?

- Priorisierung beinhaltet die Wertung und anschließende Bevorzugung bestimmter Leistungen, oder Gruppen.
- Jede Bevorzugung bedarf der Bewertung und dabei kann die Ethik helfen.
- Die Ethik kann helfen die Werte zu definieren, die eine Entscheidung leiten sollen und so die Transparenz von Entscheidungen vergrößern.
- Priorisierung ist dabei das „goldene Mäntelchen“ von Rationierung.
- Man muss aber über die Grundprinzipien und Kriterien nachdenken, weil schon heute Ärzte aus finanziellen Gründen „rationieren“, ohne das die Patienten wissen, nach welchen Werten sie entscheiden.

Wie definieren Sie die Würde des Menschen? Kann man daraus Handlungshinweise ableiten?

- Kants Definition: Menschen dürfen nicht als Mittel zum Zweck behandelt werden, sondern sind selbst Zweck.
- Das bedeutet, dass die Bedürfnisse jedes Individuums wahrgenommen werden und in die konkreten Entscheidungen einfließen sollen.

Welche Grundwerte sind bei der Priorisierung zu berücksichtigen?

- Würde des Individuums
- Gerechtigkeit (Ungerechtigkeit ist leichter zu empfinden)
- Vertrauen (zwischen Arzt, Patient und Kostenträger)

Sollten Eigenverantwortung und Lebenswandel aus ethischer Sicht eine Rolle bei Priorisierung spielen?

- Es ist fraglich, wie diese Aspekte bewertet werden können und welche Lebensweisen einbezogen werden sollen/können.  
→ Gefahr: es wird mit unterschiedlichen Maßstäben gemessen, da nur einige Verhaltensweisen berücksichtigt werden.
- Das Kriterium sollte nicht angewendet werden, wenn es um die Leistungsverteilung geht.
- Trotzdem muss man versuchen die Lebensweisen von Menschen zu verbessern weil das Gesundheitssystem auch eine präventive Verantwortung trägt.

In wieweit können kulturelle, gesellschaftliche und religiöse Aspekte bei der Wahl der Kriterien eine Rolle spielen?

- Häufig ist es gar nicht teuer, diese Aspekte in der medizinischen Versorgung zu berücksichtigen.
- Wir leben in einer multikulturellen Gesellschaft und laut Grundgesetz darf niemand aufgrund seiner Herkunft oder Religion benachteiligt werden.
- Kulturelle und religiöse Faktoren sollten in jedem Einzelfall soweit berücksichtigt werden, wie möglich, sie müssen aber auch immer gegen andere Werte abgewogen werden.

Kann Alter ein Kriterium sein?

- Für die medizinische Versorgung sind zwei verschiedene „Arten“ von Alter relevant: subjektives Alter (wie alt fühle ich mich, wie fit bin ich noch?) und chronologisches Alter (wie viele Jahre sind seit meiner Geburt vergangen?).
- Es ist ungerecht, das chronologische Alter als Kriterium zu verwenden.
- Das subjektive Alter sollte aber berücksichtigt werden.
- Viele Alte wollen gar nicht so viel Behandlung, wie sie derzeit bekommen.  
→ nicht über die Köpfe der Betroffenen hinweg und immer für den Einzelfall entscheiden.

Darf der erwartete medizinische Nutzen eine Rolle spielen?

- Die Prognose sollte dem Patienten mitgeteilt werden, damit er mitentscheiden kann.
- Wenn der erwartete Nutzen klein und die erwartete Belastung für den Patienten groß ist, oder der Patient selbst nicht mehr in der Lage ist, eine Behandlung abzulehnen, sollte man ihm unter Umständen keine Behandlung anbieten.

Darf die Gesellschaft überhaupt auf einer kollektiven Ebene über Prioritäten entscheiden?

- Auf gesellschaftlicher Ebene sollten nur Rahmenbedingungen festgelegt und Orientierungen gegeben werden.  
→ aber keine absoluten Entscheidungen treffen!
- Es sollte vielmehr immer der Einzelfall betrachtet werden und der Patient zu Wort kommen.

Können Priorisierungs-Leitlinien für den Arzt bindend sein?

- Offenheit nach schwedischem Vorbild ist wünschenswert → Entscheidungen nicht determinieren.
- Bei guter Begründung ist dort auch eine Abweichung von den Vorgaben der Leitlinie möglich.

Kann/Muss die Gesellschaft sich nicht auch aus Kostengründen gegen sehr teure Behandlungen entscheiden, die wenig Nutzen versprechen?

- Die meisten Patienten wollen keine „Maximalversorgung“ irgendwo steht meist „gutes sterben“ im Vordergrund.
- Das ist deshalb wahrscheinlich nur in wenigen Fällen relevant → es ist keine Regel notwendig.
- Gute Aufklärung und Unterstützung von Patienten bei ihren Entscheidungen erhält ihre Autonomie und kann auch kostensparend sein (wenn Patienten sich gegen teure Behandlungen entscheiden).

Kann die Krankenkasse entscheiden, ob eine Behandlung angeboten wird oder nicht??

- Krankenkasse kann nicht bei Einzelfällen entscheiden, da sie hier keine Kompetenzen hat.
- Klarheit darüber was man bekommt oder nicht bekommt im Vorfeld ist wichtig → Vorhersagbarkeit.

Wie soll mit besonderen Therapieverfahren, z.B. Homöopathie, umgegangen werden?

- In der Schweiz führte die Abschaffung in einem Beispiel zu Widerständen.
- Aber: wissenschaftlicher Nachweis ist wichtig: wenn sich herausstellt, dass bestimmte Methoden keinen Nutzen erbringen, ist es legitim, sie aus dem Leistungskatalog auszuschließen.

Welche Rolle spielt die zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer?

- Sie ist ein wichtiges Forum, hat aber keine Entscheidungsbefugnis.
- Im Einzelfall sollte der Arzt die Entscheidung treffen.

Was möchten Sie der Bürgerkonferenz noch mit auf den Weg geben?

- Vertrauen ist im Gesundheitssystem entscheidend.
- Es besteht die Gefahr, dass die Diskussion über Priorisierung zu Vertrauensverlust führt, aber sie kann vor allem Vertrauen stiften! → Dieses Potential sollte man nutzen!

Nach der Befragung erarbeiteten die Bürger eine Liste von Aspekten, die ihnen bei der Befragung besonders aufgefallen sind und trugen wichtige Punkte zusammen, die sie im Votum festhalten wollen (siehe Seite 2 im Fotoprotokoll). Die Aspekte, die am häufigsten genannt wurden sind:

- Vertrauen aufbauen und erhalten (auch durch Priorisierung).
- Priorisierung muss Ausnahmen zulassen (Einzelfall/Individuum betrachten).
- Solidarprinzip soll erhalten bleiben.
- Der Patient hat das letzte Wort.

e) Expertenbefragung von Dr. Jörg Carlsson (Priorisierung in Schweden)

Was verstehen Sie unter Priorisierung?

- Priorisierung im medizinischen Sinn bezeichnet die Feststellung einer Rangordnung medizinischer Maßnahmen nach Wichtigkeit.
- Dabei spielen die Schwere der Erkrankung, die Möglichkeit der Hilfe und auch die Kosten eine Rolle.

Ist Priorisierung in Schweden ein Wahlkampfthema?

- Man ist sich über Notwendigkeit der Priorisierung einig.
- Inhaltlich wird teilweise diskutiert, aber eher regional.

Ist Rationierung mit Priorisierung gleichzusetzen?

- Priorisierung gehört zum Arztberuf dazu (z.B. wenn man Wartelisten abarbeitet).
- Rangordnungen können (müssen aber nicht) genutzt werden, um zu rationieren, indem man Maßnahmen am Ende der Priorisierungsliste weglässt.
- Priorisierung hat nicht Rationierung zum Ziel, ist aber nötig, wenn man sinnvoll rationieren will.

Wie wurde in Schweden die Akzeptanz der Priorisierung erreicht?

- Hohe Akzeptanz unter den Bürgern vorhanden. Wie sie sich entwickelt hat, ist nicht bekannt.
- Das „Ja“ zur Priorisierung ist klar.
- Knackpunkte sind noch auszudiskutieren z. B. Eigenverantwortung oder Alter als Kriterium.
- Bislang wird zudem keine Diskussion über „horizontale Priorisierung“ geführt (also die Bildung einer Rangreihe im Vergleich unterschiedlichen Krankheitsgruppen). Es werden bisher Problem-Behandlungs-Paare innerhalb einer Krankheitsgruppe priorisiert

Auf welchen Ebenen findet Priorisierung in Schweden statt?

- Es gibt zwei Ebenen:
  - die nationale Gesundheitsbehörde, die nationale Priorisierungslisten erarbeitet.
  - die Provinzen/Regionen erstellen selbst eigene Listen.

Wie hat sich das Gerechtigkeitsempfinden in Schweden durch die Priorisierung geändert?

- Eine Veränderung ist nicht bekannt.
- Die Schweden haben ein sehr ausgeprägtes Gerechtigkeitsempfinden – Gleichheit aller Menschen unabhängig von ihrem gesellschaftlichen Stand.

Wird Eigenverantwortung bei der Priorisierung berücksichtigt?

- Auf regionaler Ebene werden z.B. Raucher teilweise anders behandelt, weil sie z.B. ein höheres OP-Risiko haben und weil ihre Wundheilung schlechter ist.
- Aber als übergeordnetes Kriterium ist Eigenverantwortung nicht zulässig.

Wie wird das schwedische Gesundheitssystem finanziert?

- Etwa zu 90% aus Steuern und zu 10% aus Eigenmitteln.

Gibt es zwischen den Provinzen Unterschiede?

- Es werden teilweise unterschiedliche Aspekte diskutiert
- Das ist ein Problem, da die Gleichheit und damit die Gerechtigkeit der Versorgung gefährdet ist

Bedeutet das, dass es in Provinzen mit hohen Steuereinnahmen (viele Menschen mit hohem Einkommen) eine bessere Versorgung gibt?

- Im Prinzip steht dort mehr Geld zur Verfügung, aber es gibt einen Ausgleich durch staatliche Mittel

Kann man für die Versorgung in eine andere Provinz wechseln?

- Es besteht das Recht dazu, wird aber selten genutzt, u.a. weil die Entfernungen sehr groß sind.
- Wird eigentlich nur dann gemacht, wenn die Behandlung nicht innerhalb der garantierten Frist von 3 Monaten durchgeführt werden kann.

Gibt es in Schweden Wartelisten?

- Ja, Wartelisten werden öffentlich geführt, aber es gibt kein Wartelistenproblem
- Das System ist in Schweden sehr transparent und kann z.B. zwischen Krankenhäusern und Regionen verglichen werden

Wie werden Patienten in die Behandlungsentscheidung mit einbezogen?

- Der Arzt kann im Einzelfall von den Priorisierungslisten abweichen, Sie dienen nur als Orientierung.
- Die Patienten werden vom Arzt aufgeklärt und dann wird eine individuelle Entscheidung getroffen.

Wie geht man mit Patienten um, die mehrere Erkrankungen haben?

- Es zählt die Lebensqualität
- Auch wenn ein Patient z.B. unheilbar an Krebs erkrankt ist, kann er wegen einer Angina Pectoris operiert werden, wenn diese seine Lebensqualität einschränkt.

Wie hilfreich ist die Prioritätenliste?

- Sie sind sehr hilfreich, auch wenn sie keine konkreten Behandlungsempfehlungen, sondern eher eine Orientierung bieten.
- Sie helfen auch bei der Argumentation gegenüber den Patienten.
- Sie steigern die Transparenz: Statistiken über Behandlungen von Kliniken und Ärzten sind öffentlich.

Gibt es derzeit eine öffentliche Diskussion über Priorisierung?

- Aktuell wird national nicht über Priorisierung diskutiert, nur regional über einzelne Aspekte.

Wie wirkt sich die Priorisierung im Alltag aus?

- Es wird festgehalten und veröffentlicht, welcher Arzt welche Leistungen erbringt (es werden Statistiken geführt, ob die Ärzte den Empfehlungen der Priorisierungslisten folgen) .

Fühlen die Ärzte sich dadurch nicht eingeschränkt oder bevormundet?

- Nein, die Priorisierungslisten werden von den Fachgesellschaften in Zusammenarbeit mit weiteren Gruppen erstellt und veröffentlicht. Jeder hat prinzipiell die Möglichkeit daran mitzuwirken.
- Sie sind zudem für die Ärzte nachvollziehbar.

Wie wird mit neu entwickelten Behandlungen umgegangen?

- Anwendung ist mit Begründung jederzeit möglich deshalb kann man auch neue Methoden anwenden (zur Bewertung werden z.B. Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien herangezogen).
- Prioritätenlisten werden überarbeitet und auf den neusten Stand gebracht.

Hat die Priorisierung in Schweden auch zu Rationierung geführt?

- Behandlungen, die medizinisch sinnvoll sind, aber eine niedrige Priorität aufweisen, sind trotzdem nicht ausgeschlossen.
- Was medizinisch unsinnig ist, soll auch nicht angeboten werden und muss nicht von der Allgemeinheit bezahlt werden.

Reagiert die Pharmaindustrie (preispolitisch) auf die Priorisierung?

- Die Preise zwischen Deutschland und Schweden sind vergleichbar.
- Die Priorisierungsdebatte hat keinen Einfluss auf die Verfügbarkeit von Medikamenten.

Gibt es Vergleiche zwischen den Gesundheitssystemen Schwedens und Deutschlands?

- Schweden schneidet meist bei der Bewertung von Service und Patientenrechte, etc. schlechter ab, erzielt aber mindestens genauso gute oder bessere Ergebnisse.
- Die Länder unterscheiden sich in der Finanzierung (Steuerfinanzierung vs. Umlagefinanzierung).
- In Deutschland gibt es die Unterscheidung zwischen gesetzlich und privat Versicherten.
- Das Rechtssystem hält sich in Schweden aus dem Gesundheitswesen heraus (Die Ärzte z.B. sind nicht Regresspflichtig).
- Nicht-ärztliche Mitarbeiter haben in Schweden einen höheren Stellenwert als in Deutschland.
- Die Facharztversorgung findet in Schweden meist in der Klinik statt (keine strikte Trennung zwischen ambulanter und klinischer Versorgung).

Welche Kriterien werden in Schweden berücksichtigt?

- Schwere der Erkrankung (Lebensqualität und Lebensbedrohung)
- Ist die Diagnostik oder Therapie sinnvoll?
- Effizienz der Maßnahmen
- Diese Kriterien werden auf Grundlage des jeweiligen wissenschaftlichen Nachweises angewandt.
- Zentral ist, dass alle Patienten die gleichen Rechte haben (z.B. auch Politiker).

Gibt es in Schweden eine Schiedsstelle oder einen Ombudsmann?

- Offenes Fehlermanagement: Wenn ein Fehler gemacht wurde, wird darüber gesprochen.
- Im Zweifelsfall werden die Patienten von einer Versicherung entschädigt, der Arzt ist nicht Regresspflichtig, wie in Deutschland.

Welche Erfahrungen aus Schweden sind auf Deutschland übertragbar?

- Wegen der unterschiedlichen System schwierig.
- Debatte muss erst einmal in Gang kommen (z.B. über Ärzteverbände oder Bürgerbeteiligung).
- Es darf keine Angst vor der Debatte bestehen.

Wie wurden die Bürger in Schweden an der Debatte beteiligt?

- Jeder konnte sich zu den veröffentlichten entwürfen äußern.
- Es gab kein spezielles (nationales) Forum für Bürgerbeteiligung.
- Auf regionaler Ebene wurden Bürgergespräche geführt.

Was geben sie uns Bürgern mit auf den Weg?

- Es gibt keine Alternative zur Diskussion über Priorisierung, sie ist notwendig.
- Die Debatte muss regional durch die Bürger angeregt werden.
- Erst im nächsten Schritt müssen auch Ärzte und andere Fachleute und Wissenschaftler an der Debatte beteiligt werden.

Nach der Befragung erarbeiteten die Bürger eine Liste von Aspekten, die ihnen bei der Befragung besonders aufgefallen sind und trugen Punkte zusammen, die sie ins Votum schreiben wollen (siehe Seite 5-6 im Fotoprotokoll). Die Aspekte, die am häufigsten genannt wurden sind:

- Transparenz
- Debatte um Prioritäten ist notwendig.
- Bürgerbeteiligung ist wichtig und Bürger können den Anstoß für die Politik geben.

f) Expertenbefragung von Prof. Dr. Jans Martin Träger (Medizin):

Die Ergebnisse der Befragung werden anhand der Mitschriften wiedergegeben. Zusätzlich hat Herr Dr. Träger die an ihn gestellten Fragen bereits im Vorfeld schriftlich beantwortet. Diese Antworten wurden ebenfalls berücksichtigt.

Was verstehen Sie unter Priorisierung?

- Priorisieren bedeutet abwägen, was das Wichtigere ist und welche Maßnahmen für wen die Richtigen sind.
- Die zur Verfügung stehenden Mittel sollen sinnvoll für diejenigen Erkrankungen und Patienten eingesetzt werden, bei denen ein möglichst großer Effekt („Benefit“) zu erreichen ist.
- Das macht der Arzt jeden Tag, da er mit seinen Ressourcen (z.B. Zeit) haushalten muss.

Nach welchen Kriterien wird das Budget verteilt?

- Entscheidend ist natürlich, wie viel Geld noch zur Verfügung steht.
- Wenn am Ende des Quartals nur noch wenig übrig ist, schickt man Patienten zum Facharzt oder verschreibt erst mal eine kleiner Packung des benötigten Medikaments.
- Die Zuteilung des Budgets richtet sich danach ob der Patient in der GKV selbst Mitglied, als Familienmitglied mitversichert oder Rentner ist. Das ist ungerecht, denn mit ca. 60 steigt der Bedarf an Medikamenten an. Man sollte also lieber nach Alter staffeln.
- Einige Krankheiten (z.B. MS oder Demenz) können gesondert berechnet werden, da die Patienten sehr teure Medikamente benötigen.

Wie werden Doppelarbeiten vermieden

- Es gibt bereits Methoden, wie z.B. den Röntgenpass.
- Sinnvoll wäre auch ein Primärarztsystem, in dem jeder erst zum Hausarzt geht, der die Behandlung anordnet und zum Facharzt überweist.

Wie werden die Patienten aufgeklärt?

- Meist mündliche Aufklärung über Risiken, Nebenwirkungen, etc., bei häufigen Behandlungen auch schriftlich z.B. in Form von Broschüren.
- Nicht jedes Mal neue Aufklärung bei Wiederholter Verordnung.
- Wenn der Befund noch nicht sicher ist, muss man nicht unbedingt sagen, wonach man sucht.

Nach welchen Kriterien werden Medikamente ausgewählt (wann werden Generika verordnet?)

- Man versucht so günstig wie möglich zu verordnen, um begrenzte Mittel zu sparen.
- Es kommt aber auf zusätzliche Inhaltsstoffe an → wenn nötig Originalmedikamente verordnen

Wie messen sie die Wirksamkeit einer Behandlung?

- Qualitativ: geht es dem Patienten besser? → weniger Schmerzen, etc.
- Quantitativ: haben seine Werte sich verändert? → niedrigerer Blutdruck, etc.
- Wichtig ist auch die Verträglichkeit → Risiken und Nebenwirkungen gegen Hauptwirkung abwägen.
- Der Patient muss die Behandlung auch durchhalten können. Dabei müssen die Lebensumstände des individuellen Patienten betrachtet werden.
- für den Hausarzt ist ein mittelfristiger Erfolg wichtig: wie übersteht der Patient das nächste Jahr mit möglichst hoher Lebensqualität? Studien sind meist auf Endpunkte (Überleben) gerichtet und messen langfristige Wirksamkeit.

Werden die Niedergelassenen Ärzte beiseite gedrückt?

- Damit ist gemeint, dass die Facharztversorgung teilweise in die Klinik verlagert wird.
- Zu viele niedergelassene Fachärzte sind nicht unbedingt sinnvoll.
- Man kann Geld sparen, wenn Patienten erst zum Hausarzt gehen und der dann weiter überweist.

Macht es einen Unterschied bei ihnen ob der Patient gesetzlich oder privat versichert ist?

- Kein Unterschied: wer krank ist kommt dran.
- Akute Fälle und Notfälle haben immer die höchste Priorität.
- Man versucht auf die Bedürfnisse der Patienten einzugehen (z.B.: Selbstständige bekommen wenn möglich Termine morgens oder abends, etc.).

Ist eine Priorisierung wie in Schweden hier in Deutschland möglich?

- Zurzeit müssen Ärzte selbst jeden Tag in ihrer Praxis priorisieren.
- Sie bräuchten mehr Rückendeckung von der Politik.
- Deshalb ist eine Diskussion um Prioritäten, die für alle nachvollziehbar sind, notwendig.
- Dabei sollte man eine Positivliste entwickeln.

Was wollen Sie uns noch mit auf den Weg geben?

- Ärzte priorisieren bereits im Alltag, sind aber in ihren Entscheidungen auf sich allein gestellt.  
→ Politik muss Richtlinien schaffen, die für jeden nachvollziehbar sind.
- Gestaffeltes Primärarztsystem wäre wünschenswert: mehr Hausärzte, weniger Gebietsärzte und insbesondere bessere und genauere Zusammenarbeit zwischen den Haus- und Fachärzten.
- Es müsste Leitlinien geben, die für die Hausärzte anwendbar sind. Die meisten aktuellen Leitlinien sind eher für die Facharztversorgung geschrieben.

Nach der Befragung erarbeiteten die Bürger eine Liste von Aspekten, die ihnen bei der Befragung besonders aufgefallen sind und trugen Punkte zusammen, die sie ins Votum schreiben wollen (siehe Seite 10-11 im Fotoprotokoll). Die Aspekte, die am häufigsten genannt wurden sind:

- Rückhalt durch die Politik in Fragen der Priorisierung gewünscht.
- Vertrauen ist besonders wichtig.
- Priorisierungslisten sollten Positivlisten sein.
- Priorisierung findet in der Arztpraxis bereits statt.
- Transparenz ist erforderlich.
- Vernünftige Leitlinien notwendig.

g) Fünfte Expertenbefragung von Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel (System, aktuelle Situation):

Was verstehen Sie unter Priorisierung?

- Erstellen einer Liste (Rangordnung): vorne steht das wichtige, hinten das, was nicht wichtig ist oder keinen nachgewiesenen Nutzen erwarten lässt.  
→ Priorisierung geht auch immer mit ihrem Gegenteil einher: Posteriorisierung.

Wie frei sind Sie als Chirurg in Ihrer Entscheidung?

- Ein Notfall (z.B. wenn Lebensgefahr besteht) hat immer die erste Priorität.
- Dann gibt es kaum Beschränkungen, nur Verfügbarkeit von OP-Saal, etc. spielt eine Rolle.
- Organtransplantationen sind immer Notfälle, da das Spenderorgan schnell eingesetzt werden muss, deshalb haben sie immer Priorität und die Entscheidungsfreiheit der Ärzte ist kaum eingeschränkt.

Welche Kriterien werden bei der Priorisierung auf Wartelisten für Spenderorgane beachtet?

- Als das Feld der Organtransplantation noch neu war, wurde ein Algorithmus entwickelt.  
Kriterien für Organtransplantation:
  - Wie schlecht geht es dem Patienten? → anhand von z.B. Laborwerten Rationalisierbar.
  - Wartezeit
 → Liste von Patienten, die infrage kommen: ~~War~~ nur Empfehlung für Ärzte. Problem: Entscheidung auch von Emotion des einzelnen Arztes abhängig.

- Deshalb gab es eine politische Diskussion; 1997 wurde das Transplantationsgesetz verabschiedet: Jeder Patient soll die gleiche Chance auf eine Organtransplantation haben.
- Daraufhin wurde der Algorithmus erweitert:
  - Erfolgsaussichten (möglichst lange Nutzen für den Patienten)
  - Gute Passung des Spenderorgans  
→ jetzt wird vom Computer nur noch ein Patient genannt, der dann das Organ bekommt.
- Problem: sehr komplizierter Algorithmus  
→ ist zwar transparent, da nach genauer Formel berechnet, aber ist er auch gerecht?

Werden bestimmte Krankheitsgruppen/ -bilder priorisiert?

- Ja, dabei spielen im Fall von Transplantationen die Prognose (langfristiger Nutzen erwartet?) und die Dringlichkeit eine Rolle.

Wie entscheiden Sie, wer operiert wird?

- Die Indikation nach der Untersuchung ist ausschlaggebend.
- Wenn alle OP-Plätze belegt und die Voraussetzungen ansonsten gleich sind, entscheidet die Wartezeit.
- Es werden immer Plätze für Notfälle freigehalten, da diese Priorität haben.

Welchen Einfluss haben die Kosten bei der Behandlungsentscheidung?

- Privilegierte Position bei Transplantationen: es handelt sich immer um einen Notfall, deshalb wird hier (noch) nicht gespart.

Würde eine Budgetierung Ihres Fachgebiets etwas am Algorithmus für die Verteilung von Organen ändern?

- Man merkt schon jetzt, dass bei bestimmten Indikationen nicht mehr so häufig operiert wird.  
→ z.B. bei Viruserkrankungen, die zwar eine lange Überlebenszeit erwarten lassen, aber auch teure Medikamente erfordern.
- Das ist aber nicht systematisch, sondern ein subjektiver Eindruck.

Wäre Priorisierung und die Einigung auf allgemeingültige Regeln für die Behandlung hilfreich?

- In der Transplantationsmedizin gibt es bereits einen Algorithmus, der derzeit überarbeitet wird
- Aber auch in anderen Bereichen ist Priorisierung unumgänglich.
- Das Angebot an verfügbaren Maßnahmen wird immer größer, Priorisierungslisten wären hilfreich, da man dann bewusster und transparenter entscheiden könnte.
- Dafür ist eine öffentliche Diskussion nötig, die Bürgerkonferenz kann ein wichtiger Anfang sein.

Warum weigert sich die Politik, über Priorisierung zu sprechen?

- Sie verwechselt Priorisierung mit Rationierung.
- Auch wenn die Politiker jetzt verstehen würden, dass das ein Unterschied ist, sind sie durch ihre klaren Aussagen in der Vergangenheit schon festgelegt und könnten die Diskussion nicht führen.

Ist durch eine Lösung auf Systemebene (z.B. durch Priorisierung) die Einzelfallgerechtigkeit gefährdet?

- Allgemeingültige Regeln sollen Sicherheit und Transparenz schaffen.
- Man kann aber nicht jeden Einzelfall in Regeln und Gesetzen erfassen.
- Wir wünschen uns Einzelfallgerechtigkeit, wollen keine rein subjektiven Entscheidungen der Ärzte.  
→ Es muss abstrakte Regeln geben, die den Ärzten eine Orientierung bieten.
- Vertrauen in die einzelnen Entscheidungen der Ärzte ist sehr wichtig!

Wer ist der Nutznießer der Priorisierung?

- Priorisierungslisten sollen Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Vorhersagbarkeit von Entscheidungen ermöglichen.
- Die Planbarkeit durch Priorisierungslisten ist vorteilhaft für das ganze Gesundheitssystem:
  - Patienten sollen sich gerecht behandelt fühlen (können Entscheidungen nachvollziehen).
  - Ärzte erhalten eine Orientierung und können ihre Entscheidungen besser rechtfertigen.
- Problem: Grundwertekonflikt zwischen abstrakter Gerechtigkeit und individuellem

Gerechtigkeitsempfinden verringert die Stabilität des Systems und das Vertrauen in das System.  
 → es können nicht alle zufrieden gestellt werden, denn sobald Entscheidungen mich betreffen, finde ich sie ungerecht, auch wenn sie aus gesellschaftlicher Sicht vielleicht gerecht sind.

- Priorisierung kann zumindest eine Orientierung geben und so das System als ganzes stabilisieren.

Welche Botschaft haben Sie für uns Bürger?

- Die Bürgerkonferenz kann die Erwartungshaltung der Bevölkerung abbilden und aufzeigen, welche Aspekte allgemein akzeptiert werden.
- Jede Gruppe im Gesundheitssystem hat ihre Eigene Sichtweise auf Priorisierung.  
 → Perspektive der Bürger ist wichtig.
- Es ist vielleicht keine allgemeingültige Lösung möglich, aber das Votum wird viel Reflexion erzeugen  
 → somit kann es ein Bezugspunkt für die Diskussion der Politik sein.

Muss man nicht mit Ärzten und anderen Interessensgruppen über Prioritäten diskutieren?

- Ja, aber Bürgerbeteiligung kann den Weg für die Diskussion erst einmal vorbereiten.
- Bürger sind auch Wähler, deshalb ist für die Politik wichtig, was die Bürger sagen.

Nach der Befragung erarbeiteten die Bürger eine Liste von Aspekten, die ihnen bei der Befragung besonders aufgefallen sind und die sie ins Votum schreiben wollen (Fotoprotokoll S. 14-15):

- Priorisierung ist nicht gleich Rationierung.
- Gerechtigkeit → nicht jeder Einzelne darf seine Situation in den Vordergrund stellen.
- Transparenz kann Vertrauen in Gesundheitssystem stärken und allgemeine Akzeptanz von Entscheidungen fördern.
- Es gibt keine Alternativen zur Priorisierungsdiskussion.
- Solidargemeinschaft
- Ständige Erneuerung des Algorithmus ist wichtig.
- Bürger sind wichtig für Diskussion um Prioritäten.

h) Sechste Expertenbefragung von Dr. Claudia Landwehr (Politikwissenschaften):

Was verstehen Sie unter Priorisierung?

- Priorisierung bedeutet, zu entscheiden, welche Ansprüche von Personen vorrangig, nachrangig oder gar nicht berücksichtigt werden sollen.
- bei unbegrenzten Ressourcen besteht dazu keine Notwendigkeit.  
 → Priorisierung ist der politisch erfolgversprechendere Ausdruck für Rationierung

Wer finanziert unser Gesundheitssystem?

- Der größte Anteil wird von Arbeitnehmer und Arbeitgeber über die Beiträge zur Krankenversicherung getragen.

Ist die GKV wirklich eine „Versicherung“?

- Schwierig zu beantworten, wird kontrovers diskutiert. Die Politik hat die Beiträge festgesetzt.

Warum wurde nicht früher über Priorisierung diskutiert?

- Das System der Sozialversicherung hat nicht so starke Begrenzungen wie ein System, das durch Steuern finanziert wird. → die Beiträge können bei Bedarf angehoben werden.
- Deshalb war die Notwendigkeit für Rationierung nicht so groß.
- Problem: niemand will Einschränkungen in der Versorgung hinnehmen. Deshalb ist das Thema für die Politik unpopulär und keine Partei möchte die Diskussion beginnen.

Wer profitiert von Entscheidungen im Gesundheitssystem?

- Es gibt im Gesundheitswesen wie in allen gesellschaftlichen Bereichen unterschiedliche Interessengruppen und Lobbies, z.B.:

- Pharmaindustrie
- Selbstverwaltung von Ärzten etc.
- Arbeitgeber
- Gewerkschaften
- ...

Wer hat die Kontrolle?

- Eigentlich die Politik, allerdings ist das System sehr unübersichtlich (Bürokratie).

Wie kann man die Politik zur Diskussion über Priorisierung verpflichten?

- Es ist ein günstiger Zeitpunkt, denn aufgrund der Wirtschaftskrise steigt der Druck zu sparen.
- Allerdings besteht die Gefahr, dass die Politik versucht, die finanzielle Situation durch andere Maßnahmen zu lösen (Beitragserhöhungen, höhere Selbstbeteiligung, etc.).
- Durch kritische Öffentlichkeit kann der Diskurs angeregt werden.

Sind überparteiliche Lösungen möglich?

- Schwierig, da in Deutschland eine große Konkurrenz zwischen den Parteien herrscht.
- Es sollten aber möglichst viele Gruppen an der Diskussion beteiligt werden, um möglichst große Einigkeit zu erzielen.

Warum ist eine überparteiliche Lösung in Skandinavien möglich?

- Dort müssen sehr viele Gruppen mit ins Boot geholt werden, deshalb ist das Bemühen um einen Konsens generell größer.
- Zudem wird Rationierung dort nicht kategorisch abgelehnt, wie in Deutschland.

Ist Priorisierung mit Rationierung gleichzusetzen oder gibt es noch andere Definitionen?

- Priorisierung ist nur notwendig, wenn Einsparungen nötig sind.
- Priorisierung ist eher eine grundsätzliche Überlegung, die soll aber zu Rationierung führen.

Wie können Bürger mitentscheiden, wenn es um den Industriestandort Deutschland geht?

- In einer Demokratie entscheiden in letzter Konsequenz die Bürger (bei uns z.B. durch Wahlen). Die Mehrheit müsste entscheiden, dass die Förderung des Industriestandortes wichtig ist.

Bürger können über Prioritäten nicht alleine entscheiden, welche Gruppen muss man beteiligen?

- Die konkreten Entscheidungen müssen unter Beteiligung von Fachleuten getroffen werden, z.B. Gesundheitsökonom, Mediziner, Philosophen, etc.
- Wie die jeweilige Rangfolge dann aussieht hängt immer von der Zusammensetzung der Entscheidungsgremien ab.  
→ Dies führt zu der Frage, wer die endgültigen Entscheidungen treffen soll.
- Die Bürger können darüber nachdenken, welche Grundgedanken und Kriterien Priorisierung leiten sollen und auch darüber, wer letztendlich mitentscheiden soll.

Warum wird in anderen Ländern schon über Priorisierung gesprochen?

- Häufig haben die Länder, die schon priorisieren, ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem.  
→ dort war die Ressourcenknappheit schon früher deutlich und die Bürger sind weniger zufrieden mit der Gesundheitsversorgung.
- Deshalb ist man sich dort schon eher einig gewesen, dass man priorisieren (rationieren) muss.

Kann man die Debatte in Deutschland anregen?

- Debatte ist wünschenswert, aber weitere Tabuisierung ist ebenso möglich.

Von wem muss der Impuls zur Debatte kommen?

- Bürger können mit Unterstützung der Medien eine öffentliche Diskussion um Prioritäten anregen.
- Gerade über die Grundprinzipien und Kriterien muss von allen entschieden werden.
- In Deutschland sind Entscheidungen bisher nicht transparent: Der Patient weiß nicht, warum er etwas nicht bekommt. → Legitimations- und Gerechtigkeitsproblem!

- Dieses Problem kann nur durch allgemein akzeptierte Prioritäten gelöst werden.
- Erst nach öffentlicher und politischer Debatte müssen Experten konkrete Entscheidungen treffen.

Warum meidet Gesundheitsminister Rösler das Thema?

- Es wäre parteipolitisch schädlich für ihn, da Leistungseinschränkungen immer unpopulär sind.

Wird das Gesundheitswesen zur Gesundheitsindustrie?

- Früher bestand mehr direkter Kontakt zwischen Arzt und Patienten, heute haben Arzneimittel und medizinische Geräte einen höheren Stellenwert.
- Das stärkt die Position von Pharmaindustrie und Geräteherstellern.

Wie müssen wir argumentieren, um von der Politik wahrgenommen zu werden?

- Politik hat Respekt vor Bürgerbeteiligung.
- Damit das Votum Gewicht hat, sollte es möglichst keine Ansammlung von Einzelmeinungen sein.  
→ Konsens als Ergebnis eines argumentativen Prozesses und einer gemeinsamen Verständigung.

Wie kann man Generationengerechtigkeit bewahren?

- Langfristige Überlegungen sind in der Politik schwierig (kurze Wahlperioden sind entscheidend).
- Es muss deshalb ein gesellschaftliches Umdenken stattfinden.
- Woanders gibt es sogar einen Beauftragten für zukünftige Generationen.

Ist die Versorgung in steuerfinanzierten Systemen schlechter, als in Umlagefinanzierten?

- Die Zufriedenheit der Patienten ist meist schlechter, aber die Ergebnisse sind auf ähnlichem Niveau.

Welche Empfehlung geben sie uns mit auf den Weg?

- Die Bürgerkonferenz sollte selbstbewusst auftreten: Die Bürger haben etwas mitzuteilen, wovon Experten lernen können.
- Das Votum bekommt mehr Gewicht durch Einigkeit (Konsensentscheidungen).
- Das Votum sollte eindeutig und klar formuliert sein, damit jeder es versteht.
- Es wäre interessant darüber nachzudenken, wer über Prioritäten mitentscheiden soll.

Nach der Befragung erarbeiteten die Bürger eine Liste von Aspekten, die ihnen bei der Befragung besonders aufgefallen sind und die sie ins Votum schreiben wollen (siehe Fotoprotokoll S. 18):

- Es gibt verschiedene Auffassungen von Priorisierung → Klare Definition nötig.
- Einheitliches Votum ist wichtig.
- Votum als Ergebnis von Argumentation und Verständigung darstellen.
- Bürger können mit Medienunterstützung die Diskussion anregen (sollen selbstbewusst sein).
- Transparenz
- Einfluss der Pharmaindustrie kann ein Problem sein

## AUSBLICK AUF DAS NOCH ZU TUN IST

Beim nächsten Treffen steht die Befragung der verbleibenden Experten auf dem Programm. Dabei werden die die wichtigsten Aspekte wieder von den Moderatoren und den Protokollanten schriftlich festgehalten. Am nächsten Wochenende soll auch das Bürgervotum verfasst werden. Um dieses vorzubereiten können von den neun Leitern der Kleingruppen bereits erste Textvorschläge erarbeitet werden. Alle Teilnehmer können die bisherigen Ergebnisse ihrer Beratungen noch einmal sichten und wichtige Aspekte notieren.

Das nächste Mal tagt die Bürgerkonferenz am Freitag, den 2. Juli, ab 14.00 Uhr und am Samstag, den 3. Juli ab 9.00 Uhr in der Königstraße 42, sowie am Sonntag, den 4. Juli ab 10.00 Uhr. Am Montag, den 5. Juli wird das Bürgervotum um 11.00 Uhr in unserem Tagungsraum im Rahmen einer Pressekonferenz der Öffentlichkeit präsentiert. Es wäre schön, wenn viele Teilnehmer der Bürgerkonferenz auch an der Pressekonferenz teilnehmen könnten.

# Lübecker Bürgerkonferenz

## Protokoll des zweiten Treffens der Bürgergruppe

### 02.-04. Juli 2010

~~Teilnehmer:~~ Gerhard Benker, Claudia Getta, Gerd Gräning, Marcus Heitefuß, Stefan Jack, Kurt Kaumanns, Antje Klein, Bärbel Klein, Kornelia Kürle, Florian Mundt, Gerhard Roth, Kerstin Rückert, Hans-Joachim Saß, Stephan Schröder, Jörg Weimann, Renate Welsch, Michael Wichmann, Margot Wolters

Herr Mundt konnte am Freitag und am Samstag erst ab dem späten Nachmittag teilnehmen.  
Herr Schröder und Frau A. Klein konnten am Freitag und Samstag nicht teilnehmen. Sie kamen am Sonntagvormittag dazu.

~~Moderatoren:~~ Jens-Peter Dunst, Sarah Hecker

~~Sonstige:~~ Mirjam Hauschildt, Heiner Raspe, Silke Schicktanz, Sabine Stumpf

## FORMALE BESCHLÜSSE

### a) Layout des Votums

Das von der Gruppe erarbeitete Votum wird mit Einwilligung der Gruppe von Frau Stumpf in eine einheitliche Form gebracht. Der Text wird im Hinblick auf Grammatik und Rechtschreibung durchgesehen. Auch Detail-Änderungen zugunsten der Lesbarkeit (sehr lange Sätze kürzen, etc.) sind in Ordnung.

Die Gruppe beschloss auf den Vorschlag von Frau Stumpf hin, ein Foto der Gruppe auf das Deckblatt des Votums zu platzieren. Außerdem finden sich am Ende des Votums eine Unterschriftenliste, eine Namensliste der Teilnehmer mit Alter und Beruf und eine Liste der befragten Experten.

### b) Verbreitung des Votums

Am 05.07.2010 wurde das Bürgervotum im Rahmen einer Pressekonferenz der Öffentlichkeit präsentiert. Darüber hinaus wird es an weitere Vertreter der Presse verschickt. Auch relevante Ministerien, Vereine, Verbände, etc. sollen ein Votum erhalten. Darum kümmern sich Herr Raspe und Frau Stumpf.

### c) Ablauf bei der Pressekonferenz

Die Gruppe bestimmte Herrn Jack und Frau Rückert, um das Votum bei der Pressekonferenz am Montag dem 05.07.2010 im Namen der Gruppe vorzustellen. Alle Teilnehmer der Konferenz waren eingeladen und viele konnten zur Pressekonferenz kommen. Drei Vertreter der Presse waren anwesend: ein freier Journalist, eine Journalistin von den Lübecker Nachrichten und ein Vertreter des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes. Kopien der verfügbaren Zeitungsberichte sendet Sabine Stumpf den Teilnehmern per Post zu.

### d) Teilnehmerliste und Unterschriften zum Votum

Alle Teilnehmer waren einverstanden, dass dem Votum eine Liste mit Namen, Beruf und Alter der Teilnehmenden beiliegt. Die Liste haben die Teilnehmer auf Richtigkeit überprüft. Die Gruppe beschloss, dass dem Votum außerdem eine Liste mit den Unterschriften aller Teilnehmer beiliegen soll. Herr Musiol,

der am vierten Wochenende nicht anwesend war, soll namentlich aufgeführt werden, obwohl er nicht unterschreiben konnte.

#### e) Weitere Termine

Die Gruppenmitglieder, denen es zeitlich möglich war, haben sich am Montag dem 05.07.2010 zur Vorstellung des Votums bei der zu diesem Zweck angesetzten Pressekonferenz getroffen.

Herr Raspe schlug vor, ein privates Treffen der Teilnehmer und Organisatoren der Bürgerkonferenz im September zu veranstalten. Dies wurde begrüßt. Frau Stumpf und Herr Raspe werden zeitnah einen Termin vorschlagen. Die Idee, einen gemeinsamen Bootsausflug zu veranstalten, wird bis dahin geprüft. Außerdem lud Herr Raspe zu weiteren Terminen ein:

29.10.2010: Wissenschaftliches Symposium zur Lübecker Bürgerkonferenz. Vertreter unterschiedlicher Disziplinen sind eingeladen, das Votum der Bürgerkonferenz aus ihrer Sicht zu diskutieren. Auch ein Vertreter der Bürgerkonferenz aus den Reihen der Teilnehmer wird gebeten, das Votum in einem kurzen Vortrag vorzustellen. Alle Teilnehmer sind selbstverständlich willkommen. Für die Teilnehmer der Bürgerkonferenz ist die Teilnahme am Symposium kostenlos. Sie werden gebeten, sich bei Interesse anzumelden (siehe beiliegendes Informationsblatt).

30.10.2010: Tag der Wissenschaft in Lübeck: Hier sollen die Bürgerkonferenz und deren Ergebnisse vorgestellt werden. In welcher Form dies stattfinden soll, steht noch nicht fest. Sabine Stumpf wird darüber informieren, sobald genaueres bekannt ist.

## INHALTLICHE ERGEBNISSE

### a) Expertenbefragung von Dr. Andreas Gerber (Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)

Gibt es eine Kostenkontrolle im Gesundheitswesen?

- Private Kassen: kann man nichts zu sagen, weil sie selbst ihre Mittel bereit stellen und Ausgaben kontrollieren.
- Gesetzliche Krankenversicherungen: Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist im Sozialgesetzbuch verankert. Der medizinische Dienst der Krankenkassen berücksichtigt dies.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen können aber recht frei entscheiden.

Wird die Effizienz kontrolliert?

- Im Einzelfall müssen teure Verschreibungen vom Arzt gerechtfertigt werden.
- Die Richtlinien des GBA berücksichtigen das Kosten-Nutzen-Verhältnis auf einer übergeordneten Ebene.

Wird die Pharmaindustrie kontrolliert?

- Die Pharmaindustrie hat das Preismonopol.
- Es gibt aber Instrumente der Kontrolle.

Warum sind Medikamente bei uns teurer als in anderen Ländern?

- Um Preisunterschiede zu anderen Ländern beurteilen zu können, ist das generelle Preisniveau in diesen Ländern entscheidend: Ist vielleicht die Mehrwertsteuer höher, etc.?
- Die Kosten für Forschung und Entwicklung schlagen sich in den Preisen der Medikamente nieder. Deshalb sind Generika relativ günstig und Originalmedikamente teurer.
- Die Industrieländer zahlen mit, dass teure Medikamente auch in ärmeren Regionen zur Verfügung stehen.

Wie bewerten Sie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) hinsichtlich einer Kostenkontrolle und Effizienzbewertung von Leistungen im Gesundheitswesen?

- Kostenersparnis ist nicht das Ziel des IQWiG oder der evidenzbasierten Medizin im Allgemeinen.
- Aber: wenn durch Studien belegt wird, dass steuerliche Maßnahmen wenig zusätzliche Nutzen erbringen, sind Kosteneinsparungen möglich.

Wer stellt den Leistungskatalog der medizinischen Leistungen auf und sollte ein unabhängiges wissenschaftliches Institut diesen Bewertungskatalog der die Ausgaben im Gesundheitswesen bestimmt für die KV und GKV und PKV erstellen?

- Das IQWiG ist ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, das den möglichen Nutzen und Schaden von Maßnahmen überprüft, die im Leistungskatalog der GKV enthalten sind.
- Für die PKV ist das IQWiG nicht zuständig.

Sind die Ergebnisse des IQWiG zugänglich?

- Ja, sie können im Internet abgerufen werden (siehe: [www.iqwig.de](http://www.iqwig.de)).
- Meist gibt es auch eine Kurzfassung.
- Um laienverständliche Darstellung bemüht sich das IQWiG.

Wie sind medizinische Therapieverfahren im PreisLeistungsverhältnis bewertet und wie ist eine Bewertungsunterscheidung der medizinisch sinnvollen Leistung gegeben?

- Das Sozialgesetzbuch erlaubt eine solche Bewertung nur für Arzneimittel.
- Für diese ist auch eine allgemeine Bewertung nach ihrem Preis möglich, jedoch keine ausführliche Kosten-Nutzen Bewertung.
- Meist findet ein allgemeines Abwägen der Wirtschaftlichkeit statt.

Wie sieht die Ausgabenkontrolle im Gesundheitswesen aus?

- Mikro-Ebene: es wird der Einzelfall betrachtet. Der medizinische Dienst der Krankenkassen kann ggf. Verschwendungen aufdecken
- Makro-Ebene: Ausgabenkontrolle durch das Gesundheitsministerium. Eine unendliche Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge ist nicht möglich, deshalb werden ggf. Leistungen ausgegliedert (Bsp. Brille).

Was verstehen Sie unter Priorisierung?

- Priorisierung ist etwas anderes als Rationierung.
- Priorisierung bezeichnet die vorrangige Investition in Dinge, die als wichtiger erachtet werden.
- Dies erfordert ein transparentes Vorgehen, dass durch einen Kriterienkatalog bestimmt wird.
- Rationierung ist die Kürzung von Leistungen.
- Priorisierung erarbeitet einen Prioritätenkatalog auf Grundlage dessen dann ggf. auch Entscheidungen über Einsparungen und Kürzungen erfolgen können

Kann man durch Priorisierung auch Rationierung verhindern?

- Man sollte zuerst bestehende Effizienzreserven (Rationalisierungspotential) ausschöpfen, dann priorisieren und erst zum Schluss Rationieren.

Werden bei der Priorisierung volkswirtschaftliche Konsequenzen auch im Hinblick auf Generationengerechtigkeit berücksichtigt?

- Diese Konsequenzen sind meist nicht überprüfbar. Deshalb können sie auch nicht sinnvoll berücksichtigt werden.
- Die relevanten Aspekte kann man nicht sicher abschätzen und quantifizieren.  
→ Es sollte eher ein qualitatives transparentes Abwägen stattfinden

Welche Empfehlungen haben Sie an die Bürgerkonferenz?

- Appell: Erst Effizienzreserven ausschöpfen, dann Priorisieren.
- Möglicherweise können beide Prozesse auch parallel verlaufen.
- Effizienz und Qualität stehen in der medizinischen Versorgung im Fordergrund.
- Die Qualität muss nach transparenten Kriterien gemessen werden.

Nach der Befragung erarbeiteten die Bürger eine Liste von Aspekten, die ihnen bei der Befragung besonders aufgefallen sind und trugen wichtige Punkte zusammen, die sie im Votum festhalten wollen (siehe Seite 6 im Fotoprotokoll). Die Aspekte, die am häufigsten genannt wurden sind:

- Erst rationalisieren, dann priorisieren, erst dann rationieren
- Effizienzreserven ausschöpfen

#### b) Expertenbefragung von Felix Welti (Recht)

Was verstehen Sie unter Priorisierung?

- Es gibt keine gesetzliche Definition.
- Frage: wer kommt wann dran?
- Priorisierung ist mit und ohne Ausschluss von Leistungen ist möglich.

Was ist im Grundgesetz bezüglich der Gesundheitsversorgung geregelt?

- Im Grundgesetz ist Gesundheit nicht explizit erwähnt.
- Aus der Sozialstaatlichkeit und der Betonung der Menschenwürde lässt sich aber ein Recht auf den Schutz der Gesundheit, also auf notwendige medizinische Versorgung ableiten.

Welche rechtlichen Grundlagen haben Vorrang?

- Das Grundgesetz geht vor Landesrecht, wenn beide zuständig sind.
- Europäisches Recht vor nationalem Recht, enthält aber bislang wenig verbindliches zur Gesundheitspolitik
- Das Völkerrecht verbietet Diskriminierung Behinderter. Es hat Vorrang vor europäischem und nationalem Recht.

Welche Rechte hat der Gesundheitsrat

- Ihn gibt es noch nicht. Es handelt sich hier bei um einen Vorschlag vom Präsidenten der Bundesärztekammer.
- Der Gesundheitsrat könnte, sofern er jemals eingerichtet wird, nur beraten.
- Entscheiden müsste die Politik.

Inwieweit ist Lobbyismus rechtskonform?

- In Deutschland kann jeder seine eigenen Interessen vertreten. Dies ist auch für Lobbys erlaubt.
- Der Gesetzgeber muss die Vorschläge der Lobby nicht umsetzen.
- Verboten sind nur Bestechung und Korruption.

Welchen Rechtscharakter könnten Regelungen zur Priorisierung haben?

- Die wesentlichen Punkte müssten Gesetz werden, damit sie eingehalten werden müssen.

Wie viel Selbstbestimmung hat der Patient?

- Jeder hat das Recht auf Selbstbestimmung.
- In der Realität gibt es aber oft Grenzen: die Informationen sind ungleich verteilt. Der Patient kann seine eigene Situation dann nur unzureichend beurteilen. Manchmal ist der Patient auch psychisch oder physisch nicht in der Lage eine eigene Entscheidung zu treffen.

Inwieweit kann der Patient selbst über den Abbruch einer Therapie bestimmen?

- Behandlungsabbruch ist erlaubt.
- Problematisch wird es, wenn der Patient seine Wünsche selbst nicht äußern kann. Dann muss der gesetzliche Betreuer für ihn (in seinem Sinne) entscheiden, falls es keine Patientenverfügung gibt.

Muss die Religionszugehörigkeit der Patienten bei der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden?

- Ja, die Religionszugehörigkeit gehört zur Selbstbestimmung und muss soweit möglich berücksichtigt werden.
- Dies gilt sogar für Entscheidungen, die dem Patienten schaden können (Bsp. Zeugen Jehovas lehnen Bluttransfusionen ab).

Müssen Ausländer in Deutschland Krankenversichert sein?

- Wenn sie eine Aufenthaltsgenehmigung haben, ist damit der Krankenversicherungsschutz verknüpft.
- Asylbewerber ohne Aufenthaltsgenehmigung erhalten Notfallbehandlungen aber keine aufschiebbaren Behandlungen.

Wie kann man Diskriminierung verhindern?

- Im Grundgesetz ist das Diskriminierungsverbot verankert. Es dürfen also keine Unterschiede nach Geschlecht, Rasse, Religionszugehörigkeit und Behinderung gemacht werden.
- Aber: seltene Krankheiten werden weniger erforscht, als häufige. Auch dadurch kann eine faktische Benachteiligung von den jeweiligen Patienten entstehen.
- Solche Gründe für Benachteiligungen müssten ggf. besonders berücksichtigt werden.

Was bedeutet „zweckmäßig“, „ausreichend“, „notwendig“, und „wirtschaftlich“?

- Zweckmäßig: Die jeweilige Leistung ist grundsätzlich (nach wissenschaftlichem Kenntnisstand) dazu geeignet, die Beschwerden des Patienten zu lindern oder seine Krankheit zu heilen.
- Ausreichend: Das Behandlungsziel wird durch die Leistung tatsächlich erreicht.
- Notwendig: Man braucht die Leistung, um das Ziel zu erreichen.
- Wirtschaftlich: Das Ziel kann mit keiner Leistung kostengünstiger erreicht werden.

→ Problem: Kosten-Nutzen Bewertung

- Was macht man, wenn der zusätzliche Erfolg durch eine sehr viel teurere Methode nur gering ist? Wo liegen die Grenzen?
- Wie kann man das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Behandlungen unterschiedlicher Erkrankungen vergleichen?

Empfehlungen an die Lübecker Bürgerkonferenz

- Es gibt bereits viele Regelungen, die als Priorisierung bezeichnet werden können.
- Unser Gesundheitssystem beruht auf dem Solidaritätsprinzip und ermöglicht jedem den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Diese Grundsätze sollte man erhalten!
- Am meistengefährdet sind die Schwächeren, Minderheiten, chronisch Kranke, Behinderte, Patienten mit seltenen Krankheiten und solche, die ihre Interessen nicht selbst vertreten können.  
→ diese Menschen sollten besonders geschützt werden.

Nach der Befragung erarbeiteten die Bürger eine Liste von Aspekten, die ihnen bei der Befragung besonders aufgefallen sind und trugen wichtige Punkte zusammen, die sie im Votum festhalten wollen (siehe Seite 6 im Fotoprotokoll). Die Aspekte, die am häufigsten genannt wurden sind:

- Bei der Priorisierung beachten, dass Schwächere nicht benachteiligt werden
- Solidaritätsprinzip
- Keine Diskriminierung
- Es gibt bereits Regeln, die priorisieren

**Das Votum  
der Lübecker Bürgerkonferenz 2010**

## 1. Präambel

In der Bundesrepublik Deutschland haben wir ein solides Gesundheitssystem, welches auf dem Solidarprinzip basiert. Um auch in Zukunft diese gute medizinische Versorgung für die Bevölkerung sicher zu stellen, bedarf es der Anstrengung und Aufmerksamkeit der Menschen in unserem Lande.

## 2. Einleitung

### 2.1. *Wer sind wir?*

Vom Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck wurde nach dem Zufallsprinzip eine Befragung von 3000 Lübeckern durchgeführt. Etwa die Hälfte der Fragebögen kam zur Auswertung zurück. 82% der Antwortenden wollen darüber mitentscheiden, welche Leistungen die Krankenkassen übernehmen. Rund 200 Personen äußerten allgemein ein Interesse, an der Bürgerkonferenz teilzunehmen. Aus schließlich etwa 40 Personen wurden über Losverfahren die Teilnehmer ausgewählt, um über das Thema „Was ist uns wichtig in der medizinischen Versorgung – wie können wir über Prioritäten entscheiden?“ zu beraten.

Die Gruppe setzt sich zusammen aus sieben Frauen und zwölf Männern im Alter von zwanzig bis sechsundsiebzig Jahren. Diese haben einen unterschiedlichen Bildungshintergrund und gehören verschiedenen Berufsgruppen an. Die Beweggründe für die Teilnahme an der Konferenz sind vielfältig.

An vier Wochenenden im Zeitraum vom 7. Mai bis 4. Juli 2010 wurde von uns über das Thema kontrovers diskutiert, dazu haben wir uns Experten unterschiedlicher Fachbereiche (siehe Anhang) eingeladen und hierzu befragt. Anschließend haben wir unsere Argumente ausgetauscht und uns eine Meinung gebildet.

Wir, die Konferenzteilnehmer, verstehen uns als Vertreter der Bürger der Hansestadt Lübeck. Wir sind interessiert am politischen Geschehen und möchten uns einbringen. Wir sehen unsere Beteiligung als eine wichtige Aufgabe in unserer demokratischen Gesellschaft. Die Debatte unter Bürgern ist sinnvoll und wichtig. Wir sind keine Fachleute, aber Nutznießer, Betroffene und Beitragszahler im deutschen Sozialsystem.

Wir sind unabhängig und keinerlei Interessengruppen verpflichtet.

### 2.2. *Bürger beraten über Priorisierung*

Die Gesundheit, ihre Erhaltung und ihre Wiederherstellung sind wichtige Grundsteine unserer Gesellschaft. Über unser Gesundheitssystem und seine Kosten wird zurzeit sehr viel diskutiert, dabei werden Effizienzreserven und Strukturveränderungen kaum berücksichtigt. Die Mittel und Ressourcen sind nicht unbegrenzt vorhanden, darum müssen sie sinnvoll und möglichst gerecht eingesetzt werden. Aus unserer Sicht ist die Priorisierung im Gesundheitswesen eine Möglichkeit zur Optimierung des bestehenden Systems. Im heutigen medizinischen Alltag wird vereinzelt auch schon offen priorisiert, zum Beispiel in der Transplantationsmedizin oder bei der Notfallversorgung. Allerdings fehlen verbindliche Richtlinien für alle Bereiche der Medizin.

Der Begriff Priorisierung im Gesundheitswesen bezeichnet ein Verfahren, mit dem die Vorrangigkeit bestimmter Erkrankungen, Patientengruppen oder medizinischer Maßnahmen vor anderen festgestellt wird. Priorisierung führt zu einer Rangreihe, in der oben steht, was besonders wichtig ist. Am unteren Ende steht, was weniger wichtig ist oder für verzichtbar gehalten wird.

Priorisierung ist zunächst einmal ein gedanklicher Prozess, der eine Ordnung und Gewichtung beinhaltet. Die Priorisierung ist unabhängig von Mitteln und Ressourcen, daher nicht zu verwechseln mit dem Begriff Rationierung. Rationierung meint Vorenthalten notwendiger medizinischer Leistungen aus Knappheitsgründen und bedeutet immer auch eine Zuteilung. Der Begriff ist also von vornherein negativ besetzt und wird somit ungern in der Öffentlichkeit diskutiert.

Für uns ist die Unterscheidung von Priorisierung und Rationierung sehr wichtig und offensichtlich auch notwendig.

Durch Einbindung der Bürger in den Priorisierungsprozess werden die Abläufe, die zu Ranglisten und Leitlinien führen, durchschaubar und nachvollziehbar. So schafft Priorisierung in der Bevölkerung Vertrauen und Akzeptanz, weil die folgenden Entscheidungen vor diesem Hintergrund sichtbar und diskutierbar werden. Die Ranglisten und Leitlinien sind transparent und können Orientierungshilfe für Ärzte und Patienten sein.

### 2.3. *Das Votum*

Wir Bürger wollen die Politiker aufrufen und ermutigen, die dringend notwendige Debatte über die Priorisierung in der medizinischen Versorgung voran zu treiben. Viele verschiedene Gremien und Gruppen unter Einschluss der Wissenschaft müssen auf breiter Ebene eingebunden werden, um die einzelnen Aspekte und Sichtweisen zu diskutieren und zu bewerten.

Wir möchten die öffentliche Diskussion entfachen und an ihr als mündige Bürger beteiligt werden.

Um den Verantwortlichen ihre offensichtliche Scheu vor diesem Thema zu nehmen, haben wir unsere Überlegungen, Standpunkte und gemeinsamen Entscheidungen sowie Empfehlungen in unserem Bürgervotum zusammengefasst.

Wir nehmen inhaltlich Stellung zu Grundwerten, die uns in diesem Zusammenhang beschäftigt haben. Wir legen unsere Argumente dar und stellen Kriterien auf, die wir für sehr wichtig erachten. Anschließend ziehen wir ein Fazit und richten unseren Appell an die Politiker und die Öffentlichkeit.

## 3. Grundwerte der Priorisierung

### 3.1. *Definition: Was sind Grundwerte?*

Wir sehen uns den in unserer Verfassung festgeschriebenen Grundwerten verpflichtet. Diese Werte erfordern nicht nur die medizinische Versorgung aller im Gesundheitswesen, sondern sie geben auch die Richtung und den Maßstab für den Umfang und die Verteilung der der Gesellschaft zur Verfügung stehenden Mittel vor.

Die Priorisierung hat nach unserer Auffassung in 2 Schritten zu erfolgen: Zunächst sind Werte zu bestimmen, die unbedingt eingehalten werden müssen, die Grundwerte. Auf dieser Basis sind dann spezielle Kriterien für Priorisierungsempfehlungen zu bestimmen.

### 3.2. Welche Grundwerte sind für uns wichtig?

Uns erscheinen folgende Werte für eine Priorisierung grundlegend zu sein:

- Menschenwürde
- Gleichheit
- Solidarität
- Bedarf
- Effizienz
- Information
- Transparenz
- Selbstbestimmung

### 3.3. Mit welchen Argumenten wurden Grundwerte diskutiert?

Menschenwürde, Gleichheit, Solidarität

Die Menschenwürde ist nach der deutschen Verfassung oberster Wert, der nicht zur Disposition steht. Jeder Mensch hat seinen Wert allein aus seiner Eigenschaft als Mensch. Er ist darauf angelegt, sich selbst zu bestimmen und entsprechend seiner Fähigkeiten und Begabungen zu entfalten.

Aus dem Gedanken des Eigenwertes leitet sich nach unserer Überzeugung zwingend ab, dass grundsätzlich alle Menschen in unserer Gesellschaft einen gleichberechtigten prinzipiellen Anspruch auf die Versorgung mit medizinischen Leistungen haben müssen.

Eine Differenzierung nach Geschlecht, Abstammung, Rasse, Sprache, Heimat und Herkunft, Glauben, religiösen oder politischen Anschauungen oder nach gesellschaftlicher Bedeutung oder gesellschaftlichem Nutzen scheidet von vornherein aus.

Der Gedanke der freien Entfaltung als Teil der Menschenwürde ist in diesem Zusammenhang für uns ebenso von elementarer Bedeutung. Erst die Teilhabe an der medizinischen Versorgung gewährleistet die Möglichkeit einer freien Entfaltung, da eine gesundheitliche Beeinträchtigung entsprechend ihrem Gewicht die freie Entfaltung einschränkt.

Untrennbar verbunden mit dem Eigenwert jedes Menschen sehen wir den Anspruch auf Solidarität. Der Eigenwert des Menschen erfordert eine medizinische Versorgung, unabhängig von den finanziellen Mitteln der einzelnen Mitglieder der Gesellschaft oder deren Möglichkeiten, ihre Interessen eigenverantwortlich durchzusetzen. Dies ist durch die Gesellschaft sicher zu stellen, und so die Würde des Menschen zu schützen.

Bedarf und Effizienz

Mittel stehen nicht jederzeit für jeden in vollem Umfang zur Verfügung, daher erscheint es uns erforderlich und richtig, die Gewährung medizinischer Leistungen auch nach Bedarf, Kosten und Wirtschaftlichkeit zu differenzieren.

Abhängig von der Schwere der Erkrankung und der Dringlichkeit des Einschreitens gibt es unterschiedliche Bedarfe. Diese sind umso höher zu gewichten, je stärker die freie Entfaltung des Menschen durch die Erkrankung in Frage gestellt ist. Hierbei geht es um die Frage der Bedarfsgerechtigkeit.

Effizienz ist ebenfalls ein berechtigtes Grundprinzip der Priorisierung. Weder in dieser Gesellschaft noch in einer fernen Zukunft werden alle berechtigten Interessen der Bürger befriedigt

werden können. Je mehr Mittel für die medizinische Versorgung bereitgestellt werden, desto mehr Mittel fehlen in anderen gesellschaftlichen Bereichen. Je mehr Mittel für bestimmte medizinische Leistungen bereitgestellt werden, desto mehr werden sie für andere Bereiche der medizinischen Versorgung fehlen. Die Gesellschaft kann es sich nicht leisten, unabhängig von Kosten und Nutzen die Mittel zu verteilen. Je höher und dringender der Bedarf ist, desto mehr sollten jedoch Kosten-Nutzen-Überlegungen bei Priorisierungen zurücktreten.

#### Information, Transparenz und Selbstbestimmung

Wenn von freier Entfaltung der Persönlichkeit die Rede ist, dann ist es uns von besonderer Wichtigkeit, den Bürgern und Patienten ein Recht auf Information und Selbstbestimmung zuzubilligen.

Für die Bürger manifestiert sich die Information und Selbstbestimmung in unserem Zusammenhang im Rahmen der Teilhabe am Prozess der Priorisierung von medizinischen Leistungen. Hier geht es nicht nur um die Vorstellungen von Fachleuten. Vielmehr kann und muss der grundlegende Diskurs um die Wertentscheidungen auch von den Bürgern geführt werden. Dies ist umso wichtiger, als sie als gegenwärtige oder potentielle Empfänger medizinischer Leistungen selber mit der getroffenen Entscheidung konfrontiert sind. Dass diese von einem überwiegenden Teil der Bevölkerung akzeptiert werden, kann nur gelingen, wenn die Regeln transparent gemacht und in einer breiten Diskussion erörtert werden. Dies gilt besonders, wenn es um lebensentscheidende Fragen geht. Die Auswirkungen einer Priorisierung in der medizinischen Versorgung betreffen die Bürger in einem elementaren Bereich des Menschseins. Insofern unterscheidet sich dieser Bereich von Priorisierungs- und Verteilungsdiskussionen in anderen gesellschaftlichen Bereichen. Diese müssen deshalb nicht zwingend auf so breiter Ebene diskutiert werden und sind nicht von einer so breiten Akzeptanz abhängig.

Die Information ist aber auch wichtig auf der Ebene des Patienten in der konkreten Entscheidungssituation. Denn nur dann ist der Patient nicht Gegenstand der Entscheidung anderer und damit Objekt fremden Handelns. Die Kenntnis um die gesundheitliche Situation, die Behandlungsmöglichkeiten und deren Rang ermöglicht nicht nur einen offenen und positiven Umgang mit der Krankheit, sondern ermöglicht auch erst die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem behandelnden Personal. Dann sind deren Entscheidungskriterien transparent und nachvollziehbar, und die Wahrscheinlichkeit für ein Gefühl des Ausgeliefertseins wird verringert.

## 4. Kriterien zur Priorisierung

### 4.1. *Definition: Was sind Kriterien?*

Unter einem Kriterium verstehen wir einen Prüfstein, der den Platz einer Maßnahme in einer Rangfolge bestimmen soll.

Die Priorisierung von medizinischen Maßnahmen und die Kriterien der Priorisierung müssen transparent und nachvollziehbar für die Bevölkerung und für den einzelnen Patienten sein.

#### 4.2. Welche Kriterien sind für uns wichtig?

- Lebenserhaltung und Dringlichkeit der Behandlung
- Bedarfsgerechte Verteilung
- Kalendarisches Alter und Generationengerechtigkeit
- Wartezeit
- Patientenwille
- Lebensqualität
- Kosteneffizienz
- Innovation und Fortschritt in der Medizin
- Nachweisbarkeit der Wirksamkeit

#### 4.3. Mit welchen Argumenten wurden Kriterien diskutiert?

##### Lebenserhaltung und Dringlichkeit der Behandlung

An oberster Stelle der Rangfolge der Priorisierung stehen Lebensrettung und Lebenserhaltung des einzelnen Menschen, um der Würde des Menschen gerecht zu werden. Dabei ist das Kriterium der Dringlichkeit der Behandlung zu beachten. Dieses bedeutet, dass gravierende Akutfälle sowie schwere Unfälle vorrangig behandelt werden müssen, wenn diese lebensbedrohlich sind. Dabei sind der derzeitige Krankheitszustand des Patienten und die Gesamtprognose des Krankheitsverlaufes zu berücksichtigen. Die Behandlungsrisiken und Nebenwirkungen sollen abschätzbar und so gering wie möglich sein.

Die pflegende und palliativmedizinische Versorgung kranker Menschen, die keine Hoffnung auf Heilung haben können, soll ebenso berücksichtigt werden wie krankheitsheilende Behandlungen.

##### Bedarfsgerechte Verteilung

Weiterhin steht das Grundprinzip der bedarfsgerechten Verteilung im Vordergrund, welches voraussetzt, dass die Behandlung der Betroffenen jede Form der Diskriminierung ausschließt. Dabei sollen sowohl der soziale Status als auch der Berufsstatus, z.B. hierarchische Stellung, unerheblich sein. Geistig und körperlich benachteiligte Menschen müssen gleichrangig zu allen anderen gestellt werden. Hierfür bedarf es manchmal einer besonderen Unterstützung für diese Menschen. Menschen, die sich nicht selbst vertreten können, müssen vor Benachteiligung geschützt werden.

##### Kalendarisches Alter und Generationengerechtigkeit

Aus den Grundwerten der Gerechtigkeit und Gleichheit leiten wir ab, dass keine Bevorzugung oder Benachteiligung aufgrund des kalendarischen Alters erfolgen darf.

Generationsgerechtigkeit kann sowohl innerhalb einer Generation als auch zwischen den Generationen ansetzen. Dabei sollen junge und alte Generationen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Der demografische Wandel stellt eine besondere Herausforderung in der Generationengerechtigkeit dar.

##### Wartezeit

Wenn es notwendig ist, aufgrund der Knappheit der Mittel Wartelisten von Behandlungen zu führen, sollte den Patienten mit der längsten Wartezeit eine hohe Priorität auf einer solchen Liste zugestanden werden. Dabei wären Schwere der Krankheit und Dringlichkeit vorrangig zu beachten.

### Patientenwille

Der Wille des einzelnen Patienten muss bei der Entscheidung über die Behandlung berücksichtigt werden. Jeder Patient hat das Recht, Behandlungen – auch lebenserhaltende – abzulehnen. Jedoch bedeutet die Rücksicht auf den Patientenwillen nicht, dass jeder Wunsch des Patienten eine Umsetzung erfahren kann. Dennoch muss auf unterschiedliche kulturelle Orientierungen, Glaubensgebote und Traditionen Rücksicht genommen werden.

### Lebensqualität

Auch das Kriterium Lebensqualität steht für uns im Vordergrund. Es ist für uns nicht gleichzusetzen mit dem Begriff „Wellness“. Vielmehr ist es für einen chronisch erkrankten Menschen wichtig, nicht nur die Heilung im Blick zu haben, sondern ihm trotz einer Erkrankung durch Behandlung ein adäquates Leben zu ermöglichen. Dazu gehören vorrangig die Linderung seiner Schmerzen, die Aufrechterhaltung oder Wiedererreichung der Mobilität, also die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, wie z.B. in den Bereichen Kultur und Sport, sowie Zufriedenheit mit seiner persönlichen Situation.

### Kosteneffizienz

Ein weiteres Kriterium ist die Kosteneffizienz (siehe Grundwerte). Kosteneffizienz berücksichtigt sowohl die Kosten als auch den Nutzen einer Maßnahme. Wenn mit geringeren Kosten ein vergleichbarer Nutzen oder bei gleichen Kosten ein besserer Nutzen ermöglicht wird, sollten diese Leistungen priorisiert werden. Allerdings sollte der Nutzen einer Maßnahme im Vordergrund stehen. Für die Bewertung der Kosteneffizienz ist unter anderem die Dauer einer Behandlung ein Kriterium.

Die Frage der Organisation der medizinischen Versorgung, z.B. ambulante oder stationäre Behandlung, Wohnortnähe, Übergänge zwischen stationärer Versorgung und Rehabilitation, stellt an sich kein wichtiges Priorisierungskriterium dar. Vielmehr sollten die Prioritäten sich am Nutzen und der Effizienz der Maßnahmen orientieren.

### Innovation und Fortschritt in der Medizin

Innovationen und Fortschritte in der Medizin mit nachgewiesener nachhaltiger Wirkung für den Patienten sind nach eingehender Prüfung in einem verbindlichen Zeitraum in der Priorisierung zu berücksichtigen. Innovation und Forschung sind wichtig für zukünftige Heilungserfolge und um verbesserte Möglichkeiten der Behandlung zukünftiger Generationen von Patienten zu entwickeln. Auch ein möglicher volkswirtschaftlicher Nutzen ist ein positiver Nebeneffekt.

Hierbei sollten Transparenz, Belegbarkeit und Nutzen der Forschungsergebnisse bei der Priorisierung von medizinischer Forschung berücksichtigt werden.

### Nachweisbarkeit der Wirksamkeit

Wichtig ist schließlich auch die Nachweisbarkeit der Wirksamkeit der priorisierten Behandlungen. Diese sollten insbesondere im Langzeiteffekt überprüft werden.

Die Prioritätenliste sollte regelmäßig überprüft und gegebenenfalls ergänzt werden.

#### 4.4. Welche Kriterien wurden kontrovers diskutiert?

- Eigenverantwortung und Selbstverschulden
- Familiäre Fürsorge
- Berufsfähigkeit

Eigenverantwortung und Selbstverschulden:

Wir haben sehr intensiv und lange über das Problem der Eigenverantwortung und des Selbstverschuldens diskutiert. Ungesunde und risikoreiche Lebensweisen sollen nicht „honoriert“ werden. Jedoch muss jedem die individuelle, eventuell auch gesundheitswidrige, Entfaltung ermöglicht werden, d.h. die Gleichbehandlung aller Betroffenen muss eingehalten werden. Daher ist Selbstverschulden kein Kriterium der Priorisierung, sondern sollte im Rahmen der Gesundheitsförderung und Vorsorge diskutiert werden.

Familiäre Fürsorge

Außerdem haben wir sehr lange über die Bedeutung der familiären Fürsorge für die Priorisierung diskutiert. Die Familie und vergleichbare Lebensgemeinschaften genießen den besonderen Schutz durch die Verfassung und die Gesellschaft. Daher sollte die Verantwortung für eine Familie in angemessener Weise berücksichtigt werden. Es wäre wünschenswert, wenn Patienten, die sich wiederum um Schwerkranke und behinderte Angehörige intensiv kümmern müssen, bei der Behandlung besonders berücksichtigt werden, weil sie wieder zur Verfügung stehen müssen. Es fällt uns jedoch schwer, konkrete Kriterien hierzu zu benennen.

Berufsfähigkeit

Des Weiteren haben wir länger darüber diskutiert, ob Berufsfähigkeit und ihre Wiederherstellung ein Kriterium für die Priorisierung sein soll. Hierfür spricht, dass es nicht nur für die Lebensqualität des Betroffenen, sondern auch volkswirtschaftlich von Bedeutung ist. Dagegen spricht, dass es rechtlich sehr angreifbar ist.

## 5. Zusammenfassung und Empfehlungen

### 5.1. Zusammenfassung Bürgerkonferenz

Wir Lübecker Bürger haben an mehreren Tagen über das Thema Priorisierung im Gesundheitswesen sachlich und kontrovers diskutiert. Am Ende der Konferenz haben sich aufgrund der unterschiedlichen Erfahrungen der Teilnehmer Grenzen gezeigt. Dennoch ist es uns gelungen, uns inhaltlich und erfolgreich mit einem derart komplexen Thema auseinanderzusetzen. Dabei haben wir festgestellt, dass diese Form der Bürgerbeteiligung sinnvoll und nachahmenswert ist. Eine Leitung der Konferenz durch einen außenstehenden Moderator war erforderlich und hilfreich.

### 5.2. Zusammenfassung der Überlegungen zur Priorisierung

Wir unterscheiden streng zwischen Priorisierung und Rationierung. Diese Differenzierung ist erforderlich für eine saubere Diskussion. Priorisierung schafft Transparenz und dadurch Vertrauen in unser Gesundheitssystem. Priorisierung beruht auf Grundwerten und Kriterien. Grundwerte sind Menschenwürde, Gleichheit, Solidarität, Bedarf, Effizienz, Information, Transparenz und Selbstbestimmung. An oberster Stelle steht für uns die Menschenwürde. Dieser haben sich alle anderen Grundwerte unterzuordnen. In diesem Rahmen sind auch die Interessen des Individuums gegen die der Gesellschaft abzuwägen. Menschen, die sich nicht selbst vertreten können, müssen vor Benachteiligung geschützt werden.

Kriterien zur Priorisierung sind: Lebenserhaltung und Dringlichkeit der Behandlung, bedarfsgerechte Verteilung, Wartezeit, Patientenwille, Lebensqualität, Kosteneffizienz, Innovation und Fortschritt in der Medizin, Nachweisbarkeit der Wirksamkeit.

Die Kriterien Eigenverantwortung und Selbstverschulden, familiäre Fürsorge und Berufsfähigkeit haben wir kontrovers diskutiert.

Kriterien, die nicht bei der Priorisierung berücksichtigt werden sollen sind: Das kalendarische Alter, sozialer Status und Berufsstatus.

### 5.3. *Empfehlungen*

Empfehlungen zum Verfahren der Priorisierung

Die Politik sollte eine breite Priorisierungsdebatte anstoßen und begleiten und dabei die Ergebnisse der Lübecker Bürgerkonferenz zur Kenntnis nehmen und nutzen. Verbände, Kammern und Krankenversicherungen sollten sich an dieser Debatte intensiv beteiligen. Medien sollten dieses Thema in die Bevölkerung transportieren. Bürger sind an diesem Prozess ebenfalls zu beteiligen.

Es sollte ein nationales Gremium geschaffen werden, welches Grundwerte und Kriterien zur Priorisierung feststellt und die Diskussion führt. In diesem Gremium sollten die oben genannten Gruppen angemessen vertreten sein. Möglicherweise entstehende Prioritätenlisten sollten öffentlich und transparent diskutiert werden, um hiermit Verständnis und Akzeptanz in der Gesellschaft zu erreichen. Priorisierung steht neben dem Bemühen um die Nutzung von Effizienzreserven und soll diese nicht beeinträchtigen.

Prioritätenlisten sollten kein starres System sein. Sie sollten Orientierung bieten, im Einzelfall müssen begründete Ausnahmen möglich sein. Der Patientenwille sollte – mit der genannten Grenze – als letzte Instanz der Entscheidung berücksichtigt werden.

Die Priorisierungslisten sollten weiterentwickelt und angepasst werden, auch im Hinblick auf medizinische Forschung und Entwicklung.

Weitere Empfehlungen

Darüber hinaus empfehlen wir im Hinblick auf ein funktionierendes Gesundheitssystem Folgendes:

Die Einflussnahme von Lobbyisten und der medizinischen Industrie sollten kontrolliert werden.

Um Eigenverantwortung zu fördern, sind Anreize für eine persönliche Gesundheitsvorsorge und eine gesunde Lebensweise zu schaffen.

## 6. Anhang

### 6.1. Teilnehmer der Lübecker Bürgerkonferenz

Name	Beruf (eigene Angabe)	Alter
Benker, Gerhard	Fachinformatiker (derzeit nicht erwerbstätig)	48
Getta, Claudia	ehem. Arzthelferin, jetzt Büroangestellte	40
Gräning, Gerd	Diplom-Ingenieur (im Ruhestand)	72
Heitefuß, Marcus	Polizist	43
Jack, Stefan	Verwaltungsjurist	59
Kaumanns, Kurt	Bauingenieur (im Ruhestand)	68
Klein, Antje	Bundespolizeibeamtin	43
Klein, Bärbel	Technische Sachbearbeiterin (im Ruhestand)	64
Kürle, Kornelia	Steuerfachgehilfin (derzeit Erwerbsunfähigkeitsrente)	47
Mundt, Florian	Angehender Student	20
Musiol, Heinrich	Admin/EDV	46
Roth, Gerhard	Kaufmann (im Ruhestand)	67
Rückert, Kerstin	Krankenschwester	53
Saß, Hans-Joachim	Einzelhandelskaufmann	60
Schröder, Stephan	Küchenchef	39
Weimann, Jörg	Verwaltungsbeamter	57
Welsch, Renate	Diplom Juristin (im Ruhestand)	69
Wichmann, Michael	Dipl. Ing. Architekt Landespflege (freiberuflich)	53
Wolters, Margot	Justizangestellte (im Ruhestand)	76

## 6.2. Von der Bürgerkonferenz angehörte Experten

Name	Einrichtung	Thema/Disziplin
Prof. Dr. Silke Schicktzanz	Professorin für Kultur und Ethik der Biomedizin am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen	Methode Bürgerkonferenz
Dr. Thorsten Meyer	Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck (DFG Forschergruppe: Priorisierung in der Medizin) und Schweizer Paraplegiker Forschung, Guidech-Zäch-Institut Nottwil (Schweiz).	Priorisierungspraxis und A.-theorie
Prof. Dr. Christoph Rehmann-Sutters	Professor für Theorie und Ethik in den Biowissenschaften am Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung in Lübeck der Universität zu Lübeck	Ethik
Prof. Dr. Jörg Carlsson	Deutscher Kardiologe aus Kalmar (Schweden)	Priorisierung in Schweden
Prof. Dr. Jens-Martin Trädel	Allgemeinarzt und Honorarprofessor für Allgemeinmedizin an der Universität zu Lübeck	Allgemeinmedizin
Prof. Dr. Dr. Dr. Eckard Nagel	Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften Universität zu Bayreuth und Transplantation in Augsburg	Strukturen im aktuellen Gesundheitssystem
Dr. Claudia Landwehr	Politikwissenschaftlerin an der Johann Wolfgang Goethe Universität in Frankfurt am Main	Politikwissenschaften
Dr. Andreas Gerber	Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie am Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Prof. Dr. Felix Welti	Professor für Sozialrecht und Verwaltungsrecht an der Hochschule Neubrandenburg	Recht

Auflistung in der Reihenfolge der Anhörung während der Bürgerkonferenz

## 6.3. Organisation der Bürgerkonferenz

Leitung: Professor Dr. Dr. Heiner Raspe, Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck

Moderation: Jens-Peter Dunst, Hamburg, unter Mitwirkung von Sarah Hecker, Lübeck

Organisation: Sabine Stumpf, Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck unter Mitwirkung von Mirjam Hauschildt, Göttingen, und Stefan Bossert, Lübeck.

Mit Unterstützung der Possehl-Stiftung, Lübeck, der Gemeinnützigen Sparkassenstiftung zu Lübeck, der Gesellschaft zur Beförderung gemeinnütziger Tätigkeit und des Wissenschaftsmanagements der Hansestadt Lübeck.

Das Bürgervotum wurde im Rahmen einer Pressekonferenz am 05. Juli 2010 der Öffentlichkeit vorgestellt.

## 10. Literaturverzeichnis

1. Abels G, Bora A: Demokratische Technikbewertung. transcript Verlag, Bielefeld 2004
2. Abelson J, Forest P-G, Eyles J, Smith P, Martin E and Gauvin F-P (2001): A Review of Public Participation and Consultation Methods. Health Economics and Policy Analysis Research Working Paper 2001, 1-4
3. Arvidsson E, Andre M, Borgquist L, Lindström K, Carlsson P (2009): Primary care patients` attitudes to priority setting in Sweden. Scandinavian Journal of Primary Health Care 27 No. 2, 123- 128
4. Badura B (2002): Beteiligung von Bürgern und Patienten im Gesundheitswesen. Vom Anbieter- zum Verbraucherschutz. Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz Springer-Verlag Band 45 2002, 21- 25
5. Beckmann J, Keck G: Beteiligungsverfahren in Theorie und Anwendung. Akademie für Technikfolgenabschätzung, Stuttgart 1999
6. Beer B: Systematische Beobachtung; in: Methoden und Techniken der Feldforschung; hrsg. v. Beer B ; Dietrich Reimer Verlag, Berlin 2003, 119-142
7. Beer B: Systematische Beobachtung; in: Methoden ethnologischer Feldforschung; Beer B, Reimer Verlag, Berlin 2008, 167- 191
8. Bernier J: Disease, medicine and society in Canada: A historical overview. The Canadian Historical Association, Ottawa 2003
9. Beske F (2007): Rationierung oder Prioritätensetzung - die Wortwahl entscheidet; in: Nordlicht aktuell 8, 11-12
10. Bohnsack R: Gruppendiskussion; in: Qualitative Forschung ein Handbuch; hrsg. v. Flick U, von Kardorff E, Steinke I, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg 2009, 369-384
11. Bora A: Was leisten Konsensuskonferenzen? Partizipative Technikbewertung aus der Sicht der Wissenschaftssoziologie; in: Stammzellen im Diskurs, Ein Lese- und Arbeitsbuch zu einer Bürgerkonferenz; hrsg. v. Tannert C, Wiedemann P, oekom verlag, München 2004, 75- 82
12. Bortz J, Döring N: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer-Medizin-Verlag, Heidelberg 2009
13. Breyer F: Das Lebensalter als Abgrenzungskriterium für Grund- und Wahlleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung?; in: Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen; hrsg. v. Schöne- Seifert B, Buyx AM, Ach JS; mentis Verlag, Paderborn, 2006, 150-161
14. Brock DW: Ethische Probleme von Kosten-Effektivitäts-Analysen bei der Priorisierung von Ressourcen im Gesundheitswesen; in: Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen; hrsg. v. Schöne- Seifert B, Buyx AM, Ach JS; mentis Verlag, Paderborn, 2006, 183-213
15. Bruni RA, Laupacis A, Levinson W, Martin DK (2007): Public involvement in the priority setting activities of a wait time management initiative: a qualitative case study. BMC Health Serv Res. 7, 1-13
16. Bundesärztekammer: Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft. Ulmer Papier, o. Verl. Ulm 2008
17. Burow O-A, Kühnemuth K: Brauchen Wissenschaft und Politik Bürgerberatung? Möglichkeiten und Grenzen der Bürgerkonferenz; in: Stammzellen im Diskurs, Ein Lese- und Arbeitsbuch zu einer Bürgerkonferenz; hrsg. v. Tannert C, Wiedemann P; oekom verlag, München 2004, 117- 129
18. Buyx AM, Schöne- Seifert B, Ach SA: Einleitung; in: Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen; hrsg. v. Schöne- Seifert B, Buyx AM, Ach JS; mentis

- Verlag, Paderborn 2006, 7- 13
19. Carlsson J (2009): Praxis der Priorisierung am Beispiel der Versorgungsleitlinie Kardiologie in Schweden. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 103 (2), 92-98
  20. Committee on Choices in Health Care: Choices in Health Care. Edited by Ministry of Welfare HCA, Rijswijk 1992.
  21. Coulter A (2003): Citizen involvement in priority- setting. Health Expectations 6(1), 1-2
  22. Danish Council of Ethics : Priority-setting in the Health Service. o. Verl. 1997
  23. Deutscher Ethikrat: Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung, Stellungnahme. Deutscher Ethikrat, Berlin 2011
  24. Diederich A: Einstellung zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage; in: Priorisierte Medizin Ausweg aus der Sackgasse der Gesundheitsgesellschaft?; hrsg. v. Diederich A, Koch C, Kray R, Sibbel R; Gabler Verlag, Wiesbaden 2011, 13-38
  25. Diederich A, Winkelhage J, Schnoor M, Schreier M (2009): Öffentlicher Diskurs erforderlich. Deutsches Ärzteblatt 106 (14), A654-656
  26. Diederich A, Schreier M (2009): Kriterien der Priorisierung aus gesellschaftlicher Sicht. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 103 (2), 111-116
  27. Dienel PC: Die Planungszelle - Zur Praxis der Bürgerbeteiligung - Demokratie funkelt wieder. Hrsg. v. Friedrich-Ebert-Stiftung, Arbeitskreis Bürgergesellschaft und Aktivierender Staat, Bonn 2006
  28. Dietz A: Gerechte Gesundheitsreform? Ressourcenvergabe in der Medizin aus ethischer Perspektive. Campus Verlag, Frankfurt 2011
  29. Dixon J, Welch HG (1991): Priority setting: lessons from Oregon. The Lancet, 337 1991 (13), 891-894
  30. Dolan P, Cookson R, Ferguson B (1999): Effect of discussion und deliberation on the public's views of priority setting in health care: focus group study. BMJ, 1999 (3), 916-919
  31. Dougherty CJ (1991): Setting health care priorities: Oregon's next steps. The Hastings Center Report No. 3, 1-10
  32. Düwell M, Hübenthal C, Werner MH: Handbuch Ethik. Verlag J.B. Metzler, Stuttgart 2011
  33. Flick U: Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg 2006
  34. Flick U, von Kardorff E, Steinke I: Qualitative Forschung ein Handbuch. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg 2009
  35. Fraser N, Honneth A: Umverteilung oder Anerkennung? Eine politisch – philosophische Kontroverse. Suhrkampverlag, Frankfurt am Main 2003
  36. Fuchs C: Priorisierung aus Sicht der Medizin- Positionsbestimmung der Ärzteschaft zum Thema; in: Priorisierung statt Rationierung: Zukunftssicherung für das Gesundheitssystem; hrsg. v. Lohmann H, Preusker U; Economica Verlag, Heidelberg 2010, 15-32
  37. Fuchs C, Nagel E, Raspe H (2009): Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung - was ist gemeint?. Deutsches Ärzteblatt 106 (12), A554-557
  38. Garz D, Kraimer K: Qualitativ- empirische Sozialforschung Konzepte, Methoden, Analysen. Westdeutscher Verlag, Opladen 1991
  39. Gechert S: Supplementary private health insurance in selected countries: lessons for EU governments?. Univ. Center for Economic Studies, München 2009
  40. Gehring P (2011): Für wen und warum eine Kriteriendiskussion? Zur Transparenz von Verteilungsentscheidungen. Forschung & Lehre 8/11, 586-588
  41. Gerbner G, Holsti OR, Krippendorff K, Paisley WJ, Stone PJ: The analysis of communication content. Wiley, New York 1969
  42. Gottschalk N: Welche Diskurse brauchen wir? Zum Verhältnis von Habermas` Diskurstheorie

- und einer „diskursiven Technikbewertung“ in organisierten Verfahren; in: Diskurs Begriff und Realisierung, hrsg. v. Nennen H-U; Verlag Königshausen & Neumann, Würzburg 2000, 237-270
43. Gottschalk-Mazouz N: Theorien – Entwicklungen - Perspektiven. Akademie Verlag, Berlin 2000
  44. Gottschalk-Mazouz N: Einleitung: Perspektiven der Diskursethik; in: Perspektiven der Diskursethik; hrsg. v. Gottschalk- Mazouz N; Königshausen und Neumann, Würzburg 2004
  45. Grasser S: Das kanadische Wahl- und Parteiensystem: die begünstigte Entwicklung eines Vielparteiensystems durch die relative Mehrheitswahl?. GRIN Verlag, Norderstedt 2005
  46. Groß D: Priorisierung statt Rationierung: Zukunftssicherung für das Gesundheitssystem?; in: Priorisierung statt Rationierung: Zukunftssicherung für das Gesundheitssystem; hrsg. v. Lohmann H, Preusker U; Economica Verlag, Heidelberg 2010, 73-91
  47. Gutmann T: Der Faktor 6. Zur Skizze einer rechteorientierten Theorie der Gesundheitsversorgung; in: Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen; hrsg. v. Schöne- Seifert B, Buyx AM, Ach JS; mentis Verlag, Paderborn 2006, 31-50
  48. Gutmann A, Thompson D (1997): Deliberating about bioethics, Hastings Center Report, 27 (3), 38-41
  49. Habermas J: Erläuterungen zur Diskursethik. Suhrkamp verlag, Frankfurt am Main 1991
  50. Habermas J: Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 1983
  51. Hadorn DC (1991): The Oregon Prioritysetting exercise: Quality of life and public policy. The Hastings Center Report 21 (3), 11-16
  52. Häder M: Empirische Sozialforschung, eine Einführung. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2010
  53. Ham C (1997): Priority setting in Health care: learning from international experience. Health Policy 42, 49-66
  54. Hart D (2001): Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen. Zeitschrift für Rechtssoziologie 22, 1, 79-100
  55. Hart D, Francke R: Patientenrechte und Bürgerbeteiligung, Bestand und Perspektiven; in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz Band 45 Heft 1, Springer-Verlag, 2002, 13-20
  56. Hauser H, Sommer JH: Kostendämpfung im Gesundheitswesen in den USA, in Kanada und in der BRD: Ansatzpunkte für die schweizerische Reformdiskussion. Haupt, Bern 1984
  57. Hennen L: Experten und Laien- Bürgerbeteiligung und Technikfolgenabschätzung in Deutschland; in: Bürgerkonferenz: Streitfall Gendiagnostik; hrsg. v. Schick Tanz S, Naumann J; Leske + Budrich, Opladen 2003, 37- 50
  58. Herwartz-Emden L: Universitärer Sprachgebrauch: Männlich - weiblich? Eine Inhaltsanalyse; in: Qualitativ- empirische Sozialforschung Konzepte, Methoden, Analysen; hrsg. v. Gartz D, Kraimer K; Westdeutscher Verlag, Opladen 1991, 255-295
  59. Horster D: Habermas zur Einführung. Junius Verlag, Hamburg 1995
  60. Huster S: Grundversorgung und soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen; in: Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen; hrsg. v. Schöne- Seifert B, Buyx AM, Ach JS; mentis Verlag, Paderborn 2006, 121-145
  61. Huth I: Politische Verdrossenheit: Erscheinungsform und Ursachen als Herausforderungen für das politische System und die politische Kultur der Bundesrepublik Deutschland im 21. Jahrhundert. Diss. Münster 2004
  62. Jäger S: Kritische Diskursanalyse: Eine Einführung. Unrast-Verlag, Münster 2009
  63. Jaspers B: Allokation öffentlich finanzierter Gesundheitsleistungen im Spannungsfeld zwischen Effizienz und Ethik. GRIN Verlag, Norderstedt 2008

64. Joss S: Die Konsensuskonferenz in Theorie und Anwendung. Serie Leitfaden, hrsg. v. der Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, Stuttgart 2000
65. Joss S: Zwischen Politikberatung und Öffentlichkeitsdiskurs- Erfahrungen mit Bürgerkonferenzen in Europa; in: Bürgerkonferenz: Streitfall Gendiagnostik, ein Modellprojekt der Bürgerbeteiligung am bioethischen Diskurs; hrsg. v. Schicktanz S, Naumann, J; Leske + Budrich, Opladen 2003
66. Joss S, Bellucci S: Participatory technology assessment European perspectives. University of Westminster Press, London 2003
67. Joss S, Brownlea A: Verfahrensgerechtigkeit in der partizipativen Technikfolgenabschätzung am Beispiel des Publiforum „Strom und Gesellschaft“. Konzeptbearbeitung und Evaluation, o. Verl., 1998
68. Jungk R, Müllert NR: Zukunftswerkstätten. Mit der Phantasie gegen Routine und Resignation. Heyne 73 , München 1989
69. Katzenmeier C (2011): Offen, demokratisch und rechtsstaatlich. Rechtliche Vorgaben einer Priorisierung medizinischer Leistungen. *Forschung & Lehre* 8/11, 590-591
70. Kelly SE (2003): Public Bioethics and Publics: Consensus, Boundaries an Participation Biomedical Science Policy. *Science, Technology and Human Values* Vol 28 No 3
71. Kitzhaber JA: Prioritising Health Services in an era of limits: the Oregon Experience; in: BMJ Publishing Group: Rationing in Action, Plymouth 1993, 373-377
72. Klages H: Bürgerbeteiligung im kommunalen Raum. Erfahrungen mit dem Instrument Bürgerpanel; in: Mehr Bürgerbeteiligung wagen, Wege zur Vitalisierung der Demokratie; hrsg. v. Beck K, Ziekow J; VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2011, 119-127
73. Kliemt H: Budgetierung, Standardisierung, Priorisierung; in: Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen; hrsg. v. Schöne- Seifert B, Buyx AM, Ach JS; mentis Verlag, Paderborn 2006, 91-106
74. Klinck O: das kanadische Gesundheitssystem im Spannungsfeld des Föderalismus – Struktur, Problemfelder und föderale Reformen. *Rev. pol. Diss.* Erlangen- Nürnberg 2007
75. Kohlhaas P: Diskurs und Modell. Historische und systematische Aspekte des Diskursbegriffs und ihr Verhältnis zu einer anwendungsorientierten Diskurstheorie; in: Diskurs Begriff und Realisierung; hrsg. v. Nennen H-U; Verlag Königshausen & Neumann, Würzburg, 2000, 29-56
76. Kreibich R: Zur Organisation von Verantwortung im Dialog von Wissenschaft und Gesellschaft; in: Stammzellen im Diskurs, Ein Lese- und Arbeitsbuch zu einer Bürgerkonferenz; hrsg. v. Tannert C, Wiedemann P; oekom verlag, München 2004, 56-66
77. Kreß A: Repräsentation – Partizipation - Diskurs. Zur demokratietheoretischen Begründung verfahrensgesteuerter Diskurse; in: Diskurs Begriff und Realisierung, hrsg. v. Nennen H- U; Verlag Königshausen & Neumann, Würzburg 2000, 197-236
78. Kuhlmann E: Zwischen zwei Mahlsteinen. Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper medizinischer Ressourcen in ausgewählten klinischen Settings; in: Rationierung im Gesundheitswesen; hrsg. v. Feuerstein G, Kuhlmann E; Ullstein Medical, Wiesbaden, 1998, 146-161
79. Kumpf U: Mehr direkte Demokratie wagen!; in: Mehr Bürgerbeteiligung wagen, Wege zur Vitalisierung der Demokratie; hrsg. v. Beck K, Ziekow J ; VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2011, 15-20
80. Lamnek S: Qualitative Sozialforschung. Beltz Verlag, Basel 2010
81. Landes RG: The Canadian Polity: A Comparative Introduction. Prentice-Hall, Scarborough Canada Inc, 1991
82. Leggewie C: Mut statt Wut, Aufbruch in eine neue Demokratie. Edition Körber - Stiftung, Hamburg 2011a
83. Leggewie C: Die Rolle der Zivilgesellschaft in der Transformation Bürger und Bürgerinnen,

- hinein in die Parteien; in: Bürgerbeteiligung 3.0 Zwischen Volksbegehren und Occupy-Bewegung; hrsg. v. Oxenfarth A, Obermayr H, oekom Verlag, München 2011b, 19-28
84. Leiber T: Glück, Moral und Liebe Perspektiven der Lebenskunst. Verlag Königshausen & Neumann, Würzburg 2006
  85. Lenaghan J (1999): Involving the public in rationing decisions. The experience of citizens juries, *Health Policy* 49, 45-61
  86. Lenaghan J, New B, Mitchell E (1996): Setting priorities: is there a role for citizens' juries?; *BMJ*, volume 312, 1591-1593
  87. Levitt M: Public Consultation in bioethics. What is the Point of Asking the public when they have neither scientific nor ethical expertise?; In *health care analysis*, Vol. 11 No. 1 März 2003, 15-25
  88. Lübke W: Wirtschaftlichkeit und Gerechtigkeit: zwei ethische Gebote? Eine Grundlagenreflexion; in: *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*; hrsg. v. Schöne-Seifert B, Buyx AM, Ach JS; mentis Verlag, Paderborn 2006, 17-30
  89. Lübke W (2009): Postutilitarismus in der Priorisierungsdebatte. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 103 (2), 99-103
  90. Lüders C: Beobachtungen im Feld und Ethnographie; in: *Qualitative Forschung ein Handbuch*; hrsg. v. Flick U, von Kardorff E, Steinke I; Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg 2009, 384-402
  91. Marckmann G: Alter als Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung; in: *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*; hrsg. v. Schöne-Seifert B, Buyx AM, Ach JS; mentis Verlag, Paderborn 2006, 163- 181
  92. Marckmann G (2009): Priorisierung im Gesundheitswesen: Was können wir aus den internationalen Erfahrungen lernen?. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 103 (2), 85-91
  93. Marckmann G (2011): Priorisierung, Rationierung – Lösungsansätze: Die Kosten-Nutzen-Bewertung als Allokationsinstrument – eine ethische Analyse, *Frankfurter Forum: Diskurse Heft 4*, 14-25
  94. Mayring P: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz Verlag, Weinheim und Basel 2002
  95. Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse; in: *Qualitative Forschung ein Handbuch*; hrsg. v. Flick Uwe, von Kardorff Ernst, Steinke Ines; Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg 2009, 468-475
  96. Mayring P, Gläser-Zikuda M: Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse. Beltz Verlag, Weinheim und Basel 2008
  97. Meinefeld W: Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Sozialforschung; in: *Qualitative Forschung ein Handbuch*; hrsg. v. Flick Uwe, von Kardorff Ernst, Steinke Ines; Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg 2009, 265- 276
  98. Menon D, Stafinski T (2008): Engaging the public in priority- settingfor health technology assessment: findings from a citizens` jury. *Health Expectations* 11, 282- 293
  99. Meyer MF: Habermas' Diskursethik im Kontext einer modernen Moralbegründung; in: *Diskurs Begriff und Realisierung*, hrsg. v. Nennen H-U; Verlag Königshausen & Neumann, Würzburg 2000, 77-94
  100. Meyer T (2009): Zusammenhang zwischen Priorisierung und Rationierung - zwei Modelle, *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 103 (2), 80-84
  101. Meyer T, Raspe H (2008): Möglichkeit einer transparenten und gerechten Verteilung von begrenzten Ressourcen in der Medizin: Das Beispiel Schweden. *Gesundheitswesen* 07, A9
  102. Meyer T, Raspe H (2009): Priorisierung im Gesundheitswesen - eine Diskussion nimmt Fahrt auf. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 103 (2), 73-74

103. Meyer T, Raspe H (2012): Priorisierung: Was ist das und wie geht das?. Rehabilitation 51(02), 73-80
104. Montgomery U (2011): Unvermeidbar? „Ehrliche Priorisierung“ statt „heimlicher Rationierung“. Forschung und Lehre 8/11, 580- 582
105. Mühlbauer P (2008): Subsystem einer „Zwei-Klassen-Medizin“. Telepolis
106. Nennen H-U: Zur Revision des Bacon - Projekts. Technikbewertung als öffentliche Angelegenheit; in: Diskurs Begriff und Realisierung; hrsg. v. Nennen H-U; Verlag Königshausen & Neumann, Würzburg 2000, 305-362
107. Niewöhner J: Integration von Bürgerbeteiligung als politische Aufgabe?; in: Stammzellen im Diskurs, Ein Lese- und Arbeitsbuch zu einer Bürgerkonferenz; hrsg. v. Tannert C, Wiedemann P; oekom verlag, München 2004, 67- 74
108. Nolte P: Generation Reform: Jenseits der blockierten Republik. Bundeszentrale für Politische Bildung, Bonn 2004
109. Osterloh F (2010): Mit offenen Armen. Deutsches Ärzteblatt 107(19), A893-895
110. Pornak S, Meyer T, Raspe H (2011): Priorisierung in der Medizin – Verlauf und Ergebnisse der dänischen Priorisierungsdebatte. Gesundheitswesen 73(10), 680-687
111. Preusker UK: Priorisierung in der Praxis: Wo steht Nordeuropa? in: Priorisierung statt Rationierung: Zukunftssicherung für das Gesundheitssystem; hrsg. v. Lohmann H, Preusker U; Economica Verlag, Heidelberg 2010, 33-54
112. Przyborski A: Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode- Qualitative Auswertung von Gespräche, Gruppendiskussionen und anderen Diskursen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2004
113. Rabbata S, Meißner M (2009): Hoppe verlangt Mut zur Wahrheit. Deutsches Ärzteblatt 106(21), A1013-1015
114. Raspe H: Priorisierung medizinischer Leistungen: von der Theorie zur Praxis; in: Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen; hrsg. v. Schöne- Seifert B, Buyx AM, Ach JS; mentis Verlag, Paderborn 2006, 105-120
115. Raspe H (2011): Priorisierung, Rationierung- Lösungsansätze: Priorisierung medizinischer Leistungen in Schweden: Was können wir lernen?. Frankfurter Forum: Diskurse, Heft 4, 34-41
116. Raspe H, Kliemt H (2009): Briefwechsel zwischen Heiner Raspe und Hartmut Kliemt. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 103 (2), 75- 79
117. Raspe H, Meyer T (2009): Vom schwedischen Vorbild lernen. Deutsches Ärzteblatt 106 (21), A1036- 1039
118. Raspe H, Meyer T (2012): Priorisierung in der medizinischen Versorgung: Norwegen und seine Parlamentskommission. Nach einem Gespräch mit Prof. Dr. theol. Inge Lønning im November 2010. Gesundheitswesen 74(01), 45-48
119. Rauprich O: Gleiche Gesundheit und soziale Gerechtigkeit; in: Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen; hrsg. v. Schöne- Seifert B, Buyx AM, Ach JS; mentis Verlag, Paderborn 2006, 51-87
120. Reese-Schäfer W: Jürgen Habermas. Campus Verlag, Frankfurt am Main 2001
121. Rega IM: Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen Deutschlands, Finnlands und Polens. Universitätsverlag Göttingen, Göttingen 2007
122. Renn O: Diskursive Verfahren der Technikfolgenabschätzung; in: Technikfolgenabschätzung in Deutschland, Campus, hrsg. v. Th. Petermann, R. Coenen; Frankfurt New York 1999, 115-130
123. Rieser S, Stüwe H (2010): Interview mit Dr. med. Philipp Rösler (FDP), Bundesminister für Gesundheit „Ich kann nicht mehr Geld versprechen, aber ein faireres System. Deutsches Ärzteblatt 107 (6), A-215
124. Rosén P, Karlberg I (2002): Opinions of swedish citizens, health- care politicians, administrators and doctors on rationing and health- care financing. Health Expectations 5,

- 148-155
125. Rosenbrock R, Gerlinger T: Gesundheitspolitik Eine systematische Einführung. Verlag Hans Huber, Bern 2006
  126. Roth R: Durch Beteiligung zur Bürgerdemokratie; in: Mehr Bürgerbeteiligung wagen Wege zur Vitalisierung der Demokratie; hrsg. v. Beck K, Ziekow J; VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2011, 45-57
  127. Ruggie M: Realignment in the welfare state: Health policy in the United States, Britain and Canada. Columbia Univ. Press., New- York 1996
  128. Sabik LM, Lie RK (2008): Priority setting in health care: lessons from the experiences of eight countries. *International Journal of Equity in Health* 7(4), 4-17
  129. Sängler S, Lang B: Evidenzbasierte Patienteninformation; in: Wandel der Patientenrolle: Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen; hrsg. v. Hoefert H-W, Klotter C; Hogrefe Verlag, Göttingen 2011, 101-116
  130. Schaich-Walch G, Bausch J (2011): Krankenkassen im Plus – dies wäre Gelegenheit für eine Debatte über Priorisierung. *Frankfurter Forum: Diskurse Heft* 4, 4-5
  131. Schicktanz S: Bürger als Experten? Überlegungen zu den Möglichkeiten und Grenzen der Bürgerbeteiligung im bioethischen Diskurs; in: *Biomedizin im Kontext. Beiträge aus dem Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft Band 3*, LIT Verlag, Münster 2006
  132. Schicktanz S: Sollen, können, dürfen: Anmerkungen zur Bürgerbeteiligung am bioethischen Diskurs und deren Bewertung; in: *Von der Politik- zur Gesellschaftsberatung Neue Wege öffentlicher Konsultation*; hrsg. v. Leggewie C, Campus, Frankfurt am Main 2007, 133-150
  133. Schicktanz S: Politikberatung im Kontext; in: *Politikberatung*; hrsg. v. Bröchler S, Schützeichel R; Lucius & Lucius UTB, 2008, 47-69
  134. Schicktanz S, Naumann J: Bürgerkonferenz: Streitfall Gendiagnostik, ein Modellprojekt der Bürgerbeteiligung am bioethischen Diskurs. Leske + Budrich, Opladen 2003
  135. Schnell R, Hill P B, Esser E: Methoden der empirischen Sozialforschung. R. Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München 2005
  136. Schöne-Seifert B (2011): Ethisch vertretbar? Über Leistungskürzungen in solidarisch finanzierten Gesundheitssystemen. *Forschung & Lehre* 8/11, 584-585
  137. Schöne-Seifert B, Buyx AM: Marginale Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen: ein faires Rationierungskriterium?; in: *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*; hrsg. v. Schöne-Seifert B, Buyx AM, Ach JS; mentis Verlag, Paderborn 2006, 215-234
  138. Schramme T: Bioethik. Campus Verlag, Frankfurt am Main 2002
  139. Schreier M, Diederich A: Kriterien der Priorisierung: Praxis anderer Länder und erste Ergebnisse einer qualitativen Befragung in Deutschland, FOR 655 „Priorisierung in der Medizin“, Bremen 2008
  140. Schulz S, Steigleder K, Fangerau H, Paul N W: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin Eine Einführung. Suhrkampverlag, Frankfurt am Main 2006
  141. Seger W (2012): Allgemeine Risiken und Chancen der Priorisierung. *Rehabilitation* 51(02), 107-110
  142. Simard L (1995): Public policy issues: a Canadian perspective. *Journal of the royal society of medicine* No. 26 Volume 88, 7-11
  143. Simon M: Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Verlag Hans Huber, Bern 2010
  144. Skorupinski B, Ott K: Technikfolgenabschätzung und Ethik, Eine Verhältnisbestimmung in Theorie und Praxis. vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich 2000
  145. Skorupinski B, Ott K: Partizipative Technikfolgenabschätzung als ethisches Erfordernis- Warum das Urteil der Bürger/innen unverzichtbar ist. TA- SWISS, Bern 2002
  146. Smith G, Wales C (1999): The theory and practice of citizens juries. *Policy and Politics*

147. Statistisches Bundesamt Deutschland: Gesundheit- Personal 2007, Wiesbaden 2008
148. Steinke I: Gütekriterien qualitativer Forschung, in: Qualitative Forschung ein Handbuch; hrsg. v. Flick U, von Kardorff E, Steinke I; Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg 2009, 319-332
149. Stiftung Deutsches Hygiene-Museum Dresden: Europäische Bürgerkonferenz zur Hirnforschung. Newsletter Nr.1, Deutsches Hygiene-Museum Dresden, Dresden 2005
150. Strech D, Danis M, Löb M, Marckmann G (2009): Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. Ärztliche Einschätzungen aus einer repräsentativen Umfrage. Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 134, 1261-1266
151. Stumpf S, Meyer T, Raspe H (2011): Vorbild? Über die Priorisierungsdiskussion in Schweden und was wir von ihr lernen können. Forschung & Lehre 8/11, 592-593
152. Swedish Parliamentary Priorities Commission: No easy choices – the difficult priorities of healthcare. Stockholm: SOU 1993
153. Swedish Parliamentary Priorities Commission: Priorities in health care. Ethics, economy, implementation. Stockholm: SOU, 1995
154. Tannert C, Wiedemann P: Stammzellen im Diskurs, Ein Lese- und Arbeitsbuch zu einer Bürgerkonferenz. oekom verlag, München 2004
155. Thielmann L: Ethische Grundlagen einer Prioritätensetzung im Gesundheitswesen; Verlag P.C.O., Bayreuth 2001
156. Tørning J: Prioritering i sundhedssektoren – mål og midler. Kommunal Årbog 1978, 7–15
157. Weingart P (2003): Experte ist jeder, alle sind Laien; in: Gegenworte Heft 11 Frühjahr, 58-62
158. Welti F (2009): Rechtliche Rahmenbedingungen von Priorisierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 103 (2), 104-110
159. Wieseman V, Mooney G, Berry G, Tang TC (2003): Involving the general public in priority setting: experiences from Australia. Soc Sci Med 56 (5), 1001-1012
160. Wohlgemuth WA, Alber K, Bayerl B, Freitag MH: Die DFG Forschungsgruppe FOR 655: Priorisierung in der Medizin: Eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung; in: Priorisierung in der Medizin, Interdisziplinäre Forschungsansätze; hrsg. v. Wohlgemuth WA, Freitag M, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2009, 1-11
161. Wolff S: Wege ins Feld und ihre Varianten; in: Qualitative Forschung ein Handbuch; hrsg. v. Flick U, von Kardorff E, Steinke I; Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg 2009, 334-349
162. ZEKO (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer) (2000): Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden?; in: Deutsches Ärzteblatt 97 (15), 1017-1023
163. ZEKO (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer) (2007): Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Deutsches Ärzteblatt 104 (40), 2750- 2754
164. Zimmer R: Begleitende Evaluation der Bürgerkonferenz „Streifall Gendiagnostik“. Karlsruhe 2002

### **Tabellenverzeichnis eigens erstellter Tabellen:**

Tabelle 1: Überblick über die Priorisierungsdebatte unterschiedlicher Länder (Seite 76)

Tabelle 2: Zusammenfassung des ersten Analyseschritts (Seite 92)

Tabelle 3: Zusammenfassung des zweiten Analyseschritts (Seite 98)

Tabelle 4: Gegenüberstellung der Ergebnisse (Kriterien) (Seite 143)

Tabelle 5: Gegenüberstellung der Ergebnisse (Grundwerte) (Seite 145)

### **Abbildungsverzeichnis:**

Abb. 1: Kriterien des zweiten Wochenendes (Gruppe 1-5) (Seite 106)

Abb. 2: Kriterien des zweiten Wochenendes (Gruppe 6 und 7) (Seite 106)

Abb. 3: Metakriterien des zweiten Wochenendes (Seite 108)

Abb. 4: Prinzipien und Grundwerte des zweiten Wochenendes (Seite 109)

Abb. 5: Fragen des zweiten Wochenendes (Seite 111)

Abb. 6: Tafelprotokoll einer Expertenbefragung am dritten Wochenende (Seite 118)

Abb. 7: Gliederung des Votums am vierten Wochenende (Seite 121)