

Deliberative Bürgerbeteiligung in der deutschen Debatte um Priorisierung in der medizinischen Versorgung

Eine explorative Analyse von Potenzialen, Qualitätsanforderungen
und Kontextbedingungen am Beispiel der Lübecker Bürgerkonferenz

Der Fakultät Kulturwissenschaften der Leuphana Universität Lüneburg zur Er-
langung des Grades Doktorin der Philosophie – Dr. phil. – vorgelegte Disserta-
tion von

Sabine Bossert (geb. Stumpf)

geboren am 13. Januar 1984 in Bergisch Gladbach

Eingereicht am: 27.02.2015

Betreuer und Gutachter: Prof. Dr. Thomas Saretzki

Gutachter: Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe

Gutachter: Prof. Dr. Thorsten Meyer

Tag der Disputation: 09.06.2015

INHALTSVERZEICHNIS

Deliberative Bürgerbeteiligung in der deutschen Debatte um Priorisierung in der medizinischen Versorgung	i
1 Einleitung	1
1.1 Priorisierung in der medizinischen Versorgung	1
1.2 Deliberative Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen	4
1.3 Empirisches Modellprojekt: die Lübecker Bürgerkonferenz	7
1.4 Fragestellung und Struktur der Arbeit	9
2 Konzepte und theoretische Basis: Mini-Publics als eine Form deliberativer Bürgerbeteiligung	12
2.1 Deliberative Demokratie: normative Ideale und deren Entwicklung	13
2.1.1 Ursprung, Konzept und normatives Ideal der deliberativen Demokratie	13
2.1.1.1 <i>Die liberale Theorie als Ursprung deliberativer Demokratie: das Demokratieverständnis von John Rawls und Joshua Cohen</i>	14
2.1.1.2 <i>Die kritische Theorie als Ursprung deliberativer Demokratie: das Konzept Jürgen Habermas'</i>	15
2.1.2 Weiterentwicklung der beiden ursprünglichen Konzepte deliberativer Demokratie	19
2.1.2.1 <i>Die Rolle rationaler Argumente und anderer Kommunikationsformen</i>	20
2.1.2.2 <i>Zum Status individueller Präferenzen in der deliberativen Demokratie</i>	23
2.1.2.3 <i>Ergänzung des Konsenses als Ergebnis deliberativer Prozesse</i>	24
2.1.2.4 <i>Die gemeinsame Basis: Verständigungsorientierung, freier Zugang, gegenseitiger Respekt</i>	26
2.1.2.5 <i>Legitimitätsbegriff und Quellen der Legitimität in der deliberativen Demokratie</i>	27
2.1.2.6 <i>Das Konzept der „Betroffenheit“</i>	30
2.2 Deliberative Demokratie als anwendungsorientiertes Konzept	31
2.2.1 Wachsender Realitätsbezug und seine Folgen für die Entwicklung deliberativer Demokratietheorie	31
2.2.1.1 <i>Drei deliberative „turns“</i>	31
2.2.1.2 <i>Zunehmende Kontextsensibilität und Anwendungsorientierung deliberativer Demokratie</i>	32
2.2.1.3 <i>Zur Differenzierung „mikro“- und „makro“-deliberativer Konzepte</i>	33
2.2.2 Integration mikro- und makro-deliberativer Ansätze: das Konzept des deliberativen Systems	35
2.2.2.1 <i>Verschiedene Konzepte des deliberativen Systems</i>	35
2.2.2.2 <i>Wesen und Funktionen deliberativer Systeme</i>	37
2.2.2.3 <i>Implikationen eines systemischen Ansatzes deliberativer Demokratie</i>	38
2.3 Mini-Publics als partizipative Elemente im deliberativen System	40
2.3.1 Zur Rolle und Funktion von Mini-Publics im deliberativen System	41
2.3.1.1 <i>Mini-Publics als Mittel zur Inklusion „gewöhnlicher Bürger“</i>	41
2.3.1.2 <i>Verortung von Mini-Publics im Konzept deliberativer Systeme</i>	42
2.3.2 Formen von Mini-Publics	43
2.3.2.1 <i>Arten der Partizipation durch Mini-Publics</i>	44
2.3.2.2 <i>Ausgestaltung und Designs von Mini-Publics</i>	45
2.3.2.3 <i>Bürgerkonferenzen als Form von Mini-Publics</i>	47
3 Potenziale von Mini-Publics und Voraussetzungen für ihre Entfaltung	49
3.1 Potenziale deliberativer Mini-Publics	50
3.1.1 Edukative Potenziale: Information, Meinungsbildung und Sozialisation	50
3.1.1.1 <i>Wissenszuwachs sowie Meinungs- und Präferenzveränderung</i>	51

3.1.1.2	<i>Sozialisation „deliberativer“ und „bürgerschaftlicher“ Kompetenzen</i>	54
3.1.2	Soziale Potenziale: Verständigung und Identitätsstiftung.....	56
3.1.2.1	<i>Entwicklung gegenseitigen Verständnisses und geteilter Auffassungen</i>	56
3.1.2.2	<i>Bildung einer sozialen Identität</i>	57
3.1.3	Epistemische Potenziale: Ergänzung von Expertenwissen und anderen Formen der Bürgerbeteiligung.....	59
3.1.3.1	<i>Neuartige sachliche Argumente und Begründungsmuster aus Bürgerperspektive</i>	60
3.1.3.2	<i>Offenlegung gesellschaftlicher Interessen und Werte</i>	61
3.1.4	Potenziale für die Weiterentwicklung öffentlicher Debatten.....	62
3.1.4.1	<i>Anstoß öffentlicher und Erweiterung bislang eliten-zentrierter Debatten</i>	63
3.1.4.2	<i>Information und inhaltliche Beeinflussung öffentlicher Debatten</i>	63
3.1.5	Politische Potenziale: Einfluss auf politische und gesellschaftliche Entscheidungsfindung.....	65
3.1.5.1	<i>Tatsächliche Beeinflussung politischer und gesellschaftlicher Entscheidungen</i>	66
3.1.5.2	<i>Bewertung und Legitimation von Policy-Empfehlungen</i>	67
3.1.6	Zusammenfassung.....	69
3.2	Qualitätsmerkmale deliberativer Mini-Publics	72
3.2.1	Lösung des „Scale-Problems“: Rekrutierung der Teilnehmer und Formen der Repräsentativität.....	72
3.2.1.1	<i>Selbstselektion</i>	73
3.2.1.2	<i>Repräsentativität durch Delegation</i>	73
3.2.1.3	<i>Deskriptive Repräsentativität: Zufallsauswahl und Stratifikation</i>	74
3.2.1.4	<i>Diskursive Repräsentativität</i>	76
3.2.2	Qualität der Deliberation und Schwierigkeiten ihrer Messung.....	78
3.2.3	Adäquate Ressourcenausstattung der Teilnehmer.....	81
3.2.4	Transparenz und Öffentlichkeit von Mini-Publics.....	83
3.2.4.1	<i>Verbreitung und Veröffentlichung der Ergebnisse von Mini-Publics</i>	83
3.2.4.2	<i>Transparenz der Prozesse, Evaluation und wissenschaftliche Begleitung</i>	85
3.2.5	Zusammenfassung.....	85
3.3	Kontextbedingungen und Design deliberativer Mini-Publics	86
3.3.1	Dimensionen der Komplexität von Inhalten.....	87
3.3.1.1	<i>Technische Komplexität: Schwierigkeiten der Verarbeitung umfangreichen Informationsmaterials</i> ... 87	
3.3.1.2	<i>Politische Komplexität: Umgang mit gegensätzlichen Interessen und zugrunde liegenden Wertvorstellungen</i>	89
3.3.1.3	<i>Temporale Komplexität: Bearbeitung von noch kaum diskutierten Themen</i>	89
3.3.2	Auftrag und Entscheidungsregel einer Mini-Public.....	90
3.3.2.1	<i>Auftrag von Mini-Publics: Agenda-Setting und Entscheidungskompetenz</i>	91
3.3.2.2	<i>Entscheidungsregel der Mini-Public</i>	93
3.3.3	Rolle von Organisatoren, Moderator und Experten.....	94
3.3.3.1	<i>Rolle der Organisatoren</i>	95
3.3.3.2	<i>Aufgaben und Bedeutung des Moderators</i>	97
3.3.3.3	<i>Informationsmaterial und Auswahl von Experten</i>	98
3.3.4	Zusammenfassung.....	99
4	Priorisierung in der medizinischen Versorgung: Hintergründe, Begriffe und Charakteristika der Debatte	101
4.1	Bürgerbeteiligung im Kontext des deutschen Gesundheitssystems	101
4.1.1	Partizipationsbegriff und Dimensionen zur Unterscheidung von Bürgerbeteiligung	102
4.1.2	Patienten oder Bürger? Unterscheidung von Rollenaskpekten und Handlungsorientierungen.....	105

4.1.3	Bürger- und Patientenbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen	108
4.2	Priorisierungsdebatten im In- und Ausland	113
4.2.1	Grobe Unterscheidung verschiedener Typen von Priorisierungsdebatten	114
4.2.2	Ausländische Priorisierungsdebatten I: zuerst Definition grundlegender Prinzipien	116
4.2.2.1	<i>Dänemark</i>	116
4.2.2.2	<i>Norwegen</i>	118
4.2.2.3	<i>Niederlande</i>	119
4.2.2.4	<i>Schweden</i>	120
4.2.3	Ausländische Priorisierungsdebatten II: Etablierung von Verfahren zum Leistungsein- oder -ausschluss	122
4.2.3.1	<i>Oregon</i>	122
4.2.3.2	<i>Neuseeland</i>	124
4.2.3.3	<i>Israel</i>	125
4.2.3.4	<i>England</i>	126
4.2.4	Ausländische Priorisierungsmodelle als Basis für die Debatte in Deutschland ..	128
4.2.5	Entwicklung der Priorisierungsdebatte in Deutschland	130
4.3	Priorisierung im deutschen Gesundheitssystem: Bestimmung, Ein- und Abgrenzung des Begriffs	134
4.3.1	Zu Unterfinanzierung und Mangel im deutschen Gesundheitswesen	135
4.3.2	Zum Begriff der Rationierung	136
4.3.3	Der Priorisierungsbegriff in Deutschland	137
4.3.3.1	<i>Definition zu priorisierender Objekte: Inhalte und Ebenen der Priorisierung</i>	138
4.3.3.2	<i>Systematische Rangreihenbildung</i>	139
4.3.3.3	<i>Priorisierung als Vorbereitung – nicht Determination – von Allokation</i>	140
4.3.3.4	<i>Ziele und Potenziale von Priorisierung in der Medizin</i>	141
4.3.3.5	<i>Aktuelle Definition: „Priorisierung“</i>	142
4.3.4	Analytische Unterscheidung: Drei Phasen der Priorisierung	143
4.3.4.1	<i>Erste Phase: normative Grundlage für Priorisierungsvorschläge</i>	144
4.3.4.2	<i>Zweite Phase: Vorbereitung des Priorisierungsprozesses</i>	146
4.3.4.3	<i>Dritte Phase: Erarbeitung konkreter Priorisierungsvorschläge</i>	147
4.4	Priorisierungskriterien im In- und Ausland	148
4.4.1	Ziele und Aufgaben der Medizin	149
4.4.2	Grundlegende Werte	150
4.4.3	Inhaltliche Priorisierungskriterien	152
4.4.4	Prozedurale Priorisierungskriterien	153
4.4.5	Unterschiedliche Gewichtung und Interpretation einzelner Kriterien	154
4.5	Zur Rolle medizinischer Laien in internationalen Priorisierungsdebatten	156
4.5.1	Begründungen für die Beteiligung medizinischer Laien an Priorisierungsfragen	156
4.5.2	Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen: Hindernisse und Gegenargumente ..	158
4.5.3	Beispiele für Bürgerbeteiligung im In- und Ausland	160
4.5.3.1	<i>Befragungen zur Erhebung von Bürgerpräferenzen</i>	161
4.5.3.2	<i>Ergebnisse jüngerer deutscher Bevölkerungssurveys</i>	162
4.5.3.3	<i>Deliberative Verfahren der Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen</i>	164
5	Zwischenfazit und Entwicklung des Analyserahmens	167
5.1	Unterschiedliche Konzepte zur Analyse deliberativer Mini-Publics	167
5.2	Potenziale der Lübecker Bürgerkonferenz	169
5.2.1	Potenziale für die Entwicklung interner Prozesse der Meinungs- u. Willensbildung	170

5.2.1.1	<i>Edukativen Potenziale</i>	170
5.2.1.2	<i>Soziale Potenziale</i>	171
5.2.2	Potenziale für die Entwicklung externer Prozesse der Meinungs- und Willensbildung.....	171
5.2.2.1	<i>Epistemische Potenziale</i>	172
5.2.2.2	<i>Potenziale für die Weiterentwicklung öffentlicher Debatten</i>	172
5.2.2.3	<i>Politische Potenziale</i>	173
5.2.3	Fragen an das Datenmaterial: Potenziale der Lübecker Bürgerkonferenz	174
5.3	Qualitätsanforderungen an die Lübecker Bürgerkonferenz	175
5.3.1	Zusammenfassung der Qualitätsanforderungen	175
5.3.2	Fragen an das Datenmaterial: Qualität der Bürgerkonferenz.....	176
5.4	Kontextbedingungen und Design der Lübecker Bürgerkonferenz	177
5.4.1	Eigenschaften der Priorisierung als Gegenstand eines deliberativen Verfahrens	177
5.4.1.1	<i>Technische Komplexität und Abstraktionsniveau der Thematik</i>	177
5.4.1.2	<i>Politische Komplexität aufgrund kontroverser Wertvorstellungen und konfligierender Interessen</i>	178
5.4.1.3	<i>Expertendominanz und geringe Öffentlichkeit als Ausdruck temporaler Komplexität</i>	178
5.4.2	Auftrag und Entscheidungsregel	179
5.4.3	Einfluss von Organisatoren, Moderatoren und Experten.....	179
5.4.4	Fragen an das Datenmaterial: Kontextbedingungen und Designentscheidungen der Bürgerkonferenz.....	180
6	Datenbasis, Methoden und Analyseschritte	181
6.1	Fallbeschreibung: die Lübecker Bürgerkonferenz	181
6.1.1	Rekrutierung und Charakteristika der Teilnehmer.....	182
6.1.2	An der Organisation der Bürgerkonferenz beteiligte Akteure	185
6.1.3	Auswahl und Aufgaben des Moderators	186
6.1.4	Moderationstechniken, Gruppenbildung und Dokumentation der Debatten.....	187
6.1.5	Informationsmaterial und Expertenbefragung.....	187
6.1.6	Öffentlichkeitsarbeit und Verbreitung der Ergebnisse	189
6.1.7	Wissenschaftliche Begleitung und Aufbereitung der Bürgerkonferenz	190
6.1.8	Inhalte und Verlauf der Konferenzwochenenden	191
6.1.8.1	<i>Erstes Wochenende: Kennenlernen und Einführung ins Thema</i>	191
6.1.8.2	<i>Zweites Wochenende: tieferer Einstieg ins Thema, Vorbereitung der Expertenbefragung</i>	192
6.1.8.3	<i>Drittes Wochenende: Expertenbefragung und Reflexion der bisherigen Debatten</i>	193
6.1.8.4	<i>Viertes Wochenende: Letzte Expertenbefragungen und Schreiben des Votums</i>	194
6.2	Datenerhebung und empirisches Material	195
6.2.1	Transkripte der Plenumsdiskussionen	195
6.2.2	Bürgervotum, Protokolle und Dokumente von Teilnehmern	196
6.2.3	Semistrukturierte Interviews mit Bürgerkonferenzteilnehmern	197
6.2.4	Pressespiegel und Reaktionen auf die Lübecker Bürgerkonferenz.....	199
6.2.5	Dokumentation des wissenschaftlichen Symposiums zur Bürgerkonferenz	200
6.2.6	Schriftliche Befragung von Empfängern des Bürgervotums	201
6.3	Methodologische Vorbemerkungen	203
6.3.1	Unterschiedlichkeit der Perspektiven.....	204
6.3.2	Gegenstandsangemessenheit und methodisches Spektrum	204
6.3.3	Offenheit und theoriegeleitetes Vorgehen.....	205
6.3.4	Reflexivität und Rolle der Autorin	206

6.4 Datenauswertung und Analyseschritte	207
6.4.1 Entwicklung des Codesystems für die qualitative Inhaltsanalyse.....	207
6.4.1.1 <i>Entwicklung eines Code-Systems anhand der Transkripte der Plenumsdebatten</i>	208
6.4.1.2 <i>Weiterentwicklung des Code-Systems und Anwendung auf das Material</i>	210
6.4.2 Beschreibung des endgültigen Codesystems.....	211
6.4.3 Schritte zur Analyse der Textstellen.....	211
6.4.4 Quantitative Methoden zur Ergänzung.....	212
6.4.5 Vorgehen zur Bearbeitung der verschiedenen Teilfragen.....	213
6.4.5.1 <i>Entfaltung von Potenzialen</i>	213
6.4.5.2 <i>Erfüllung von Qualitätsmerkmalen</i>	214
6.4.5.3 <i>Verwirklichung und Auswirkungen relevanter Kontextbedingungen</i>	215
7 Ergebnisse	215
7.1 Edukative Potenziale: Beiträge zur verfahrensinternen Meinungs- und Willensbildung	215
7.1.1 Information und Meinungs- und Präferenzveränderungen.....	215
7.1.1.1 <i>Wie hat sich das Interesse der Teilnehmer für die Priorisierungsproblematik entwickelt?</i>	216
7.1.1.2 <i>Wie hat sich das Wissen über den Gegenstand der Mini-Public entwickelt?</i>	216
7.1.1.3 <i>Haben sich die Meinungen und Präferenzen der Teilnehmer im Verlauf der Konferenz entwickelt oder verändert?</i>	219
7.1.2 Sozialisation deliberativer und bürgerschaftlicher Kompetenzen.....	222
7.1.2.1 <i>War eine Entwicklung des Deliberationsverhaltens der Teilnehmer festzustellen?</i>	223
7.1.2.2 <i>Haben sich die Bereitschaft oder das Selbstvertrauen zur politischen Beteiligung vergrößert?</i>	223
7.2 Soziale Potenziale: Katalysatoren für verfahrensinterne Meinungs- und Willensbildung	224
7.2.1 Entwicklung eines gegenseitigen Verständnisses und einer gemeinsamen Position.....	224
7.2.2 Bildung einer sozialen Identität.....	225
7.2.2.1 <i>Haben sich ein „Wir“-Gefühl oder eine gemeinsame Identität der Teilnehmer ausgebildet?</i>	225
7.2.2.2 <i>Wie hat sich das Verhältnis zwischen den Teilnehmern entwickelt?</i>	226
7.3 Epistemische Potenziale: Voraussetzung für Beitrag zur externen Meinungs- und Willensbildung	226
7.3.1 Entwicklung eigenständiger Vorschläge, Argumente und Schwerpunkte.....	226
7.3.2 Offenlegung gesellschaftlicher Interessen und Werte.....	230
7.3.2.1 <i>Wurden die Ergebnisse anderer Beteiligungsformen ergänzt oder kontrastiert?</i>	230
7.3.2.2 <i>Haben sich Konfliktlinien in der Diskussion von Werten oder Kriterien gezeigt?</i>	232
7.3.2.3 <i>Ist die Feststellung von Dissens- und Konsensbereichen gelungen?</i>	234
7.4 Potenziale für die Entwicklung öffentlicher Debatten: Resonanz auf die Bürgerkonferenz und ihre Inhalte	235
7.4.1 Mediale Berichterstattung.....	236
7.4.2 Persönliche Reaktionen und Rückmeldungen.....	237
7.4.3 Resonanz aus dem Umfeld der Teilnehmer.....	238
7.4.4 Befragung der Votumsempfänger.....	239
7.4.4.1 <i>Bekanntheit der Bürgerkonferenz und des Bürgervotums</i>	239
7.4.4.2 <i>Bewertung von Bürgerkonferenz und Bürgervotum</i>	240
7.4.4.3 <i>Hat die Bürgerkonferenz ihre Ziele erreicht?</i>	243
7.4.4.4 <i>Angaben aus Freitextfeldern</i>	245
7.4.5 Bewertung der Referenten des wissenschaftlichen Symposiums.....	248
7.4.5.1 <i>Fokus auf Priorisierungsbegriff und Bürgerbeteiligung insgesamt</i>	248
7.4.5.2 <i>Aktualität einiger im Bürgervotum betonter Aspekte</i>	249
7.4.5.3 <i>Kompatibilität der Empfehlungen im Bürgervotum mit geltendem Recht</i>	250

7.4.5.4	<i>Übereinstimmung mit Lübecker Positionen und fehlender Innovationscharakter</i>	250
7.4.5.5	<i>Mangelnde Differenziertheit und Konkretheit des Bürgervotums</i>	251
7.4.5.6	<i>Gesamtbewertung der Bürgerkonferenz</i>	252
7.5	Politische Potenziale: „market testing“	253
7.5.1.1	<i>Haben die Teilnehmer eine Bewertung zu Policy-Vorschlägen zur Priorisierung abgegeben?</i>	253
7.5.1.2	<i>Ergaben sich Hinweise zur Antizipation öffentlicher Reaktionen auf die Priorisierungsthematik?</i>	254
7.6	Qualitätsmerkmale der Lübecker Bürgerkonferenz	255
7.6.1	<i>Repräsentativität der Teilnehmer</i>	255
7.6.1.1	<i>Ist die Rekrutierung von Personen mit möglichst unterschiedlichen Hintergründen gelungen?</i>	255
7.6.1.2	<i>Zeigten sich vordefinierte Positionen oder Interessen der Teilnehmer?</i>	256
7.6.2	<i>Qualität der Deliberation</i>	258
7.6.2.1	<i>Inklusivität der Debatten: Beteiligten sich die Teilnehmer gleichmäßig an der Deliberation?</i>	258
7.6.2.2	<i>Zwanglosigkeit: Würde während der Debatten Druck auf die Teilnehmer ausgeübt?</i>	261
7.6.2.3	<i>Wechselseitiger Respekt: Verhielten sich die Teilnehmer respektvoll gegenüber den anderen und deren Argumenten?</i>	261
7.6.2.4	<i>Verständigungsorientierung: Zeigten sich die Teilnehmer interessiert an einer gegenseitigen Verständigung?</i>	262
7.6.2.5	<i>Gemeinwohlorientierung: Waren die Argumente, Lösungsvorschläge und Präferenzen der Teilnehmer eigen- oder gemeinwohlorientiert?</i>	263
7.6.2.6	<i>Rationale Argumentation und Begründung: Waren diese im Verlauf der Debatten festzustellen?</i>	264
7.6.2.7	<i>Persönliches Story-Telling: Berichteten die Teilnehmer über eigene Geschichten? Welche Rolle spielten diese?</i>	265
7.6.3	<i>Ressourcenausstattung der Teilnehmer</i>	266
7.6.3.1	<i>Informationsmaterial: Wie wurde dessen Umfang und Qualität bewertet?</i>	266
7.6.3.2	<i>Personelle Unterstützung: Wie wurden ihr Umfang und ihre Qualität bewertet?</i>	267
7.6.3.3	<i>Materielle Ressourcenausstattung: Wie wurden ihr Umfang und ihre Qualität bewertet?</i>	268
7.6.3.4	<i>Zeitressourcen: Wie wurden ihr Umfang und ihre Verteilung bewertet?</i>	269
7.6.4	<i>Transparenz und Öffentlichkeit</i>	271
7.6.4.1	<i>Ist die Verbreitung der Ergebnisse und Inhalte der Bürgerkonferenz gelungen?</i>	271
7.6.4.2	<i>Waren die Designentscheidungen der Organisatoren transparent und konnten die Teilnehmer Einfluss darauf nehmen?</i>	271
7.7	Kontextbedingungen und Design der Lübecker Bürgerkonferenz	274
7.7.1	<i>Komplexität des Gegenstandes der Bürgerkonferenz</i>	274
7.7.1.1	<i>Technische Komplexität: Wie wirkten sich der umfangreiche Informationsbedarf und das hohe Abstraktionsniveau der Priorisierungsthematik aus?</i>	274
7.7.1.2	<i>Politische Komplexität: Wie wirkten sich kontroverse Positionen und Wertvorstellungen zur Priorisierung auf die Bürgerkonferenz aus?</i>	277
7.7.1.3	<i>Temporale Komplexität: Wie wirkte sich die geringe Öffentlichkeit der Priorisierungsdebatte aus?</i>	279
7.7.2	<i>Auftrag und Entscheidungsregel der Bürgerkonferenz</i>	280
7.7.2.1	<i>Wie hat sich die Art des Agenda-Setting und der Problemdefinition ausgewirkt?</i>	280
7.7.2.2	<i>Welche Auswirkungen von Entscheidungskompetenz und Kontakt zu Adressaten zeigten sich?</i> ..	281
7.7.2.3	<i>Wie hat sich die Regel zur Erstellung des Bürgervotums ausgewirkt?</i>	282
7.7.3	<i>Rolle von Organisatoren, Moderatoren und Experten</i>	283
7.7.3.1	<i>Wie hat sich das Verhalten der Organisatoren auf die Bürgerkonferenz ausgewirkt?</i>	283
7.7.3.2	<i>Wie hat sich das Verhalten der Moderatoren auf die Debatten der Teilnehmer ausgewirkt?</i>	286
7.7.3.3	<i>Wie wirkte sich die Interaktion zwischen Experten und Teilnehmern auf die Konferenz aus?</i>	288
8	Diskussion	289
8.1	Verwirklichung edukativer Potenziale	290
8.1.1	<i>Information und Meinungs- und Präferenzveränderung</i>	290
8.1.1.1	<i>Gesteigertes Interesse für die Priorisierungsthematik</i>	290
8.1.1.2	<i>Veränderte Haltung gegenüber der Priorisierung</i>	291

8.1.1.3	<i>Lerneffekte der Teilnehmer</i>	291
8.1.1.4	<i>Schwieriger Nachweis von Meinungsbildung oder Präferenzveränderungen</i>	292
8.1.2	Sozialisation deliberativer und „bürgerschaftlicher“ Kompetenzen.....	293
8.2	Verwirklichung sozialer Potenziale	294
8.2.1	Entwicklung eines gegenseitigen Verständnisses und einer gemeinsamen Position.....	295
8.2.2	Bildung einer sozialen Identität.....	295
8.3	Verwirklichung epistemischer Potenziale	296
8.3.1	Epistemische Beiträge zur deutschen Priorisierungsdebatte.....	296
8.3.2	Schwierigkeiten für die Bewertung epistemischer Beiträge.....	298
8.4	Verwirklichung von Potenzialen für die Anregung öffentlicher Debatten	300
8.4.1	Mediales Interesse und öffentliche Resonanz zur Bürgerkonferenz	301
8.4.2	Qualität und Anwendbarkeit des Bürgervotums	302
8.4.3	Legitimität der Ergebnisse.....	302
8.4.4	Rezeption der Bürgerkonferenz durch die Organisatoren	303
8.5	Entfaltung politischer Potenziale	304
8.6	Schwierigkeiten und Hindernisse für die Potenzialentfaltung	305
8.6.1	Eingeschränkte Erfüllung von Qualitätsmerkmalen	306
8.6.2	Themenwahl.....	307
8.6.3	Mangelnde Eingrenzung der Fragestellung für die Teilnehmer	308
8.6.4	Unklarheit über Adressaten und mangelnder Kontakt zu einer Zielgruppe	309
8.6.5	Schwierige Bereitstellung von Informationsmaterialien	310
8.6.6	Einfluss der Organisatoren und Moderatoren	312
8.6.7	Umgang mit begrenzten Zeitressourcen.....	314
8.6.8	Schriftliche Stellungnahme als Ergebnis der Konferenz	315
8.7	Förderliche Faktoren für die Potenzialentfaltung	316
8.7.1	Einarbeitung anhand von konkreten Beispielen: Priorisierungsspiele.....	317
8.7.2	Befragung von Experten	318
8.7.3	Story-Telling und persönlicher Bezug	318
8.7.4	Soziales Rahmenprogramm und materielle Ausstattung.....	319
8.7.5	Abstand zwischen den Konferenzwochenenden	319
8.7.6	Externe wissenschaftliche Beratung.....	320
8.7.7	Moderation	321
8.8	Diskussion des methodischen Vorgehens	321
8.8.1	Fallauswahl	322
8.8.1.1	<i>Die Bürgerkonferenz als regionales Beteiligungsverfahren</i>	322
8.8.1.2	<i>Einzelfallstudie</i>	323
8.8.2	Doppelrolle der Autorin.....	324
8.8.3	Analysierte Materialien.....	326
8.8.3.1	<i>Tonbandtranskripte der Bürgerkonferenzdebatten</i>	326
8.8.3.2	<i>Interviews mit Bürgerkonferenzteilnehmern</i>	327
8.8.3.3	<i>Vergleich von Fragebogenangaben der Interviewpartner</i>	328
8.8.3.4	<i>Resonanz zur Bürgerkonferenz</i>	328
8.8.4	Auswertungsmethode und Präsentation der Ergebnisse.....	330
9	Fazit	331

9.1 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	332
9.2 Empfehlungen für deliberative Teilnahmeverfahren.....	334
9.3 Perspektiven für die Partizipations- und Deliberationsforschung	337
10 Literaturverzeichnis.....	340
11 Anhang	364
Anhang 1 Materialien zur Bürgerkonferenz.....	364
<i>Anhang 1.1 Lübecker Fragebogen zur Priorisierung in der Medizin</i>	<i>364</i>
<i>Anhang 1.2 Informationsschreiben und Einladung interessierter Surveyresponder.....</i>	<i>372</i>
<i>Anhang 1.3 Einladung der Bürgerkonferenzteilnehmer.....</i>	<i>379</i>
<i>Anhang 1.4 Informationsschreiben an Teilnehmer unmittelbar vor der Konferenz.....</i>	<i>380</i>
<i>Anhang 1.5 Liste der an der Bürgerkonferenz beteiligten Personen.....</i>	<i>384</i>
<i>Anhang 1.6 Liste der Publikationen für den Büchertisch</i>	<i>384</i>
<i>Anhang 1.7 Liste der Experten für die Befragung während der Bürgerkonferenz.....</i>	<i>387</i>
<i>Anhang 1.8 Priorisierungsspiel: Mikro-Ebene</i>	<i>388</i>
<i>Anhang 1.9 Priorisierungsspiel: Meso-Ebene</i>	<i>391</i>
Anhang 2 Datenerhebung und -auswertung	397
<i>Anhang 2.1 Dauer und Bezeichnung der Tonbandtranskripte</i>	<i>397</i>
<i>Anhang 2.2 Transkriptionsregeln</i>	<i>397</i>
<i>Anhang 2.3 Liste der Pseudonyme der Teilnehmer mit Eigenschaften laut Stratifizierung.....</i>	<i>399</i>
<i>Anhang 2.4 Liste und Daten der Teilnehmerinterviews.....</i>	<i>399</i>
<i>Anhang 2.5 Leitfaden: Interviews vor der Bürgerkonferenz.....</i>	<i>400</i>
<i>Anhang 2.6 Leitfaden: Interviews nach der Bürgerkonferenz.....</i>	<i>401</i>
<i>Anhang 2.7 Presse- und Medienspiegel zur Bürgerkonferenz.....</i>	<i>403</i>
<i>Anhang 2.8 Programm des wissenschaftlichen Symposiums zur Bürgerkonferenz.....</i>	<i>407</i>
<i>Anhang 2.9 Fragebogen zur Befragung der Votumsempfänger</i>	<i>409</i>
<i>Anhang 2.10 Adressatenauswahl für die Befragung von Votumsempfängern.....</i>	<i>415</i>
Anhang 3 Expertendiskurs zur Priorisierung.....	416
<i>Anhang 3.1 Bewertung der Priorisierungsdebatte in Fachkreisen</i>	<i>416</i>
<i>Anhang 3.2 Vielfältige Verständnisse des Priorisierungsbegriffs.....</i>	<i>417</i>
Anhang 4 Liste der Publikationen und Vorträge der Autorin (bis 2014)	419

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Priorisierungsebenen	139
Abbildung 2: Phasen der Priorisierung.....	144
Abbildung 3: Rekrutierung der Bürgerkonferenzteilnehmer.....	182
Abbildung 4: Schematische Darstellung der Schritte zur Codierung qualitativer Daten	208
Abbildung 5: Bewertung Bürgervotum und Bürgerkonferenz insgesamt	240
Abbildung 6: Bewertung der Methode Bürgerkonferenz.....	241
Abbildung 7: Bewertung von Methoden zur Bürgerbeteiligung.....	241
Abbildung 8: Wer sollte an Priorisierungsvorschlägen beteiligt werden?.....	243
Abbildung 9: Wurden die Ziele der Lübecker Bürgerkonferenz erreicht?	244
Abbildung 10: Einschätzung zu Risiken und Potenzialen von Bürgerkonferenzen (N=163).245	
Abbildung 11: Bewertung einer öffentlichen Priorisierungsdiskussion	416
Abbildung 12: Verständnis des Priorisierungsbegriffs	418

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Potenziale deliberativer Mini-Publics.....	71
Tabelle 2: Grundlegende Qualitätsmerkmale deliberativer Mini-Publics	86
Tabelle 3: Kontextbedingungen und Designentscheidungen deliberativer Mini-Publics	99
Tabelle 4: Typen nationaler Priorisierungsdebatten.....	116
Tabelle 5: Ziele und Funktionen der Gesundheitsversorgung.....	150
Tabelle 6: Grundlegende Werte	152
Tabelle 7: Inhaltliche Priorisierungskriterien	153
Tabelle 8: Prozedurale Priorisierungskriterien.....	154
Tabelle 9: Vergleich der Ergebnisse des Lübecker Surveys mit anderen Befragungen	163
Tabelle 10: Fragen an das Datenmaterial zu Potenzialen der Lübecker Bürgerkonferenz	174
Tabelle 11: Fragen an das Datenmaterial zu Qualitätsmerkmalen der Bürgerkonferenz.....	176
Tabelle 12: Fragen an das Datenmaterial zu Kontextbedingungen der Bürgerkonferenz.....	180
Tabelle 13: Ablauf der Vorbereitungen und Organisation der Bürgerkonferenz.....	182
Tabelle 14: Charakteristika der (potenziellen) Bürgerkonferenzteilnehmer	184
Tabelle 15: Liste der Dokumente von Teilnehmern während und nach der Konferenz	197
Tabelle 16: Mediale und persönliche Resonanz zur Bürgerkonferenz.....	200
Tabelle 17: Beiträge zum wissenschaftlichen Symposium	201
Tabelle 18: Empfänger des Bürgervotums 2010 und Rücklauf der Fragebögen 2012.....	203
Tabelle 19: Liste der zu den einzelnen Teilfragen auszuwertenden Materialien.....	213
Tabelle 20: Bewertung von Priorisierungskriterien im Fragebogen vor und nach der Bürgerkonferenz.....	222
Tabelle 21: Auf welchem Weg haben Sie von der Bürgerkonferenz erfahren?	239
Tabelle 22: Bewertung einzelner Aspekte des Bürgervotums	246
Tabelle 23: Allgemeines Feedback, Kommentare oder Anregungen (Freitextantworten).....	247
Tabelle 24: Zusammensetzung der Teilnehmergruppe	256
Tabelle 25: Anzahl der Sprechakte pro Person (aufsteigend nach Gesamtanzahl)*	259
Tabelle 26: Liste der Experten, die sich zur Befragung bereit erklärt hatten	387
Tabelle 27: Dauer der Tonbänder der einzelnen Konferenztage	397
Tabelle 28: Eigenschaften der Teilnehmer der Lübecker Bürgerkonferenz	399
Tabelle 29: Liste der Interviews vor und nach der Bürgerkonferenz.....	399
Tabelle 30: Regeln für Versand des Fragebogens an die Empfänger des Bürgervotums	415
Tabelle 31: "Wird in Ihrem Umfeld bereits über Priorisierung diskutiert?"	416

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AQuaM	Arbeitsgruppe Qualitative Methoden am Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck
BüKo	Lübecker Bürgerkonferenz
CIP	Condition-Intervention-Pair
CTP	Condition-Treatment-Pair
CVZ	College vor Zorgverzekeringen (niederländisches Institut zur Definition eines Katalogs für die medizinische Basisversorgung)
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
FOR 655	Forschergruppe 655 der DFG: „Priorisierung in der Medizin“
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz)
HTA	Health-Technology-Assessment
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISE	Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck
NHC	National Health Committee (Neuseeland)
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence (seit 2013: National Institute for Health and Care Excellence)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PCT	Primary Care Trust (lokale Gesundheitsbehörden in England)
PKV	Private Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
TN	Teilnehmer
UKSH	Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
WE	Wochenende
ZEKO	Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer

1 EINLEITUNG

Die Frage nach einer gerechten, möglichst von allen Mitgliedern eines Gemeinwesens als legitim erachteten, Verteilung verfügbarer Ressourcen stellt sich unweigerlich in jedem kollektiv finanzierten Gesundheitssystem. Sie ist nicht beschränkt auf monetäre oder materielle Ressourcen, sondern betrifft zum Beispiel auch die Arbeitszeit von Fachkräften oder die Allokation von Spenderorganen. Solche Allokationsentscheidungen müssen auf allen Ebenen des deutschen Gesundheitssystems täglich getroffen werden – von der Behandlungsentscheidung am Krankenbett über Planungsentscheidungen auf der Meso-Ebene bis hin zu gesundheitspolitischen Entscheidungen von Legislative und untergesetzlichen Normgebern. Zur Vorbereitung solcher Allokationsentscheidungen hat sich im inner- und außereuropäischen Ausland die explizite Priorisierung in der medizinischen Versorgung als vielversprechendes Konzept herausgestellt. Priorisierung bezeichnet dabei den Prozess der gesellschaftlichen – also öffentlichen, fachöffentlichen und politischen – Diskussion über normative Grundlagen und Prioritäten für die Verteilung verfügbarer Ressourcen in der medizinischen Versorgung. Die Ergebnisse der Priorisierung können als Orientierung für spätere Allokationsentscheidungen auf allen Ebenen des Medizinsystems dienen.

Während die Beteiligung von Fachleuten und Experten unterschiedlicher Disziplinen für die Priorisierung in der Medizin allgemein vorausgesetzt wird, ist die Rolle von Bürgerinnen und Bürgern¹ in diesem gesellschaftlichen Diskussionsprozess unklar. Insbesondere die Methoden und die potenziellen Wirkungen der Beteiligung sind umstritten. Die vorliegende Arbeit soll anhand der Analyse eines deliberativen Beteiligungsverfahrens einen Beitrag zu dieser Diskussion leisten. Bevor in diesem einleitenden Kapitel die Fragestellung der Arbeit konkretisiert wird (Abschnitt 1.4), sollen kurz die Hintergründe der Priorisierung sowie der Bürgerbeteiligung zu diesem Themenbereich erläutert (1.1 und 1.2) und das zu analysierende deliberative Verfahren beschrieben (1.3) werden.

1.1 PRIORISIERUNG IN DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG

Allokationsentscheidungen im Gesundheitswesen sind selbstverständlich nicht nur innerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu treffen, werden aber häufig mit Blick auf diesen Kontext diskutiert. Die Verteilung von Ressourcen im Rahmen der GKV orientiert sich grundsätzlich – dem Prinzip der Solidarität folgend – am Bedarf der Patienten; d. h. wer schwerer krank ist und wem besser geholfen werden kann, der erhält tendenziell

¹ Um die Lesbarkeit zu verbessern, wird im Folgenden auf die weibliche Form „Bürgerinnen“ verzichtet. Mit „Bürgern“ sind dann sowohl Männer als auch Frauen gemeint. Gleiches gilt auch für „Patienten“, „Experten“, „Politiker“, „Ärzte“ und andere Akteursgruppen.

auch mehr Ressourcen. Wie genau der Bedarf jedoch festgestellt wird, worauf er sich bezieht und welche Konsequenzen aus einem bestimmten Bedarf folgen – also Definition und Operationalisierung des Bedarfsprinzips – sind nicht im Detail geregelt. Zudem gewinnen auch andere Prinzipien für die Allokation im System der gesetzlichen Krankenversicherung an Bedeutung. Besonders das Effizienzprinzip spielt hier zunehmend eine Rolle, aber auch andere Gerechtigkeitsprinzipien, wie Leistungs- oder Gleichheitsprinzip kommen infrage (vgl. Liebig und May, 2009). Allgemeinverbindliche, demokratisch legitimierte oder gar konsenterte Grundlagen für Allokationsentscheidungen im Gesundheitssystem existieren bislang nicht flächendeckend. Die Entscheidungsstrukturen und -prozesse aber auch ihre normativen Grundlagen können sich daher zwischen den einzelnen Ebenen des deutschen Gesundheitssystems, aber auch regional und sogar fallbezogen voneinander unterscheiden.

Würden paradiesische Zustände herrschen und alle nur denkbaren Bedarfe und Bedürfnisse mit den verfügbaren Ressourcen gedeckt werden können, wäre die Allokation medizinischer Leistungen relativ unproblematisch: Jeder würde bekommen, was er sich wünscht. Im Jahr 2012 wurden in Deutschland insgesamt rund 300 Mrd. Euro für die Gesundheitsversorgung ausgegeben (Bundesamt für Statistik, 2015). Mit 11,3 % am BIP liegt Deutschland damit im OECD-Vergleich auf Platz vier (OECD, 2014). Trotz der vergleichsweise umfangreichen Gesundheitsausgaben und trotz verschiedener Maßnahmen, dieses Budget weiter zu steigern, werden die Mittel jedoch nicht unbegrenzt wachsen können. Sie werden also nie ausreichen, um alle möglichen derzeitigen und zukünftigen Wünsche und Bedürfnisse² nach medizinischen Maßnahmen zu befriedigen. Wenn es um den Zugang zu medizinischen Fachkräften oder gar Spenderorganen geht, sind die Ressourcen in vielen Fällen noch sehr viel eindeutiger begrenzt. Darüber hinaus lassen sich gleichzeitig Über-, Unter- und Fehlversorgung in unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung feststellen. Während also in einigen Bereichen Mittel unter Umständen für Unnötiges aufgewendet werden, stehen sie an anderer Stelle nicht im benötigten Umfang zur Verfügung. Unter diesen Bedingungen bleiben stets einige Bedürfnisse unbefriedigt³. Welche dies im Einzelfall sind, wird durch die konkreten Allokationsentscheidungen auf Makro-, Meso- und Mikroebene des Gesundheitswesens explizit oder implizit bestimmt.

Unabhängig vom tatsächlich verfügbaren Ressourcenumfang beinhalten Allokationsentscheidungen im Gesundheitssystem daher immer auch Gerechtigkeitsfragen: Wessen Bedarf bzw. wessen Bedürfnisse werden in welchem Umfang befriedigt; wo sollen Einschränkungen

² Für den Unterschied von Bedürfnissen und Bedarfen, siehe (Raspe, 2004).

³ Ob es sich in allen Fällen tatsächlich um medizinische Bedarfe handelt, bleibt allerdings ohne eine genaue Definition des Bedarfsbegriffs offen.

gemacht werden? Die eigene Gesundheit bzw. ihre Erhaltung und Wiederherstellung im Krankheitsfall hat für die meisten Menschen eine besondere Bedeutung. Gerade dies macht Entscheidungen über Einschränkungen in der medizinischen Versorgung für die Betroffenen fast immer schmerzhaft. Häufig sind diese Entscheidungen daher emotional besetzt, sie werden auch als ‚tragic choices‘ bezeichnet (Calabresi und Bobbit, 1978). Als wie schmerzhaft und tragisch sie wirklich empfunden werden, hängt auch von der Legitimität von Prozessen und normativen Grundlagen der Entscheidungen ab. Wie diese Legitimität zu erreichen ist, ist bislang nicht abschließend geklärt, obwohl diese Frage seit Jahren Inhalt internationaler Forschung ist (Daniels und Sabin, 1997; McKie et al., 2008; Nedlund, 2012; North und Werkö, 2002; Mays, 2000; Syrett, 2007; Daniels, 2000; 2008). Ein Ansatz zur Erhöhung von Transparenz, Konsistenz und Akzeptanz und damit unter Umständen auch der Legitimität von Zuteilungsentscheidungen ist die vorgängige gesellschaftliche Feststellung von Prioritäten (und von Posterioritäten), die als Priorisierung bezeichnet wird. Die Priorisierung in der medizinischen Versorgung – nicht die tatsächliche Allokation von Gesundheitsleistungen – ist Gegenstand dieser Arbeit.

Unter dem Begriff der Priorisierung werden international sehr unterschiedliche Konzepte diskutiert. Teilweise wird Priorisierung gar als Euphemismus für Rationierung im Sinne von Vorenthalten nützlicher medizinischer Leistungen verwendet (z. B. Redwood, 2000: 6; Feuerstein, 2001). Hier wird jedoch vorgeschlagen, Priorisierung strikt analytisch von den tatsächlichen Entscheidungen über Ressourcenallokation, die man als Rationierung bezeichnen kann, zu trennen. Priorisierung ist dann ein rein gedanklicher Bewertungs- und Feststellungsprozess, an dessen Ende die zu priorisierenden Objekte in eine konsistente Rangordnung nach ihrer Wichtigkeit eingeordnet werden können. Nachfolgende Allokationsentscheidungen können sich an den Ergebnissen der Priorisierung orientieren, werden jedoch nicht durch sie vorgeschrieben. Denn sowohl die an tatsächlichen Entscheidungen beteiligten Akteure als auch ihre Entscheidungsmaximen müssen nicht mit denen der Priorisierung identisch sein. Daher bleibt zwischen Priorisierungsvorschlägen und Allokationsentscheidungen ein Spielraum, der durch die eigentlichen Entscheidungsträger ausgefüllt werden muss. Dieses Verständnis von Priorisierung entspricht weitgehend dem der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO), die bereits in den Jahren 2000 und 2007 Stellungnahmen hierzu veröffentlicht hat (ZEKO, 2000; 2007b). Auch in Schweden, das häufig als Vorbild für gelungene Priorisierungserfahrungen dient (Raspe und Meyer, 2009; Meyer und Raspe, 2009a; Raspe, 2010), gelten die Ergebnisse von Priorisierungsbemühungen als Empfehlungen und Orientierungshilfe für Entscheidungsträger auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems (Broqvist et al., 2011).

Obwohl Priorisierung nach der hier verwendeten Definition keine unmittelbare Bindungswirkung besitzt, sollten die entsprechenden Verfahren so organisiert werden, dass ihre Ergebnisse als legitime Grundlagen für Allokationsentscheidungen wahrgenommen werden. Hierzu sind sowohl die anzuwendenden prozeduralen Regeln, die zugrunde liegende normative Basis, also Werte und Kriterien zur Priorisierung, aber auch konkrete Inhalte und Folgen der Priorisierung gesellschaftlich zu diskutieren. Denn insbesondere zur Klärung der damit verbundenen Weltanschauungs- und Wertefragen besitzen weder Experten noch Politiker die alleinige Kompetenz (vgl. Saretzki, 1997: 281; Saretzki, 2005: 351, siehe auch Abschnitt 4.3.4).

1.2 DELIBERATIVE BÜRGERBETEILIGUNG ZU PRIORISIERUNGSFRAGEN

In den meisten Ländern, in denen bereits seit bis zu 30 Jahren über Priorisierung in der medizinischen Versorgung diskutiert wird, wurde und wird gerade über die Werte, Kriterien und Verfahrensregeln zur Priorisierung eine breite öffentliche Debatte angestrebt (ZEKO, 2000: 1019; ZEKO, 2007b: 2753; Dutch Government Committee on Choices in Health Care, 1992; NOU The Public Statements of Norway, 1987; Swedish Parliamentary Priorities Commission, 1995; Danish Council of Ethics, 1997).⁴ Dies schließt meist auch die Beteiligung medizinischer Laien an diesen Debatten ein. Die Zielsetzung und Ausgestaltung der Auseinandersetzung mit Priorisierung sowie die Formen der Einbindung medizinischer Laien unterscheiden sich jedoch stark zwischen einzelnen Ländern. In einigen Ländern stand von Beginn der Priorisierungsdebatte an die Erhebung von Präferenzen und Einstellungen der Bürger zu verschiedenen Priorisierungsfragen mithilfe wissenschaftlicher Methoden im Vordergrund (siehe Abschnitt 4.5.3). Besonders Surveys mithilfe von Fragebögen oder mehr oder weniger standardisierten Interviews kamen dabei zum Einsatz. Aber es sind auch Informations- und Diskussionsveranstaltungen sowie vereinzelt sogenannte deliberative Verfahren organisiert worden (ebd.).

In Deutschland wird die Debatte über Priorisierung in der medizinischen Versorgung fast ausschließlich in Fachkreisen geführt und auch in diesem begrenzten Rahmen zeigen sich bis heute Widerstände gegen eine solche Debatte. Versuche, die Perspektive von Bürgern zur Priorisierung zu erheben oder gar im Rahmen einer öffentlichen Debatte zu berücksichtigen sind rar. Auch in Deutschland wurden zunächst Fragebögen bzw. teilstandardisierte Interviews verwendet, um die Einstellungen und Präferenzen von Bürgern zu Werten und Kriterien zur Priorisierung zu erheben (vgl. insb. Diederich und Schreier, 2010b; Diederich et al., 2011; Alber, 2011). Die Ergebnisse solcher Studien sind jedoch nur dann sinnvoll zu interpre-

⁴ In allen genannten Stellungnahmen geht es um Priorisierung in der medizinischen Versorgung, das Verständnis und die Verwendung des Priorisierungsbegriffs unterscheiden sich jedoch zum Teil (siehe auch Kap. 4.2).

tieren, wenn die Befragungsteilnehmer bereits ex ante über Präferenzen zu den Inhalten der Befragung verfügen und diese dann auch im Fragebogen oder Interview angeben können. Angesichts der geringen Öffentlichkeit der deutschen Priorisierungsdebatte kann jedoch nicht erwartet werden, dass sich die jeweils Befragten bereits im Vorfeld eine fundierte Meinung zu Priorisierungsfragen gebildet haben. Denn zu deren Klärung bedarf es zum einen eines umfangreichen Informationsstandes und zum anderen beinhalten sie eine Reihe normativer Wertfragen. Der dadurch entstehende Informations- und Reflexionsbedarf kann im Rahmen standardisierter schriftlicher oder Interviewbefragungen kaum gedeckt werden.

Einen anderen Ansatz verfolgen deliberative Verfahren. Dem Wortsinn nach bedeutet „deliberieren“ (lat. *deliberare*) schlicht „erwägen“, „abwägen“ oder „überlegen“. Der Grundgedanke der diesen Verfahren zugrunde liegenden deliberativen Demokratietheorie lässt sich – stark verkürzt – wie folgt zusammenfassen: Politische und gesellschaftliche Entscheidungen sind dann legitim, wenn sie die Ergebnisse breiter öffentlicher Deliberation repräsentieren, an der sich alle potenziell von den Entscheidungen und ihren Folgen Betroffenen beteiligen konnten (Dryzek, 2001: 651). Im Falle der Priorisierung in der medizinischen Versorgung wären dies also neben Leistungserbringern, Kostenträgern, Experten verschiedener Disziplinen und Politikern auch medizinische Laien, d. h. Patienten, Versicherte und Bürger. Den meisten Vertretern der deliberativen Demokratietheorie geht es dabei nicht um die Entmachtung repräsentativ-demokratischer Institutionen, sondern um deren Ergänzung durch offene deliberative Prozesse der Meinungs- und Willensbildung. Elemente einer deliberativen Demokratie können sowohl massenmediale Debatten, Diskussionen in mehr oder weniger geschlossenen gesellschaftlichen Gruppen, wie z. B. in politischen Gremien oder im Rahmen gezielt organisierter deliberativer Verfahren zwischen einer begrenzten Anzahl von Bürgern sein.

In der Entstehungsphase der deliberativen Demokratietheorie haben ihre Vertreter einen starken Fokus auf die normative Begründung prozeduraler Diskursanforderungen gelegt. Zu den normativen Anforderungen an diskursive Prozesse gehören demnach der freie Zugang aller zum Diskurs, die Gleichheit und der wechselseitige Respekt der Diskursteilnehmer sowie ihre Wahrhaftigkeit und Gemeinwohlorientierung (vgl. Abschnitt 2.1.1). Im Verlauf der Theorieentwicklung sind diese normativen Ideale zunehmend auf reale Deliberationsprozesse im Kontext bestehender politischer Rahmenbedingungen bezogen worden. Dies geschah zum einen in der kritischen Auseinandersetzung mit politischen Strukturen und Prozessen, zum anderen im Rahmen der Rekonstruktion der ihnen zugrunde liegenden Strukturprinzipien (ebd.). Die dabei entstehenden Konflikte zwischen normativen Anforderungen und realer Deliberation sind in der Folge aufgegriffen und teilweise konzeptionell aufgelöst worden (vgl. Abschnitt 2.1.2). Dies hat zu einer zunehmenden Entwicklung der deliberativen Demokratietheorie zum

anwendungsorientierten und kontextsensiblen Konzept beigetragen (vgl. Elstub, 2010; Chambers, 2003). Diese Entwicklung stellt die Theorie vor neue Herausforderungen:

„Wenn deliberative Demokratietheorie nicht nur kritisch bewertend, sondern handlungsorientierend sein soll, dann steht sie vor der Aufgabe, erfolgversprechende praktische Strategien zur Verbesserung der Meinungs- und Willensbildungsprozesse in Politik und Gesellschaft zu formulieren, die von ihrer Anlage, ihren Gestaltungsbedingungen und ihren Wirkungen her demokratischen Prinzipien und Normen entspricht.“ (Saretzki, 2010: 147)

Den Prinzipien und Normen der deliberativen Demokratietheorie folgend, kann Meinungs- und Willensbildung nicht allein durch paternalistische Wissensvermittlung, Erziehung und Belehrung erfolgen, sondern bedarf einer reflexiven Auseinandersetzung im Rahmen deliberativer Prozesse. Im Kontext dieser Arbeit ist insbesondere die Einbindung von Laien – im Gegensatz zu Experten und Politikern – in diese Deliberationsprozesse von Bedeutung. Eine schlichte Vermehrung von Partizipationsmöglichkeiten wird jedoch nicht automatisch zu einer Verbesserung der Meinungs- und Willensbildung führen, denn ein solcher Ansatz „stößt (...) angesichts der Komplexität vieler Probleme und kontroverser Problemlösungsperspektiven rasch an Grenzen“ (Saretzki, 2010: 147). Dies kann auch für eine Beteiligung von Bürgern an Fragen der Priorisierung in der medizinischen Versorgung vermutet werden. Es stellt sich also die Frage, wie Prozesse der Meinungs- und Willensbildung zu Priorisierungsfragen zu organisieren und zu gestalten sind und ob die deliberative Demokratietheorie hierfür ein ausreichend elaboriertes Konzept bereitstellt.

In deliberativen Bürgerbeteiligungsverfahren beschäftigt sich häufig eine begrenzte Anzahl von Teilnehmern themenzentriert mit einer gesellschaftlichen oder politischen Fragestellung. Sie erhalten Zugang zu Informationen, tauschen Argumente aus, und bewerten diese gemeinsam. In diesem Rahmen erhalten die Teilnehmer die Möglichkeit, sich eine informierte Meinung zur diskutierten Frage zu bilden und ihre Empfehlungen und Wünsche in einer gemeinsamen Stellungnahme festzuhalten. Solche deliberativen Verfahren werden auch als „Mini-Publics“ bezeichnet und können vielfältige Formen annehmen (Fung, 2003; 2007). Häufig werden Mini-Publics in der Praxis durchgeführt, um Bürgerinnen und Bürger an regionalen oder lokalen Planungs- und Verwaltungsprozessen zu beteiligen (z. B. Städteplanung, Bürgerhaushalte). Auch im Bereich der Folgenabschätzung neuer Technologien und deren Implementierung wurden und werden Bürger auf diese Art einbezogen (zur partizipativen Technikfolgenabschätzung vgl. Oppermann und Langer, 2002). Zunehmend geht es dabei auch um komplexe ethische Fragen, z. B. in der Abschätzung und Bewertung biomedizinischer Fortschritte wie der Gendiagnostik (Schicktanz und Naumann, 2003b). Aber auch zur Klärung allgemeiner bioethischer Fragen verweisen einige Autoren auf die Stärken der deliberativen Bürgerbeteiligung (Gutmann und Thompson, 1997; Dzur, 2002). Es werden also nicht

nur Sachfragen und Interessenkonflikte, sondern auch normative Fragen und Wertentscheidungen bereits heute im Rahmen deliberativer Teilnahmeverfahren bearbeitet (vgl. Schick Tanz, 2006: 110f). Damit würden sich auch die Priorisierungsproblematik und besonders die normative Frage nach den anzuwendenden Werten, Kriterien und Verfahrensregeln für ein solches Teilnahmeverfahren anbieten. In einigen Ländern sind bereits deliberative Verfahren zu Fragen der Priorisierung oder der tatsächlichen Allokation im Gesundheitswesen durchgeführt worden (z. B. Bowie et al., 1995; Lenaghan, 1999: 53; Cookson und Dolan, 1999; Murphy, 2005; Menon und Stafinski, 2008; und für eine erste Aufstellung Abelson et al., 2003a: 96). Allerdings bergen sehr komplexe Themenbereiche, die zudem noch die Klärung von Wertfragen erfordern, besondere Herausforderungen für die Arbeit deliberativer Mini-Publics (vgl. McKenzie und Warren, 2012). Denn ihre Bearbeitung ist häufig ungewohnt für Bürger und bedarf einer intensiven Einarbeitung. Zudem werden der Nutzen und das normative Gewicht der Ergebnisse von Bürgerbeteiligung für die Klärung solcher Fragen von Experten teilweise bezweifelt, was ihre Wirkungen im öffentlichen Diskurs unter Umständen reduziert.

Empirische Arbeiten zu den Potenzialen und Qualitätsanforderungen deliberativer Verfahren im Priorisierungs- oder Rationierungskontext liegen nicht vor. Häufig betrachten die wissenschaftlichen Begleitstudien zu den Verfahren einseitig die prozeduralen Aspekte der Deliberation, ohne auf ihre Inhalte und deren Entwicklung einzugehen. Lenaghan (1999: 59) kritisiert bereits 1999: „Whilst there is no shortage of articles describing the advantages and disadvantages of different types of public involvement in rationing decisions, much of this literature focuses on the processes concerned, rather than the outcomes of the exercise.“ Dieser Befund gilt weitgehend auch heute noch. Diese Arbeit fokussiert daher auf die Ergebnisse und Wirkungen sowie die Inhalte einer Mini-Public zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung. Im folgenden Abschnitt werden die Charakteristika dieser Mini-Public sowie die Ziele der Organisatoren kurz skizziert.

1.3 EMPIRISCHES MODELLPROJEKT: DIE LÜBECKER BÜRGERKONFERENZ

Eine erste modellhafte Bürgerdeliberation zur Priorisierung im deutschen Gesundheitssystem verwirklichte das Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck im Jahr 2010. Unter Leitung von Heiner Raspe (damals Direktor des Instituts) und unter Mitarbeit der Autorin wurde in der Hansestadt Lübeck eine regionale Bürgerkonferenz nach dem Vorbild dänischer Konsensuskonferenzen (vgl. Klüver, 1995; Andersen und Jæger, 1999; Grundahl, 1995; Joss und Durant, 1995b) durchgeführt. Die Finanzierung dieses Modellprojekts erfolgte zur Hälfte aus

Eigenmitteln, die andere Hälfte wurde durch Lübecker Stiftungen getragen.⁵ Der Titel dieser Konferenz lautete „Was ist uns wichtig in der medizinischen Versorgung – wie können wir über Prioritäten entscheiden?“ Die Teilnehmer waren gebeten worden, die aus Bürgersicht für die Priorisierung relevanten Werte und Kriterien zu diskutieren und Empfehlungen für Priorisierungsverfahren in Deutschland abzugeben. Die 19 Teilnehmer der Bürgerkonferenz berieten an vier Wochenenden insgesamt fast 60 Stunden über diese Themen und haben zum Abschluss ihr gemeinsames Votum der Öffentlichkeit präsentiert. Dieses wurde im Anschluss an die Konferenz im Rahmen einer Pressekonferenz präsentiert und postalisch an 419 Akteure des deutschen Gesundheitssystems und interessierte Personen gesandt. Die Organisatoren verfolgten dabei die folgenden Ziele (Stumpf et al., 2014b: 53f)⁶:

1. Politische Ziele:

- a) Angesichts des unterentwickelten Diskussionsstands der deutschen Priorisierungsdebatte sollten zunächst der Informationsstand der Teilnehmer verbessert und ein Prozess der Meinungs- und Willensbildung befördert werden.
- b) Als eine Antwort auf die abwehrende Haltung der Politik sollte ein Dialog zwischen Bürgern über Priorisierungsfragen erprobt und ein Platz für Bürger in der beginnenden Priorisierungsdebatte reklamiert werden.
- c) Insgesamt sollte die Lübecker Bürgerkonferenz – neben der bislang eher wissenschaftlichen Herangehensweise – die deutsche Priorisierungsdebatte beleben und möglicherweise inhaltlich bereichern. Die Ergebnisse und Empfehlungen der Bürgerkonferenz wären als Anregung für die bislang an der Priorisierungsdebatte beteiligten Akteure zu verstehen.

2. Inhaltliche Ziele:

- a) Durch die Deliberation der Bürger sollten Werte, Kriterien und Verfahrensregeln zur Priorisierung identifiziert werden, die grundsätzlich konsensfähig sind; mögliche Dissonanzbereiche sollten ausgelotet werden.
- b) Zudem wurde ein Beitrag durch eigene Schwerpunkte oder durch neuartige Argumente und Begründungsmuster der Teilnehmer erwartet, der die bislang fast ausschließlich fachöffentlich geführte Debatte um die Perspektive von Bürgern ergänzen sollte.
- c) Schließlich sollten quantitative Studien zur Erhebung von Bevölkerungspräferenzen ergänzt und ihre Ergebnisse vor dem Hintergrund eines deliberativen Verfahrens kritisch hinterfragt werden.

Diese Ziele beziehen sich insbesondere auf die Anregung und Förderung eines Prozesses der Meinungs- und Willensbildung, der sich erstens innerhalb der Gruppe der Teilnehmer entwickeln und zweitens durch Beiträge der Bürgerkonferenzteilnehmer auch außerhalb des Verfahrens angeregt werden sollte. Äußere Prozesse der Meinungs- und Willensbildung können im persönlichen Umfeld der Teilnehmer, im (fach-)öffentlichen Raum – z. B. medial vermittelt –

⁵ Dabei handelt es sich um die Sparkassenstiftung Lübeck und die Possehl-Stiftung Lübeck; auch die Gemeinnützige Lübeck und das Wissenschaftsmanagement der Hansestadt Lübeck unterstützten die Bürgerkonferenz. Allen Unterstützern sei herzlich gedankt.

⁶ Diese Quelle entstammt einem Buch, das die Autorin und Heiner Raspe zur Dokumentation der Bürgerkonferenz sowie zu einer ersten Darstellung ihrer Ergebnisse herausgegeben haben (Stumpf und Raspe, 2014).

oder im Rahmen der Entwicklung von Policy-Vorschlägen durch mögliche Entscheidungsträger stattfinden.

Zur Vorbereitung der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation der Bürgerkonferenz wurden die Diskussionen im Plenum auf Tonband aufgezeichnet und transkribiert. Einige Teilnehmer standen zudem im Vorfeld der Konferenz und erneut nach deren Ende für leitfadengestützte qualitative Einzelinterviews zur Verfügung. Ergänzend wurden zwei Jahre nach dem Abschluss der Konferenz alle Personen, denen das Bürgervotum postalisch zugesandt worden war, schriftlich befragt. Ein Presse- bzw. Medienspiegel kann zudem Aufschluss über die mediale Berichterstattung zur Bürgerkonferenz geben.

1.4 FRAGESTELLUNG UND STRUKTUR DER ARBEIT

Ob die genannten Ziele und ggf. weitere Potenziale sich im Kontext der deutschen Priorisierungsdebatte jedoch überhaupt durch deliberative Verfahren zur Bürgerbeteiligung erfüllen können und wie diese organisiert sein sollten, ist bislang offen. Daher beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der in Abschnitt 1.2 bereits angedeuteten Forschungsfrage:

Ist ein deliberatives Bürgerbeteiligungsverfahren geeignet, Prozesse der Meinungs- und Willensbildung zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung anzuregen oder zu befördern?

Diese Frage wird in drei Analyseschritten untersucht, die in den folgenden Teilfragen abgebildet werden. Jede Teilfrage wird zunächst anhand der einschlägigen Literatur sowie der im Kontext der Lübecker Bürgerkonferenz erhobenen Daten bearbeitet.

1. Welche Potenziale für die verfahrensinternen und öffentlichen Prozesse der Meinungs- und Willensbildung werden in der Literatur für deliberative Bürgerbeteiligungsverfahren beschrieben? Inwieweit entfalten sich diese Potenziale im Fall der Lübecker Bürgerkonferenz?

Auf der ersten Analyseebene soll eine Potenzialanalyse der Lübecker Bürgerkonferenz erfolgen. Hierzu werden in Abschnitt 3.1 anhand der aktuellen Literatur zu vergleichbaren Beteiligungsverfahren und deren Ergebnissen zunächst Hypothesen über positive Wirkungen von Mini-Publics formuliert. Im empirischen Teil der Arbeit (Abschnitte 7.1 bis 7.5) wird überprüft, ob sich diese Potenziale für die Lübecker Bürgerkonferenz verwirklicht haben. Ein Fokus liegt dabei auf möglichen positiven Wirkungen auf die Meinungs- und Willensbildung zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung. Zur *verfahrensinternen* Meinungs- und Willensbildung gehören mögliche Entwicklungen der Bürgerkonferenzteilnehmer und ihrer Argumente und Positionen im Verlauf der Bürgerkonferenz und kurz danach. Die Frage nach *öffentlicher* oder verfahrensexterner Meinungs- und Willensbildung zielt auf Potenziale für die Entwicklung der deutschen Priorisierungsdebatte insgesamt.

2. Welche Qualitätsanforderungen werden für deliberative Beteiligungsverfahren formuliert? Werden diese Anforderungen im Lübecker Projekt erfüllt?

Die zweite Analyseebene zielt auf eine Bewertung der Lübecker Bürgerkonferenz im Hinblick auf ihre deliberative Qualität. Hierfür werden in Abschnitt 3.2 die in der Literatur beschriebenen Qualitätsanforderungen an deliberative Mini-Publics dargestellt und im Hinblick auf ihre möglichen Auswirkungen auf den Verlauf und die Ergebnisse einer Mini-Public diskutiert. In Abschnitt 7.6 wird im Rahmen der Evaluation der Lübecker Bürgerkonferenz untersucht, welche dieser Qualitätsmerkmale im Rahmen dieses Modellprojekts erfüllt wurden.

3. Wie wirken sich Kontextbedingungen und Design auf die Entfaltung der im ersten Schritt identifizierten Potenziale aus?

Im dritten Schritt erfolgt eine Analyse von Kontextbedingungen und Designentscheidungen, die die Lübecker Bürgerkonferenz geprägt haben. Diese zielt insbesondere auf die Identifikation von Faktoren, die sich als förderlich oder hinderlich für die Entfaltung der auf der ersten Analyseebene beschriebenen Potenziale erweisen. Auf Grundlage der einschlägigen Literatur werden zunächst Kontextfaktoren und Designaspekte und ihre möglichen Auswirkungen im Rahmen von Mini-Publics identifiziert (Abschnitt 3.3). Im empirischen Teil der Arbeit werden der spezifische Lübecker Kontext und die Designentscheidungen der Organisatoren auf ihre Wirkungen hin untersucht.

Die detaillierte Analyse von Potenzialen, Qualitätsanforderungen und den Folgen spezifischer Kontextbedingungen bzw. Designentscheidungen verfolgt zwei Ziele:

Beitrag zur Entwicklung von Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen

Die Lübecker Bürgerkonferenz wurde im Kontext der deutschen Priorisierungsdebatte durchgeführt und berührt allgemein Fragen der Ressourcenverteilung im Gesundheitssystem. Dieses Problemfeld ist in Deutschland und auch international von großer gesellschaftlicher Relevanz, eine aktive Einbindung von Bürgern in die Bearbeitung der unterschiedlichen Herausforderungen in diesem Bereich wird zunehmend gefordert (s. o.). Die Rolle von Bürgern in der Priorisierungsdebatte und die zu ihrer Beteiligung geeigneten Methoden sind jedoch bislang nicht abschließend geklärt. Die explorative Analyse des Lübecker Modellprojekts in drei Schritten soll einen Beitrag zur Klärung dieser Frage leisten. So sollen im Rahmen der Potenzialanalyse zunächst die Beiträge der Lübecker Bürgerkonferenz zur deutschen Priorisierungsdebatte kritisch beleuchtet werden. Anhand der Analyse der durch die Bürgerkonferenz erfüllten Qualitätsanforderungen und der Auswirkungen von Kontextbedingungen und Design des Verfahrens können dann Herausforderungen für die Durchführung solcher Verfahren in Zukunft

identifiziert werden. Auf dieser Grundlage sollen schließlich praxisrelevante Empfehlungen für zukünftige deliberative Beteiligungsverfahren im genannten Kontext oder zu Fragestellungen mit ähnlichen Eigenschaften formuliert werden.

Beitrag zur Partizipations- und Deliberationsforschung

Wie in Kapitel 2 argumentiert wird, beschäftigen sich die Vertreter deliberativer Demokratie zunehmend mit der Konzeption, Beschreibung und Evaluation deliberativer Prozesse in spezifischen Kontexten. Dieser Entwicklung folgt auch die vorliegende Arbeit, indem sie ein deliberatives Verfahren im Kontext von Priorisierung und Ressourcenverteilung im deutschen Gesundheitswesen evaluiert. Neben der Evaluation in Bezug auf Potenziale und Herausforderungen einer Mini-Public im untersuchten Kontext, auf die der letzte Abschnitt fokussiert, soll hier eine neue Perspektive zur Evaluation deliberativer Verfahren eingenommen werden. Gerade angesichts der zunehmenden Verbreitung deliberativer Bürgerbeteiligungsverfahren in verschiedenen Gesellschaftsbereichen weist die Frage nach den Kriterien zu deren Evaluation eine hohe Relevanz auf. Häufig werden dabei primär prozedurale und kaum inhaltliche Evaluationskriterien angewandt. Auch die zunehmende Kontextsensitivität der Vertreter deliberativer Demokratie wird in der Evaluation von Mini-Publics bislang kaum abgebildet. Um die Kontextbedingungen bei der Evaluation der Lübecker Bürgerkonferenz berücksichtigen zu können, wird diese deshalb nicht als isoliertes Verfahren betrachtet, sondern als Element eines übergreifenden deliberativen Systems verstanden. Dies ermöglicht die Einordnung ihrer Potenziale in den breiteren Kontext sowie die Analyse von möglichen Wechselwirkungen zwischen Kontextbedingungen und Ergebnissen. Durch den Fokus auf den spezifischen Kontext können in der Analyse der Lübecker Bürgerkonferenz im Gegensatz zu vielen bisherigen mehr oder weniger etablierten Ansätzen zur Evaluation von Mini-Publics zudem auch deren inhaltliche Beiträge zur Priorisierungsdebatte berücksichtigt werden. Hierdurch soll ein Beitrag zur Weiterentwicklung der Evaluation deliberativer Beteiligungsverfahren und zur Spezifikation der möglichen Rolle von Mini-Publics innerhalb deliberativer Systeme geleistet werden.

Die Bearbeitung der oben beschriebenen Fragestellung erfolgt in folgenden Schritten: Zunächst werden die Grundlagen der deliberativen Demokratietheorie dargestellt und das Konzept deliberativer Mini-Publics vor diesem Hintergrund erläutert (Kapitel 2). Anschließend wird erörtert, welche Potenziale deliberativer Mini-Publics in der einschlägigen Literatur unterschieden werden, welche Qualitätsanforderung an solche Verfahren formuliert werden und welche Kontextbedingungen und Designentscheidungen zu berücksichtigen sind (Kapitel 3). In Kapitel 4 werden die Grundlagen und Charakteristika der Debatte um Priorisierung in der medizinischen Versorgung dargestellt sowie bisherige Beispiele für Bürgerbeteiligung zu die-

sem Themenbereich beschrieben. Daran anschließend werden mögliche Potenziale, Qualitätsmerkmale und Kontextbedingungen einer Mini-Public im Rahmen der deutschen Priorisierungsdebatte beschrieben (Kapitel 5). Auf dieser Basis wird dann ein Analyserahmen für die empirische Untersuchung der Lübecker Bürgerkonferenz entwickelt. In Kapitel 6 werden das empirische Fallbeispiel und die für seine Auswertung erhobenen Daten sowie die Methoden für deren Analyse dargestellt. Die Ergebnisse der Analyse werden detailliert in Kapitel 7 beschrieben und anschließend vor dem Hintergrund der in Kapitel 3 dargestellten Literatur diskutiert (Kapitel 8). Zum Abschluss sollen aus den Ergebnissen von Literaturstudium und Fallanalyse Implikationen und Praxisempfehlungen für die Organisation möglicher zukünftiger deliberativer Beteiligungsverfahren zu Priorisierungsfragen abgeleitet werden (Kapitel 9).

2 KONZEPTE UND THEORETISCHE BASIS: MINI-PUBLICS ALS EINE FORM DELIBERATIVER BÜRGERBETEILIGUNG

Unter dem Begriff der deliberativen Demokratie werden heute zum Teil sehr unterschiedliche Konzepte und Ansätze mit jeweils anderen Schwerpunkten diskutiert. Die Idee einer deliberativen Demokratie lässt sich bis in die Antike zurückverfolgen (Elster, 1998: 1ff). In den 1980er Jahren wurde diese Idee erneut aufgegriffen und explizit den auf Aggregation von Wählerpräferenzen und deren Repräsentation durch gewählte Politiker basierenden repräsentativen Demokratiemodellen entgegengestellt (Cohen, 1989; Dryzek und List, 2003; Knight und Johnson, 1994). Anfang der 1990er Jahre vollzog sich der sogenannte „deliberative turn“ (Dryzek, 2000: 1), der eine zunehmende Popularität des deliberativen Demokratieverständnisses beschreibt. In den Folgejahren hat sich die deliberative Demokratietheorie ständig weiterentwickelt, ausdifferenziert und ihrerseits eine Reihe von „turns“ vollzogen (Dryzek, 2010: 6-10). Dabei hat sich ihr Charakter von einer normativen prozeduralen Theorie zum anwendungsorientierten Konzept entwickelt (Chambers, 2003; vgl. auch Elstub, 2010). Diese Entwicklung soll in den folgenden Abschnitten dargestellt werden. Hierfür werden zunächst die ursprünglichen normativen Ideale der deliberativen Demokratietheorie sowie ihre Entwicklung und Ausdifferenzierung beschrieben (2.1). Anschließend wird die Weiterentwicklung der zunächst rein normativen Theorie zum anwendungsorientierten Demokratieverständnis gezeigt (2.2). Eine breite Diskussion hat sich um die Frage der Beteiligung von Bürgern an deliberativen Prozessen und um die hierfür geeigneten Verfahren entwickelt. Im Rahmen der zunehmenden Anwendungsorientierung deliberativer Ansätze sind auch gezielt Verfahren zur Bürgerbeteiligung – sogenannte Mini-Publics – entwickelt worden. Das Konzept und die typischen Formen von Mini-Publics werden im letzten Abschnitt dieses Kapitels eingeführt und in der Theorie deliberativer Demokratie verortet (2.3).

2.1 DELIBERATIVE DEMOKRATIE: NORMATIVE IDEALE UND DEREN ENTWICKLUNG

Der Begriff der „deliberativen Demokratie“ wird bereits 1980 von Joseph Bessette in einer Kritik an der damaligen Auslegung der amerikanischen Verfassung verwendet (Bessette, 1980; 1994). Bessette argumentiert zunächst in einem Aufsatz (1980) und später in einer Monografie (1994), dass die US-amerikanische Verfassung als Grundlage einer deliberativen Demokratie angelegt wurde. Politische Entscheidungen werden der amerikanischen Verfassung nach zwar von politischen Eliten getroffen, diese sind jedoch über das Wahlsystem an die Bürger gebunden, die sie repräsentieren. „On most issues the citizenry would do its reasoning through its representatives. The representatives, then, must share the basic values and goals of their constituents; their own deliberations about public policy must be firmly rooted in popular interests and inclinations“ (Bessette, 1980: 107). Diese von Bessette beschriebene, in der US-amerikanischen Verfassung angelegte Form der Demokratie sei ihrem Prinzip nach eine deliberative Demokratie. Damit wendet Bessette sich sowohl gegen die damals zunehmend populäre Idee der partizipativen Demokratie als auch gegen die Dominanz von Eliten ohne argumentative Rückkopplung an ihre Wähler. Er bezieht er sich dabei explizit auf Alexis de Tocqueville und John Stuart Mill, die bereits zu ihrer Zeit die Bedeutung politischer Deliberation in der US-amerikanischen Demokratie betont hatten (Bessette, 1994: 42).

Die spätere Verwendung des von Bessette geprägten Begriffs der deliberativen Demokratie unterscheidet sich von Bessettes Konzept – insbesondere in Bezug auf die Inklusion der Bürger in politische Entscheidungsprozesse. Zuerst wird der Begriff durch Bernhard Manin (1987) und Joshua Cohen (1989) aufgegriffen. In der Folge entwickelt sich eine elaborierte Theorie der deliberativen Demokratie, die sich ihrerseits seit ihrer Entstehung stets im Wandel befindet. Bereits in der ersten Phase der Theorieentwicklung lassen sich zwei unterschiedliche Quellen der deliberativen Demokratietheorie identifizieren: Liberalismus und kritische Theorie (Dryzek, 2000: insb. Kap. 1; Baber und Bartlett, 2005). Diese beiden Ursprünge werden in Abschnitt 2.1.1 skizziert. Anschließend wird die Weiterentwicklung dieser ursprünglichen Ansätze beschrieben (2.1.2).

2.1.1 *Ursprung, Konzept und normatives Ideal der deliberativen Demokratie*

Die beiden prominentesten Vertreter der liberalen bzw. der kritischen Theorie sind John Rawls (1993)⁷ und Jürgen Habermas (1992b). Beide fokussieren auf die normativen Elemente demokratischer Deliberation und auf die idealen Bedingungen und prozeduralen Aspekte de-

⁷ Michael Saward kommt allerdings zu dem Schluss, dass die deliberative Demokratietheorie sich zwar auf einige von Rawls' Konzepten und Ideen beruft, dass er jedoch nicht als Vertreter der deliberativen Demokratie selbst bezeichnet werden kann (Saward, 2002).

mokratischer Entscheidungsfindung (Elstub, 2010: 293). Die normative Reichweite dieser beiden Ansätze unterscheidet sich jedoch voneinander; ihre Grundzüge werden in den nächsten beiden Abschnitten dargestellt.

2.1.1.1 Die liberale Theorie als Ursprung deliberativer Demokratie: das Demokratieverständnis von John Rawls und Joshua Cohen

John Rawls beschäftigt sich in seiner 1971 erschienenen Monografie „A Theory of Justice“ zunächst allgemein mit der Frage nach den Grundlagen der Gerechtigkeit in demokratischen Gesellschaftsformen (Rawls, [1971] 1999). Aus den dort angestellten Überlegungen leitet Joshua Cohen (1989) drei Kernelemente einer deliberativen Demokratie ab (S 18f): 1.) in „well ordered“ Demokratien gehe es im Kern um die Herstellung und Erhaltung des Gemeingutes, daher könnten in öffentlichen Debatten nur Argumente gelten, die am Gemeinwohl orientiert sind. 2.) gelte die Annahme allgemeiner Gleichheit der Akteure, das heißt, ihre Möglichkeiten im politischen Prozess sollten unabhängig von ökonomischer oder sozialer Macht sein. Demokratien sollten 3.) derart organisiert sein, dass sie gegenseitigen Respekt und die Herstellung politischer Kompetenz sowie eines Gerechtigkeitsgefühls der Bürger förderten.

Von großer Bedeutung ist nach der liberalen Auffassung der Demokratie der Schutz individueller Freiheitsrechte der Bürger vor staatlichem Zugriff. Hierfür müssen institutionelle Rahmenbedingungen hergestellt werden, deren Grundlagen laut Rawls die öffentliche Vernunft und das sogenannte „public reasoning“ sein sollten, d. h. individuelle Positionen müssen öffentlich begründet und gerechtfertigt werden. Politische Entscheidungen sind diesem Konzept nach nur dann legitim und gerecht, wenn Bürger mit pluralen Hintergründen und Interessen diese als vernünftig beurteilen und sich freiwillig an sie binden (Rawls, 1993; Saward, 2002). Diese Anforderung an Entscheidungen ist jedoch begrenzt auf Fragen der Verfassungsfindung und der Grundstrukturen des Gemeinwesens oder der grundlegenden Gerechtigkeit (basic justice) (Rawls, 1993: 227ff; Saward, 2002: 767).

Der Prozess des public reasoning ist nach Rawls geprägt vom Austausch vernünftiger, angemessener (reasonable) Argumente. Persönliche Interessen und Egoismus und damit auch strategische, allein nach individuellen Standpunkten rationale, Verhandlungen sind nach Rawls vom Prozess des public reasoning ausgeschlossen (vgl. Baber und Bartlett, 2005: 49). In solchen Prozessen – so die Annahme – setzt sich das beste (korrekte) Argument durch, sodass die Teilnehmer einen Konsens erreichen, dem alle mit der gleichen Begründung zustimmen. Im Vordergrund steht die kollektive Entscheidungsfindung über grundlegende Fragen des Gemeinwesens. Die Veränderung und Bildung individueller Meinungen und Präferenzen durch diskursive Prozesse, die in anderen Konzeptionen der deliberativen Demokratie eine zentrale Rolle spielen, ist bei Rawls nicht vorgesehen.

Auf Basis des Konzepts des public reasoning sowie der oben beschriebenen Grundprinzipien deliberativer Demokratie leitet Cohen als erster auch prozedurale Regeln für eine deliberative Demokratie ab, die seiner Ansicht nach die Voraussetzung für legitime kollektive Entscheidungen bilden (Cohen, 1989: 22f)⁸: Der deliberative Prozess ist demnach 1.) *frei von Zwängen*, d. h. die Teilnehmer fühlen sich nur an die Ergebnisse ihrer Deliberation sowie an die Verfahrensregeln der Argumentation gebunden. Er ist 2.) *argumentativ*, das heißt die Teilnehmer begründen ihre Vorschläge durch Argumente und Informationen, die im öffentlichen Diskurs der kritischen Prüfung durch andere ausgesetzt werden. Andere Kommunikationsformen als rationale Argumentation sind nicht zulässig. Die Teilnehmer selbst sind 3.) *gleich*(berechtigt), d. h. a.) niemand darf prinzipiell von den Beratungen ausgeschlossen werden, jeder hat die gleichen Möglichkeiten, sich zu beteiligen und b.) die Teilnehmer haben gleiche Rechte innerhalb der Beratungen. Das betrifft alle Teile des deliberativen Prozesses: Jeder kann Themen für die Agenda vorschlagen, Lösungen vorschlagen oder Begründungen für oder gegen Vorschläge einbringen. Schließlich zielen deliberative Beratungen 4.) auf die Entwicklung eines rational motivierten *Konsens* zwischen den Teilnehmern. Wenn dies nicht gelingt, sind nach Cohen aber auch Abstimmungen zur Entscheidungsfindung zulässig. Der vorhergehende Argumentationsprozess sei jedoch dennoch relevant und wirke sich auf die Ergebnisse solcher nach Mehrheitsregel organisierten Entscheidungsverfahren aus. Damit weist Cohen im Gegensatz zu Rawls explizit auf die Möglichkeit der Präferenzveränderung durch Deliberation hin: „When properly conducted, then, democratic politics involves *public deliberation focused on the common good*, requires some form of *manifest equality* among citizens, and *shapes the identity and interests* of citizens in ways that contribute to the formation of a public conception of common good“ (Cohen, 1989: 19, Hervorhebung im Original). Die deliberative Demokratie stellt dann nicht nur ein Verfahren der Entscheidungsfindung, sondern auch für die Meinungs- und Willensbildung zur Verfügung. Diesen Aspekt stellt auch Jürgen Habermas ins Zentrum seiner Theorie deliberativer Politik (Habermas, 1992b: 361; Habermas, 1992a: 22). Darüber hinaus betont er stärker als die liberale Theorie die Bedeutung von Öffentlichkeit und Zivilgesellschaft (Habermas, 1992b: 399ff) neben institutionalisierten demokratischen Entscheidungsstrukturen.

2.1.1.2 Die kritische Theorie als Ursprung deliberativer Demokratie: das Konzept Jürgen Habermas'

Jürgen Habermas grenzt sein Konzept der deliberativen Demokratie explizit von der liberalen sowie der repräsentativen Demokratie ab (Habermas, 1992b: 359ff; Habermas, 1992a). Dabei

⁸ Zum Legitimitätsbegriff in der deliberativen Demokratie siehe Abschnitt 2.1.2.5.

greift er Elemente beider Demokratiekonzepte auf und entwickelt einen Ansatz für einen aus diskursethischer Sicht idealen Prozess der Beratung und Entscheidungsfindung (Habermas, 1992b: 359). Sein „prozeduralistisches Verständnis von Demokratie“ (Habermas, 1992b: 368) begründet er in seiner gemeinsam mit Karl-Otto Apel entwickelten Diskurstheorie und der Konzeption der „kommunikativen Rationalität“ (insb. Habermas, 1983). Demnach haben nur solche Normen einen Geltungsanspruch, die in einem freien Prozess der Deliberation unter Gleichen die Zustimmung aller von ihnen Betroffenen finden könnten (Habermas, 1983: 103). Für die Konzeption der kommunikativen Rationalität formuliert Habermas sehr voraussetzungsvolle Kriterien: Diese beziehen sich 1.) auf den logischen Anspruch der Argumente von Diskursteilnehmern. Sprechbeiträge müssen demnach logisch konsistent sein und Begriffe eindeutig definiert werden (Habermas, 1983: 97). 2.) müssen die Sprechakte authentisch sein und vom Sprecher begründet werden (Habermas, 1983: 98). Dies schließt beispielsweise Lügen oder strategische Überredungsarbeit als zulässige Sprechakte aus, die am Diskurs beteiligten Akteure müssen wahrhaftig sein. Schließlich muss 3.) prinzipiell jeder Zugang zu den Diskursen haben, wobei eine Gleichwertigkeit aller Sprecher und Sprechakte unterstellt wird (Habermas, 1983: 99). Das heißt auch, dass kein Druck auf Diskursteilnehmer ausgeübt werden darf und alle nicht auf rationalen Argumenten basierenden (internen oder externen) Zwänge aus den Diskursen ausgeschlossen sind. Es gilt allein der „eigentümlich zwanglose Zwang des besseren Arguments“ (Habermas, 1981: 52). Darüber hinaus sind solche idealen Sprechsituationen durch eine Verständigungsorientierung – im Gegensatz zu einer eigeninteressierten Ausrichtung – der beteiligten Akteure gekennzeichnet (Habermas, 1981: 385).

In seiner Theorie des kommunikativen Handelns geht es Habermas primär um die Formulierung universalistischer Prinzipien für die Gestaltung von Diskursen. Später wendet er die Theorie des kommunikativen Handelns auf herrschende politische Bedingungen und Rechtssetzungsstrukturen an und rekonstruiert daraus seine Theorie deliberativer Politik (insb. Habermas, 1992b). Dabei berücksichtigt er die Komplexität moderner politischer Systeme und widmete sich der Frage nach der Umsetzbarkeit der voraussetzungsvollen normativen Anforderungen im Kontext der aktuell herrschenden Bedingungen (vgl. Scheyli, 2000: 38).⁹

In „Faktizität und Geltung“ widmet er sich explizit dem in komplexen modernen Gesellschaften auftretenden Problem, „wie die Geltung einer sozialen Ordnung stabilisiert werden kann“ (Habermas, 1992b: 42). Seiner Ansicht nach „muss die Gesellschaft *letztlich* über

⁹ John Dryzek hat in der kritischen Auseinandersetzung mit den Beiträgen von Habermas das Konzept der sogenannte „discursive democracy“ entwickelt (Dryzek 1990). Er hat auch später dafür argumentiert, von diskursiver anstatt von deliberativer Demokratie zu sprechen (Dryzek 2000: v-vi). Wie Dryzek bereits 2000 kritisierte, werden in der Literatur beide Begriffe jedoch teilweise synonym verwendet (ebd.). Für eine Übersetzung der Komponenten der kommunikativen Rationalität bei Habermas in Kriterien für die Authentizität diskursiver Demokratie, siehe Dryzek (1990: 14-19).

kommunikatives Handeln integriert werden“ (ebd.: 43; Hervorhebung im Original). Daher geht es ihm primär um die Frage, wie öffentliche Kommunikation den Policy-Prozess und die Gesetzgebung in politischen Systemen beeinflussen (und stabilisieren) kann (Dryzek, 2000: 25). Basis hierfür ist nach Habermas die Institutionalisierung eines deliberativen Prozesses der öffentlichen Meinungs- und Willensbildung, der durch Kommunikation und Wahlentscheidungen an politische Entscheidungen gekoppelt ist: „Der Kommunikationsfluss zwischen öffentlicher Meinungsbildung, institutionalisierten Wahlentscheidungen und legislativen Beschlüssen soll gewährleisten, dass der publizistisch erzeugte Einfluss und die kommunikativ erzeugte Macht über die Gesetzgebung in administrativ verwendbare Macht umgeformt werden“ (Habermas, 1992b: 362). Damit entwirft Habermas ein zweistufiges Demokratiekonzept, in dem die durch Zivilgesellschaft und Öffentlichkeit zu verwirklichende „kommunikative Macht“ in „administrative Macht“ der demokratischen Institutionen übersetzt wird und so legislative Entscheidungen legitimiert und die Gesellschaft als Ganzes aneinander bindet und stabilisiert.

Die Deliberation setzt dabei eine gemeinsame politische Kultur voraus, die erstens die Kommunikation eines kollektiven (konsensuellen) Willens der Öffentlichkeit ermöglicht und zweitens die Öffentlichkeit und ihren demokratischen Diskurs mit Administration und Legislative verbindet (Barber und Bartlett 2005: 48). Unter der Voraussetzung frei zugänglicher gleichberechtigter rationaler Diskurse können alle Teilnehmer eine gemeinsame Perspektive einnehmen, die zur Konvergenz individueller Präferenzen führt und eine konsensuelle Einigung ermöglicht (Habermas, 1992b: 33f; Habermas, 1995: 117). Ein solcher Konsens kann dann den Legitimitätsanspruch von Handlungsnormen – also auch legislativer Entscheidungen – begründen: „Gültig sind genau die Handlungsnormen, denen alle möglicherweise Betroffenen als Teilnehmer an rationalen Diskursen zustimmen könnten“ (Habermas, 1992b: 138). Deliberative Prozesse der Meinungs- und Willensbildung erhöhen zudem die Wahrscheinlichkeit für vernünftige politische Entscheidungen. Denn die demokratischen Verfahren und Diskurse sollen „mit Hilfe von Kommunikationsformen institutionalisiert [werden], die für alle verfahrenskonform erzielten Ergebnisse die Vermutung der Vernünftigkeit begründen sollen“ (Habermas, 1992b: 368). Die positiven legitimierenden und sozialintegrativen Effekte deliberativer Politik stellen sich nicht automatisch ein, sondern sind abhängig von der diskursiven Struktur und Qualität der institutionalisierten Meinungs- und Willensbildung und ihrer Ergebnisse (Habermas, 1992a: 19) (Habermas, 1992b: 369). „Deshalb bildet das diskursive Niveau der öffentlichen Debatten die wichtigste Variable“ (ebd.).

In Abgrenzung von liberalem und republikanischem Demokratieverständnis entwickelt Habermas ein rein prozedurales Konzept der Meinungs- und Willensbildung, dessen normati-

ver Gehalt der Struktur sprachlicher Kommunikation, also verständigungsorientierten Handelns, entspringt (Habermas, 1992a: 20). Die normativen Anforderungen für deliberative Prozesse leitet Habermas explizit aus den oben dargestellten Grundannahmen der Diskursethik ab (Habermas, 1992b: 10). Diese wendet er auf die von ihm beobachteten politischen Prozesse an und rekonstruiert aus den dort auffindbaren Strukturprinzipien, Werten und Normen die normativen Ideale deliberativer Politik. In seiner Definition der prozeduralen Anforderungen an deliberative Politik bezieht er sich dann zusätzlich auf Joshua Cohens Identifikation grundlegender Prinzipien für einen idealen deliberativen Prozess (Cohen, 1989: 22f). Habermas kritisiert jedoch 1.) dessen mangelnde Berücksichtigung der Komplexität der Gesellschaft und der tatsächlichen Ausgestaltung heutiger politischer Prozesse, die den Rahmen für deliberative Demokratie bilden (Habermas, 1992b: 369f, 372); 2.) bemängelt er die fehlende Konkretisierung des Verhältnisses zwischen institutionalisierten demokratischen Verfahren (Entscheidungsebene) und den öffentlichen Meinungsbildungsprozessen (Habermas, 1992b: 372f). Er versteht den von Cohen beschriebenen Prozess jedoch als „Kernstruktur eines ausdifferenzierten, rechtsstaatlich verfassten politischen Systems“ (Habermas, 1992b: 370), an dem moderne politische Strukturen gemessen werden können.

Habermas' bis heute viel beachtete Ansprüche an ideale Diskurse im Kontext einer deliberativen Politik lassen sich wie folgt zusammenfassen (Habermas, 1992b: 369ff): Sie sollen a) in argumentativer Form geführt werden, d. h. Vorschläge müssen begründet und mit Informationen untermauert werden. Sie sollen b) öffentlich und inklusiv sein, d. h. zumindest jedem die gleiche Chance zur Teilnahme gewähren. Deliberative Prozesse sollen c) frei von externen Zwängen sein, d. h. die Teilnehmer sind nur an die von ihnen kollektiv akzeptierten Verfahrensregeln gebunden. Die Beratungen sollen d) auch frei von internen Zwängen sein, d. h. die Teilnehmer sind gleichberechtigt und respektieren sich wechselseitig. Es gilt allein der „zwanglose Zwang des besseren Argumentes“¹⁰ (ebd.: 370). Ziel der Beratungen ist e) die rational motivierte Einigung möglichst aller Teilnehmer der Deliberation. Dies setzt voraus, dass die Teilnehmer sich gegenseitig nicht über ihre Argumente oder Begründungen täuschen, sondern aufrichtig und nicht strategisch handeln. Es gilt zudem die Maxime, dass deliberative Prozesse prinzipiell unbegrenzt fortgesetzt oder im Falle einer Unterbrechung wieder aufgenommen werden können. Politische Beratungen können f) alle Inhalte betreffen, „die im gleichmäßigen Interesse aller geregelt werden können“ (ebd.: 71). Dabei stehen g) auch „die Interpretation von Bedürfnissen und die Veränderung vorpolitischer Einstellungen und Präferenzen“ (ebd.) zur Debatte.

¹⁰ Welches das bessere Argument ist, steht dabei nicht ex ante fest, sondern muss diskursiv geklärt werden.

Damit weist der Habermas'sche Ansatz deliberativer Demokratie einige Gemeinsamkeiten mit dem aus der liberalen Theorie entwickelten Verständnis auf. Insbesondere fokussieren sowohl Habermas als auch Rawls auf die Entwicklung eines Konsenses, dem die beteiligten Akteure freiwillig zustimmen können und der auf Basis rationaler Argumentation zustande kommt. Im Gegensatz zu Rawls stellt Habermas jedoch den Prozess der Meinungs- und Willensbildung ins Zentrum seiner Konzeption. Zudem beschränkt er den Anwendungsbereich deliberativer Verfahren nicht auf die grundlegenden Entscheidungen über Fragen der gesellschaftlichen Konstitution und basalen Gerechtigkeit, sondern betrachtet sie als optimale Grundlage für alle möglichen gesellschaftlichen und politischen Entscheidungen. Bei Habermas steht die Inklusion aller Gesellschaftsmitglieder in die Prozesse der Meinungs- und Willensbildung im Vordergrund; Rawls konzentriert sich auf die Frage nach der legitimen und gerechten Gestaltung von Gesellschaftsordnungen, die den Schutz individueller Freiheitsrechte ermöglichen. Wie im nächsten Abschnitt gezeigt wird, sind die Grenzen zwischen beiden gezeigten Ansätzen in der weiteren Entwicklung der deliberativen Demokratietheorie teilweise verwischt. Aber auch heute wird häufig noch zwischen ihnen unterschieden (vgl. Forst, 2007).

2.1.2 Weiterentwicklung der beiden ursprünglichen Konzepte deliberativer Demokratie

Aus den beiden durch Rawls und Habermas geprägten Ansätzen (Liberalismus und kritische Theorie) haben sich schließlich verschiedene Auffassungen und Konzepte deliberativer Demokratie entwickelt, die teilweise sehr unterschiedliche Maximen und Annahmen zugrunde legen. Während sich Joshua Cohen (1989) sowie Amy Gutmann und Dennis Thompson (1996) eher an der liberalen Theorie John Rawls' orientieren, sind John Dryzek (1990), Nancy Fraser (1990), Cass Sunstein (1991), James Bohman (1996) und viele weitere stärker durch Jürgen Habermas beeinflusst. Besonders Amy Gutmann und Dennis Thompson (1996) sowie James Bohman (1996) haben jedoch die ursprünglichen Unterschiede in den Theoriekonzepten zum Teil aufgelöst und einige bislang ungeklärte Fragen aufgegriffen (Baber und Bartlett, 2005: 101; Elstub, 2010: 293).¹¹ Damit haben die daran beteiligten Autoren maßgeblich dazu beigetragen, dass „deliberative democracy begins to look like a complete political theory“ (Dryzek, 2000: 17).

Im Verlauf der Theorieentwicklung sind die ursprünglichen prozeduralen Anforderungen und normativen Ideale der deliberativen Demokratietheorie zunehmend auf die Realität moderner politischer Systeme angewendet worden, wie bereits durch Habermas in „Faktizität

¹¹ Elstub sieht in den Arbeiten von Gutmann und Thompson sowie Bohman bereits die zweite Generation deliberativer Demokratie (Elstub, 2010: 293ff). Baber und Bartlett (2005) beschreiben sie als dritten Ansatz der deliberativen Demokratietheorie neben der liberalen Konzeption John Rawls' und der durch die kritische Theorie angeregten Version von Jürgen Habermas (Baber und Bartlett, 2005: 7).

und Geltung“. Hierbei hat sich gezeigt, dass einige dieser Ideale nicht unter allen Umständen Voraussetzungen für die legitimierende und integrative Funktion deliberativer Politik sind und dass viele in der Realität nicht zu erreichen sind. Dies gilt z. B. für die Beschränkung der Kommunikationsform auf rationale Argumentation (Abschnitt 2.1.2.1), die strikte Allgemeinwohlorientierung der Teilnehmer (2.1.2.2) oder das Ziel eines allgemeinen Konsenses als Ergebnis deliberativer Prozesse (2.1.2.3). Die Auseinandersetzung mit der entsprechenden Kritik und mit den Konflikten zwischen Theorie und Realität hat teilweise zur konzeptionellen Anpassung, Differenzierung und Ausweitung der Theorie deliberativer Demokratie geführt. Einige dieser Entwicklungen werden in den folgenden Abschnitten dargestellt, um einen Überblick über den aktuellen Diskussionsstand zur deliberativen Demokratie zu vermitteln. Trotz der Weiterentwicklung der Theorie und ihrer Anwendungsbereiche scheint ein grundsätzlicher Konsens über deren Kernelemente zu herrschen. So sind viele normative Ideale, an denen deliberative Prozesse sich messen lassen, während der Theorieentwicklung zwar ergänzt und ausdifferenziert, jedoch kaum relativiert worden (2.1.2.4). Zudem sind die meisten Autoren darin einig, dass deliberative Prozesse eine wichtige Quelle der Legitimität politischer Entscheidungen sind (2.1.2.5). Hierfür wird häufig die Beteiligung der von den Entscheidungen Betroffenen an der Entscheidungsfindung gefordert (2.1.2.6).

2.1.2.1 Die Rolle rationaler Argumente und anderer Kommunikationsformen

Sowohl für Rawls (1993) als auch für Habermas (1992b) ist der Austausch rationaler Argumente nicht nur ein zentrales Element deliberativer Politik, sondern ein notwendiges Kriterium für die Entfaltung deliberativer Prozesse. Die Beschränkung auf rationale Argumente als zulässige Kommunikationsform ist jedoch zunehmend kritisiert worden – insbesondere von sogenannten *difference democrats* wie Iris Marion Young (Young, 1996) oder Lynn Sanders (Sanders, 1997). Sie argumentieren, dass die deliberative Demokratie nicht vollständig inklusiv ist, wenn sie nur vernünftige, rationale Argumente als Beiträge zur Deliberation zulässt; denn „some citizens are better than others at articulating their arguments in rational reasonable terms“ (Sanders, 1997: 348). Daher führe der Ausschluss anderer Formen der Kommunikation zu einer Dominanz bestimmter sozialer und kultureller Gruppen, so dass bestehende Machtverhältnisse reproduziert würden. Insbesondere Frauen sowie soziale und ethnische Minderheiten würden unter Umständen durch dominierende Gruppen benachteiligt oder sogar von der Deliberation ausgeschlossen (Young, 1996: 124). Daher weisen die genannten Autorinnen auf die Bedeutung anderer Formen der Kommunikation – außer rationaler Argumentation – für die demokratische Qualität der Deliberation hin. Für Sanders ist die Form des „giving testimony“, d. h. „of telling one’s particular story to a broader group“ eine ideale Ergän-

zung rationaler Argumentation (Sanders, 1997: 370f). Denn diese Kommunikationsform sei „radically egalitarian“ (Sanders 1997: 372) und erlaube jedem Teilnehmer, sich in der Art an der Deliberation zu beteiligen, die ihm entspreche (ebd.). Dies würde nicht nur dem Ideal der Inklusion besser gerecht werden, sondern dadurch könne auch ein epistemischer Vorteil entstehen, da eine größere Vielfalt von Perspektiven und Argumenten verfügbar würde (Sanders, 1997: 371).

Ähnlich wie Sanders hält auch Iris Young andere Kommunikationsformen als rationale Argumentation für elementare Bestandteile eines breiteren Konzepts der „communicative democracy“; sie unterscheidet: „greeting“, „rhetoric“ and „story-telling“ (Young, 1996: 129ff). *Greeting* beschreibt verbale und nonverbale Kommunikation, die gegenseitige Wertschätzung und Vertrauen der Teilnehmer ausdrückt und begründet. Hierzu gehören neben Begrüßungs- und Verabschiedungsritualen auch beispielsweise die Bewirtung von Gästen und weitere Höflichkeitsformen (Young, 1996: 129f). *Rhetoric* beinhaltet die bewusste Steuerung und Wahrnehmung der Art und Weise, in der Argumente vorgebracht werden. Rhetorik kann genutzt werden, um ein von Sprecher und Angesprochenen geteiltes Verständnis der diskutierten Inhalte herzustellen. Sie dient auch dazu, bestimmte Zuhörer gezielt anzusprechen, ihr Interesse zu wecken und sie zu überzeugen (Young, 1996: 130f) – insbesondere solche, die ursprünglich von der Diskussion ausgeschlossen waren (Dryzek, 2000: 67). Youngs Konzept des *Story-Telling* ähnelt Sanders Idee des giving testimony. Es ermöglicht Akteuren, ihre eigenen Erfahrungen und Erlebnisse mit Diskursteilnehmern aus anderen sozialen und kulturellen Kontexten zu teilen (Young, 1996: 131).

Die Vertreter der deliberativen Demokratietheorie haben diese Argumente aufgegriffen und teilweise alternative Kommunikationsformen in ihre Konzeptionen deliberativer Politik integriert – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Einige Autoren lassen zwar grundsätzlich alternative Kommunikationsformen neben der rationalen Argumentation zu, betonen aber die zentrale Bedeutung letzterer für die deliberative Demokratie (Gutmann und Thompson, 1996: 132-137; Dryzek, 2000: 62-72). Andere halten insbesondere gezielte Rhetorik und das Phänomen des „personal story-telling“ für in das Konzept der Deliberation integrierbar (vgl. z. B. Parkinson, 2006a: 36, 139-142; Neblo, 2007: 532ff). Einige betonen auch explizit die positiven Auswirkungen von Story-Telling auf deliberative Prozesse und ihre Ergebnisse (Mansbridge et al., 2010; Bächtiger et al., 2010a: 55f; Ryfe, 2006; Polletta und Lee, 2006). Dabei stehen drei mögliche Funktionen von Story-Telling im Vordergrund: 1.) kann es zur Offenlegung von Informationen, Perspektiven oder impliziten Argumenten genutzt werden, die andernfalls nicht in den deliberativen Prozess eingebracht werden könnten; 2.) bietet es Personen, die in rein rational-argumentativer Deliberation benachteiligt wären, die Möglichkeit

sich zu äußern; und 3.) kann es zur Erfüllung wichtiger normativer Voraussetzungen deliberativer Kommunikation beitragen, z. B. indem es Vertrauen und gegenseitigen Respekt stiftet und die Inklusivität der Deliberation vergrößert (Neblo, 2007: 533f; Young, 1996: 131; vgl. auch McCoy und Scully, 2002).¹²

Dieser Argumentation stimmt auch Jane Mansbridge zu: „the concept of „public reason“ should be enlarged to encompass a „considered“ mixture of emotion and reason rather than pure rationality“ (Mansbridge, 1999a: 213). Mansbridge schlägt zudem vor, nicht nur öffentliche Debatten, sondern auch private Gespräche unterschiedlicher Ausprägung zwischen wenigen Personen („everyday talk“) als Teil eines „full deliberative systems“ zu interpretieren (Mansbridge, 1999a).¹³ Damit spricht sie sich nicht nur dafür aus, alternative Kommunikationsformen als Teil der Deliberation zuzulassen, sondern erweitert auch den Kontext, in dem deliberative Prozesse ihrer Ansicht nach stattfinden können. Sie schließt auch – ähnlich wie bereits von Young (1996) und Sanders (1997) vorgeschlagen – Emotionen in ihre Konzeption eines deliberativen Systems ein und schreibt ihnen eine bedeutende Rolle für die Verwirklichung deliberativer Prozesse zu (Mansbridge, 1999a: 225f).¹⁴ Mark Warren greift die Ansicht auf, man müsse die im Rahmen der Deliberation zulässigen Kommunikationsformen erweitern: „Deliberation should [...] include all activities that function as communicative influence under conditions of conflict. Thus, deliberation may include rational argument, but also rhetoric, empathy, strategic communications, lies and half-truths, demonstration, dialogue, and angry discussion, since each can advance deliberative outcomes under some conditions.“ (Warren, 2007; zitiert aus Bächtiger et al., 2007b: 486)¹⁵. Damit schließt Warren nicht nur die oben diskutierten Kommunikationsformen, sondern auch strategisches Handeln und sogar unehrliche Äußerungen ein. Für die Abweichung vom Anspruch der Wahrhaftigkeit und Aufrichtigkeit plädieren auch andere Autoren: Denn der starke Fokus auf diesen Prinzipien „contributes to an undemocratic epistemology“, „oversimplify human psychology“ und „denigrates ‚rhetorical‘ forms of speech“ (Markovits, 2006: 250). Darüber hinaus zählten rein die geäußerten Argumente, nicht die Motive der Sprechenden: „actual arguments are what matter, not motives“ (Thompson, 2008: 504). Über diesen Aspekt herrscht jedoch keine Einigkeit unter

¹² Für empirische Belege für die positiven Auswirkungen des Story-Telling siehe Polletta (2006) oder Ryfe (2006: 77).

¹³ Für eine ausführlichere Darstellung des Konzepts des deliberativen Systems, siehe Abschnitt 2.2.2.

¹⁴ Dies wurde lange als Gegensatz zur von Habermas favorisierten rationalen Argumentation verstanden. Neblo argumentiert jedoch, dass Emotionen grundsätzlich mit Habermas Konzept deliberativer Demokratie kompatibel sind (Neblo, 2007: 531f) und unterscheidet zwölf verschiedene Rollen von Emotionen im Rahmen der deliberativen Demokratietheorie (Neblo, 2003: 2-11).

¹⁵ Bächtiger und Kollegen zitieren aus einem Sammelbandbeitrag von Warren, der sich im Erscheinen befand. In der endgültigen Publikation ist die zitierte Passage jedoch nicht enthalten; daher wird hier aus Bächtiger et al. (2007b) zitiert.

den Vertretern der deliberativen Demokratietheorie. Neblo beispielsweise hält dies für eine zu starke Abkehr von den ursprünglichen Idealen deliberativer Demokratie (Neblo, 2007: 541ff). Denn ohne das Vertrauen in die Aufrichtigkeit der anderen Teilnehmer deliberativer Prozesse seien auch gegenseitiger Respekt und Verständigungsorientierung der Akteure schwer zu erreichen. Damit würden die Grundprinzipien der Deliberation insgesamt außer Kraft gesetzt.

2.1.2.2 Zum Status individueller Präferenzen in der deliberativen Demokratie

Gerade durch die Einführung alternativer Kommunikationsformen und aufgrund der Frage nach strategischem Verhalten im Rahmen deliberativer Prozesse hat sich auch der konzeptionelle Umgang mit den individuellen Interessen der Akteure verändert. In der ursprünglichen Konzeption deliberativer Demokratie werden die Konvergenz individueller Perspektiven auf die optimale Lösung für ein kollektives Problem und die Entwicklung eines gemeinwohlorientierten, rationalen Konsenses als Ideal betrachtet (Habermas, 1995: 117; Habermas, 1992b: 33f). Dabei wird der Deliberation selbst ein moralisierender Effekt zugesprochen, denn die Teilnehmer würden angeregt, über ihre Eigeninteressen hinaus das Wohl aller in den Fokus zu stellen (vgl. insb. Miller, 1992: 61f). Dies wird dadurch erklärt, dass die Teilnehmer der Deliberation ihre Standpunkte gegenüber anderen öffentlich vertreten müssen und hierfür Argumente wählen, für die sie deren Zustimmung erwarten. Dies seien insbesondere solche Argumente, die auf das Gemeinwohl abzielten. Durch die Selektion der Argumente passten sich dann auch die ursprünglichen individuellen Präferenzen der Teilnehmer an die gemeinwohlorientierte Perspektive an (Dryzek, 2000: 47). Folge dieser Entwicklung ist dann die Konvergenz der Präferenzen und die Entwicklung eines Konsenses.

Dieser Aspekt der frühen normativen Konzeption deliberativer Demokratie ist von verschiedenen Seiten zum Teil scharf kritisiert worden. Einige halten einen rationalen Konsens für faktisch unerreichbar (Femia, 1996; van Mill, 1996), andere sogar für unerwünscht, da er zur Marginalisierung oder zum Ausschluss von Argumenten weniger einflussreicher Minderheiten führen könne (Young, 2000; Sanders, 1997; Mouffe, 2000; 1999). Diese Kritik haben Vertreter der deliberativen Demokratietheorie aufgegriffen und auf unterschiedliche Art beantwortet. Bohman bezweifelt grundsätzlich die Möglichkeit der Konvergenz individueller Präferenzen und damit eines allgemeinen Konsenses, dem alle Teilnehmer der Deliberation aus den gleichen Gründen zustimmen können (Bohman, 1996: 80-83). John Parkinson sieht die Möglichkeit der Konvergenz dadurch eingeschränkt, dass gerade diejenigen Akteure bereit seien, sich an deliberativen Prozessen zu beteiligen, die sich bereits im Vorfeld zu bestimmten mehr oder weniger festgelegten Positionen bekennen (Parkinson, 2006a: 37f). Auch Bohman und Gutmann und Thompson betrachten individuelle Präferenzen als Antrieb zur Teilnahme

an deliberativen Prozessen (Baber und Bartlett, 2005: 45). Diesen Akteuren mit stark ausgeprägten Interessen fällt es unter Umständen jedoch schwerer, sich am Ende auf eine gemeinsame Position zu einigen und dieser auch noch aus den gleichen Gründen zuzustimmen; dies gilt umso mehr, wenn grundlegende Konflikte zwischen den Ansichten und Präferenzen der Deliberationsteilnehmer bestehen.

Individuelle Interessen, vordefinierte Präferenzen und mögliche Konflikte zwischen den Standpunkten der Akteure werden in der modernen Version der deliberativen Demokratietheorie nicht mehr vom Prozess des public reasoning ausgeschlossen, sondern in die Theorie deliberativer Demokratie integriert: „(...) any ideal of the political, of legitimate democracy, and of deliberative democracy must include self-interest and conflicts among interests in order to recognize and celebrate in the ideal itself the diversity of free and equal human beings” (Mansbridge et al., 2010: 69). Die Integration dieser Elemente bedeutet jedoch nicht, dass das normative Ideal einer grundsätzlichen Verständigungsorientierung der Akteure aufgehoben wird. Dieses dient immer noch als Maßstab, an dem deliberative Prozesse sich messen lassen, jedoch nicht als notwendige Voraussetzung für die Entfaltung positiver Auswirkungen deliberativer Politik.

2.1.2.3 Ergänzung des Konsenses als Ergebnis deliberativer Prozesse

Aufgrund der veränderten Konzeption individueller Präferenzen und der Zweifel an deren Konvergenz durch deliberative Prozesse rückt auch die Bedeutung eines vollständigen Konsenses als Ergebnis der Deliberation in den Hintergrund (Gutmann und Thompson, 1996: 42; Bohman, 1996: 85-89). John Dryzek hält die Annahme, der deliberativen Demokratie gehe es einzig um die Entwicklung eines allgemeinen Konsenses, insgesamt für falsch (Dryzek, 2000: 72). Sogar Habermas selbst habe die praktischen Schwierigkeiten dieser Idealvorstellung längst erkannt (ebd.). Die meisten Vertreter deliberativer Demokratie betrachten die konsensuelle Einigung aller Teilnehmer nicht als einziges Erfolgskriterium deliberativer Prozesse oder als Voraussetzung für deren legitimitätsstiftende Wirkung: „Deliberative theory has moved away from a consensus-centered teleology“ (Chambers, 2003: 321); vielmehr wird auch die Entstehung eines Kompromisses oder Modus Vivendi als legitimes Ergebnis von Entscheidungsprozessen verstanden (Gutmann und Thompson, 1996: 43).¹⁶ Auch eine Entscheidung durch Mehrheitsentscheid oder eine Einigung nach Verhandlungen (negotiation) wird explizit zugelassen (vgl. Mansbridge et al., 2010: insb. 84ff). Diese Formen der Entscheidungsfindung gelten jedoch lediglich als die zweitbeste Alternative, „acceptable only when discourse has shown that there is no common interest to be found“ (Baber und Bartlett, 2005: 89). Kann kein Kon-

¹⁶ Vgl. auch Bohman (1996: 89-104) zu den Formen und Bedingungen „moralischer Kompromisse“.

sens erzielt werden, sollte der resultierende Kompromiss alle Teilnehmer zumindest in der Art zufrieden stellen, dass sie sich weiterhin an der Deliberation beteiligen (Bohman, 1996: 96, 100). Dies weist auf die Vorläufigkeit und Revidierbarkeit aller durch Deliberation erzielten Ergebnisse hin, die ebenfalls ein Kernelement deliberativer Demokratie darstellt (Habermas, 1992b: 371; Gutmann und Thompson, 1996: 9).

Deliberation muss also nicht notwendigerweise zu einer endgültigen, von allen Beteiligten in gleicher Weise mitgetragenen Lösung führen. Ein zentrales Ziel ist jedoch in jedem Fall die Verständigung auf die Beschaffenheit und die relevanten Inhalte der diskutierten Fragestellung, auf die Struktur eines möglichen Konflikts sowie auf die möglichen Handlungsoptionen und die hierfür relevanten Argumente und Informationen (vgl. Knight und Johnson, 1994: 283; Mansbridge, 1999b: 226; Mansbridge et al., 2010: 68f; Gutmann und Thompson, 1996: 43). Eine solche geteilte Auffassung kann dazu beitragen, die fortlaufenden deliberativen Prozesse zu strukturieren und damit die Teilnehmer zu deren Fortsetzung anzuregen (Dryzek und Niemeyer, 2010a). Simon Niemeyer und John Dryzek konzipieren auf dieser Grundlage zwei Formen idealer Ergebnisse der Deliberation: „meta-consensus“ und „inter-subjective rationality“ (Dryzek und Niemeyer, 2006; Niemeyer und Dryzek, 2007).

Als Ausgangspunkt ihrer Argumentation unterscheiden sie zwei Komponenten individueller Standpunkte und Begründungen: Wertvorstellungen (values) und Vorstellungen der Akteure über die Beschaffenheit der Welt (beliefs) (Niemeyer und Dryzek, 2007: 500f). Die Kombination dieser beiden Grundlagen entscheide über die Präferenzen jedes einzelnen Akteurs in Bezug auf die zu treffende Entscheidung. Wenn die Akteure sich nicht über die einzelnen Komponenten oder über ihre Entscheidungspräferenzen selbst einigen können – wenn sie also keinen Konsens erreichen –, ist dennoch die Einigung auf einer Meta-Ebene möglich: 1.) die Einigung und das gegenseitige Verständnis über die Legitimität der verschiedenen Wertvorstellungen (values) der Deliberationsteilnehmer („normative meta-consensus“), 2.) über die Vernünftigkeit (reasonableness) von deren Interpretation der Situation (beliefs; „epistemic meta-consensus“) und 3.) über die relevanten Entscheidungsoptionen („preference meta-consensus“) und deren Implikationen für die Lösung der bearbeiteten Fragestellung (Dryzek und Niemeyer, 2006: 638-642; Niemeyer und Dryzek, 2007: 502-505).

Ein solcher Meta-Konsens ist laut Niemeyer und Dryzek Produkt und Ausdruck der kollektiven Meinungs- und Präferenzbildung im Rahmen freier und gleichberechtigter Deliberation (insb. Niemeyer und Dryzek, 2007). Die Teilnehmer erweitern dabei ihre eigene Perspektive und entwickeln eine gemeinsame Grundlage für spätere Entscheidungen, indem sie sich über die relevanten und akzeptablen Werte, Begründungen und Präferenzen verständigen. Wenn die Teilnehmer auch ein gemeinsames Verständnis darüber entwickeln, wie sich diese

als zulässig identifizierten Begründungen in die ebenfalls zulässigen Präferenzen übersetzen lassen, sprechen Niemeyer und Dryzek von „inter-subjective rationality“ (Niemeyer und Dryzek, 2007). Dann werden die rational aus den individuellen Standpunkten abzuleitenden Präferenzen inter-subjektiv kommunizierbar und nachvollziehbar. Das setzt 1.) voraus, dass die Präferenzen eines Akteurs mit seinen individuellen Begründungen, den values und beliefs, konsistent sind (intersubjektive Konsistenz); und 2.) dass zwei Akteure mit den gleichen values und beliefs auch die gleichen Präferenzen in Bezug auf die Entscheidungsfindung haben: „Inter-subjective rationality requires that the level of agreement among any pair of individuals in terms of preferences should be proportional to the level of agreement in terms of reasons“ (Niemeyer und Dryzek, 2007: 516). Dies beinhaltet jedoch weder die notwendige Übereinstimmung aller individuellen Präferenzen noch die Einigung auf die Entscheidung selbst.

Allerdings argumentiert Neblo, dass diese (und andere) potenziellen Effekte deliberativer Prozesse nur dann zustande kommen können, wenn die Teilnehmer sich zumindest zu Beginn der Deliberation verhalten, als könnten sie einen Konsens erreichen (Neblo, 2007: 536f). Anders ausgedrückt: die Akteure müssen eine gewisse Verständigungsorientierung aufweisen und zumindest danach streben, sich auf eine richtige Lösung (oder ein Set an möglichen richtigen Lösungen) zu einigen. Der von Habermas postulierte Konsens ist dann als regulatives Ideal zu verstehen, das die Verständigungsorientierung der Akteure sichern und eine Bewertung tatsächlicher Ergebnisse ermöglichen soll.

2.1.2.4 Die gemeinsame Basis: Verständigungsorientierung, freier Zugang, gegenseitiger Respekt

Seit ihrer Entstehung hat sich die deliberative Demokratietheorie stark entwickelt und zunehmend ausdifferenziert; Bächtiger und Kollegen sprechen von einer „booming diversity“ (Bächtiger et al., 2007b). Der Kritik an dem ursprünglichen Verständnis von rein rationalen, gemeinwohlorientierten Diskursen, die frei von Eigeneinteressen der Teilnehmer sind und zu einem allgemeinen Konsens führen, wird damit Rechnung getragen. Hierdurch wird allerdings das Konzept der deliberativen Demokratie immer weiter ausgedehnt. Es lässt sich kaum noch eine einheitliche Theorie deliberativer Demokratie ausmachen, vielmehr existieren vielfältige Definitionen und Vorstellungen nebeneinander (vgl. Dryzek, 2010: 4; Neblo, 2007: 530ff). Eine eindeutige Unterscheidung der deliberativen von anderen Kommunikationsformen oder anderen Demokratieverständnissen wird dadurch zunehmend schwerer (Bächtiger et al., 2010a). Dies birgt die Gefahr des „concept stretching“ (Steiner, 2008), das schließlich die theoretische aber insbesondere auch die empirische Forschung zur originär deliberativen Demokratie stark erschweren würde.

Trotz aller Unterschiede sind sich die Vertreter der deliberativen Demokratietheorie dennoch in einigen grundlegenden Annahmen und Konzepten weitgehend einig: „despite the bewildering variety of perspectives and prescriptions, deliberative democracy does have a core set of propositions which distinguish it from its rivals“ (Parkinson, 2006a: 3). Die meisten Autoren sind grundsätzlich optimistisch, dass die Deliberation freier, gleichberechtigter Personen nicht nur auf verschiedene Weise zu legitimeren, sondern auch zu besseren, im Sinne von rationaleren kollektiven Ergebnissen führt (Dryzek und List, 2003: 1; Bohman, 1996: 1). Zwar gehen die Autoren nicht davon aus, dass deliberative Prozesse zur einzig rationalen und daher „richtigen“ Lösung kommen, aber die meisten Vertreter stimmen überein, dass „it can legitimately claim superiority to the extent that individuals have taken into account all the relevant considerations“ (Niemeyer und Dryzek, 2007: 500).

Auch über die idealen Voraussetzungen für solche qualitativ hochwertigen deliberativen Prozesse herrscht weitgehender Konsens: Die Deliberation soll möglichst frei zugänglich und frei von Zwängen sein. Zudem sollten alle Teilnehmer die gleichen Möglichkeiten haben, sich zu beteiligen. Hierfür werden grundsätzlich der gegenseitige Respekt und die Offenheit für die Argumente der anderen angenommen. Auch die prinzipielle Verständigungsorientierung und ein gewisses Maß an Wahrhaftigkeit werden meist vorausgesetzt (vgl. Mansbridge et al., 2010: 65f für eine Zusammenfassung). Obwohl das Konzept der deliberativen Demokratie zunehmend ausdifferenziert, ergänzt und ausgeweitet wurde, dienen diese normativen Ideale weiterhin als Maßstab für die Qualität deliberativer Prozesse. Die Weiterentwicklung der Theorie hat jedoch dazu geführt, dass die meisten dieser Ideale nicht länger als notwendige Voraussetzung für die Entfaltung der legitimitätsstiftenden und integrativen Wirkung deliberativer Demokratie interpretiert werden.

2.1.2.5 Legitimitätsbegriff und Quellen der Legitimität in der deliberativen Demokratie

Moderne Vertreter der deliberativen Demokratietheorie konzentrieren sich noch stärker als bereits Habermas auf deliberative Prozesse der Meinungs- und Willensbildung (vgl. hierzu auch Saretzki, 2010: 127f). Dies zeigt auch die Konzeption der in Abschnitt 2.1.2.3 dargestellten alternativen Ergebnisse deliberativer Prozesse. Die Entscheidungsfindung selbst wird dabei zwar nicht ausgeblendet, kann jedoch unter Umständen auch durch aggregative Verfahren oder durch die Institutionen moderner repräsentativer Demokratien abgedeckt werden. Denn die meisten Vertreter der deliberativen Demokratietheorie sind sich heute einig, dass die deliberative Demokratie komplementär – und nicht als Substitut – repräsentativer Demokratie-Elemente verstanden werden kann (vgl. Warren, 2007; Goodin, 2008; Chambers, 2012): „deliberative democracy is not usually thought of as an alternative to representative democracy, it

is rather an expansion of representative democracy” (Chambers, 2003: 308). Ähnlich wie in vielen anderen konzeptionellen Aspekten deliberativer Demokratie herrscht auch in dieser Frage keine vollständige Einigkeit unter deren Vertretern. John Parkinson betont beispielsweise, dass alle Stufen des Entscheidungsprozesses im Rahmen deliberativer Prozesse stattfinden müssen, damit man tatsächlich von einer deliberativen *Demokratie* sprechen könne (Parkinson, 2006a: 3; vgl. auch Parkinson, 2012).

Zwar sind die meisten Autoren übereinstimmend der Ansicht, dass die Legitimität kollektiver Entscheidungen maßgeblich von der Qualität der vorgängigen Diskurse beeinflusst wird (vgl. bereits Cohen, 1989: 22f; Benhabib, 1996: 68; aber auch Dryzek, 2010: 21ff; Mansbridge et al., 2012: 1). Die Ansichten darüber, auf welche Weise diese legitimitätssteigernde Wirkung realisiert wird, unterscheiden sich jedoch je nachdem, ob ein Fokus auf Prozesse der Meinungs- und Willensbildung oder auf die Entscheidungsfindung selbst gelegt wird. So ist Parkinson der Meinung: „When considering legitimacy, however, we are fundamentally asking questions about decision-making, not opinion formation: legitimacy is the grounds for obedience to decisions, not the grounds for agreeing with a point of view.“ (Parkinson, 2006a: 74) Für ihn ist Legitimität ein Attribut, das kollektiven Entscheidungen oder auch politischen Regimen von den hiervon Betroffenen zugeschrieben wird. Diese Zuschreibung ist die Voraussetzung für die Akzeptanz der Entscheidungen durch die Betroffenen und die Befolgung der daraus abgeleiteten Regeln. Von diesem Konzept der *Legitimität* (“legitimacy”) „as an ascribed attribute of objects and their properties, used in normative enquiry“ unterscheidet Parkinson in Anlehnung an Rodney S. Barker (Barker, 2001: 22f) den Akt der *Legitimation* (“legitimation”) als „social, symbolic, and political“ Prozess „of ascribing such properties to an object, used for the discussion of observable human activity“ (Parkinson, 2006a: 22). Mit dem Begriff der Legitimation können auch aktive Versuche unterschiedlicher Akteure bezeichnet werden, die eigenen Vorschläge, Handlungen oder Entscheidungen zu rechtfertigen und damit deren Legitimität zu reklamieren.

Damit die Zuschreibung der Legitimität jedoch auf fundierten Urteilen der Betroffenen gründen kann, bedarf es dem Ideal der deliberativen Demokratie nach eines vorgängigen und ausgewogenen Prozesses der Meinungs- und Willensbildung. In diesem wird auch die Bewertung und Abwägung der unter Umständen widersprüchlichen Legitimationsversuche verschiedener Akteure ermöglicht. Manin versteht Deliberation selbst als Prozess der Willensbildung, der für ihn eine eigenständige legitimitätsstiftende Wirkung entfaltet : „the source of legitimacy is not the predetermined will of individuals, but rather the process of its formation, that is deliberation itself“ (Manin, 1987: 351f). John Dryzek entwickelt ein Verständnis von Legitimität, das diese Komponente der Meinungs- und Willensbildung implizit mit berücksichtigt (Dryzek,

2010: 21). Dryzeks Konzept ist zudem nicht auf die Beurteilung von kollektiven Entscheidungen alleine beschränkt, sondern kann explizit auch für die Bewertung von Institutionen, Werten, politischen Programmen bzw. politischen Vorschlägen oder gelebten Praktiken angewendet werden (ebd.).¹⁷ Nach Dryzeks Vorstellung ist Legitimität nicht mit Akzeptanz gleichzusetzen, denn diese sei auch dann zu erreichen, wenn die Betroffenen nicht vollständig darüber informiert seien, was sie akzeptierten oder wenn ein Zwang ausgeübt werde. Vielmehr enthalte der Legitimitätsbegriff folgende Dimensionen: 1.) eine moralische Dimension: die Zuschreibung von Legitimation muss demnach erfolgen, weil die Betroffenen dies für moralisch richtig halten; 2.) die Dimension der Freiheit: es darf kein Zwang ausgeübt werden; 3.) die Dimension der Kompetenz: die Betroffenen müssen sich vor der Zuschreibung von Legitimität in vollem Umfang über die Inhalte und Folgen hiervon bewusst sein (ebd.).

Auch hier spiegelt sich der Charakter der Legitimität als externe Zuschreibung wider; hier werden aber die Transparenz sowie die Fähigkeit zur freiwilligen und kompetenten Beurteilung durch die Betroffenen in den Vordergrund gestellt: „So legitimacy does not just mean acceptance, it also refers to moral rightness, as well as freedom, transparency, and competence in the process of acceptance“ (Dryzek, 2010: 21). Auf die von Dryzek betonte normative – bzw. moralische – Komponente von Legitimität weist auch John Parkinson hin (Parkinson, 2006a: 21f). Zudem ist sowohl nach Dryzeks als auch nach Parkinsons Auffassung eine weitere Voraussetzung der Legitimität von kollektiven Outcomes auch deren Konformität mit geltendem Recht bzw. der Verfassung (Legalität). Schließlich müssten die Entscheidungsträger durch die häufig sehr viel größere Anzahl der von der Entscheidung Betroffenen autorisiert sein (Parkinson, 2006a: 22f; Dryzek, 2010: 21). Das hier beschriebene Konzept der Legitimität besteht damit aus drei Komponenten: 1.) Prozesse der Meinungs- und Willensbildung, die die Masse der Betroffenen zu fundierten Urteilen befähigen und im Rahmen derer die Entscheidungsträger zur Entscheidung autorisiert werden; 2.) die Konformität der Outcomes mit den moralischen Vorstellungen und kollektiven Zielen der von ihnen Betroffenen sowie 3.) die Legalität von kollektiven Outcomes, wobei die geltenden Regeln ihrerseits Produkt von Deliberation sein können und zudem eine gewisse Stabilität aufweisen sollten (Parkinson, 2006a: 23).

Der Grad der Legitimität ist auf einem Kontinuum zu bestimmen, d. h. „there is no magic line to draw between decisions or regimes that are clearly legitimate or illegitimate“ (vgl. Parkinson, 2006a: 25). Das Ausmaß der Legitimität hängt davon ab, in welchem Umfang die oben genannten Kriterien für Prozess, Inhalt und Legalität von Entscheidungen erfüllt sind.

¹⁷ Allerdings spricht Dryzek selbst häufig von der Legitimität von „collective outcomes“, womit er ebenfalls die Entscheidungen selbst in den Fokus seiner Betrachtung stellt.

Das heißt, es sind sowohl der Prozess der Meinungs- und Willensbildung als auch die tatsächliche Entscheidung und deren Inhalte ausschlaggebend. Damit kann sich auch die legitimitätsstiftende Wirkung deliberativer Prozesse in den unterschiedlichen Stadien des Entscheidungsprozesses entfalten. In dieser Arbeit stehen die Prozesse der Meinungs- und Willensbildung im Vordergrund, die als notwendige Voraussetzung für legitime nachfolgende Entscheidungsfindung betrachtet werden können.¹⁸

2.1.2.6 Das Konzept der „Betroffenheit“

Die Vorstellung vorgängiger offener Meinungs- und Willensbildung als Grundlage legitimer Entscheidungsfindung ist kompatibel mit der ersten von zwei normativen Bedingungen deliberativer Demokratie bei Michael Neblo: „All those who are potentially affected by some policy or decision are allowed to participate in an extended, public process of opinion and will formation on a free and equal basis“ (Neblo, 2005: 174). Die Gruppe derer, „who are potentially affected“ ist jedoch nicht immer eindeutig zu bestimmen. Silke Schicktanz unterscheidet beispielsweise „Laien“, die zwar grundsätzlich zur Zielgruppe einer politischen oder gesellschaftlichen Entscheidung gehören, jedoch keine persönlichen Erfahrungen aufweisen, von „Betroffenen“, die tatsächlich über persönliche Erfahrungen in bestimmten Lebensbereichen verfügen, wie z. B. Patienten oder Anwohner eines Flughafens (Schicktanz, 2009; Schicktanz et al., 2008). Sie weist auf eine jeweils unterschiedliche Argumentationsweise dieser beiden Gruppen aber auch auf verschiedenartige Sichtweisen und Bewertungen relevanter Fragen und Lösungsvorschläge hin (ebd.). Auch die Unterscheidung zwischen „Betroffenen-Beteiligung“ und „Jedermann- oder Öffentlichkeits-Beteiligung“ kann als Hinweis auf einen solchen Unterschied gedeutet werden (vgl. z. B. Sartzki, 1997: 289ff). Um keine dieser Sichtweisen auszuschließen, wird in dieser Arbeit ein Betroffenenkonzept verwendet, dass mit der Verwendung des Begriffs der „affectedness“ in der internationalen Debatte um deliberativen Demokratie kompatibel ist. Im englischen Sprachraum wird auch von „those, subject to a decision“ gesprochen, das heißt es werden alle Akteure einbezogen, die zur Zielgruppe einer gesellschaftlichen oder politischen Fragestellung oder Entscheidung gehören – ob sich ihre Betroffenheit auch tatsächlich verwirklicht, ist dabei nicht von zentraler Bedeutung. In gesundheitspolitischen Fragen erlaubt dies zum Beispiel die Beteiligung von bereits kranken sowie (noch) gesunden Bürgern.

Neben der grundsätzlichen Einigkeit in Bezug auf die normativen Grundlagen und die legitimitätsstiftende Wirkung deliberativer Demokratie lässt sich seit über einer Dekade ein

¹⁸ Eine ausführliche Diskussion der hinreichenden Bedingungen für legitime Entscheidungen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Deliberative Elemente werden jedoch auch hier nicht als Substitut, sondern als Ergänzung der Institutionen repräsentativer Demokratien verstanden.

gemeinsamer Fokus vieler Autoren auf die Analyse und Beschreibung realer deliberativer Prozesse feststellen. Diese Entwicklung sowie einige Möglichkeiten der Beteiligung von Betroffenen an deliberativen Prozessen werden in Abschnitt 2.2 beschrieben.

2.2 DELIBERATIVE DEMOKRATIE ALS ANWENDUNGSORIENTIERTES KONZEPT

In der Entwicklung der deliberativen Demokratietheorie ist zunehmend die empirische Analyse von Kontextfaktoren und Ergebnissen unterschiedlicher deliberativer Prozesse in den Vordergrund getreten. Diese Entwicklung wird in Abschnitt 2.2.1 beschrieben. Sie hat nicht nur zu einer weiteren Ausdifferenzierung der Konzepte deliberativer Demokratie geführt, sondern auch zu einer analytischen Unterscheidung verschiedener Diskurstypen beigetragen. Heute lässt sich jedoch wieder eine Tendenz zur Integration dieser unterschiedlichen Typen im Rahmen eines übergreifenden Konzepts feststellen, das in Abschnitt 2.2.2 dargestellt wird.

2.2.1 Wachsender Realitätsbezug und seine Folgen für die Entwicklung deliberativer Demokratietheorie

Die zunehmende Fokussierung auf reale Deliberation und die daraus folgende Kontextsensibilität und Anwendungsorientierung der deliberativen Demokratietheorie haben sich in mehreren Stufen entwickelt, die in diesem Abschnitt beschrieben werden. Zunächst werden drei bedeutende Wendungen der Theoriediskussion unterschieden (2.2.1.1), anschließend die daraus folgenden Implikationen für die Entwicklung der deliberativen Demokratie dargestellt (2.2.1.2). Schließlich wird die analytische Unterscheidung zwischen sogenannten mikro- und makro-deliberativen Prozessen erläutert, die ebenfalls als Folge der dargestellten Theorieentwicklung interpretiert werden kann (2.2.1.3).

2.2.1.1 Drei deliberative „turns“

Aufgrund der Fortentwicklung der deliberativen Demokratietheorie spricht Bohman bereits 1998 vom „coming of age“ der deliberativen Demokratie (Bohman, 1998). Er weist damals jedoch noch auf das Fehlen empirischer Fallstudien zu deliberativen Prozessen und deren möglichen Auswirkungen hin (Bohman, 1998: 419ff), denen er zwei Potenziale für die Weiterentwicklung der deliberativen Demokratie zuschreibt: „Empirical research is thus a cure for both a priori skepticism and untested idealism about deliberation in either its national or more local forms“ (Bohman, 1998: 422). Diesem Mangel begegnet die deliberative Demokratietheorie mit drei turns: 1.) wenden sich Autoren zunehmend der (theoretischen) Beschreibung, Analyse und Konzeption von Deliberation in der realen Welt zu (vgl. Parkinson, 2006a; Baber und Bartlett, 2005; O’Flynn, 2006); dabei konzentrieren sie sich zunehmend auf einzelne abgegrenzte Foren und die in diesen stattfindenden deliberativen Prozesse, denn diese sind meist

überschaubar und leichter zu analysieren, als breite öffentliche Deliberation mit vielen interagierenden Akteuren. Dryzek nennt dies den „institutional turn“ (Dryzek, 2010: 6f; vgl. auch Chambers, 2003). 2.) werden vermehrt deliberative Praktiken in unterschiedlichen Kontexten gefördert und einzelne deliberative Verfahren initiiert; dies wird als „practical turn“ bezeichnet (Dryzek, 2010: 8). 3.) findet ein sogenannter „empirical turn“ statt (Dryzek, 2010: 8f; Bächtiger et al., 2007b: 485): Nicht nur Vertreter der deliberativen Demokratie, sondern auch Autoren anderer Disziplinen konzentrieren sich verstärkt auf die systematische empirische Analyse der Elemente der deliberativen Demokratie. Die Autoren empirischer Studien verfolgen dabei zwei Hauptziele: Sie testen entweder die Potenziale und Effektivität von Deliberation (Mutz, 2008; Ryfe, 2005) oder sie streben nach der Weiterentwicklung der normativen Theorie deliberativer Demokratie (Rosenberg, 2007a; Steiner et al., 2004). Als Datenmaterial für die empirische Deliberationsforschung dienen zum einen ohnehin in der realen Welt stattfindende deliberative Prozesse; es werden aber auch gezielt deliberative Verfahren organisiert (vgl. den practical turn), um sie unter quasi-experimentellen Bedingungen zu analysieren.

Die drei genannten „turns“ sind nicht strikt voneinander zu unterscheiden, sondern bedingen sich gegenseitig und verlaufen parallel. Insgesamt haben sie die Entwicklung der deliberativen Demokratietheorie maßgeblich geprägt. Im Kontext der vorliegenden Arbeit sind zwei Entwicklungen auf Grundlage dieser Turns von besonderer Relevanz, die im Folgenden erläutert werden sollen: 1.) die zunehmende Sensibilität für spezifische Kontexte, einhergehend mit der Fokussierung auf die Bedingungen und Hindernisse für die Institutionalisierung deliberativer Elemente in realen politischen und gesellschaftlichen Systemen (vgl. Abschnitt 2.2.1.2); und 2.) die analytische Unterscheidung zwischen „mikro“- und „makro“-deliberativen Konzepten sowie die Integration beider Versionen (vgl. Abschnitt 2.2.1.3).

2.2.1.2 Zunehmende Kontextsensibilität und Anwendungsorientierung deliberativer Demokratie

Simone Chambers beschreibt den Wandel der deliberativen Demokratietheorie (bereits 2003) als Entwicklung vom reinen „theoretical statement“ zur „working theory“, da sie in immer mehr Forschungsgebieten und realen Kontexten zur Anwendung kommt und mit vielfältigen Theorieansätzen interagiert (Chambers, 2003: 307). Die im Rahmen dieser Entwicklung in den Fokus wissenschaftlicher Betrachtung geratenen realen deliberativen Prozesse unterscheiden sich naturgemäß je nach dem Kontext, in dem sie stattfinden. Die Analyse solcher Prozesse erfordert somit immer auch die Betrachtung von Wechselwirkungen zwischen deliberativen Elementen und ihren Kontextbedingungen. Daher hat der Fokus auf Deliberation in der wirklichen Welt zu einer zunehmenden Kontextsensibilität der deliberativen Demokratietheorie geführt: Während einige Autoren sich auf die Analyse von deliberativen Prozessen im Feld der

Umweltpolitik konzentrieren (vgl. Niemeyer, 2004; Baber und Bartlett, 2005; Gupte und Bartlett, 2007; Bäckstrand et al., 2010), stehen für andere gesundheitspolitische Themen im Fokus (vgl. Parkinson, 2003; 2006a; Abelson et al., 2012). Auch die Erforschung und Konzeptualisierung deliberativer Prozesse im Kontext feministischer Diskurse hat eine lange Tradition (vgl. Mansbridge, 1999c; Doerr, 2007; Cojocaru, 2011). Neben den Inhalten und Politikfeldern deliberativer Verfahren unterscheidet sich auch das Setting, in dem sie stattfinden. Dies betrifft die Inklusion oder Exklusion verschiedener Akteure, ein unterschiedliches Ausmaß an Entscheidungskompetenz oder den Institutionalierungsgrad der deliberativen Verfahren. Einige Studien widmen sich primär der Erforschung nicht frei zugänglicher Diskurse, die häufig im Rahmen repräsentativ-demokratischer Institutionen stattfinden, wie beispielsweise Parlamentsdebatten (z. B. Lascher, 1996; Steiner et al., 2004; Bächtiger et al., 2007a; 2005); andere konzentrieren sich auf öffentliche und frei zugängliche Prozesse, wie soziale Bewegungen (z. B. della Porta, 2005; Doerr, 2007; Haug und Teune, 2008), wieder andere auf eigens initiierte Verfahren zur Beteiligung von Bürgern (z. B. Fishkin, 1997; Fung, 2003; Niemeyer, 2004). Die meisten Arbeiten gehen implizit oder explizit davon aus, dass deliberative Ereignisse im Rahmen demokratischer Nationalstaaten oder zwischen Vertretern solcher Entitäten stattfinden. Heute werden aber zunehmend auch die Möglichkeiten deliberativer Verfahren innerhalb autoritärer Staaten (Dryzek, 2010: Kap. 7; Baogang und Warren, 2011) oder für die Lösung inter- oder supranationaler Konflikte (Dryzek, 2010: Kap. 9; Smith und Brassett, 2008; Dryzek und Stevenson, 2011; Thompson, 1999) diskutiert.

Dies sind nur einige Beispiele für das sich stets ausweitende Anwendungsgebiet der deliberativen Demokratietheorie. Sie zeigen aber, dass es den Vertretern deliberativer Demokratie nicht mehr nur um die Konzeption und Begründung eines normativen Demokratiekonzepts geht; vielmehr zielen sie auch darauf ab, konkrete Konzepte, Verfahren und Instrumente zu entwickeln, die in der Realität zur Anwendung kommen können. Hierdurch gewinnen auch Fragen nach institutionellen Voraussetzungen und Hindernissen deliberativer Elemente in unterschiedlichen Kontexten sowie nach deren institutioneller Ausgestaltung in herrschenden Gesellschaftsordnungen an Relevanz (vgl. z. B. Warren, 2007; Hartz-Karp und Briand, 2009). Tatsächlich hat die deliberative Demokratie heute auch in der politischen Praxis eine große Bedeutung gewonnen und wird nicht mehr nur aus rein theoretischer Perspektive diskutiert.

2.2.1.3 Zur Differenzierung „mikro“- und „makro“-deliberativer Konzepte

Die drei beschriebenen ‚turns‘ („empirical“, „practical“ und „institutional“) und die damit einhergehende Konzentration auf reale politische Systeme und die darin stattfindenden deliberativen Prozesse führen zu einer Differenzierung zwischen verschiedenen Formen der Delibera-

tion. Von besonderer Relevanz ist die Unterscheidung von „mikro“- und „makro“-deliberativen Konzepten (Hendriks, 2006; vgl. auch Elstub, 2010: 299). Der Fokus mikro-deliberativer Ansätze liegt „on defining ideal conditions of a deliberative procedure“ im Rahmen abgegrenzter (nicht frei zugänglicher) deliberativer Prozesse zwischen wenigen Akteuren (Hendriks, 2006: 487). Hierzu gehören z. B. parlamentarische Debatten. Solche abgegrenzten Debatten eignen sich besonders gut für die empirische Analyse sowie zur exemplarischen konzeptionellen Weiterentwicklung von Theoriedetails. Daher haben mikro-deliberative Foren zunehmend an Bedeutung für die deliberative Demokratietheorie gewonnen. Makro-deliberative Ansätze beschäftigen sich dagegen mit „informal discursive forms of deliberation, which take place in the public sphere“ (ebd.). Damit sind z. B. medial vermittelte öffentliche Debatten gemeint. Diese sind frei zugänglich und meist nicht strukturiert. Beide Formen deliberativer Prozesse lassen sich als Endpunkte eines Kontinuums verstehen. Auch Mischformen sind möglich.

Diese Unterscheidung ist nicht nur hilfreich für die Analyse und Beschreibung unterschiedlicher deliberativer Prozesse in verschiedenen Kontexten und Settings, sie hat auch normative Implikationen, insbesondere im Hinblick auf die Rolle der Zivilgesellschaft (vgl. hierzu Hendriks, 2006). Die beiden Versionen der deliberativen Demokratie weisen zudem unterschiedliche Schwierigkeiten im Hinblick auf die Erfüllung normativer Ansprüche auf. Mikro-deliberative Konzepte stellen die Deliberation weniger Teilnehmer unter möglichst idealen Kommunikationsbedingungen in den Fokus ihrer Analysen. Die direkte Partizipation aller von einer politischen oder gesellschaftlichen Entscheidung Betroffenen ist damit praktisch nie möglich, höchstens einzelne Repräsentanten bestimmter Akteursgruppen können sich an mikro-deliberativen Foren beteiligen.¹⁹ Makro-deliberative Ansätze lassen grundsätzlich die Beteiligung aller möglichen Akteure zu (Hendriks, 2006: 494). In solchen öffentlichen Deliberationen ist es jedoch schwieriger, die oben beschriebenen normativen Anforderungen – wie Rationalität der Argumente, Reziprozität, gegenseitiger Respekt und Verständigungsorientierung – zu erfüllen. Ungleiche Machtverhältnisse und strategisches Handeln einflussreicher Akteure können beispielsweise die Ergebnisse deliberativer Prozesse verzerren (Hendriks, 2006: 494f).

Weder der Fokus auf mikro-deliberative Foren (vgl. die Kritik von Chambers, 2003; 2009) noch die alleinige Betrachtung von unstrukturierten öffentlichen Debatten werden der Komplexität moderner Gesellschaften und den legitimitätsstiftenden Ansprüchen der deliberativen Demokratietheorie gerecht. Deshalb weisen Jane Mansbridge und Kollegen darauf hin, dass die Entwicklung der Theorie noch nicht abgeschlossen ist (vgl. auch Bächtiger et al.,

¹⁹ Die sich daraus ergebenden Legitimitätsprobleme werden unter dem Begriff des „scale problems“ diskutiert (vgl. insb. Parkinson, 2003; 2006a; Dryzek, 2010: 22-30). Für einen Überblick hierzu siehe Abschnitt 3.2.1.

2007b: 492f): „Deliberative democracy continues to „come of age““ (Mansbridge et al., 2010: 93). Ein Ansatzpunkt dieser Weiterentwicklung wird in der Integration mikro- und makrodeliberativer Konzepte verwirklicht. Der Versuch der Integration beider Versionen in einem übergreifenden deliberativen System wird als vierte deliberative Wende – als sogenannter „systemic turn“ (Dryzek, 2010: 7) – bezeichnet. Das Konzept des deliberativen Systems hat sich durch diesen turn zu einem zentralen Element der deliberativen Demokratietheorie entwickelt. Im nächsten Abschnitt werden deshalb die Idee des deliberativen Systems und ihre Implikationen für die Beschreibung und Analyse realer deliberativer Prozesse dargestellt.

2.2.2 Integration mikro- und makro-deliberativer Ansätze: das Konzept des deliberativen Systems

Im Folgenden wird zunächst gezeigt, dass auch zum Konzept des deliberativen Systems verschiedene Vorstellungen und Ansätze unterschiedlicher Autoren existieren (Abschnitt 2.2.2.1). Insbesondere die von Jane Mansbridge (Mansbridge, 1999a) entwickelte Version des Begriffs deliberativer Systeme ist aber von vielen Autoren aufgegriffen worden und wird auch heute noch diskutiert. Diese Version wird auch in dieser Arbeit verwendet und daher anschließend detaillierter beschrieben (2.2.2.2). Schließlich werden die Implikationen des systemischen Ansatzes für die Betrachtung einzelner deliberativer Foren diskutiert (2.2.2.3).

2.2.2.1 Verschiedene Konzepte des deliberativen Systems

Bereits zu Beginn der Entwicklung der deliberativen Demokratietheorie hat Jürgen Habermas zwischen den informellen, auf Meinungs- und Willensbildung zielenden Strukturen der politischen Öffentlichkeit und den institutionalisierten Gremien politischer Entscheidungsfindung unterschieden (z. B. Habermas, 1992b: 362ff). Seine Konzeption dieser beiden Ebenen und deren Verbindung über deliberative Prozesse kann als erster Ansatz der Integration formaler Mikro- und informeller Makro-deliberation interpretiert werden (Dryzek, 2010: 7; Hendriks, 2006: 496f; Mansbridge et al., 2012: 9). Auch Hendriks (2006) entwickelt ein Konzept für ein „integrated deliberative system“: Sie betrachtet dabei informelle, öffentliche makrodeliberative Prozesse als Umwelt für formale, exklusive mikrodeliberative Foren. Diese beiden Formen der Deliberation sind in Hendriks Version zwar nicht direkt miteinander verbunden, können sich jedoch gegenseitig beeinflussen, wie sie am Beispiel der ersten deutschen Bürgerkonferenz zur Gendiagnostik im Jahr 2001 zeigt (Hendriks, 2006: 498f). Hendriks Vorstellung eines integrierten deliberativen Systems ist daher die von sich teilweise überschneidenden diskursiven Sphären („discursive spheres“; ebd., S. 499), in denen sich jeweils eigene Formen der Deliberation unter Beteiligung jeweils unterschiedlicher Akteure verwirklichen (Hendriks, 2006: 500). Einige Sphären folgen den Ansprüchen mikrodeliberativer Ansätze; sie

verwirklichen ein hohes Niveau deliberativer Qualität, sind jedoch nicht frei zugänglich. Andere nehmen die Form makro-deliberativer Prozesse an – diese umgeben die mikro-deliberativen Foren. Wieder andere Sphären bilden Mischformen zwischen Mikro- und Makro-deliberation; sie können als Verbindungselement zwischen diesen beiden Idealtypen fungieren (Hendriks, 2006: 500ff). Denn sie können die Beteiligung und Interaktion von Akteuren befördern, die sowohl in mikro- als auch in makro-deliberativen Kontexten unterrepräsentiert wären. Damit können sie die Diffusion von Ideen, Argumenten und Begründungen befördern (Hendriks, 2006: 501). Gemischte deliberative Sphären „capture the benefits of micro and macro deliberation without their respective elitist and populist downfalls“ (Hendriks, 2006: 501), wobei gerade in diesen Mischformen der Einbindung von Bürgern und anderen nicht-organisierten zivilgesellschaftlichen Akteuren eine besondere Bedeutung zukommt (ebd., S. 502).

Ein etwas anderes Verständnis liegt dem von Mansbridge bereits 1999 entworfenen Konzept eines deliberativen Systems zugrunde (Mansbridge, 1999a). Mansbridge geht von einem Kontinuum deliberativer Prozesse zwischen informellen alltagssprachlichen Gesprächen am einen und der formellen Kommunikation von Entscheidungsgremien am anderen Ende aus. Wie Hendriks (2006: 499) kritisiert, werden die Elemente in Mansbridges Version des deliberativen Systems – im Gegensatz zu Hendriks eigenem Konzept (ebd.: 499ff) – als relativ unabhängig voneinander betrachtet (Mansbridge, 1999a: 212). Mansbridges Konzept ist seit seiner Entstehung von vielen Autoren aufgegriffen und weiterentwickelt worden. Im Jahr 2012 ist hierzu ein von Parkinson und Mansbridge editierter Sammelband erschienen (Parkinson und Mansbridge, 2012). In dieser neueren, durch eine Reihe führender Vertreter der deliberativen Demokratie mitgetragenen Version von Mansbridges Konzept werden zwar die Interdependenzen und Interaktionen zwischen einzelnen Elementen eines deliberativen Systems betont (Mansbridge et al., 2012: 1f, 4); diese Elemente werden jedoch als voneinander unterscheidbare Einheiten verstanden, die jeweils eine andere Funktion im deliberativen System erfüllen (ebd., S. 4).

Auch andere Autoren haben – mit unterschiedlichen Schwerpunkten und normativen Ansprüchen – Konzepte entwickelt, die mit der Vorstellung eines deliberativen Systems kompatibel sind oder sich direkt auf diesen Begriff beziehen (vgl. Goodin, 2005; Habermas, 2006; Bohman, 2007; Thompson, 2008; Dryzek, 2010). In dieser Arbeit wird das aktuelle, in dem von Parkinson und Mansbridge herausgegebenen Band explizierte Verständnis eines deliberativen Systems verwendet (Parkinson und Mansbridge, 2012). Denn es ist derzeit das am weitesten entwickelte und detailreichste Konzept; seine Grundzüge werden in Abschnitt 2.2.2.2 dargestellt. Allerdings lässt das Konzept auch eine Reihe von Fragen offen (vgl. Abschnitt 2.2.2.3).

2.2.2.2 Wesen und Funktionen deliberativer Systeme

Ein deliberatives System nach dem Konzept von Jane Mansbridge und Kollegen „is a loosely coupled group of institutions and practices“ (Mansbridge et al., 2012: 22). Die einzelnen Elemente sind jeweils für unterschiedliche Funktionen innerhalb des Systems zuständig und ergänzen sich gegenseitig (ebd.: 4). Daher darf ihre Verbindung untereinander weder zu eng noch zu stark entkoppelt sein. Denn nur wenn die Teile des deliberativen Systems lose aneinander gekoppelt sind, können sie laut Mansbridge und Kollegen ein System der gegenseitigen Kontrolle bilden und ein Systemversagen einzelner Teile ausgleichen (ebd.: 22f). Dies wäre nicht möglich, wenn die Teile zu eng miteinander verbunden wären. Eine zu starke Entkopplung der einzelnen Teile des Systems führte jedoch selbst zu einem Versagen des deliberativen Systems insgesamt, da dann der Austausch von Argumenten und Begründungen zwischen den einzelnen Teilen unmöglich wäre (ebd.: 23). Die Grenzen deliberativer Systeme können nach Mansbridge et al. entweder durch die Betrachtung der beteiligten Akteure und der sie verbindenden institutionellen Strukturen oder durch die Einschränkung auf einen bestimmten Inhalt bzw. ein Thema definiert werden (ebd.: 8). Deliberative Systeme sind nicht auf den nationalstaatlichen Kontext beschränkt, sondern auch auf supra- und internationale Institutionen ausweitbar (ebd.: 8). Zwar betrachten Mansbridge und Kollegen den Staat als eine wichtige Instanz politischer Entscheidungsfindung, berücksichtigen aber sowohl informelle (nichtstaatliche) gesellschaftliche als auch supranationale und zwischenstaatliche Entscheidungsprozesse – sei es von Staatenverbänden oder anderen internationalen Institutionen.²⁰ Die Kommunikationsformen und Akteure, die einem deliberativen System zugerechnet werden können, sind demnach vielfältig (vgl. auch ebd.: 10). Aber nicht jede Art von Kommunikation gehört dazu: „Our criteria for inclusion in a deliberative system are that the discussions in question involve matters of common concern and have a practical orientation.“ (Mansbridge et al., 2012: 9) Das heißt, es wird eine Handlungs- und Lösungsorientierung der relevanten deliberativen Prozesse vorausgesetzt. Dann kommen vier Hauptinhalte deliberativer Systeme infrage: 1.) bindende staatliche Entscheidungen; 2.) die direkt auf die Vorbereitung dieser bindenden Entscheidungen ausgerichteten Handlungen; 3.) informelle Gespräche, die sich auf diese Entscheidungen beziehen und 4.) formelle oder informelle Gespräche zu Themen von allgemeinem Interesse, die nicht zu bindenden staatlichen Entscheidungen führen (ebd., S. 9). Dies schließt sowohl private Gespräche als auch öffentliche soziale Bewegungen, Kommunikation innerhalb von staatlichen und nichtstaatlichen Organisationen und auch eigens initiierte und organisierte de-

²⁰ Damit sind z. B. die World Trade Organisation, die World Health Organisation oder Nichtregierungsorganisationen oberhalb der nationalstaatlichen Ebene gemeint.

liberative Foren ein.²¹ Die Medien wirken dabei als verbindendes Element zwischen den verschiedenen Teilen des deliberativen Systems (ebd., 20).

Ein funktionierendes deliberatives System kann wichtige Funktionen im Prozess der gesellschaftlichen oder politischen Meinungs- und Willensbildung sowie Entscheidungsfindung erfüllen. Ebenso wie für die konzeptionelle Gestaltung deliberativer Systeme gibt es auch zu deren Zielen und Funktionen verschiedene Ansätze (Mansbridge et al., 2012: 10). Drei Funktionen sind laut Mansbridge et al. aber kaum umstritten. Dies ist zuerst die „*epistemische Funktion*“ (ebd.: 11): Deliberative Systeme produzieren demnach Präferenzen, Meinungen und Entscheidungen, die – im Idealfall – auf angemessenen Informationen über Fakten sowie logischen Überlegungen basieren und Folge eines Prozesses gemeinsamen Abwägens relevanter Begründungen sind. Eine „*ethische Funktion*“ entfalten deliberative Systeme, wenn sie zum gegenseitigen Respekt der beteiligten Akteure beitragen (ebd.). Gegenseitiger Respekt wird dabei als Wert an sich verstanden, der sich aus der Deliberation selbst ergibt: „To deliberate with another is to understand the other as a self-authoring source of reasons and claims.“ (ebd.) Aus dieser Funktion folgt auch die grundsätzliche Offenheit der Teilnehmer für die Argumente anderer sowie die Gleichwertigkeit und Gleichberechtigung aller. Schließlich wird deliberativen Systemen eine „*demokratische Funktion*“ zugeschrieben. Nur unter der Voraussetzung, dass jeder die gleichen Möglichkeiten besitzt, sich am deliberativen System zu beteiligen, also niemand systematisch ohne eine von allen akzeptierte Begründung von der Deliberation ausgeschlossen wird, ist das deliberative System auch demokratisch. „(This) is the central element of what makes deliberative democratic processes democratic.“ (Mansbridge et al., 2012: 12). Die Dominanz einzelner (individueller oder kollektiver) Akteure oder Teile des deliberativen Systems können damit als Systemversagen interpretiert werden (ebd.: 23f). Wenn diese drei Funktionen erfüllt sind – so die Argumentation des hier beschriebenen Ansatzes –, entfaltet das deliberative System die der deliberativen Demokratie zugeschriebene legitimitätsstiftende Wirkung.

2.2.2.3 Implikationen eines systemischen Ansatzes deliberativer Demokratie

Das Verständnis deliberativer Demokratie als ein unterschiedliche Kommunikationsformen, -strukturen und -settings integrierendes System wirkt sich in verschiedener Weise auf die empirische Deliberationsforschung aus. Einzelne deliberative Prozesse werden nach diesem Konzept nicht isoliert, sondern im Kontext des sie umgebenden deliberativen Systems betrachtet.²² Dies erlaubt in der Analyse einzelner Systembestandteile die Betrachtung von

²¹ Zur Rolle von Mini-Publics in deliberativen Systemen siehe Abschnitt 2.3.

²² Siehe hierzu auch die Argumentation von Neblo (2005: 177ff), der ähnliche Vorstellungen auf Basis des von Habermas entwickelten dualen Verständnisses der Demokratie entwickelt.

Kontexteffekten (Mansbridge et al., 2012: 6). Die Vorstellung eines Systems von deliberativen Elementen, die jeweils unterschiedliche Funktionen erfüllen können, hat jedoch auch Folgen für die normativen Ansprüche und Erwartungen an den einzelnen deliberativen Prozess: Ein deliberativer Prozess kann nicht allein, sondern nur als Element des deliberativen Gesamtsystems die Legitimität oder (epistemische) Qualität von nachfolgenden Entscheidungen verbessern (Mansbridge et al., 2012: 1; vgl. auch Parkinson, 2006a: 21); er muss jedoch auch nicht sämtliche normative Anforderungen an optimale deliberative Prozesse erfüllen, solange andere Elemente die jeweiligen Defizite ausgleichen (Mansbridge et al., 2012: 2f). Dabei gehen Mansbridge et al. von einer gewissen Redundanz sowohl in den Interaktionen zwischen den einzelnen Systemelementen als auch in deren Funktionalität aus. Dadurch können etwaige Fehlleistungen einzelner Elemente durch andere aufgedeckt und ausgeglichen werden. Es entsteht ein arbeitsteiliges System der gegenseitigen Kontrolle, sodass die Qualität eines deliberativen Systems sich am Zusammenspiel aller Elemente bemisst (ebd.: 5, 13). Auch nicht perfekt deliberative Kommunikationsprozesse können somit einen substantiellen Beitrag zum funktionierenden deliberativen System leisten.

Nach dieser Vorstellung sind auch nicht-deliberative Elemente als funktionaler Teil eines deliberativen Systems vorstellbar. So integriert Chambers (2012) beispielsweise reine Meinungsumfragen und Bevölkerungssurveys als wichtige Informationsquelle in das Konzept des deliberativen Systems. Dann ist es jedoch kaum mehr möglich, die tatsächlich nicht deliberativen Elemente von denen zu unterscheiden, die zwar nicht originär deliberativ sind, jedoch eine Funktion im deliberativen Gesamtsystem erfüllen. Wenn alle Kommunikationsformen und Wege der Meinungsäußerung in das Konzept des deliberativen Systems integriert werden, wie kann dann ein deliberatives von anderen Systemen der politischen oder gesellschaftlichen Meinungs- und Willensbildung oder Entscheidungsfindung unterschieden werden? Diese Fragen bleiben im Sammelband von Parkinson und Mansbridge zunächst offen. Allerdings geht Parkinson selbst im abschließenden Kapitel darauf ein und stellt teilweise die im einleitenden Kapitel postulierten Annahmen und Vorstellungen über das deliberative System infrage. Denn er hält deliberative Systeme, wie sie im Einleitungskapitel und durch die weiteren Beiträge im Band konzipiert werden, nicht automatisch für demokratisch (Parkinson, 2012). Vielmehr müssten hierfür seiner Ansicht nach die Entscheidungen eines Gemeinwesens tatsächlich durch originär deliberative Prozesse getroffen werden; und dass dies möglich ist, sei durch weitere konzeptionelle und empirische Arbeiten zu zeigen.

Das Konzept des deliberativen Systems, wie es derzeit diskutiert wird, wirft damit einige fundamentale Fragen auf, die bislang nicht beantwortet sind. Dennoch wird hier die Idee eines umfassenden Systems deliberativer Prozesse aufgegriffen, die miteinander interagieren und

sich gegenseitig informieren. Denn der Realitätsbezug sowie die Kontextsensibilität des systemischen Ansatzes deliberativer Demokratie erlauben die detaillierte Betrachtung einzelner deliberativer Elemente, inklusive der möglichen Wechselwirkungen mit den sie umgebenden Kontexten. Auch die Potenziale einer regionalen Bürgerkonferenz und ihre Herausforderungen im speziellen Kontext der Gesundheitsversorgung können nicht ohne (zumindest grobe) Betrachtung ihrer Rahmenbedingungen analysiert werden. Im folgenden Abschnitt wird die Methode der Bürgerkonferenz als Beispiel für sogenannte Mini-Publics – also mikrodeliberative Verfahren mit primärer Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern – im Konzept des deliberativen Systems verortet.

2.3 MINI-PUBLICS ALS PARTIZIPATIVE ELEMENTE IM DELIBERATIVEN SYSTEM

Die drei in Abschnitt 2.2.1.1 beschriebenen turns der deliberativen Demokratietheorie (institutional, practical, empirical) haben bedeutende Folgen für die Konzeption deliberativer Systeme und die darin verwirklichten Formen der Deliberation. Eine Folge dieser Wendungen ist die Entwicklung von Mini-Publics (vgl. Dryzek, 2010: 155). Den Begriff der „Mini-Public“ prägte Archon Fung in Anlehnung an Robert Dahls Verständnis eines „minipopulus“ (Fung, 2003: 339; vgl. auch Fung, 2007: 159). Mini-Publics sind demnach deliberative Foren, die eine begrenzte Anzahl von Bürgern im Rahmen eines modellhaften Diskurses zusammenführen (Goodin und Dryzek, 2006: 220) – meist zu komplexen politischen oder gesellschaftlichen Fragestellungen, zu denen die involvierten Bürger sich andernfalls kaum äußern würden. Die Teilnehmer diskutieren auf Grundlage von Informationen, die durch Organisatoren oder externe Experten bereitgestellt werden, über ein vorher mehr oder weniger definiertes Problem. Zum Abschluss formulieren sie eine gemeinsame Empfehlung oder Stellungnahme.²³ Mini-Publics unterscheiden sich nach der Art ihrer Initiatoren und Organisatoren sowie nach deren Zielsetzung und Motivation. Entsprechend variiert auch ihr institutionelles Design: Diese Foren können einmalige Ereignisse oder dauerhafte Einrichtungen sein, an einem einzelnen Nachmittag stattfinden oder sich über mehrere Wochen hinziehen. Sie beteiligen zwischen fünfzehn und mehreren hundert Bürgern und besitzen jeweils ein sehr unterschiedliches Ausmaß an tatsächlicher Entscheidungskompetenz. Nach einer Beschreibung des Konzepts von Mini-Publics und seiner Verortung im deliberativen System (Abschnitt 2.3.1), werden einige Formen deliberativer Mini-Publics und ihre Unterschiede erläutert (2.3.2). In den folgenden Abschnitten werden dann die Potenziale (3.1) sowie Qualitätsmerkmale (3.2) und Kontextbedingungen (3.3) deliberativer Mini-Publics im Detail diskutiert.

²³ Nur im Fall der „Deliberative Polls“ füllen die Teilnehmer einen Fragebogen aus und geben keine gemeinsame Empfehlung ab (siehe Abschnitt 2.3.2.2).

2.3.1 Zur Rolle und Funktion von Mini-Publics im deliberativen System

Im Rahmen deliberativer Systeme stellen Mini-Publics lediglich eine von vielen Formen deliberativer Prozesse dar. Ihr spezieller Charakter als Instrument der Bürgerbeteiligung (Abschnitt 2.3.1.1) sowie ihre Rolle im deliberativen System (2.3.1.2) werden im Folgenden dargestellt.

2.3.1.1 Mini-Publics als Mittel zur Inklusion „gewöhnlicher Bürger“

Bereits von Beginn an fokussierten die Vertreter der deliberativen Demokratietheorie auf die möglichst breite Beteiligung aller von einer kollektiven Entscheidung Betroffenen (bzw. deren Repräsentanten) an der dieser Entscheidung vorausgehenden Deliberation. Dieser Anspruch hat sich bis heute gehalten. Mit „Betroffenen“ sind im Kontext von Mini-Publics nicht die möglicherweise betroffenen politischen oder gesellschaftlichen Eliten oder die Vertreter organisierter Interessen, sondern „gewöhnliche Bürger“ gemeint. Diese Gruppe nimmt damit in der Theorie deliberativer Demokratie eine besondere Rolle ein. Es lassen sich drei idealtypische Formen der deliberativen Beteiligung von Bürgern unterscheiden: 1.) Im Rahmen allgemeiner öffentlicher Kommunikation – sei es im privaten Gespräch oder medial vermittelt. 2.) Als Mitglied einer sozialen Bewegung oder organisierter zivilgesellschaftlicher Akteure und 3.) Im Rahmen eigens initiiert deliberativer Foren, also Mini-Publics.

Die beiden ersten Formen stehen (in den meisten modernen Demokratien) grundsätzlich allen Bürgern offen. Sie weisen aber Hindernisse und Schwierigkeiten auf, z. B. aufgrund der geringen diskursiven Qualität medial vermittelter Kommunikation oder wegen der Zugangsbeschränkung zur organisierten Zivilgesellschaft für Bürger mit eingeschränkten zeitlichen, intellektuellen oder materiellen Ressourcen. Die Einschränkungen der ersten beiden Beteiligungsformen können hier nicht im Detail betrachtet werden. Einige Autoren sehen aber im Format der Mini-Publics ein Potenzial, diese Einschränkungen zumindest teilweise auszugleichen: Mini-Publics „are designed to be groups small enough to be genuinely deliberative, and representative enough to be genuinely democratic“²⁴ (Goodin und Dryzek, 2006: 220). Daher werden sie als wichtiges Instrument zur Beteiligung von Bürgern betrachtet: „Though small, they are among the most promising actual constructive efforts for civic engagement and public deliberation in contemporary politics.“ (Fung, 2003: 239).

Gerade das Format begrenzter deliberativer Prozesse in kleineren Gruppen macht einige Vorteile von Mini-Publics aus. So können die Kontextbedingungen und der Verlauf der Deliberation genau beobachtet und ggf. nach den Idealen der deliberativen Demokratietheorie angepasst werden. Dies macht Mini-Publics auch für die empirische Forschung interessant. Sie

²⁴ Zur Frage der Repräsentativität von Mini-Publics siehe Abschnitt 3.2.1.

bieten die Gelegenheit, einzelne Aspekte der deliberativen Demokratie in quasi-experimentellen Settings zu analysieren. Aus den Ergebnissen solcher Analysen können dann Schlüsse auch für andere Settings und für Möglichkeiten der Institutionalisierung deliberativer Elemente gezogen werden (Smith und Wales, 2000: 55; Fung, 2007: 159; Riedy und Herriman, 2011: 3). Zudem werden Mini-Publics wegen ihrer Verbindungen zur breiteren Öffentlichkeit (public sphere) geschätzt. Denn man hofft, dass sich über diesen Weg die positiven Auswirkungen qualitativ hochwertiger Deliberation auch auf die breite Öffentlichkeit ausweiten können und damit die Legitimität kollektiver Entscheidungsprozesse und ihrer Ergebnisse in den Augen der breiten Öffentlichkeit gesteigert werden kann (Dryzek, 2010: 156).

Teilnehmer von Mini-Publics sind „gewöhnliche Bürger“ (ordinary citizens). Diese werden von anderen bereits politisch oder zivilgesellschaftlich aktiven Akteuren abgegrenzt und sollen durch die Methode der Mini-Public gezielt in deliberative Prozesse eingebunden werden (Dryzek, 2010: 156). Hierdurch soll der normative Anspruch möglichst umfassender Inklusion besser erfüllt werden – mit dem Ziel „to improve the quality of participation and deliberation in a significant area of public life“ (Fung, 2007: 160). Zudem hat sich gezeigt, dass die Beteiligung „gewöhnlicher Bürger“ unter Umständen zu einer höheren Qualität der Deliberation führt, als Debatten unter Vertretern organisierter Interessen oder anderen parteiischen Akteuren (Dryzek, 2010: 156, 158). Insbesondere zeigen die bislang nicht politisch aktiven Bürger eine größere Offenheit für die Argumente Anderer (Hendriks et al., 2007: 369-371). Ihnen wird darüber hinaus eine geringere Eigeninteressiertheit unterstellt: „(A)lthough members of minipublics will have interests in the issues they are considering, they should not have vested interests“ (McKenzie und Warren, 2012: 107). So ist es ihnen möglich, ihre ursprünglichen Ansichten, Meinungen und Präferenzen im Lichte neuer Informationen oder Argumente zu überdenken und ggf. anzupassen. Dies ist Akteuren mit festen „pre-deliberative commitments“ kaum möglich (Parkinson, 2006a: 37ff). Aufgrund dieser Vorzüge haben Mini-Publics bis heute nicht nur für die empirische Überprüfung und konzeptionelle Fortentwicklung der deliberativen Demokratietheorie eine große Bedeutung erlangt; sie werden vielmehr auch vermehrt zur Einbindung von Bürgern in die Klärung wirklicher gesellschaftlicher und politischer Fragestellungen eingesetzt.

2.3.1.2 Verortung von Mini-Publics im Konzept deliberativer Systeme

Die zunehmende Bedeutung von Mini-Publics wird jedoch auch kritisch beurteilt. Simone Chambers beispielsweise sieht die Gefahr, dass deliberative Prozesse der Entscheidungsfindung in der breiteren Öffentlichkeit, die das originär demokratische Kernstück der deliberativen Demokratietheorie darstellen, aus deren Fokus geraten sind (Chambers, 2009). Mini-

Publics können jedoch kaum isoliert betrachtet werden, sondern sind als Teil übergreifender deliberativer Systeme zu verstehen, die auch die von Chambers betonten Formen deliberativer Politik einschließen. Für die konzeptionelle Verortung von Mini-Publics im deliberativen System gibt es unterschiedliche Ansätze und Vorschläge.

Nach den von Carolyn Hendriks (2006) genannten Charakteristika mikro-deliberativer Prozesse, können auch Mini-Publics dieser Kategorie zugeordnet werden: Solche Verfahren sind meist nicht für jedermann zugänglich, sondern die Teilnehmer werden gezielt eingeladen.²⁵ Zudem sind nur wenige Akteure beteiligt, zwischen denen eine direkte Interaktion stattfindet. In Hendriks' Sinne können Mini-Publics jedoch auch als Vermittler zwischen mikro- und makrodeliberativen Sphären fungieren und wären somit eher der Mischform aus beiden zuzuordnen (ebd.). Mini-Publics geben den Teilnehmern häufig die Möglichkeit, Experten und/oder politische Entscheidungsträger zu befragen und sich mit ihnen auszutauschen. Ihre Ergebnisse werden meist in der Öffentlichkeit präsentiert und können damit auch die dort stattfindenden makro-deliberativen Prozesse bereichern. Diese vermittelnde Funktion betonen auch Mansbridge und Kollegen. Ihrer Ansicht nach können Mini-Publics als Übersetzer zwischen teilweise wenig anwendungsorientierten Expertendiskursen und der Öffentlichkeit fungieren (Mansbridge et al., 2012: 16). Viele der in Abschnitt 3.1 diskutierten Potenziale von Mini-Publics zielen explizit auf die Beeinflussung von Elementen des jeweiligen deliberativen Systems. Gleichzeitig bedarf es für die Entfaltung dieser Potenziale in vielen Fällen jedoch auch einer mehr oder weniger engen Verbindung mit anderen Akteuren und ihren Diskursen. Allerdings können Mini-Publics sich auch negativ auf die Funktionen und insbesondere die partizipativen Elemente im deliberativen System auswirken (Papadopoulos, 2012); etwa wenn sie das vorher existierende Gleichgewicht im deliberativen System verändern und dadurch unter Umständen die Positionen anderer Akteure schwächen (Mansbridge et al., 2012: 17). Daher ist es für die Analyse von Mini-Publics von großer Bedeutung, auch das sie umgebende deliberative System zu berücksichtigen. Die konkreten Wechselwirkungen zwischen deliberativen Bürgerforen und ihrer Umwelt hängt von vielen Faktoren ab – insbesondere von Format und institutionellem Design sowie den Inhalten der Mini-Publics selbst. Ein Überblick über verschiedene Formen deliberativer Mini-Publics wird im nächsten Abschnitt vermittelt.

2.3.2 Formen von Mini-Publics

In den folgenden Abschnitten werden einige Formen von Mini-Publics beschrieben. Diese unterscheiden sich insbesondere durch die Zielsetzung ihrer Organisatoren bzw. Initiatoren (Abschnitt 2.3.2.1) sowie durch ihr institutionelles Design (2.3.2.2). Anschließend wird die Metho-

²⁵ Für unterschiedliche Selektionsmechanismen siehe Abschnitt 3.2.1.

de der Konsensus- oder auch Bürgerkonferenz in den Fokus gestellt, da sie auch in dem dieser Arbeit zugrunde liegenden Modellprojekt angewendet wurde (2.3.2.3).

2.3.2.1 Arten der Partizipation durch Mini-Publics

Mini-Publics können durch Akteure aus dem politischen, zivilgesellschaftlichen oder wissenschaftlichen Kontext initiiert werden. Je nach den beteiligten Akteuren und deren Zielsetzung unterscheiden sich auch das Format und die institutionelle Ausgestaltung von Mini-Publics sowie die durch die Mini-Public verwirklichte Entscheidungskompetenz und ihre potenziellen Funktionen im deliberativen System. Archon Fung (Fung, 2003; 2007) identifiziert vier Typen von Mini-Publics: Dies sind erstens *edukative Foren*, die als Prozesse der Meinungs- und Willensbildung der beteiligten Akteure konzipiert sind (Fung, 2003: 340; Fung, 2007: 160f). Hierfür werden Verfahren organisiert, die möglichst die Bedingungen an ideale deliberative Prozesse erfüllen und im Rahmen derer die Teilnehmer mit ausgewogenem Informationsmaterial versorgt werden und Zugang zu Expertenwissen erhalten (Fung, 2003: 340f). Sind diese Bedingungen erfüllt, können „conversations between citizens (...) dramatically improve the quality of their public opinion“ (ebd. 341). Zweitens nennt Fung *partizipatorische Beratungsgremien*, die nicht nur auf die Fundierung von Meinungen und Präferenzen der Teilnehmer selbst abzielen, sondern den Policy-Prozess durch wohl durchdachte Präferenzen informieren und gestalten möchten (Fung, 2003: 341; Fung, 2007: 161). Hierfür müssen zunächst die individuellen, durch die Deliberation ausgebildeten Meinungen und Präferenzen zu einer gemeinsamen Empfehlung zusammengefasst werden, die anschließend den entscheidungsrelevanten Gremien und Akteuren zur Verfügung gestellt werden kann. Drittens werden *partizipatorische Gremien zur gemeinsamen Problemlösung* unterschieden (Fung, 2003: 341; Fung, 2007: 161). Hierbei handelt es sich um (dauerhafte) Beziehungen zwischen staatlichen Akteuren und Teilen der Öffentlichkeit, die gemeinsam kollektive Fragestellungen bearbeiten. Bürger werden hier beteiligt, weil sie entweder über spezifische Alltags- oder Betroffenenkompetenzen verfügen, die als Expertenwissen benötigt werden; oder, um staatliche Entscheidungen und Entscheidungsprozesse zu begleiten und dadurch gegenüber einer skeptischen Öffentlichkeit zu legitimieren. Schließlich können Mini-Publics viertens auch mit dem Ziel der *partizipatorischen demokratischen Steuerung* initiiert werden (Fung, 2003: 342; Fung, 2007: 161). Hierbei werden Mini-Publics direkt an der Definition politischer Agenden oder sogar im Prozess der Entscheidungsfindung beteiligt. Dies ist also die anspruchsvollste Form von Mini-Publics, die in der Realität nur sehr selten vorkommt (Dryzek, 2010: 168).

Fung unterscheidet die Formen der Mini-Publics nach dem Grad ihrer Einflussnahme auf politische oder gesellschaftliche Entscheidungen. Die Initiatoren solcher Foren verfolgen

jedoch nicht nur das Ziel, Bürger tatsächlich an kollektiven Entscheidungen zu beteiligen, sondern sie sehen deliberative Verfahren unter Einbindung von Bürgern auch als Möglichkeit, ihre eigenen Handlungen, Argumente oder Entscheidungen zu legitimieren. Dabei richten sich die individuellen oder kollektiven Akteure zum einen an die Gesellschaft bzw. die Bevölkerung, aber auch an höhere Hierarchieebenen im politischen System (Parkinson, 2006a: 59-63). Mini-Publics können also auch operationalisiert werden, um nach außen die prozedurale Gerechtigkeit und Legitimität von Entscheidungsprozessen zu signalisieren. Dann handelt es sich um reine Symbolveranstaltungen. Auch die zunehmend populäre Durchführung von Mini-Publics als Methode rein wissenschaftlicher Datenerhebung zielt nicht auf eine tatsächliche Partizipation von Bürgern an den von ihnen diskutierten Fragestellungen. Meistens verfolgen die Organisatoren von Mini-Publics aber nicht ein isoliertes Ziel, sondern erwarten vielfältige Auswirkungen des Verfahrens. Die hier unterschiedenen Typen kommen daher kaum in Reinform vor.

2.3.2.2 Ausgestaltung und Designs von Mini-Publics

Die Formen von Mini-Publics und ihre jeweiligen institutionellen Designs haben sich zunehmend ausdifferenziert und unterscheiden sich je nach Zielsetzung und inhaltlicher Ausrichtung der Verfahren (vgl. Smith, 2005; 2011; 2009). Prominente Beispiele sind etwa Citizens' Juries, die in den 1970er Jahren von Ned Crosby in den USA entwickelt wurden (Crosby und Nethercut, 2005; Coote und Lenaghan, 1997; Stewart et al., 1994; Smith und Wales, 1999) oder „Deliberative Polls“, die James Fishkin Anfang der 1990er Jahre entwickelt hat (Fishkin, 1997; Fishkin und Farrar, 2005). Auch die in Deutschland von Peter Dienel zur selben Zeit entwickelte „Planungszelle“, die große Ähnlichkeit mit Citizen' Juries aufweist (Dienel, 2002; Modrow-Thiel, 1996), „Scenario-Workshops“ (Andersen und Jæger, 1999), sowie 21st Century Town Meetings (Lukensmeyer und Brigham, 2002) gehören dazu. Schließlich zählen auch Konsensuskonferenzen (Joss und Durant, 1994; 1995b) zu den häufig angewendeten Methoden von Mini-Publics. Diese werden in Deutschland auch als Bürgerkonferenzen bezeichnet (vgl. Schicktanz und Naumann, 2003b). Gerade in den letzten Jahren haben sich zunehmend auch online-Foren als Mini-Publics etabliert (vgl. z. B. Coleman und Blumler, 2009; Price, 2006). Diese sollen in dieser Arbeit jedoch nicht im Fokus stehen.²⁶

Ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal der verschiedenen Formen von Mini-Publics ist die *Anzahl ihrer Teilnehmer*. Während beispielsweise Citizens' Juries oder Konsensuskonferenzen meist zwischen 12 und 20 Teilnehmer einbinden, können sich an Planungszellen oder 21st Century Town Meetings mehrere hundert oder sogar tausend Bürger beteiligen (Smith, 2009:

²⁶ Für einen Vergleich von online- und face-to-face Mini-Publics, siehe z. B. Grönlund (2009).

Kap. 3; Lukensmeyer und Brigham, 2005). Werden mehr als 20 Personen beteiligt, werden häufig kleinere Gruppen gebildet, um die persönliche Deliberation zwischen den Teilnehmern zu ermöglichen (Smith, 2009: 84f; Dryzek, 2010: 156). Dies geschieht z. B. in Planungszellen, wo mehrere kleinere Gruppen parallel diskutieren und zum Abschluss in mehrstufigen Prozessen den anderen Teilnehmern ihre Ergebnisse präsentieren. Auch die Methode der Deliberative Polls sieht die parallele Diskussion mehrerer – aus bis zu 15 Personen bestehenden – Gruppen vor, die Fragen an Experten für die abschließende Plenarsitzung vorbereiten. Die *Auswahl der Teilnehmer* kann über unterschiedliche Mechanismen erfolgen (siehe auch Abschnitt 3.2.1), meist wird jedoch eine gemischte Strategie mit selbstselektiven Elemente und einer stratifizierten Zufallsauswahl angewandt. Nur Deliberative Polls erheben den Anspruch einer tatsächlich statistisch repräsentativen Zufallsauswahl ihrer Teilnehmer (z. B. Fishkin, 2003: 128).

Die Formen von Mini-Publics unterscheiden sich auch nach der jeweils vorgesehenen *Dauer und dem Umfang der Deliberation*. Citizens' Juries dauern meist 2-4 Tage, ebenso wie Planungszellen. 21st Century Town Meetings hingegen sind eintägige Ereignisse und Konsensuskonferenzen umfassen meist drei Wochenenden mit bis zu 9 Veranstaltungstagen. Sog. Citizens' Assemblies sind sogar für einen Zeitraum von mehreren Monaten mit regelmäßigen Treffen der Teilnehmer ausgelegt (Smith, 2009: 73f, 79). Die meisten Mini-Publics sind als einmalige Ereignisse konzipiert. Eine Ausnahme bildet das vom Britischen National Institut for Health and Care Excellence (NICE)²⁷ im Jahr 2003 entwickelte Citizens' Council. Die Teilnehmer des Councils treffen sich regelmäßig zweimal im Jahr zu Beratungen über Ressourcenallokation und Prioritätensetzung im britischen Gesundheitswesen (Davies et al., 2006). In den meisten Fällen strukturiert und begleitet ein Moderator die Deliberation zwischen den Teilnehmern, um die Einhaltung der – von den Teilnehmern selbst festzulegenden oder zumindest zu ratifizierenden Regeln für ihre Debatten – zu unterstützen (Dryzek, 2010: 156). Ein zentrales Element der meisten Mini-Publics ist die *Bereitstellung von Informationen* zur behandelten Fragestellung. Meist wird von den Organisatoren schriftliches Informationsmaterial vorbereitet oder dessen Erstellung in Auftrag gegeben, das die Teilnehmer bereits vor dem Beginn der Mini-Public erhalten. Auch die Befragung von Experten ist ein verbindendes Element der meisten Mini-Publics. Experten können entweder Wissenschaftler oder auch Vertreter unterschiedlicher Positionen in gesellschaftlichen Konflikten – z. B. Mitglieder von Interessengruppen – sowie auch Entscheidungsträger sein. Erst durch diese Informationen und deren gemeinsame Bewertung und Verarbeitung werden die Teilnehmer von Mini-Publics be-

²⁷ Bis Anfang 2013: „National Institute für Health and Clinical Excellence“.

fähigt, auch zu Themen Stellung zu nehmen, die ein hohes Abstraktionsniveau aufweisen oder Expertenwissen erfordern.

Viele der vorgestellten Formen von Mini-Publics sehen zum Abschluss die Formulierung einer *gemeinsamen Stellungnahme oder eines Berichts* durch die Teilnehmer vor. Diese Schriftstücke dienen der Dokumentation, werden aber auch explizit als Beratungsinstrumente für die breite Öffentlichkeit oder politische Entscheidungsträger genutzt. Deliberative Polls hingegen beginnen und schließen jeweils mit einer Fragebogenbefragung der Teilnehmer. Hierdurch können zum einen Präferenzveränderungen abgebildet werden und zum anderen die Präferenzen der großen Anzahl von Teilnehmern aggregiert werden. Fast alle Formen von Mini-Publics bemühen sich um einen engen *Kontakt zu den Massenmedien*, denn dies ist häufig eine wichtige Möglichkeit, die Ergebnisse – ob Stellungnahme oder Surveyergebnis – der breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Deliberative Polls werden meist sogar für Fernsehausstrahlungen aufgezeichnet, um eine möglichst große öffentliche Aufmerksamkeit zu erreichen. Auch das politische Gewicht und die Bedeutung der Mini-Public im umfassenden deliberativen System sind in hohem Maße vom Umfang der medialen Berichterstattung abhängig (siehe Abschnitt 3.2.4.1).

2.3.2.3 Bürgerkonferenzen als Form von Mini-Publics

Eine zunehmend prominente Form von Mini-Publics stellen die sogenannten Konsensus- oder Bürgerkonferenzen dar (Joss und Durant, 1994; 1995b). Dieses Verfahren wurde 1987 vom dänischen „Board of Technology“ entwickelt. Es basiert auf dem bis dato besonders in den USA im medizinischen Bereich angewandten Format der Consensus-Development-Conferences (Joss und Durant, 1995a: 10; vgl. Hendriks, 2005: 82). Während die ursprünglichen medizinischen Konsensuskonferenzen von Experten besetzt sind, hat man in Dänemark jedoch Bürger ins Zentrum gestellt. Dem dänischen Modell nach werden 10 bis 16 Bürger eingeladen, die Laien in der zu diskutierenden Thematik sind. Damit soll gewährleistet werden, dass die Teilnehmer ergebnisoffen die jeweilige Fragestellung bearbeiten können und nicht durch eigene Erfahrungen oder Interessen voreingenommen sind (Durant, 1995: 76). Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgt dem ursprünglichen Konzept nach über breit angelegte Werbung in Presse und Rundfunk, woraufhin Bürger sich freiwillig melden können (Durant, 1995: 76; Smith, 2009: 78, 81). Aus der Gruppe der Freiwilligen wird dann eine stratifizierte Stichprobe gezogen, um eine möglichst große Bandbreite an unterschiedlichen Personen zu beteiligen. Besonders in Deutschland hat sich aber auch die Rekrutierung über gezielte Einladungen an eine Zufallsstichprobe aus der Bevölkerung bewährt (vgl. Schickanz und Naumann, 2003a: 58f). An mindestens zwei Vorbereitungswochenenden arbeiten sich die

Teilnehmer mit Unterstützung eines professionellen Moderators in eine vorher definierte Fragestellung ein. Am dritten Wochenende, dem eigentlichen Konferenzwochenende, konsultieren die Bürger mehrere Experten, die sie selbst ausgewählt haben. Dies stellt eine Besonderheit von Bürgerkonferenzen dar: Während der relativ umfangreichen Vorbereitungszeit können die Teilnehmer selbst über die einzuladenden Experten entscheiden – allerdings anhand einer durch die Organisatoren vorbereiteten Liste (Smith, 2009: 90f). Meist sind zu diesem dritten Wochenende Öffentlichkeit und Presse zugelassen. Nach internen Beratungen der Konferenzteilnehmer halten diese ihre Empfehlungen in einem gemeinsamen Bürgervotum schriftlich fest, das anschließend der Öffentlichkeit übergeben wird.

Weltweit wurden bisher mindestens 78 solcher Konferenzen durchgeführt²⁸. Während die Methode der Konsensuskonferenz ursprünglich insbesondere der Einbindung von Bürgern in Fragen der Technikfolgenabschätzung diene, wird sie heute auch – allerdings seltener – zu anderen komplexen gesellschaftlichen oder politischen Fragen angewendet. Die erste Bürgerkonferenz in Deutschland wurde im Jahr 2001 in Dresden auf Initiative des Deutschen Hygienemuseums zum „Streitfall Gendiagnostik“ durchgeführt (Schicktanz und Naumann, 2003b). Seitdem wurden in Deutschland Bürgerkonferenzen zu verschiedenen Themen organisiert: 2003/2004 in Berlin zur „Stammzellforschung“ (Tannert und Wiedemann, 2004), 2006 in Berlin zu den „Ursachen des Rechtsextremismus und möglichen Gegenstrategien der Politik“ (Friedrich-Ebert-Stiftung, 2006), ebenfalls 2006 in Berlin zur Nanotechnologie (Zimmer et al., 2007) sowie 2011 in Berlin zum Thema „Mobil mit Wasserstoff“ (Welke et al., 2011). Auch im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projekts sind im Jahr insgesamt fünf Bürger- bzw. Konsensuskonferenzen in Essen, Berlin und Karlsruhe durchgeführt worden (Münder und Renn, 2011). Diese Verfahren beschäftigten sich mit Fragen der zukünftigen Energieversorgung und -nutzung.

In zwei Fällen sind deutsche Bürgerkonferenzen im Rahmen europäischer Projekte organisiert worden. Die Teilnehmer diskutierten in diesen Verfahren zunächst auf nationaler Ebene und anschließend mit Teilnehmern anderer nationaler Konferenzen aus dem europäischen Ausland: 2005 unter dem Titel „Meeting of Minds“ zur Hirnforschung (Kailer, 2007; Abels und Mölders, 2007) und 2007 zur Zukunft Europas im Rahmen der „European Citizens’ Consultations“ (Karlsson, 2010; Goldschmidt et al., 2008). Im Jahr 2013 fand schließlich in Mainz eine Bürgerkonferenz mit dem Titel „Verteilungsentscheidungen in der Gesundheitspolitik – wer soll entscheiden und wie?“ statt (www.buergerkonferenz-mainz.de, Landwehr,

²⁸ Vgl. die nicht ganz vollständige Liste internationaler Beispiele für Konsensuskonferenzen auf <http://www.loka.org/TrackingConsensus.html> (letzter Zugriff: 20.02.2015) oder (Joss, 2003) sowie (Schicktanz, 2007) für eine Auflistung von Konferenzen zu Technikfolgenabschätzungen bzw. bioethischen Themen.

2014). Dieses Verfahren stellt nach der Lübecker Bürgerkonferenz das zweite seiner Art mit gesundheitspolitischem Schwerpunkt in Deutschland dar.

Auch andere Bürgerbeteiligungsverfahren mit unterschiedlichem Design wurden unter dem Label der „Bürgerkonferenz“ durchgeführt – z. B. zu „Energietechnologien für die Zukunft“ 2011 in Berlin²⁹ oder zum Klimaschutz 2013 in Heidelberg³⁰. Allerdings weisen viele dieser Verfahren wenig Ähnlichkeit mit dem ursprünglichen dänischen Modell der Konsensuskonferenz auf. Insgesamt weist die steigende Anzahl von Bürgerkonferenzen in Deutschland jedoch auf eine zunehmende Akzeptanz dieser Methode hin. Die Hintergründe der Verfahren sowie ihre Ergebnisse sind jedoch sehr unterschiedlich. Zudem wurde das Design jeweils an die Fragestellungen und Kontexte angepasst.

Bis zum Beginn der Lübecker Bürgerkonferenz im Jahr 2010 hatte ein solches Verfahren zu gesundheitspolitischen Fragen in Deutschland nicht stattgefunden. Daher steht das Lübecker Projekt zwar einerseits in der Tradition der genannten Beispiele, hat jedoch – zumindest für den deutschen Sprachraum – ein neues Anwendungsfeld der Methode Bürgerkonferenz eröffnet. Auch für diese Konferenz ist das ursprüngliche Verfahren der Konsensuskonferenz auf den spezifischen Anwendungskontext angepasst worden. Der genaue Ablauf und die Unterschiede zu anderen Konferenzen werden in Abschnitt 6.1 dargestellt. In den folgenden Abschnitten werden nun die Potenziale von Mini-Publics (3.1) sowie einige grundlegende Qualitätsanforderungen (3.2) und Kontextbedingungen solcher Verfahren (3.3) dargestellt.

3 POTENZIALE VON MINI-PUBLICS UND VORAUSSETZUNGEN FÜR IHRE ENTFALTUNG

Wie bereits in Abschnitt 2.3.1.1 erwähnt, werden Mini-Publics meist mit dem Ziel durchgeführt, die Partizipation „gewöhnlicher Bürger“ an politischen und gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen zu fördern. Dabei werden ihnen unterschiedliche Auswirkungen auf die Teilnehmer, auf deren sozialen Zusammenhalt sowie auf die Inhalte und die Art der übergreifenden öffentlichen Debatten zugesprochen. In einigen Fällen werden auch Einflüsse auf die nachfolgenden politischen Entscheidungen sowie eine legitimitätsstiftende Wirkung von Mini-Publics erwartet. Es hat sich eine breite Literatur zu den Zielen und potenziellen Impacts von Mini-Publics entwickelt (vgl. z. B. Cooke, 2000; Goodin und Dryzek, 2006; Mutz, 2008). Auch die Anzahl empirischer Arbeiten hierzu wächst stetig. Die potenziellen Impacts werden hier zunächst als Potenziale bezeichnet, da es sich vielfach um zugeschriebene Wirkungen handelt,

²⁹ <http://www.bmbf.de/de/15609.php>; letzter Zugriff: 20.02.2015

³⁰ http://www.heidelberg.de/hd,1de/HD/Leben/PM_10_04_2013_+Zweite+Buergerkonferenz+zum+Klimaschutz+am+19_+April+2013+_+Anmeldungen+noch+moegl.html; letzter Zugriff: 20.02.2015

die entweder auf Grundlage theoretischer Konzepte identifiziert oder anhand einzelner Mini-Publics belegt werden. Ihre Verwirklichung ist jedoch von verschiedenen Faktoren und Umständen abhängig und kann nicht für jeden Einzelfall vorausgesetzt werden. Allerdings sind die Mechanismen, die zu den erwarteten Auswirkungen führen oder diese verhindern, bis heute weitgehend unklar (Sanders, 2012; Bächtiger et al., 2010a: 34, 53). Während zu Beginn ihrer Entwicklung eine große Zuversicht herrschte, die den Mini-Publics zugeschriebenen Potenziale tatsächlich in empirischen Studien belegen und erklären zu können, ist man heute zurückhaltender (vgl. z. B. Hüller, 2010). Nach einer systematischen Übersichtsarbeit über die Effekte von Partizipation in unterschiedlichen deliberativen Verfahren – nicht nur in Form von Mini-Publics – kommen Delli Carpini et al. (2004: 336) zu folgendem Schluss: „(T)he impact of deliberation and other forms of discursive politics is highly context dependent. It varies with the purpose of the deliberation, the subject under discussion, who participates, the connection to authoritative decision makers, the rules governing interactions, the information provided, prior beliefs, substantive outcomes, and real-world conditions.“ Welche Potenziale erwartet und diskutiert werden, wird in Abschnitt 3.1 gezeigt. Die Analyse der Bedingungen für die Entfaltung verschiedener Potenziale ist noch nicht in gleichem Maße voran geschritten, wie die Beschreibung der Potenziale selbst. Dennoch sind in der Literatur verschiedene Qualitätsanforderungen und Kontextbedingungen als Einflussgrößen diskutiert worden, die in Abschnitt 3.2 bzw. 3.3 dargestellt werden.

3.1 POTENZIALE DELIBERATIVER MINI-PUBLICS

Es werden fünf Dimensionen unterschieden, in denen sich Potenziale von Mini-Publics entfalten können. Diese sind allerdings nicht eindeutig voneinander zu trennen, sondern mehr oder weniger interdependent: Es werden Potenziale für die Teilnehmer selbst (Abschnitt 3.1.1), für den sozialen Zusammenhalt (3.1.2), für die Lösung gesellschaftlicher Fragestellungen (3.1.3), für die Struktur und den Inhalt öffentlicher Debatten (3.1.4) und für politische und gesellschaftliche Entscheidungsprozesse selbst (3.1.5) unterschieden. Jeder der Abschnitte in diesem Kapitel deckt eine dieser Dimensionen ab. Es werden dabei jeweils zwei Unterarten von Potenzialen in allen Dimensionen analytisch unterschieden.

3.1.1 Edukative Potenziale: Information, Meinungsbildung und Sozialisation

Die am besten untersuchten Auswirkungen von Mini-Publics sind die auf Informationsstand, Meinung sowie Präferenzen der beteiligten Akteure (Abschnitt 3.1.1.1). Es werden Mini-Publics aber auch Potenziale für die Sozialisation der Teilnehmer im Hinblick auf ihre politische Aktivität und ihre Fähigkeiten zur Beteiligung an deliberativen Prozessen zugeschrieben (3.1.1.2). Beide Einflussformen werden hier als „edukative Potenziale“ bezeichnet. Darunter

ist jedoch nicht die rein paternalistische oder manipulative Vermittlung neuen Wissens und neuer Fähigkeiten zu verstehen, die dann zur Übernahme der aus Organisatoren- bzw. Expertensicht „richtigen“ Meinungen oder Präferenzen führen soll. Vielmehr erhalten Teilnehmer im Rahmen von Mini-Publics die Gelegenheit, sich selbst mit den bereitgestellten und weiteren von ihnen gewünschten Informationen zu versorgen, diese mit den anderen Teilnehmern zu diskutieren und dann ggf. ihre Meinungen und Präferenzen zu überdenken. Im Verlauf dieser Prozesse können sich die im Folgenden diskutierten Lern- bzw. Sozialisationseffekte ergeben.

3.1.1.1 Wissenszuwachs sowie Meinungs- und Präferenzveränderung

Laut Goodin und Niemeyer (Goodin und Niemeyer, 2003: 628) beginnt Deliberation dann, „when we ‚turn our minds‘ to something“. Das heißt, durch den deliberativen Prozess selbst werden die Teilnehmer angeregt, sich einer Thematik zuzuwenden und sich – häufig mit einigem Aufwand – einzuarbeiten, die sie unter Umständen ansonsten kaum beachtet hätten (Niemeyer, 2004: 360f). Der Effekt gesteigerten Interesses der Teilnehmer lässt sich bereits im Vorfeld von Mini-Publics zeigen und scheint auch nach deren Ende anzuhalten (Andersen und Hansen, 2007: 539, 546). Schon die Einladung zu einer Mini-Public kann die Teilnehmer für die zu diskutierende Thematik sensibilisieren und damit auch ihre Motivation anregen, sich eigenständig und im Rahmen der Mini-Public darüber zu informieren (Fishkin, 2003: 130). Brady und Kollegen zeigen dies für eine Deliberative Poll zur US-amerikanischen Außenpolitik: „(T)he prospect of participating had already heightened participants’ interest and attention to foreign affairs“ (Brady et al., 2003: 18). Während der Mini-Public selbst erhalten die Teilnehmer dann Zugang zu Informationsmaterial, befragen Experten oder Entscheidungsträger und tauschen ihre Ansichten und Argumente hierzu aus. Viele Teilnehmer informieren sich zudem weiterhin eigenständig über die Inhalte der Mini-Public und sprechen mit Personen in ihrem Umfeld darüber. Dies berichten die Teilnehmer der ersten deutschen Bürgerkonferenz zum „Streitfall Gendiagnostik“ im Jahr 2001 (Zimmer, 2003: 73). Daher vergrößert sich durch die Teilnahme an der Mini-Public nicht nur das Interesse an der Thematik, sondern auch das Wissen hierüber, wie insbesondere für das Beispiel der Deliberative Polls nachgewiesen werden konnte (Luskin et al., 2002: 44ff; Brady et al., 2003: 18; Farrar et al., 2010: 345f; Andersen und Hansen, 2007: 543, 546). Auch die Teilnehmer der deutschen Bürgerkonferenz zur Gendiagnostik haben im Vergleich mit einer Kontrollgruppe einen deutlichen Wissenszuwachs während der Mini-Public gezeigt (Zimmer, 2003: 69ff).

Auf Grundlage der zusätzlichen Informationen und im Lichte der Argumente der anderen Teilnehmer wird dann auch die Ausbildung und ggf. Veränderung der Präferenzen von

Teilnehmern einer Mini-Public erwartet (vgl. z. B. Andersen und Hansen, 2007: 137ff). Dies gilt als eines der Kernelemente deliberativer Demokratie. Chambers (Chambers, 2003: 309) definiert Deliberation sogar als „discussion aimed at producing reasonable, well informed preferences in which participants are willing to revise preferences in light of discussion, new information, and claims made by fellow participants“. Andersen und Hansen zeigen beispielsweise für eine Deliberative Poll zur Euroeinführung in Dänemark, dass nach der Mini-Public eine größere Zahl von Teilnehmern sich überhaupt eine Meinung gebildet hatte; der Anteil der Unentschiedenen ist gesunken (Andersen und Hansen, 2007: 537).

Einige Autoren gehen dabei von einem grundsätzlich moralisierenden Effekt der Deliberation selbst aus, so dass die Teilnehmer ihre Präferenzen am Gemeinwohl ausrichten (Miller, 1992: 61f, siehe auch Abschnitt 2.1.2.2). Robert Goodin spricht in diesem Zusammenhang von einer Reinigung der Präferenzen durch die Deliberation („laundry preferences“ Goodin, 1986; vgl. auch Elster, 1986: 12). Andere haben jedoch darauf hingewiesen, dass der Effekt der Präferenzveränderung stärker auf die zusätzlichen Informationen zurückzuführen ist als auf einen moralisierenden Effekt der Deliberation selbst (Goodin und Niemeyer, 2003: 632ff; Luskin et al., 2002: 476ff; Fishkin, 2003: 129; Batalha et al., 2012). Sanders hat in einer Analyse einer EU-weiten Deliberative Poll keine der allgemein diskutierten Ursachen für die deutlichen Präferenzveränderungen der Teilnehmer ausmachen können (Sanders, 2012). Dies lässt die Frage nach dem tatsächlichen Effekt der Deliberation selbst und nach den wirkenden Mechanismen offen.

Eine Veränderung von Präferenzen konnte jedoch in vielen Mini-Publics nachgewiesen werden. Besonders bietet sich hierfür die von James Fishkin entwickelte Methode der Deliberative Polls an. Denn die teilnehmenden Bürger füllen vor und nach dem deliberativen Prozess jeweils den gleichen Fragebogen aus. Fishkin und Kollegen weisen auf dieser Grundlage eine Veränderung von Meinungen und Präferenzen der Teilnehmer – auch im Vergleich mit einer Kontrollgruppe – nach (z. B. Brady et al., 2003: 17f; Luskin et al., 2002: 44ff). Dies zeigen auch verschiedene Autoren für deliberative Bürgerbeteiligungsverfahren mit Bezug zu Priorisierungsfragen im Gesundheitswesen (Abelson et al., 2003a; Dolan et al., 1999), ebenso wie für die Teilnehmer der deutschen Bürgerkonferenz zur Gendiagnostik (Zimmer, 2003: 71ff). Fishkin und Kollegen gehen davon aus, dass die Präferenzen nun besser informiert und daher stabiler sind als vor der Teilnahme. Allerdings hängt das Ausmaß der Präferenzveränderung von der Qualität der Deliberation und der Offenheit der Teilnehmer für die Argumente und Vorschläge der anderen (Barabas, 2004) sowie von ihren deliberativen Fähigkeiten (deliberative capacity) ab (Himmelroos und Christensen, 2012). Zudem zeigen einige Beispiele, dass sich die Präferenzen einer Bürgergruppe nicht unbedingt in eine einheitliche Richtung entwickeln

(Andersen und Hansen, 2007; Himmelroos und Christensen, 2012: 16). Ob der reine Nachweis von Präferenzveränderungen dennoch als positiver Effekt der Mini-Public zu werten ist, ist dann fraglich.

Eine Folge der Lerneffekte kann auch ein veränderter Umgang mit rein symbolischen, strategischen oder sogar manipulierenden Aussagen und Versprechen unterschiedlicher öffentlicher Akteure sein. Durch die intensive Beschäftigung mit der Thematik und die zusätzlichen Informationen darüber gelingt es den Bürgern unter Umständen, diese Art von Argumenten zu identifizieren und ggf. deren Verwendung zu reduzieren (Dryzek, 2010: 159ff; Niemeyer, 2011). Dies bezeichnet Niemeyer als „emancipatory effect“ der Deliberation: „It (deliberation) buffers against distortion by symbolic lines of argument because it makes salient the whole range of relevant arguments that are identified as part of a resulting metaconsensus“ (Niemeyer, 2011: 107). Als Beispiel hierfür dient eine Citizens' Jury, die im Jahr 2000 in Australien durchgeführt wurde (Niemeyer, 2004; 2011). Inhalt dieser Mini-Public war die bereits seit längerem kontrovers diskutierte Frage nach der Zukunft des Bloomfield Tracks, einer Schotterstraße, die Anfang der 1980er Jahre in einem bis dahin unberührten Teil der australischen Wildnis angelegt worden war, um diesen Bereich für den Tourismus zugänglich zu machen. Dies hatte von Beginn an zu Protesten von Naturschützern geführt. Sowohl Befürworter als auch Gegner des Tracks verwendeten stark emotional besetzte Argumente, die in den meisten Fällen lediglich dazu dienten, Eigeninteressen zu rechtfertigen. Ein Interesse der Parteien in der öffentlichen Auseinandersetzung an einer gemeinwohlorientierten Lösung des Problems oder zumindest am gegenseitigen Verständnis war kaum vorhanden; es wurde lediglich Symbolpolitik betrieben (Niemeyer, 2004: 353f; Niemeyer, 2011: insb. 112f). Die Teilnehmer der Citizens' Jury erreichten zwar ebenfalls keinen Konsens über die Zukunft des Bloomfield Track. Aber auf Grundlage der zusätzlichen Informationen, der Befragung von Experten sowie Befürwortern und Gegnern und nach ihrer gemeinsamen Deliberation konnten sie einige der rein symbolischen Mythen und teilweise manipulativen Argumente auflösen (Niemeyer, 2011: insb. 114-118; Niemeyer, 2004: 362f). Während die Präferenzen der Teilnehmer zu Beginn der Mini-Public durch die symbolischen Argumente geprägt waren, konnten sie diese am Ende besser einordnen und kritisch hinterfragen. Dieser ‚emancipatory effect‘ ist damit Teil der Meinungs- und Willensbildung.

Neben inhaltlichen Veränderungen scheint sich auch die Struktur von Präferenzordnungen durch Deliberation zu verändern. Die Teilnehmer von Mini-Publics weisen beispielsweise eine zunehmende Tendenz zu eindeutigen Präferenzordnungen (single-peakedness of preferences) auf, wie für die Teilnehmer einer Deliberative Poll gezeigt werden konnte (List et al., 2013; Farrar et al., 2010; Niemeyer und Dryzek, 2007). Die Präferenzen sind damit nach dem

deliberativen Prozess weniger diffus und besser kommunizierbar. Darauf zielt auch das bereits oben (Abschnitt 2.1.2.3) beschriebene Konzept der „inter-subjektiven Rationalität“ ab. Eine solche Entwicklung kann als eine Folge des Meinungs- und Willensbildungsprozesses im Rahmen von Mini-Publics interpretiert werden (Niemeyer, 2011).

Die zunehmende Informiertheit der Teilnehmer im Verlauf von Mini-Publics kann sich nach den dargestellten Argumenten positiv auf deren Wissensstand und insbesondere auf die Bildung gut begründeter und durchdachter Meinungen und Präferenzen zur diskutierten Fragestellung auswirken. Aber es besteht auch die Gefahr, dass die zur Teilnahme eingeladenen „gewöhnlichen“, d. h. nicht primär eigeninteressierten und nicht unbedingt politisch aktiven Bürger im Verlauf selbst zu Experten für die jeweilige Thematik werden oder Expertenmeinungen adaptieren (Parkinson, 2006a: 49). Dies könnte sich unter Umständen negativ auf ihre Offenheit für die Argumente und Standpunkte der anderen Teilnehmer auswirken und auch das Ziel unterminieren, explizit „gewöhnliche Bürger“ in den Prozess von Meinungs- und Willensbildung oder der Entscheidungsfindung selbst einzubeziehen: „It is also the case that individuals who become involved in an exercise such as priority setting become inculcated into the process, thereby losing some of their ability to participate as an ‚ordinary member of the public‘.“ (Donovan und Coast, 1996)

3.1.1.2 Sozialisation „deliberativer“ und „bürgerschaftlicher“ Kompetenzen

Neben den beschriebenen Lerneffekten und der potenziellen Bildung oder Veränderung von Meinungen und Präferenzen lassen sich mindestens zwei weitere Effekte der Teilnahme an einer Mini-Public für die einbezogenen Bürger feststellen: Erstens lernen die Bürger durch die moderierten Diskussionen, wie deliberative Gruppenprozesse verlaufen und wie sie sich in ihnen verhalten. Im Rahmen von Mini-Publics werden meist komplexe Fragestellungen bearbeitet, die die Berücksichtigung und Verarbeitung einer Vielzahl unterschiedlicher Informationen und Standpunkte erfordern. Durch die Auseinandersetzung mit solchen für die Teilnehmer häufig ungewohnten Themen können diese ihre Fähigkeiten zur Deliberation steigern (Dryzek, 2010: 158f). Die Teilnehmer scheinen sich dessen auch bewusst zu sein, was möglicherweise ihre Bereitschaft zur Teilnahme an weiteren deliberativen Verfahren steigern kann (Morell, 2005). Doheny und O’Neill führen dies auf einen moralischen Lernprozess zurück, während dem die Teilnehmer einer Citizens’ Jury „(absorbed) a discursive culture that made it possible for jurors to become deliberative citizens“ (Doheny und O’Neil, 2010: 646). Dies beinhaltet auch beispielsweise eine größere Offenheit und Toleranz den Argumenten der anderen Teilnehmer gegenüber und die Fähigkeit, eigene Standpunkte verständlich zu formulieren. Eine Analyse von sogenannten National Issues Forums in den USA führt zu ähnlich Ergeb-

nissen (Gastil und Dillard, 1999a; b): Die Teilnehmer zeigten nach der Deliberation eine größere Kompromissbereitschaft und Offenheit den anderen Teilnehmern gegenüber.

Eng mit dieser Steigerung der deliberativen Fähigkeiten verbunden ist die zweite potenzielle Wirkung für die Teilnehmer. Sie werden durch die Partizipation an einem deliberativen Prozess zur generellen politischen Aktivität angeregt; d. h., sowohl Fähigkeiten und Motivation als auch das Selbstvertrauen zur politischen Beteiligung können positiv beeinflusst werden.: „(I)n many cases individuals come in with little or no interest or capability in politics, yet leave as energized and competent actors“ (Dryzek, 2010: 158). Goodin und Dryzek beschreiben dies unter dem Begriff des „confidence building“, also als psychologischen Effekt auf das Selbstvertrauen, was als Bedingung für politische Teilhabe gilt (Goodin und Dryzek, 2006: 234f; vgl. auch Dryzek, 2010: 169). Diesen Effekt beobachteten Andersen und Jæger bei den Teilnehmern verschiedener dänischer Konsensuskonferenzen (Andersen und Jæger, 1999: 335f) sowie Gastil und Dillard bei Teilnehmern von National Issues Forums in den USA (Gastil und Dillard, 1999a: 186f). Morell hingegen findet zwar Hinweise auf mehr Selbstvertrauen in Bezug auf die Teilnahme an deliberativen Prozessen, nicht jedoch für die generelle politische Aktivität (Morell, 2005). Eine tatsächlich gesteigerte politische Aktivität der Teilnehmer zeigen Coote und Lenaghan am Beispiel einer Citizens' Jury (Coote und Lenaghan, 1997: 65, 89f). Auch die Teilnehmer der British Columbia Citizens' Assembly, die im Jahr 2004 zehn Monate lang über eine Reform des Wahlsystems in British Columbia beraten hatten, beteiligten sich auch danach aktiv an einer Alumni-Gruppe zur Verbreitung der gemeinsamen Ergebnisse (McKenzie und Warren, 2012: 113).

Dieser Effekt der gesteigerten politischen Aktivität könnte auf die allgemeine Sozialisation „bürgerschaftlicher Kompetenzen“ der Teilnehmer hinweisen. Münkler definiert bürgerschaftliche Kompetenzen als Zusammenspiel kognitiver, prozeduraler und habitueller Fähigkeiten (Münkler, 1997: 156ff). Dies beinhaltet 1.) die Kompetenz zur Aktivität in komplexen politischen Systemen unter der Bedingung der sozialen und funktionalen Differenzierung (kognitive Kompetenz). Hierfür nötige Informationen und deliberative Fähigkeiten können während der Mini-Public vermittelt werden. 2.) bedarf es der Kenntnis vorhandener Einfluss- und Partizipationsmöglichkeiten (prozedurale Kompetenz), die im Rahmen der Informationsvermittlung und Expertenbefragung während einer Mini-Public erworben werden können. 3.) muss eine habituelle Kompetenz vorhanden sein, die dazu führt, dass das als richtig erkannte und verfahrenstechnisch umsetzbare auch tatsächlich angestrebt wird (Münkler, 1997: 157). Diese Kompetenz kann sich z. B. durch die Motivationssteigerung zur inhaltlichen Auseinandersetzung und politischen Partizipation in bestimmten Themenbereichen vergrößern. All diese Komponenten bürgerschaftlicher Kompetenzen können demnach durch die Teilnahme an

einer Mini-Public positiv beeinflusst werden und „in this sense, deliberation (can create) ‚better‘ citizens based on a normative judgment of active, informed and participating citizens“ (Andersen und Hansen, 2007: 552).

Hüller ist jedoch nach der Analyse einer EU-weiten Mini-Public skeptisch, was die Effekte einer einmaligen Teilnahme an einer Mini-Public auf die Neigung zur politischen Aktivität und die Steigerung bürgerschaftlicher Kompetenzen angeht: „Direct effects on procedural skills can be expected to be low, as the ECC (European Citizens’ Consultations) is a singular event that does not teach the participants how to use and influence real politics“ (Hüller, 2010: 97). Auch in anderen Studien wird besonders die Langfristigkeit der Auswirkungen durch die einmalige Teilnahme an einer Mini-Public bezweifelt (Ryfe, 2005: 53).

3.1.2 Soziale Potenziale: Verständigung und Identitätsstiftung

Neben den möglichen edukativen Auswirkungen auf die individuellen Teilnehmer einer Mini-Public, werden auch soziale Potenziale für die Gruppe der Teilnehmer als Ganzes erwartet. Dies ist die zweite oben genannte Dimension potenzieller Impacts von Mini-Publics. Auch hier lassen sich zwei Varianten von Potenzialen unterscheiden: Die Teilnehmer der im Rahmen einer Mini-Public verwirklichten Gruppenprozesse sind zum einen in der Lage, in einer kognitiven Annäherung ein gemeinsames Verständnis über die diskutierte Frage und ihre Bewertung der Lösungsoptionen zu entwickeln (Abschnitt 3.1.2.1). Zudem wird ein psychologischer Effekt beschrieben, der die Bildung einer gemeinsamen Identität und eines Gruppengefühls ermöglicht (3.1.2.2).

3.1.2.1 Entwicklung gegenseitigen Verständnisses und geteilter Auffassungen

Die Teilnehmer einer Mini-Public lernen sich nicht nur untereinander intensiv kennen, sondern haben auch die Gelegenheit, sich über ihre Standpunkte und die Begründungen und Argumente hierfür auszutauschen. Andersen und Hansen zeigen am Beispiel einer Deliberative Poll zur Euroeinführung in Dänemark aus dem Jahr 2000, dass die Teilnehmer nach dieser Mini-Public die Argumente der anderen besser verstehen (Andersen und Hansen, 2007: 546f). Dies kann ihrer Ansicht nach gemeinsam mit dem insgesamt gesteigerten Wissensstand auch zu einem geteilten Verständnis der diskutierten Fragestellung beitragen – auch wenn kein Konsens erzielt wird. Zu einem ähnlichen Schluss kommt auch Himmelroos in einer Analyse von zwei Mini-Publics (Himmelroos und Christensen, 2012: 16). Einige empirische Analysen lassen zudem vermuten, dass die Meinungen und Präferenzen der Teilnehmer von Mini-Publics sich tendenziell in die gleiche Richtung verändern – also nach der Mini-Public eine

größere Übereinstimmung herrscht als davor (vgl. Abelson et al., 2003a: 102).³¹ Auch wenn dies nicht der Fall ist, kann jedoch ein gegenseitiges Verständnis der Standpunkte, Werte und Präferenzen der anderen Teilnehmer und eine Einigkeit über deren Legitimität erreicht werden. Diesen Aspekt betonen Niemeyer und Dryzek mit ihrem bereits in Abschnitt 2.1.2.3 beschriebenen Konzept des Meta-Konsensus (Dryzek und Niemeyer, 2006; 2010a; Niemeyer und Dryzek, 2007). Auch hier steht nicht die Einigung über die zu wählende Handlungsoption im Vordergrund, sondern die Verständigung über die Beschaffenheit des diskutierten Problems und seiner Lösungsoptionen. Wenn zudem Einigkeit über die logische Verbindung zwischen unterschiedlichen Begründungen und Argumenten und den entsprechenden Präferenzen in Bezug auf eine Handlungsalternative herrscht, spricht Niemeyer zusätzlich von intersubjektiver Rationalität (Niemeyer, 2011; Niemeyer und Dryzek, 2007). Hierbei gelingt es den Teilnehmern nach der Mini-Public besser, ihre Argumente und die daraus abgeleiteten Präferenzen in Einklang zu bringen und auch für andere Teilnehmer nachvollziehbar zu formulieren. Damit können das gegenseitige Verständnis und die Orientierung der Teilnehmer an einer gemeinsamen Lösung vergrößert werden (ebd.).

3.1.2.2 Bildung einer sozialen Identität

Über diesen kognitiven Effekt der Bildung eines gemeinsamen Verständnisses der relevanten Frage und der Standpunkte der Teilnehmer der Deliberation hinaus, lassen sich auch andere sozialpsychologische Effekte feststellen (für einen Überblick siehe Delli Carpini et al., 2004). Zum Beispiel neigen die Teilnehmer in einigen Mini-Publics dazu, eine gemeinsame Identität zu entwickeln. Diese Gruppenidentität kann sich dann wiederum auf das Verhalten der Teilnehmer und damit auf die Ergebnisse der Mini-Public auswirken: „(B)ecause the deliberative process is likely to generate shared reality and shared identity, participants’ behaviour is more prone to become driven by their social rather than their personal identities“ (Batalha et al., 2012: 6). Während die Entwicklung gegenseitigen Verständnisses bereits empirisch untersucht wurde, sind die Effekte von Deliberation auf die Bildung einer gemeinsamen Identität kaum beschrieben. Analysen des Australian Citizens’ Parliament, zu dem im Jahr 2009 150 zufällig ausgewählte australische Bürger eingeladen worden waren, um über die Zukunft der australischen Demokratie zu diskutieren, weisen auf die Entwicklung einer gemeinsamen Identität der Teilnehmer hin (Hartz-Karp et al., 2010; vgl. auch Batalha et al., 2012): Sowohl inhaltsanalytische Auswertungen von Tonbandtranskripten der deliberativen Prozesse als auch die Selbstauskunft einiger Teilnehmer zeigen die Entwicklung einer Gruppenidentität (Batalha et al., 2012). Diese geht jedoch über die Gruppe der Teilnehmer des Citizens’ Parliament hinaus.

³¹ Wie bereits erwähnt, wird dies jedoch nicht in allen empirischen Studien bestätigt (vgl. Andersen und Hansen, 2007; Himmelroos und Christensen, 2012: 16).

Vielmehr fühlen die Teilnehmer sich auch zur Gruppe der Australier insgesamt zugehörig (ebd.). Hartz-Karp und Kollegen identifizieren unterschiedliche Zeitpunkte, an denen diese Identität sich entwickelt hat. Einige Teilnehmer scheinen bereits zum Zeitpunkt ihrer Einladung eine starke Identität als Australier gehabt zu haben, andere entwickeln dies erst mit Beginn des Citizens' Parliaments oder in dessen Verlauf (Hartz-Karp et al., 2010: 357f). Diese Entwicklung einer gemeinsamen Identität führen die Autoren auf verschiedene Komponenten des deliberativen Gruppenprozesses zurück (Hartz-Karp et al., 2010: 363-367). So können beispielsweise die gemeinsame Teilnahme an respektvoller und gleichberechtigter Deliberation und die dadurch entstehenden Vertrauensverhältnisse oder sogar Freundschaften unter den Teilnehmern diesen Identitätswandel befördern. Auch die geteilten positiven sowie negativen Erfahrungen während der viertägigen Deliberation in einer für die meisten fremden Umgebung (Old Parliament House, Canberra) können dazu beitragen; ebenso wie die gemeinsam erlebten Konflikte, aber auch die Wertschätzung durch Medien, Politiker und Organisatoren der Mini-Public. Schließlich haben die Teilnehmer gemeinsam ein Produkt erstellt und konkrete Policy-Empfehlungen formuliert, die anschließend veröffentlicht wurden, was ebenfalls ihr Gruppengefühl gestärkt haben könnte. In einer Überblicksanalyse von vier österreichischen Partizipationsverfahren argumentieren Felt und Fochler, dass die Bildung einer sozialen Identität der Teilnehmer von Mini-Publics stark von der für die Deliberation zur Verfügung stehenden Zeit abhängt (Felt und Fochler, 2010: 230f). Laut dieser Analyse haben die Teilnehmer in kürzeren Verfahren im Gegensatz zu Beteiligungsverfahren mit längeren Interaktionsphasen weder versucht, eine Gruppenidentität auszubilden noch haben sie aktiv nach einer gemeinsamen Position gesucht. Welche Mechanismen zur Bildung einer sozialen Identität beitragen, bleibt jedoch unklar.

Batalha und Kollegen zeigen für das Australian Citizen Parliament, dass die Teilnehmer starke positive Emotionen mit den deliberativen Prozessen während der Mini-Public verbinden, was ihrer Ansicht nach ebenfalls ein psychologischer Effekt der Gruppenerfahrung ist (Batalha et al., 2012). Hartz-Karp et al. weisen jedoch darauf hin, dass die tatsächlichen Ursachen für diese psychologischen Effekte anhand der verfügbaren Daten nicht geklärt werden können, da es sich dabei um unerwartete Effekte handelt und keine spezifischen Daten hierzu erhoben worden sind (Hartz-Karp et al., 2010: 354, 367). Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass diese Effekte weniger auf die Deliberation als vielmehr auf die Inhalte des Australian Citizens' Parliament zurückzuführen sind. Denn die Frage nach der Zukunft der Demokratie im Land impliziert bereits eine starke Konzentration der Teilnehmer auf ihre Rolle als Staatsbürger. Die Ergebnisse des Australian Citizens' Parliament weisen jedoch auf ein gene-

relles Potenzial von Mini-Publics hin, die Solidarität unter den Teilnehmern und auch mit der größeren Gruppe der von einer gesellschaftlichen Fragestellung Betroffenen zu stärken.

3.1.3 Epistemische Potenziale: Ergänzung von Expertenwissen und anderen Formen der Bürgerbeteiligung

Die dritte Dimension, in der Mini-Publics Potenziale entfalten können, beschreibt einen möglichen inhaltlichen Beitrag der Teilnehmer zur Bearbeitung der jeweiligen Fragestellung. Von Kritikern deliberativer Bürgerbeteiligung wird dies häufig aufgrund der mangelnden Expertise von Bürgern und ihrer vermeintlichen Unfähigkeit zur fundierten Bearbeitung komplexer Fragestellungen bezweifelt (vgl. z. B. Schicktanz, 2006: 106, 108; Delli Carpini et al., 2004: 321; Levitt, 2003). Die Beratung von Entscheidungsträgern durch ausgewiesene Experten hingegen ist weitgehend unumstritten. Saretzki weist jedoch auf wichtige Grenzen des Expertenwissens hin (Saretzki, 1997): Er beschreibt 1.) dessen *normative Grenze*, denn Experten verfügen meist über reines „Sachwissen“ im Gegensatz zu „Wertewissen“, das für die normative Bewertung von Handlungsoptionen nötig wäre (Saretzki, 1997: 281); 2.) weist Expertenwissen eine *lokale Grenze* auf, denn es ist grundsätzlich abstrakt und damit für die Lösung konkreter Probleme kontextualisierungsbedürftig (Saretzki, 1997: 282); 3.) ist das Wissen von Experten abhängig von deren disziplinärem Hintergrund, das heißt Experten sind meist nicht in der Lage, Sachverhalte über die *Grenzen von Disziplinen* hinweg zu bewerten (ebd.); und 4.) ist auch das Wissen einzelner Experten immer „vorläufig und unvollständig, ansatz- und methodenabhängig, erneuerungs- und *ergänzungsbedürftig*“ (Saretzki, 1997: 283, Hervorhebung im Original) es besteht also auch eine *epistemische Grenze*. Expertenprognosen sind damit nie ganz sicher, sondern nur mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit zutreffend. Die Frage, wie mit dem Risiko unsicherer Prognosen umgegangen werden soll, erfordert wiederum normative Bewertungen und die Klärung weltanschaulicher Fragen, für die weder Experten noch Politiker die alleinige Kompetenz oder Autorität besitzen (Saretzki, 1997: 281; Saretzki, 2005: 351; vgl. auch Schicktanz, 2006: 110).³² Eine Möglichkeit, diese Grenzen des Expertenwissens auszugleichen, ist die Partizipation von Bürgern in Mini-Publics. Denn sie verfügen über eine eigene meist alltagsbezogene und anwendungsorientierte Perspektive, die es Ihnen erlaubt, Themen oder Handlungsoptionen für ein konkretes Anwendungsgebiet disziplinübergreifend auch normativ zu bewerten. Im Rahmen deliberativer Verfahren können Bürger im Lichte der bereitgestellten Informationen und der Argumente der anderen Teilnehmer eigene kontextbezogene Vorschläge, Argumente und Begründungen entwickeln.

³² Auf die mit der Dominanz von Experten in der Beratung politischer Entscheidungen verbundenen Probleme weist auch Peter Weingart in einem Essay hin (Weingart, 2003).

Die möglichen Ergänzungen von Expertenwissen werden hier als epistemische Potenziale von Mini-Publics beschrieben. Es werden wiederum zwei Varianten unterschieden: Zum einen können Bürger eigenständige Vorschläge oder Schwerpunkte entwickeln (Abschnitt 3.1.3.1), zum anderen können Mini-Publics auch Aufschluss über die normativen Bewertungen vordefinierter Vorschläge durch „gewöhnliche Bürger“ geben und mögliche Interessen- und Wertekonflikten offenlegen (3.1.3.2).

3.1.3.1 Neuartige sachliche Argumente und Begründungsmuster aus Bürgerperspektive

Bürger sind häufig unmittelbar von regulativen Entscheidungen betroffen und verfügen zudem über umfangreiches Anwendungs- und Erfahrungswissen über die Realität, auf die diese Entscheidungen wirken können. Aufgrund dieser Eigenschaften werden sie teilweise selbst als Experten für die sie betreffenden Fragen interpretiert (Andersen und Jæger, 1999: 338). Aus dieser Perspektive heraus und mit ihrem spezifischen Wissen können sie eigene Vorschläge, Begründungsmuster oder Konfliktbeschreibungen entwickeln (Schicktanz, 2006: 111; vgl. auch Litva et al., 2002) und damit einige der oben genannten Grenzen des Expertenwissens ausgleichen. Das Ziel deliberativer Mini-Publics ist jedoch nicht das Ersetzen der Expertenmeinung oder repräsentativer parlamentarischer Strukturen, sondern ihre sinnvolle Ergänzung und epistemische Bereicherung (vgl. Saretzki, 1997: 305; Schicktanz, 2006: 106).

Andersen und Jæger zeigen für die Methode der Szenarioworkshops, dass Bürger im Rahmen deliberativer Verfahren die Perspektiven und Vorschläge anderer (elitistischer) Akteure ergänzen und damit eigene Beiträge zur Klärung der diskutierten Fragestellungen leisten können (Andersen und Jæger, 1999: 338). Dies gilt besonders in Themenbereichen, die lokale oder regionale Planungsprozesse betreffen. Zwar sind Szenarioworkshops keine reinen Mini-Publics, da nicht nur Bürger, sondern die verschiedenen für eine bestimmte Fragestellung relevanten Akteure hierzu eingeladen werden, aber die von Andersen und Jæger präsentierten Argumente lassen sich auch auf reine Mini-Publics übertragen. So konnten beispielsweise dänische Konsensuskonferenzen „provide political and public debate and decision-making on new technology with dimensions and reasoning which were not taken into account previously“ (Andersen und Jæger, 1999: 336).

Gerade wenn es um die Bewertung normativer Fragen geht, können jedoch nicht nur neuartige Vorschläge oder Argumente der Teilnehmer einer Mini-Public die laufenden Debatten zu einem Thema bereichern. Auch die Setzung eigener Schwerpunkte und die hierfür relevanten Argumente können einen hierzu leisten. Zudem können gerade aufgrund der Auseinandersetzung mit den Argumenten anderer Personen im Rahmen deliberativer Verfahren

auch die diesen Schwerpunkten zugrunde liegenden Werte und Interessen der Teilnehmer offen gelegt werden, wie im nächsten Abschnitt argumentiert wird.

3.1.3.2 Offenlegung gesellschaftlicher Interessen und Werte

Auch andere Formen der Bürgerbeteiligung können prinzipiell zur Ergänzung von Expertenwissen beitragen. So zielen etwa schriftliche Umfragen oder Interviewsurveys auf die Erhebung von Meinungen, Präferenzen oder Einstellungen der Befragten; Proteste oder sonstige Formen der Meinungsäußerung können ebenfalls Aufschluss über die Präferenzen von Bürgern geben und häufig auch deren Sorgen und Befürchtungen ausdrücken. Deliberative Mini-Publics können jedoch nach Meinung einiger Autoren auch einen Eindruck darüber vermitteln, welche Perspektive alle Bürger eines Gemeinwesens zur diskutierten Fragestellung hätten, wenn sie den gleichen Prozess durchlaufen würden, wie die Teilnehmer der Mini-Public (Fishkin, 1997: 163, 173; Fishkin, 2003: 128; Hartz-Karp und Briand, 2009: 129).

Hierdurch können sie nicht nur Vorschläge, Argumente und Schwerpunkte für die Diskussion der relevanten Fragestellung verfügbar machen, die die Alltags- und Anwendungsorientierung von Bürgern widerspiegeln, ihre Ergebnisse werden auch als Abbild einer allgemeinen Bürgerperspektive verstanden. Andere Formen der Bürgerbeteiligung scheinen hierzu weniger geeignet zu sein. Rein konsultative Methoden etwa erheben nicht reflektierte und begründete Meinungen und Präferenzen der Befragten, sondern bilden eher deren spontane und reflexhafte Intuitionen ab, die zudem von der Formulierung und dem Format der jeweiligen Fragebogenitems abhängen können (vgl. für Befragungen zu Priorisierungskriterien: Raspe und Stumpf, 2013; Stumpf et al., 2014a; Cookson und Dolan, 1999: 64). Die verschiedenen modernen Formen der Meinungsäußerung – z. B. die öffentlichen Proteste sogenannter Wutbürger (Kurbjuweit, 2010) sowie die häufig polemischen, mehr oder weniger organisierten Beiträge im Internet (z. B. „Shitstorms“ Stoffels und Bernskötter, 2012) – sind meist durch Wut und Empörung eigeninteressierter Akteure dominiert und werden selten durch rationale Argumente begründet.

Deliberative Verfahren zeichnen sich gerade durch die besonnene Argumentation der Beteiligten und ihren Fokus auf rationale Begründungen aus. Sie dienen weniger der Meinungsäußerung als der Bildung und Entwicklung informierter und begründeter Meinungen und Präferenzen. Zudem stehen nicht eigeninteressierte Aushandlungsprozesse, sondern das Abwägen und die Bewertung von (häufig gemeinwohlorientierten) Argumenten im Vordergrund. Daher können sie sowohl die genannten Protestformen als auch die Erhebung unreflektierter Meinungen und Präferenzen kontrastieren und Hinweise auf die informierten Meinungen und Präferenzen, aber auch auf mögliche kritische Einschätzungen und Sorgen „ge-

wöhnlicher Bürger“ liefern. Andersen und Jæger beschreiben dies für die Methode von Konsensuskonferenzen in Dänemark wie folgt: „An important contribution from the conferences is the information given to politicians, experts and society as a whole on the ideas and concerns of ordinary citizens. This is, in our opinion, the most important aspect of new knowledge produced in the whole process“ (Andersen und Jæger, 1999: 335). Hierfür wird der Informations- und Reflexionsprozess während der Mini-Public als notwendige Voraussetzung bewertet.

Aufgrund der intensiven Debatten der Teilnehmer und des Austauschs von Argumenten und Begründungen können im Rahmen von Mini-Publics auch die Werte und Interessen offengelegt werden, die den Standpunkten und Vorschlägen der Teilnehmer zugrunde liegen. Sollten mögliche Werte- und Interessenkonflikte nicht auflösbar sein,³³ kann deliberative Bürgerbeteiligung in Form von Mini-Publics zumindest die Strukturen und Dimensionen dieser Konflikte in der Gesellschaft aufdecken: „(W)hen interests or values conflict irreconcilably, deliberation ideally ends not in consensus but in a clarification of conflict and structuring of disagreement“ (Mansbridge et al., 2010: 68). Hierdurch können auch mögliche Konsens- oder Dissensbereiche in der Klärung gesellschaftlicher oder politischer Fragen offengelegt und Potenziale für einen Kompromiss ausgelotet werden (Schicktanz, 2006: 110f). Wenn dies gelingt, kann die Komplexität des jeweiligen Problems reduziert und die Wahrscheinlichkeit für dessen Lösung erhöht werden (vgl. van de Kerkhof, 2006: 282f). Auf diese Effekte von Mini-Publics fokussieren auch die von Niemeyer und Dryzek entwickelten Konzepte des Meta-Konsensus und der Intersubjektiven Rationalität (Dryzek und Niemeyer, 2006; Niemeyer und Dryzek, 2007).

Sowohl die von den Teilnehmern der Mini-Public entwickelten Vorschläge und Schwerpunkte als auch die Informationen über Werte- und Interessenkonflikte müssen jedoch zunächst veröffentlicht werden, um überhaupt in öffentlichen Debatten wahrgenommen zu werden. Die entsprechenden Mechanismen und die Potenziale von Mini-Publics für die Weiterentwicklung solcher Debatten werden im folgenden Abschnitt erläutert.

3.1.4 Potenziale für die Weiterentwicklung öffentlicher Debatten

Während die epistemischen Potenziale von Mini-Publics auf die Ergänzung von Expertenwissen und anderen Formen der Bürgerbeteiligung abzielen, beziehen sich die im nächsten Abschnitt beschriebenen Potenziale auf mögliche Beeinflussung von Struktur und Inhalten öf-

³³ Es existiert eine umfangreiche Debatte über die Auflösbarkeit ethischer und religiöser Konflikte und die Rolle deliberativer Demokratie (vgl. Knops, 2007; Erman, 2009; Cooke, 1997) sowie zu den Vorteilen agonistischen Pluralismus gegenüber der Auflösung von Konflikten (vgl. Mouffe, 1999; 2000), die hier jedoch nicht im Detail beleuchtet werden kann.

fentlicher Debatten. Zum einen wird argumentiert, dass Mini-Publics die Öffentlichkeit von Debatten zu bestimmten Themen insgesamt vergrößern können (Abschnitt 3.1.4.1). Zum anderen können sich sowohl die in Abschnitt 3.1.1.1 beschriebenen Lerneffekte der Teilnehmer als auch die im letzten Abschnitt diskutierten epistemischen Potenziale auf die Inhalte öffentlicher Debatten insgesamt auswirken (3.1.4.2).

3.1.4.1 Anstoß öffentlicher und Erweiterung bislang eliten-zentrierter Debatten

Die deliberativen Prozesse während einer Mini-Public sowie deren Ergebnisse können dazu beitragen, öffentliche Debatten über die diskutierten Inhalte anzuregen und einen Platz für „gewöhnliche Bürger“ und deren Perspektive in dieser Debatte zu reklamieren. Carolyn Hendriks zeigt einen solchen Effekt für eine im Jahr 1999 in Australien durchgeführte Konsensuskonferenz zu genmanipulierter Nahrung. Die im Vorfeld geringe Öffentlichkeit der Debatte hierzu wurde durch die Konferenz selbst und insbesondere durch die mediale Berichterstattung darüber vergrößert (Hendriks, 2004: Kap. 5). Relevante Akteure im Feld der Gentechnik fühlten sich gezwungen auf die Ergebnisse der Konsensuskonferenz zu reagieren: „(They) became aware of the need to engage the public in dialogue, rather than simply educate and inform“ (Goodin und Dryzek, 2006: 228). Durch die Beteiligung an Mini-Publics zu komplexen Inhalten können die Teilnehmer auch zeigen, dass „gewöhnliche Bürger“ willens und in der Lage sind, solche Debatten auf hohem Niveau zu führen (vgl. Niemeyer, 2004; Secko et al., 2009; Coote und Lenaghan, 1997: 88f; De Vries et al., 2010; Scully et al., 2006). Besonders wenn sich die oben beschriebenen epistemischen Potenziale entfalten, kann dies ggf. die Bereitschaft von Experten oder Politikern erhöhen, auch öffentlich über diese Themen zu diskutieren.

Aber nicht nur durch die Überzeugung gesellschaftlicher oder politischer Eliten im jeweiligen Feld können öffentliche Debatten durch Mini-Publics angeregt werden. Die mediale Berichterstattung über eine Mini-Public und die diskutierten Inhalte kann auch das öffentliche Interesse für diesen Inhalt wecken und weitere Personen motivieren, sich darüber zu informieren (Goodin und Dryzek, 2006: 228; Brady et al., 2003: 19). Beide Wege der Anregung öffentlicher Debatten zu vorher nicht öffentlich diskutierten Themen sind jedoch sehr voraussetzungsvoll: Sie sind sowohl abhängig von der effektiven Verbreitung der Ergebnisse von Mini-Publics als auch vom Interesse der adressierten Akteure.

3.1.4.2 Information und inhaltliche Beeinflussung öffentlicher Debatten

In Abschnitt 3.1.1.1 wurde beschrieben, dass sich das Wissen der Teilnehmer von Mini-Publics über die diskutierte Fragestellung vergrößert und dass sie zudem einen Prozess der Meinungs- und Willensbildung durchlaufen. Von den zusätzlichen Informationen durch

schriftliches Material, Experten- oder Politikerbefragungen und deliberative Prozesse können jedoch nicht nur die Teilnehmer der Mini-Public selbst profitieren. Über persönliche Kontakte oder mediale Berichterstattung können die Informationen und Argumente auch die breitere Öffentlichkeit und damit weitere Sphären des deliberativen Systems erreichen (vgl. hierzu auch Ryfe, 2005: 52). Die Teilnehmer der ersten deutschen Bürgerkonferenz zur Gendiagnostik geben an, mit Personen aus ihrem direkten Umfeld über die Inhalte der Bürgerkonferenz gesprochen und diese mit Informationen zu diesen Inhalten versorgt zu haben (Zimmer, 2003: 73). Das Medienecho zu dieser Bürgerkonferenz fiel jedoch eher gering aus, was für die meisten Mini-Publics gilt (Zimmer, 2003: 74).

Mansbridge und Kollegen schreiben Mini-Publics dennoch eine Übersetzungsfunktion innerhalb deliberativer Systeme zu (2012: 16). Gerade in sehr komplexen Themenbereichen oder in sehr kontrovers diskutierten Problemstellungen können die Teilnehmer unter Umständen konkrete Policy-Vorschläge oder antagonistische Argumente unterschiedlicher Akteursgruppen für die breitere Öffentlichkeit aufbereiten und allgemeinverständlich darstellen. Durch die Veröffentlichung von Informationen und Argumenten der Mini-Public wird es Außenstehenden dann ermöglicht, die Debatten der Teilnehmer nachzuvollziehen. Dies gelingt nicht immer, etwa wenn zwar die Ergebnisse der Mini-Public öffentlich verbreitet werden, nicht jedoch die hierfür ausschlaggebenden Argumente und Begründungen. Aber, „broader publics do not necessarily need to *understand* what a mini-public concluded on a complex issue, but they do need to *trust* it“ (Dryzek, 2010: 169, Hervorhebung im Original). Das heißt, selbst wenn die Übersetzung von Argumenten für die breitere Öffentlichkeit nicht vollständig gelingt ist oder nicht ausreichend differenziert verbreitet wird, können Mini-Publics sich auf die Inhalte öffentlicher Debatten auswirken. So können andere Bürger angeregt werden, ihre eigenen Meinungen und Präferenzen im Lichte der durch die Mini-Public veröffentlichten Empfehlungen und Vorschläge zu überdenken (Goodin und Dryzek, 2006: 228; Fishkin, 1997: 163). Dies wäre eine Übertragung der in Abschnitt 3.1.3.1 beschriebenen epistemischen Beiträge von Mini-Publics auf öffentliche Debatten.

McKenzie und Warren beschreiben Mini-Publics, deren Ergebnisse als vertrauenswürdige Informationsquelle für Außenstehende dienen, als „trusted information proxy“ (McKenzie und Warren, 2012). Andere Bürger vertrauen den Empfehlungen und Vorschlägen der Mini-Public, wenn sie wissen, die Teilnehmer sind „people like us“ (McKenzie und Warren, 2012: 114). Dann müssen sie nicht sämtliche Informationen und Argumente kennen, die von den Teilnehmern diskutiert worden sind, sondern verlassen sich auf deren Schlussfolgerung. Kommt eine Mini-Public nicht zu einer einheitlichen Einschätzung zum Thema, ist dies ein Signal für die Außenstehenden, dass ungeklärte oder nicht auflösbare Fragen bestehen

bleiben und es insofern indiziert ist, sich selbst weiter darüber zu informieren, um sich eine fundiertere Meinung zu bilden und an der Klärung des Themas mitwirken zu können (McKenzie und Warren, 2012: 110). Unter der realistischen Annahme, dass nicht jeder Bürger sich an allen Debatten beteiligen kann, die ihn betreffen, erleichtert dieses Signal dann die Entscheidung, zu welchen Themen eine Teilnahme an der öffentlichen Debatte besonders wichtig ist (ebd.).

Als Beispiel für eine Mini-Public, die als „trusted information proxy“ für die breitere Öffentlichkeit diene, nennen McKenzie und Warren die British Columbia Citizens' Assembly, die im Jahr 2004 zehn Monate lang über das Wahlsystem in British Columbia beraten und anschließend eine Stellungnahme hierzu veröffentlicht hat (McKenzie und Warren, 2012: 111-116). In Bevölkerungssurveys ließ sich in der Folge die Tendenz feststellen, dass die Bevölkerung den Empfehlungen der Mini-Public folgt, auch wenn im späteren Referendum die Grenze von 60 % Zustimmung für die entsprechende Reform mit 57,7 % positiver Stimmen knapp verfehlt wurde (vgl. Cutler et al., 2008). Hüller hingegen kommt im Hinblick auf eine von ihm untersuchte EU-weite Mini-Public, aber auch in Bezug auf die British Columbia Citizens' Assembly zu einer pessimistischeren Einschätzung: „(E)ven if there are internal learning processes in such procedures, the generated insights normally do not diffuse to the wider citizenry.“ (Hüller, 2010: 96). Hüller betrachtet dies als Folge des bereits von Parkinson beschriebenen „bridging problems“ (Parkinson, 2006a: insb. 156f; Parkinson, 2006c), das auf Schwierigkeiten der Übertragung von Ergebnissen von Mini-Publics durch die Massenmedien hinweist (Hüller, 2010: 96f).³⁴ Folge hiervon kann eine sehr eingeschränkte oder auch selektive und verzerrte Berichterstattung sein, so dass die Außenstehenden kaum Zugang zu umfassenden Informationen über die Ergebnisse der Mini-Public erhalten. Auch deshalb plädiert Niemeyer dafür, dass die Argumente, die zur ausgearbeiteten Empfehlung der Mini-Public geführt haben, der breiteren Öffentlichkeit vermittelt werden (Niemeyer, 2011: 126f). Nur wenn die Gründe für die Empfehlung für alle zugänglich seien, könne sich die positive Wirkung intersubjektiver Rationalität auf die breitere Öffentlichkeit übertragen. Zudem bestehe die Gefahr der Manipulation von Mini-Publics und damit der Verbreitung manipulierter Empfehlungen, die ebenfalls durch eine Veröffentlichung zugrunde liegender Argumente verringert werden könne.

3.1.5 Politische Potenziale: Einfluss auf politische und gesellschaftliche Entscheidungsfindung

Die letzte hier diskutierte Dimension, auf die Mini-Publics sich auswirken können, ist die politische Entscheidungsfindung selbst. Allerdings werden Mini-Publics meist nicht als politische

³⁴ Siehe hierzu auch Abschnitt 3.2.4.1.

Entscheidungsgremien organisiert, sondern insbesondere als Foren für Meinungs- und Willensbildung sowie als Beratungsgremien (Goodin und Dryzek, 2006: 222f). Dennoch können sie zwei unterschiedliche Varianten politischer Impacts entfalten, die im Folgenden dargestellt werden: Zum einen können Mini-Publics zumindest mittelbar als Beratungsgremien politische Entscheidungen beeinflussen (Abschnitt 3.1.5.1). Zum anderen werden sie auch organisiert, um Policy-Vorschläge zu bewerten und gegenüber Außenstehenden zu legitimieren (3.1.5.2).

3.1.5.1 Tatsächliche Beeinflussung politischer und gesellschaftlicher Entscheidungen

In der Realität sind Beispiele für eine unmittelbare Beteiligung von Mini-Publics an politischen Entscheidungen kaum zu finden (Dryzek, 2010: 167; Goodin und Dryzek, 2006: 225).³⁵ Meist erhalten solche Verfahren keine eigene Entscheidungskompetenz. Einige werden aber beauftragt, politische Entscheidungsträger zu beraten und können insofern indirekt auf deren Entscheidungen einwirken (Goodin und Dryzek, 2006: 226f). Beispiele hierfür sind die vom Danish Board of Technology organisierten bzw. beauftragten Konsensuskonferenzen, deren Empfehlungen sich in einigen nachfolgenden Entscheidungen widerspiegeln (vgl. Klüver, 1995: 44). Ein Nachweis dieser Einflussnahme ist jedoch schwierig oder sogar unmöglich (Goodin und Dryzek, 2006: 226; Smith, 2009: 93). Dennoch lassen sich in manchen Fällen einige Hinweise auf die Reaktion von Entscheidungsträgern auf die Empfehlungen von Mini-Publics feststellen. Ein häufig zitiertes Beispiel hierfür sind die zwischen 1996 und 1998 im US-Bundesstaat Texas von acht örtlichen Stromversorgern durchgeführten Deliberative Polls, in denen Kunden nach ihren Präferenzen in Bezug auf zukünftige Energiepolitik gefragt wurden (Lehr et al., 2003). Die Teilnehmer dieser Deliberative Polls sprachen sich für eine Steigerung der Investitionen in erneuerbare Energiequellen aus und zeigten sich auch bereit, für erneuerbare Energie höhere Strompreise zu akzeptieren. In der Folge integrierten viele der Stromanbieter diese Aspekte in ihre Firmenpolitik, steigerten ihr Investment in erneuerbare Energien und sorgten so für Wahlmöglichkeiten für ihre Kunden (Lehr et al., 2003: 9; Fishkin, 2003: 132). Zudem wurde im Jahr 1999 im Rahmen bundesstaatlicher Gesetzgebung festgelegt, dass gewinnorientierte Stromkonzerne bis zum Jahr 2009 mindestens 3 % ihres Energieangebots aus erneuerbaren Energiequellen gewinnen müssen (ebd.). Unklar ist, ob diese Entscheidungen tatsächlich auf die Ergebnisse der Deliberative Polls zurückzuführen sind. Die Informationen über die Präferenzen der Kunden sowie ihre erhöhte Zahlungsbereitschaft für entsprechende Angebote an erneuerbarer Energie werden aber als wichtige Entscheidungshilfe

³⁵ Es gibt allerdings Vorschläge, dies zu ändern, z. B. die sogenannte „Chamber of Discourse“ (Dryzek, 2010: Kap. 3), also eine eigene Kammer, die mit Bürgern besetzt wird und Policy-Entscheidungen unmittelbar beeinflussen kann.

interpretiert (Lehr et al., 2003: 9). Insbesondere James Fishkin, der die Deliberative Polls durchgeführt hat, sieht einen engen Zusammenhang zwischen deren Ergebnissen und den nachfolgenden Entscheidungen (Fishkin, 2003: 132; Fishkin, 2009: 152f). Auch Carolyn Hendriks zeigt am Beispiel der oben bereits erwähnten australischen Konsensuskonferenz zu genmanipulierten Nahrungsmitteln, dass entscheidende staatliche, aber auch kommerzielle Akteure im jeweiligen Feld auf die Ergebnisse von Mini-Publics reagieren und diese als relevant wahrnehmen (Hendriks, 2004: 117ff).

3.1.5.2 Bewertung und Legitimation von Policy-Empfehlungen

Mini-Publics können nicht nur eigene Lösungsvorschläge entwickeln, sondern auch bestimmte Policy-Vorschläge bewerten und dadurch einen Hinweis auf die potenziellen Reaktionen der breiten Öffentlichkeit auf solche Vorschläge geben. Dies wird als „market testing“ bezeichnet (Goodin und Dryzek, 2006: 229ff; vgl. auch Dryzek, 2010: 169). Dabei nutzen Entscheidungsträger die durch die Mini-Public bereitgestellten Informationen über die Perspektive „gewöhnlicher Bürger“, um Reaktionen auf ihre Policy-Vorschläge zu antizipieren. Ein Beispiel hierfür ist der oben beschriebene Fall der Deliberative Polls zur Energiepolitik in Texas, wo ein eindeutiges Votum für erneuerbare Energien abgegeben wurde (Lehr et al., 2003; Fishkin, 2003). Die Entscheidungsträger und einflussreichen Akteure im entsprechenden Feld konnten daraufhin mit grundsätzlich positiven Reaktionen auf die Förderung erneuerbarer Energien rechnen. Im Gegensatz dazu wurden die Vorschläge zum Wiederaufbau des World Trade Centers nach den Anschlägen vom 11. September 2001 in zwei AmericaSpeaks 21st Century Town Meetings eher kritisch bewertet (Civic Alliance to Rebuild Downtown New York, 2002). Im Verlauf der Planung wurden die Konzepte für den Wiederaufbau überarbeitet und erneut vorgestellt (Goodin und Dryzek, 2006: 230). Ob dies aber auf die Mini-Publics alleine oder auf die parallel verlaufenden öffentlichen Debatten zurückzuführen ist, lässt sich nicht klären (ebd.). Auch in anderen Mini-Publics zeigten die Teilnehmer sich eher skeptisch und in stärkerem Ausmaß risikoavers als Experten oder Entscheidungsträger. Beispiele hierfür sind die weltweit durchgeführten Mini-Publics zum Einsatz von Gentechnik in der Nahrungsmittelproduktion (Dryzek, 2010: 162ff). Dryzek und Kollegen (2009) zeigen, dass Konsensuskonferenzen in Dänemark, den Vereinigten Staaten, Australien, Kanada, Frankreich, Deutschland, der Schweiz und in Großbritannien fast immer zu einer vorsichtigeren und zurückhaltenderen Einschätzung kommen, als die für die Policy-Vorschläge verantwortlichen Eliten. Gerade in solchen Fällen, in denen die Bürger Policy-Vorschläge eher ablehnen, ist deren Testung im Rahmen von Mini-Publics für die Entscheidungsträger von großer Bedeutung: „Even – or perhaps especially – where the upshot of the market testing is a frustrating „no“, politicians

are clearly better off knowing it to be a lost cause before staking too much of their reputations and political capital on it“ (Goodin und Dryzek, 2006: 231f).

McKenzie und Warren (2012) weisen auf eine besondere Form der Markttestung hin: Wenn bestimmte Themen noch nicht als politische Fragestellungen etabliert sind, sie aber in absehbarer Zeit auf die politische Agenda gesetzt werden sollen, stellt dies Politiker vor besondere Herausforderungen. Zu solchen Fragestellungen haben sich in der Öffentlichkeit noch keine Meinungen oder Präferenzen herausgebildet, es ist daher schwierig einzuschätzen, welche Sorgen und Befürchtungen oder welche Widerstände sich in der Bevölkerung zeigen werden. Für diesen Fall können Mini-Publics den späteren Entscheidungsträgern helfen, einzuschätzen, welche Schwierigkeiten für die politische Bearbeitung der entsprechenden Inhalte zu erwarten sind: „Anticipatory minipublics can give decisionmakers access to potenzial public concerns in ways that they would otherwise simply have to imagine“ (McKenzie und Warren, 2012: 119). Dabei geht es noch nicht allein um die Bewertung konkreter Policy-Vorschläge, sondern um die Antizipation öffentlicher Reaktionen auf eine Thematik insgesamt (McKenzie und Warren, 2012: 120). Ein Beispiel für die Nutzung einer Mini-Public zu diesem Zweck sehen McKenzie und Warren in einem Forum zur Einrichtung einer regionalen Biobank in British Columbia (2012: 119, 122).³⁶ Diese Thematik war zum Zeitpunkt der Mini-Public im Jahr 2007 noch kaum in der Öffentlichkeit präsent und daher waren keine ausgebildeten Meinungen oder Präferenzen hierzu zu erwarten. Die Teilnehmer haben dann auch weniger eine konkrete Antwort auf die Frage nach einer regionalen Biobank formuliert, sondern vielmehr ihrem Bedürfnis nach institutionellen Strukturen Ausdruck verliehen, die den möglichen Missbrauch der Biobank und der dort aufbewahrten Proben regulieren. Dies wurde als Voraussetzung für das öffentliche Vertrauen in die Entscheidungsträger und die Nutzung der Biobank selbst interpretiert und hat damit den Entscheidungsträgern Hinweise auf die Bedürfnisse und Sorgen der Bürger vermittelt.

Der Einsatz von Mini-Publics als „anticipatory publics“ kann in späteren öffentlichen Debatten eine vertrauensstiftende Wirkung entfalten, denn die Teilnehmer dieser Debatten wissen, dass die politische Bearbeitung des entsprechenden Themas durch die Mini-Public beeinflusst oder zumindest mitverfolgt worden ist (McKenzie und Warren, 2012: 121). Damit können unter Umständen auch die später zu treffenden Entscheidungen selbst gegenüber der Öffentlichkeit, aber auch gegenüber von Interessenvertretern und Eliten legitimiert werden (ebd.).

Dies führt zum letzten in diesem Kontext diskutierten Potenzial von Mini-Publics, der Legitimation von Policy-Vorschlägen oder Entscheidungen durch die Beteiligung von Mini-

³⁶ Für die Ergebnisse dieser Mini-Public, siehe O'Doherty (2009).

Publics am Entstehungsprozess: „Mini-Publics can help legitimate public policies in whose process of production they play a part, however symbolic that part may be“ (Goodin und Dryzek, 2006: 232). Hiermit ist der in Abschnitt 2.1.2.5 angesprochene aktive Prozess der Legitimation von Vorschlägen oder Entscheidungen gemeint, der zur Herstellung von Legitimität in den Augen der Betroffenen dient. So können politische oder gesellschaftliche Akteure eine Mini-Public gezielt organisieren, um gegenüber der Bevölkerung, aber auch gegenüber Interessengruppen oder staatlichen Akteuren zu signalisieren, dass die Ergebnisse des Entscheidungsprozesses mit Beteiligung von Bürgern erarbeitet wurden und damit die Belange der Bevölkerung berücksichtigt werden (Parkinson, 2006a: 59-63). Dieser Einsatz von Mini-Publics eignet sich besonders in Themenbereichen, die einen hohen Komplexitätsgrad aufweisen oder von widerstreitenden Interessen geprägt sind. Als Beispiel hierfür nennt John Parkinson die Bemühungen des britischen National Health Service (NHS) zur Beteiligung von Bürgern an Fragen zur Entwicklung der Gesundheitsversorgung (Parkinson, 2006a: 60). Es ging den Organisatoren dieses Verfahrens darum „to bind people to the process and to the outcomes by making them feel part of something significant, something with power“ (Parkinson, 2006a: 60). Je nach Ausmaß des medialen Interesses kann sich dieser Effekt auch auf die Öffentlichkeit insgesamt ausweiten. Hierbei handelt es sich um eine rein prozedurale Form der Legitimation. Die Beteiligung von Bürgern allein soll das Vertrauen in die Ergebnisse des Entscheidungsprozesses stärken und zur Akzeptanz der Entscheidungen selbst beitragen. Allerdings kann dieses legitimitätsstiftende Potenzial gefährdet werden, wenn die breitere Öffentlichkeit den Prozess der Mini-Public für eine rein propagandistische Veranstaltung von Entscheidungsträgern hält: „Mini-publics will not necessarily promote legitimacy in the eyes of skeptical publics who may suppose the real aim is to „sell“ a policy rather than genuinely to listen to public views on the matter“ (Goodin und Dryzek, 2006: 233). Zudem besteht für Organisatoren, die solche Ziele verfolgen auch die „Gefahr“, dass die Teilnehmer der Mini-Public zu anderen – u. U. unerwünschten – Einschätzungen über die diskutierten Inhalte kommen, als Politiker oder Experten, wie in den oben erwähnten Fällen der Mini-Publics zu genmanipulierten Nahrungsmitteln (Dryzek, 2010: 162ff).

3.1.6 Zusammenfassung

In den Teilabschnitten des Abschnitts 3.1 sind die in der Literatur diskutierten und in früheren empirischen Arbeiten identifizierten Potenziale deliberativer Mini-Publics dargestellt worden. Dabei wurden Potenziale in fünf Dimensionen mit jeweils zwei Varianten identifiziert. Tabelle 1 fasst diese Potenziale und ihre möglichen Auswirkungen zusammen. Diese Tabelle bildet die Grundlage für die empirische Analyse in dieser Arbeit. Aus den darin aufgeführten Potenzia-

len werden in Abschnitt 5.2 konkrete Fragen an das im Kontext der Lübecker Bürgerkonferenz erhobene Datenmaterial formuliert. Diese dienen zur Analyse der in diesem Modellprojekt verwirklichten Potenziale im Hinblick auf die interne und externe Meinungs- und Willensbildung zur diskutierten Fragestellung.

Zentrale Dimension der *internen* Meinungs- und Willensbildung ist dabei die erste Variante edukativer Potenziale. Zwar kann sich auch die zweite Variante positiv hierauf auswirken, sie steigert jedoch primär die Fähigkeit der Teilnehmer einer Mini-Public, sich an zukünftigen Debatten – auch zu anderen Themen – zu beteiligen. Die beiden Varianten sozialer Potenziale haben zwar nicht unbedingt einen unmittelbaren Einfluss auf die interne Meinungs- und Willensbildung, können sich aber katalysierend hierauf auswirken und unter Umständen die Identifikation gemeinsamer Lösungsvorschläge erleichtern.

Die *externen* – also außerhalb der einzelnen Mini-Public stattfindenden – Prozesse der Meinungs- und Willensbildung können ebenfalls positiv beeinflusst werden. Hierfür sind insbesondere die Varianten der epistemischen Potenziale sowie der Potenziale für die Entwicklung öffentlicher Debatten relevant. Wenn ein möglicher epistemischer Beitrag einer Mini-Public in die öffentliche Auseinandersetzung mit einem Thema aufgenommen wird, kann sich ein substanzieller Einfluss der Mini-Public auf die verfahrensexterne Meinungs- und Willensbildung ergeben. Schließlich beziehen sich auch die politischen Potenziale auf die verfahrensexterne Meinungs- und Willensbildung – in diesem Fall insbesondere die Meinungs- und Willensbildung von politischen Eliten, die durch die Mini-Public beraten werden.

Tabelle 1: Potenziale deliberativer Mini-Publics

Dimension	Variante und mögliche Auswirkungen
Edukative Potenziale	a) Wissenszuwachs und Meinungs- und Präferenzveränderungen <ul style="list-style-type: none"> - Interesse und Sensibilität für Thematik wird geweckt - Wissen über Gegenstand der Mini-Public und Definition relevanter Begriffe wächst - Wissen über Lösungsansätze und über Für und Wider vergrößert sich - Fremde Standpunkte werden zur Kenntnis genommen und mit eigenen abgeglichen - Umgang mit symbolischen Argumenten, Fehlinformationen oder manipulierenden Aussagen und Versprechen verbessert sich - Argumente, Meinungen und Präferenzen bilden oder verändern sich und werden stabiler, eigene Präferenzen besser kommunizierbar und weniger diffus (inter-subjective rationality)
	b) Sozialisation deliberativer und "bürgerschaftlicher" Kompetenzen <ul style="list-style-type: none"> - Bürger lernen, wie sie sich in Deliberationen und Gruppendiskussionen verhalten - Offenheit für Argumente anderer und Kompromissbereitschaft vergrößern sich - Fähigkeit für Argumentation und differenzierte Diskussion komplexer Fragestellungen steigt - Gefühl der Selbstwirksamkeit vergrößert sich: Bereitschaft zur politischen Beteiligung steigt - Fähigkeiten zur politischen Beteiligung vergrößern sich (Wissen über Wege und Möglichkeiten)
Soziale Potenziale	a) Entwicklung eines geteilten Verständnisses und einer gemeinsamen Position <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer lernen sich gegenseitig und die Argumente und Standpunkte der anderen kennen - Ein geteiltes Verständnis der diskutierten Fragestellung kann sich ergeben - Verständnis für die Standpunkte und Argumente der anderen Teilnehmer wächst - Meinungen und Präferenzen entwickeln sich tendenziell in die gleiche Richtung
	b) Bildung einer sozialen Identität <ul style="list-style-type: none"> - Vertrauen oder sogar Freundschaften zwischen den Teilnehmern können entstehen - Teilnehmer neigen dazu, ein „Wir-Gefühl“ oder eine gemeinsame Identität zu entwickeln - Auch über die Mini-Public hinausgehende Gruppenidentität kann sich entwickeln („Wir als Bürger“)
Epistemische Potenziale	a) Entwicklung eigenständiger Vorschläge, Argumente, Schwerpunkte <ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung neuartiger, anwendungsorientierter Lösungsvorschläge durch die Bürger - Auch eigene Schwerpunktsetzung der Bürger von großer Bedeutung
	b) Offenlegung gesellschaftlicher Interessen und Werte <ul style="list-style-type: none"> - Möglichkeit, ein Gegengewicht zum modernen Protest- und Wutbürgertum zu bilden - Werte und Interessen der Teilnehmer werden öffentlich gemacht - Informationen über die Strukturen von Interessen- und Wertekonflikten - Dissens- und Konsensbereiche sowie Kompromisspotenziale werden ausgelotet
Potenziale für Entwicklung öffentlicher Debatten	a) Verbreiterung und Anregung öffentlicher Debatten <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer können zeigen, dass „gewöhnliche Bürger“ sich beteiligen wollen und können - Inhalte einer Mini-Public und mediale Berichterstattung darüber können öffentl. Debatten anregen - Bereitschaft von Eliten zu öffentlicher Diskussion kann steigen - Und: Interesse anderer Bürger an der jeweiligen Thematik wird angeregt
	b) Information und inhaltliche Beeinflussung öffentlicher Debatten <ul style="list-style-type: none"> - Informationen und Gelerntes werden über persönliche Kontakte im Umfeld verbreitet - Durch mediale Berichterstattung: Verbreitung in der Öffentlichkeit - Möglichkeit, sehr komplexe Themen oder abstrakte Vorschläge für die Öffentlichkeit allgemein verständlich aufzubereiten - Mini-Publics als vertrauenswürdige Informationsquelle für die Bewertung von Policy-Vorschlägen
Politische Potenziale	a) Beeinflussung und Beratung politischer Entscheidungen <ul style="list-style-type: none"> - Ergebnisse von Mini-Publics können von Entscheidungsträgern direkt in Entscheidungen berücksichtigt werden - Teilnehmer von Mini-Publics können ihre Empfehlungen direkt an Entscheidungsträger richten und diese beraten
	b) Bewertung und Legitimation von Policy-Vorschlägen <ul style="list-style-type: none"> - market testing: Hinweise auf öffentliche Reaktionen u. Bewertung zu Policy-Vorschlägen - Hinweise auf Sorgen u. Befürchtungen der Bevölkerung zu noch nicht öffentl. diskutierten Themen - Vertrauensstiftende bzw. legitimierende Wirkung von Mini-Publics als Signal für die Öffentlichkeit

Zu den meisten der hier dargestellten Potenziale lassen sich sowohl theoretische Argumente als auch empirische Beispiele für sowie auch gegen deren Verwirklichung finden. Insgesamt sind die Impacts von Mini-Publics nicht voraussetzungsfrei. Sie hängen von unterschiedlichen Faktoren ab (Fung, 2003; 2007; vgl. auch Parkinson, 2006a), die jedoch noch nicht umfassend erklärt sind. Einige der grundlegenden Qualitätsanforderungen an deliberative Mini-Publics (Abschnitt 3.2) sowie deren Kontextbedingungen und damit verbundene Herausforderungen (Abschnitt 3.3) werden in den nächsten Abschnitten dargestellt.

3.2 QUALITÄTSMERKMALE DELIBERATIVER MINI-PUBLICS

In den nächsten beiden Kapiteln werden einige der Faktoren näher betrachtet, die sich auf die Entfaltung der im letzten Abschnitt beschriebenen Potenziale auswirken können. Hier stehen zunächst die Qualitätsanforderungen für deliberative Mini-Publics im Vordergrund, die sich aus der Theorie deliberativer Demokratie oder der Evaluation bisheriger Mini-Publics ergeben haben. Dies sind zunächst die Repräsentativität der Teilnehmer (Abschnitt 3.2.1) und die diskursive Qualität der Debatten während der Mini-Public (3.2.2). Zudem werden die Bedeutung einer adäquaten Ausstattung der Teilnehmer mit unterschiedlichen Ressourcen (3.3.2) und von Transparenz und Öffentlichkeit deliberativer Mini-Publics und ihrer Ergebnisse beschrieben (3.2.2). Im nächsten Abschnitt (3.3) werden dann Kontextbedingungen und Herausforderungen für die Organisation und Durchführung von Mini-Publics erläutert.

3.2.1 Lösung des „Scale-Problems“: Rekrutierung der Teilnehmer und Formen der Repräsentativität

Die Frage nach der Auswahl von Teilnehmern einer Mini-Public ist entscheidend für den Verlauf der Deliberation, für die möglichen Folgen des Verfahrens sowie für die Legitimität seiner Ergebnisse in der Öffentlichkeit. Ein Ideal deliberativer Demokratie ist die Offenheit der Deliberation für möglichst alle von einer Fragestellung Betroffenen (siehe Abschnitt 2.1.2.4). Per Definition ist dies im Rahmen von Mini-Publics unmöglich, denn je mehr Personen beteiligt werden, desto schwieriger ist die direkte Kommunikation unter Wahrung der Kriterien für qualitativ hochwertige Deliberation (Parkinson, 2006a: 6). Eine Frage ist daher: Wie können Mini-Publics zu legitimen Ergebnissen kommen oder zumindest einen Beitrag zur legitimitätsstiftenden Wirkung deliberativer Systeme leisten, wenn sie nur eine sehr kleine Anzahl von Bürgern einbinden können? Diese Frage ist unter dem Begriff des „Scale-Problem“ diskutiert worden (Parkinson, 2003; 2006a; Dryzek, 2010). Besonders wenn deliberative Prozesse nicht allen Betroffenen offenstehen, gilt die repräsentative Auswahl der Teilnehmer als ein wichtiges Qualitätskriterium (Rowe und Frewer, 2000; Carr und Halvorsen, 2001; Abelson et al., 2003b; Burton, 2009). In jedem Fall bedarf es in Mini-Publics immer einer aktiven Selektion der be-

grenzten Anzahl von Teilnehmern. Dies kann entweder durch Selbstselektion oder durch drei unterschiedliche Modelle der Repräsentation erfolgen, deren Implikationen im Folgenden diskutiert werden.

3.2.1.1 Selbstselektion

Wenn die Mitglieder einer Mini-Public sich freiwillig zur Teilnahme melden, ohne dass weitere Auswahlsschritte vorgenommen werden, spricht man von Selbstselektion. Diese Rekrutierungsmethode birgt insbesondere das Problem der systematischen Verzerrung des Teilnehmerkollektivs im Vergleich mit den Bürgern, die sich nicht zur Teilnahme gemeldet haben. Es werden sich grundsätzlich nur diejenigen Bürger für eine Mini-Public zur Verfügung stellen, die von der Möglichkeit der Teilnahme erfahren, Interesse an der Thematik haben und ausreichend zeitliche, intellektuelle und im Zweifelsfall auch materielle Ressourcen für die Teilnahme besitzen (Fung, 2003: 342; Ryfe, 2002: 365f). Dies sind überdurchschnittlich häufig Personen, die zu einer gut ausgebildeten, wohlhabenden Bevölkerungsgruppe gehören (Ryfe, 2005: 51f). Je nachdem, welches Thema von den Teilnehmern der Mini-Public bearbeitet wird, ist auch eine Überrepräsentanz anderer Bevölkerungsgruppen möglich – nämlich derer, die sich besonders durch die Fragestellung angesprochen fühlen und womöglich bereits starke Präferenzen hierzu besitzen (Fung, 2003: 342f).

Cass Sunstein zeigt für verschiedene Settings – wenn auch nicht explizit für Mini-Publics –, dass sich in der Deliberation zwischen Teilnehmern mit ähnlich gerichteten Positionen diese Mehrheitsposition im Verlauf noch verstärkt (Sunstein, 2002). Zudem sind Akteure mit vordefinierten Präferenzen häufig weniger offen gegenüber den Argumenten anderer Teilnehmer. Wenn also vordefinierte Präferenzen die Motivation zur Teilnahme verstärken, kann dies die Qualität und die Ergebnisse der Deliberation negativ beeinflussen (Parkinson, 2006a: Kap. 2.4). Daher ist es von Bedeutung, die Interessen und Gründe zu kennen, die ausschlaggebend für die Teilnahme der Bürger sind (Fung, 2003: 354). Meist versucht man im Vorfeld, Interessenkonflikte im Sinne einer Befangenheit der Teilnehmer von Mini-Publics möglichst auszuschließen (McKenzie und Warren, 2012: 107f), z. B. indem nicht Vertreter bereits organisierter Interessen, sondern gezielt „gewöhnliche Bürger“ eingeladen werden. Dies geschieht meist nach bestimmten Kriterien der Repräsentativität, die in den folgenden drei Abschnitten diskutiert werden.

3.2.1.2 Repräsentativität durch Delegation

Eine Möglichkeit der Repräsentation ist die *Vertretung von Gruppen mit gleicher Identität oder ähnlichen Interessen* durch Personen, die von diesen Gruppen selbst oder von anderen dazu bestimmt worden sind. Dies wird als „delegate model of representation“ bezeichnet (Parkinson, 2006a:

31).³⁷ Dabei ist es sowohl möglich, dass der Vertreter der Gruppe dieser selbst angehört, als auch, dass er diese lediglich als Fürsprecher oder Anwalt vertritt. In jedem Fall besteht eine direkte Verbindung zwischen den Repräsentierten und dem Repräsentanten, die eine bestimmte Verantwortlichkeit oder Verpflichtung impliziert (Parkinson, 2006a: 31f). Dieses Modell der Repräsentation kann zwei Probleme für die Deliberation im Rahmen von Mini-Publics verursachen: Zum einen kann es zwischen den beiden Parteien zu einem typischen Prinzipal-Agenten-Problem kommen (Parkinson, 2006a: 31f; vgl. auch Mansbridge, 2003: 516), bei dem der Repräsentant nicht die tatsächlichen Interessen oder Argumente der Repräsentierten vertritt, z. B. weil er seine Präferenzen während der Deliberation verändert (Ryfe, 2005: 53). Zum anderen ergeben sich unter Umständen Schwierigkeiten für die Deliberation selbst: Ein Abweichen des Repräsentanten von den vorher definierten Gruppeninteressen bedarf ggf. der Rücksprache mit den Repräsentierten. Hierdurch wäre dann die Offenheit des Repräsentanten für die Argumente anderer Teilnehmer der Deliberation eingeschränkt. Eine unmittelbare Einigung zwischen den Teilnehmern ist damit von vornherein ausgeschlossen und eine qualitativ hochwertige Deliberation kann kaum stattfinden (Parkinson, 2006a: 31f).

Diese Variante der Repräsentation hält Parkinson immer dann für notwendig, wenn tatsächlich Entscheidungen durch die Mini-Public getroffen werden sollen. Denn nur in diesem Modell ist der Repräsentant durch die Repräsentierten autorisiert und ihnen auf der anderen Seite zur Rechenschaft über seine Aktivitäten in der Mini-Public verpflichtet (Parkinson, 2006a: 31f, 89ff). Es bedarf in diesem Modell jedoch der regelmäßigen Rückkopplung zwischen den beiden Parteien, um Prinzipal-Agenten-Probleme zu reduzieren und dennoch eine ergebnisoffene Deliberation zu ermöglichen (Parkinson, 2006a: 32). In ihrer Definition von Mini-Publics schließen Goodin und Dryzek Verfahren, in denen die Teilnehmer sich selbst zur Verfügung stellen oder durch andere zur Repräsentation ausgewählt wurden, explizit aus (Goodin und Dryzek, 2006: 222). Damit kommen selbstselektive Auswahlverfahren oder Delegation für Mini-Publics nicht infrage, weil sie eher auf die Beteiligung von Vertretern organisierter Interessen abzielen, als auf die Inklusion „gewöhnlicher Bürger“.

3.2.1.3 Deskriptive Repräsentativität: Zufallsauswahl und Stratifikation

Die Teilnehmer der meisten Mini-Publics hingegen werden per *Zufallsauswahl* rekrutiert. Hierdurch soll die Struktur der Gesellschaft anhand vorher definierter Merkmale möglichst genau abgebildet werden, daher spricht man von „deskriptiver Repräsentation“. Eine Verzerrung des

³⁷ Der Begriff der „delegativen Repräsentation“ wird hier in Anlehnung an Parkinson (2006a: 31f) verwendet, der ihn direkt auf deliberative Verfahren bezieht. Das Konzept lässt sich auf Miller und Stokes (1963) zurückführen. Für eine abweichende Verwendung dieses Repräsentationsbegriffs siehe insb. Birch (1971) und aktueller McCrone und Kuklinski (1997). Eine Übersicht über aktuelle Konzepte der Repräsentation vermitteln Urbinati und Warren (2008).

Teilnehmerkollektives durch die Dominanz bestimmter gesellschaftlicher Gruppen soll durch die Gleichmäßigkeit der Zugangschancen aller verhindert werden. Zudem kann niemand, der an den Ergebnissen der Deliberation interessiert ist, durch die Auswahl der Teilnehmer auch die Inhalte der Mini-Public beeinflussen (Parkinson, 2006a: 75; vgl. auch Goodwin, 1992).³⁸ Auch durch die reine Zufallsauswahl können jedoch Rekrutierungsprobleme entstehen: So können zufällig etwa nur Männer oder gut verdienende Personen in der Stichprobe landen. Zudem tendieren kleine Stichproben aus großen, diversen Grundgesamtheiten naturgemäß dazu, Minderheiten auszuschließen, denn deren Anteil ist häufig schlicht zu klein, um in einer Auswahl von 20 bis 100 Bürgern abgebildet zu werden (vgl. Parkinson, 2006a: 78f; McKenzie und Warren, 2012: 106).

Allerdings ist eine reine Zufallsauswahl in den meisten Fällen ohnehin kaum möglich. Es werden stets Einschränkungen nötig sein, z. B. werden meist Kinder ausgeschlossen oder Personen, die aufgrund von Behinderung nicht an der Deliberation teilnehmen können. Zudem ist die Teilnahme an Mini-Publics praktisch nie für alle Bürger verpflichtend, d. h. sie müssen sich dazu freiwillig bereit erklären: „(T)he final decision to participate (...) generally lies with individual members themselves“ (Ryfe, 2002: 364). Dadurch enthält die Rekrutierung stets einen selbstselektiven Part (Goodin und Dryzek, 2006: 221f; Smith, 2009: 80f). Die hierdurch zu erwartende Verzerrung betrifft jedoch weniger das Eigeninteresse der Teilnehmer an der zu diskutierenden Fragestellung, als vielmehr ihre generelle Tendenz zur politischen Aktivität (vgl. auch McKenzie und Warren, 2012: Fußnote 1 S. 106). Die Teilnehmer der British Columbia Citizens' Assembly beispielsweise waren besser über politische Themen informiert und auch selbst stärker aktiv als die Allgemeinbevölkerung (Smith, 2009: 81). Ähnliches gilt für die Teilnehmer von Deliberative Polls (Fishkin und Farrar, 2005: 74). Hüller argumentiert jedoch mit einem Verweis auf Verba und Kollegen (1995), dass unterschiedlich starke politische Aktivität sich auch in unterschiedlichen Interessen von Akteuren niederschlägt. Dies kann wiederum zu einer Verzerrung der Teilnehmergruppe führen und damit ein Problem für viele Mini-Publics darstellen (Hüller, 2010: 94f).

Um eine Verzerrung durch selbstselektive Elemente der Zufallsauswahl und die Unterrepräsentanz sozialer Minderheiten möglichst zu vermeiden, wird häufig die Methode der *stratifizierten Zufallsauswahl* angewendet. Gruppen mit geringer Teilnahmebereitschaft oder aus sozialen Minderheiten werden in diesem Verfahren z. B. durch Quotenregelungen bevorzugt (Parkinson, 2006a: 75). Die Wahl der Stratifizierungskriterien ist hier von besonderer Bedeutung, denn diese entscheiden darüber, in welchen Dimensionen sich die Teilnehmer unter-

³⁸ Für eine ausführliche Diskussion des Zufallsprinzips in der Demokratie, siehe Buchstein (2009).

scheiden und welche – unter Umständen ebenfalls entscheidenden – Merkmale nicht berücksichtigt werden (Parkinson, 2006a: 76; vgl. auch Brown, 2006: 218).

Sowohl Zufallsauswahl als auch stratifizierte Rekrutierung können als Beispiele für „deskriptive Repräsentation“ verstanden werden, denn sie gehen davon aus, dass Personen mit bestimmten sozio-demographischen Merkmalen andere Personen mit den gleichen Merkmalen vertreten können (Parkinson, 2006a: 30f, 79; vgl. auch Brown, 2006: 218). Jeder Bürger besitzt jedoch unzählige verschiedene Merkmale und gehört insofern zu vielen gesellschaftlichen Gruppen mit möglicherweise jeweils unterschiedlichen Standpunkten und Interessen (Brown, 2006: 218). In Mini-Publics zu bestimmten Fragestellungen können diese verschiedenen Rollen Aspekte einer Person unter Umständen in Konflikt geraten (vgl. Lenaghan, 1999: 48) – beispielsweise in der Frage nach Prioritäten in der medizinischen Versorgung (Rosén, 2006: 108): Als Beitragszahler und Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung können die Prioritäten andere sein, als in der Rolle des Elternteils eines kranken Kindes oder eines Leistungserbringers im Gesundheitswesen. Trotz aller Vorteile bergen deskriptive Modelle der Repräsentation also auch Schwierigkeiten. Parkinson kritisiert insbesondere die mangelnde Autorisierung und Verantwortlichkeit im Verhältnis zwischen Repräsentanten und Repräsentierten (Parkinson, 2003: 189; Parkinson, 2006a: 34, 80f).

3.2.1.4 Diskursive Repräsentativität

Eine weitere Form der Repräsentation ist die von John Dryzek gemeinsam mit Simon Niemeyer vorgeschlagene *Abbildung von Diskursen* im Gegensatz zur Repräsentation von Personen oder ihren Merkmalen (Dryzek und Niemeyer, 2008; 2010b; vgl. auch Dryzek, 2001). Ein Diskurs ist laut Dryzek „a shared way of comprehending the world embedded in language“ (Dryzek, 2010: 31; Dryzek, 2001: 658). Nach dieser Auffassung beinhalten Diskurse immer bestimmte (intersubjektiv rationale) Annahmen, Urteile und Auffassungen über relevante Fakten und zulässige Werte (ebd.). D. h. sie drücken eine eigene Interpretation der Realität aus, sie konstituieren die Identität sowie die mit ihnen verbundenen Interessen der Akteure (Dryzek, 2010: 32).³⁹ Diskurse unterscheiden sich damit von bloßen Meinungen der Akteure. Dennoch kann jedes Individuum je nach Setting, Kontext und individueller Situation unterschiedliche, und sogar inkompatible Diskurse vertreten (Dryzek, 2010: 36, 58). Werden diese verschiedenen Diskurse als Grundlage für die repräsentative Auswahl von Teilnehmern eines deliberativen Prozesses verwendet, bildet das die Komplexität individueller und gesellschaftlicher Mei-

³⁹ Der im Konzept der diskursiven Repräsentation verwendete Diskursbegriff unterscheidet sich von der alltags-sprachlichen Verwendung des Begriffs; zur Bestimmung und Abgrenzung, siehe Dryzek und Niemeyer (2010b: 45).

nungs- und Präferenzstrukturen besser ab, als die oben beschriebene deskriptive Variante der Repräsentation (Dryzek und Niemeyer, 2010b: 48f).

Ein Vorteil dieser Form der Repräsentativität ist die meist begrenzte Anzahl relevanter Diskurse, die es erlaubt, sie alle auch in relativ kleinen deliberativen Foren zu berücksichtigen (Dryzek und Niemeyer, 2010b: 43). Zudem spiegelt die diskursive Repräsentativität auch den Anspruch an ideale deliberative Prozesse wieder, denn nicht die Anzahl der Unterstützer eines bestimmten Diskurses entscheidet über dessen Bedeutung, sondern die Qualität und Rationalität der zugrunde liegenden Argumente (Dryzek und Niemeyer, 2010b: 45f). Dies begünstigt gut begründbare Diskurse, die von Minderheiten vertreten werden und daher in anderen Repräsentationsmodellen unter Umständen benachteiligt wären. Allerdings gehen Dryzek und Niemeyer in ihrer Konzeption diskursiver Repräsentativität implizit davon aus, dass die für eine gesellschaftliche oder politische Entscheidungsfindung relevanten Diskurse in der Öffentlichkeit bereits entwickelt und identifizierbar sind. Dies kann jedoch nicht vorausgesetzt werden, weshalb sich diese Form der Repräsentativität nicht uneingeschränkt für jeden Inhalt deliberativer Mini-Publics eignet. Darüber hinaus zielen Mini-Publics explizit auf die Beteiligung von „gewöhnlichen Bürgern“ ab, die sich zu bestimmten Fragestellungen unter Umständen noch gar keine Meinung gebildet haben und daher nicht unbedingt als Vertreter bereits definierter Diskurse identifiziert werden können. Daher kann die Verwendung dieses Repräsentationsmodells in Mini-Publics mit Schwierigkeiten verbunden sein.

Insgesamt sind die meisten Autoren sich jedoch einig, dass die Anforderungen an die Repräsentativität von Mini-Publics eingeschränkt werden können, wenn diese primär als Verfahren zur Meinungs- und Willensbildung konzipiert werden oder einen empfehlenden oder beratenden Charakter besitzen (Parkinson, 2003: 189; Parkinson, 2006a: 34, 80f; vgl. auch Fishkin, 1997: 162): „Social characteristics and viewpoints need not be present in the same proportions as in the larger population, nor need members of the mini-public be accountable to the larger population in the way elected representatives are“ (Goodin und Dryzek, 2006: 221). Dies gilt insbesondere, wenn sie als Teil eines deliberativen Systems konzipiert werden, das weitere Möglichkeiten der deliberativen Meinungs- und Willensbildung und -äußerung von Bürgern sowie eigene Mechanismen für die Entscheidungsfindung enthält (Parkinson, 2006a: 34). Es werden dann weder deskriptive Repräsentativität noch ein Modell der Delegation als Goldstandard für deliberative Mini-Publics betrachtet. Viele Autoren schlagen vielmehr vor, eine möglichst große Vielfalt von Hintergründen und Standpunkten der Teilnehmer anzustreben (vgl. z. B. Edwards et al., 2008; Riedy und Herriman, 2011; Smith, 2009: 83; McKenzie und Warren, 2012: 105ff; und insb. Molster et al., 2011). Hierdurch sollen viele verschiedene Gesichtspunkte und Argumente in den deliberativen Prozess eingebracht werden. Dieser An-

satz lässt sich als pragmatische Variante der von Dryzek entwickelten diskursiven Repräsentativität interpretieren.

Meist werden die Teilnehmer hierfür per stratifizierte Zufallsauswahl rekrutiert, um zumindest die Vielfalt soziodemografischer Hintergründe der Teilnehmer zu gewährleisten. Ob daraus auch eine große Zahl unterschiedlicher Standpunkte folgt oder ob sogar von diskursiver Repräsentation gesprochen werden kann, ist jedoch fraglich. Dennoch scheint der Anspruch, eine möglichst große Vielfalt von Personen mit unterschiedlichen Hintergründen an der Deliberation zu beteiligen, den Anforderungen der deliberativen Demokratietheorie zumindest nahe zu kommen. Damit ist die stratifizierte Zufallsauswahl der derzeit vielversprechendste Ansatz für die Rekrutierung der Teilnehmer von Mini-Publics.

3.2.2 Qualität der Deliberation und Schwierigkeiten ihrer Messung

Wenn es um die Entfaltung von Potenzialen von Mini-Publics, also explizit deliberativer Verfahren, geht, muss zunächst geklärt werden, dass die Debatten im Rahmen dieser Mini-Publics auch tatsächlich eine hohe diskursive Qualität aufweisen – dass sie also den in Abschnitt 2.1 skizzierten normativen Anforderungen an deliberative Prozesse gerecht werden. Nur dann können die möglichen Impacts von Mini-Publics auch als Auswirkungen der Deliberation interpretiert werden. Allerdings sind bislang weder der genaue Einfluss der Qualität der Debatten auf die Ergebnisse und Impacts von Mini-Publics noch die Auswirkungen von Kontextfaktoren und institutionellem Design auf die Qualität empirisch erforscht. Ryfe kritisiert noch 2005: „Researchers have been less interested in deliberation itself than in measuring its effects“ (Ryfe, 2005: 54). Es stellt sich also die Frage, ob und inwieweit die von der deliberativen Demokratietheorie formulierten normativen Anforderungen im Rahmen von Mini-Publics erfüllt werden.

Zur Feststellung der Qualität der Deliberation sind unterschiedliche Maßstäbe denkbar. Die prominentesten und am häufigsten verwendeten Ansätze zu ihrer Messung konzentrieren sich jedoch auf rein prozedurale Kriterien. Bereits die Bestimmung dieser Kriterien ist angesichts der Vielfalt und Diversität der Ansätze innerhalb der deliberativen Demokratietheorie nicht trivial (vgl. z. B. Neblo, 2007; Bächtiger et al., 2010a). Wie bereits diskutiert wurde, ist das Konzept der Deliberation immer stärker ausgedehnt worden (Steiner, 2008), so dass es weniger leicht von anderen Kommunikationsformen – wie Verhandlung und strategischer Kommunikation – unterscheidbar ist (Bächtiger et al., 2010a: insb. 48f). Zwar sind grundsätzlich analytische Unterscheidungen von Idealtypen der verschiedenen Kommunikationsformen möglich, in empirischen Debatten tauchen diese jedoch häufig nebeneinander und selten in

Reinform auf (vgl. z. B. Goodin, 2005; Holzinger, 2005; Ulbert und Risse, 2005).⁴⁰ Um dennoch die diskursive Qualität von Kommunikation in der wirklichen Welt messen zu können, ohne dabei zu sehr von den ursprünglichen Konzeption der deliberativen Demokratietheorie abzuweichen, schlagen Bächtiger und Kollegen mit Bezug auf Goodin (2005) ein sequenzielles Modell der Deliberation vor. Nach dieser Vorstellung bestehen Kommunikationsprozesse aus unterschiedlichen Sequenzen, in denen verschiedene Kommunikationsformen jeweils unterschiedliche Funktionen entfalten können (Bächtiger et al., 2010a: 34f, 55f). Das heißt, es wird nicht mehr erwartet, dass der gesamte Prozess den anspruchsvollen Idealen entspricht; wenn aber die relevanten Aspekte idealer Deliberation in mindestens einer Sequenz einer realen Debatte gemessen werden können, „this may qualify as „good enough“ deliberation“ (Bächtiger et al., 2010a: 35).⁴¹ Dabei wird das ursprüngliche von Jürgen Habermas entwickelte Ideal diskursiver Prozesse als Referenz betrachtet, an der die reale beobachtbare Debatten gemessen werden können.

Die von Habermas (und anderen) verwendeten Kriterien für kommunikatives Handeln im Rahmen idealer Sprechsituationen dienen somit als Maßstab (siehe Abschnitt 2.1.1.2): Dies sind insbesondere Inklusivität und Zwanglosigkeit der Debatten, rationale und vernünftige Argumentation und Begründung sowie wechselseitiger Respekt, Verständigungsorientierung, Gemeinwohlorientierung und Wahrhaftigkeit der Teilnehmer. Die daraus ableitbaren prozeduralen Prinzipien operationalisieren Steenbergen und Kollegen in sieben messbare Indikatoren, die den sogenannten Discourse Quality Index (DQI) bilden (Steenbergen et al., 2003). Anhand von Tonbandtranskripten können einzelne Sprechakte jeweils mit einem Wert für diese sieben Indikatoren versehen werden, der angibt, inwieweit diese erfüllt sind. Daraus lässt sich dann die Diskursqualität auf Ebene einzelner Sprechakte ablesen. Die sieben Indikatoren sind: 1) „Participation“: Beteiligen sich alle Akteure gleichmäßig an der Debatte? 2) „Level of justification“: Rechtfertigen die Teilnehmer ihre Argumente oder stellen sie lediglich Behauptungen auf? 3) „Content of justification“: Richten die Teilnehmer ihre Rechtfertigungen primär an Eigeninteressen aus oder beziehen sie sich auch auf die Interessen anderer oder der gesamten Gruppe? 4) „Respect for the involved groups“: Wie verhalten sich die Akteure gegenüber hilfsbedürftigen Gruppen oder Minderheiten? 5) „Respect toward the demands of others“: Wie behandeln sie die Vorschläge und Wünsche der anderen Teilnehmer? 6) „Respect toward counterarguments“: Wie verhalten die Akteure sich gegenüber den Argumente der

⁴⁰ Zur besonders ausführlich diskutierten Unterscheidung zwischen Argumentieren und Verhandeln siehe insbesondere (Elster, 1991; Saretzki, 1996; Naurin, 2007; Saretzki, 2009).

⁴¹ An dieser Stelle weichen Bächtiger und Kollegen von Goodins Vorschlag zur Sequenzierung ab; denn sie messen – anders als von Goodin vorgesehen – die Qualität des gesamten Diskurses an den Charakteristika einzelner Sequenzen.

Anderen? 7) „Constructive politics“: Machen die Teilnehmer auch Vorschläge zur gemeinsamen Verständigung oder beharren sie auf ihrer Perspektive? Schließlich wird auch auf die Bedeutung von Authentizität und Wahrhaftigkeit für die Verwirklichung einer idealen Sprechsituation hingewiesen. Diese Kategorie ist jedoch kaum messbar und wird daher nicht explizit in den DQI aufgenommen (Steenbergen et al., 2003: 26).

Obwohl der DQI in seiner ursprünglichen Version von Habermas selbst einigen Zuspruch erhalten hat (Habermas, 2005), ist er auch für seine Einschränkungen kritisiert worden. Bächtiger et al. (Bächtiger et al., 2010a: 40ff) identifizieren Messschwierigkeiten und „blind spots“ in dieser ersten Version des DQI, insbesondere was die Messung von Aufrichtigkeit und Wahrhaftigkeit der Diskursteilnehmer angeht. Zudem erlaubt der Index keine eindeutige Unterscheidung zwischen tatsächlich diskursiven Kommunikationsprozessen und solchen, die die Anforderungen hierfür nicht erfüllen (Dryzek, 2007: 244). Dies veranlasst Bächtiger und Kollegen zu einer Weiterentwicklung des DQI, die auch Elemente des normativ weniger anspruchsvollen Verständnisses von Deliberation integriert und so eine Unterscheidung verschiedener Typen deliberativer Prozesse erlaubt (Bächtiger et al., 2010c; Bächtiger et al., 2010b). Dabei beziehen sich Bächtiger und Kollegen explizit auf die von Rosenberg vorgenommene Unterscheidung unterschiedlich anspruchsvoller Typen (Rosenberg, 2007b) und verfeinern diese, um sie für den DQI zu operationalisieren. Die in dieser zweiten Version des DQI verwendeten Kriterien messen zunächst ebenfalls die für das ursprüngliche, normativ anspruchsvolle Verständnis der Deliberation notwendigen Prinzipien, die jedoch leicht angepasst wurden: 1.) „Equality“: Sind Anzahl und Länge der Sprechbeiträge etwa gleichverteilt? 2.) „Justification rationality“: In welchem Umfang begründen die Akteure ihre Aussagen und Argumente? 3.) „Common good orientation“: Beziehen sich die Teilnehmer in ihrer Argumentation auch auf das Gemeinwohl? 4.) „Respect and agreement“, dies fasst die Kriterien 5 und 6 der ersten Version des DQI zusammen und misst den Respekt, den Akteure den Wünschen und Argumenten anderer Diskursteilnehmer entgegenbringen. 5.) „Interactivity“: In wie weit beziehen die Akteure sich in ihrer eigenen Argumentation auf andere Teilnehmer oder deren Argumente? 6.) „Constructive politics“: Dies misst wie im DQI I die Verständigungsorientierung der Teilnehmer. 7.) „Truthfulness“ wird auch in dieser Version von der Analyse ausgeschlossen, da es kaum messbar ist. Schließlich werden zwei Kriterien eingeführt, die explizit Aspekte des weniger voraussetzungsvollen Verständnisses von Deliberation abbilden: 8.) „Story-Telling“ und 9.) „Deliberative negotiations“. Diese letzte Kategorie bezieht sich auf die von Mansbridge vorgeschlagene Unterscheidung zwischen deliberativen und nicht-deliberativen Verhandlungen, wobei „deliberative negotiation“ gekennzeichnet ist durch „ab-

sence of coercive power, a base solely in mutual justification, as well as reciprocity, mutual respect, freedom, and equality among the partners“ (Mansbridge, 2009: 34).

Damit orientiert sich die zweite Version des DQI zwar ebenfalls an der von Habermas (und anderen) entwickelten normativ anspruchsvollen Konzeption idealer Sprechakte, ermöglicht jedoch auch eine genauere Beschreibung realer Kommunikationsprozesse, die diesen Standards kaum umfassend entsprechen können. Insgesamt handelt es sich beim DQI (I und II) jedoch um ein sehr zeitaufwändiges Instrument zur Messung der Qualität deliberativer Prozesse. Zudem werden die fast ausschließlich auf prozedurale Aspekte bezogenen Indikatoren durch die Codierung quantifiziert und anschließend aufsummiert. Eine Analyse von Zusammenhängen der Qualität von Sprechakten und Diskursen mit deren Inhalten ist nicht primär intendiert und nach der Codierung kaum mehr möglich. Auch eine grundsätzliche inhaltliche Bewertung der Argumente ist nicht vorgesehen. Dieser Aspekt ist auch von Neblo kritisiert worden: „What are we to make of our coding schemes when they cannot differentiate between formally equal arguments for allocating disaster prevention monies on global warming versus protecting against space aliens?“ (Neblo, 2007: 546).

Auch die meisten anderen Ansätze zur Messung von der Qualität bzw. zur allgemeinen Evaluation deliberativer Prozesse verwenden hauptsächlich solche prozedurale Kriterien, obwohl einige zusätzlich inhaltliche Aspekte oder die Ergebnisse der Deliberation bewerten (vgl. Renn et al., 1995; Webler, 1995; Rowe und Frewer, 2000; Abelson et al., 2003b; Rowe et al., 2004; Carson und Hartz-Karp, 2005; Riedy und Herriman, 2011; Edwards et al., 2008; Rowe et al., 2008; Rowe et al., 2005; Goold et al., 2012; die Beiträge in Geissel und Newton, 2012; Molster et al., 2011).⁴² In der vorliegenden Arbeit wird der Fokus der empirischen Analysen weniger auf prozeduralen, und stärker auf inhaltlichen Aspekten bzw. den Folgen von Deliberation liegen (siehe Abschnitt 5.2 bis 5.4 zur Operationalisierung der Fragestellung). Es wird entsprechend keine systematische Erhebung der Diskursqualität nach dem Vorbild des DQI erfolgen. Dennoch sind die Indikatoren des DQI sowie die in den anderen genannten Evaluationsarbeiten entwickelten Kriterien ein nützlicher Ausgangspunkt für die Erhebung von prozeduraler Diskursqualität.

3.2.3 Adäquate Ressourcenausstattung der Teilnehmer

Die erfolgreiche Durchführung einer Mini-Public erfordert die Ausstattung der Teilnehmer mit den hierfür nötigen Ressourcen (Rowe und Frewer, 2000: 15f; Goold et al., 2012: 24). Darunter fallen laut Rowe und Frewer (2000: 15) folgende Arten von Ressourcen: 1.) die not-

⁴² Für einen Überblick über verschiedene Evaluationsansätze, siehe Rowe (2004); für die konzeptionelle Auseinandersetzung mit verschiedenen Ansätzen, siehe Neblo (2007).

wendigen Informationen über Lösungsvorschläge und Argumente zur diskutierten Frage („information resources“): nur wenn die Teilnehmer Zugang zu verständlichen und möglichst umfassenden Informationen erhalten, können sie die relevanten Aspekte einer Thematik erfassen und hierüber zu fundierten und durchdachten Ergebnissen kommen. 2.) bedarf es der Unterstützung durch verschiedene Personen („human resources“), wie z. B. von Experten oder Vertretern unterschiedlicher Interessen als Informationsquellen oder zur Diskussion bestimmter Aspekte. Aber auch Moderatoren oder Personen zur Assistenz bei der Entscheidungsfindung oder der Formulierung von Ergebnissen gehören dazu. 3.) müssen auch die notwendigen Räumlichkeiten und Materialien, wie ein Overheadprojektor, Moderationstafeln und Schreibmaterialien, bereitgestellt werden („material resources“). 4.) sollten die Teilnehmer ausreichend Zeit für intensive Einarbeitung, Debatten und Ergebnisformulierung erhalten („time resources“).

Einschränkungen in der Ressourcenausstattung können sich auf die Qualität der Deliberation und der Mini-Public insgesamt auswirken (Rowe und Frewer, 2000: 16). Die Entfaltung der oben identifizierten Potenziale hängt damit auch von den verfügbaren Informations-, personellen, materiellen und Zeitressourcen ab. Rowe und Frewer weisen darauf hin, dass in all diesen Kategorien der Aufwand zur Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen gegen den hierfür zu erwartenden Nutzen abgewogen werden müsse (ebd.). Dies sei relevant im Hinblick auf die Kosteneffektivität eines solchen Verfahrens. Unabhängig von den entstehenden Kosten sollte der Umfang bereitgestellter Ressourcen jedoch stets an die Bedürfnisse und Kapazitäten der Teilnehmer angepasst werden. Dies gilt insbesondere für die ersten beiden Kategorien von Ressourcen: Sehr umfangreiches Informationsmaterial und eine große Anzahl von Experten oder Personen, die das Verfahren unterstützend begleiten, können einige Teilnehmer unter Umständen überfordern oder bei der Beteiligung hemmen. Dann würden solche Angebote sich nicht förderlich, sondern eher hinderlich auf den erfolgreichen Verlauf einer Mini-Public auswirken. Auch sehr große Mengen an materiellen Ressourcen und technischen Hilfsmitteln könnten einen solchen Effekt haben; und sogar der Zeitrahmen, der für die Mini-Public eingeplant wird, muss sorgfältig abgewogen werden. Denn einige Teilnehmer könnten bereits im Vorfeld durch einen zu umfangreichen Zeitbedarf abgeschreckt werden. Zudem müssen längere Debatten nicht notwendigerweise zu besseren Ergebnissen führen. Es gilt also, ausreichend Ressourcen für die Arbeit der Teilnehmer bereitzustellen, ohne diese zu überfordern oder die Kosten des Verfahrens unnötig durch übermäßige Ressourcenausstattung zu steigern.

3.2.4 *Transparenz und Öffentlichkeit von Mini-Publics*

Eine wichtige Voraussetzung für viele Potenziale deliberativer Mini-Publics ist die Veröffentlichung von Ergebnissen und Argumenten sowie die Transparenz der Abläufe und der vorangegangenen Designentscheidungen (Smith, 2009: 101ff): Nur wenn Entscheidungsträger und Öffentlichkeit über das Ereignis der Mini-Public informiert werden, können sie deren Argumente und Ergebnisse aufgreifen und darauf reagieren. Dies geschieht meist mittels medialer Berichterstattung (Abschnitt 3.2.4.1). Damit die Stellungnahmen und Empfehlungen von Mini-Publics aber überhaupt ernst genommen und ihre Ergebnisse als legitim wahrgenommen werden, müssen die Designentscheidungen und der Verlauf der Beratungen möglichst transparent sein (3.2.4.2).

3.2.4.1 *Verbreitung und Veröffentlichung der Ergebnisse von Mini-Publics*

Darüber, dass den Medien eine bedeutende Rolle im deliberativen System zukommt, herrscht weitgehend Einigkeit (Parkinson, 2006a: 7, Kap. 5; Mansbridge et al., 2012: 20). Dies gilt besonders dann, wenn kein konkreter Auftrag von Seiten der Entscheidungsträger oder keine direkte Verbindung zur Zielgruppe der Mini-Public bestehen (Dryzek, 2010: 174). Denn dann können Mini-Publics nicht direkt mit den relevanten Akteuren in Verbindung treten und sind zur Verbreitung ihrer Ergebnisse auf mediale Berichterstattung angewiesen. Die Medien können die Ergebnisse der Mini-Public öffentlich zugänglich machen und sie so mit der breiteren Öffentlichkeit und damit auch mit anderen Elementen im deliberativen System verbinden. Parkinson bezeichnet die Medien in dieser Funktion als „rickety bridges“ (Parkinson, 2006c): Zwar kommen sie ihrer vermittelnden Funktion nach, aber die große Bedeutung medialer Berichterstattung für die Entfaltung positiver Impacts von Mini-Publics kann auch problematisch sein (vgl. auch Smith, 2009: 102f). Denn über was Nachrichtenagenturen, Zeitungen, Zeitschriften oder Radio- und Fernsehsendungen berichten und welche Aspekte sie dabei aufgreifen, entscheiden sie selbst. Die meisten Medienformate sind für ihre Finanzierung darauf angewiesen, Werbepartner oder Abonnenten zu gewinnen. Beides gelingt nur mit Inhalten, die möglichst viele Leser, Zuhörer oder Zuschauer ansprechen und häufig auf eine bestimmte Zielgruppe zugeschnitten werden (Parkinson, 2006a: 105f). Je nachdem, in welcher Zeitung, Zeitschrift, Radio- oder Fernsehsendung Inhalte erscheinen und abhängig von ihrer Aufmachung sprechen sie daher auch unterschiedliche Personen an und erreichen nicht unbedingt die breite Öffentlichkeit. Das Interesse der meisten Zielgruppen an Konflikten oder Kontroversen ist üblicherweise größer als an einmütigen Ergebnissen vernünftiger Debatten. Daher wird von den meisten Medien eher über Mini-Publics berichtet, die einen Fokus auf Konflikte oder brisante Ergebnisse erlauben (Parkinson, 2006a: 104; Dryzek, 2010: 174). Zudem sind auch die Aktualität und Salienz der Inhalte von Mini-Publics und eine bereits bestehende öf-

fentliche Debatte hierzu für das mediale Interesse von Bedeutung (Parkinson, 2006a: 114ff). Sehr komplexe Gegenstände können für die mediale Berichterstattung von Nachteil sein, da sie schwer öffentlich vermittelbar und unter Umständen von geringem öffentlichem Interesse sind. Allerdings ist auch der Nachrichtenwert einer Meldung für die mediale Berichterstattung ausschlaggebend. Wenn eine Mini-Public lediglich zum wiederholten Male Ergebnisse anderer Debatten reproduziert oder die Methode selbst bereits sehr etabliert ist, sind ihr Nachrichtenwert und damit auch die Anreize für eine mediale Berichterstattung gering.

Auch wenn das Medieninteresse groß ist und tatsächlich über eine Mini-Public berichtet wird, kann es jedoch zu einseitiger oder verkürzter Berichterstattung kommen. Denn die verantwortlichen Journalisten, Redakteure und Herausgeber müssen wiederum anhand der Zielgruppenerwägung entscheiden, welche Aspekte sie aufgreifen und wie sie sie darstellen und bewerten (Parkinson, 2006a: 103). Dabei sind sie meist durch begrenzte Sendezeit oder Zeichenanzahlen eingeschränkt, so dass die unter Umständen sehr komplexen Inhalte einer Mini-Public notwendigerweise vereinfacht dargestellt werden müssen (Parkinson, 2006a: 105f). Parkinson zeigt am Beispiel einer Deliberative Poll zu gesundheitspolitischen Fragen im Jahr 1998, dass es sogar für die Berichterstattung im Fernsehen schwierig ist, die tatsächlichen Debatten von Mini-Publics abzubilden (Parkinson, 2006c). Die Berichterstattung konzentrierte sich kaum auf die Debatten der Teilnehmer selbst oder auf die relativ unkontroverse Expertenbefragung. Im Fokus standen vielmehr die Befragung von Politikern, die stärkere Positionen bezogen hatten sowie die prominente Moderatorin der Mini-Public. Gibson und Miskin kommen nach der Analyse von Fernsehberichten zu einer australischen Deliberative Poll zu einem ähnlichen Ergebnis (Gibson und Miskin, 2002). Auch hier haben die Verantwortlichen stark selektiert, und nur über solche Aspekte berichtet, die aus ihrer Sicht einen Nachrichtenwert aufwiesen (ebd., S. 172). Grund für eine verzerrte oder einseitige Berichterstattung sind nicht unbedingt die Unfähigkeit oder Weigerung der verantwortlichen Akteure, sondern vielmehr die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit (Parkinson, 2006c: 182). Dies veranlasst Parkinson jedoch insgesamt zu einer kritischen Bewertung einer zu großen Relevanz der Medien für die Veröffentlichung von Ergebnissen und Argumenten von Mini-Publics:⁴³ „(T)he nature of the media is such that it cannot bear the full weight of deliberative democratic theory’s bridging expectations“ (Parkinson, 2006b: 190).

⁴³ Fishkin und Luskin teilen diese Einschätzung nicht, sie halten jedoch auch die Abbildung der deliberativen Prozesse selbst durch die Medien nicht für notwendig (Fishkin und Luskin, 2006). Aus ihrer Sicht zielt die Berichterstattung über Deliberative Polls vor allem darauf, das Interesse und das Wissen der Öffentlichkeit und von Entscheidungsträgern über die diskutierte Fragestellung und die Ergebnisse der Deliberative Poll zu vergrößern. Dies sei in dem von Parkinson diskutierten Fall durchaus gelungen. Für eine Antwort Parkinsons siehe (Parkinson, 2006b).

Trotz dieser Einschränkungen ist die mediale Vermittlung der Inhalte und Ergebnisse von Mini-Publics ein zentraler Aspekt für die Entfaltung ihrer Potenziale. Damit die Berichterstattung möglichst ausgewogen ist, also unterschiedliche Medienformate die Thematik aufgreifen und damit verschiedene Zielgruppen ansprechen, bedarf es einer engagierten Öffentlichkeitsarbeit durch die Teilnehmer und Organisatoren einer Mini-Public (vgl. Schicktanz und Naumann, 2003a: 60f). Sie können durch gezielte Zusammenarbeit mit Medienvertretern zu einem größeren Ausmaß an Medieninteresse beitragen. Dafür ist auch die Dramaturgie der Mini-Public und ihrer Ergebnisse ausschlaggebend (Parkinson, 2006a: 117ff). Denn Nachrichten bestehen meist nicht nur aus reinen Fakten, sondern sie erzählen eine Geschichte: „News is narrative, with a plot and actors“ (Parkinson, 2006a: 104).

3.2.4.2 Transparenz der Prozesse, Evaluation und wissenschaftliche Begleitung

Die mediale Berichterstattung ist grundsätzlich wichtig, um die Ergebnisse einer Mini-Public öffentlich zu machen und damit überhaupt die Voraussetzungen für deren Einfluss auf öffentliche Debatten oder Entscheidungsträger zu schaffen. Damit die angesprochenen Zielgruppen diesen Ergebnissen aber vertrauen, ist auch die Transparenz von Vorbereitung und Verlauf der Mini-Publics von großer Bedeutung (McKenzie und Warren, 2012: 112). Dies umfasst beispielsweise die Veröffentlichung von Informationsmaterial und den bei der Erstellung verwendeten Quellen, die transparente Auswahl von zu befragenden Experten und Interessenvertretern, aber auch die Offenlegung der Regeln zur Rekrutierung der Teilnehmer und Informationen über die Finanzierung der Mini-Public. Aber nicht nur gegenüber der Öffentlichkeit, sondern insbesondere gegenüber den Teilnehmern der Mini-Public sind alle Designentscheidungen transparent zu machen. Wenn diese über die bereits getroffenen Entscheidungen informiert werden und die Möglichkeit erhalten, diese zu diskutieren und ggf. auf ihre Bedürfnisse anzupassen, kann dies ebenfalls die Authentizität und damit die Vertrauenswürdigkeit von Mini-Publics steigern.

Neben diesen durch die Organisatoren selbst zu verwirklichenden Transparenzsteigernden Maßnahmen werden auch externe Beratungs- und Kontrollgremien, z. B. in Form eines Beirats, eingesetzt (vgl. Rowe und Frewer, 2000: 13; Schicktanz und Naumann, 2003a: 58). Auch die extern in Auftrag gegebene Evaluation und wissenschaftliche Begleitung von Mini-Publics kann zur Steigerung der Transparenz und Vertrauenswürdigkeit des jeweiligen Verfahrens beitragen.

3.2.5 Zusammenfassung

In den vorherigen Abschnitten wurden wichtige Qualitätsmerkmale deliberativer Mini-Publics erörtert und jeweils Anforderungen bzw. Goldstandards für die Organisation solcher Verfah-

ren formuliert. Die aufgeführten Qualitätsmerkmale sowie die mit ihnen verbundenen Ansprüche und Ziele werden in Tabelle 2 zusammenfassend dargestellt. Sie dienen als Basis für die Bewertung der grundsätzlichen Qualität der Lübecker Bürgerkonferenz.

Tabelle 2: Grundlegende Qualitätsmerkmale deliberativer Mini-Publics

Qualitätsmerkmal	Anspruch / Goldstandard	Ziel/ Kriterium
Repräsentativität	Diskursive Repräsentativität (oder ersatzweise: Berücksichtigung möglichst aller relevanten Standpunkte und Argumente)	<ul style="list-style-type: none"> - Möglichst Akteure mit vielfältigen Hintergründen einbeziehen - Die Teilnahme sollte freiwillig sein - Kein systematischer Ein- oder Ausschluss von Personengruppen und ihren Standpunkten - Keine stark vordefinierten Interessen der Teilnehmer
Qualität der Deliberation	Inklusivität	Möglichst gleichmäßige Beteiligung aller Teilnehmer an deliberativem Prozess
	Zwanglosigkeit (intern/extern)	<ul style="list-style-type: none"> - Kein Zwang durch Akteure außerhalb der Teilnehmergruppe - Keine Ausübung von Zwang innerhalb der Teilnehmergruppe
	Wechselseitiger Respekt	<ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer respektieren sich gegenseitig als gleichwertig - Respekt für die Argumente der anderen Teilnehmer
	Verständigungsorientierung	<ul style="list-style-type: none"> - Orientierung an gemeinsamer Problemdefinition und Lösung - Offenheit für die Argumente anderer
	Gemeinwohlorientierung	Kein eigeninteressiertes, sondern gemeinwohlorientiertes Verhalten
	Rationale Argumentation und Begründung	Möglichst rationale Begründungen für Standpunkte und Behauptungen
	Persönliches Story-Telling	Erweiterung der Bandbreite zulässiger Sprechakte
	Authentizität und Wahrhaftigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Kein strategisches oder manipulierendes Verhalten der Teilnehmer - Authentisches Verhalten der Sprecher, Wahrhaftigkeit der Beiträge
Ressourcenausstattung der Teilnehmer	Adäquates Informationsmaterial	Zugang der Teilnehmer zu möglichst umfassendem, ausgewogenem und allgemein verständlichem Informationsmaterial
	Adäquate personelle Unterstützung	Möglichst breite und ausgewogene Unterstützung der Teilnehmer durch Experten, Moderatoren und weitere relevante Akteure
	Adäquate materielle Ressourcen	Bereitstellung angemessener Räumlichkeiten und technischer Hilfsmittel
	Adäquate Zeitressourcen	Möglichst ausreichend Zeit zur ausführlichen Diskussion und Klärung aller relevanten Aspekte
Transparenz und Öffentlichkeit	Veröffentlichung von Ergebnissen	Möglichst breite mediale Berichterstattung über Inhalte und Ergebnisse
	Transparenz gegenüber Teilnehmern und Öffentlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Transparenz von Designentscheidungen und Einfluss der Teilnehmer auf diese - Externe Beratung und Begleitung, bzw. Evaluation der Mini-Public

3.3 KONTEXTBEDINGUNGEN UND DESIGN DELIBERATIVER MINI-PUBLICS

Neben den bisher beschriebenen Qualitätsanforderungen an deliberative Mini-Publics lassen sich auch Kontextbedingungen und Designaspekte identifizieren, die sich – je nach ihrer Ausprägung – unterschiedlich auf Verlauf und Ergebnisse der Mini-Public auswirken können. Darunter fallen zunächst die unterschiedlichen Dimensionen der Komplexität von Inhalten deliberativer Mini-Publics (Abschnitt 3.3.1) und die Definition von Auftrag und Entscheidungsregeln für die Teilnehmer (3.3.2). Schließlich werden die Rollen von Organisatoren, Moderator und Experten für den Verlauf und die Ergebnisse einer Mini-Public erörtert (3.3.3).

3.3.1 Dimensionen der Komplexität von Inhalten

Von besonderer Bedeutung für die Impacts einer Mini-Public ist über die bereits diskutierten Qualitätsanforderungen hinaus die Art und Komplexität ihres Gegenstands (Fung, 2003: 343). McKenzie und Warren unterscheiden drei Arten der Komplexität von Inhalten deliberativer Mini-Publics: 1.) solche die *technisch komplex* sind, weil für ihre Bearbeitung umfangreiches Fakten- oder Expertenwissen nötig ist (McKenzie und Warren, 2012: 103); 2.) *politisch komplexe* Themen zeichnen sich dadurch aus, dass viele – zum Teil konfligierende oder sogar unvereinbare – Interessen, Auffassungen und Werte berücksichtigt werden müssen, um sie zu bearbeiten. Daher haben Politiker häufig wenig Interesse daran, diese Themen öffentlich zu diskutieren (ebd.). Die 3.) Art der Komplexität bezeichnen McKenzie und Warren als *temporale Komplexität* (McKenzie und Warren, 2012: 104). Dies betrifft Themenbereiche, die sich noch nicht als Inhalte öffentlicher oder politischer Debatten etabliert haben. Daher haben sich hierzu noch keine Meinungen oder Präferenzen bilden können und auch potenzielle Konflikte oder Widerstände konnten noch nicht identifiziert werden (ebd.).

Insgesamt wird „gewöhnlichen Bürgern“ im Rahmen von Mini-Publics eine größere Kompetenz zur Bearbeitung komplexer Fragestellungen zugesprochen als in anderen Beteiligungskontexten (vgl. Dryzek, 2010: 158f; Andersen und Hansen, 2007: 552). In solchen Settings werden sie gezielt dazu befähigt, sich inhaltlich in eine Thematik einzuarbeiten und unterschiedliche Akteure hierzu zu befragen (McKenzie und Warren, 2012: 120). Insbesondere Bevölkerungsumfragen oder reine Wahlentscheidungen stellen häufig sehr komplexe Antwortalternativen zur Auswahl, die viele Befragte kaum fundiert bewerten können (McKenzie und Warren, 2012: 103). Dies gilt besonders in temporal komplexen Themenbereichen, wo schlicht noch keine Meinungen oder Präferenzen ausgebildet sind, die abgefragt werden könnten: „It does no good to survey the public on such matters, or to convene public hearings or stakeholder meetings, or to develop any other process that depends upon expressions of public interests – voice – for none yet exist“ (McKenzie und Warren, 2012: 119). Trotz der möglichen Vorteile von Mini-Publics, stellen die unterschiedlichen Formen der Komplexität jeweils andere Herausforderungen für Teilnehmer sowie Organisatoren und Moderatoren von Mini-Publics dar, die im Folgenden erläutert werden.

3.3.1.1 Technische Komplexität: Schwierigkeiten der Verarbeitung umfangreichen Informationsmaterials

Die technische Komplexität von Themenbereichen kann sich auf drei unterschiedliche Arten äußern: Dies betrifft erstens den *Umfang und die Diversifiziertheit des für die Bearbeitung erforderlichen Fach- und Spezialwissens*, die womöglich für „gewöhnliche Bürger“ schwer zu überblicken und zu bewerten sind. Daher ist die Einarbeitung für die Teilnehmer einer Mini-Public in solch

komplexe Fragestellungen unter Umständen schwierig und zeitaufwändig. Es erfordert umfangreiches und möglichst allgemeinverständliches Informationsmaterial und die Unterstützung von Experten, um den Informationsbedarf zu decken. Allerdings sind gerade Debatten, die einen großen Umfang an Expertenwissen erfordern, meist durch gesellschaftliche oder politische Eliten bzw. Experten dominiert. Diese hegen häufig Zweifel an der Kompetenz von Bürgern, solche komplexen Fragestellungen überhaupt zu bearbeiten (vgl. Schicktanz, 2006: 106, 108). Dadurch kann es zu Schwierigkeiten bei der Einladung von Experten zur Befragung durch die Teilnehmer kommen. Aber auch die Verbreitung der Ergebnisse der Mini-Public ist möglicherweise schwieriger, da das Vertrauen in diese gering ist oder schlicht das Interesse fehlt.

Die zweite Form der technischen Komplexität betrifft die *Art der an die Bürger gestellten Fragestellung*. In den meisten Mini-Publics werden den Teilnehmern Handlungsoptionen für ein bestimmtes Problem oder den Umgang mit neuartigen Technologien vorgestellt, die sie gemeinsam bewerten: z. B. in den Mini-Publics zum Bloomfield-Track in Australien (Niemeyer, 2004), zur Einführung von Bio-Banken in British Columbia (O'Doherty und Burgess, 2009) oder zum Einsatz von Gendiagnostik in Deutschland (Schicktanz und Naumann, 2003b). Deutlich komplexer ist die Aufgabe der eigenen Entwicklung von Lösungsvorschlägen durch die Teilnehmer von Mini-Publics, wie beispielsweise im Australian Citizens' Parliament zur Zukunft der Demokratie in Australien (Dryzek, 2009). In solchen Fällen müssen die Teilnehmer nicht nur die für die bereits identifizierten Handlungsoptionen relevanten Informationen zusammentragen und bewerten, sondern sie werden aufgefordert, eigenständige Vorschläge zu entwickeln. Dies erfordert häufig ein deutlich umfangreicheres Wissen über die Beschaffenheit und die Charakteristika des zu lösenden Problems sowie über die überhaupt realisierbaren Handlungsoptionen. Ein solches Wissen ist unter Umständen für die Teilnehmer von Mini-Publics kaum zu generieren, zumal sie meist nur ein begrenztes Zeitkontingent zur Verfügung haben. Schließlich beeinflusst drittens auch das *Abstraktionsniveau von Themen* die möglichen Schwierigkeiten von Mini-Publics mit deren Bearbeitung. Die meisten Bürger sind in ihrem Alltagsleben selten mit sehr abstrakten Themen konfrontiert, was die Einarbeitung und Bearbeitung solcher abstrakter Inhalte womöglich erschwert. In der Auseinandersetzung mit stark alltags- und anwendungsbezogenen, d. h. konkreten Fragestellungen können Bürger eher auf ihr spezifisches Erfahrungswissen zurückgreifen. Neue Informationen darüber können sie mit ihren persönlichen Erfahrungen abgleichen und eine Bewertung von Handlungsalternativen oder auch die Entwicklung eigener Vorschläge fällt ihnen dann unter Umständen leichter als in der Auseinandersetzung mit sehr abstrakten Fragestellungen.

3.3.1.2 Politische Komplexität: Umgang mit gegensätzlichen Interessen und zugrunde liegenden Wertvorstellungen

Beispiele für politisch komplexe Themen sind etwa bioethische oder auch gesundheitspolitische Fragen (vgl. McKenzie und Warren, 2012: 103). Sie weisen nicht nur in den meisten Fällen eine hohe technische Komplexität auf, sondern betreffen auch eine Vielzahl unterschiedlicher Interessen und Werte (ebd.). Diese können nicht nur *zwischen* verschiedenen Akteursgruppen variieren, sondern auch *innerhalb* der Gruppe der „gewöhnlichen Bürger“. Zum einen ist es in solchen Themenbereichen besonders wichtig, den Teilnehmern einer Mini-Public Zugang zu ausgewogenen Informationen und möglichst allen relevanten Standpunkten zu ermöglichen. Die Auswahl von Experten, die in der Lage sind und sich dazu bereit erklären, sich den Fragen der Bürger zu stellen und ihre Standpunkte allgemeinverständlich zu artikulieren, ist jedoch in besonders heiklen Themenbereichen unter Umständen schwieriger. Auch der Zeitaufwand für die Einarbeitung der Teilnehmer kann größer sein, da viele unterschiedliche Aspekte beleuchtet werden müssen, zu denen auch innerhalb der Bürgergruppe Konflikte existieren können. Dies erschwert zudem die Entwicklung einer gemeinsamen Stellungnahme durch die Bürger (McKenzie und Warren, 2012: 109f). Häufig liegen den verschiedenen Auffassungen aber nicht nur reine Interessenkonflikte zugrunde, sondern fundamental unterschiedliche Weltanschauungen, Wertüberzeugungen oder religiöse Vorstellungen. Eine vollständige Auflösung von Wertkonflikten und die Einigung auf einen gemeinsamen Standpunkt aller Teilnehmer sind dann unter Umständen nicht möglich. Schließlich kann auch die Bereitschaft von Entscheidungsträgern oder andern möglichen Organisatoren gering sein, solche Themen überhaupt mit Bürgern zu diskutieren. Denn ihre öffentliche Diskussion birgt Konfliktpotenzial und ist womöglich unerwünscht. Wenn dann dennoch eine Mini-Public organisiert wird, kann dies zu Widerständen oder schlicht zur Nicht-Beachtung führen. All diese Aspekte der politischen Komplexität von Themenbereichen können sich auf die Debatten während einer Mini-Public sowie auf deren Ergebnis auswirken und müssen insofern auch für die Analyse der oben beschriebenen Potenziale berücksichtigt werden.

3.3.1.3 Temporale Komplexität: Bearbeitung von noch kaum diskutierten Themen

Viele technisch und politisch komplexe Themen weisen zusätzlich auch eine temporale Komplexität auf (McKenzie und Warren, 2012: 104). Diese Themen zeichnen sich häufig durch einen raschen Wandel und sich stetig verändernde, teilweise gegensätzliche Anforderungen aus – sei es in Form von technologischen Innovationsprozessen oder auch durch wechselnde Ressourcenausstattung. Solche raschen Veränderungsprozesse sind häufig noch nicht in politischen Debatten oder konkreten Policy-Vorschlägen umgesetzt. Wiederum werden bestimmte Fragen der Gesundheitsversorgung oder auch der Technikfolgenabschätzung als Beispiele ge-

nannt.⁴⁴ Da diese Themen noch nicht öffentlich diskutiert werden, haben sich meist noch keine öffentlichen Meinungen oder Präferenzen hierzu entwickelt oder gar organisiert. Dies stellt die an einer Mini-Public beteiligten Akteure vor verschiedene Herausforderungen. Denn zur Bearbeitung im Rahmen einer Mini-Public eignen sich insbesondere solche Themenbereiche, für die bereits ein „bestimmter und kontroverser Debattenstand“ existiert, der entsprechend aufbereitet werden kann (Schick Tanz, 2006: 120). Im Falle temporal komplexer Themen hingegen kann die Genese von ausgewogenem Informationsmaterial schwierig sein: Wenn es beispielsweise um die Bewertung neuer Technologien geht, ist zwar häufig schon Informationsmaterial der Entwickler oder Befürworter vorhanden, Gegenpositionen sind jedoch entweder noch nicht entwickelt oder zumindest schwer zu identifizieren. Dies macht die Bewertung solcher Themen im Rahmen von Mini-Publics anfällig für die Beiträge von Vertretern bereits organisierter Interessen (McKenzie und Warren, 2012: 104). Das betrifft auch die Auswahl und Einladung von Experten oder die Rekrutierung von Teilnehmern, sofern diese selbstselektive Elemente aufweist. Denn die (wenigen) Akteure, die bereits über gut organisierte Interessen verfügen, sind ggf. stärker zur Teilnahme motiviert (McKenzie und Warren, 2012: 104). Es kann schwierig sein, Bürger überhaupt für die Teilnahme an einer Mini-Public zu gewinnen, wenn sie zum ersten Mal mit der zu behandelnden Thematik konfrontiert werden und deren Relevanz daher ggf. für gering halten. Dies gilt besonders, wenn aufgrund der temporalen Komplexität noch kein konkreter Auftrag an die Bürgergruppe formuliert werden kann oder die Zielgruppe für deren Stellungnahme nicht bekannt ist (vgl. hierzu Parkinson, 2006a: 132f). Wenn noch keine öffentliche oder politische Debatte über die entsprechende Fragestellung geführt wird, ist darüber hinaus möglicherweise auch das öffentliche Interesse an den Ergebnissen der Mini-Public und damit auch deren Verbreitungsgrad und Einflussbereich eher gering. Felt und Fochler (2010) argumentieren, dass den Teilnehmern von Mini-Publics gerade in der Auseinandersetzung mit solchen öffentlich noch kaum diskutierten Themen die externe Referenz und der Bezugsrahmen für substantielle Debatten und eine ethische Bewertung von Argumenten fehle. Dies erschwere die gemeinsame Reflexion und führe zu einem Fokus auf reine Fakten anstatt von Auseinandersetzungen mit kontroversen Standpunkten und Bewertungen (ebd.).

3.3.2 Auftrag und Entscheidungsregel einer Mini-Public

In Studien zu parlamentarischen Debatten hat sich gezeigt, dass sich die politische Relevanz ihrer Inhalte, der daraus entstehende Entscheidungsdruck und ihr institutionelles Setting auf

⁴⁴ Wie in Abschnitt 5.4.1 argumentiert wird, ist die hier diskutierte Frage nach den Werten, Kriterien und Verfahrensregeln für eine Priorisierung im deutschen Gesundheitssystem ein Beispiel für Komplexität in allen drei genannten Dimensionen.

die deliberativen Prozesse und ihre Ergebnisse auswirken (Bächtiger und Steenbergen, 2004; Bächtiger, 2005). Dies scheint auch für Mini-Publics zu gelten (Delli Carpini et al., 2004: 328). Wie genau sich die Kontextfaktoren auswirken und welche Mechanismen dabei zum Tragen kommen, ist jedoch weder empirisch umfassend erforscht (Abelson et al., 2007a: 2116f), noch theoretisch abschließend bearbeitet (Smith, 2012: 101). Einige Wirkungsweisen sind jedoch bereits diskutiert worden und werden in den folgenden Abschnitten dargestellt.

3.3.2.1 Auftrag von Mini-Publics: Agenda-Setting und Entscheidungskompetenz

Einer der am häufigsten diskutierten kontextbezogenen Einflussfaktoren ist der explizite Auftrag einer Mini-Public (vgl. Fung, 2003: 346). Dieser Faktor besitzt zwei Komponenten: Erstens übernehmen Auftraggeber oder Organisatoren der Mini-Public meist die Aufgabe des *Agenda-setting und dadurch auch der Problemdefinition*, was nicht nur den inhaltlichen Fokus der Debatten der Mini-Public, sondern auch deren Schlussfolgerungen und Empfehlungen beeinflussen kann (Smith, 2009: 89f). Ein Beispiel für die Beeinflussung einer Mini-Public durch die Formulierung der an sie gestellten Frage ist eine Citizens' Jury zur Ressourcenallokation im britischen Gesundheitswesen: Die Teilnehmer haben angesichts der Fragestellung, die auf den Nutzen für die soziale Wohlfahrt abzielte, ihren ursprünglichen Fokus auf den Nutzen einer einzelnen Patientin verlassen (Price, 2000). Sie sind dabei von der „rule of rescue“ als normative Entscheidungsgrundlage abgewichen und haben eine eher utilitaristische Perspektive eingenommen. Das heißt, „the way questions are framed will obviously influence value selection“ (Price, 2000: 274).⁴⁵ Eine sehr stark vordefinierte Agenda kann darüber hinaus auch zu Frustrationen der Teilnehmer führen, weil sie nicht selbstbestimmt die Schwerpunkte für ihre Debatten und Stellungnahmen setzen können (Parkinson, 2006a: 131).

Eine alleinige Verantwortung der Teilnehmer für die Agenda einer Mini-Public ist jedoch kaum zu realisieren. Denn vor Beginn der Mini-Public verfügen diese selten über ausreichende Kenntnis des entsprechenden Themenbereichs, um eigenständig eine für sie relevante Fragestellung auszuwählen (Smith, 2009: 89). Einige Autoren plädieren dafür, die an die Teilnehmer gestellten Aufgaben möglichst im Vorfeld der Mini-Public genau zu formulieren, damit keine Missverständnisse entstehen (Rowe und Frewer, 2000: 16). Ein ungenau formulierter Auftrag und eine offene Agenda können sich sogar negativ auf die Ergebnisse der Mini-Public auswirken: Parkinson beschreibt einen Fall, in dem die Teilnehmer im Unklaren über die eigentliche Fragestellung sowie über mögliche Adressaten ihrer Ergebnisse blieben. Dies führte zu einer eher breiten und kaum konkreten Stellungnahme der Mini-Public (Parkinson,

⁴⁵ Die Anregung zur Fokussierung auf das Gemeinwohl hält Price jedoch gerade in Fragen nach Allokation im Gesundheitswesen nicht für angebracht. Daher kommt er zu dem Schluss, dass Citizens' Juries für diese Art der Fragestellungen nicht adäquat sind (Price, 2000: 276).

2006a: 132f). Je weniger konkret und fokussiert aber die Ergebnisse von Mini-Publics sind, desto unwahrscheinlicher ist die Entfaltung einiger der oben diskutierten Potenziale. Abelson und Kollegen haben in einer komparativen Evaluationsstudie von fünf Mini-Publics zu gesundheitspolitischen Fragen in fünf Regionen Kanadas ebenfalls den Einfluss von Inhalten und Kontextfaktoren auf die Ergebnisse der Mini-Publics untersucht (Abelson et al., 2007a). Sie kommen zu dem Schluss, dass sich bestimmte Fragestellungen und Inhalte besser für die Bearbeitung im Rahmen von Mini-Publics eignen als andere. Dies sind ihrer Ansicht nach „clearly defined issues for which there are at least a few acceptable decision options and (...) issues for which there are tangible links between the consultation being sought and the decision that is being taken“ (Abelson et al., 2007a: 2125).

Dies weist auf den zweiten Mechanismus hin, über den sich der Auftrag einer Mini-Public auf deren Debatten und Ergebnisse auswirken kann: Der Auftrag entscheidet meist bereits ex ante über die *politische und gesellschaftliche Bedeutung der Ergebnisse sowie über die Beziehung zu möglichen Entscheidungsträgern*. Dient eine Mini-Public ausschließlich dem Ziel der Edukation von Bürgern, ist der Entscheidungs- und Rechtfertigungsdruck der Teilnehmer gering. Wird sie als Beratungsgremium für Entscheidungsträger organisiert, muss die gemeinsame Stellungnahme diesen Entscheidungsträgern und häufig auch der Öffentlichkeit präsentiert und vor ihnen gerechtfertigt und begründet werden. Wenn schließlich tatsächliche Entscheidungskompetenzen an die Mini-Public delegiert werden, müssen diese unter Umständen nicht nur die Entscheidung selbst, sondern auch deren Folgen verantworten.

Diese Faktoren können sich auch auf die Deliberationsprozesse während der Mini-Public auswirken. Denn je einflussreicher die Ergebnisse der Mini-Public für die spätere Entscheidungsfindung sind und je bedeutender die Thematik für einzelne Teilnehmer oder die Gesellschaft insgesamt eingeschätzt wird, desto größer wären auch die Folgen einer Fehlentscheidung bzw. einer nicht von allen geteilten Empfehlung. Dies kann unter Umständen zu stärker ausgeprägtem strategischem Verhalten der Teilnehmer (Parkinson, 2006a: 134) und damit zu einer geringeren Kompromissbereitschaft und Offenheit für die Argumente anderer führen. Im Gegensatz dazu kann auch eine sehr geringe Relevanz der Mini-Public oder ihrer Ergebnisse die deliberativen Prozesse der Teilnehmer beeinflussen. Wenn die Mini-Public lediglich als Alibi-Veranstaltung erscheint, kann dies die Bereitschaft der Teilnehmer senken, sich überhaupt daran zu beteiligen und dafür – in der Regel unentgeltlich – ihre Freizeit aufzuwenden (Parkinson, 2006a: 64; Ryfe, 2005: 61, 63f). Smith und Wales schlagen daher den Abschluss von Verträgen zwischen den Teilnehmern von Mini-Publics und den möglichen Auftraggebern vor, die die Auftraggeber und späteren Entscheidungsträger dazu verpflichten, zumindest auf die Stellungnahme der Mini-Public zu antworten (Smith und Wales, 2000: 60ff).

Dies könne zum einen die von den Teilnehmern wahrgenommene Effektivität ihrer Bemühungen vergrößern und zum anderen die demokratische Legitimität der nachfolgenden Entscheidungen vergrößern, da die Entscheidungsträger argumentativ auf die Empfehlungen der Mini-Public reagieren müssen.

3.3.2.2 Entscheidungsregel der Mini-Public

Unabhängig vom Auftrag der Mini-Publics in Bezug auf die gesellschaftliche oder politische Entscheidungsfindung unterscheiden sich auch die Methoden, mit denen die Teilnehmer zu ihrem abschließenden Ergebnis kommen (vgl. Smith, 2009: 88). Während Citizens' Juries oder Konsensuskonferenzen meist eine gemeinsame Stellungnahme formulieren, werden die Teilnehmer von Deliberative Polls zum Abschluss per Fragebogen befragt. Die unterschiedlichen Methoden sind zum Teil kontrovers diskutiert worden (für einen Überblick, siehe Delli Carpini et al., 2004: 327; Setälä et al., 2010). Fishkin schreibt der Konsensregel die Gefahr zu, einen sozialen Druck zur Entwicklung eines „falschen Konsenses“ aufzubauen, der möglicherweise Konflikte unterdrückt anstatt sie offen zu legen (Fishkin, 2003: 132; vgl. auch Smith, 2012: 101). Eine mögliche Folge der Konsensregel kann auch die Einigung der Teilnehmer auf sehr allgemeine, kaum anwendungsorientierte Stellungnahmen sein, die dann ggf. eine eher geringe Außenwirkung entfalten können. Dieses Problem ist besonders in Verfahren mit Forderung nach einem umfassenden Konsens der Teilnehmer zu erwarten. Die meisten im Rahmen von Mini-Publics erstellten Stellungnahmen erlauben jedoch auch die Feststellung eines Dissenses.⁴⁶ Die Einigung auf Dissens- und Konsensbereiche und die hierfür nötigen Begründungen in solchen Stellungnahmen können dann auch zur Schaffung eines Meta-Konsensus beitragen und so das gegenseitige Verständnis fördern (Niemeyer und Dryzek, 2007; Dryzek und Niemeyer, 2010a; 2006). Zudem wird argumentiert, gerade die Suche nach einem Konsens regt die Teilnehmer der Deliberation zur Kooperation untereinander an, da sie ihre Standpunkte vor den anderen Teilnehmern rechtfertigen und mit diesen abstimmen müssen (Smith, 2009: 100). Darüber hinaus können die Teilnehmer, die eine eigene Stellungnahme formulieren, darin auch eigene kreative Lösungen und Vorschläge entwickeln (Smith, 2009: 100). Wenn das Ergebnis einer Mini-Public durch die Beantwortung vorformulierter Fragebogenitems festgehalten wird, ist dies nicht möglich.

Der Abschluss von Mini-Publics in Form von schriftlichen Umfragen oder Abstimmungen ist ebenfalls kritisiert worden, denn dies könne unter Umständen zur Unterdrückung

⁴⁶ Allerdings finden Andersen und Jaeger auch bei Mini-Publics, die sich nicht der Konsensregel unterwerfen müssten, die Tendenz, nach einer gemeinsamen Lösung zu suchen. Denn die Teilnehmer seien sich darüber bewusst, dass ein gemeinsamer Standpunkt in der Öffentlichkeit und bei Entscheidungsträgern mehr Gewicht habe, als Dissensbekundungen. Dies führe dann unter Umständen zu einer weicheren Stellungnahme, die sich weniger stark auf Details festlege (Andersen und Jaeger, 1999: 335).

oder Marginalisierung von Minderheitenmeinungen führen und die Teilnehmer von der Motivation zum Ausgleich gegensätzlicher Ansätze und zur Rechtfertigung ihrer Position entbinden (für eine Zusammenfassung der Argumente siehe Setälä et al., 2010). Setälä und Kollegen zeigen, dass sich der am Ende einer Mini-Public angewendete Entscheidungsmechanismus tatsächlich auf deren Ergebnis sowie auf die vorausgehenden Debatten auswirkt (Setälä et al., 2010). In dieser Studie wurden die Teilnehmer einer Mini-Public zur Frage nach dem Bau eines sechsten Atomkraftwerks in Finnland aus dem Jahr 2006 per Zufallsauswahl in zwölf Gruppen eingeteilt. Sechs Gruppen sollten am Ende per geheime Abstimmung zu einer Bewertung der diskutierten Frage kommen; die anderen sechs Gruppen haben eine schriftliche Stellungnahme verfasst, in der sie die von ihnen diskutierten Aspekte des Themas, ihre Entscheidung hierzu sowie die dafür relevanten Fakten wiedergeben sollten. Zwar hat nur eine der Gruppen, die eine Stellungnahme verfasst haben, ein einstimmiges Ergebnis erzielt, aber durch die Aufgabe, auch über diskutierte Themen und relevante Fakten zu einer Einigung zu gelangen, sind die Deliberationsprozesse nachweislich beeinflusst worden: So zeigten die Teilnehmer der Gruppe mit gemeinsamer Stellungnahme einen signifikanten Zuwachs an Wissen – auch zu Fragen, die nicht im zur Verfügung gestellten Informationsmaterial beantwortet wurden (Setälä et al., 2010: 705). Dies weist laut Setälä und Kollegen auf einen eigenständigen Effekt der Deliberation selbst auf das Wissen der Teilnehmer hin, der offenbar in dieser Gruppe größer war, als in der Gruppe mit geheimer Abstimmung. Daraus leiten sie die Vermutung ab, dass in der Gruppe mit ausformulierter Stellungnahme stärker inhaltlich diskutiert und mehr argumentiert worden ist.

3.3.3 Rolle von Organisatoren, Moderator und Experten

Sowohl Organisatoren als auch Moderatoren sowie die zu Informationszwecken und Befragung eingeladenen Experten erfüllen in Mini-Publics wichtige Funktionen. Sie bereiten die Rahmenbedingungen für das Verfahren vor, stellen notwendiges Informationsmaterial zur Verfügung oder unterstützen die Teilnehmer während ihrer Debatten sowie beim Verfassen ihrer abschließenden Stellungnahme. Alle Entscheidungen, die Organisatoren, Moderatoren und Experten treffen und ihr Verhalten während der Mini-Public können bewusst oder unbewusst die Teilnehmerdebatten sowie deren Ergebnis beeinflussen. Häufig entsteht auch eine hierarchische Beziehung zwischen den an der Organisation der Mini-Public beteiligten Akteuren und den teilnehmenden Bürgern (Parkinson, 2003: 189). Dies vergrößert die Gefahr der Beeinflussung. In den meisten Fällen werden Mini-Publics jedoch explizit durchgeführt, um „gewöhnlichen Bürgern“ die Möglichkeit zu geben, sich zu komplexen politischen oder gesellschaftlichen Themen eine fundierte Meinung zu bilden und sich dazu zu äußern. Eine bewuss-

te oder unbewusste Manipulation der Ergebnisse steht diesem Ziel entgegen. Daher absolvieren die an der Organisation und Durchführung beteiligten Akteure stets eine Gradwanderung zwischen notwendigen strukturierenden Entscheidungen auf der einen und manipulativen Maßnahmen auf der anderen Seite. In den folgenden Abschnitten werden die Rollen und Funktionen der Organisatoren, Moderatoren und Experten in Mini-Publics dargestellt und Maßnahmen diskutiert, die unternommen werden, um Einflüsse zu minimieren.

3.3.3.1 Rolle der Organisatoren

Die verantwortungsvollste Rolle in der Gestaltung und Durchführung von Mini-Publics übernehmen meist die Organisatoren dieser Verfahren. Das gilt besonders, wenn diese gleichzeitig die Initiatoren der Mini-Public sind. Sie müssen zunächst die Finanzierung sichern und für einen organisatorisch reibungslosen Ablauf während der Veranstaltung selbst sorgen. Sie entscheiden aber auch über die Form der Mini-Public, d. h. die Anzahl der Teilnehmer, Häufigkeit der Treffen, Dauer und Ablauf der Debatten sowie Regeln, nach denen die Teilnehmer zu einer Empfehlung oder Entscheidung kommen (z. B. Abstimmung oder Formulierung einer Stellungnahme). Meist sind sie auch für die Rekrutierung der Teilnehmer zuständig oder entscheiden zumindest über den Modus der Auswahl. Sie treffen eine Vorauswahl zu befragender Experten und entscheiden über das Engagement eines Moderators, sie wählen das Thema aus, das die Mini-Public diskutiert und entscheiden darüber, wer in welcher Form das Informationsmaterial für die Teilnehmer aufbereitet. Viele Organisatoren übernehmen auch die Öffentlichkeitsarbeit sowie die Veröffentlichung der Ergebnisse der Mini-Public und sie nehmen häufig als Beobachter an den Debatten während der Mini-Public teil. Schließlich führen sie entweder selbst die Evaluation des Verfahrens durch oder beauftragen andere damit.

Viele dieser Entscheidungen müssen getroffen werden, bevor die Teilnehmer der Mini-Public rekrutiert werden und der Prozess selbst beginnen kann. Aber gerade diese Entscheidungen im Vorfeld von Mini-Publics müssen sorgfältig durchdacht werden, denn „the very integrity of the whole (mini-public) process is dependent on decisions made at this point“ (Smith und Wales, 2000: 58). Eine Beeinflussung des Verlaufs und unter Umständen auch der Ergebnisse der Mini-Publics durch solche grundlegenden Festlegungen lassen sich demnach kaum vermeiden. Allerdings gibt es noch keine ausreichenden empirischen Erkenntnisse darüber, welche Entscheidungen sich auf welche Weise auswirken.

Besonders groß sind die Gefahren einer inhaltlichen Einflussnahme der Organisatoren. Diese können sich z. B. bei der Auswahl und Erstellung von Informationsmaterial ergeben. Es wurde bereits diskutiert, dass die Informationen möglichst ausgewogen und gleichzeitig allgemeinverständlich sein sollten. Wenn die Informationen allein durch die Organisatoren bereit-

gestellt werden, können sich jedoch zumindest Zweifel an der Ausgewogenheit des Materials ergeben. Wenn der Verdacht der Manipulation sich innerhalb der Gruppe der beteiligten Bürger oder auch in der Öffentlichkeit entwickelt, kann dies das Vertrauen interner und externer Beobachter in die Ergebnisse der Mini-Public, aber auch in die Methode insgesamt schwächen. Daher ist es zunächst von großer Bedeutung, dass die Organisatoren solcher Mini-Publics als inhaltlich unabhängig wahrgenommen werden (Smith und Wales, 2000: 61) – zumindest insofern, als dass den beteiligten kollektiven und individuellen Akteure kein Interesse an einem bestimmten Ergebnis der Mini-Public unterstellt werden kann.

Diese negativen Konsequenzen versuchen Organisatoren mit verschiedenen Mitteln zu vermeiden: Zum einen bemühen sie sich um eine möglichst große Transparenz ihrer Entscheidungen und Festlegungen, damit diese für Außenstehende und für die Teilnehmer selbst nachvollziehbar werden (siehe auch Abschnitt 3.2.4.2). Schließlich werden in den meisten Mini-Publics so viele Entscheidungen wie möglich gemeinsam mit den Teilnehmern getroffen oder vollständig an diese delegiert. So können sie häufig selbstständig weitere Experten einladen oder die von den Organisatoren vorgeschlagenen ablehnen (Smith und Wales, 2000: 58). In vielen Fällen werden die Teilnehmer auch aufgefordert, Entscheidungen der Organisatoren über Öffentlichkeitsarbeit, Ablauf der Debatten oder organisatorische Fragen zu diskutieren und ggf. Gegenvorschläge zu unterbreiten. Dabei vertraut man auf deren Mündigkeit und Selbstvertrauen, sich gegen Entscheidungsvorschläge auszusprechen, die nicht ihren Vorstellungen entsprechen. Besonders was die Regeln für die gemeinsamen Debatten und deren konkrete Inhalte angeht, haben die Teilnehmer meist freie Hand (Smith und Wales, 1999: 203). Hierdurch bewahren sie ein Gefühl „of ownership and control over the process“ (Smith, 2009: 86). Auch das Agenda-Setting der Mini-Public können sie häufig noch beeinflussen, etwa wenn sie Schwerpunkte selbst setzen oder die Reihenfolge von Einzelaspekten in ihrer Diskussion wählen. Smith und Wales kommen jedoch zu dem Schluss, dass „participants, in the initial stages (of a mini-public), do not have enough of an overview on a subject to deal competently with setting the charge, agenda organization or witness selection“ (Smith und Wales, 2000: 58), so dass gerade die im Vorfeld zu treffenden Entscheidungen zumindest von den Organisatoren vorbereitet werden müssen. Auch die Erstellung von Informationsmaterial kann naturgemäß weder durch die Teilnehmer übernommen noch überwacht werden. Daher werden entweder außenstehende Akteure damit beauftragt oder zumindest als Kontrollinstanz hinzugezogen. Zur Aufbereitung und Erläuterung von vielschichtigen und umfangreichen Informationen kommt auch ein Wissenschaftsjournalist infrage, der mit der verständlichen Übermittlung komplexer Inhalte vertraut ist und inhaltlich eine neutrale Rolle einnehmen kann (vgl. Schicktanz und Naumann, 2003a: 61). Schließlich dient die Befragung von Experten

dazu, den Teilnehmern Zugang zu möglichst umfangreichen und ausgewogenen Informationen zu ermöglichen. Der große potenzielle Einfluss der Organisatoren auf den Verlauf und die Ergebnisse von Mini-Publics birgt zwar die Gefahr der bewussten oder unbewussten Beeinflussung, er muss jedoch in Kauf genommen werden, da ansonsten kaum qualitativ hochwertige Deliberation zustande kommen könnte: „(G)ood deliberation does not happen automatically or by itself“ (Hartz-Karp und Briand, 2009: 134). Es herrscht allerdings kein endgültiger Konsens darüber, welche Maßnahmen zu treffen sind, um negative Auswirkungen dieses Einflusses zu vermeiden (ebd.).

3.3.3.2 Aufgaben und Bedeutung des Moderators

Eine fast ebenso einflussreiche Rolle können die Moderatoren von Mini-Publics ausüben, denn sie begleiten die Teilnehmer während ihrer gesamten inhaltlichen Debatten. Die Funktion von Moderatoren ist zum einen die Sicherung der Qualität der Deliberation, z. B. indem sie dafür sorgen, dass alle Teilnehmer, unabhängig von ihrer Redegewandtheit und ihrer persönlichen Extrovertiertheit zu Wort kommen, und die zu Beginn aufgestellten Deliberationsregeln eingehalten werden (vgl. Smith und Wales, 2000: 59f; Smith, 2009: 86f). Zum anderen können Moderatoren die Teilnehmer der Mini-Public auch in der Interaktion mit Organisatoren, den Medien oder Experten unterstützen. Daher werden sie auch als „Anwälte“ der Gruppe verstanden (Schickanz, 2006: 121).

Durch ihre ständige Präsenz können Moderatoren auch die Verwendung unterschiedlicher Kommunikationsformen fördern oder verhindern und damit den Verlauf der Debatten beeinflussen (Ryfe, 2006: 87; Smith, 2012: 99f). Ryfe zeigt, dass sich die Verläufe deliberativer Prozesse und insbesondere die Interaktionsprozesse zwischen den Teilnehmern stark unterscheiden, je nachdem ob der Moderator sich sehr aktiv oder eher passiv verhalten hat (Ryfe, 2006: 87ff). Die Passivität von Moderatoren führt demnach eher zu offenen interaktiven Debatten, in denen die Teilnehmer stark zum Story-Telling neigen und weniger fokussiert argumentieren. Dies birgt laut Ryfe die Gefahr, dass die Teilnehmer sich früh auf eine mehr oder weniger beliebige Position verständigen, ohne diese kritisch zu hinterfragen (Ryfe, 2006: 88). Aktive Moderatoren hingegen verhindern häufig den Prozess des Story-Telling und fragen gezielter nach Einschätzungen, Bewertungen und Argumenten der Teilnehmer. Dies führt zu einer stärkeren Interaktion der Teilnehmer mit dem Moderator anstatt miteinander, trägt jedoch auch zu fokussierteren und effektiveren Debatten bei. Thompson kommt zu einer ähnlichen Schlussfolgerung: „(T)he more that trained facilitators lead a discussion, the better the quality of the discourse and the more participants learn, but the less equal the participation is likely to be“ (Thompson, 2008: 509). Gerade wegen dieses Trade-Offs kommt Ryfe zu keinem ab-

schließenden Urteil darüber, ob aktive oder passive Moderatoren vorzuziehen sind (Ryfe, 2006: 89).

Moderatoren sind also von großer Bedeutung für den konstruktiven Verlauf der Mini-Public, dennoch gibt es weder eine breite theoretische Diskussion über ihre Rolle (Smith, 2012: 99) noch fundierte empirische Erkenntnisse über ihre Einflüsse. Ihre Position versetzt sie jedoch auch in die Lage, die Debatten der Teilnehmer oder ihre Ergebnisse inhaltlich zu lenken oder zu beeinflussen (Smith, 2009: 91). Ähnlich wie im Falle der Organisatoren kann diese Gefahr nicht vollständig ausgeschlossen werden, zumal solche Prozesse auch unbewusst verlaufen können. Daher sind eine reflexive Rolle des Moderators sowie eine möglichst große Transparenz des Moderationskonzepts von großer Bedeutung, ebenso wie die inhaltliche Unabhängigkeit des Moderators (Smith und Wales, 2000: 61). Dies bedeutet auch eine Trennung von Organisatoren und Moderatoren (Smith, 2012: 99; Schicktanz, 2006: 121). Zudem können zusätzlich die Teilnehmer selbst angeregt werden, die Position und das Verhalten des Moderators zu reflektieren, offen zu diskutieren und ggf. zu kritisieren. Zudem sollte der Moderator professionell in der Begleitung von deliberativen Bürgerdebatten geschult und mit der Methode der Mini-Public vertraut sein. Dies kann zumindest eine Verletzung der Anforderungen an ideale deliberative Prozesse aufgrund der Unkenntnis oder Unsicherheit des Moderators verhindern.

3.3.3.3 Informationsmaterial und Auswahl von Experten

In den meisten Mini-Publics ist die Befragung von Experten oder Interessenvertretern bzw. Entscheidungsträgern zu den diskutierten Inhalten vorgesehen. Dies dient der selbstbestimmten und gezielten Information der Teilnehmer, zusätzlich zum häufig ebenfalls bereitgestellten schriftlichen Informationsmaterial. Im Fall von Konsensuskonferenzen treffen die Organisatoren eine Vorauswahl möglicher Fachleute, aus der die Bürgergruppe dann Personen auswählt und der sie außerdem noch eigene Vorschläge hinzufügen kann (Smith, 2009: 90f; Smith und Wales, 2000: 58). Um eine ausgewogene Meinungsbildung zu ermöglichen, sollte das Spektrum der Experten möglichst breit sein. Dies zu gewährleisten kann schwierig sein, zum Beispiel weil es für temporal komplexe Themenbereiche noch keine Experten gibt oder diese nur einseitige Informationen liefern können (siehe Abschnitt 3.3.1.3). In einigen Disziplinen oder Themenbereichen herrscht zudem eine grundsätzliche Skepsis gegenüber der Beteiligung von „gewöhnlichen Bürgern“ an der Lösung komplexer Probleme. Daher ist hier die Bereitschaft oder Fähigkeit von Experten, sich von den Teilnehmern einer Mini-Public befragen lassen und ihr Wissen allgemeinverständlich zu vermitteln, unter Umständen kleiner.

Schließlich birgt die Interaktion zwischen Laien und Experten wiederum die Gefahr der bewussten oder unbewussten Manipulation von Inhalten und Ergebnissen der Mini-Public. Es ist jedoch ein erklärtes Ziel von Mini-Publics, die meist hierarchische Beziehung zwischen Experten und Bürgern aufzulösen (Smith, 2009: 89). Daher ist es wichtig, dass die Teilnehmer das nötige Selbstbewusstsein entwickeln, um Experten auf Augenhöhe entgegenzutreten und deren Aussagen und Informationen kritisch zu reflektieren. Hierfür bedarf es häufig auch eines vermittelnden Moderators, der die Teilnehmer in der Interaktion mit den Experten bestärkt, ohne inhaltlich einzugreifen (Schick Tanz, 2006: 121).

3.3.4 Zusammenfassung

Nach Potenzialen (3.1) und allgemeinen Qualitätsanforderungen (3.2) sind in den vergangenen Abschnitten Kontextbedingungen und Designentscheidungen und ihre möglichen Auswirkungen auf den Verlauf und die Ergebnisse deliberativer Mini-Publics dargestellt worden. Sie sind in Tabelle 3 zusammengefasst. Die hier aufgeführten Aspekte dienen wiederum als Basis für die Formulierung konkreter Fragen an die im Kontext der Lübecker Bürgerkonferenz erhobenen Daten (Abschnitt 5.4.4). Eine Analyse der in diesem Abschnitt identifizierten Herausforderungen und deren Bewältigung durch die beteiligten Akteure kann dazu beitragen, Mechanismen sowie förderliche und hinderliche Faktoren für die Entfaltung der oben diskutierten Potenziale von Mini-Publics zu identifizieren.

Tabelle 3: Kontextbedingungen und Designentscheidungen deliberativer Mini-Publics

Di- mensi- on	Variante / Ausprägung	Mögliche Auswirkungen
Dimensionen der Komplexität (Abschnitt 3.3.1)		
Technische Komplexität	a) Umfangreiches Fach- und Spezialwissen erforderlich	- Einarbeitung für Laien komplex und zeitaufwendig - Allg. Skepsis bezüglich Fähigkeiten von Bürgern zur Bearbeitung einer solchen Thematik
	b) Offene Frage erfordert Entwicklung und Bewertung eigener Vorschläge	- Eigenständige Strukturierung des Problems und Selektion relevanter Informationen für Teilnehmer u. U. nicht leistbar
	c) Hohes Abstraktionsniveau des Themas	- Wenig Bezug zum Alltagsleben der Bürger
Politische Komplexität	Viele unterschiedliche Positionen müssen berücksichtigt werden	- Beschaffung ausgewogenen Informationsmaterials schwierig Ausgewogene Auswahl u. Einladung von Experten schwierig
	Werte- und Interessenkonflikte	- Einarbeitung in die Thematik daher schwierig
	Konflikte auch zwischen Bürgern	- Verständigung und Entwicklung einer Lösung schwierig
Temporale Komplexität	Öffentliche Diskussion heikel und daher womöglich unerwünscht	- Nichtbeachtung oder sogar Widerstände gegen Diskussion der Thematik im Rahmen einer Mini-Public
	Noch keine öffentliche Debatte	- Geringeres Interesse der Bürger an der Teilnahme - Geringeres öffentliches Interesse an Mini-Public - Verfügbarkeit laienverständlicher Informationen eingeschränkt
	Lösungsvorschläge und Argumente nicht öffentlich verfügbar	- Erschwerte Genese ausgewogenen Informationsmaterials - Identifikation von etablierten Experten schwierig

Auftrag und Entscheidungsregel einer Mini-Public (Abschnitt 3.3.2)		
Agenda-Setting und Problemdefinition	a) Agenda und Fragestellung durch Organisatoren vorgegeben	- Einfluss auf Schwerpunkte der Debatten und Ergebnisse - Teilnehmer können Frustrationen und ein Gefühl mangelnder Autonomie entwickeln
	b) Agenda und Fragestellung nicht vorgegeben	- Identifikation einer eigenen Agenda schwierig - Offene Frage kann zu einer breiten, unkonkreten Stellungnahme führen, die u. U. wenig Beachtung findet
Entscheidungskompetenz / Kontakt zu Adressaten	a) Große Relevanz von Mini-Public-Ergebnis: Rechtfertigungs- u. Begründungsdruck	- Strategisches Verhalten und geringe Kompromissbereitschaft, geringe Qualität der Deliberation - Wenn keine umfassende Einigung möglich, u. U. wenig konkrete Stellungnahme
	b) Geringe Relevanz von Mini-Public-Ergebnis	- Mini-Public wird als Alibi-Veranstaltung wahrgenommen - Bereitschaft zur Beteiligung kann sinken
	Identifikation und direkter Kontakt zu Adressaten für die gemeinsame Stellungnahme	- Teilnehmer fühlen sich ernst genommen - Formulierung einer zielgruppenspezifischen Empfehlung möglich - Wirksamkeit und Verbreitung der Empfehlungen u. U. größer
Entscheidungsregel zur Erstellung des Ergebnisses einer Mini-Public	a) Gemeinsame Stellungnahme: Konsens gefordert	- Sozialer Druck zur Entwicklung eines "falschen Konsenses" - Einigung auf „kleinsten gemeinsamen Nenner“: u. U. wenig konkrete, kaum anwendungsorientierte Stellungnahme
	b) Gemeinsame Stellungnahme: Einigung auf Dissensbereiche möglich	- Eigene Stellungnahme erlaubt neuartige Argumente und Vorschläge - Konfliktlinien werden offengelegt, Potenzial für Meta-Konsens - Suche nach Konsens regt zur Kooperation und Offenheit für Argumente anderer an.
	c) Aggregation von Einzelpräferenzen (Abstimmung)	- Marginalisierung oder Unterdrückung von Minderheiten möglich - Geringere Verständigungsorientierung, da Einigung nicht notwendig - Weniger inhaltliche Debatten, da keine Verständigung notwendig
Rolle von Organisatoren, Moderator und Experten (Abschnitt 3.3.3)		
Organisatoren / Initiatoren	Organisatoren treffen Designentscheidungen, erstellen Informationsmaterial, schlagen Experten vor und nehmen als Beobachter an der Mini-Public teil	- Gefahr der bewussten oder unbewussten inhaltlichen Beeinflussung
	a) viele Designentscheidungen werden vor Beginn der Mini-Public getroffen	- Beeinflussung von Verlauf und Ergebnisse der Mini-Public möglich
	b) Möglichkeit: Transparenz v. Entscheidungen und Raum für eigene Entscheidungen der Teilnehmer	- Gefühl der Selbstbestimmung wird wieder hergestellt - Reduziert die mögliche Beeinflussung durch Organisatoren
Moderator	Begleitet Debatten und soll Qualität der Deliberation sichern	- Ausbildung und Instruktionen des Moderators wirken sich auf dessen Verhalten aus - Gefahr: Meinungsäußerung, Bewertung und inhaltliche Beeinflussung
	a) Passiver Moderator:	- Interaktion zw. Teilnehmern, aber kaum fokussierte Debatte
	b) Aktiver Moderator:	- Zwar fokussierte Debatte, aber starke Interaktion zw. Moderator u. Teilnehmern
Experten	Meist Hierarchie aufgrund von Wissensvorsprung	- Debatten auf Augenhöhe schwierig - Bewusste oder unbewusste inhaltliche Manipulation möglich

4 PRIORISIERUNG IN DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG: HINTERGRÜNDE, BEGRIFFE UND CHARAKTERISTIKA DER DEBATTE

Nachdem in Kapitel 2 die theoretischen Grundlagen deliberativer Mini-Publics beschrieben wurden, stand im 3. Kapitel die Darstellung des Forschungsstandes zu möglichen Wirkungen der Mini-Publics sowie zu Voraussetzungen und Kontextbedingungen für deren Verwirklichung im Vordergrund. Dabei wurden sowohl konzeptionelle Beiträge als auch empirische Arbeiten berücksichtigt. In diesem Kapitel soll nun die Priorisierungsthematik als Inhalt einer solchen Mini-Public beschrieben werden. Hierfür wird zunächst ein kurzer Überblick über Konzepte und Formen der Bürger- und Patientenbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen gegeben (Abschnitt 4.1). In vielen inner-, aber auch außereuropäischen Ländern ist die Priorisierungsdebatte bereits sehr viel weiter fortgeschritten als in Deutschland. Einige einschlägige Beispiele hierfür werden ebenso wie die Anfänge der deutschen Priorisierungsdebatte werden in Abschnitt 4.2 dargestellt. Anschließend werden der Priorisierungsbegriff geklärt und die zugrunde liegenden Annahmen und Konzepte bestimmt (4.3). Die im In- und Ausland festgestellten Werte und Kriterien als normative Grundlage der Priorisierung werden in Abschnitt 4.4 kurz beschrieben. Schließlich werden Argumente für und gegen die Beteiligung von Bürgern als medizinische Laien an Priorisierungsfragen diskutiert und einige Beispiele für Bürgerbeteiligung in der Priorisierungsdebatte beschrieben (4.5).

4.1 BÜRGERBETEILIGUNG IM KONTEXT DES DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS

Im deutschen Gesundheitswesen findet bereits seit den 1990er Jahren ein Wandel hin zu mehr Patienten- und Bürgerorientierung statt. Dies schlägt sich in verschiedenen konkreten Entwicklungen nieder und hat auch zu einer stärkeren Beteiligung dieser Gruppen an gesundheitspolitischen sowie individuellen Versorgungsentscheidungen geführt. In diesem Abschnitt sollen die besonderen Voraussetzungen für Partizipation und die Formen der Beteiligung gezeigt werden, die im Gesundheitswesen existieren. Hierzu wird zunächst ein kurzer Überblick über relevante Konzepte und Formen der Partizipation vermittelt, um auf dieser Grundlage den hier verwendeten Partizipationsbegriff zu bestimmen (Abschnitt 4.1.1). Anschließend werden die mit dem Bürger- bzw. Patientenbegriff verbundenen Rollen im Gesundheitswesen unterschieden (4.1.2), um dann den Status quo der formellen und informellen Bürger- und Patientenbeteiligung im Deutschen Gesundheitssystem zu skizzieren (4.1.3).

4.1.1 Partizipationsbegriff und Dimensionen zur Unterscheidung von Bürgerbeteiligung

Partizipation wird häufig ganz allgemein als „Beteiligung“ von Bürgern an politischen und gesellschaftlichen Prozessen übersetzt. Der Begriff der Beteiligung trägt dabei zwei Bedeutungen, die beide für den Partizipationsbegriff ausschlaggebend sind (Rega, 2007: 39): Beteiligung bedeutet erstens die Mitgliedschaft und *Teilhabe* an einer Gemeinschaft und damit auch die mehr oder weniger unmittelbare Betroffenheit von deren kollektiven Problemen und Fragestellungen. Aus dieser Teilhabe im Sinne einer individuellen Betroffenheit, lässt sich als zweite Bedeutung der Beteiligung auch eine *Teilnahmeberechtigung* an der Definition, Bearbeitung und Lösung von Problemen oder Fragestellungen im Rahmen kollektiver Handlungs- und Entscheidungsprozesse ableiten. Dies kann auf die in den meisten Demokratien geltenden grundlegenden Selbstbestimmungsrechte jedes Bürgers zurückgeführt werden: Wenn Individuen von kollektiven Problemen oder Entscheidungen betroffen sind, sollen sie ihr individuelles Recht der Selbstbestimmung – im Rahmen der jeweils geltenden demokratischen Beteiligungsrechte – auch hier ausüben können. „Der Zweck von Demokratie ist damit die Verlängerung der individuellen Selbstbestimmung in den Bereich kollektiver Entscheidungen hinein“ (Abromeit, 2001: 3). Die Ausübung dieser individuellen Selbstbestimmungsrechte kann sich sowohl auf die Mitgestaltung von Prozessen der Meinungs- und Willensbildung als auch der Entscheidungsfindung selbst beziehen.

Eine häufig zitierte Definition bezieht den Partizipationsbegriff ausschließlich auf Beteiligung, die darauf abzielt, die Auswahl von Regierungsmitgliedern sowie deren Aktivitäten zu beeinflussen (Verba und Nie, 1972: 2). Dies geschieht insbesondere im Rahmen formaler Beteiligungsrechte, wie dem aktiven und passiven Wahlrecht oder von Petitions- und Anhörungsrechten. Diese Definition ist später auf die intendierte Beeinflussung jeder Art von „political outcomes“ durch „gewöhnliche Bürger“ ausgeweitet worden (Brady, 1999: 737; vgl. auch Teorell et al., 2007: 336). Dabei werden explizit private Debatten oder ein aufmerksames Verfolgen der Medien von dem Begriff der politischen Partizipation ausgeschlossen, da diese nicht auf die Beeinflussung politischer Outcomes abzielen (Teorell et al., 2007: 336).

In dieser Arbeit wird der Partizipationsbegriff nicht nur auf unmittelbare Einflussnahme auf politische Outcomes bezogen, sondern nach dem oben beschriebenen Verständnis der deliberativen Demokratie auch auf die Beteiligung an Prozessen der Meinungs- und Willensbildung ausgedehnt, die kollektiven Entscheidungen vorausgehen. Eine Intention, die nachfolgenden Entscheidungen zu beeinflussen, ist möglich, wird jedoch nicht zwingend vorausgesetzt. Damit könnten auch private Debatten und die Rezeption von Medienberichten als eine sehr schwache Form der Partizipation verstanden werden, da diese Aktivitäten als Element

der Meinungs- und Willensbildung in einem deliberativen System verstanden werden können. Für die Teilnahme an Prozessen der Meinungs- und Willensbildung eignen sich sowohl formale als auch informelle Beteiligungsformen, wobei hier mit dem Fokus auf deliberative Mini-Publics eine informelle Beteiligungsform im Vordergrund steht.

In repräsentativen Demokratien müssen die meisten informellen Arten der Beteiligung von den demokratisch legitimierten Entscheidungsträgern mitgetragen oder zumindest geduldet werden, um einen wirksamen Einfluss ausüben zu können. Dies weist auf zwei unterschiedliche Dimensionen der oben genannten Teilnahmeberechtigung als Element des Beteiligungsbegriffs hin: diese umfasst zum einen die aktive auf Einflussnahme ausgerichtete *Teilnahme* und zum anderen auch ein eher passives *Beteiligt-Werden* (vgl. Rega, 2007: 39). Das Beteiligt-Werden bedingt häufig erst die Möglichkeiten der aktiven Teilnahme, z. B. durch die Gewährung von Beteiligungsrechten, durch die gezielte Motivation und Befähigung zur Beteiligung oder auch durch die Organisation von Beteiligungsverfahren.

Wird die Partizipation durch Behörden, Entscheidungsträger oder Experten initiiert, wird dies als *Top-Down*-Prozess bezeichnet; wenn Beteiligungsverfahren durch die Teilnehmenden selbst initiiert und anregt werden, spricht man von *Bottom-Up*-Verfahren. Auch wenn Beteiligung aktiv „von unten“ erkämpft wird, bedarf sie dennoch stets der Zustimmung der legitimierten Akteure (vgl. Rega, 2007: 39). Dies kann sowohl *formell*, also über eine gesetzliche Regelung, als auch *informell*, etwa durch die Duldung nicht institutionalisierter Partizipationsformen geschehen. Die Beteiligung kann dabei *direkt* durch die Betroffenen selbst oder *indirekt* durch selbst gewählte oder fremd ernannte Vertreter oder Fürsprecher erfolgen.

Die unterschiedlichen Arten der Beteiligung korrespondieren jeweils mit eigenen Partizipationsformen und -methoden sowie insbesondere mit unterschiedlichen Graden der Verbindlichkeit und Einflussnahme (vgl. Arnstein, 1969; Charles und DeMaio, 1993; North und Werkö, 2002). Wie die in Abschnitt 2.3.2.1 diskutierte von Archong Fung entwickelte Unterscheidung verschiedener Formen von Mini-Publics zeigt, hängt besonders der Grad der Einflussnahme stark von der Zielsetzung der sie organisierenden Eliten ab. Dies gilt insbesondere für informelle Top-Down-Prozesse der Partizipation, zu denen Mini-Publics gehören. Sherry Arnstein definiert in ihrem bereits 1969 erschienen Aufsatz „A Ladder of Participation“ acht hierarchisch angeordnete Stufen der Partizipation. Diese lassen sich insbesondere durch den Grad der tatsächlichen Einflussmöglichkeiten der Partizipierenden unterscheiden: Die Ränge 1.) „manipulation“ und 2.) „therapy“ beschreiben die Versuche von Machthabenden, vermeintliche Irrtümer der Teilnehmer aufzuklären und diese zur Übernahme der in den eigenen Augen richtigen Positionen und Argumente zu bewegen. Hierbei handelt es sich nach Arnstein nicht um Partizipation im engeren Sinne. Die nächsten drei Ränge, 3.) „Informing“, 4.)

„Consultation“ und 5.) „Placation“ bezeichnet sie als „tokenism“ (Arnstein, 1969: 217), denn sie erlauben den Partizipierenden lediglich, sich zu informieren, gehört zu werden und zu beraten. Erst die Beteiligungsformen auf den Rängen 6.) „Partnership“, 7.) „Delegated Power“ und 8.) „Citizen Control“ ermöglichen einen direkten Einfluss der Teilnehmer auf kollektive Entscheidungen und sind daher nach Arnsteins Ansicht als Partizipation (im engeren Sinne) zu bezeichnen (ebd.).

Arnsteins Bild von einer Leiter der Partizipation wurde seit seiner Entwicklung von verschiedenen Autoren aufgegriffen, diskutiert und modifiziert. Die Vorstellung eines Kontinuums verschiedener Partizipationsformen nach dem tatsächlichen Einfluss der Teilnehmer ist bis heute populär (vgl. Tritter und McCallum, 2006; Abelson et al., 2007a; Litva et al., 2002). Die meisten Autoren fokussieren dabei auf informelle Formen direkter Beteiligung, die häufig von Eliten, also in einem Top-Down Prozess organisiert oder zumindest begleitet werden. Mairi Levitt unterscheidet nicht wie Arnstein zwischen verschiedenen Stufen, sondern zwischen zwei Modellen der Partizipation je nach der Zielsetzung der Organisatoren (Levitt, 2003): Auf der einen Seite steht das Ziel von Experten und Politikern im Vordergrund, Wissenslücken der Teilnehmer aufzudecken, um gezielte Informations- und Überzeugungsmaßnahmen planen zu können oder um ihnen das Gefühl der Beteiligung zu vermitteln. Eine tatsächliche Beeinflussung von Prozessen der Meinungs- und Willensbildung oder der Entscheidung selbst durch die Teilnehmer ist dabei nicht vorgesehen. Dieser Kategorie sind auch solche Verfahren zuzuordnen, die einem rein wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn dienen; damit sind beispielsweise Umfragen oder auch vermeintlich deliberative Verfahren gemeint, die primär darauf abzielen, eine bestimmte Beteiligungsform oder die jeweils behandelten Inhalte empirisch zu erforschen, ohne den Teilnehmern die Möglichkeit zur echten Einflussnahme zu geben. Diesen Aspekt subsummiert Arnstein unter die Stufe der „Consultation“, in der explizit Meinungsumfragen als Methode genannt werden (Arnstein, 1969: 219). Solche Verfahren sollen zwar häufig den Eindruck einer Partizipation der Teilnehmer vermitteln, nutzen diese aber lediglich als Informationsquellen, ohne ihnen die Möglichkeit für einen substantiellen Beitrag zur jeweiligen Debatte zu geben. Damit verwendet dieser erste von Levitt genannte Ansatz der Partizipation einen eher breiten Partizipationsbegriff, der auch rein edukative – im Sinne von manipulativen – und Symbolverfahren einschließt.

Auf der anderen Seite können nach Levitt Beteiligungsverfahren auch dazu dienen, tatsächlich zu erfahren, was Bürger über eine bestimmte Fragestellung denken, welche Bedürfnisse und Sorgen sich aus ihrer ganz spezifischen Perspektive ergeben und welche Lösungsvorschläge sie präferieren. Hieraus können dann auch Experten und Politiker lernen und sich ein vollständigeres Bild von der aktuellen Problemlage und möglichen Lösungsansätzen ma-

chen (Levitt, 2003). Als typische Methoden für diese Art der Beteiligung nennt Levitt z. B. qualitative Interviews oder Fokusgruppen. Insbesondere deliberative Verfahren eignen sich jedoch ebenfalls hierfür. Aber prinzipiell sind auch schriftliche Befragungen denkbar; entscheidend ist weniger die angewandte Methode, als vielmehr die Zielsetzung und die konkrete Herangehensweise der Organisatoren. Dabei können die Teilnehmer die Definition des Problems sowie Prozesse der Meinungs- und Willensbildung relevanter Akteure mitgestalten und unter Umständen auch die Entscheidungsfindung selbst beeinflussen. Dieser Ansatz bedient sich eines engeren Partizipationsbegriffs, der sowohl rein wissenschaftlich motivierte Verfahren als auch Symbolveranstaltungen ausschließt. Zwar wäre nach Arnsteins Leiter der Partizipation auch bei den unter diesen Partizipationsbegriff subsumierten Beteiligungsformen nicht von echter Partizipation zu sprechen. Dennoch wird dieses Verständnis von Partizipation auch dieser Arbeit zugrunde gelegt: es wird nicht unbedingt die direkte Übertragung von Entscheidungsbefugnissen an die Teilnehmer vorausgesetzt, denn es geht hier nicht primär um die Partizipation an tatsächlichen Entscheidungen, sondern um eine Beteiligung am gesellschaftlichen Prozess der Meinungs- und Willensbildung. Die Beteiligung von Bürgern an rein manipulativen oder symbolischen Verfahren wird demnach nicht als Partizipation bezeichnet. Auch die meisten rein wissenschaftlich motivierten Verfahren der „Bürgerbeteiligung“ fallen nicht unter diesen Partizipationsbegriff. Einseitige Konsultationsprozesse können somit nur dann als Beteiligungsform interpretiert werden, wenn nicht allein die Nutzung der Teilnehmer als Quelle zur Genese wissenschaftlicher Daten im Vordergrund steht, sondern zumindest ein aktiver Beitrag der Teilnehmer zum Prozess der Meinungs- und Willensbildung von Öffentlichkeit und/oder Entscheidungsträgern angestrebt wird.

4.1.2 Patienten oder Bürger? Unterscheidung von Rollenaskpekten und Handlungsorientierungen

Legt man den im vorigen Abschnitt beschriebenen Partizipationsbegriff zugrunde, kann darunter die aktive Beteiligung der von einem Problem Betroffenen an seiner Definition, Bearbeitung und Lösung verstanden werden. Spricht man im Gesundheitswesen von Betroffenen, sind damit meist nicht Leistungserbringer, Entscheidungsträger oder andere Experten gemeint, sondern Bürger, Versicherte oder Patienten, also Laien. Selbstverständlich können medizinische Fachleute sowie Politiker oder andere Experten gleichzeitig auch Patienten und Bürger sein; diese Akteure zeichnen sich jedoch zum einen durch wissenschaftlich fundiertes oder durch Erfahrung erworbenes Fachwissen über spezifische Inhalte aus, das zum anderen einen (lösungsorientierten) Bezug zu gesellschaftlich relevanten Problemen aufweist (Saretzki, 2005: 347). Bürger und Patienten können zwar „Experten“ für ihre spezifische Rolle oder für die durch sie erlebten Aspekte des Gesundheitswesens sein, sind aber nicht professionell – al-

so in ihrem Berufsleben – mit Fragen der Gesundheitsversorgung beschäftigt. Ihr Wissen ist meist weder fachlicher Natur noch wird es mit Bezug auf gesellschaftlich relevante Problemfelder erworben, sondern im Gegenteil sehr individuell und auf den konkreten Einzelfall bezogen. Gerade durch ihr individuelles Erfahrungs- und Alltagswissen können Laien aber ebenfalls einen substantiellen Beitrag zur Problemlösung im Gesundheitssystem leisten (vgl. Abschnitt 3.1.3.1).

Wenn die Beteiligung von Laien im Gesundheitswesen diskutiert wird, wird selten explizit zwischen den unterschiedlichen Varianten der Laienbeteiligung differenziert. Meist ist sowohl von Bürgern oder Konsumenten als auch von Versicherten oder Patienten die Rede. Dabei werden insbesondere die Begriffe der Patienten- und Bürgerbeteiligung synonym verwendet (vgl. Dierks et al., 2006) oder verschiedene Rollen – wie z. B. Patient, Konsument, Versicherter – unter dem Bürgerbegriff subsumiert (Francke und Hart, 2001: 30; Rega, 2007: 51). Allerdings handelt es sich bei diesen Akteursgruppen nicht um homogene Kollektive. Vielmehr können Patienten, Versicherten und Bürgern jeweils unterschiedliche Handlungsorientierungen und Interessen unterstellt werden, die sich beispielsweise im Rahmen der Beteiligung an Mini-Publics auswirken können. Hier wird daher explizit zwischen den Rollen des Bürgers und des Patienten unterschieden.

Eines der bis heute prominenten Konzepte der Patientenrolle stammt von Talcott Parsons. Er definiert Patienten insbesondere in Relation zur Profession der Ärzte⁴⁷: *Patienten* (von lat. pati, patior, passus sum = leiden, erdulden) werden als passive Opfer einer Krankheit, d. h. als an einem pathologischen Zustand ‚Leidende‘ beschrieben (Parsons, 1979 [1951]: 440). Dies betrifft prinzipiell sowohl akut Erkrankte als auch chronisch Kranke. Sie streben danach, wieder einen gesunden Zustand zu erreichen (Akutpatienten) oder zumindest die Einschränkungen durch ihre Erkrankung zu lindern (chronisch Kranke). Dies können Sie mithilfe von Ärzten – und anderen Gesundheitsfachberufen – und deren spezifischem Wissen erreichen (ebd.: 438). Damit begeben Patienten sich gegenüber den Experten in der Gesundheitsversorgung in ein Abhängigkeitsverhältnis, das beide Seiten aneinander bindet und einander verpflichtet.

In der jüngeren Diskussion des Patientenbegriffs ist gegenüber Parsons' Konzeption eine deutliche Veränderung festzustellen. Insbesondere chronisch erkrankte Patienten werden zunehmend als aktive Akteure im Feld der Gesundheitsversorgung verstanden, die ihre eigene Behandlung ebenso wie die medizinische Versorgung insgesamt mitgestalten können und wollen (Callaghan und Wistow, 2006). In diesem Zusammenhang wird auch von Patienten als Konsumenten medizinischer Leistungen gesprochen, wobei Patienten sich auch selbst zu-

⁴⁷ Parsons bezieht seine Darstellung lediglich auf das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten. Ähnliche Beziehungen sind jedoch auch zwischen Patienten und den Angehörigen anderer Gesundheitsfachberufe denkbar.

nehmend als Verbraucher mit entsprechenden Rechten wahrzunehmen scheinen (Callaghan und Wistow, 2006: 585). Dieser Aspekt der Patientenrolle soll hier jedoch nicht weiter diskutiert werden. Patienten bleiben, trotz ihrer zunehmend feststellbaren Emanzipation, Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen, derentwegen sie medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Die Handlungsorientierung eines Patienten ist deshalb primär auf seine Krankheit und die eigene medizinische Versorgung ausgerichtet. Die spezifischen Rollen Aspekte von Patienten prägen damit deren Interessen und Ziele (Francke und Hart, 2001: 31). Dies gilt für Patientenpartizipation auf der Mikroebene (z. B. in der eigenen Behandlung), auf der Meso-Ebene (z. B. als Interessenvertreter in einer Selbsthilfegruppe oder -organisation) und auf der Makroebene (z. B. als Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss). Aufgrund ihrer spezifischen Erfahrungen werden chronisch kranke Patienten auch als Experten ihrer Krankheit verstanden. Gerade die in Patientenorganisationen oder Selbsthilfegruppen organisierten Patienten weisen häufig einen hohen Professionalisierungsgrad auf. Parkinson unterscheidet daher auch zwischen „professional patients“ und „some kind of ‚real‘ person“ (Parkinson, 2006a: 57ff) – wobei mit „real person“ bei Parsons „gewöhnliche Bürger“ gemeint sind. Patienten und Bürger stellen jedoch nicht eindeutig voneinander unterscheidbare Personengruppen, sondern lediglich unterschiedliche Rollen Aspekte von Personen dar, die je nach Setting und aktueller Handlungsorientierung vom gleichen Individuum ausgefüllt werden können.⁴⁸ Denn alle Patienten sind auch Bürger und in Deutschland sind knapp 90 % der Bürger auch Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung – also GKV-Versicherte.

Akteure in der Rolle von gesetzlich Krankenversicherten können ihre Handlungen an den mit dieser Rolle verbundenen Interessen orientieren, also beispielsweise an dem Ziel eines möglichst niedrigen Beitragssatzes, der möglichst umfassenden Versorgung im „Versicherungsfall“⁴⁹ oder der effizienten oder solidarischen Verwendung verfügbarer Mittel. Die Ausrichtung der Bürgerrolle hingegen ist weniger eindeutig. Der Begriff und die spezifischen Rollen Aspekte des Bürgers haben sich bereits seit der Antike laufend weiterentwickelt und verändert. Auch heute gibt es mehrere komplementäre und sogar konfligierende Konzepte der Rolleneigenschaften, Handlungsorientierungen und -kompetenzen eines Bürgers. Im Sinne von *Mitbürgern* sind Bürger zunächst einmal alle Zivilpersonen und natürlichen Personen eines Gemeinwesens. Als *Staatsbürger* besitzen sie definierte Bürger- und Partizipationsrechte, wodurch sie sowohl zu Urhebern als auch Adressaten (und Betroffenen) politischer Entschei-

⁴⁸ Allerdings können diese Rollen Aspekte in manchen Situationen jedoch auch in Konflikt geraten (Lenaghan, 1999: 48).

⁴⁹ Bei der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland handelt es sich nicht im strengen Sinne um eine Versicherung. Vielmehr wird die Umverteilung von Mitteln nach dem Solidarprinzip praktiziert: von reicheren auf ärmere, von gesunden auf kranke Versicherte.

dungen werden (können). Diese Konzeptionen bezeichnen noch keine Rollen Aspekte, die den Bürger vom Patienten oder anderen Akteuren im Gesundheitswesen unterscheiden. Vielmehr zeichnet sich die Bürgerrolle gerade dadurch aus, dass sie nicht die Internalisierung vordefinierter Interessen einzelner Akteursgruppen impliziert. Hierin liegt ein fundamentaler Unterschied zu sonstigen Akteuren im Gesundheitssektor, die stets für die spezifischen Interessen ihrer jeweiligen Gruppe – z. B. der Patienten oder der Versicherten – eintreten. Während diese Gruppen in ihren Rollen als *unmittelbar* von gesundheitspolitischen Themen Betroffene gelten, gehören Bürger lediglich zu deren Adressaten und zu den *potenziell* hiervon Betroffenen. Daher wird ihnen eine neutralere Position und eine stärkere Orientierung am Gemeinwohl zugeschrieben (vgl. Lenaghan, 1999: 48f).

Auch chronisch Kranke oder andere Akteure des Gesundheitswesens können in der Bürgerrolle agieren, solange sie sich nicht selbst primär als Vertreter ihrer jeweiligen Gruppe verstehen. Ausschlaggebend sind die Handlungsorientierung und das Selbstverständnis der Akteure im jeweiligen Setting. Für die Beteiligung an Mini-Publics werden die Akteure in ihrer Bürgerrolle angesprochen. Sie sollen als Adressaten einer bestimmten gesellschaftlichen oder politischen Thematik agieren, möglichst ohne sich dabei auf die vorher definierten Interessen einzelner Gruppen festzulegen. Denn dies würde die Offenheit für neue Informationen und die Argumente anderer Teilnehmer der Deliberation sowie die Orientierung an einer gemeinsamen Lösung des diskutierten Problems reduzieren – womit zwei wichtige Grundgedanken der deliberativen Demokratie verletzt wären. In der Betrachtung von Bürger- und Patientenbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen hingegen stehen die individuellen Beteiligungs- und Anspruchsrechte von Patienten im Vordergrund. Beispiele für eine Beteiligung von Akteuren in ihrer Bürgerrolle sind rar, wie im nächsten Abschnitt gezeigt wird.

4.1.3 Bürger- und Patientenbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen

Im Bereich der medizinischen Versorgung gelten heute die Ziele der Patientenautonomie und der Patienten- bzw. Bürgerbeteiligung als selbstverständlich; zunehmend sind sie auch gesetzlich festgeschrieben. Neben den allgemeinen demokratischen, auch in anderen Gesellschaftsbereichen geltenden Beteiligungsrechten existieren im Gesundheitswesen spezifische Beteiligungsformen. Es wird dort zwischen individuellen Patientenrechten und kollektiven Beteiligungsrechten von Patienten, Versicherten und Bürgern unterschieden (Francke und Hart, 2001: 19). Zu den individuellen Patientenrechten zählen insbesondere Informations- und Mitentscheidungsrechte in der Beziehung zwischen Leistungserbringern und Patienten oder das Recht auf eine gute Qualität der medizinischen Versorgung und auf ein funktionsfähiges System des Schadensausgleichs (vgl. Hart, 2000: 73). Kollektive Beteiligungsrechte betreffen da-

gegen vor allem die Einbindung von Patienten, Versicherten und Bürgern in Entscheidungen auf höheren Organisationsebenen des Gesundheitssystems. Dies kann z. B. indirekt über die Wahlrechte der Versicherten in der Selbstverwaltung der einzelnen Krankenkassen oder direkt durch die formelle oder informelle Beteiligung von Patientenvertretern aus Selbsthilfe- und Patientenorganisationen an gesundheitspolitischen Entscheidungen erfolgen.

Die Entwicklung individueller und kollektiver Beteiligungsrechte im deutschen Gesundheitswesen ist jedoch noch relativ jung. Im Jahr 1994 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation; WHO) eine erste Stellungnahme zu den Rechten von Patienten in Europa. In diesem Dokument standen zwar die individuellen Rechte von Patienten im Vordergrund, es wurde aber ausdrücklich auch auf allgemeine Rechte zur kollektiven Beteiligung auf allen Ebenen des Gesundheitssystems verwiesen:

“Patients have a collective right to some form of representation at each level of the health care system in matters pertaining to the planning and evaluation of services, including the range, quality and functioning of the care provided.” (World Health Organisation, 1994: 13)

Die Rechte von Patienten zur kollektiven Beteiligung wurden hier jedoch nicht weiter ausdifferenziert, auch konkrete Empfehlungen für die Umsetzung fehlen. Dieser ersten Erwähnung kollektiver Beteiligungsrechte im Gesundheitswesen folgte jedoch eine europaweite Debatte über Patienten- und Bürgerbeteiligung, die schließlich zu einer elaborierten Stellungnahme des Europarates im Jahr 2000 führte (Council of Europe, 2000). Während die WHO-Erklärung noch vorwiegend von Patienten (patients) und deren Rechten spricht, nennt die Empfehlung des Europarates ausdrücklich auch Konsumenten (consumers), Versicherte (insured persons) und Bürger (citizens) als Akteure des Gesundheitswesens. Diese Personengruppen – bzw. die Individuen mit entsprechenden Handlungsorientierungen – sollen demnach ebenfalls einen Einfluss auf die Gestaltung medizinischer Versorgung erhalten. Damit rücken kollektive Beteiligungsrechte auf den unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems stärker in den Vordergrund. In der Empfehlung des Europarates heißt es ausdrücklich:

„The Council of Europe (...) recommends that the governments of Member states: ensure that citizens’ participation should apply to all aspects of health care systems, at national, regional and local levels and should be observed by all health care system operators, including professionals, insurers and the authorities; (...)” (Council of Europe, 2000)

Auch die Europäische Kommission und einige Bürgerorganisationen haben sich in den darauffolgenden Jahren mit der Ausweitung von Beteiligungsrechten in den europäischen Gesundheitssystemen befasst (Commission of the European Communities, 2007; Active Citizenship Network, 2002). Um die Jahrtausendwende hat sich in Deutschland die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Patientenrechten und Bürgerbeteiligung im Gesundheits-

wesen verstärkt (vgl. insb. Badura et al., 1999; Francke und Hart, 2001). Die Rechte individueller Patienten waren schon damals in Deutschland zwar unübersichtlich in verschiedenen Gesetzen geregelt, jedoch vergleichsweise gut ausgebaut (Hart und Francke, 2002: 14; Hart, 2004: 21). Die meisten Patientenrechte waren allerdings kaum allgemein bekannt und wurden daher nur in geringem Maße genutzt. Es bestand eine Inkongruenz zwischen „Normativität und Natürlichkeit“ (Hart und Francke, 2002: 16; Hart, 2005: 9; Hart, 2011: 31; Hart, 2004). In Deutschland wurde erstmals 1999 eine „Charta“ für „Patientenrechte in Deutschland“ veröffentlicht und mehrfach aktualisiert. Heute gilt die seit 2002 unveränderte Version in der Auflage von 2007 (Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium der Justiz, 2007 [2002]). Diese sollte Informationsdefizite über die bereits bestehenden Rechte individueller Patienten verringern und damit die Umsetzung der Rechte fördern. Um dies zu ändern legten Bundesjustiz- und Bundesgesundheitsministerium im Jahr 2011 einen Gesetzentwurf für ein Patientenrechtegesetz vor, das ebenfalls zur transparenten Gestaltung der bereits bestehenden Patientenrechte dienen sollte (vgl. Spickhoff, 2012). Nach längeren Debatten wurde das Gesetz im Jahr 2013 endgültig verabschiedet und trat am 26. Februar desselben Jahres in Kraft. Damit sind nun die bislang unübersichtlichen und in verschiedenen Gesetzestexten geregelten Rechte von Patienten in einem einheitlichen Gesetz zusammengefasst. Auch in dieser aktuellen Version stehen jedoch weiterhin die Beteiligungsrechte individueller Patienten im Verhältnis mit dem an der eigenen Behandlung beteiligten Fachpersonal im Vordergrund.

Kollektive Beteiligungsrechte hingegen waren lange Zeit unterentwickelt (Francke und Hart, 2001; Hart und Francke, 2002). Seit einigen Jahren gibt es jedoch auch in diesem Bereich Fortschritte; z. B. mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG vom 14.11.2003), das am 1.1.2004 in Kraft getreten ist (Becker-Schwarze, 2004). Dieses Gesetz stärkt neben vielfältigen anderen Regelungen auch die kollektiven Beteiligungsrechte von Bürgern und Patienten. So wurde die Position des Beauftragten der Bundesregierung für Belange der Patienten geschaffen (§ 140h SGB V), mit der zwar keine unmittelbare Entscheidungskompetenz verbunden ist, die aber die Entscheidungsträger beraten und dabei die Interessen und Bedürfnisse von Patienten vertreten soll. Mit den §§ 140f und 140g SGB V wurde zudem die Beteiligung von Patientenvertretungen bei den Krankenkassen (§ 140f Abs. 4) und auf Länderebene geregelt sowie die sogenannte Patientenbeteiligungsverordnung (PatBeteiligungsV; § 140f Abs. 2 S. 3 und §140g SGB V) erlassen. Diese Verordnung regelt die Kriterien für die Anerkennung von Organisationen, die die Rechte der Patientenvertretung ausüben dürfen, sowie die Modalitäten von Anerkennungs- und Beteiligungsverfahren (Becker-Schwarze, 2004: 217). Hierdurch wurde die Beteiligung von Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen im GKV-System gestärkt.

Die umfassendsten kollektiven Beteiligungsrechte – wenn auch ausschließlich für gesetzlich Krankenversicherte – bietet jedoch der Bereich der Selbstverwaltung der Krankenkassen. Im Rahmen der Sozialwahlen werden die wahlberechtigten gesetzlich Versicherten im Turnus von sechs Jahren aufgerufen, die Selbstverwaltungsorgane ihrer Krankenkassen zu wählen. Diese Selbstverwaltungsorgane setzen sich paritätisch aus von Versicherten und Arbeitgebern gewählten Vertretern zusammen und besitzen breite Steuerungs- und Verwaltungskompetenzen innerhalb des Systems der GKV. Für alle wettbewerbsneutralen Aufgaben ist seit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes im Jahr 2007 der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband; § 217a SGB V) zuständig. Er bildet die gemeinsame, d. h. kassenübergreifende Vertretung der Gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene und ist ebenfalls Organ der Selbstverwaltung. Brückenorgan zu den einzelnen Kassen ist die Mitgliederversammlung des GKV-Spitzenverbandes, in die die Selbstverwaltungsorgane der Mitgliederkassen ihre Delegierten entsenden. Die Mitgliederversammlung wählt dann den Verwaltungsrat und dieser den Vorstand des GKV-Spitzenverbandes. Zentrale Aufgabe des GKV-Spitzenverbandes ist die Gestaltung von Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Hierzu gehört insbesondere die Vertretung von Interessen der Gesetzlichen Krankenversicherung und damit auch von deren Mitgliedern auf Bundesebene, aber etwa auch die Vereinbarung von Rahmenverträgen und Vergütungsvereinbarungen. Über die Sozialwahlen sind die Organe der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen durch ihre Mitglieder formal legitimiert. Somit können die gesetzlich Versicherten durch ihre aktive oder passive Teilnahme an den Sozialwahlen der Krankenversicherungen wichtige demokratische Beteiligungsrechte ausüben.

Auch die Errichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)⁵⁰ im Rahmen des GMG (§ 91ff SGB V) diene unter anderem dem Ziel, die Position von Patienten und Bürgern im Gesundheitswesen zu verbessern. Der G-BA soll eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleisten. Hierzu kann er in Form von Richtlinien ärztliche und zahnärztliche Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV konkretisieren und über die Einführung und den Ausschluss medizinischer Leistungen entscheiden (§ 92 Abs. 1, § 135 SGB V). Dabei wird er durch sein Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG; § 139a-c SGB V) unterstützt, das ebenfalls mit dem GMG eingerichtet wurde und die Qualität der Patientenversorgung verbessern soll. Der G-BA ist das höchste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung. Er besteht heute aus Vertretern

⁵⁰ Dem G-BA wurden die Aufgaben und Kompetenzen seiner Vorläufer übertragen. Dies waren der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen, der Ausschuss Krankenhaus und der Koordinierungsausschuss.

der Vertragsärzteschaft, der Vertragszahnärzteschaft, der gesetzlichen Krankenkassen und der Krankenhäuser sowie aus drei unabhängigen Mitgliedern, auf die sich die genannten Organisationen einstimmig einigen müssen. Auch Vertreter von Patientenorganisationen besitzen ein Mitberatungs- und Antragsrecht und nehmen an den Sitzungen des G-BA teil (§ 140f Abs. 2 SGB V). Die Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen im G-BA werden durch den Vorstand des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (§ 217a SGB V) entsandt. Durch die Einrichtung des G-BA und insbesondere die Beteiligung von Patientenvertretern an seinen Sitzungen sowie über die Vertreter der Selbstverwaltung der GKV sind Patienten und Versicherte – zumindest mittelbar – an den Entscheidungen über das Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenkassen beteiligt.

Direkte formale kollektive Beteiligungsrechte, d. h. gesetzlich vorgeschriebene Einflussmöglichkeiten von Patienten, Versicherten oder Bürgern auf die Gestaltung der medizinischen Versorgung insgesamt, sind weniger stark ausgeprägt. Viele kollektiven sowie individuellen Rechte werden zudem auch heute von den meisten Patienten, Bürgern und Versicherten kaum wahrgenommen (vgl. für das Beispiel der Sozialwahlen Schroeder, 2008: 51ff). Neben den dargestellten gesetzlich vorgeschriebenen Beteiligungsrechten, nutzen Patienten und Bürger aber zunehmend informelle Möglichkeiten der Beteiligung zur Mitgestaltung der Gesundheitsversorgung.⁵¹ Darunter fällt z. B. die Arbeit von einigen Selbsthilfegruppen der -organisationen, die sich heute häufig auch als Interessenvertreter ihrer Mitglieder gegenüber den Akteuren des Gesundheitssystems verstehen. In dieser Rolle bemühen sich diese Organisationen, Einfluss auf die für ihre Mitglieder relevanten Entscheidungen im Gesundheitssystem zu nehmen. Diese Art der Partizipation wird „von unten“, also durch die Mitglieder – bzw. durch die Leitungsebene – der Gruppen selbst organisiert. Ein weiterer Bereich informeller Partizipation ist die Beteiligung von Patientenorganisationen an der für sie relevanten Forschung: So fördert beispielsweise die Deutsche Rheuma-Liga über die gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie gegründeten Rheumastiftung sowie über eigene Ausschreibung die Erforschung rheumatologischer Krankheitsformen und deren Behandlung.⁵²

Es gibt aber zunehmend auch Beispiele für die Beteiligung einzelner Patienten an der Erforschung des Gesundheitssystems und an der Erarbeitung von Maßnahmen zur Steigerung

⁵¹ Informelle Beteiligung durch Patienten auf individueller Ebene (z. B. in der konkreten Behandlungssituation) soll hier nicht im Vordergrund stehen. Auch in diesem Bereich entwickelt sich die Debatte in Deutschland fort. So gewinnt das Konzept des „shared-decision-making“ auch hierzulande unter dem Namen Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) zunehmend an Bedeutung (zum Konzept und seiner Anwendung in Deutschland vgl. z. B. Scheibler und Pfaff, 2003; Härter et al., 2005; Loh et al., 2007).

⁵² Vgl. die entsprechende Rubrik auf der Website der Rheuma-Liga: <http://www.rheuma-liga.de/forschung/> (letzter Zugriff 20.02.2015).

der Qualität der medizinischen Versorgung. Hierzu gehört z. B. die Patientenbeteiligung bei der Entwicklung von Versorgungsleitlinien (Sänger et al., 2007; Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2008; Programm für Nationale Versorgungsleitlinien, 2007) oder bestimmten Versorgungskonzepten, z. B. Disease Management Programmen (DMP) oder Programmen der Integrierten Versorgung (IV) (vgl. hierzu Hölzel et al., 2012). Diese Art der Einbindung erfolgt meist „von oben“, d. h. von öffentlichen Institutionen oder wissenschaftlichen Einrichtungen ausgehend. Die zunehmende Patientenorientierung zeigt sich auch an der verstärkten Debatte über die Rolle und den Nutzen sogenannter Patient-Reported Outcomes für die Evaluation von Gesundheitsleistungen (vgl. Brettschneider et al., 2011). Insbesondere im Bereich der Versorgungsforschung werden jedoch nicht nur Patienten, sondern auch Bürger in Forschungsvorhaben eingebunden. Hier werden beispielsweise Bevölkerungs- oder Patientensurveys durchgeführt, um Versorgungssituation und Hilfebedarf, aber auch Informationsgrad, Präferenzen und Meinungen von Bürgern und Patienten zu erheben (vgl. Busse, 2006).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in der Diskussion um Patienten- und Bürgerbeteiligung immer noch die Partizipation von Patienten in ihrer individuellen Behandlungssituation im Vordergrund steht. Die formalen kollektiven Beteiligungsrechte ebenso wie informelle Formen kollektiver Beteiligung sind weniger stark ausgebaut und sprechen meist nicht die Akteure in ihrer Rolle als Bürger, sondern eher die spezifischen Gruppen der Patienten oder Versicherten an. Zudem sind viele der informellen Beteiligungsarten auf die Informationsgewinnung durch die Erforschung der Bürger- bzw. Patientenperspektive ausgerichtet. Direkte Teilhabe an der Gestaltung der Gesundheitsversorgung lässt sich kaum feststellen. Allerdings wird eine solche Beteiligung von Bürgern bereits seit längerem gefordert: So sollten Bürger nach Meinung einiger Autoren auch an „Entscheidungen über das Angebot sowie die Qualität und Sicherheit der angebotenen Gesundheitsleistungen“ (Hart, 2000: 75) beteiligt werden. Bernhard Badura stellte bereits im Jahr 2000 die Frage „Wie können wir Bürger, Versicherte und Patienten dazu befähigen, dass sie (...) bei Entscheidungen über Prioritäten und Kapazitäten mitwirken?“ (Badura, 2000: 35). Dies spricht für eine Beteiligung von Bürgern an Fragen, die die tatsächliche Allokation verfügbarer Ressourcen betreffen, aber insbesondere auch an der Vorbereitung und Erarbeitung vorgängiger Priorisierungsvorschläge.⁵³

4.2 PRIORISIERUNGSDEBATTEN IM IN- UND AUSLAND

In vielen inner- und außereuropäischen Ländern wird bereits seit bis zu dreißig Jahren mehr oder weniger intensiv über Priorisierung in der medizinischen Versorgung diskutiert – häufig

⁵³ Zur Unterscheidung dieser Begriffe siehe Abschnitt 4.3.

auch unter Beteiligung von Patienten oder Bürgern. Die in verschiedenen Ländern verwendeten Begriffe und Konzepte der Priorisierung sowie die jeweiligen Ziele und insbesondere die Versorgungsrelevanz dieser Debatten unterscheiden sich zum Teil stark voneinander. Daher werden in Abschnitt 4.2.1 zunächst verschiedene Typen von Priorisierungsdebatten unterschieden. Anschließend werden exemplarisch einige ausländische Priorisierungsdebatten skizziert, die international besonders beachtet wurden und sich als Repräsentanten der oben definierten Typen eignen (4.2.2 und 4.2.3). Schließlich werden die Besonderheiten ausländischer Priorisierungsdebatten als Hintergrund und Rahmen für die deutsche Auseinandersetzung mit dieser Thematik beschrieben (4.2.4) und die bisherige Entwicklung der deutschen Debatte dargestellt (4.2.5).

4.2.1 Grobe Unterscheidung verschiedener Typen von Priorisierungsdebatten

Die Frage nach einer gerechten medizinischen Versorgung im Rahmen eines öffentlich finanzierten Gesundheitssystems steht weltweit in vielen Ländern bereits seit Jahrzehnten auf der politischen und gesellschaftlichen Agenda. Häufig werden die mit dieser Fragestellung in Verbindung stehenden Debatten unter dem Begriff der „Priorisierung“ oder des „Prioritätensetzens“ geführt (vgl. Sabik und Lie, 2008; Ham, 1997; Kenny und Joffres, 2008). Zwar geht es in all diesen Debatten im weitesten Sinne darum, was im Vergleich mit anderem in der medizinischen Versorgung wichtiger und was weniger wichtig ist, das jeweilige Verständnis von Priorisierung und die hiermit verbundenen Ziele, der Verlauf der nationalen Priorisierungsdebatten sowie deren Ergebnisse und Konsequenzen variieren jedoch stark. Daher soll hier zunächst eine systematische Unterscheidung nationaler Priorisierungsdebatten anhand dreier Dimensionen vorgenommen werden: 1.) unterscheiden Sabik und Lie (2008) zwischen den primären Inhalten der Priorisierungsdebatten. Einige Länder konzentrieren sich zunächst (oder ausschließlich) auf die Definition allgemeiner Prinzipien, die als Grundlage für die Priorisierung insgesamt verwendet werden können. Erst daraus werden dann unter Umständen konkretere Priorisierungsvorschläge abgeleitet (Zeilen A und B in Tabelle 4). Andere Länder beschäftigen sich unmittelbar mit der Definition von konkreten Prioritäten bzw. von Praktiken zum Ein- und Ausschluss bestimmter medizinischer Leistungen oder zur Bestimmung eines öffentlich zu finanzierenden Basispakets. Möglicherweise hierfür verwendete Prinzipien werden in diesen Beispielen erst im Anschluss explizit gemacht (Zeilen C und D).

Es werden 2.) zwei unterschiedliche Verwendungen des Priorisierungsbegriffs unterschieden, die jeweils mit einem eigenen Fokus der Priorisierungsdebatte einhergehen: In einigen Ländern wird Priorisierung als Synonym für Rationierung medizinischer Leistungen verstanden (Zeilen B und D in Tabelle 4); häufig mit einem Fokus auf die Einschränkung von

Leistungen. Daher geht es in den Debatten, die diesen Priorisierungsbegriff nutzen, vorrangig um die Einsparung von Ressourcen oder die Kürzung medizinischer Leistungen angesichts knapper Budgets. Priorisierung zielt nach dieser Version des Begriffs auf die direkte, verbindliche Determination von Allokationsentscheidungen unter Knappheitsbedingungen. Im Gegensatz dazu wird Priorisierung in einigen Fällen explizit von späteren faktischen Allokationsentscheidungen unterschieden. Dann geht es um die vorgängige, gedankliche Unterscheidung von Wichtigem und weniger Wichtigem. Dies kann (mehr oder weniger) unabhängig von Budgets und dem Umfang tatsächlich verfügbarer Ressourcen geschehen (Zeilen A und C). In dieser zweiten Variante stehen eher nicht-ökonomische Ziele im Vordergrund, wie die allgemeine Steigerung der Versorgungsqualität oder die Berücksichtigung benachteiligter Personengruppen.

Priorisierungsbemühungen können 3.) nach der Natur ihrer Ergebnisse und nach ihren Konsequenzen für die medizinische Versorgung unterschieden werden: In einigen Ländern werden konkrete Priorisierungsvorschläge erarbeitet bzw. -entscheidungen getroffen, die unmittelbare Wirkung im Versorgungsalltag entfalten (Kategorie I in Tabelle 4). In anderen Ländern sind die Ergebnisse der Priorisierungsdebatte eher abstrakt geblieben, z. B. in Form allgemeiner Prioritätengruppen, wirken sich jedoch trotzdem direkt oder indirekt auf die Versorgung aus (Kategorie II). Schließlich sind in einigen Fällen gar keine Vorschläge zur Implementierung von Priorisierung erarbeitet worden. Daher sind hier kaum langfristige Auswirkungen auf die medizinische Versorgung feststellbar bzw. die Ergebnisse der Priorisierungsdebatten sind lediglich als diffuse, vereinzelte Maßnahmen implementiert worden (Kategorie III). Die grobe und idealtypische Zuordnung einzelner Länderdebatten zu den sechs Kategorien in diesen drei Dimensionen zeigt Tabelle 4.

Die meisten ausländischen Priorisierungsdebatten begannen auf nationaler Ebene, in vielen Fällen mit der Gründung von staatlichen oder parlamentarischen Kommissionen bzw. mit Debatten in nationalen Gremien zur Beratung ethischer Fragen. Einige exemplarische Priorisierungsdebatten, in denen sich diese Gremien zunächst intensiv mit den normativen Grundlagen von Priorisierung im Gesundheitswesen auseinandergesetzt haben, werden in Abschnitt 4.2.2 in chronologischer Reihenfolge dargestellt. Anschließend werden Priorisierungsdebatten beschrieben, in denen man sich unmittelbar mit der Frage nach dem Ein- oder Ausschluss medizinischer Leistungen aus dem öffentlich zu finanzierenden Katalog beschäftigt hat (4.2.3). Die hier diskutierten Beispiele stellen eine Auswahl einiger international besonders beachteter Beispiele für Priorisierung in der medizinischen Versorgung dar, die sich zudem zur Illustration der oben unterschiedenen Typen eignen.

Tabelle 4: Typen nationaler Priorisierungsdebatten

1) Art des Priorisierungsprozesses	2) Verwendung des Priorisierungsbegriffs und Fokus der Debatte		3) Ergebnisse der Priorisierungsdebatten		
			Ja, konkrete Priorisierungsvorschläge oder -entscheidungen (I)	Ja, zuerst abstrakte Vorschläge, Definition von Prioritäten (II)	Keine konkreten Vorschläge zur Implementierung (III)
Fokus auf allgemeine Prinzipien als Grundlage für Allokation	Vorbereitung von Allokation; Fokus auf nicht-ökonomische Ziele (A)		Schweden	Norwegen	
	Synonym für tatsächliche Ressourcenverteilung; Fokus auf knappe Budgets, Kostensenkung (B)			Niederlande	Dänemark
Fokus auf konkrete Entscheidungen zu Leistungsein- und -ausschlüssen	Vorbereitung von Allokation; Fokus auf nicht-ökonomische Ziele (C)				
	Synonym für tatsächliche Ressourcenverteilung; Fokus auf knappe Budgets, Kostensenkung (D)		Oregon	Neuseeland Israel England	

4.2.2 Ausländische Priorisierungsdebatten I: zuerst Definition grundlegender Prinzipien

Die meisten europäischen Debatten über Priorisierung in der medizinischen Versorgung begannen mit der Definition einer normativen Grundlage für Allokationsentscheidungen in diesem Bereich.⁵⁴ Während in Schweden und Norwegen eher nicht-ökonomische Ziele – wie die Verbesserung der Versorgungsqualität und die besondere Berücksichtigung schwacher oder unterversorgter Personengruppen – verfolgt wurden, standen in Dänemark und den Niederlanden explizit Argumente der Mittelknappheit und das Ziel der Effizienzsteigerung im Zentrum der Priorisierungsdebatte. Besonders in Schweden sind auf Grundlage der Auseinandersetzung mit Werten und Kriterien konkrete Priorisierungsvorschläge erarbeitet worden, die in der medizinischen Versorgung eingesetzt werden; auch in Norwegen werden die dort erstellten Prioritätengruppen zumindest indirekt berücksichtigt. In den Niederlanden entfaltet die dort geführte Priorisierungsdebatte heute ebenfalls zumindest mittelbar versorgungsrelevante Konsequenzen. In Dänemark hingegen zeigen sich kaum direkte Folgen der Priorisierungsbemühungen.

4.2.2.1 Dänemark

Als eines der ersten Länder weltweit richtete Dänemark bereits im Jahr 1974 eine Regierungskommission zur Feststellung grundlegender Prioritäten in der Gesundheitsversorgung ein

⁵⁴ England ist das einzige hier aufgeführte europäische Land, in dem man sich ohne vorhergehende Kriteriendiskussion unmittelbar mit Prozessen für tatsächliche Allokationsentscheidungen beschäftigte (siehe Abschnitt 4.2.3).

(Pornak et al., 2011: 681). Ausgangspunkt war die Beobachtung steigender Gesundheitsausgaben und neuer Anforderungen an die Gesundheitsversorgung, die ggf. in veränderte Schwerpunkte übersetzt werden sollten. Im Jahr 1977 veröffentlichte die Regierungskommission einen Bericht über ihre Arbeit, der auf Dänisch vorliegt, jedoch weder national noch international große Beachtung fand (Dansk Indenrigsministeriet, 1977). Erst etliche Jahre später wurde die Priorisierungsdebatte in Dänemark wieder aufgegriffen und zunächst auf regionaler Ebene fortgesetzt (Pornak et al., 2011: 681). Auslöser waren Beschwerden der Ärzteschaft über eine zu geringe Ausstattung des Gesundheitssystems mit monetären Ressourcen (ebd.). In den 1990er Jahren beschäftigte sich auch der nationale dänische Ethikrat – ein 17-köpfiges Gremium dessen Mitglieder von Parlament und verschiedenen Ministerien jeweils für drei Jahre ernannt werden (ebd.: 682, 698f) – mit der Priorisierung in der Medizin. 1997 veröffentlichte der Ethikrat eine Stellungnahme, in der er auch explizit Werte zur Priorisierung sowie Ziele der Gesundheitsversorgung definierte; diese Stellungnahme ist auch in englischer Sprache erschienen (Danish Council of Ethics, 1997). Die durch den Ethikrat bestimmten grundlegenden Werte sind „Equal Human Worth“, „Solidarity“, „Safety and Security“ (d. h. jeder soll sich sicher fühlen können, dass er in einer gesundheitlichen Notsituation medizinisch versorgt wird) und „Freedom or Self-determination“ (Danish Council of Ethics, 1997: Kap. 4.2). Die Ziele der Gesundheitsversorgung, an denen die Priorisierung von Leistungen sich orientieren soll, sind: „Social and geographical equity“, „Quality“, „Cost-effectiveness“ und „Democracy and consumer influence“. Versorgungswirksame Folgen dieser Stellungnahme scheint es nicht gegeben zu haben. Vielmehr ist die dänische Priorisierungsdebatte zu Beginn des letzten Jahrzehnts kaum noch aktiv geführt worden. Seit 2006 scheint die Debatte jedoch auf regionaler und lokaler Ebene erneut aufzuleben. Zwischen 2011 und 2013 beschäftigte sich zudem erneut eine Arbeitsgruppe des Dänischen Ethikrats mit Priorisierungsfragen, die 2013 eine weitere Stellungnahme auf dänisch veröffentlichte (Danish Council of Ethics, 2013).

Zwar wird der Priorisierungsbegriff in unterschiedlichen Kontexten und von verschiedenen Personen jeweils mit unterschiedlicher Konnotation verwendet (Pornak et al., 2011: 682), insbesondere in der ersten Stellungnahme des dänischen Ethikrates wird jedoch der Fokus auf die Diskussion von Ressourcenknappheit deutlich. Nach der Position des Ethikrates beinhaltet Priorisierung in der Praxis immer eine Rationierung, denn nicht alle potenziell nützlichen Leistungen könnten durch die Allgemeinheit getragen werden, daher seien Einschränkungen nötig (Danish Council of Ethics, 1997). Dauerhafte Effekte oder konkrete Ergebnisse der Priorisierung sind in Dänemark nicht nachweisbar. Zwar gab es in einigen Amtsbezirken konkretere Priorisierungsbemühungen, die jedoch heute kaum noch relevant sind (Pornak et al., 2011: 685f). Auf nationaler Ebene hingegen wurden eher allgemeine, übergreifende Priori-

täten oder Posterioritäten formuliert, deren Umsetzung sich kaum überprüfen lässt. Daher ist Dänemark in Tabelle 4 der Zelle B-III zuzuordnen.

4.2.2.2 Norwegen

Auch in Norwegen begann die Priorisierungsdebatte mit der Gründung eines nationalen Gremiums – hier einer Staatskommission im Jahr 1985 –, die vom norwegischen Theologen Prof. Dr. theol Inge Lønning geleitet wurde (Raspe und Meyer, 2012: 45). Der erste Bericht dieser sogenannten Lønning I-Kommission lag bereits 1987 vor (engl. Zusammenfassung: NOU The Public Statements of Norway, 1987); ein zweiter Bericht der 1995 gegründeten Lønning II-Kommission folgte 1997 (engl. Zusammenfassung: NOU The Public Statements of Norway, 1997). Im Gegensatz zur dänischen Regierungskommission, deren Bericht weitgehend unbeachtet und ohne nennenswerte Folgen blieb, gilt die Lønning I-Kommission weltweit als wichtiger Ausgangspunkt vieler internationaler Priorisierungsdebatten. Konkreter Anlass für den Beginn der norwegischen Priorisierungsdebatte war der in Folge der Entdeckung norwegischer Erdölvorkommen erwartete Zuwachs an Mitteln. Diese sollten nach Ansicht der Verantwortlichen möglichst explizit und nach eindeutig definierten Prinzipien verteilt werden (Raspe und Meyer, 2012: 45). Man befürchtete, dass die Bedürfnisse und Ansprüche der Bevölkerung noch rascher wachsen würden, als die verfügbaren Mittel; eine Verteilung nach der „Dezibel-Methode“, nach der diejenigen Personen die meisten Ressourcen erhalten, die sich am effektivsten äußern können, wurde ausdrücklich nicht akzeptiert (ebd.: 46). Es ging in Norwegen also um die Vorbereitung einer möglichst gerechten, prinzipiengeleiteten Allokation, wobei schwache Personengruppen besonders berücksichtigt werden sollten. Der Bedarf und das Wohl individueller Patienten standen bei diesen Überlegungen im Vordergrund. Die Lønning I-Kommission definiert in ihrem Bericht fünf Prioritätengruppen medizinischer Versorgungsbereiche (NOU The Public Statements of Norway, 1987). Als Basis hierfür dienten die folgenden Priorisierungskriterien: 1.) Schweregrad des Zustandes von Patienten; 2.) zu erwartende Effekte einer Intervention; 3.) Effizienz; 4.) Gleichmäßigkeit in der Versorgung und 5.) keine Benachteiligung selbstverursachter Erkrankungen (ebd.). Für das Vorhaben der Identifikation von Prinzipien für die medizinische Versorgung gilt Norwegen als internationaler Vorreiter, kein anderes Land hatte sich vor 1987 explizit mit einer bewussten, prinzipiengeleiteten Allokation in der medizinischen Versorgung auseinandergesetzt (Raspe und Meyer, 2012: 46). Auch der bereits zitierte Bericht des dänischen Ethikrates von 1997 bezieht sich explizit auf das norwegische Vorbild.

Insgesamt sind die Empfehlungen der Lønning I-Kommission eher abstrakt geblieben. Obwohl sie beispielsweise die Erstellung eines nationalen Gesundheitsplans in Norwegen be-

einflusst hatten (Raspe und Meyer, 2012), wurden sie von den an der medizinischen Versorgung beteiligten Akteuren kaum aufgegriffen (ebd.). Dies zeigt auch die Evaluation seitens der zweiten, 1995 gegründeten Staatskommission, der Lønning II-Kommission (ebd.). In ihrem Bericht vereinfachte diese Kommission die Empfehlungen, indem sie die vormals fünf Prioritätengruppen auf drei reduzierte und mit Beispielen unterlegte. Diese drei Gruppen werden z. B. für die Bestimmung von Grenzwerten für Wartezeiten genutzt: je unwichtiger die benötigte medizinische Leistung, desto längere Wartezeiten müssen in Kauf genommen werden. Auch eine mit steigender Priorität abnehmende Selbstbeteiligung wird in Norwegen diskutiert (Raspe und Meyer, 2012: 47). Zudem wurde auf Empfehlung des Lønning II-Komitee 1999 eine permanente nationale Kommission (Nasjonalt Råd for Prioriteringer i Helsevesenet) eingesetzt, die die Priorisierungsprozesse und ihre Ergebnisse beobachten und unterstützen soll (ebd.). Sie übernimmt insbesondere Beratungsaufgaben und erarbeitet Empfehlungen zum norwegischen Leistungskatalog, ohne jedoch die Autorität und Entscheidungsfreiheit der jeweils verantwortlichen Akteure einzuschränken. Somit sind zwar im Rahmen der norwegischen Priorisierungsdebatte keine stark ausdifferenzierten Prioritätenlisten erstellt worden, aber die mehr oder weniger abstrakten Empfehlungen der beiden Staatskommissionen wirken sich dennoch auf die medizinische Versorgung aus. Dabei geht es in Norwegen nicht um die Verwaltung und tatsächliche Verteilung von Ressourcen, sondern um die vorgängige Feststellung prinzipiengleiteter und möglichst allgemein akzeptierter Prioritäten. In der englischen Zusammenfassung der Stellungnahme von Lønning I heißt es: „guidelines for prioritizations in the health service should be formulated in such a way that they may be applied independently of whether the health sector’s total financial resources increase, are reduced or remain stable“ (NOU The Public Statements of Norway, 1987). Daher ist die norwegische Priorisierungsdebatte in Tabelle 4 in Zelle A-II einzuordnen.

4.2.2.3 Niederlande

In den Niederlanden hat ein vom Ministerium für Wohlfahrt, Gesundheit und Kultur gegründetes Komitee (nach dem Vorsitzenden benannt: „Dunning-Komitee“) sich ebenfalls schon früh, seit 1990, mit den Grundlagen für Allokationsentscheidungen in der Gesundheitsversorgung auseinander gesetzt (Clemens, 2012). Auftrag dieses Komitees war die Definition von Kriterien für die Aufnahme von medizinischen Leistungen in das Basispaket der öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung. Einer festen Zielvorgabe nach sollten ca. 95 % aller möglichen Gesundheitsleistungen darin aufgenommen werden (Sabik und Lie, 2008: 4; Busse und Hoffmann, 2010: 886). Die vom Dunning-Komitee definierten Kriterien wurden 1992 in einem Bericht veröffentlicht, der auch in englischer Sprache erschienen ist (Dutch Government

Committee on Choices in Health Care, 1992). Diese Kriterien sind hierarchisch anzuwenden und werden in Form eines Trichters dargestellt. Demnach sollen nur die medizinischen Leistungen öffentlich finanziert werden, die notwendig (necessary care), effektiv (effectiveness) und effizient (efficiency) sind und nicht der individuellen Verantwortung (individual responsibility) des Patienten überlassen werden können (Dutch Government Committee on Choices in Health Care, 1992: 85). Ziel des Dunning-Komitees war es, eine Grundlage für die Definition des Leistungskatalogs der öffentlich getragenen Gesundheitsversorgung zu schaffen; Priorisierung wurde hier sehr stark mit dem Befund begrenzter Ressourcen und mit der faktischen Einschränkung des Leistungskatalogs verbunden. Eine Implementierung der durch das Dunning-Komitee entwickelten Empfehlungen oder politische Reaktionen darauf blieben – bis auf wenige Ausnahmen – jedoch aus (van der Grinten und Kasdorp, 1999).

Seit 2006 wird die Debatte über Ein- und Ausschluss medizinischer Leistungen in den Niederlanden hauptsächlich durch das sogenannte College voor Zorgverzekeringen (CVZ) geführt. Primäre Aufgabe des CVZ ist die Definition eines Basispakets für die niederländische Gesetzliche Krankenversicherung. Hierfür hat es einen transparenten Prozess entwickelt, der sich jedoch nicht explizit an den durch das Dunning-Komitee aufgestellten Kriterien orientiert. Das CVZ bewertet jede infrage stehende medizinische Leistung für sich, ein direkter Vergleich verschiedener Leistungen erfolgt nicht. Zwar wird die Arbeit des CVZ in den Niederlanden nicht als Priorisierung bezeichnet, sie beschäftigt sich jedoch mit vielen der durch das Dunning-Komitee aufgeworfenen Fragen. Daher wird sie von Clemens als Fortsetzung der niederländischen Priorisierungsdebatte interpretiert (2012). In den Niederlanden wurden also zunächst allgemeine Prinzipien zur Priorisierung entwickelt, wobei der Priorisierungsbegriff eng mit der tatsächlichen Entscheidung über die Ressourcenallokation unter Knappheitsbedingungen verknüpft ist. Durch das CVZ werden zudem Vorschläge zur Definition eines Basispakets – also für den Ein- und Ausschluss medizinischer Leistungen von der kollektiven Gesundheitsversorgung – erarbeitet. Damit ist die niederländische Debatte der Zelle B-II in Tabelle 4 zuzuordnen.

4.2.2.4 Schweden

Das wohl am häufigsten für seine erfolgreichen Priorisierungsbemühungen zitierte Land ist Schweden (vgl. allein für den deutschen Sprachraum Fleischhauer, 1997; Preusker, 2004; Carlsson, 2009; Marckmann, 2009; Meyer und Raspe, 2009a; Raspe und Meyer, 2009; Carlsson, 2012). Hier wurde die Priorisierungsdebatte 1992 mit der Gründung einer Parlamentskommission begonnen. Anlass war der Befund einiger Mediziner, dass für die Versorgung mancher schwerer Krankheiten – insbesondere onkologischer Erkrankungen – nicht

ausreichend Mittel zur Verfügung ständen, während in anderen Bereichen eine Überversorgung vermutet wurde. Dies zu vermeiden und auch regionale Versorgungsunterschiede zu minimieren, war daher erklärtes Ziel der schwedischen Priorisierungsbemühungen. Die Parlamentskommission veröffentlichte bereits 1993 einen vorläufigen und 1995 ihren abschließenden Bericht, in dem zunächst die Ziele der Medizin sowie grundlegende Werte und Kriterien zur Priorisierung definiert werden (Swedish Health Care Medical Priorities Commission, 1993; Swedish Parliamentary Priorities Commission, 1995). Diese „ethische Plattform“ stellt drei Grundwerte in den Vordergrund: in hierarchischer Ordnung sollen 1.) Menschenwürde, 2.) Bedarf und Solidarität und 3.) Kosteneffektivität bei der Priorisierung in der medizinischen Versorgung beachtet werden (Swedish Parliamentary Priorities Commission, 1995: 103ff). Hieraus wurden dann konkrete Priorisierungskriterien – Krankheitsschwere, erwarteter Nettonutzen einer Intervention und Kosten-Nutzen-Relation – abgeleitet.

Während es in den meisten europäischen Ländern bei den theoretischen und normativen Debatten um die Grundlagen für Priorisierung in der Medizin blieb, setzte man in Schweden die Diskussion fort und erarbeitete ein Modell zur Entwicklung konkreter Priorisierungsvorschläge (siehe für die erste in englischer Sprache veröffentlichte Version Carlsson et al., 2007; und für die aktuelle Version Broqvist et al., 2011). Seit 2004 sind Priorisierungsleitlinien für insgesamt 15 Indikationsbereiche veröffentlicht worden, Leitlinien zu vier weiteren Bereichen befinden sich in Arbeit.⁵⁵ Diese führen sogenannte Condition-Intervention-Pairs (CIPs; Problem-Leistungs-Kopplungen) aus jeweils einem Indikationsbereich nach ihrer Wichtigkeit auf. Condition-Intervention-Pairs beschreiben Kombinationen aus einer medizinischen Situation und einer adäquaten medizinischen Leistung darauf, man spricht auch von Indikationen (medizinisch) oder Bedarfen (sozialmedizinisch). Zuerst wurde im Jahr 2004 eine solche Liste für den Bereich der Herz-Kreislaufkrankungen erstellt. Seitdem folgten 10 weitere Indikationsbereiche. Alle Prioritätenlisten werden regelmäßig überarbeitet und ergänzt. Jedem CIP auf der Liste wird auf Basis der Grundwerte und Kriterien der ethischen Plattform ein Rang zwischen 1 (=höchste Priorität) und 10 (=niedrigste Priorität) zugeordnet. Dabei wird sowohl für Krankheitsschwere und Nutzenchancen als auch für die Kosten-Nutzen-Relation jeweils die Qualität der verfügbaren Evidenz berücksichtigt. Die Prioritätenränge werden nicht anhand eines festen Algorithmus, sondern auf Basis professioneller Urteile und vergleichender Bewertungen der einzelnen CIPs vergeben (Broqvist et al., 2011). Die Priorisierungslisten werden als reine Empfehlung für Entscheidungsträger auf allen Ebenen des Gesundheitssystems verstanden und bisher nur selten als harte Rationierungsinstrumente verwendet; ihr Ziel ist vorrangig

⁵⁵ Vgl. die schwedischsprachige Website des schwedischen nationalen Zentralamtes für Gesundheit und Soziales (Socialstyrelsen), <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer> (letzter Zugriff: 20.02.2015).

die Homogenisierung und Verbesserung der Versorgungsqualität, nicht die Einsparung von Ressourcen. Trotz der Unverbindlichkeit der schwedischen Priorisierungsleitlinien werden diese sowohl von Klinikern als auch von Administratoren und Gesundheitspolitikern genutzt (Carlsson, 2009: 97). Damit entfalten sie eine direkte versorgungsrelevante Wirkung. Da der Priorisierungsbegriff in Schweden als rein gedankliche Vorbereitung von möglichst gerechten und medizinisch zweckmäßigen Entscheidungen unabhängig vom tatsächlichen Umfang verfügbarer Budgets verstanden wird, ist die schwedische Priorisierungsdebatte ein Beispiel für Zelle A-I in Tabelle 4.

4.2.3 Ausländische Priorisierungsdebatten II: Etablierung von Verfahren zum Leistungsein- oder -ausschluss

Besonders in vielen englischsprachigen Ländern haben Priorisierungsdebatten mit der unmittelbaren Etablierung von Prozessen zur Definition eines Leistungskatalogs oder eines Basispakets für die öffentlich finanzierte Krankenversorgung begonnen. Aufgrund ihrer Natur und ihres Fokus auf tatsächliche Allokationsentscheidungen haben die auf diese Art geführten Priorisierungsdebatten häufiger zu versorgungsrelevanten Konsequenzen geführt als die in Abschnitt 4.2.2 beschriebenen. In den meisten dieser Länder sind zwar ebenfalls mehr oder weniger explizit Prinzipien zur Priorisierung definiert worden; dies geschah allerdings stets im Rahmen der Erarbeitung konkreter Priorisierungsvorschläge oder -entscheidungen und bildete nicht den zentralen Aspekt der jeweiligen Priorisierungsdebatten. Insgesamt ist der Fokus der in diesem Abschnitt dargestellten Priorisierungsdebatten stärker auf ökonomische Ziele gerichtet. Der Priorisierungsbegriff wird hier durchweg als Synonym für Rationierung medizinischer Leistungen verwendet und ist eng mit einer Diskussion über Knappheit und Mangelverwaltung in der öffentlich finanzierten medizinischen Versorgung verknüpft.

4.2.3.1 Oregon

Dies gilt auch für den US-Bundesstaat Oregon, wo bereits Anfang der 1990er Jahre konkrete Priorisierungslisten als Grundlage für die Allokation im Rahmen des öffentlich finanzierten Versorgungsprogramms MEDICAID entwickelt wurden. Auslöser für die Priorisierungsbestrebungen in Oregon war die vorangegangene Entscheidung, keine Gewebetransplantationen mehr im Rahmen von MEDICAID zu finanzieren (Oregon Department of Human Services, 2006: 1). Auf Basis dieser Entscheidung wurde einem 6-jährigen Jungen eine Knochenmarkstransplantation verweigert, was zu einer breiten öffentlichen Diskussion führte (Welch und Larson, 1988). Daraufhin entstand eine grundsätzliche Debatte darüber, welche Leistungen für welche Personen durch MEDICAID abgedeckt werden sollten. Ziel der Priorisierung in Oregon war die Optimierung der Gesundheitsversorgung im finanziell sehr engen Rahmen

von MEDICAID: Anstatt alle medizinischen Leistungen für eine stark begrenzte Population zu finanzieren, sollte die Gruppe der Berechtigten zu Lasten unwichtiger Leistungen ausgeweitet werden (Oregon Department of Human Services, 2006: 15). Damit ging es von Beginn an um die Frage der tatsächlichen Leistungsbegrenzung. Zur Klärung dieser Frage ist bereits 1989 eigens die sogenannte Health Services Commission eingesetzt worden, die 2012 in „Health Evidence Review Commission“ umbenannt wurde. Diese hat erstmals 1991 eine Priorisierungsliste, die „Prioritized List of Health Services“, erstellt. Diese wird seitdem alle zwei Jahre überarbeitet und aktualisiert und dient bis heute als konkretes Instrument für die Allokation medizinischer Leistungen im Rahmen des MEDICAID-Programms (Branningan, 1993; DiPrete und Coffman, 2007; Dixon und Welch, 1991; Oregon Department of Human Services, 2006). Die erste Liste enthielt 709 sogenannte Condition-Treatment-Pairs (CTPs, analog zu den schwedischen Condition-Intervention-Pairs: Problem-Behandlungs-Paarungen), die in eine einzige Rangreihe gebracht wurden. Die für das MEDICAID-Programm zur Verfügung stehenden Ressourcen werden vorrangig zur Finanzierung der oberen Positionen auf der „Prioritized List“ verwendet: Für die Liste der Jahre 2014 und 2015, werden 476 der 669 Ränge finanziert (Oregon Health Evidence Review Commission, 2013: 18)⁵⁶. Weniger prioritäre CTPs werden nicht durch MEDICAID vorgehalten (Oregon Department of Human Services, 2006).

Zur Erstellung der Prioritätenliste werden den einzelnen CTPs auf Basis von vorher definierten Kriterien Gewichte zugewiesen, aus denen sich durch eine Rechenoperation die Ränge ergeben. Die zu berücksichtigenden Priorisierungskriterien sowie das zur Feststellung der Rangplätze einzuhaltende Vorgehen werden jeweils in einem Bericht dokumentiert (z. B. die aktuelle Version Oregon Health Evidence Review Commission, 2013: 3ff). Die Methodologie wird alle zwei Jahre überarbeitet und aktualisiert (ebd.: 2f), die größte Veränderung wurde 2006 vorgenommen, als ein stärkerer Fokus auf präventive Leistungen und die Versorgung chronischer Krankheiten gerichtet wurde (veröffentlicht in: Oregon Health Services Commission, 2007; DiPrete und Coffman, 2007: 3). Auch die aktuelle Methodologie von 2013 entspricht dieser Version, die zuerst in der Prioritized List für 2008/9 zur Anwendung kam (Oregon Health Evidence Review Commission, 2013: 3). Demnach werden zunächst neun Versorgungsbereiche definiert, die jeweils einen eigenen Gewichtungsfaktor für die ihnen zugeordneten Condition-Treatment-Pairs erhalten. Zusätzlich werden für jedes Condition-Treatment-Pair Daten zu den folgenden Kriterien erhoben, die additiv oder multiplikativ in

⁵⁶ Die aktuelle Liste wurde 2013 erstellt und im Frühjahr sowie im Herbst 2014 überarbeitet. Die überarbeitete Version gilt ab dem 1. Januar 2015, es wurden jedoch lediglich kleinere inhaltliche Veränderungen vorgenommen, die nicht in einer Anpassung des „funding level“ resultierten.

den Algorithmus eingehen: 1.) Impact on Healthy Life Years; 2.) Impact on Suffering; 3.) Population Effects; 4.) Vulnerability of Population Affected; 4.) Tertiary Prevention; 5.) Effectiveness; 6.) Need for Medical Services und 7.) Net Cost (Oregon Health Evidence Review Commission, 2013: 5). Ähnlich wie in Norwegen wird auch hier ein besonderer Fokus auf die Belange schwacher Gesellschaftsgruppen (vulnerability of populations) gelegt, in Oregon steht dabei jedoch die Verwaltung und möglichst gerechte Verteilung tatsächlich knapper Mittel im Vordergrund. Es wird nicht zwischen Priorisierung und der tatsächlichen Allokation von Mitteln unterschieden; vielmehr dient die Priorisierungsliste als konkretes Produkt der Priorisierungsdebatte in Oregon unmittelbar als verbindliches Instrument der Rationierung und hat damit eindeutig versorgungsrelevante Konsequenzen – wenn auch im begrenzten Rahmen von MEDICAID. Die Priorisierungsdebatte in Oregon ist daher Zelle D-I in Tabelle 4 zuzuordnen.

4.2.3.2 Neuseeland

Auch die neuseeländische Priorisierungsdebatte begann – ähnlich wie in Oregon – nicht mit der vorgängigen Klärung von Prinzipien und Kriterien, sondern mit der konkreten Frage, welche Leistungen in den öffentlich finanzierten Leistungskatalog aufgenommen werden sollen und welche nicht. Bereits Ende der 1980er Jahre hatte eine Debatte über die Ziele der Gesundheitsversorgung begonnen und darüber, ob die implizit daraus folgenden Prioritäten auch durch die tatsächliche Allokation der verfügbaren Mittel abgebildet würden (Cumming, 1994: 42f). Zur Klärung dieser Fragen wurde 1992 das erste „National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services“ (Core Service Committee) gebildet, das eine ad hoc Liste von Prioritäten erstellte und damit die Kernbereiche der öffentlichen Gesundheitsversorgung definierte (Sabik und Lie, 2008). Dabei wurden insbesondere die Kosten und Effektivität von Leistungen berücksichtigt, denn die Ziele dieses Unterfangens waren zuerst die Begrenzung von Gesundheitsausgaben und die Steigerung der Effizienz der öffentlichen Gesundheitsversorgung zugunsten eines möglichst großen (aggregierten) Nutzens für das Kollektiv der Leistungsempfänger. Aber auch die Sicherung eines gleichmäßigen Zugangs zur Versorgung und die Abbildung gesellschaftlicher Prioritäten wurden explizit angestrebt (Cumming, 1994: 44). Im Rahmen eigens organisierter Konsensuskonferenzen unter Beteiligung von medizinischen Experten und auch Patientenvertretern wurden dann Leitlinien für einzelne Versorgungsbereiche erstellt (Cumming, 1994: 47f). Dabei handelt es sich jedoch um Versorgungsleitlinien, nicht wie in Oregon oder Schweden um Priorisierungslisten.

In späteren Berichten zu aktuellen Prioritäten in der Gesundheitsversorgung sind auch die Prinzipien expliziert worden, die zu den Prioritäten geführt haben: „equity, effectiveness,

efficiency, safety, acceptability and risk management“ (Cumming, 1994: 49). Diese Prinzipien sind in der Zwischenzeit regelmäßig modifiziert worden (vgl. New Zealand Health Funding Authority Board, 1998: 18ff; New Zealand National Health Committee, 2004: 32). Heute gelten folgende Kriterien: „clinical safety and effectiveness“, „health and independence gain“, „materiality“, „feasibility“, „policy congruence“, „equity“, „acceptability“, „cost effectiveness“, „affordability“, „risk“, „other criteria as the NHC thinks fit“ (New Zealand National Health Committee, 2012: 9ff).

Die Definition dieser normativen Basis stand jedoch nicht im Mittelpunkt der neuseeländischen Priorisierungsdebatte, vielmehr wurden primär einzelne Kernbereiche, also Prioritäten, für die medizinische Versorgung definiert. Die Empfehlungen des Core Service Committee – seit 1996 „National Health Committee (NHC)“ – wurden bis 2006 jährlich, später unregelmäßig je nach Bedarf, überarbeitet und aktualisiert (New Zealand National Health Committee, 2006). Dabei haben sich im Zeitverlauf – insbesondere mit dem Public Health and Disability Act von 2000 (New Zealand Ministry of Health, 2000: Section 13) – die Aufgaben des NHC verändert: Heute gehören dazu insbesondere die Bewertung von Innovationen und die Erstellung von Empfehlungen für deren Integration in den Katalog öffentlich finanzierter Leistungen (New Zealand National Health Committee, 2012). Seine Empfehlungen richtet es direkt an das Neuseeländische Gesundheitsministerium.

Das Ergebnis der Priorisierung in Neuseeland ist damit weniger konkret als beispielsweise in Oregon oder Schweden, wo vollständige Rangreihen von Condition-Treatment-Pairs bzw. Condition-Intervention-Pairs erstellt worden sind. Die Empfehlungen des NHC sind zwar nicht bindend, die Prioritäten sind in Neuseeland jedoch als eine Art Zielvorgabe für die Allokation medizinischer Leistungen implementiert worden (Busse und Hoffmann, 2010: 887). Der Priorisierungsbegriff wird in Neuseeland nicht explizit von Rationierung unterschieden. Vielmehr wird die tatsächliche Allokation als unmittelbarer Ausdruck der definierten Prioritäten interpretiert. Daher wird dieses Beispiel der Zelle D-II in Tabelle 4 zugeordnet.

4.2.3.3 Israel

Auch Israel wird als Beispiel für eine nationale Priorisierungsdebatte mit dem Fokus auf konkrete Leistungsein- bzw. -ausschlüsse zitiert (Sabik und Lie, 2008). Hier begann die Auseinandersetzung mit der Frage nach Prioritätensetzung in der Medizin mit dem National Health Insurance Law im Jahr 1995 (Sabik und Lie, 2008: 6). Dieses sah die Finanzierung eines Basispakets an medizinischen Leistungen durch die öffentlich finanzierten Krankenversicherungen vor; dabei wurde das Leistungspaket des größten von vier sogenannten Sick Funds auch für die drei übrigen vorgeschrieben (Chinitz und Israeli, 1997: 206). Eine systematische Überar-

beitung des Basispakets wurde zwar nicht durchgeführt, das israelische Gesundheitsministerium etablierte in der Folge jedoch einen Prozess des Health Technology Assessment (HTA), der sicherstellen sollte, dass nur solche Technologien ins Basispaket aufgenommen würden, die evidenzbasiert einen Nutzen erbringen und auf klinische, epidemiologische sowie ökonomische Aspekte hin untersucht worden sind (Shani et al., 2000: 172). Während dieses Assessment zunächst von wechselnden Expertengruppen durchgeführt worden war, wurde später das Medical Technology Forum – eine feste Gruppe von Regierungsangestellten, Wissenschaftlern und Experten für Health Technology Assessment – mit dieser Aufgabe betraut. Auf Basis von nun explizit definierten Kriterien bewertet das Forum jede neue Technologie auf einer Skala von 1 bis 10, wobei 1 die höchste und 10 die niedrigste Priorität ausdrückt. Zu den für die Bewertung berücksichtigten Kriterien gehören das Potenzial zur Vermeidung oder Reduktion von Mortalität und Morbidität, die Anzahl der von der Technologie profitierenden Patienten, die finanzielle Belastung für Gesellschaft und einzelne Patienten sowie das Verhältnis zwischen gesellschaftlichem Nutzen und Kosten (Sabik und Lie, 2008: 6). Anschließend entscheidet das National Advisory Committee, das sowohl Volksvertreter als auch Angehörige der Ministerien für Gesundheit und Finanzen einschließt, über die Aufnahme einzelner Technologien in das Basispaket. Die Bewertungen des Medical Technology Forum dienen dabei als Entscheidungsgrundlage (Shani et al., 2000).

In Israel werden lediglich neue Technologien im Rahmen des Priorisierungsprozesses bewertet, wobei ökonomische Aspekte und der gesellschaftliche Nutzen – im Gegensatz zum individuellen Nutzen einzelner Patienten – im Vordergrund stehen. Priorisierung wird in Israel meist synonym für tatsächliche Rationierungsentscheidungen verwendet, die durch die Bewertung neuer Technologien vorbereitet werden. Die Definition von Prioritäten durch das Medical Technology Forum beziehen sich jeweils auf einzelne Technologien bzw. Leistungen; eine Rangreihe oder ein Vergleich zwischen diesen wird nicht angestrebt. Die Empfehlungen des Medical Technology Forum werden für den tatsächlichen Ein- oder Ausschluss neuer Technologien ins Basispaket der öffentlichen Krankenversorgung genutzt und entfalten insofern zumindest mittelbar versorgungsrelevante Konsequenzen; damit ist die israelische Priorisierungsdebatte Zelle D-II in Tabelle 4 zuzuordnen.

4.2.3.4 England

Die Britische Debatte über Priorisierung in der Medizin unterscheidet sich von den bisher beschriebenen: In England gab es keinen zentralen, durch die Regierung getragenen Prozess der Priorisierung (Ham, 1997: 51). Insbesondere wurde hier im Gegensatz zu allen anderen oben dargestellten Priorisierungsbeispielen weder initiativ noch im Verlauf der Debatte explizit über

Werte und Kriterien zur Priorisierung diskutiert (Sabik und Lie, 2008: 8). Es wurden allerdings Prinzipien für die Bewertung von Innovationen in der medizinischen Versorgung entwickelt, die von einigen Autoren als Wertgrundlage für Priorisierung in England gewertet werden (Littlejohns et al., 2012: 367). Bereits Ende der 1960er Jahren begann in Großbritannien eine Debatte zur Priorisierung und Rationierung in der medizinischen Versorgung (vgl. Butterfield, 1968; B.M.A. Planning Unit, 1969; Godber, 1970; Rhodes et al., 1973). Die konkrete Auseinandersetzung hiermit begann jedoch erst in den 1990er Jahren auf lokaler Ebene innerhalb einzelner „Primary Care Trusts“ (PCT) nach der Entscheidung einer solchen lokalen Gesundheitsbehörde, einem an Leukämie erkrankten Mädchen keine zweite Knochenmarkstransplantation im Rahmen des steuerfinanzierten National Health Service (NHS) zu ermöglichen (Ham, 1997: 51). Darauf folgte eine öffentliche Debatte über den Umfang und die Allokation öffentlicher Gesundheitsversorgung. Von Seiten der Politik wurde argumentiert, dass die verfügbaren Ressourcen vorrangig für diejenigen Leistungen aufgewendet werden sollten, deren Effektivität nachgewiesen ist (ebd.). Ziel der daran anschließenden Priorisierungsdebatte war die Feststellung notwendiger und angemessener Leistungen für den Bereich der öffentlichen Gesundheitsversorgung sowie die Verbesserung und Erhaltung von Kosteneffektivität. Diese Aufgaben wurden dem im Jahr 1999 für England und Wales gegründeten National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) übertragen, das 1.) Empfehlungen für den Einsatz neuer Technologien erarbeiten, 2.) Praxisleitlinien erstellen und 3.) neue Interventionen bewerten sollte (Manning, 2011; Sabik und Lie, 2008: 6). Der Aufgabenbereich von NICE ist im Zeitverlauf immer weiter ausgedehnt worden (Littlejohns et al., 2012). Seit Anfang 2013 ist es auch für die Bewertung anderer Sozialleistungen zuständig und wurde in „National Institute for Health and Care Excellence“ umbenannt.

Bei der Bewertung von medizinischen Leistungen durch NICE stehen insbesondere Kosten-Nutzen-Abwägungen (in gesellschaftlicher Perspektive) im Vordergrund. Weitere Prinzipien hat NICE unter Beteiligung verschiedener Experten sowie von Patienten und Bürgern zuerst 2005 entwickelt und 2008 aktualisiert (NICE, 2005; National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2008). Diese zentralen Prinzipien entsprechen den von Beauchamp und Childress aufgestellten „Principles of Biomedical Ethics“ (Beauchamp und Childress, 2001): „respect for autonomy, non-maleficence, beneficence, distributive justice“ (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2008: Kap. 2). NICE erstellt – ebenso wie die entsprechenden Institutionen in Neuseeland und Israel – keine mehrstufige Rangreihe medizinischer Leistung und stellt keinen Vergleich zwischen verschiedenen Leistungen an; vielmehr bewertet es einzelne Leistungen und gibt eine Empfehlung darüber ab, ob diese in den Katalog öffentlich finanzierter Gesundheitsversorgung aufgenommen werden sol-

len. Diese Empfehlungen richtet NICE an das Secretary of State for Health im Department of Health, das auf dieser Basis über die Leistungen entscheidet, die durch die lokalen Gesundheitsversorger anzubieten sind. Bis vor kurzem waren für die Allokation auf lokaler Ebene die PCTs zuständig. Im Rahmen aktueller Gesundheitsreformen in England kommt diese Aufgabe heute den sogenannten lokalen Clinical Commissioning Groups zu, die von Hausärzten (General Practitioners) geführt werden, aber unterschiedliche Experten und auch Patientenvertreter einbeziehen sollen.

Zwar sind die Empfehlungen von NICE nicht bindend, in der Praxis haben sie jedoch großes Gewicht (Manning, 2011: 442; Robinson et al., 2011: 12). Somit beeinflusst NICE mit seinen konkreten Empfehlungen direkt die Rahmenbedingungen für die medizinische Versorgung (Manning, 2011). Innerhalb dieser Rahmenbedingungen werden auf lokaler Ebene jeweils konkrete Prioritäten gesetzt. So hatten viele der früher verantwortlichen PCTs auch eigene formale Priorisierungsprozesse etabliert, die stark auf die Bewertung und Allokation neuer Methoden ausgerichtet waren (Robinson et al., 2011). In England wird Priorisierung explizit als Euphemismus für Rationierung im Sinne von Vorenthalten medizinischer Leistungen verstanden (vgl. z. B. Redwood, 2000: 6; Feuerstein, 2001; Godlee, 2008), von Beginn an standen Fragen von Leistungsein- und -ausschluss im Vordergrund und die Einzelvorschläge von NICE wirken sich auf die tatsächliche Allokation in der medizinischen Versorgung aus, ohne dass konkrete bzw. konsistente Priorisierungslisten vorgehalten werden. Insgesamt können die britischen Priorisierungsbemühungen daher Zelle D-II in Tabelle 4 zugeordnet werden.

4.2.4 Ausländische Priorisierungsmodelle als Basis für die Debatte in Deutschland

Die Vielfältigkeit ausländischer Priorisierungsdebatten und ihrer Ergebnisse weist auf ein Problem hin, das sich auch in der deutschen Auseinandersetzung mit Priorisierung widerspiegelt: Die in diesem Kontext relevanten Begriffe und Konzepte werden sehr unterschiedlich, zum Teil sogar widersprüchlich verwendet. Während beispielsweise in Großbritannien oder Neuseeland die Priorisierungsdebatte unmittelbar mit der Einschränkung des Leistungskataloges verknüpft wird, steht in Schweden und Norwegen die prinzipiengeleitete Vorbereitung – nicht Determination – von Versorgungsentscheidungen im Vordergrund. Hier werden Priorisierungsprozesse explizit vom Umfang verfügbarer Budgets und von tatsächlichen Allokationsentscheidungen unterschieden.

Die unterschiedlichen Schwerpunkte der jeweiligen Priorisierungsdebatten – also die Definition einer normativen Basis für Allokationsentscheidungen im Gegensatz zur direkten Etablierung eines Prozesses zum konkreten Leistungsein- und -ausschluss – sind in den letzten Abschnitten beschrieben worden. Aber auch die unter dem Begriff der Priorisierung

durchgeführten Aktivitäten und ihre „Produkte“ unterscheiden sich stark voneinander: So wurden z. B. in Schweden und Oregon konsistente Rangreihen aller für einen bestimmten Indikationsbereich (in Schweden) bzw. für die Finanzierung durch ein begrenztes staatliches Versorgungsprogramm (in Oregon) relevanten Indikationen erstellt. Priorisierung ist dort als Prozess der komparativen Bewertung von Indikationen nach ihrer Wichtigkeit verstanden worden. Was dabei als mehr oder weniger wichtig gilt, wird durch die zugrunde liegenden Werte und Kriterien entschieden. Auch in anderen Ländern sind Werte und Kriterien als Grundlage für Priorisierungsvorschläge oder -entscheidungen definiert worden. Insbesondere in Neuseeland, Israel und Großbritannien werden jedoch medizinische Leistungen primär einzeln und nicht im Vergleich mit einer definierten Menge anderer bewertet. Die daraus folgenden Empfehlungen sind dann stets dichotom: öffentliche Finanzierung – ja oder nein. Zwar ist die Konsequenz der Priorisierung auch in Oregon eine dichotome Entscheidung über die Finanzierung im Rahmen des MEDICAID Programms. Im Vorfeld ist jedoch eine Bewertung aller Condition-Treatment-Pairs und ihre Einordnung in eine konsequente Rangreihe durchgeführt worden. Eine solche Abstufung verschiedener Wichtigkeiten bzw. Prioritätenniveaus gibt es in England, Neuseeland und Israel nicht. Zudem erheben die Vorschläge hier keinen Anspruch auf vollständige Bewertung aller relevanten medizinischen Leistungen. Es werden insbesondere neue Methoden bewertet. Hier ist der Begriff der Priorisierung eng mit der Bewertung von Effektivität und Effizienz einzelner Technologien, also mit HTA verbunden. In den Niederlanden können die Ergebnisse der Priorisierungsdiskussion ähnlich interpretiert werden. Auch hier findet eine Bewertung einzelner Leistungen statt. In Dänemark haben die unter dem Begriff der Priorisierung geführten Debatten kaum zu konkreten Ergebnissen bzw. Auswirkungen für die medizinische Versorgung geführt.

Zwar lassen sich einige Gemeinsamkeiten zwischen den dargestellten Priorisierungsmodellen feststellen, insgesamt ergibt sich jedoch kein einheitliches Bild. Es scheint weder Einigkeit über die relevanten Begriffe oder die Ziele der Priorisierung noch über ein adäquates Vorgehen oder über die anzustrebenden Ergebnisse zu herrschen. Vor diesem eher diffusen und diversen Hintergrund ausländischer Erfahrungen hat sich die deutsche Priorisierungsdebatte eher schleppend entwickelt. Verschiedene Akteure haben sich mehr oder weniger explizit unterschiedlicher Konzepte und Vorbilder bedient, was zu Missverständnissen und zum Teil stark gegenläufigen Bewertungen und Schlussfolgerungen geführt hat. Die Entwicklung der deutschen Priorisierungsdebatte im Lichte ausländischer Erfahrungen wird im folgenden Abschnitt dargestellt.

4.2.5 Entwicklung der Priorisierungsdebatte in Deutschland

In Deutschland wird die Priorisierungsdebatte anders als in den meisten oben dargestellten Beispielen bislang fast ausschließlich in Fachkreisen geführt. Politik und Kostenträger bemühen sich aktiv, eine öffentliche Diskussion zu vermeiden. Zudem begann die Auseinandersetzung mit diesem Thema in Deutschland vergleichsweise spät. Einzelne Arbeiten aus dem wissenschaftlichen Kontext entstanden Ende der 1990er Jahre (Raspe, 1997; Fleischhauer, 1999; 1997); im Jahr 2000 forderte dann auch die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) in einer ersten Stellungnahme eine öffentliche Auseinandersetzung mit Priorisierung im Kontext der medizinischen Versorgung (ZEKO, 2000). Sowohl die Publikationen von Raspe und Fleischhauer als auch die Stellungnahme der ZEKO blieben in der Öffentlichkeit jedoch weitgehend ohne Resonanz. Erst 2003 wurde das Thema von der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages zu „Ethik und Recht in der modernen Medizin“ aufgegriffen (Deutscher Bundestag, 2005). Diese Kommission wurde während der Regierungszeit von SPD und Grünen eingesetzt; Priorisierung galt damals als eher „linkes Projekt“ (vgl. Raspe und Stumpf, 2012: 381). Aufgrund des vorzeitigen Endes der Legislaturperiode musste die Enquete-Kommission ihre Arbeit jedoch 2005 beenden – ebenfalls ohne nennenswerte öffentliche Aufmerksamkeit. Im Jahr 2007 legte die ZEKO eine weitere Stellungnahme zur Priorisierung vor, in der sie ihre Forderung nach einer öffentlichen Debatte bekräftigte (ZEKO, 2007b).

Knapp zwei Jahre nach dieser zweiten Stellungnahme griff Jörg-Dietrich Hoppe, damaliger Präsident der Bundesärztekammer (bis Mai 2011), das Thema in seiner Eröffnungsrede zum Bundesärztertage 2009 in Mainz auf. Danach gelangte es erstmals auch in eine breitere Öffentlichkeit (Liesching et al., 2012). Ausgangspunkt der von Hoppe angeregten Priorisierungsdiskussion ist die Annahme, dass aufgrund des demographischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts die für die medizinische Versorgung benötigten Mittel schneller steigen als die tatsächlich zur Verfügung stehenden Ressourcen. Die sich dadurch zunehmend verschärfende Knappheit im Gesundheitssystem – so das Argument – werde mittelfristig zu Leistungseinschränkungen führen. Daher müsse man sich im Rahmen einer Priorisierungsdiskussion im Vorfeld fragen, welche Leistungen wichtiger seien als andere. Hoppe sprach während seiner Eröffnungsrede zum Bundesärztertage 2009 sogar von einem akuten „Mangel“, der bereits heute zur sogenannten heimlichen, verdeckten oder auch impliziten Rationierung führe.⁵⁷ Dieses intransparente und unsystematische Vorgehen könne durch explizite Priorisierung

⁵⁷ Heimliche Rationierung zeichnet sich dem allgemeinen Verständnis in der Öffentlichkeit nach durch Intransparenz in Bezug auf die zugrunde liegenden Kriterien aus (Winkler, 2011). Dies birgt die Gefahr von Ungleichbehandlung von Patienten durch unsystematisches Vorenthalten von Leistungen zum Beispiel durch Ärzte am Ende eines Quartals aufgrund hoher Budgetbelastung.

vermieden werden, so Hoppes Argument. Daher sei es ethisch nicht vertretbar, die Auseinandersetzung mit Priorisierungsfragen weiter aufzuschieben. Zwar wird diese Auffassung nicht von allen Mitgliedern der organisierten Ärzteschaft geteilt, der Nachfolger Hoppes, Frank Ulrich Montgomery, vertritt als derzeitiger Vorsitzender der Bundesärztekammer jedoch ähnliche Argumente und im Mai 2013 veröffentlichte eine Arbeitsgruppe zur Priorisierung bei der Bundesärztekammer ein Plädoyer für eine „ärztlich unterstützte Priorisierung“ (Raspe und Schulze, 2013).

Auch außerhalb der ärztlichen Disziplin hat sich in den letzten Jahren eine zunehmend breite wissenschaftliche Debatte über Priorisierung in der Medizin und ihre Implikationen für das deutsche Gesundheitssystem entwickelt (vgl. Wohlgemuth und Freitag, 2009; Meyer und Raspe, 2009b; Schmitz-Luhn und Bohmeier, 2013). Eine wichtige Rolle in dieser Diskussion spielt die im Jahr 2007 gegründete, von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderte Forschergruppe 655 (FOR 655). Die zweite Förderphase dieser Gruppe endet im Jahr 2014. Im Rahmen dieser Gruppe beschäftigen sich Wissenschaftler unterschiedlicher Disziplinen in 11 Teilprojekten mit Fragen zum Thema „Priorisierung in der Medizin: Eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“.⁵⁸ Sowohl innerhalb als auch außerhalb der Forschergruppe herrscht zunehmend Einigkeit, dass eine Debatte über Priorisierung in der Medizin sinnvoll oder sogar unumgänglich ist (Friedrich, 2010). Allerdings liegen diesem Befund häufig unterschiedliche Auffassungen des Priorisierungsbegriffs und seiner möglichen Bedeutung im Gesundheitssystem zugrunde (vgl. Raspe und Kliemt, 2009). So hielten zwar von Beginn der Debatte an einige Autoren die Priorisierung auch ohne das Postulat eines akuten Mangel- und Knappheitszustandes in der medizinischen Versorgung für notwendig (Raspe, 2010).⁵⁹ Insgesamt wurde die Auseinandersetzung mit Priorisierung in Deutschland – sowohl von vielen Wissenschaftlern als auch von breiten Teilen der organisierten Ärzteschaft – jedoch lange eng mit der Feststellung einer Unterfinanzierung bzw. akuten Knappheit im Gesundheitssystem verknüpft. Dies hat zu einer fast reflexhaften Ablehnung der Priorisierungsdebatte durch viele Kritiker geführt. Zu diesen Kritikern gehörten insbesondere Gesundheitspolitiker, aber auch Vertreter der Kostenträger. Die von den Priorisierungsgegnern angeführten Argumente sind vielfältig (vgl. Liesching et al., 2012). Besonders zu Beginn der deutschen Priorisierungsdebatte – als Reaktion auf die Rede Hoppes zum Deutschen Ärztetag 2009 – wurde Priorisierung als *unethisch* und eine Diskussion darüber als nicht vertretbar bezeichnet (vgl. Liesching et al., 2012:

⁵⁸ Eine Arbeitsgruppe (Teilprojekt B4) dieser Forschergruppe ist an der Universität zu Lübeck angesiedelt, ihr gehört seit 2009 auch die Autorin an.

⁵⁹ Diese Auffassung setzt sich zunehmend durch und wird auch in dieser Arbeit vertreten (siehe Abschnitt 4.3)

393); denn Priorisierung führe explizite Wertigkeiten in den Bereich der medizinischen Versorgung ein, die die Gefahr der systematischen Benachteiligung bestimmter Patientengruppen bergen würden.⁶⁰ Zudem sei eine Diskussion über *explizite Priorisierung vermeidbar, wenn die „richtigen Reformen“* durchgeführt würden. Es wird z. B. vorgeschlagen, die Einnahmen der Krankenversicherungen durch verschiedene Maßnahmen zu erhöhen oder zunächst die im System vorhandenen Rationalisierungsreserven zu nutzen, um die Finanzierung der medizinischen Versorgung zu sichern.⁶¹ Einige Priorisierungsgegner sehen die *Berufsfreiheit der Ärzteschaft* durch explizite Priorisierung gefährdet und sind der Ansicht, es *gehöre nicht zu den Aufgaben der Politik*, über Wichtiges und Unwichtiges in der medizinischen Versorgung zu diskutieren und zu entscheiden.⁶² Außerdem sei die Identifikation einer *allgemeingültigen abstrakten Lösung ohnehin nicht möglich*.⁶³ Eine solche Debatte würde zur Verunsicherung der Bevölkerung beitragen und sei ohnehin viel zu kompliziert, um öffentlich geführt zu werden. Daniel Bahr, ehemaliger Bundesgesundheitsminister (FDP), wies im Jahr 2009 explizit auf die Unmöglichkeit hin, die Priorisierungsdebatte in einem Wahljahr zu beginnen, dieses Thema scheint also als *wahltaktisch unklug* zu gelten.⁶⁴

Auffällig ist die zum Teil gegenläufige Argumentation von Priorisierungsbefürwortern und -kritikern. So halten beispielsweise die oben zitierten Vertreter der Bundesärztekammer eine öffentliche Auseinandersetzung mit Priorisierung für ethisch geboten und für notwendig im Hinblick auf den von ihnen postulierten akuten und weiterhin drohenden zunehmenden Mangel im Gesundheitssystem. Einige Gesundheitspolitiker hingegen bewerten Priorisierung als unethisch und halten eine Debatte für unnötig. Vielmehr seien Reformen zur Einnahmesteigerung und zur Nutzung von Rationalisierungsreserven indiziert. Dies weist darauf hin, dass sich die den jeweiligen Standpunkten zugrunde liegenden Begriffsdefinitionen zum Teil grundlegend voneinander unterscheiden. Diese Uneinigkeit über den Priorisierungsbegriff und die mit einer Priorisierung verbundenen Konzepte und Ziele hat eine konstruktive Debatte und die Erstellung konkreter versorgungsrelevante Priorisierungsvorschläge lange Zeit verhindert. Die beschriebenen Schwierigkeiten konnten bis heute nicht vollständig aufgelöst werden; allerdings ist der aktive Widerstand von Politik und Kostenträgern heute weniger ausgeprägt (vgl. ein Interview mit dem stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der BARMER GEK: Schlenker, 2012). Die Debatte wird dennoch (noch) nicht politisch oder gesellschaftlich ge-

⁶⁰ Vgl. z. B. U. Schmidt, ehem. Gesundheitsministerin SPD, in einer Reaktion auf den Bundesärzterttag im Mai 2009 oder P. Rösler, ehem. Gesundheitsminister FDP, im Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt, 12.02.2010.

⁶¹ Vgl. D. Bahr, ehem. Gesundheitsminister FDP, in DIE WELT, Mai 2011.

⁶² Vgl. z. B. P. Rösler, ehem. Gesundheitsminister FDP in seiner Rede zum Bundesärzterttag 2010.

⁶³ ebd.

⁶⁴ Vgl. D. Bahr, ehem. Bundesgesundheitsminister, FDP, in der Ärztezeitung 30.06.2009: „Wer solch eine Debatte im Wahljahr beginnt, muss sich über so scharfe Reaktionen in der Öffentlichkeit nicht wundern.“

führt; vielmehr findet die Auseinandersetzung – wenn auch deutlich konkreter und konstruktiver als noch vor einigen Jahren – weiterhin vorrangig unter Wissenschaftlern, Vertretern von Ärzteverbänden und medizinischen Fachgesellschaften statt.

Bereits im Oktober 2011 hatten ärztliche Spitzenverbände gemeinsam mit der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in einer Resolution die Forderung nach einer öffentlichen Debatte zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung bekräftigt.⁶⁵ Seitdem ist dieses Thema auf mehreren Kongressen und Tagungen von Fachgesellschaften und Ärzteverbänden diskutiert worden.⁶⁶ In einigen Fachgesellschaften wurden auch Arbeitsgruppen gebildet, die sich explizit mit Priorisierungsfragen beschäftigen. Vorbereitungen für die Entwicklung konkreter Priorisierungsvorschläge dieser Gruppen sind jedoch nicht bekannt. Lediglich eine Anfang 2013 unter dem Titel „Gemeinsam klug entscheiden“ gestartete Initiative bemüht sich um konkrete Vorschläge. Diese Initiative folgt dem Vorbild des in den USA entwickelten Konzepts des Choosing Wisely (CWI; <http://choosingwisely.org>). Sie hat es sich zum Ziel gesetzt, für jede Fachdisziplin fünf medizinische Maßnahmen zu identifizieren, die überflüssig sind oder deren Nutzen unsicher ist. Dies kann als eine Feststellung einzelner Posterioritäten verstanden werden.

Auch das Lübecker Teilprojekt der oben genannten DFG Forschergruppe 655 beschäftigt sich in einem Modellprojekt mit der Erstellung konkreter Priorisierungsvorschläge. Es wird hierfür eine Priorisierungsleitlinie nach schwedischem Vorbild für den Bereich der Anschlussheilbehandlung nach akutem Koronarsyndrom und koronarer Intervention entwickelt. Die Ansätze dieser beiden ersten praktischen Priorisierungsbemühungen in Deutschland sind jedoch sehr unterschiedlich: Während im ersten Fall lediglich einzelne medizinische Maßnahmen als prioritär bzw. vielmehr posterioritär identifiziert werden, enthält die Lübecker Priorisierungsleitlinie eine Auflistung aller im genannten Indikationsbereich relevanten CIPs und bringt diese wie in Schweden auf Grundlage vorher geklärter Kriterien in eine konsistente zehnstufige Rangreihe.⁶⁷

Die Aktivitäten zur Priorisierung in Deutschland sind nicht zentral organisiert oder koordiniert. Zudem liegen ihnen häufig unterschiedliche Priorisierungsbegriffe und damit verbundene Ziele und Konzepte zugrunde. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat im Frühjahr 2012 daher eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die im Frühjahr 2013 eine Stellungnahme zur Priorisierung veröffentlicht hat. Diese ist sowohl beim Bundesärzterttag 2013 vorgestellt wor-

⁶⁵ http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/Resolution_201020111.pdf

⁶⁶ Z. B.: Deutscher Krebskongress 2012, Kongress der Deutschen Gesellschaft der Urologen 2012, Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie 2012, Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 2013, Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 2014 und schon 2010 im Rahmen des Hauptstadtsymposiums der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

⁶⁷ Eine Buchpublikation hierzu ist in Arbeit: (Raspe et al., 2014)

den als auch im Deutschen Ärzteblatt erschienen. Darin ist die „Weiterentwicklung des Priorisierungsthemas aus ärztlicher Sicht“ dargestellt; Ziel ist unter anderem die Entwicklung eines Konsenses über den Priorisierungsbegriff und die Enttabuisierung von Priorisierung als Inhalt einer gesellschaftlichen Debatte (Raspe und Schulze, 2013). Das in dieser Stellungnahme zugrunde gelegte Verständnis des Priorisierungsbegriffs orientiert sich primär am schwedischen Vorbild – Priorisierung wird dabei als kriterienbasierte Vorbereitung, nicht Determination, für Allokationsentscheidungen verstanden. Diesem Ansatz folgt auch diese Arbeit: Hier wird ebenfalls das schwedische Verständnis von Priorisierung als Basis verwendet. Der Priorisierungsbegriff wird im folgenden Abschnitt definiert und anhand der unterschiedlichen, in der deutschen Priorisierungsdebatte prominenten Argumente konkretisiert.

4.3 PRIORISIERUNG IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSSYSTEM: BESTIMMUNG, EIN- UND ABGRENZUNG DES BEGRIFFS

Der eher schleppende Start der Priorisierungsdebatte in Deutschland lässt sich unter anderem durch das unklare Verständnis des Priorisierungsbegriffs und seine reflexhafte Verknüpfung mit monetären Aspekten erklären: Insbesondere Vertreter der organisierten Ärzteschaft haben Priorisierung als das einzige Instrument dargestellt, mit dem man dem von ihnen postulierten akuten Mangel und der Unterfinanzierung im Gesundheitssystem begegnen könne. Damit wurde der Priorisierungsbegriff unmittelbar mit der Frage nach dem Umfang und der Verteilung monetärer Ressourcen verknüpft – ähnlich wie in den in Abschnitt 4.2.3 dargestellten Länderbeispielen. Auch als Folge dieser Argumentation hat sich gerade bei Priorisierungsgegnern eine synonyme Verwendung der Begriffe Priorisierung und Rationierung etabliert. In der öffentlichen Debatte wird Rationierung meist einseitig als Vorenthalten oder Kürzen von bisher bereitgestellten medizinisch notwendigen oder (zumindest minimal) nützlichen Leistungen verstanden – ein Prozess, der häufig negativ bewertet wird und möglichst vermieden werden soll. Die Verbindung von Priorisierung mit diesem Begriff kann die Widerstände vieler Priorisierungsgegner erklären und damit auch die lange Latenzzeit von der ersten Stellungnahme der ZEKO bis zum Beginn einer ernst zu nehmenden Debatte über Priorisierung in der medizinischen Versorgung. In den nächsten beiden Abschnitten wird zunächst die Frage gestellt, ob tatsächlich – wie von einigen Priorisierungsbefürwortern festgestellt – Unterfinanzierung und Mangelzustände im Gesundheitswesen herrschen (4.3.1). Auch die einseitige Interpretation des Rationierungsbegriffs wird infrage gestellt (4.3.2) und anschließend das Konzept der Priorisierung von der Rationierung medizinischer Leistungen unterschieden (4.3.3).

4.3.1 Zu Unterfinanzierung und Mangel im deutschen Gesundheitswesen

Ausgangspunkt der Argumentation einiger Befürworter der Priorisierung ist der Verweis auf die Auswirkungen des demographischen und epidemiologischen Wandels in Kombination mit dem medizinisch-technischen Fortschritt. Folge dieser Entwicklung sei eine „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen, so dass Leistungseinschränkungen und damit auch eine Diskussion um Priorisierung – als Instrument der Mangelverwaltung – unumgänglich würden. Allerdings kann weder eine explosionsartige Steigerung der GKV-Ausgaben nachgewiesen werden⁶⁸ noch scheint es angesichts eines GKV-Budgets von 173 Mrd. Euro im Jahr 2012 angebracht, von einem grundsätzlichen Mangel oder einer Unterfinanzierung auszugehen. Auch im Vergleich mit anderen OECD-Ländern stehen uns in Deutschland relativ umfangreiche Mittel für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung: Sowohl für die Gesamtausgaben pro Einwohner als auch für die öffentlichen Gesundheitsausgaben belegt Deutschland einen der ersten zehn Rangplätze (OECD, 2014).

Allerdings ist die Feststellung eines Mangels im Gesundheitswesen neben der tatsächlichen Höhe der zur Verfügung stehenden Mittel auch an die Definition der Nachfrage nach medizinischen Leistungen gebunden. Denn ein Mangel herrscht immer dann, wenn die verfügbaren Mittel nicht zur Deckung dieser Nachfrage ausreichen. Es wird dabei zwischen dem subjektiven Bedürfnis von Patienten und ihrem objektivierbaren, meist durch Angehörige von Gesundheitsfachberufen festzustellenden Bedarf an medizinischen Leistungen unterschieden (vgl. Raspe, 2004). So rechtfertigt das Bedürfnis, „zur Kur“ zu fahren, noch nicht die Stellung einer Indikation zu einer medizinischen Rehabilitation. Hierfür ist zunächst die Beurteilung eines tatsächlichen Reha-Bedarfs anhand hierfür einschlägiger Kriterien angezeigt. Allerdings ist die Definition und Feststellung von medizinischem Bedarf häufig schwierig und ihrerseits mit diagnostischen medizinischen Leistungen verknüpft. Ein tatsächlicher medizinischer Bedarf setzt dabei mindestens zwei Komponenten voraus: 1.) muss ein medizinisches Problem vorliegen, das einen gewissen Schweregrad aufweist; 2.) muss eine medizinische Leistung verfügbar sein, die das vorliegende Problem zumindest mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit positiv beeinflussen kann.⁶⁹ Welche gesundheitlichen Probleme als wie schwer gelten und welche Unsicherheit für die Wirkung einer medizinischen Leistung in Kauf genommen wird, ist nicht allein auf Basis messbarer medizinischer Parameter und auch nicht durch medizinisches Fachwissen zu entscheiden. Vielmehr handelt es sich um normative Fragen, die gesellschaft-

⁶⁸ Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung haben sich zwischen 2002 und 2012 jeweils um einige Mrd. Euro gesteigert (Bundesamt für Statistik, 2015), der Anteil der GKV-Ausgaben am Brutto-Inlandsprodukt hat sich im gleichen Zeitraum von 6,8 % auf 7,0 % verändert und ist damit relativ stabil geblieben (AOK-Bundesverband, 2013: 10).

⁶⁹ Als drittes Element des Bedarfsdreiecks nennt Raspe (2004) zusätzlich ein auf das jeweilige medizinische Problem bezogenes Ziel, das durch die verfügbare Leistung erreicht werden kann.

lich zu klären sind. Zudem unterliegen diese Bewertungen einem ständigen Wandel, wie etwa am Beispiel der Ausweitung einiger psychologischer Störungen und psychiatrischer Diagnosen gezeigt werden kann (American Psychiatric Association, 2013).⁷⁰ Ohne die Klärung dieser grundlegenden Fragen ist nicht eindeutig festzustellen, ob die für die medizinische Versorgung verfügbaren Mittel tatsächlich nicht zur Deckung aller „wahren“ Bedarfe ausreichen. Damit kann auch die Frage nach der Existenz und dem Ausmaß von Unterfinanzierung und Mangel im deutschen Gesundheitswesen nicht eindeutig geklärt werden. Sicher sind jedoch einige medizinische Fachbereiche besser ausgestattet als andere, so dass von einer gleichzeitig auftretenden Unter-, Über- und auch Fehlversorgung in der medizinischen Versorgung auszugehen ist.

4.3.2 Zum Begriff der Rationierung

Unabhängig vom Befund eines tatsächlichen Mangels im deutschen Gesundheitssystem sind die finanziellen Ressourcen in diesem Bereich stets begrenzt – in Abhängigkeit von den Beitragseinnahmen der Kranken- und Pflegeversicherungen, der Zahlungsbereitschaft, und -fähigkeit privater Haushalte oder vom Umfang der Steuerzuschüsse. Die verfügbaren Ressourcen können nicht unendlich vermehrt werden und sind gleichzeitig konsumierbar, d. h. dass sie sich bei Gebrauch auch verbrauchen. Dies trifft im Kontext der medizinischen Versorgung nicht nur für finanzielle Mittel, sondern z. B. auch für die Arbeitszeit von Fachpersonal und für Spenderorgane oder Blutkonserven zu. Auf dem freien Markt würde die Allokation solcher Güter durch den Marktmechanismus reguliert: Anbieter eines Produkts oder einer Dienstleistung treffen auf dem Markt auf potenzielle Nachfrager. Je nach Präferenzordnung der Nachfrager und Kostenstruktur der Anbieter werden Preis und umgesetzte Menge der gehandelten Güter bestimmt. Personen mit einer Zahlungsfähigkeit (oder -bereitschaft), die unterhalb des Marktpreises liegt, können das Produkt oder die Dienstleistung nicht erwerben.

Im Bereich der medizinischen Versorgung wird die Allokation über reine Marktmechanismen in Deutschland grundsätzlich abgelehnt. Hier gelten ganz eigene Handlungslogiken und institutionelle Voraussetzungen. Medizinische Leistungen werden nicht nach Zahlungsbereitschaft einzelner Patienten alloziert, sondern – für immerhin rund 90 % der Bevölkerung – im Rahmen des Solidarsystems der Gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis von im fünften Sozialgesetzbuch festgeschriebenen Regeln: Leistungen müssen demnach ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten

⁷⁰ In den letzten Jahren ist eine zunehmende Medikalisierung festzustellen, die potenziell zu einer stetigen Ausweitung des Bedarfsbegriffs führt (vgl. dazu z. B. einen Vortrag von H. Raspe „Wenn die Medizin ihr Territorium ausweitet – Zukünftige Aufgaben für die Priorisierung“ im Rahmen des Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, 20.-22.10.2011 in Köln).

(§ 12 Abs. 1 SGB V).⁷¹ Dies kann dem ursprünglichen Sinn des Begriffs nach als *Rationierung* bezeichnet werden, denn Rationierung beschreibt die Zuteilung von Rationen von begrenzt verfügbaren Ressourcen nach vorher definierten, konsistenten Allokationskriterien. Damit ist Rationierung zunächst eine wertneutrale Bezeichnung für die systematische Allokation (d. h. das Zuteilen, aber auch Vorenthalten von Rationen) unter der Bedingung begrenzter Mittel, wenn deren Verteilung über den Marktmechanismus nicht möglich oder inakzeptabel ist.⁷² Allerdings wird in der Debatte um Rationierung in der medizinischen Versorgung häufig einseitig das Vorenthalten medizinisch zumindest nützlicher Leistungen betont.

Unabhängig von der positiven oder negativen Konnotation des Rationierungsbegriffs beschreibt dieser stets die faktische Zuteilung der tatsächlich verfügbaren Mittel. Damit sind nicht nur individuelle Behandlungsentscheidungen im Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Patienten gemeint, sondern auch administrative Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen der Gesundheitsversorgung sowie grundsätzliche Entscheidungen über den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung, z. B. durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Folgt man dem schwedischen oder norwegischen Priorisierungsmodell, ist von diesen faktischen Allokationsentscheidungen die Frage nach der Priorisierung medizinischer Leistungen strikt zu trennen. Denn diese unterscheidet unabhängig von der tatsächlichen Ressourcenausstattung zwischen mehr oder weniger Wichtigem. Was dabei als wichtiger bzw. unwichtiger gilt, wird anhand der vorher zu klärenden Werte und Kriterien entschieden. Wenn schließlich tatsächlich Rationen zugeteilt werden, kann die vorgängige Priorisierung als Orientierung für diese faktischen Allokationsentscheidungen dienen. Die Bestimmung des Priorisierungsbegriffs und seine Abgrenzung vom Begriff der Rationierung erfolgen im nächsten Abschnitt.

4.3.3 Der Priorisierungsbegriff in Deutschland

Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer unterschied bereits in ihrer ersten Stellungnahme zwischen Priorisierung und Rationierung: „Priorisierung ist nicht mit Rationierung, dem faktischen Vorenthalten notwendiger oder zweckmäßiger Leistungen zu identifizieren, sie kann und sollte diesem vielmehr vorausgehen.“ (ZEKO, 2000: 1017). Sie versteht unter Priorisierung in der medizinischen Versorgung: „die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. Ihr Gegenteil wird mit Posteriorisierung bezeichnet. In der Regel beinhaltet Priorisierung die Fest-

⁷¹ Auch für privat Krankenversicherte gelten ähnliche Regeln.

⁷² Das, was häufig als heimliche oder implizite Rationierung bezeichnet wird, ist dann keine Rationierung, sondern schlicht unsystematisches Vorenthalten von medizinischen Leistungen. Denn es werden nicht klar definierte Allokationskriterien angewendet, die für alle Patienten in gleicher Weise gelten, sondern es sind meist ökonomische Restriktionen für den Einzelfall entscheidend.

stellung einer mehrstufigen Rangreihe. An deren oberen Ende steht das, was nach Datenlage und öffentlichem Konsensus höchste Priorität hat, also als absolut unverzichtbar erscheint. Nach unten zu nimmt die Bedeutung ab“ (ZEKO, 2000: 1019). Eine ähnliche Definition wurde in der zweiten Stellungnahme verwendet (ZEKO, 2007a: 3).

Die meisten Aspekte dieser Definition sind auch heute noch gültig; angesichts der Weiterentwicklung der deutschen Priorisierungsdebatte, und in der engen Auseinandersetzung mit dem schwedischen Priorisierungsmodell scheint es jedoch angebracht, einige Elemente weiter auszuführen, zu konkretisieren bzw. zu ergänzen. Dies soll in den nächsten Abschnitten geschehen. Im Vordergrund steht dabei die Abgrenzung des Priorisierungsbegriffs von Rationierung als der Entscheidung und dem Vollzug von tatsächlichem Vorenthalten oder Zuteilen im Gesundheitswesen.⁷³

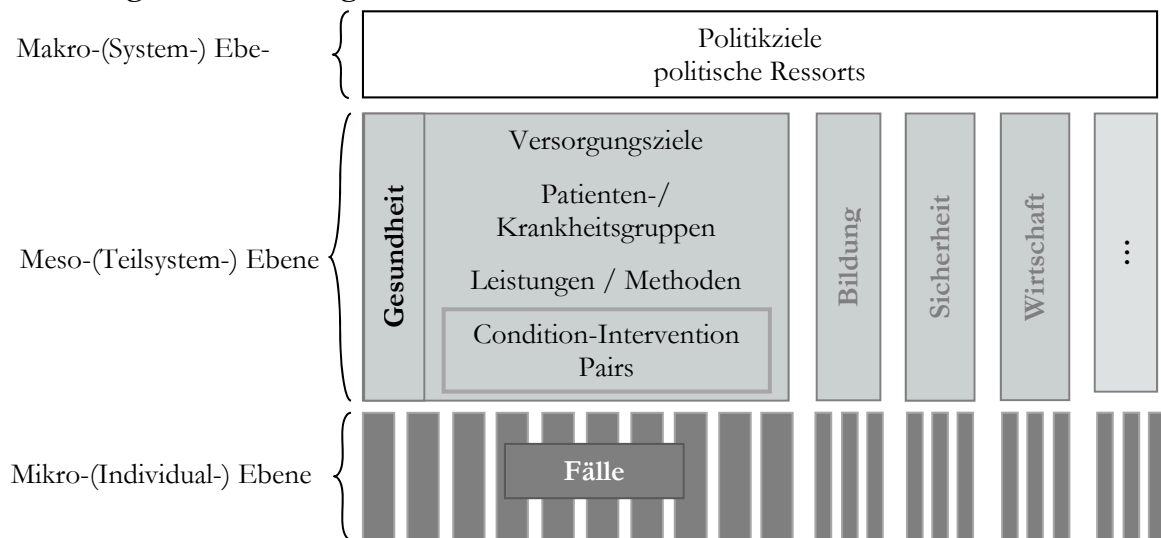
4.3.3.1 Definition zu priorisierender Objekte: Inhalte und Ebenen der Priorisierung

Zunächst beginnt Priorisierung mit der Abgrenzung und Beschreibung einer definierten Menge zu priorisierender Objekte. Dies ist ein zentrales Element, das in der oben zitierten Definition der ZEKO noch nicht in dieser Form betont wurde. Das Setzen einzelner Prioritäten aus einer nicht eindeutig bestimmten Menge von Elementen wird demnach explizit vom Priorisierungsbegriff ausgeschlossen. Einige der in Deutschland unter dem Begriff der Priorisierung begonnenen Debatten – insbesondere die Praktiken nach dem amerikanischen Vorbild des Choosing Wisely – sind damit nicht als Priorisierung im engeren Sinne, sondern allenfalls als Prioritätensetzung bzw. als Posterioritätensetzung, zu bezeichnen. Denn sie wählen einige Elemente aus einer nicht eindeutig eingegrenzten Menge möglicher Elemente aus, die als unwichtig, überflüssig oder sogar schädlich gekennzeichnet werden.

Die Objekte der Priorisierung können auf unterschiedlichen Ebenen definiert werden. Hier soll (verkürzend) zwischen drei Ebenen unterschieden werden: Makro-, Meso- und Mikro-Ebene. Abbildung 1 enthält eine schematische Darstellung möglicher Inhalte von Priorisierung.

⁷³ Die in den folgenden Abschnitten dargestellten Klärungen und Überlegungen sind in der Mehrzahl auf gemeinsame Arbeiten und Debatten innerhalb der Arbeitsgruppe zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung an der Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin in Lübeck zurückzuführen.

Abbildung 1: Priorisierungsebenen



Quelle: eigene Darstellung

Auf der Makro- oder System-Ebene können Politikziele (z. B. Reduktion der Arbeitslosigkeit, Förderung der allgemeinen Gesundheit oder Verbesserung der inneren und äußeren Sicherheit) oder politische Ressorts (z. B. Bildung, Gesundheit oder Verteidigung) gegeneinander abgewogen werden. Hier können übergeordnete Prioritäten definiert und Rahmenbedingungen für die einzelnen politischen bzw. gesellschaftlichen Bereiche bestimmt werden (z. B. durch die finanzielle Ausstattung von Ressorts oder legislative Entscheidungen). Die Abbildung 1 zeigt, dass Priorisierung nicht auf den Bereich der medizinischen Versorgung beschränkt ist, sondern prinzipiell in allen Politik- und Gesellschaftsbereichen angewendet werden kann. Diese Arbeit konzentriert sich jedoch allein auf die Priorisierung innerhalb der medizinischen Versorgung, der in der Abbildung deshalb differenzierter dargestellt ist. Auch innerhalb des Gesundheitssystems lassen sich unterschiedliche Objekte einer Priorisierung identifizieren: auf der Mikro- oder Individual-Ebene können etwa mehr oder weniger konkrete Krankheitsfälle (z. B. auf Wartelisten) priorisiert werden. Die Meso-Ebene umfasst in Abbildung 1 den Bereich der medizinischen Versorgung oberhalb individueller oder fallbezogener Entscheidungen und unterhalb der Entscheidungen auf der Makro-Ebene. Hier können Versorgungsziele (z. B. Diagnostik vs. Prävention vs. Rehabilitation), Krankheits- oder Patientengruppen, medizinische Leistungen oder Methoden und Kombinationen aus diesen, wie beispielsweise Condition-Intervention-Pairs in Schweden, priorisiert werden.

4.3.3.2 Systematische Rangreihenbildung

Ein weiteres zentrales Element der Priorisierung ist die Einordnung aller identifizierten Objekte in eine eindeutige, konsistente Rangreihe. Dies kann beispielsweise wie in Oregon in Form einer tatsächlichen Einordnung jedes einzelnen Objekts in eine beliebig lange Liste geschehen – die entstehende Rangreihe besitzt dort ebenso viele Stufen wie Condition-Treatment-Pairs.

In Schweden hingegen werden alle vorher identifizierten Condition-Intervention-Pairs eines Indikationsbereichs in eine zehnstufige Rangreihe eingeordnet. Dort wird also streng genommen ein Rating aller Condition-Intervention-Pairs mit einem Wert zwischen eins und zehn durchgeführt. Grundsätzlich führt Priorisierung jedoch zu einer graduell nach der jeweiligen Priorität der relevanten Elemente abgestufte Liste – rein dichotome Entscheidungen wie etwa über den Ein- oder Ausschluss von Leistungen sind nicht als Priorisierung zu bezeichnen.

Der Erstellung einer konsistenten Rangreihe geht immer ein systematischer Vergleich aller Elemente voraus, der eine ausgearbeitete Krieteriologie und Metrologie erfordert. Grundlage hierfür sind vorher zu klärende und möglichst gesellschaftlich konsenterte Werte sowie die jeweils geltenden Rechtsnormen. Insbesondere zur Klärung dieser normativen Grundlage für Priorisierungsvorschläge bedarf es einer breiten gesellschaftlichen Debatte unter der Beteiligung von Bürgern, Patienten und Versicherten (vgl. Abschnitt 4.3.4.1). Für den systematischen Vergleich der Objekte der Priorisierung und für die eigentliche Erstellung der Rangreihe sind neben medizinischer Expertise auch Fachwissen anderer Disziplinen und die Perspektive der verschiedenen Adressaten der Priorisierungslisten zu berücksichtigen. Dies sind neben Leistungserbringern und -empfängern insbesondere auch administrative Steuerungsorgane, Kostenträger, untergesetzliche Normgeber, Patienten und andere Akteure im Gesundheitswesen.

4.3.3.3 Priorisierung als Vorbereitung – nicht Determination – von Allokation

Nach schwedischem Vorbild dienen die im Rahmen der Priorisierung erstellten Rangreihen explizit als Orientierungshilfe und Empfehlung für die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen. Es handelt sich dabei explizit um Leitlinien, nicht um verbindliche Richtlinien. Sie sollen also nicht als Determination oder Vorschrift nachfolgender Allokationsentscheidungen verstanden werden und sind nicht mit Rationierung im Sinne eines tatsächlichen Zuteilens oder Vorenthaltens von Ressourcen zu verwechseln. Priorisierung beinhaltet ein von jeder Art der tatsächlichen Rationierung klar differenzierbares Handlungs- und Bewertungsprogramm. Anders als für faktische Rationierungsentscheidungen ist für die vorgängige Feststellung von Wichtigem und weniger Wichtigem etwa die tatsächliche Ausstattung mit Ressourcen irrelevant. Wie und ob die Priorisierungsvorschläge in Allokationsentscheidungen umgesetzt werden, wird erst später durch die für solche Entscheidungen legitimierten Akteure und durch das verfügbare Budget entschieden. Die Akteure, die Rationierungsentscheidungen treffen, müssen dabei nicht identisch mit denjenigen sein, die Priorisierungsvorschläge erarbeiten. Auch die Argumente für oder gegen bestimmte Allokationsentscheidungen können von den Werten und Kriterien abweichen, auf denen die Priorisierungsvorschläge basieren. Es ist etwa denk-

bar, dass für die Erstellung von Priorisierungslisten vorrangig eine klinische Perspektive eingenommen wird, die das Leiden und die Nutzenpotenziale einzelner Patienten in den Vordergrund stellt, während für die Frage nach dem tatsächlichen Ein- oder Ausschluss von Leistungen auch gesellschaftliche Nutzens- und Schadenspotenziale oder andere politische Argumente ausschlaggebend sein können. Zwischen Priorisierung und Rationierung besteht also ein Freiraum, der institutionell und argumentativ ausgefüllt werden muss.

4.3.3.4 Ziele und Potenziale von Priorisierung in der Medizin

Primäres Ziel der Priorisierung ist nicht die Einsparung von finanziellen oder anderen Ressourcen. Vielmehr sollen gleichzeitig bestehende Zustände der Über-, Unter- und Fehlversorgung in unterschiedlichen Fachrichtungen oder Regionen vermieden sowie die Qualität der Versorgung vereinheitlicht, verbessert und gesichert werden. Dies kann durch die Bewertung aller Objekte der Priorisierung nach einheitlichen Maßstäben und die damit gewährleistete Vergleichbarkeit erreicht werden. Ein solches systematisches Vorgehen und die Existenz einer konsistenten Rangreihe schaffen zudem wichtige Voraussetzungen für die Bewertung und Einordnung neuer Methoden. Damit ist Priorisierung nicht nur angezeigt, wenn steigender Kostendruck und (vermeintlicher) Mangel an Mitteln zu Leistungseinschränkungen zwingen, sondern auch dann, wenn sich die Ressourcenausstattung nicht ändert oder sogar angesichts steigender Einnahmen wie Anfang der 1980er Jahre in Norwegen.

Kern der Priorisierung ist die allgemeine Verständigung darüber, was im Bereich der medizinischen Versorgung besonders wichtig ist und was weniger wichtig ist. Damit kann sie als Prozess der gesellschaftlichen und fachlichen Meinungs- und Willensbildung über die Grundlagen für alle Arten von Allokationsentscheidungen im Gesundheitswesen verstanden werden. Bereits die gemeinsame Auseinandersetzung mit den normativen Grundlagen der Ressourcenverteilung kann zu einer Selbstvergewisserung über die Ziele der Medizin sowie über die in diesem Bereich geltenden Werte und Kriterien beitragen. Dadurch ließen sich dann die individuellen Erwartungen und Ansprüche an die medizinische Versorgung relativieren und an die gemeinsame Zielsetzung anpassen. Auch Aspekte der Solidarität, die in Bevölkerungsumfragen stets hohe Zustimmungswerte erhalten (vgl. Techniker Krankenkasse, 2008; Diederich und Schreier, 2010a; Stumpf et al., 2014a), können konkretisiert und gestärkt werden, wenn diese im Wertekanon zur Priorisierung enthalten ist. Die Teilhabe von Bürgern und Patienten an der gesellschaftlichen Debatte und damit auch am Prozess der Priorisierung selbst könnte zudem das Vertrauen der von den nachfolgenden Allokationsentscheidungen Betroffenen in die Gesundheitsversorgung insgesamt steigern. Dies kann sich auch positiv auf die Legitimität nachfolgender Entscheidungen auswirken, die in Abschnitt 2.1.2.5 als infor-

mierte und freiwillige Zustimmung und Akzeptanz durch die von einer Entscheidung Betroffenen definiert wurde. Auch ein positiver, vertrauensstiftender Effekt auf die Beziehung zwischen Patienten und den unterschiedlichen an der medizinischen Versorgung beteiligten Expertengruppen ist denkbar.

Aber nicht nur gesamtgesellschaftlich, sondern insbesondere auch innerhalb der medizinischen Fachberufe kann eine solche explizite Auseinandersetzung mit Fragen der Priorisierung sich positiv auswirken. Die Erarbeitung von Priorisierungsvorschlägen setzt die federführende Beteiligung medizinischer Experten voraus und kann diese gleichzeitig dazu anregen, sich auf die ursprünglichen Werte und Normen ihrer Profession zu verständigen. Hierdurch könnte Priorisierung in Zeiten zunehmender Ökonomisierung und angesichts einer stetigen Ausweitung des Einsatzgebietes der Medizin („Medikalisierung“) die klinische Perspektive stärken und das professionelle Selbstverständnis aller relevanten Gesundheitsfachberufe bekräftigen (Raspe, 2013). Priorisierungsvorschläge wären dann als professionelle Selbstbindung auf Basis gesellschaftlich konsentierter Werte und Kriterien zu verstehen.

Wenn es gelänge, Priorisierungsvorschläge auf Basis einer breiten gesellschaftlichen und fachlichen Debatte zu erarbeiten, würden diese eine über regionale und gesellschaftliche Grenzen hinweg gültige normative Grundlage für Rationierungsentscheidungen in der medizinischen Versorgung bereitstellen. Die für solche Entscheidungen verantwortlichen Akteure auf allen Ebenen des Gesundheitssystems erhielten hierdurch eine Orientierungshilfe, die sie bei der konkreten Entscheidungsfindung entlasten kann. Wenn die verantwortlichen Akteure sich dann tatsächlich an den Priorisierungsvorschlägen orientieren würden, könnte hierdurch sowohl die Gleichmäßigkeit und Qualität der medizinischen Versorgung als auch die Transparenz und Konsistenz der Entscheidungen in diesem Bereich verbessert werden (vgl. auch Meyer, 2009: 81). Ein explizites Ziel der schwedischen Priorisierungsbemühungen war beispielsweise die Verringerung regionaler Unterschiede in der Versorgung. Dort existieren Register, die auf der Ebene der Kliniken für jedermann zugänglich angeben, wie häufig die Condition-Intervention-Pairs welcher Priorisierungsränge verwirklicht werden. Dies dient nicht zur Sanktionierung nonkonformen Verhaltens, sondern wird insbesondere zum Regionen übergreifenden Vergleich und zur Dokumentation genutzt (Carlsson, 2009).

4.3.3.5 Aktuelle Definition: „Priorisierung“

Auf Grundlage der Ausführungen in den letzten Abschnitten lässt sich die Definition für Priorisierung wie folgt zusammenfassen:

Priorisierung ist die ausdrückliche Feststellung der Rangfolge aller Elemente einer bestimmten Menge von systematisch miteinander zu vergleichenden Objekten. In der Medizin

handelt es sich dabei vor allem um Gesundheits- oder Versorgungsziele, Kranken- oder Krankheitsgruppen, Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, um Kombinationen von Zuständen und Methoden oder um einzelne Krankheitsfälle. Grundsätzlich führt Priorisierung zu einer mehrstufigen Rangreihe. An deren oberen Ende steht, was nach Maßgabe gesellschaftlich geklärter Ziele, Werte und Kriterien, im Rahmen einschlägiger Rechtsnormen sowie nach Datenlage und fachlichem Konsens als besonders bedeutend gilt. Nach unten nimmt die Wichtigkeit ab. Priorisierung (nach dem schwedischen Modell) endet in begründeten, aber grundsätzlich veränderlichen, Empfehlungen; sie informieren Allokationsentscheidungen Dritter, sollen sie aber nicht vorwegnehmen. Damit ist Priorisierung etwas definitiv anderes als Rationierung. Primäre Ziele sind erstens die gesellschaftliche und professionelle Selbstvergewisserung über die normativen Grundlagen für alle Arten von Allokationsentscheidungen im Gesundheitssystem. Zweitens soll die Qualität der medizinischen Versorgung über Fachgebiete und Regionen hinweg vereinheitlicht und gesichert werden.⁷⁴

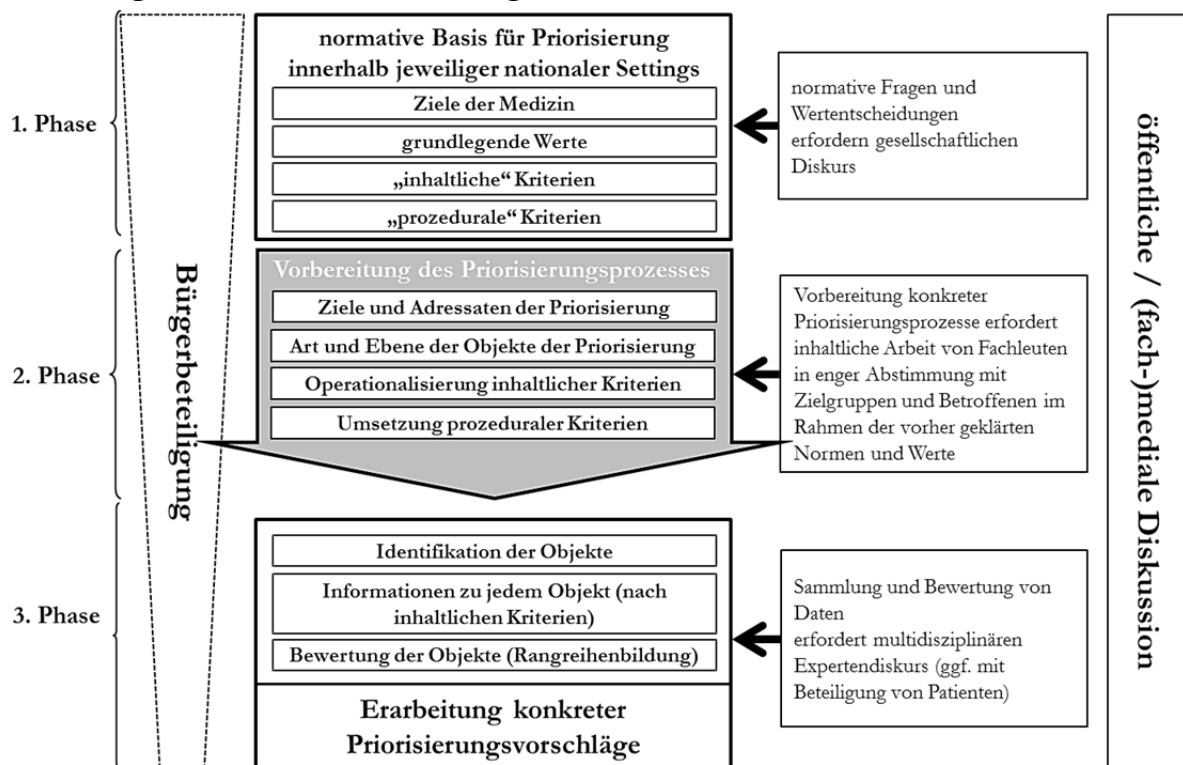
4.3.4 Analytische Unterscheidung: Drei Phasen der Priorisierung

Auf Grundlage der oben ausgeführten Bestimmung des Priorisierungsbegriffs und insbesondere in Anlehnung an das schwedische Modell der Priorisierung lassen sich drei Phasen – bzw. Elemente – des Priorisierungsprozesses identifizieren: 1.) Diskussion, Feststellung und möglichst gesellschaftliche Konsentierung der normativen Grundlage für Priorisierungsvorschläge; 2.) Erstellung einer systematischen Methodologie für den Vergleich der später zu identifizierenden Objekte der Priorisierung und 3.) Ausarbeitung, Veröffentlichung und Implementierung konkreter Priorisierungsvorschläge. Diese drei in Abbildung 2 schematisch dargestellten Phasen sollen nicht notwendiger Weise als aufeinanderfolgende Abschnitte eines linearen Prozesses verstanden werden, sondern vielmehr als analytisch zu unterscheidende Arbeitspakete, die auch in anderer Reihenfolge oder nebeneinander erledigt werden können. Das Ausmaß und die Bedeutung von Bürgerbeteiligung nehmen dabei tendenziell mit zunehmendem Konkretisierungsgrad der in den einzelnen Phasen zu klärenden Fragen ab (vgl. hierzu auch Lenaghan, 1999: 53f): während in der ersten Phase noch fast ausschließlich normative Fragen im Vordergrund stehen, steigt in der zweiten und dritten Phase die Bedeutung von Fach- und Expertenwissen. Hier geht es zunehmend um inhaltliche Fragen und um die Konkretisierung der vorher geklärten Kriterien, um die Erhebung von Informationen über die Objekte der Priorisierung auf Grundlage dieser Kriterien und um die Erstellung konkreter Priorisierungsvorschläge. Obwohl der Einfluss multidisziplinärer Expertengruppen im Verlauf der Priorisierung somit steigt, ist die Einbindung von Bürgern, Patienten und Versicherten dennoch in jeder Phase

⁷⁴ Diese Definition ist in ähnlicher Form bereits in (Raspe et al., 2014) entwickelt worden.

von Bedeutung. Unbedingt erforderlich ist sie in der ersten Phase. Dies scheint zudem auch der Schritt im Priorisierungsprozess zu sein, für den die Bürger sich selbst am ehesten eine Beteiligung wünschen (vgl. Lomas, 1997; Lenaghan, 1999: 53f; Litva et al., 2002: insb. 1834f). Parallel zum gesamten Prozess der Priorisierung wird eine breite öffentliche mediale Debatte angestrebt, der sowohl die Ergebnisse von Bürgerbeteiligung als auch der fachöffentlichen Auseinandersetzung mit der Thematik abbilden und miteinander in Bezug bringen kann. Im Folgenden werden die drei skizzierten Phasen der Priorisierung konkretisiert und insbesondere am Beispiel der schwedischen Priorisierungserfahrungen erläutert.

Abbildung 2: Phasen der Priorisierung



Quelle: eigene Darstellung

4.3.4.1 Erste Phase: normative Grundlage für Priorisierungsvorschläge

In den in Abschnitt 4.2.2 dargestellten ausländischen Priorisierungsdebatten stand die Feststellung einer normativen Basis im Zentrum der Priorisierungsbemühungen. In Schweden wurde die Diskussion über die normative Grundlage der Priorisierung zu Beginn der dortigen Debatte geführt; die hierzu eigens eingerichtete parlamentarische Kommission hat 1995 in ihrem Abschlussbericht eine sogenannte ethische Plattform veröffentlicht (Swedish Parliamentary Priorities Commission, 1995). Darin werden zunächst die Ziele des Medizinsystems diskutiert und grundlegende Werte festgestellt, die mit diesen Zielen, aber insbesondere auch mit allgemeinen sozialen und rechtlichen Normen konform gehen. Schließlich werden auch inhaltliche und prozedurale Kriterien zur Priorisierung definiert, die auf den grundlegenden Werten beruhen und diese konkretisieren. Insgesamt erfolgt die Feststellung auf eher abstraktem Niveau,

eine direkte Anwendung oder Umsetzung in der medizinischen Versorgung bedarf daher zunächst der weiteren Operationalisierung einzelner Aspekte der ethischen Plattform (vgl. Carlsson et al., 2007). Auch in den meisten anderen zitierten Priorisierungsdebatten wurden die der Priorisierung zugrunde liegenden Werte und Kriterien explizit diskutiert. Dies geschah jedoch häufig parallel zur Erstellung konkreterer Priorisierungsvorschläge oder sogar im Anschluss daran. Dennoch wird die Debatte über Ziele der Medizin, Werte sowie Kriterien hier als erste Phase der Priorisierung verstanden.

Unabhängig von ihrem Zeitpunkt in der Priorisierungsdebatte stehen in dieser Phase ethische Wertentscheidungen und Weltanschauungsfragen und nicht primär fachliche Fragen und Expertenwissen im Vordergrund. Solche Fragen bedürfen der gesellschaftlichen Klärung, denn hierzu besitzen weder Experten noch Politiker die alleinige Entscheidungskompetenz oder -autorität (vgl. insbesondere zu den Grenzen des Expertenwissens Saretzki, 1997: 281; Saretzki, 2005: 351). In unterschiedlichen historischen und ideologischen Kontexten sind ganz verschiedene gesellschaftlich akzeptierte Maßstäbe für zweckmäßige und gerechte Ressourcenverteilung denkbar. Umso wichtiger ist ein genereller gesellschaftlicher Konsens über die Werte, nach denen priorisiert werden soll. Zudem stellt dieser Schritt die Grundlage des gesamten späteren Priorisierungsprozesses dar, was zusätzlich für eine möglichst breit angelegte Debatte unter Berücksichtigung der Perspektiven der (potenziellen) Leistungsempfänger im Gesundheitswesen spricht. Nur durch deren Beteiligung können sich einige der oben beschriebenen Ziele der Priorisierung wie die vertrauensstiftende Wirkung oder die fachliche und gesellschaftliche Selbstvergewisserung über grundlegende normative Vorstellungen und Haltungen überhaupt verwirklichen.

Auch in Schweden wurden während dieser ersten Phase der Priorisierung unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen einbezogen (vgl. auch Abschnitt 4.5.3): „For guidance in its difficult assignment, the Commission has tried in various ways to gauge the attitudes of different groups. This has been done partly by putting questions to public authorities and organisations and by holding five regional conferences” (Swedish Parliamentary Priorities Commission, 1995: 85). Die Ergebnisse dieser Bemühungen wurden an mehreren Stellen des Abschlussberichts der Parlamentskommission ausdrücklich zitiert (Swedish Parliamentary Priorities Commission, 1995). Durch dieses Vorgehen und die möglichst breite Integration relevanter Akteursgruppen konnte eine weitgehende Akzeptanz der ethischen Plattform erreicht werden – eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzbarkeit und Wirkung späterer nicht verbindlicher Priorisierungsvorschläge.

4.3.4.2 Zweite Phase: Vorbereitung des Priorisierungsprozesses

Der zweite Schritt zu einer systematischen Priorisierung ist die Entwicklung und Vorbereitung des Priorisierungsprozesses. In dieser Phase steht zunächst die Klärung von Zielen und den damit verbundenen Adressaten der Priorisierung selbst sowie die Art und Ebene der Objekte der Priorisierung im Vordergrund. Die Entwicklung einer Methodologie, einschließlich einheitlicher Methodologie für den späteren Vergleich der Priorisierungsobjekte erfordert zudem die Operationalisierung der inhaltlichen Kriterien. Schließlich müssen die in der ersten Phase geklärten prozeduralen Kriterien in konkrete Verfahrensregeln umgesetzt werden. Hierbei sind Expertenwissen und Fachkenntnisse von größerer Relevanz als in der ersten Phase, da der Fokus stärker auf der tatsächlichen Umsetzung und Operationalisierung der normativen Rahmenbedingungen liegt. Dennoch ist auch die Vorbereitung des Priorisierungsprozesses mit vielen normativen Fragen verknüpft, die nicht allein durch Expertenwissen zu entscheiden sind. Denn wie beispielsweise vermeintlich unstrittige Kriterien wie die Krankheitsschwere oder die Nutzenchancen von Patienten zu konkretisieren sind und wie sie tatsächlich gemessen werden können, ist keine rein medizinische Frage. Daher ist eine möglichst vollständige Integration aller relevanten Disziplinen – insb. Medizin, HTA, Ethik, Recht und Gesundheitsökonomie – sowie der Entscheidungsträger auf den unterschiedlichen Ebenen des Medizinsystems als den späteren Adressaten der Priorisierung anzustreben. Zudem sollten auch Patienten und Bürger oder ihre Vertreter an der Entwicklung der Methodologie beteiligt werden, da diese als (potenzielle) Leistungsempfänger ebenfalls von den zukünftigen Ergebnissen der Priorisierung betroffen sein werden.

Analytisch betrachtet liegt dieser zweite Schritt vor der Erstellung eigentlicher Priorisierungsvorschläge. Allerdings kann die Methodologie kaum vollständig unabhängig von den tatsächlichen Inhalten und dem Kontext der späteren Priorisierungsvorschläge entwickelt werden: sowohl die Ziele der Priorisierung als auch die Operationalisierung der prozeduralen und inhaltlichen Kriterien können sich jeweils unterscheiden. In Schweden ist daher erst während der Erstellung der ersten Priorisierungsleitlinie auch die Methodologie hierfür entwickelt und angepasst worden. Diese ist dann gemeinsam mit der Leitlinie im Rahmen einer umfangreichen Einleitung veröffentlicht worden (Socialstyrelsen, 2004). Im Jahr 2007 wurde schließlich eine erste umfassende Version des „National Model for Transparent Vertical Prioritisation in Swedish Health Care“ publiziert, das die Prozesse zur Erstellung von Priorisierungsleitlinien vereinheitlichen sollte und auf der für die erste Leitlinie entwickelten Methodologie beruhte (Carlsson et al., 2007). Heute gilt die leicht überarbeitete und aktualisierte Version dieses Nationalen Modells von 2011 (Broqvist et al., 2011). Diese Methodologie ist jedoch nicht als starres Modell zu verstehen; vielmehr wird der Priorisierungsprozess ständig weiter entwickelt

und angepasst. Ähnliches gilt für die alle zwei Jahre aktualisierten Priorisierungslisten in Oregon, für die ebenfalls eine systematische Methodologie entwickelt und mehrfach angepasst wurde (siehe Abschnitt 4.2.3.1).

4.3.4.3 Dritte Phase: Erarbeitung konkreter Priorisierungsvorschläge

In der dritten Phase können dann schließlich konkrete Priorisierungsvorschläge erstellt werden. Hierzu bedarf es zunächst der Feststellung aller miteinander zu vergleichender Objekte der Priorisierung. Anschließend werden für jedes dieser Objekte die Informationen zu den vorher festgestellten Kriterien in einem Arbeitsblatt zusammengetragen. Auf dieser Grundlage wird dann eine Rangreihe der Objekte erstellt. Nach schwedischem Vorbild geschieht dies durch eine qualitative Bewertung und Beurteilung durch Experten (Broqvist et al., 2011: 44), in Oregon hingegen nach einem festen Algorithmus (Oregon Health Services Commission, 2011: 3ff). Insbesondere für die Zusammenstellung, Interpretation und Bewertung aktueller Studienergebnisse ist Experten- und Fachwissen verschiedener Disziplinen von großer Bedeutung. Auch die Bewertung der einzelnen Priorisierungsobjekte erfordert solche Fachkenntnisse. Daher sollte dieser Schritt unter der Federführung multidisziplinärer Expertengruppen erfolgen – Bürger oder Patienten bzw. ihre Vertreter können (und sollten dem Anspruch deliberativer Demokratie folgend) jedoch auch hier einbezogen werden.

Die Abfolge dieser drei Phasen und auch die Zuordnung von Akteuren sind dabei nicht obligatorisch. Jede Phase erfordert umfangreiches Fachwissen, etwa über die Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitssystem, ihre ethischen, ökonomischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen und selbstverständlich über konkrete medizinische Problemlagen und ihre Behandlung. In allen Phasen müssen jedoch in unterschiedlichem Ausmaß auch ethische Problemstellungen und normative Wertfragen geklärt werden, die stets der gesellschaftlichen Bearbeitung bedürfen. Gerade deshalb wird ein offener Deliberationsprozess angestrebt, der möglichst viele relevante Akteure in Interaktion bringt, damit die vielfältigen Standpunkte und Argumente berücksichtigt werden können. Um gesellschaftliche oder politische Veränderungen auch in der Priorisierung umsetzen zu können, sollten diese Phasen zudem nicht als in sich abgeschlossene Arbeitsschritte verstanden werden, sondern für kritische Überarbeitungen, Aktualisierungen und Anpassungen offen bleiben.⁷⁵ Dies gilt besonders für die konkreten Priorisierungsvorschläge, die ständig an die aktuelle Datenlage und den Stand der Forschung angepasst werden müssen. Aber auch die Methodologie und Metrologie sowie die normative Basis in Form von Axiologie und Kriteriologie sollten regelmäßig überprüft werden.

⁷⁵ Dieser Aspekt wird auch durch die vierte Bedingung – „revisions and appeals“ des Ansatzes der „Accountability for Reasonableness“ abgedeckt (siehe Abschnitt 4.5.1).

4.4 PRIORISIERUNGSKRITERIEN IM IN- UND AUSLAND

In den in Abschnitt 4.2.2 dargestellten Ländern stand die Identifikation normativer Priorisierungsgrundlagen bereits zu Beginn der dortigen Debatten im Vordergrund. Dort wurden explizit Werte sowie substantielle und prozedurale Kriterien zur Priorisierung definiert. In den folgenden Abschnitten werden die normativen Grundlagen dieser vier Länderdebatten schematisch miteinander und mit den Inhalten der deutschen ZEKO-Stellungnahmen verglichen (siehe auch Stumpf und Raspe, 2012). Zusätzlich wird auch die in Oregon zur Erstellung der Priorisierungsliste verwendete Methodologie verwendet. Ziel ist nicht die detaillierte Analyse der einzelnen Werte und Kriterien, sondern ein grober Überblick über die in den jeweiligen nationalen Debatten relevanten normativen Aspekte der Priorisierung. Als Grundlage für diesen Vergleich wurden die Stellungnahmen und Berichte von Parlaments-, Staats-, Regierungskommissionen oder Ethikgremien der einzelnen Länder sowie die in Schweden und Oregon veröffentlichten aktuellen Methodenkonzepte zur Erstellung von Priorisierungslisten herangezogen:

- Norwegen: Die englischen Zusammenfassungen der 1987 und 1997 in Norwegen erschienenen Parlamentskommissionsberichte zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung (NOU The Public Statements of Norway, 1987; 1997);
- Niederlande: Der 1992 erschienene englischsprachige Bericht der niederländischen Kommission für „Choices in Health Care“ (Dutch Government Committee on Choices in Health Care, 1992);
- Schweden: Der 1995 erschienene englischsprachige Abschlussbericht der schwedischen Parlamentskommission zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung (Swedish Parliamentary Priorities Commission, 1995) sowie das aktuelle Nationale Modell zur Priorisierung (Broqvist et al., 2011);
- Dänemark: Der 1997 erschienene englischsprachige Bericht des „Danish Committee on Priority-Setting in Health Service“ (Danish Council of Ethics, 1997);
- Deutschland: Die Stellungnahmen der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zur Priorisierung aus den Jahren 2000 und 2007 (ZEKO, 2000; 2007b);
- Oregon: die aktuelle Methodologie zur Erstellung der Priorisierungsleitlinie (Oregon Health Evidence Review Commission, 2013: 3ff).

Trotz der unterschiedlichen Hintergründe und Autoren weisen die genannten Stellungnahmen und Berichte zur Priorisierung in der Medizin einige Gemeinsamkeiten auf. Es lassen sich jeweils vier Arten von normativen Grundlagen der Priorisierung unterscheiden: 1.) Fast alle Texte halten die Definition und gesellschaftliche Diskussion von Zielen und Funktionen der

Gesundheitsversorgung selbst für eine wichtige Voraussetzung der Priorisierung. 2.) In allen Texten wird zudem die Bedeutung national bzw. in der jeweiligen Gesellschaft anerkannter ethischer Prinzipien und Werte als Grundlage für Priorisierung betont. 3.) Aus den grundlegenden Werten werden zudem in den meisten Dokumenten inhaltliche Kriterien abgeleitet, die die eigentliche Ausgestaltung von Priorisierungsvorschlägen beeinflussen sollen. 4.) Schließlich werden in allen Texten formale Anforderungen an Priorisierungsprozesse formuliert. Diese vier Kategorien normativer Grundlagen der Priorisierung werden in den folgenden Abschnitten für die oben genannten Länder verglichen.

Die in den jeweiligen Dokumenten explizit und an zentraler Stelle genannten Werte und Kriterien sind dabei mit doppelten Symbolen (Häkchen für positive, Kreuze für negative Bewertung) markiert. Alle anderen Aspekte, die mit einem einfachen Symbol versehen sind, werden an weniger zentraler Stelle genannt. Die eingeklammerten Symbole weisen auf Werte und Kriterien hin, die implizit aus den Texten abgeleitet werden können, wie z. B. die Ablehnung des Geschlechts als Priorisierungskriterium aus einem allgemeinen, an zentraler Stelle geäußerten Verbot der Diskriminierung auf Grundlage von Personenmerkmalen. Leere Felder weisen Aspekte aus, zu denen die jeweiligen Texte gar keine Stellung beziehen.⁷⁶

4.4.1 Ziele und Aufgaben der Medizin

In fast allen hier betrachteten Berichten und Stellungnahmen zur Priorisierung wurden explizit auch die Ziele und Grundsätze der medizinischen Versorgung sowie ihre Aufgaben genannt. Einen Überblick hierüber gibt Tabelle 5. Dabei wurde in allen Dokumenten betont, dass die Feststellung dieser Ziele und Funktionen maßgeblich für die weitere Priorisierungsdebatte sei. Allerdings unterscheiden sich Fokus und Konkretisierungsgrad in den Dokumenten. Während beispielsweise Schweden, Dänemark und die ZEKO in Deutschland explizit die Ziele und Grundsätze der medizinischen Versorgung nennen, bleiben Norwegen und die Niederlande an dieser Stelle eher vage. In der für Oregon ausgewerteten Methodologie hat man sich hierzu gar nicht geäußert.

Die Dokumente der ersten drei Länder enthalten jeweils Hinweise auf eine humanitäre Grundhaltung als Basis der medizinischen Versorgung. Sie verweisen auch auf die Bedeutung einer als sicher wahrgenommenen Gesundheitsversorgung, d. h., jeder Bürger soll sich sicher fühlen können, dass ihm in medizinischen Notlagen ein qualitativ hochwertiges System medizinischer Versorgung bereitsteht. In den Niederlanden, Dänemark und Deutschland soll die Gesundheitsversorgung zum einen Leiden verhindern, aber ebenso die soziale Teilhabe der

⁷⁶ Ergebnisse aus der vergleichenden Analyse der Stellungnahmen sind bereits in (Stumpf und Raspe, 2012) veröffentlicht.

Individuen ermöglichen. Norwegen und Schweden äußern sich zu diesem Aspekten nicht ausführlich. Insbesondere die in Schweden, Norwegen und Deutschland, aber auch in Dänemark formulierten Ziele weisen auf eine Orientierung der Gesundheitsversorgung am Wohlergehen einzelner Patienten hin. Im Bericht der schwedischen Parlamentskommission wird dieser „humanist view of man“ im Rahmen der eigenen „welfare society“ und mit dem „viewpoint of the individual not of the national economy“ explizit als zentrales Element der Gesundheitsversorgung bezeichnet (Swedish Parliamentary Priorities Commission, 1995: 79). In den anderen Ländern äußert sich dieser Anspruch beispielsweise in den Zielen „safety and security“, Teilhabeförderung und Vermeidung von Leiden.

Viele der betrachteten Dokumente verweisen zudem auf die Aufgaben des Gesundheitssystems, indem sie die Bedeutung einzelner Versorgungsbereiche betonen. Fast alle Länder legen explizit einen Fokus auf palliative Versorgung und primär-präventive Maßnahmen (Krankheiten vorbeugen/Gesundheit fördern). Auch Früherkennung, Rehabilitation und Pflege werden an einigen Stellen betont. Während die meisten Texte eher implizit die Versorgungsbereiche und Aufgaben des Gesundheitswesens nennen, werden sie in der schwedischen Stellungnahme explizit aufgezählt (Swedish Parliamentary Priorities Commission, 1995: 19f).

Tabelle 5: Ziele und Funktionen der Gesundheitsversorgung

	Norwegen	Niederlande	Schweden	Dänemark	Deutschland	Oregon*
Ziele/Grundsätze der Gesundheitsversorgung						
Ziele u. Funktionen relevant für Priorisierung	✓	✓	✓	✓	✓	
Humanitäre Grundhaltung in der Gesundheitsversorgung			✓	(✓)	(✓)	
Gefühl von "safety and security" vermitteln			✓	✓✓	✓	
Freie Entfaltung/soziale Teilhabe ermöglichen		✓		✓	✓	
Gesundheitsbezogenes Leiden lindern	✓			✓	✓	
Aufgaben der Gesundheitsversorgung						
Krankheiten vorbeugen/Gesundheit fördern	(✓)	(✓)	✓	✓	(✓)	(✓)
(Früh)Erkennung und Diagnose von Krankheiten			✓			(✓)
Behandlung und Heilung von Krankheiten	(✓)	(✓)	✓	✓	✓	(✓)
Rehabilitation	(✓)		✓		(✓)	
Palliation	(✓)	(✓)	✓	(✓)		(✓)
Pflege	(✓)		✓		(✓)	

✓ = Aspekt positiv bewertet; (✓) = Aspekt implizit positiv bewertet; ✓✓ = Aspekt besonders betont/an zentraler Stelle erwähnt; ✗ = Aspekt abgelehnt; (✗) = Aspekt implizit abgelehnt; □ = Aspekt nicht explizit erwähnt

* In der für Oregon ausgewerteten Methodologie wird nicht explizit zu den Zielen der Medizin Stellung genommen.

4.4.2 Grundlegende Werte

Insbesondere der Anspruch einer humanistischen Ausrichtung der Gesundheitsversorgung spiegelt sich auch in den für die Priorisierung grundlegenden Prinzipien und Werten wider, die in Tabelle 6 dargestellt sind: in fast allen Texten stehen Werte wie Menschenwürde, Solidarität

und eine besondere Berücksichtigung schwacher Gesellschaftsgruppen im Fokus. Eine negative Diskriminierung nach persönlichen Merkmalen von Patienten wird meist ausgeschlossen. Ob und in welcher Weise aus der in vielen Priorisierungsdebatten betonten Option für schwache Personengruppen eine positive Diskriminierung abzuleiten ist, wird in den einzelnen Dokumenten nicht konkret ausgeführt: Die ZEKO spricht allgemein von Berücksichtigung der „Probleme benachteiligter und vulnerabler Personengruppen“ (ZEKO, 2007b: 2750), aus Sicht des dänischen Ethikrates sollte ein „special effort for the weak groups in society“ (Danish Council of Ethics, 1997: 50) unternommen werden. In der niederländischen Stellungnahme wird eher am Rande die Notwendigkeit von „protection of the weak, vulnerable and unprotected in the society“ erwähnt und in Schweden und Norwegen wird ebenfalls allgemein eine besondere Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse schwacher Gruppen gefordert. Lediglich in Oregon ist die Berücksichtigung der Vulnerabilität explizit geklärt worden. Hier werden Condition-Treatment-Pairs, die besonders häufig vulnerable Gruppen betreffen, mit einem positiven Faktor in die Priorisierungsliste aufgenommen (Oregon Health Services Commission, 2011: 3, 5). Welche Personengruppen als vulnerabel gelten, variiert dabei zwischen den Ländern: In Schweden werden damit insbesondere solche Personen bezeichnet, deren Autonomie eingeschränkt ist und die sich nicht selbst zu ihren Bedürfnissen und Wünschen äußern können, wie zum Beispiel psychisch Kranke oder Kinder. Neben diesem Aspekt werden in Dänemark auch Personen mit einer ersten Erkrankung (z. B. Krebspatienten) einer „schwachen Gruppen“ zugerechnet. Aber auch Menschen in sogenannten prekären Lebenslagen, d. h. in finanziellen oder sozialen Notlagen können als vulnerable Gruppen bezeichnet werden (vgl. NOU The Public Statements of Norway, 1987: 4). Insgesamt zielen die meisten Stellungnahmen auf einen Nachteilsausgleich für solche Personengruppen. Denn ein wichtiges Anliegen aller Texte ist die Reduktion sozialer und geographischer Differenzen in der medizinischen Versorgung, wie die Betonung verschiedener Ausprägungen von „Gleichheit“ zeigt. Dabei stehen soziale und geographische Gleichbehandlung sowie eine gleichmäßige Berücksichtigung von Personen mit gleichem Bedarf an erster Stelle. Auch die Zugangschancen und der Anspruch auf Gesundheitsversorgung sollten den meisten Dokumenten zufolge gleichmäßig sein. In Norwegen und Schweden sollen auch die Chancen auf ein positives Outcome der medizinischen Versorgung möglichst gleich gehalten werden.

Tabelle 6: Grundlegende Werte

	Norwegen	Niederlande	Schweden	Dänemark	Deutschland	Oregon*
"Nationale" gesellschaftliche Werte als Grundlage der Priorisierung	✓	✓	✓	✓	✓	
Menschenwürde/"equal human worth"		✓	✓✓	✓✓	✓	
Diskriminierungsverbot	✓	✓	✓	(✓)	✓	
Solidarität	✓	✓	✓✓	✓✓	✓	
Besondere Berücksichtigung schwacher Gruppen	✓	(✓)	✓	✓	(✓)	✓✓
Selbstbestimmung u. Autonomie		✓		✓✓	✓	
Effizienz als ethischer Wert			✓✓	✓	✓	
Gleichheit						
Soziale und geografische Gleichheit	✓	✓	✓	✓✓	✓	
Gleiche Behandlung für gleichen Bedarf	✓	✓	✓	✓	✓	
Gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung	(✓)		(✓)	✓	✓	
Gleichmäßige Anwendung d. Kriterien	✓			✓	✓	
Chancengleichheit (Outcome)	(✓)		(✓)			

* In der für Oregon ausgewerteten Methodologie werden die grundlegenden Werten nicht explizit festgestellt.

Wie im nächsten Abschnitt gezeigt wird, schlagen alle hier betrachteten Dokumente die Berücksichtigung von Effizienzüberlegungen als inhaltliches Priorisierungskriterium vor. Einige Länder bewerten dies jedoch auch explizit als ethische Pflicht, da die Verwendung von begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen immer Opportunitätskosten verursacht. Damit diese möglichst klein sind, müsse stets auf ein angemessenes Verhältnis zwischen den Kosten und dem zu erwartenden Nutzen einer medizinischen Leistung geachtet werden.

4.4.3 Inhaltliche Priorisierungskriterien

Auch in der Bewertung inhaltlicher Priorisierungskriterien sind viele Übereinstimmungen zwischen den berücksichtigten Berichten und Stellungnahmen festzustellen, wie Tabelle 7 zeigt. Dies trifft insbesondere auf Kriterien zu, die eine Bewertung des Krankheitszustandes und der jeweils anzuwendenden Leistung ermöglichen: z. B. Bedarf und Krankheitsschwere, erwarteter Krankheitsverlauf und Dringlichkeit des Eingreifens, ebenso wie die Angemessenheit, Notwendigkeit und insbesondere die Effektivität und die Effizienz einer Intervention. In Schweden und Oregon wird auch die Dauer einer Erkrankung, in den Niederlanden die erwartete Behandlungsdauer als Priorisierungskriterium vorgeschlagen. In allen Dokumenten wird die Bedeutung wissenschaftlicher Evidenz für die Bewertung von Krankheitszuständen und medizinischen Interventionen betont.

Persönliche Merkmale, also z. B. das Lebensalter, die ethnische Zugehörigkeit oder der soziale Status eines Patienten werden als Priorisierungskriterien eher abgelehnt. Dies ergibt sich aus den oben genannten grundlegenden Werten, die den Rahmen für die konkreten Priorisierungskriterien festlegen. Allerdings stimmen die analysierten Texte weitgehend darin überein, dass einige dieser persönlichen Merkmale auch Prognosefaktoren für den Verlauf einer

Erkrankung oder das Behandlungsergebnis darstellen und insofern medizinische Relevanz aufweisen können. Dieser Argumentation folgend werden das (sog. biologische) Alter, die Compliance von Patienten oder auch eine prekäre soziale Situation als Priorisierungskriterien akzeptiert.

Tabelle 7: Inhaltliche Priorisierungskriterien

	Norwegen	Niederlande	Schweden	Dänemark	Deutschland	Oregon*
Krankheitsbezogen						
Bedarf	(✓)	✓	✓✓	✓✓	✓	✓✓
Krankheitsschwere	✓✓	✓	✓✓	✓	✓	
Krankheitsverlauf/Prognose	✓	✓	✓	✓	✓	
Dringlichkeit	✓	✓	✓✓	✓✓	✓	
Bevölkerungsbezogene Konsequenzen der Krankheit (Infektionsgefahr)		✓	(✓)		✓	✓✓
Relevante Krankheitsparameter						
Lebensbedrohung / -verlängerung / -rettung	✓	✓	✓	✓	✓	✓✓
Aktuelle Symptome (z. B. Schmerzen)	✓		✓	✓	✓	✓✓
Funktionale Kapazität/soziale Teilhabe	✓	✓	✓	✓	✓	
Lebensqualität	✓	(✓)	✓	✓	✓	
Dauer der Krankheit			✓			✓
Interventionsbezogen						
Angemessenheit	(✓)	✓	✓		✓	
Notwendigkeit (Alternativlosigkeit)	✓	✓✓	(✓)	✓	✓	
Effektivität/ Wirksamkeit	✓	✓✓	✓	✓✓	✓	✓✓
Nutzenchancen	✓✓	✓	✓✓	✓✓	✓	
Schadensrisiken/Nebenwirkungen		(✓)	✓	✓	✓	
Kosteneffektivität/Effizienz	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓
Dauer der Behandlung		✓				
Evidenzbasierte Medizin						
Evidenzgrad	✓	✓	✓✓	✓	✓	(✓)
Qualität der Evidenzgrundlage		(✓)	✓	✓	✓	
Personenbezogen						
(Chronologisches)Alter	x	x	x	x	x	
(Biologisches) Alter als Prognosefaktor	✓	✓	✓	✓	(✓)	
Persönliche Zahlungsfähigkeit		(x)	x	x	x	
Ethnischer/kultureller/religiöser Hintergrund	x		(x)	x	x	
Persönliches Verhalten: Selbstverschulden	x	x	x	x	x	
Persönliches Verhalten: Compliance	✓		✓	✓	✓	
Möglichkeit der Selbstfürsorge (ist ein med. Problem selbstständig zu bewältigen?)	✓		✓		✓	
Sozialer Status/Rolle in der Gesellschaft	x	x	x	x	x	
Soziale Benachteiligung (als Prognosefaktor)	✓	✓			✓	
Arbeitsfähigkeit	x		x	x		
Wartezeit	x	(✓)			✓	

* In der für Oregon ausgewerteten Methodologie wird zu den personenbezogenen Priorisierungskriterien nicht explizit Stellung genommen.

4.4.4 Prozedurale Priorisierungskriterien

Tabelle 8 zeigt die in den betrachteten Dokumenten empfohlenen prozeduralen Kriterien für Priorisierungsprozesse. Dies umfasst zuerst transparente und gut begründete Entscheidungen

unter Beteiligung relevanter Gruppen, insbesondere von medizinischem Personal und Bürgern bzw. Patienten. Zusätzlich sollen die Priorisierung und ihre normativen Grundlagen regelmäßig geprüft und bei Bedarf überarbeitet werden. Einige Länder empfehlen auch die Einrichtung von Widerspruchsmöglichkeiten gegen Priorisierungsvorschläge und -entscheidungen. Viele der analysierten Texte halten die Einrichtung eines nationalen Gremiums zur Koordination von Priorisierungsprozessen und zur Feststellung von Prioritäten für bedeutsam. Allgemein wird die politische und juristische Legitimierung von Priorisierungsverfahren und ihren Folgen gefordert.

Tabelle 8: Prozedurale Priorisierungskriterien

	Norwegen	Niederlande	Schweden	Dänemark	Deutschland	Oregon*
Transparenz d. Priorisierung e. ihrer Grundlagen	✓	✓	✓	✓	✓	
Beteiligung d. Öffentlichkeit/von Bürgern u. Patienten	✓	✓	✓	✓	✓	
Expertenbeteiligung	✓	✓	✓	✓	✓	
Priorisierung auf Basis ethischer Werte u. Kriterien	✓	✓	✓	(✓)	✓	
Rangordnung der Werte u. Kriterien	✓	✓	✓		✓	
Periodische Evaluation u. Revision d. Priorisierung	✓		✓	✓	✓	
Widerspruchsmöglichkeit	✓		(✓)	(✓)	✓	
Kommission zur Erstellung von Priorisierungsvorschlägen	✓		✓		✓	
Politische Entscheidung/Gesetzgebung notwendig	✓	✓	✓	✓	✓	

* In der für Oregon ausgewerteten Methodologie werden die prozeduralen Priorisierungskriterien nicht explizit erwähnt.

4.4.5 Unterschiedliche Gewichtung und Interpretation einzelner Kriterien

Die in den einzelnen Länderdebatten identifizierten und angewendeten Ziele der Medizin sowie Werte, Kriterien und Verfahrensregeln zur Priorisierung weisen sichtlich viele Übereinstimmungen auf. In der Interpretation und Ausformulierung sowie in der Gewichtung der Kriterien gibt es jedoch teilweise fundamentale Unterschiede. So zielt nach der Stellungnahme des dänischen Ethikrates das Kriterium der Kosteneffizienz auf die Maximierung des (gesellschaftlichen) Nutzens einer Intervention gemessen an ihren Kosten:

“Priority-setting of the tasks of the health service must take the precondition that the means available are to be used in a way that ensures the optimum generation of benefits in terms of health as its point of departure.” (Danish Council of Ethics, 1997: Kap. 4.5.3)

In Schweden hingegen wird die Kosteneffizienz zwar an sehr zentraler Stelle – als dritte Komponente der ethischen Plattform – genannt, jedoch eher zurückhaltend und mit Blick auf den Nutzen individueller Patienten definiert:

„When choosing between different fields of activity or measures, a reasonable relation between cost and effect, measured in improved health and improved quality of life,

should be aimed for“ (Swedish Parliamentary Priorities Commission, 1995: 103; vgl. auch Broqvist et al., 2011: 14).

Auch für die Gewichtung der Kriterien Krankheitsschwere und Patientennutzen lässt sich ein Unterschied zwischen verschiedenen Ländern feststellen. In den Länderdebatten, in denen Priorisierung als rein prinzipiengeleitete Vorbereitung für alle Arten von Allokationsentscheidungen verstanden wird – also insbesondere in Schweden und Norwegen – werden der individuelle Bedarf und damit die Krankheitsschwere einzelner Patienten in den Vordergrund gestellt. Dies lässt sich aus dem in Schweden forcierten „humanist view of man“ als Grundlage der Gesundheitsversorgung sowie aus dem Grundwert der Solidarität und des Bedarfs ableiten:

„The needs-solidarity principle means that – when it is necessary to prioritise among effective interventions – more of health care’s resources should be given to those in greatest need, those with the most severe conditions, and those with the lowest quality of life. This applies even if it means that everyone cannot have their needs met in part or at all.“ (Broqvist et al., 2011: 13)

Hier sollen daher möglichst die Personen zuerst versorgt werden, die am stärksten von gesundheitlichen Problemen betroffen sind, wobei auch die durch eine medizinische Leistung entstehenden Nutzenchancen des Patienten berücksichtigt werden. Auch in Dänemark und den Niederlanden wird die Solidarität als zentraler Wert in der Gesundheitsversorgung anerkannt. Dennoch steht hier weniger die Krankheitsschwere einzelner Patienten im Vordergrund, als vielmehr die Frage nach den Nutzenchancen einer medizinischen Intervention:

The (Dutch Government) Committee feels that limits (of the broad solidarity within the basic insurance) may, however, be set when the costs are high and the chance of benefits very small. (Dutch Government Committee on Choices in Health Care, 1992)

In Schweden wird damit die Perspektive des individuellen Patienten für die Priorisierung gewählt: “benefit is viewed from the individual’s point of view, not that of the collective” (Swedish Parliamentary Priorities Commission, 1995: 110). In den Niederlanden, aber auch in Dänemark hingegen wird eine eher gesellschaftlich orientierte Perspektive eingenommen: „The priority is given to care that is essential from the point of view of the community“ (Dutch Government Committee on Choices in Health Care, 1992: 15).

Dies sind lediglich einige Beispiele für die unterschiedliche Interpretation, Definition und Gewichtung einzelner Kriterien. Insgesamt scheinen sich die normativen Ansprüche an Priorisierung in der medizinischen Versorgung und die Reihenfolge und Gewichtung der einzelnen Aspekte je nach nationalem und kulturellem Kontext zu unterscheiden. Wie bereits in Abschnitt 4.3.4 dargestellt, ist gerade deshalb die Beteiligung von Bürgern an der Identifikation der normativen Grundlagen von Priorisierung in der medizinischen Versorgung von gro-

ßer Bedeutung. Wie sich dies konkret begründen lässt und welche Gegenargumente für Bürgerbeteiligung vorgebracht werden, wird im folgenden Abschnitt dargestellt. Zudem werden einige Beispiele für Bürgerbeteiligung in verschiedenen Ländern beschrieben.

4.5 ZUR ROLLE MEDIZINISCHER LAIEN IN INTERNATIONALEN PRIORISIERUNGSDEBATTEN

Wie sowohl die analytische Unterscheidung einzelner Arbeitsschritte der Priorisierung in Abschnitt 4.3.4 als auch die Darstellung der normativen Grundlagen einiger ausländischer Priorisierungsdebatten in Abschnitt 4.4 zeigen, herrscht grundlegende Einigkeit darüber, dass Bürger in irgendeiner Weise an diesen Debatten zu beteiligen sind. Die Begründungen hierfür lassen sich zwei idealtypischen Argumentationsmustern zuordnen, die im folgenden Abschnitt (4.5.1) kurz dargestellt werden. Allerdings gibt es auch Argumente gegen eine Beteiligung von Bürgern, Patienten und Versicherten. Diese Argumente werden in Abschnitt 4.5.2 diskutiert. Im Anschluss werden einige Beispiele für Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen beschrieben (4.5.3).

4.5.1 Begründungen für die Beteiligung medizinischer Laien an Priorisierungsfragen

Zwar herrscht insgesamt ein breiter Konsens über die Bedeutung von Bürgerbeteiligung in der Priorisierungsdebatte, die Begründungen hierfür bedienen sich jedoch unterschiedlicher Argumente. Hier werden zwei Varianten der Argumentation unterschieden:

Die erste Variante betont insbesondere die inhaltlichen Beiträge von Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen und deren Bedeutung für die gesellschaftliche Klärung dieser Fragen. Dabei wird häufig auf die Beteiligung von Bürgern an der Feststellung der normativen Grundlagen der Priorisierung fokussiert. Auch in späteren Phasen – wie der Erstellung konkreter Priorisierungsvorschläge – können die entsprechenden Argumente jedoch greifen. Zunächst werden in dieser ersten Variante diskursethische Argumente angeführt: zum einen würden die meisten Bürger von späteren Priorisierungsvorschlägen selbst betroffen sein, zum anderen würden im Kontext der Priorisierungsdebatte grundlegende gesellschaftliche Normen und Werte diskutiert, die sich auch auf andere Gesellschaftsbereiche auswirken könnten. Ihre Betroffenheit rechtfertigt aus diskursethischer Sicht eine Beteiligung von Bürgern an der Klärung entsprechender Fragen. Dies gilt besonders angesichts der begrenzten Möglichkeiten für Bürger, an einem öffentlichen Prozess der Meinungs- und Willensbildung zu diesen Fragen teilzunehmen. Aber in der ersten Variante geht es nicht allein um die Erfüllung diskursethischer oder demokratiethoretischer Ansprüche und der daraus folgenden prozeduralen Anforderungen; vielmehr wird auf viele der in Abschnitt 3.1 dargestellten Potenziale verwiesen. Insbeson-

dere wird argumentiert, dass Bürger durch ihre spezifische Betroffenenperspektive und ihr Alltagswissen auch einen inhaltlichen Beitrag zur Priorisierungsdebatte leisten können (vgl. die in Abschnitt 3.1.3 beschriebenen epistemischen Potenziale) (z. B. Schicktanz, 2006: 111; Litva et al., 2002). Dies könnte dann zu einer besseren Qualität und einer größeren Legitimität – im Sinne der in Abschnitt 2.1.2.5 vertretenen Bedeutung des Begriffs – von späteren Priorisierungsvorschlägen führen (Bruni et al., 2008: 15). Die Argumentation dieser ersten Variante ist konform mit den Ausführungen in Abschnitt 4.3.4, die eine mit dem Konkretheitsgrad der Priorisierungsdebatte abnehmende Beteiligung von Bürgern beschreiben. Insbesondere in der Phase der Klärung normativer Grundlagen für Priorisierung nehmen Bürger dieser Argumentation nach eine zentrale Rolle ein.

Diese Vorstellung von Priorisierungsprozessen ist jedoch auch kritisiert worden. Einige Autoren bezweifeln aufgrund pluralistischer Gerechtigkeitsvorstellungen und teilweise konfligierender Gerechtigkeitsprinzipien, dass überhaupt eine gesellschaftliche Einigung über Werte und substantielle Kriterien zur Priorisierung möglich ist (vgl. z. B. Daniels, 2000; Daniels und Sabin, 1998; Daniels, 2008; Holm, 2000; vgl. auch Landwehr, 2011). So betonen Saltman und Figuera:

„(...) there can be no right answer to questions about health care priorities. Such decisions are essentially value judgments, which will vary between individuals, groups and societies. Legitimacy therefore is derived from the decision-making process. This process is more likely to be seen as legitimate if it is open, if it enables different interests to contribute.“ (Saltman und Figueras, 1997)

Dies ist die Grundlage der zweiten Variante von Begründungen für Bürgerbeteiligung. Hier wird der Fokus rein auf die Einhaltung prozeduraler Regeln gelegt, die inhaltlichen Auswirkungen von Bürgerbeteiligung hingegen werden nicht thematisiert. Einer der prominentesten Ansätze für die Definition prozeduraler Regeln für Priorisierungs- bzw. für tatsächliche Rationierungsprozesse ist das Konzept der Accountability for Reasonableness (AfR) von Norman Daniels und James Sabin. Der AfR formuliert vier Bedingungen für gerechte Entscheidungsverfahren, die sich auch in den in Abschnitt 4.4.4 beschriebenen prozeduralen Priorisierungskriterien widerspiegeln: 1.) Die Entscheidungsvorschläge und deren Begründungen sollten öffentlich zugänglich sein und transparent kommuniziert werden (publicity condition); 2.) die Begründungen für Entscheidungen sollten von „fair-minded people“ als relevant wahrgenommen werden (relevance condition); 3.) Entscheidungen sollten revidierbar sein und es müssen Einspruchsmöglichkeiten für die von ihnen Betroffenen vorgesehen werden (revision and appeals condition) und 4.) die genannten Verfahrensregeln müssen regulativ umgesetzt werden, um die Legitimität von Entscheidungsprozessen zu garantieren (regulative condition) (Gruskin und Daniels, 2008; Daniels, 2008; Daniels und Sabin, 1998). Diese Bedingungen sind

explizit für die Gestaltung von Prozessen von tatsächlichen Rationierungsentscheidungen aufgestellt worden. Auch wenn die Priorisierung selbst keine unmittelbare Bindungswirkung besitzt, dient sie der Meinungs- und Willensbildung zu späteren Allokationsfragen. Daher können die von Daniels und Sabin aufgestellten Bedingungen auch für die Gestaltung von Priorisierungsprozessen heran gezogen werden. Insbesondere die Forderung nach Öffentlichkeit und Transparenz von Entscheidungen und deren Grundlagen sowie die Bedingung der Relevanz von Argumenten rechtfertigen die Beteiligung einer breiten Öffentlichkeit an Priorisierungsprozessen. Seit seiner Entstehung wurde der Ansatz der Accountability for Reasonableness ausdifferenziert, kritisiert und weiterentwickelt. Gemeinsam ist fast allen Beiträgen die explizite Forderung nach einer breiten öffentlichen Deliberation („public deliberation“) unter Beteiligung der potenziell von Priorisierung und Rationierung Betroffenen (vgl. Gruskin und Daniels, 2008; Friedman, 2008; Martin et al., 2002; Lauridsen und Lippert-Rasmussen, 2009). In dieser Variante geht es jedoch nicht um inhaltliche Beiträge von Bürgern, sondern primär um die Einhaltung prozeduraler Regeln bei der Priorisierung selbst, die die Legitimität nachfolgender Priorisierungsvorschläge bzw. Rationierungsentscheidungen vergrößern sollen. Unklar bleibt im Konzept des AfR dabei, ob Bürger auch schon an der Aufstellung der prozeduralen Regeln beteiligt werden sollen. Die Feststellung von Werten und inhaltlichen Kriterien ist dieser zweiten Variante nach nicht im Rahmen öffentlicher Debatten vorgesehen.

Beide Varianten setzen damit zwar unterschiedliche Schwerpunkte, kommen jedoch zu einem ähnlichen Schluss: Priorisierungsprozesse bedürfen stets einer Beteiligung von Bürgern, Patienten oder Versicherten. Aber es werden regelmäßig auch Argumente gegen eine solche Beteiligung vorgebracht. Einige dieser Gegenargumente und Hindernisse werden im folgenden Abschnitt diskutiert.

4.5.2 Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen: Hindernisse und Gegenargumente

In Anlehnung an Bruni und Kollegen (Bruni et al., 2008: 15f) lassen sich mindestens fünf Argumente gegen eine Einbindung von Bürgern, Patienten oder Versicherten in Debatten zur Priorisierung in der Medizin identifizieren: 1.) wird die Objektivität dieser Akteursgruppen infrage gestellt; 2.) seien Bürger nicht ausreichend informiert und verfügten nicht über die nötigen Fachkenntnisse um einen substantiellen Beitrag zu Priorisierungsfragen zu leisten oder überhaupt die komplexen Fragestellungen zu durchdringen (Lenaghan, 1999: 49); 3.) seien viele Bürger ohnehin nicht an einer Beteiligung an solchen Fragen interessiert. An anderer Stelle wird auf die Schwierigkeiten für Bürger hingewiesen, sich mit Priorisierung und insbesondere der damit verbundenen Posteriorisierung auseinander zu setzen (vgl. Donovan und Coast, 1996: 205). Andere beschreiben die daraus resultierende Zurückhaltung bzw. Weigerung, Ver-

antwortung für die hiermit verbundenen Vorschläge und Entscheidungen zu übernehmen (Lomas, 1997; vgl. auch Litva et al., 2002; Lenaghan, 1999: 49); 4.) könne eine begrenzte Anzahl von Bürgern nicht als Repräsentanten der Gesamtbevölkerung betrachtet werden (vgl. hierzu auch Donovan und Coast, 1996: 210) und 5.) sei eine Priorisierungsdebatte unter Beteiligung von Bürgern sehr aufwendig und langwierig. Zudem wird anderswo befürchtet, dass Bürger zu Schlussfolgerungen kommen könnten, die nicht mit den Überzeugungen und dem Wissen von Fachleuten vereinbar sind oder sogar mit grundlegenden Wertvorstellungen konfliktieren (Doyal, 1998; Lenaghan, 1999).

Folgt man jedoch der Argumentation im letzten Abschnitt, lassen sich einige dieser Gegenargumente ausräumen. Zunächst sind Bürgerbeteiligungsverfahren praktisch nie als Ersatz für existierende demokratisch legitimierte Entscheidungswege geeignet und auch nicht dafür vorgesehen (Lenaghan, 1999: 50). Vielmehr sollen die Ergebnisse solcher Verfahren als ein Teil der gesellschaftlichen Meinungs- und Willensbildung dienen, und durch einen Beitrag zur öffentlichen Debatte den Austausch zwischen verschiedenen Akteursgruppen befördern. Gerade deshalb werden Bürger explizit nicht als objektive Experten in die Priorisierungsdebatte einbezogen, sondern als Zielgruppe und (potenziell) hiervon Betroffene, die eine eigene anwendungsorientierte Perspektive vertreten können (Bruni et al., 2008: 15f). Zudem sind auch Experten nicht per se uneingeschränkt objektiv (ebd.), insbesondere wenn sie als Leistungserbringer im Gesundheitssystem auch selbst von den Folgen der Priorisierung betroffen sein werden. Mangelnde Informiertheit oder Fachkenntnisse sind ebenso keine grundsätzlichen Argumente gegen Bürgerbeteiligung: Zum einen können Bürger sich auch im Verlauf von Beteiligungsprozessen informieren und eine fundierte Meinung bilden, zum anderen können sie auch ohne konkrete Fachkenntnisse einen Beitrag zur Klärung der normativen Wertfragen leisten, die die Grundlage der Priorisierungsdebatte darstellen. Je größer die Bedeutung von Expertise und Fachwissen im Verlauf des Priorisierungsprozesses werden, desto mehr Aufwand muss unter Umständen für die ausgeglichene Information von Laien betrieben werden, was jedoch kein generelles Hindernis für deren Beteiligung darstellt.

Die Frage nach der Bereitschaft von Bürgern, sich zu beteiligen, ebenso wie die möglicherweise strittige Repräsentativität der Gruppe von Teilnehmenden wurden bereits in Abschnitt 3.2.1 diskutiert. Zumindest in deliberativen Verfahren geht es nicht um eine statistisch repräsentative Abbildung einer Grundgesamtheit, sondern vielmehr um die Möglichkeit zum Austausch von Argumenten und Standpunkten zwischen den bewusst heterogenen Teilnehmern (vgl. auch Bruni et al., 2008: 15f). Dabei sollten jedoch möglichst solche Anreize vermieden werden, die einseitig bestimmte Gruppen ansprechen, damit keine systematische Verzerrung der Teilnehmergruppe zu erwarten ist. Auch nicht-deliberative Beteiligungsformen

sollten aus diesem Grund auf eine möglichst ausgewogene Rekrutierung der Teilnehmer achten. Auch dann wird zwar keine vollständige Repräsentativität erreicht werden, die Repräsentativität von Priorisierungsprozessen ist jedoch noch geringer, wenn Bürger, Patienten und Versicherte vollständig hiervon ausgeschlossen werden (vgl. Bruni et al., 2008: 16).

Jede Art der Beteiligung von Bürgern an Priorisierungsfragen erfordert einen gewissen Aufwand und kann den Priorisierungsprozess selbst verlängern. Ob sich dies lohnt, hängt zum einen von den normativen Ansprüchen an solche Prozesse, zum anderen von den Ergebnissen und Auswirkungen der Beteiligung ab. Insgesamt überwiegen international die Argumente für eine Einbindung von Bürgern, Patienten und Versicherten in Debatten über Priorisierung in der medizinischen Versorgung. Einen Beitrag zur Klärung der Frage nach den potenziellen Auswirkungen und Beiträgen der Bürgerbeteiligung soll diese Arbeit anhand der Analyse einer deliberativen Mini-Public und deren Bewertung im Lichte theoretischer und konzeptioneller Überlegungen leisten. Die Potenziale und Auswirkungen von Bürgerbeteiligung variieren mit der Art der angewendeten Methoden. Einige Beispiele für die unterschiedliche Umsetzung von Bürgerbeteiligung werden im nächsten Abschnitt beschrieben.

4.5.3 Beispiele für Bürgerbeteiligung im In- und Ausland

Im europäischen und außereuropäischen Ausland gibt es bereits Beispiele für eine erfolgreiche Beteiligung von Patienten und Bürgern an der dort häufig parallel geführten Diskussion über Priorisierung und Rationierung in der medizinischen Versorgung. In den meisten Priorisierungsdebatten sind Bürgerbeteiligung oder zumindest die Transparenz von Priorisierungsprozessen zentrale Aspekte. Der Anspruch möglichst inklusiver öffentlicher Debatten ist auf unterschiedliche Weise, jedoch insgesamt mit positiver Bilanz umgesetzt worden (vgl. Stumpf, 2014a; Stumpf et al., 2014b). Die Beteiligung variiert von einer reinen *Information* der Bürger durch Entscheidungsträger und Experten über die Erhebung von Meinungen und Präferenzen (*Konsultation*) mittels quantitativer oder qualitativer Forschungsmethoden bis hin zur *Einbindung* von Bürgern in Diskussionsrunden und deliberativen Verfahren oder der Beteiligung einzelner Bürger- oder Patientenvertretern in tatsächlichen Entscheidungsgremien.

In diesem Abschnitt werden zunächst einige Beispiele für quantitative Erhebungen aus dem Ausland zitiert und die bisherigen deutschen Erfahrungen mit Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen beschrieben (4.5.3.1). Anschließend werden die Ergebnisse jüngerer deutscher Bevölkerungssurveys dargestellt (4.5.3.2). Schließlich werden einige Schwierigkeiten solcher quantitativen Erhebungen beschrieben und internationale Beispiele für stärker kommunikationsorientierte bzw. deliberative Beteiligungsverfahren dargestellt (4.5.3.3).

4.5.3.1 Befragungen zur Erhebung von Bürgerpräferenzen

In vielen Ländern stand die Konsultation, also die Erhebung der Meinungen und Präferenzen von Bürgern und Patienten im Zentrum der Bemühungen um Bürgerbeteiligung. So wurden beispielsweise in Schweden mehrere Bevölkerungs- und Patientenbefragungen durchgeführt (Anell et al., 1997; Rosén, 2002; Rosén et al., 2001; Rosén und Karlberg, 2002; Werntoft et al., 2007; Arvidsson et al., 2009; Waldau et al., 2010). Einige dieser Befragungen sind von der dortigen Parlamentskommission selbst in Auftrag gegeben worden (Swedish Parliamentary Priorities Commission, 1995: Kap. 8); andere sind eher aus wissenschaftlichem Interesse heraus durchgeführt worden. Auch in vielen anderen Ländern haben solche Befragungen – zum Teil schriftlich, zum Teil mittels hochstandardisierter Interviews – stattgefunden: z. B. in den Niederlanden (Bonnie et al., 2010), in Großbritannien (Bowling et al., 1993; Bowling, 1996), in Schottland (Hopton und Dlugolecka, 1995), in Finnland (Ryynänen et al., 1996; Ryynänen et al., 1998; Myllykangas et al., 2003), in Australien (Wiseman et al., 2003; Anderson et al., 2011), in Island (Oddsson, 2003); in Hong-Kong (Yuen und Gould, 2006) und im Vergleich zwischen mehreren europäischen Ländern (Mossialos und King, 1999).

In der von Mossialos und Kollegen (1999) durchgeführten Analyse europäischer Daten, werden auch erste Ergebnisse aus Deutschland präsentiert. Seitdem sind auch in Deutschland mehrfach die Meinungen und Präferenzen von Bürgern und Patienten zur Priorisierung und den ihr zugrunde zu legenden Werten und Kriterien erhoben worden. Erste Erhebungen wurden bereits Anfang der 2000er Jahre durchgeführt, z. B. im Rahmen einer Delphi-Befragung (Fozouni und Brose, 2000), in Form einer regionalen Befragung in der Hansestadt Lübeck (Westphal et al., 2001) und in einer experimentellen Online-Befragung (Schwappach, 2003; Schwappach und Strasmann, 2006). Eine Befragung wurde von der Allianz Deutschland AG als Telefonsurvey beauftragt (Allianz Deutschland AG, 2009). Auch im Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2009 berührt ein Beitrag das Thema (Müller und Groß, 2009), ebenso wie im Gesundheitsmonitor 2013 (Raspe und Stumpf, 2013). Andere Bevölkerungsbefragungen beschäftigten sich mit verwandten Themen, etwa allgemein mit gerechten Verteilungsentscheidungen im Kontext der Gesundheitsversorgung (Busse, 1999; Krones et al., 2007).

Einige der jüngsten Bürgerbefragungen zur Priorisierung sind durch Mitglieder der bereits genannten DFG-Forschergruppe 655 durchgeführt worden. Hierzu gehört zuerst ein nationaler hoch-standardisierter Interviewsurvey (Diederich und Schreier, 2010a; b; Diederich et al., 2012; Diederich et al., 2011; Winkelhage und Diederich, 2012), der durch qualitative semi-standardisierte Interviews mit Ärzten, Pflegepersonal, Politikern und Bürgern sowie Patienten vorbereitet wurde (Diederich et al., 2009; Schreier und Diederich, 2008; Schreier et al., 2011). Eine andere Arbeitsgruppe der DFG-Forschergruppe hat mittels qualitativer semistrukturierter

ter Interviews die Präferenzen von Patienten, Bürgern und weiteren Stakeholdern zur der Allokation von Spenderorganen erhoben (vgl. insb. Alber, 2011). Schließlich hat auch die Lübecker Arbeitsgruppe im Jahr 2009-2010 zur Vorbereitung der Lübecker Bürgerkonferenz 3000 Einwohner der Hansestadt Lübeck zu den aus ihrer Sicht wünschenswerten Kriterien und Verfahrensregeln zur Priorisierung in der Medizin befragt (Stumpf et al., 2014a).

4.5.3.2 Ergebnisse jüngerer deutscher Bevölkerungssurveys

In Tabelle 9 sind die Ergebnisse der drei jüngsten deutschen Bevölkerungssurveys zur Priorisierung vergleichend dargestellt: die nationale Befragung durch Diederich und Kollegen (Diederich und Schreier, 2010a), die regionale Lübecker Befragung (Stumpf et al., 2014a) sowie der Beitrag zum Bertelsmann Gesundheitsmonitor (Raspe und Stumpf, 2013). Für einige der darin abgefragten Kriterien sind grundsätzlich übereinstimmende Bewertungen zu erkennen. Dies gilt beispielsweise für die lediglich im Lübecker Survey explizit abgefragte Bevorzugung von Patienten mit schweren Krankheiten und von Behandlungen mit großem Nutzen. Eine Bevorzugung von Patienten mit gesellschaftlicher Verantwortung – also beispielsweise mit einem Ehrenamt oder mit beruflicher Verantwortung für Andere – wird mehrheitlich in allen drei Befragungen abgelehnt. Auch eine Differenzierung nach dem Alter erwachsener Patienten wird offenbar sowohl in der Lübecker als auch in der nationalen Befragung abgelehnt. Diese Ergebnisse sind weitgehend kompatibel mit den in Abschnitt 4.4 dargestellten internationalen Stellungnahmen. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis, das von Experten und Politikern in den Stellungnahmen durchweg als wichtiges Kriterium bewertet wurde, wird jedoch in allen drei Befragungen übereinstimmend abgelehnt. Diese Bewertung erfolgte unabhängig vom durch die jeweilige Fragestellung evozierten Kontext. Sogar in der Bertelsmann-Befragung wurde dieses Kriterium abgelehnt. Hier ging es lediglich um die Bevorzugung einer kostengünstigeren Behandlung, die mit größeren Unannehmlichkeiten für den Patienten verbunden ist.

Teilweise unterscheiden sich die Bewertungen in den drei Befragungen jedoch voneinander. Etwa die Berücksichtigung des Lebensstils oder der familiären Verantwortung von Patienten wird sehr unterschiedlich bewertet. Dies kann zum Teil auf die jeweilige Formulierung der Fragen zurückgeführt werden: Während im Lübecker Survey und in der nationalen Befragung abstrakt nach der Bevorzugung bestimmter Personengruppen oder Behandlungen gefragt wurde, hat der Bertelsmann Gesundheitsmonitor jeweils konkrete Folgen der Bevorzugung oder Benachteiligung formuliert. So wurde dort beispielsweise die Benachteiligung von Patienten mit gesundheitsgefährdendem Verhalten mit höheren Kassenbeiträgen oder persönlichen Zuzahlungen – nicht etwa mit einem Leistungsausschluss – verknüpft. Daher fällt die

Zustimmung zu diesem Kriterium unter Umständen hier größer aus, als in anderen Befragungen, wo die Folgen einer Benachteiligung oder Bevorzugung nicht konkretisiert wurden.

Tabelle 9: Vergleich der Ergebnisse des Lübecker Surveys mit anderen Befragungen

Zu bevorzugende bzw. benachteiligende Gruppe / Behandlung	Lübecker Survey (2009): Prozent starke oder schwache Zustimmung ¹	Nationaler Survey (2009): Prozent „ja“ ²	Gesundheitsmonitor (2013): Prozent starke oder schwache Zustimmung ³
Patienten mit...			
... schweren Erkrankungen	73,2	Große Zustimmung in mehreren Fragen	Nicht erfragt
... gesundem bzw. ungesundem Lebensstil	... gesundem Lebensstil bevorzugen		... gesundheitsgefährdendem Lebensstil benachteiligen
... Ehrenamt	42,7	8,6	77,2
... beruflicher Verantwortung für Andere	9,0*	6,0	31,6
... abhängigen (a) Angehörigen oder (b) Kindern	43,9	(a): 32,5	72,8
		(b): 48,4	
Patienten nach Lebensalter			
Kinder	Ohne Einschränkung des Schweregrads		Mit schweren Erkrankungen
	52,6	74,1	87,3
Jüngere Erwachsene	14,4	Berufsfähiges Alter	Nicht erfragt
		14,7	
Ältere Menschen	8,1	Nicht erfragt	Nicht erfragt
Behandlungen mit...			
... großem Nutzen	83,5	Nicht explizit erfragt	Nicht erfragt
... günstigem Kosten-Nutzen-Verhältnis	36,6	Kosten-Wirksamkeit	Kostengünstigere, aber für Pat. unangenehmere Behandlung
		26,6**	36,2
... nachgewiesener Wirksamkeit	77,9	51,1**	Nicht erfragt

Alle Angaben in Prozent gültiger Antworten;
¹ Ergebnisse in Stumpf et al (2014a);
² Ergebnisse in Diederich und Schreier (2010a);
³ Ergebnisse in Raspe und Stumpf (2013);
* Frage nach Patienten mit gesellschaftlicher Verantwortung allgemein;
** Frage nach grundsätzlicher Berücksichtigung bei der Finanzierung von Behandlungen durch die GKV

Es ist jedoch nicht in jedem Falle eindeutig zu klären, worauf die Diskrepanzen in der Bewertung der Priorisierungskriterien zurückzuführen sind. Zudem konnte die teilweise erhebliche Varianz in der Bewertung von Priorisierungskriterien innerhalb der Stichproben der Lübecker und der Bertelsmann-Befragung weder durch sozio-demographische Standardvariablen noch durch gesundheitsbezogene oder einzelne Einstellungsvariablen in zufriedenstellendem Umfang erklärt werden (Raspe und Stumpf, 2013; Stumpf et al., 2014a). Daher werden die Generalisierbarkeit und Robustheit der Ergebnisse von den Autoren dieser Studien eher kritisch bewertet. Auch Schöne-Seifert und Kollegen kommen in Bezug auf die Bewertung von Kos-

ten- und Nutzenaspekten durch die Teilnehmer des nationalen Interviewsurveys zu einer einschränkenden Bewertung der Befragungsergebnisse (Schöne-Seifert et al., 2012). Dies weist auf verschiedene Schwierigkeiten quantitativer Befragungen hin, die möglicherweise durch deliberative Verfahren ausgeglichen werden können. Diese werden im nächsten Abschnitt kurz beschrieben.

4.5.3.3 Deliberative Verfahren der Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen

Ein Problem quantitativer Erhebungen scheint der geringe Informationsgrad der Befragten zu sein: die Befragungsteilnehmer werden durch den Survey womöglich zum ersten Mal mit den anspruchsvollen Fragen nach Werten, Kriterien und Verfahrensregeln zur Priorisierung konfrontiert. Die vorgängige Bildung einer fundierten Meinung hierzu war aufgrund des unterentwickelten Diskussionsstandes in Deutschland jedoch kaum möglich. Zudem enthielt keiner der hier zitierten hoch-standardisierten Surveys Material zur Information der Befragten. Gerade deshalb kommen Stumpf und Kollegen zu dem Schluss, dass in solchen Befragungen allenfalls „soziale Reflexe“ der Teilnehmer, nicht jedoch durchdachte Meinungen und Präferenzen erhoben werden könnten. Hierfür „kämen als methodischer Goldstandard in erster Linie wohl deliberative Verfahren infrage – zumindest wenn wie im Falle der Priorisierungsdebatte die Bevölkerung bislang wenig Gelegenheit für die Bildung informierter und überlegter Meinungen hatte“ (Stumpf et al., 2014a: 230; vgl. auch Jordan et al., 1998: 1668; Lenaghan, 1999: 50). Nach dieser Argumentation können deliberative Verfahren die Ergebnisse von rein konsultativen Beteiligungsformen – insbesondere von Umfragen – kontrastieren und ergänzen (vgl. hierzu auch Abschnitt 3.1.3).⁷⁷

Bereits Ann Bowling und Kollegen (Bowling et al., 1993: 855f) weisen auf die im US-Bundesstaat Oregon durchgeführten deliberativen Verfahren hin, die einige Schwierigkeiten quantitativer Erhebungen reduzieren können. In Oregon hat man bereits von Beginn der Priorisierungsdebatte an seit Anfang der 1990er Jahre die Bevölkerung aktiv beteiligt (Fleischhauer, 1997). Zur Vorbereitung der ersten Priorisierungsliste wurden ein Telefonsurvey, elf öffentliche Anhörungen sowie 47 Town-Meetings durchgeführt, um die aus Bevölkerungssicht wünschenswerten Werte und Kriterien zur Priorisierung zu erfahren und berücksichtigen zu können (Brown, 1991: 32; Dixon und Welch, 1991: 892). Insbesondere aufgrund der Town-Meetings, die als deliberative Verfahren bezeichnet werden können, gilt Oregon als Vorbild für die deliberative Beteiligung von Bürgern an Prozessen der Priorisierung (vgl. Fleck, 1994; Daniels, 1991).

⁷⁷ Für einen Überblick über Bürgerdeliberation zur Priorisierung in der Medizin siehe die Zusammenfassung von Murphy (2005).

In Dänemark, wo ebenfalls bereits früh auf nationaler Ebene über Priorisierung in der Medizin diskutiert wurde, hat man zunächst einen stärker edukativen Ansatz gewählt: Die Bürger wurden hier z. B. mittels interaktiver Theaterstücke zu schwierigen Entscheidungssituationen in der medizinischen Versorgung oder mittels sogenannter Priorisierungsspiele für die Priorisierungsproblematik sensibilisiert und über die aktuelle Debatte informiert (Pornak et al., 2011). Ein rein auf Informationsvermittlung zielendes Konzept wurde international jedoch als unzureichend bewertet: „Not only is it necessary to educate the public about the need for prioritization, it is also generally accepted that the public should have a real influence on how these choices are made“ (Sabik und Lie, 2008: 7). Im Rahmen sogenannter Bürgergipfel wurden die Bürger in Dänemark jedoch auch direkt in die Priorisierungsdebatte einbezogen und erhielten die Gelegenheit, ihre Position einzubringen. Auch diese Bürgergipfel können als deliberative Verfahren bezeichnet werden, da der Austausch und die gegenseitige Verständigung zentrale Elemente dieser Veranstaltungen waren.

Ähnliche Verfahren sind in vielen anderen Ländern durchgeführt worden. So wurden beispielsweise in der Region Skåne in Schweden neben schriftlichen Bevölkerungssurveys auch Diskussionsveranstaltungen mit Bürgern organisiert (Rosén, 2006). Insbesondere in Großbritannien hat man bereits früh Citizens' Juries (Lenaghan, 1999; Lenaghan et al., 1996; McIver, 1998), Citizens' Panels (Bowie et al., 1995) und Fokusgruppen (Cookson und Dolan, 1999; Dolan et al., 1999) zu Fragen der Prioritätensetzung und Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen organisiert. Das NICE in England bemüht sich bis heute um die Beteiligung von Bürgern an seiner Arbeit. Im Jahr 2002 gab es die Einrichtung eines Citizens Councils bekannt, das regelmäßig tagt und NICE zu verschiedenen Fragen berät. Damit ist in England die Partizipation von Bürgern in der medizinischen Versorgung dauerhaft institutionalisiert worden (für eine Evaluation siehe Davies et al., 2005). In Neuseeland sind ebenfalls von Beginn der Priorisierungsdebatte an verschiedene deliberative Verfahren zur Einbindung von Bürgern organisiert worden (Edgar, 2000). In den Niederlanden folgte auf den Bericht des Dunning-Komitee ein umfassender Prozess der Bürgerbeteiligung, der bis zu einem Drittel der Niederländer erreichte (Lenaghan, 1999: 49f). Auch in Kanada sind Bürger im Rahmen von Citizens' Panels (Abelson et al., 2003a; Abelson et al., 2007a) und einer Citizens Jury (Menon und Stafinski, 2008) an Priorisierungsfragen beteiligt worden. Hier ist die Beteiligung von Bürgern an der Gestaltung der Gesundheitsversorgung allgemein auch vonseiten des Gesundheitsministeriums und seiner Einrichtungen durch verschiedene Konzepte institutionalisiert worden (Canadian National Forum on Health, 1997; Corporate Consultation Secretariat of the Health Policy and Communications Branch, 2000; Abelson et al., 2004). Dies betraf auch explizit Fragen der Priorisierung (Health Service Intelligence Project, 2008).

Auch in Deutschland sind mittlerweile deliberative Bürgerbeteiligungsverfahren zu gesundheitspolitischen Themen durchgeführt worden. So sind im Rahmen des Bayreuther Teilprojekts der FOR 655 etwa Bürger zu sogenannten World-Cafés eingeladen worden, in denen einzelne Priorisierungskriterien anhand unterschiedlicher Versorgungskontexte (Transplantationsmedizin, Diabetesversorgung, Zahnersatz) diskutiert wurden.⁷⁸ Auch die 2013 in Mainz organisierte Bürgerkonferenz zur Verteilung medizinischer Leistungen (Landwehr, 2014) verwirklichte ein deliberatives Verfahren. Die Bayreuther World-Cafés dienten primär der konsultativen Erhebung von Bürgerpräferenzen im Rahmen eines wissenschaftlichen Forschungsprojekts. Das deliberative Verfahren wurde dabei lediglich als Erhebungsmethode, nicht als tatsächliches Beteiligungsverfahren verstanden. Die Mainzer Bürgerkonferenz hingegen zielte explizit auf die Einbindung von Bürgern in die Diskussion um Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen. Dabei ging es jedoch nicht um Regeln für eine Priorisierung in der Medizin, wie sie in dieser Arbeit definiert wurde. Vielmehr wurden Regeln für tatsächliche Allokationsentscheidungen auf der Ebene der untergesetzlichen Normgebung (etwa durch den G-BA) diskutiert.

Auch die Beteiligungsverfahren im Ausland thematisierten entsprechend der Ausrichtung der dortigen Priorisierungsdebatten häufig Fragen der tatsächlichen Ressourcenallokation oder des HTA (z. B. explizit hierzu: Abelson et al., 2007b; Menon und Stafinski, 2008) und nicht primär Fragen der vorbereitenden Priorisierung. Daher standen in den genannten Verfahren meist konkrete Bewertungen einzelner Versorgungsbereiche oder medizinischer Leistungen im Vordergrund. Insbesondere im Rahmen der Ende der 1990er Jahre in Großbritannien durchgeführten Citizens' Juries sind jedoch auch abstrakte Fragen zu Krieriologie und prozeduralen Regeln für Rationierungsprozesse bearbeitet worden (Lenaghan, 1999: 51f). In den Berichten zu einigen dieser Juries wurden explizit Kriterien benannt, die aus Teilnehmer-sicht bei der Rationierung medizinischer Leistungen berücksichtigt werden sollen (Coote und Lenaghan, 1997: 26-55). Allerdings wurden diese Kriterien häufig anhand einzelner konkreter Beispiele identifiziert; ob sie für andere Versorgungsbereiche und -settings generalisiert werden können, ist unklar. Zudem ging es auch in diesen Verfahren stets um Fragen der tatsächlichen Ressourcenverteilung in der medizinischen Versorgung und nicht um vorbereitende Priorisierungsvorschläge. Ein deliberatives Verfahren mit abstrakter Fragestellung zu den möglichst allgemeingültigen Werten, Kriterien und Verfahrensregeln der Priorisierung, wie sie in dieser Arbeit verstanden wird, ist nicht bekannt. Hierfür stellt die Lübecker Bürgerkonferenz nach Kenntnis der Autorin das bisher einzige Beispiel dar. Zur Vorbereitung der Analyse die-

⁷⁸ Projektbeschreibung auf: http://www.priorisierung-in-der-medizin.de/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=7&lang=de

ses Modellprojekts, werden im nächsten Abschnitt die Eigenschaften der Priorisierungsthematik als Gegenstand einer deliberativen Mini-Public zusammengefasst und auf dieser Grundlage der Analyserahmen für den empirischen Teil dieser Arbeit konkretisiert.

5 ZWISCHENFAZIT UND ENTWICKLUNG DES ANALYSERAHMENS

Im Zentrum dieser Arbeit steht die in Abschnitt 1.4 formulierte Forschungsfrage: **Ist ein deliberatives Bürgerbeteiligungsverfahren geeignet, Prozesse der Meinungs- und Willensbildung zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung anzuregen oder zu befördern?** Zur Klärung dieser Frage wurden drei Teilfragen – nach Potenzialen, Qualitätsanforderungen und der Wirkung von Kontextfaktoren deliberativer Mini-Publics – formuliert. Im Anschluss an die Darstellung von Grundlagen der deliberativen Demokratietheorie, die den theoretischen Ausgangspunkt dieser Arbeit bildet (Kapitel 2), wurden die Teilfragen zunächst anhand der einschlägigen Literatur bearbeitet: Hierzu wurden die von den Vertretern deliberativer Ansätze unterschiedenen Potenziale von Mini-Publics (Abschnitt 3.1), die an sie gestellten Qualitätsanforderungen (3.2) sowie mögliche Auswirkungen von Kontextfaktoren und Designentscheidungen (3.3) dargestellt. Dabei wurden unter anderem die Eigenschaften des Gegenstands einer Mini-Public als wichtige Faktoren für deren Vorbereitung und Durchführung identifiziert (vgl. 3.3.1). Den Gegenstand der Lübecker Bürgerkonferenz bildete die Frage nach Werten, Kriterien und Verfahrensregeln für die Priorisierung in der medizinischen Versorgung. Um die Charakteristika dieser Thematik aufzuzeigen, wurden in Kapitel 4 die Hintergründe und Entwicklung der deutschen Priorisierungsdebatte sowie die Rolle medizinischer Laien darin dargestellt.

Zur Vorbereitung der empirischen Bearbeitung der Forschungsfragen wird im Folgenden der Analyserahmen für die Lübecker Bürgerkonferenz entwickelt. Hierzu werden zunächst einige existierende Konzepte für die Analyse deliberativer Verfahren beschrieben (Abschnitt 5.1). Anschließend werden die Ausführungen zu den Potenzialen, Qualitätsmerkmalen und Kontextbedingungen deliberativer Mini-Publics in Kapitel 3 zusammengefasst und auf den Anwendungsbereich der Lübecker Bürgerkonferenz bezogen. Daraus werden jeweils konkrete Fragen an das im Kontext dieses Projekts erhobene Datenmaterial entwickelt (5.2 bis 5.4).

5.1 UNTERSCHIEDLICHE KONZEPTE ZUR ANALYSE DELIBERATIVER MINI-PUBLICS

Viele der in Kapitel 3 zitierten empirischen Arbeiten zu deliberativen Mini-Publics beschränken sich auf die Betrachtung einer speziellen Wirkung dieser Verfahren, häufig ohne Hinweis

auf Wechselwirkungen mit Qualitätsmerkmalen oder sonstigen Rahmenbedingungen der Verfahren. Projekte zur Evaluation von Mini-Publics konzentrieren sich für ihre Bewertung meist primär auf rein prozedurale Kriterien (vgl. Abschnitt 3.2.2). Zu diesem Befund kommen auch Rowe und Frewer in einer Übersichtsarbeit (2004). Die Autoren selbst hatten bereits im Jahr 2000 ein Evaluationskonzept entwickelt, das sowohl sogenannte „acceptance-“ als auch „process-“Kriterien berücksichtigte (Rowe und Frewer, 2000). Beide Arten von Kriterien bezogen sich zwar primär auf prozedurale Aspekte, wie die Repräsentativität von Teilnehmern, die Transparenz des Verfahrens oder den Zugang von Teilnehmern zu adäquaten Ressourcen (ebd.). Aber Rowe und Frewer entwickelten auch Kriterien, anhand derer zumindest mittelbar der Output und die möglichen Wirkungen von Mini-Publics bewertet werden konnten. So führten sie etwa das „criterion of influence“ ein, anhand dessen überprüft werden sollte, ob der Output eines Beteiligungsverfahrens den Policy-Prozess erreicht und ihn beeinflussen kann (ebd.: 14f). Die zunächst abstrakten Evaluationskriterien haben die Autoren in der Folge auf mehrere Mini-Publics angewendet und dabei für spezifische Kontexte operationalisiert (vgl. Rowe et al., 2004). Auf Grundlage dieser Erfahrungen und ihrer Evaluation des Konzepts (Rowe et al., 2005; Rowe et al., 2008) kommen Rowe und Kollegen zu dem Fazit, dass das Evaluationskonzept zwar eine „useful and ‚valid‘ basis for evaluation“ (2008: 439) darstellt, dass jedoch die berücksichtigten Kriterien nicht erschöpfend seien.

Edwards und Kollegen (2008) griffen diesen Befund auf und entwickelten das von Rowe und Frewer erarbeitete Konzept auf Basis einer Arbeit von Agger und Löfgren (2006; vgl. auch Agger und Löfgren, 2010) weiter: Das von Edwards und Kollegen vorgeschlagene dreistufige Modell der Evaluation enthält 1.) Kriterien für die Bewertung des Inputs, 2.) des Prozesses und 3.) des Outputs deliberativer Verfahren (2008). Auch Riedy und Herriman (2011) berücksichtigen in der Evaluation einer globalen Mini-Public neben prozeduralen Kriterien zusätzlich den Kontext und den Grad der Einbindung einer Mini-Public in ein deliberatives System sowie den Impact ihrer Ergebnisse. In einer Übersichtsarbeit zu den Herausforderungen bei der Evaluation demokratischer Innovationen identifiziert auch Geissel die Wirkungen von Mini-Publics – etwa den „impact on public policies“ oder das „improvement of citizens’ democratic skills“ – als wichtige Kriterien für die Bewertung solcher Verfahren (Geissel, 2012: 210-212). Schließlich diskutieren Molster und Kollegen (2011) in der Analyse einer Mini-Public zum Thema Biobanking auch den Einfluss von praktischen Herausforderungen und Kontextfaktoren auf die Einhaltung deliberativer Ideale.

Einige der zitierten Arbeiten berücksichtigen in der Evaluation von Mini-Publics also neben prozeduralen Aspekten auch Kontextfaktoren sowie Outcomes und mögliche Impacts der Verfahren. Die Inhalte der Debatten oder die Zusammenhänge von Potenzialen, Quali-

tätsanforderungen und Kontextbedingungen spielen jedoch kaum eine Rolle. Diese Aspekte sollen in der Analyse der Lübecker Bürgerkonferenz explizit berücksichtigt werden, um die oben formulierte Fragestellung zu bearbeiten. Dies soll nicht anhand eines festen Katalogs von im Vorfeld definierten Evaluationskriterien erfolgen. Vielmehr sollen auf Basis der in den Abschnitten 3.1 bis 3.3 dargestellten theoretischen und empirischen Vorarbeiten Fragen an das im Kontext der Lübecker Bürgerkonferenz erhobene Datenmaterial formuliert werden, die die Abbildung der unterschiedlichen Dimensionen von Potenzialen, Qualitätsmerkmalen und Kontextbedingungen und ihrer Wechselwirkungen ermöglichen. Die Teilfragen bilden den konzeptionellen Rahmen für die empirische Analyse und sollen die Datenauswertung sowie die Darstellung der Ergebnisse strukturieren. Einige Fragen weisen einen primär evaluativen Charakter auf, da sie primär auf die Überprüfung einzelner Qualitätsmerkmale zielen. Andere Fragen an das Datenmaterial – insbesondere zu den Potenzialen und der Wirkung von Kontextfaktoren der Bürgerkonferenz – sind offen formuliert, um dem explorativen Charakter der Analyse gerecht zu werden.

Die empirische Analyse in dieser Arbeit soll wiederum in drei Schritten erfolgen:

1. Zuerst wird untersucht, inwieweit sich die in Abschnitt 3.1 unterschiedenen **Potenziale** im Kontext der Lübecker Bürgerkonferenz entfaltet haben.
2. Dann wird geklärt, inwieweit die in Abschnitt 3.2 identifizierten **Qualitätsmerkmale** und Anforderungen an deliberative Verfahren erfüllt wurden.
3. Anschließend wird untersucht, wie sich die in Abschnitt 3.3 beschriebenen **Kontextbedingungen** und Designentscheidungen für die Lübecker Bürgerkonferenz verwirklicht haben und wie sie sich auf den Verlauf der Konferenz ausgewirkt haben.

Für die Formulierung der Teilfragen an das Datenmaterial für diese drei Analyseschritte werden in den folgenden Abschnitten die bisherigen Ausführungen zu Potenzialen (5.2), Qualitätsmerkmalen (5.3) und Kontextbedingungen (5.4) zusammengefasst und auf den Kontext der deutschen Priorisierungsdebatte bezogen.

5.2 POTENZIALE DER LÜBECKER BÜRGERKONFERENZ

In Abschnitt 3.1 wurden insgesamt fünf Typen von Potenzialen deliberativer Mini-Publics mit jeweils zwei Ausprägungen unterschieden. In den folgenden Abschnitten wird erörtert, welche dieser Potenziale überhaupt für eine Mini-Public im Rahmen der deutschen Priorisierungsdebatte einschlägig sind. Dabei wird zwischen den Potenzialen im Hinblick auf die verfahrensinterne (5.2.1) und auf die externe (5.2.2) Meinungs- und Willensbildung unterschieden. Die Teilfragen zu den hier relevanten Potenzialen werden in Abschnitt 5.2.3 formuliert.

5.2.1 Potenziale für die Entwicklung interner Prozesse der Meinungs- u. Willensbildung

Wie in Abschnitt 3.1.6 zusammengefasst wurde, ist insbesondere die erste Variante edukativer Potenziale für die Entwicklung der internen Meinungs- und Willensbildung relevant. Aber auch die zweite Variante sowie die beiden Arten der sozialen Potenziale können sich positiv hierauf auswirken. Deren mögliche Relevanz im Kontext der Lübecker Bürgerkonferenz wird in den folgenden beiden Teilabschnitten erläutert.

5.2.1.1 Edukative Potenziale

Unter dem Oberbegriff der edukativen Potenziale wurden in Abschnitt 3.1.1 zwei unterschiedliche Aspekte zusammengefasst: Erstens wurde die Möglichkeit für Lerneffekte der Teilnehmer beschrieben, die auch zu einer Veränderung von deren Meinungen und Präferenzen führen können. Eine öffentliche Debatte zur Priorisierung war zu Beginn der Bürgerkonferenz in Deutschland kaum entwickelt und der Informationsstand hierzu entsprechend niedrig. Daher war im Vorfeld des Verfahrens auch die Möglichkeit der Meinungsbildung zur Priorisierung stark eingeschränkt. Gerade unter diesen Bedingungen kann sich die erste Variante edukativer Potenziale entfalten. Bereits die Einladung zur Teilnahme an einer Mini-Public kann das Interesse der potenziellen Teilnehmer an deren Gegenstand steigern. Durch das im Rahmen der Mini-Public bereitgestellte Informationsmaterial, den Austausch von Argumenten mit den anderen Teilnehmern und die Befragung von Experten kann sich dann auch das Wissen zur diskutierten Thematik vergrößern. Zudem erhalten die Teilnehmer die Möglichkeit, eine eigene Meinung hierzu zu entwickeln oder ihre vorhergehenden Standpunkte zu überdenken und zu verändern.

Die zweite Variante edukativer Potenziale bezieht sich auf die Entwicklung deliberativer und allgemeiner „bürgerschaftlicher“ Kompetenzen durch die Teilnehmer. Unter bürgerschaftlichen Kompetenzen wurde insbesondere einer gesteigerte Motivation und Bereitschaft zur politischen Beteiligung verstanden. Die Verwirklichung dieser Potenziale ist weniger von den diskutierten Inhalten als vielmehr von der Ausgestaltung eines deliberativen Verfahrens abhängig. Daher kommen auch eine Weiterentwicklung des deliberativen Verhaltens der Teilnehmer und eine gesteigerte Bereitschaft zur politischen Beteiligung als Folge der Lübecker Bürgerkonferenz infrage. Beide Varianten edukativer Potenziale können sich somit im Rahmen der deutschen Priorisierungsdebatte entfalten. Insbesondere die erste Variante steht – angesichts des Fokus auf Prozesse der Meinungs- und Willensbildung – in der Analyse der Lübecker Bürgerkonferenz im Vordergrund.

5.2.1.2 Soziale Potenziale

Die zweite Form von Potenzialen betrifft die sozialen Folgen der Teilnahme an einer Mini-Public. Die sozialen Potenziale stehen in dieser Arbeit zwar nicht im Mittelpunkt des Interesses, da sie nicht unmittelbar zu den Prozessen der Meinungs- und Willensbildung beitragen. Weil sie sich aber positiv hierauf auswirken können, werden sie dennoch berücksichtigt. Die erste in Abschnitt 3.1.2 identifizierte Variante – die Entwicklung eines gegenseitigen Verständnisses und geteilter Auffassungen unter den Teilnehmern – kann als Ausdruck der Verständigungsorientierung und der Offenheit der Teilnehmer verstanden werden. Diese Orientierung kann sich förderlich auf die Entwicklung von deren individuellen Meinungen und Präferenzen auswirken und somit zur verfahrensinternen Meinungs- und Willensbildung beitragen. Gleichzeitig ist die mögliche Entwicklung einer tatsächlich gemeinsamen Position ihrerseits Folge von Prozessen der Meinungs- und Willensbildung während der Mini-Public. Aufgrund des umstrittenen Priorisierungsbegriffs und seiner verschiedenen Auslegungen sowie des insgesamt unterentwickelten Diskussionsstandes ist die gegenseitige Verständigung in diesem Kontext zwar möglicherweise erschwert, das Potenzial für die Entwicklung eines solchen Verständnisses ist jedoch noch nicht ausgeschöpft und daher besonders groß.

Auch die zweite Variante sozialer Potenziale, also die Bildung einer gemeinsamen Identität, kann sich positiv auf die verfahrensinterne Meinungs- und Willensbildung auswirken. Insbesondere können hierdurch einige der Qualitätsmerkmale deliberativer Verfahren positiv beeinflusst werden. Denn wenn sich eine kollektive Identität oder zumindest ein freundschaftlicher Umgang zwischen den Teilnehmern entwickeln, können sich der gegenseitige Respekt und die Offenheit für die Argumente Anderer vergrößern. Zudem fällt es unter Umständen in einer respektvollen und freundschaftlichen Atmosphäre leichter, eigene Argumente oder Standpunkte zu äußern, was sich wiederum positiv auf die verfahrensinterne Meinungs- und Willensbildung auswirken kann. Ob sich diese Potenziale innerhalb einer Teilnehmergruppe entfalten, hängt weniger von der diskutierten Thematik, als vielmehr von der Dynamik und den Prozessen während der Mini-Public ab. Die Entwicklung einer gemeinsamen Identität oder eines „Wir“-Gefühls sowie mögliche Veränderungen im Verhältnis zwischen den Teilnehmern werden daher auch für die Lübecker Bürgerkonferenz untersucht.

5.2.2 Potenziale für die Entwicklung externer Prozesse der Meinungs- und Willensbildung

Im Folgenden werden die verschiedenen Potenziale für die Entwicklung externer Prozesse der Meinungs- und Willensbildung im Hinblick auf ihre Relevanz für das untersuchte Fallbeispiel erläutert. Hierzu gehören insbesondere die epistemischen Potenziale sowie die Potenziale für

die Weiterentwicklung öffentlicher Debatten, aber auch die politischen Potenziale (vgl. Abschnitt 3.1.6).

5.2.2.1 Epistemische Potenziale

Die in Abschnitt 3.1.3 beschriebenen Varianten epistemischer Potenziale umfasst zum einen die Entwicklung neuartiger Argumente, Begründungen oder Lösungsvorschläge durch die Teilnehmer einer Mini-Public. Hierdurch können möglicherweise bisherige öffentliche oder fachöffentliche Debatten ergänzt werden. Zum anderen fällt darunter die Offenlegung vorher verborgener gesellschaftlicher Interessen- und Wertkonflikte. Diese zweite Variante kann insbesondere zur Ergänzung oder Kontrastierung der Ergebnisse anderer Beteiligungsformen dienen. Auch die Identifikation von Konfliktlinien sowie die Feststellung von Dissens- und Konsensbereichen zu bestimmten Teilaspekten der diskutierten Thematik gehören zu dieser Form epistemischer Potenziale.

Beide Varianten können sich im Kontext der deutschen Priorisierungsdebatte entfalten, gerade weil in Deutschland bislang noch kaum öffentlich über die damit verbundenen Fragen diskutiert wurde und hierzu noch keine deliberativen Bürgerbeteiligungsverfahren durchgeführt worden sind. Die epistemischen Potenziale sind von großer Bedeutung für eine mögliche Anregung oder Weiterentwicklung öffentlicher Prozesse der Meinungs- und Willensbildung in Folge einer Mini-Public. Denn sie bilden die Grundlage für einen inhaltlichen Beitrag zur öffentlichen Diskussion des jeweiligen Gegenstands. Damit sich diese Wirkung jedoch entfalten kann, bedarf es der öffentlichen Verbreitung der epistemischen Beiträge. Somit sind die epistemischen Potenziale und die im nächsten Abschnitt beschriebenen Potenziale für die Weiterentwicklung öffentlicher Debatten wechselseitig voneinander abhängig.

5.2.2.2 Potenziale für die Weiterentwicklung öffentlicher Debatten

Auch in dieser Dimension von Potenzialen sind zwei Varianten unterschieden worden: erstens die Anregung öffentlicher und die Öffnung expertendominierter Debatten für einen Beitrag aus Bürgersicht; zweitens die inhaltliche Beeinflussung der (fach-)öffentlichen Debatten durch die Mini-Public. Gerade die erste Variante könnte sich in der deutschen Priorisierungsdebatte entfalten. Denn die Debatte wird bislang noch nicht öffentlich und kaum unter der Beteiligung von „gewöhnlichen Bürgern“ geführt.

Die zweite Variante setzt zunächst die Entfaltung epistemischer Potenziale voraus. Wenn die durch die Teilnehmer einer Mini-Public entwickelten epistemischen Beiträge im öffentlichen Diskurs sichtbar werden, können sie auch den dort stattfindenden Prozess der Meinungs- und Willensbildung bereichern. Die Potenziale für die tatsächliche inhaltliche Weiterentwicklung öffentlicher Debatten sind im Falle der Priorisierungsthematik jedoch möglicher-

weise eingeschränkt. Denn die Wahrnehmung der Ergebnisse einer Mini-Public in der öffentlichen Auseinandersetzung setzt ein Mindestmaß an Interesse seitens der Medien, von potentiellen Entscheidungsträgern oder allgemein der Öffentlichkeit voraus. Aufgrund des unterentwickelten Diskussionsstandes und des geringen Bekanntheitsgrades der kontroversen Priorisierungsthematik kann dies nicht vorausgesetzt werden.

Neben diesen Schwierigkeiten durch die Charakteristika der deutschen Priorisierungsdebatte für die Entfaltung dieser Potenziale, ist auch ihr empirischer Nachweis schwierig. Es ist kaum möglich, einen sicheren kausalen Zusammenhang zwischen einer Mini-Public und möglichen Entwicklungen in der öffentlichen Debatte herzustellen. Um dennoch Hinweise auf mögliche Auswirkungen der Bürgerkonferenz auf die öffentliche Debatte zu generieren, werden in dieser Arbeit die Rückmeldungen verschiedener Akteure zur Bürgerkonferenz und die unmittelbare mediale Berichterstattung zu diesem Projekt ausgewertet. Daher beziehen sich auch die in Abschnitt 5.2.3 formulierten Teilfragen auf die Resonanz zur Bürgerkonferenz.

5.2.2.3 Politische Potenziale

Eng mit den Potenzialen für die Weiterentwicklung öffentlicher Debatten verbunden ist die erste in Abschnitt 3.1.5 identifizierte Variante politischer Potenziale: die Beeinflussung politischer und gesellschaftlicher Entscheidungen. Die Entfaltung dieser Potenziale von Mini-Publics hängt stark von ihrem Auftrag und ihrem Kontakt zu möglichen Entscheidungsträgern und Adressaten ab. Wenn den Teilnehmern von deliberativen Verfahren ein direkter Einfluss auf Entscheidungen eingeräumt wird oder sie unmittelbar die verantwortlichen Entscheidungsträger beraten, können sie auch die Ergebnisse des Entscheidungsprozesses selbst beeinflussen. In der Debatte um Priorisierung in der medizinischen Versorgung gibt es jedoch weder konkrete Entscheidungsprozesse, die die Teilnehmer der Bürgerkonferenz beeinflussen könnten, noch gibt es verantwortliche Entscheidungsträger, die einen Beratungsauftrag erteilen könnten. Die Entfaltung dieser ersten Variante politischer Potenziale ist daher im hier betrachteten Kontext nicht zu erwarten und wird nicht in die empirische Analyse einbezogen.

Die zweite Variante, die oben als „Markttestung“ bezeichnet wurde, beschreibt die Nutzung der von Mini-Publics bereitgestellten Informationen über die Perspektive „gewöhnlicher Bürger“ zur Testung von Policy-Vorschlägen und zur Antizipation öffentlicher Reaktionen hierauf. Zwar lagen bis zur Durchführung der Bürgerkonferenz für Deutschland noch keine konkreten Policy-Vorschläge zur Priorisierung vor, die durch die Bürgerkonferenz geprüft werden konnten. Allerdings existierten bereits verschiedene mehr oder weniger konkrete ausländische Vorschläge zur Priorisierung, mit denen sich auch die Lübecker Konferenz beschäftigt hat. Wenn die ausländischen Erfahrungen von den Teilnehmern bewertet wurden, kann

dies auch für den deutschen Kontext als Markttestung verstanden werden und als Informationsquelle für die öffentliche Meinungs- und Willensbildung in der deutschen Debatte genutzt werden.

Zudem kann die Bürgerkonferenz gerade angesichts des unterentwickelten Diskussionsstandes zur Priorisierung in Deutschland auch zur Antizipation von öffentlichen Reaktionen auf die Thematik insgesamt verwendet werden. Damit würde sie als „anticipatory public“ ebenfalls Informationen für Entscheidungsträger oder andere zentrale Akteure in der Priorisierungsdebatte liefern. Beide Formen des „market testing“ können sich für die Lübecker Konferenz entfalten.

5.2.3 Fragen an das Datenmaterial: Potenziale der Lübecker Bürgerkonferenz

Für die empirische Analyse der Lübecker Bürgerkonferenz werden die in den letzten Abschnitten beschriebenen Potenziale deliberativer Mini-Publics berücksichtigt. Tabelle 10 führt die Fragen im Hinblick auf die Entfaltung dieser Potenziale im Kontext des Verfahrens auf.

Tabelle 10: Fragen an das Datenmaterial zu Potenzialen der Lübecker Bürgerkonferenz

Dimension	Fragen an das Datenmaterial
Edukativ Potenziale	a) Wissenszuwachs und Meinungs- und Präferenzveränderungen - Wie hat sich das Interesse der Teilnehmer für die Priorisierungsproblematik entwickelt? - Wie hat sich das Wissen über den Gegenstand der Mini-Public entwickelt? - Haben sich die Meinungen und Präferenzen der Teilnehmer im Verlauf der Konferenz entwickelt oder verändert?
	b) Sozialisation deliberativer und "bürgerschaftlicher" Kompetenzen - War eine Entwicklung des Deliberationsverhaltens der Teilnehmer festzustellen? - Haben sich die Bereitschaft oder das Selbstvertrauen zur politischen Beteiligung vergrößert?
Soziale Po- tenziale	a) Entwicklung eines gegenseitigen Verständnisses und einer gemeinsamen Position - Haben die Teilnehmer ein gegenseitiges Verständnis und eine gemeinsame Position entwickelt?
	b) Bildung einer sozialen Identität - Haben sich ein "Wir"-Gefühl oder eine gemeinsame Identität der Teilnehmer ausgebildet? - Wie hat sich das Verhältnis zwischen den Teilnehmern entwickelt?
Epistemische Potenziale	a) Entwicklung eigenständiger Vorschläge, Argumente, Schwerpunkte - Haben sich im Vergleich mit der bereits laufenden fachöffentlichen Debatte neuartige Argumente, Vorschläge oder Schwerpunkte der Bürger gezeigt?
	b) Offenlegung gesellschaftlicher Interessen und Werte - Wurden die Ergebnisse anderer Beteiligungsformen ergänzt oder kontrastiert? - Haben sich Konfliktlinien in der Diskussion von Werten u. Kriterien zur Priorisierung gezeigt? - Ist die Feststellung von Dissens- und Konsensbereichen gelungen?
Potenziale für Entwicklung öffentlicher Debatten	Haben sich auf Grundlage der Resonanz zur Bürgerkonferenz Hinweise auf die beiden Versionen dieser Potenziale gezeigt? - Welche Reaktionen und Rückmeldungen zur Bürgerkonferenz gab es? - In welcher Form wurde die Bürgerkonferenz rezipiert? - Welche Aspekte wurden bei der Rezeption berücksichtigt, welche wurden positiv, welche negativ bewertet?
Politi- sche Po- tenziale	Markttestung - Haben die Teilnehmer der Lübecker Bürgerkonferenz eine Bewertung zu Policy-Vorschlägen zur Priorisierung abgegeben? - Ergaben sich Hinweise zur Antizipation öffentlicher Reaktionen auf die Priorisierungsthematik?

5.3 QUALITÄTSANFORDERUNGEN AN DIE LÜBECKER BÜRGERKONFERENZ

In Abschnitt 3.2 sind vier Kategorien von Qualitätsanforderungen an deliberative Mini-Publics identifiziert worden. All diese Qualitätsanforderungen sind unabhängig vom Kontext eines deliberativen Verfahrens relevant und werden daher auch für die Lübecker Konferenz analysiert. Sie werden im Folgenden kurz zusammengefasst, um anschließend Fragen für die empirische Analyse ihrer Verwirklichung im Kontext der Bürgerkonferenz abzuleiten.

5.3.1 Zusammenfassung der Qualitätsanforderungen

Repräsentativität der Teilnehmerauswahl

Für die Auswahl der Teilnehmer einer Mini-Public wurde die diskursive Repräsentativität als Goldstandard identifiziert. Da diese jedoch kaum mithilfe aktueller Methoden der Rekrutierung zu gewährleisten ist, wurde zumindest eine möglichst große Diversität der Teilnehmer im Hinblick auf soziodemografische Merkmale angestrebt. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass Teilnehmer mit unterschiedlichen Hintergründen potenziell auch unterschiedliche Perspektiven einnehmen können und unterschiedliche Positionen vertreten. Hierdurch sollen eine einseitige Verzerrung der Debatten verhindert und die Berücksichtigung aller relevanten Perspektiven gewährleistet werden. Zudem sollte darauf geachtet werden, dass die Teilnehmer nicht über ausgeprägte vordefinierte Positionen verfügen.

Qualität der Deliberation

Auch an die Kommunikation während einer Mini-Public sowie an die Haltung der Teilnehmer wurden verschiedene Qualitätsanforderungen formuliert. Demnach sollten sich möglichst alle Teilnehmer gleichmäßig an der Deliberation beteiligen können (*Inklusivität*), es sollte kein Druck auf die Teilnehmer ausgeübt werden (*Zwanglosigkeit*) und die Debatten sollten von *wechselseitigem Respekt* geprägt werden. Die Teilnehmer sollten möglichst eine gemeinsame Lösung anstreben und offen für die Argumente der anderen sein (*Verständigungsorientierung*), sie sollten nicht eigene Partikularinteressen vertreten, sondern sich möglichst *gemeinwohlorientiert* verhalten. Schließlich sollten die Teilnehmer grundsätzlich ihre Aussagen argumentativ begründen (*rationale Argumentation und Begründung*), aber auch persönliches *Story-Telling* kann verschiedene Funktionen innerhalb einer Mini-Public erfüllen und gehört daher zu den zulässigen Sprechakten. Schließlich werden die *Authentizität und Wahrhaftigkeit* der Sprechakte während einer Mini-Public gefordert. Authentizität und Wahrhaftigkeit sind jedoch kaum empirisch zu überprüfen; diese beiden Aspekte werden daher in der Analyse der Lübecker Bürgerkonferenz nicht explizit berücksichtigt. Die Erfüllung aller anderen genannten Anforderungen während des Verfahrens wird im empirischen Teil dieser Arbeit überprüft.

Ressourcenausstattung

Eine weitere Kategorie von Qualitätsanforderungen umfasst die Ausstattung einer Mini-Public mit adäquaten Ressourcen. Dies betrifft insbesondere die bereitgestellten *Informationen*, aber auch die *personelle Unterstützung* durch weitere Akteure, wie z. B. einen Moderator oder verschiedene Experten. Die Ausstattung mit *materiellen Ressourcen* und deren Qualität – etwa der Räumlichkeiten und der technischen Hilfsmittel – sollten ebenfalls an die Anforderungen einer Mini-Public angepasst sein. Dies gilt ebenfalls für den Umfang und die Verteilung von *Zeitressourcen*. Für die Ressourcenausstattung wurde in Abschnitt 3.2.3 kein eindeutiger Goldstandard formuliert. Während der Auswertung der Lübecker Bürgerkonferenz wird zur Bewertung der Ressourcenausstattung insbesondere die Einschätzung der Teilnehmer selbst berücksichtigt.

Transparenz und Öffentlichkeit

Schließlich wurden auch die Veröffentlichung der Ergebnisse einer Mini-Public sowie die Transparenz von Designentscheidungen als Anforderungen an die Qualität des Verfahrens formuliert. Auch diese Kategorie wird in der Analyse der Lübecker Konferenz berücksichtigt.

5.3.2 Fragen an das Datenmaterial: Qualität der Bürgerkonferenz

Die zu den genannten Qualitätsanforderungen formulierten Teilfragen sind in Tabelle 11 aufgeführt. Während der Auswertung soll untersucht werden, inwieweit sie für die Lübecker Bürgerkonferenz erfüllt wurden.

Tabelle 11: Fragen an das Datenmaterial zu Qualitätsmerkmalen der Bürgerkonferenz

Qualitätsmerkmal	Fragen an das Datenmaterial
Repräsentativität der Teilnehmer	<ul style="list-style-type: none"> - Ist die Rekrutierung von Personen mit möglichst unterschiedlichen Hintergründen gelungen? - Zeigten sich vordefinierte Positionen oder Interessen der Teilnehmer?
Qualität der Deliberation	<ul style="list-style-type: none"> - Beteiligten sich die Teilnehmer gleichmäßig an der Deliberation? - Wurde während der Debatten Druck auf die Teilnehmer ausgeübt? - Verhielten sich die Teilnehmer respektvoll gegenüber den anderen und deren Argumenten? - Zeigten sich die Teilnehmer interessiert an einer gegenseitigen Verständigung? - Waren die Argumente, Lösungsvorschläge und Präferenzen der Teilnehmer eigen- oder gemeinwohlorientiert? - Begründeten die Teilnehmer ihre Aussagen? - Berichteten die Teilnehmer über eigene Geschichten? Welche Rolle spielten diese?
Ressourcenausstattung	<ul style="list-style-type: none"> - Wie wurden Umfang und Qualität der verfügbaren Informationen bewertet? - Wie wurden Umfang und Qualität der personellen Unterstützung bewertet? - Wie wurden Umfang und Qualität der materiellen Ressourcen bewertet? - Wie wurden der Umfang und die Verteilung der Zeitressourcen bewertet?
Transparenz und Öffentlichkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Ist die Verbreitung der Ergebnisse und Inhalte der Bürgerkonferenz gelungen? - Waren die Designentscheidungen der Organisatoren transparent und konnten die Teilnehmer Einfluss darauf nehmen?

5.4 KONTEXTBEDINGUNGEN UND DESIGN DER LÜBECKER BÜRGERKONFERENZ

In Abschnitt 3.3 wurden schließlich einige für die Potenzialentfaltung relevante Kontextbedingungen und Designentscheidungen einer Mini-Public beschrieben: 1.) die Charakteristika des Gegenstands der Mini-Public, 2.) der Auftrag an die Teilnehmer und die Regel, nach der sie ihr Ergebnis festhalten und 3.) die Rolle von Organisatoren, Moderatoren und Experten. Deren mögliche Ausprägungen und ihre Auswirkungen auf die Organisation, den Verlauf und die Ergebnisse einer Mini-Public im Kontext der deutschen Priorisierungsdebatte werden im Folgenden zusammengefasst. Anschließend werden wiederum Fragen für die empirische Analyse abgeleitet.

5.4.1 *Eigenschaften der Priorisierung als Gegenstand eines deliberativen Verfahrens*

Zu den besonderen Charakteristika der Priorisierungsthematik gehört insbesondere ihr hoher Grad an Komplexität in allen drei in Abschnitt 3.3.1 unterschiedenen Dimensionen. In den folgenden Abschnitten werden die Merkmale der technischen (5.4.1.1), politischen (5.4.1.2) und temporalen Komplexität (5.4.1.3) der Priorisierung in Deutschland genauer beschrieben.

5.4.1.1 Technische Komplexität und Abstraktionsniveau der Thematik

Zur Klärung von Priorisierungsfragen in der medizinischen Versorgung ist umfangreiches multidisziplinäres Fach- und Spezialwissen erforderlich, über das „gewöhnliche Bürger“ nicht unbedingt bereits im Vorfeld einer Mini-Public verfügen. Der Umgang mit den vielfältigen Informationen, die während einer Mini-Public bereitgestellt werden, ist für die Teilnehmer womöglich ungewohnt. Zudem weist die Priorisierungsthematik ein hohes Abstraktionsniveau auf. Die meisten Bürger verfügen zwar über Erfahrungen als Empfänger medizinischer Leistungen oder als Angehörige von Patienten. Aber mit überindividuellen Allokationsentscheidungen im Gesundheitswesen haben sich die wenigsten bereits beschäftigt. Darüber hinaus bezeichnet Priorisierung nicht die tatsächliche Allokation, sondern die gedankliche Feststellung von Vor- und Nachrangigkeiten zur Vorbereitung aller Arten von Allokationsentscheidungen. Damit ist sie von der Erfahrungswelt der meisten Bürger weit entfernt. Daher ist die Debatte auf einer solch abstrakten Ebene für die Teilnehmer von Mini-Publics möglicherweise schwierig.

Das Abstraktionsniveau des Gegenstands der Lübecker Bürgerkonferenz wurde zusätzlich durch die an die Teilnehmer gerichtete Frage vergrößert. Diese lautete: „Was ist uns wichtig in der medizinischen Versorgung – Wie können wir darüber entscheiden?“ Damit sind die Teilnehmer aufgefordert worden, eigenständig Werte, Kriterien und Verfahrensregeln vorzuschlagen und zu diskutieren, die aus ihrer Sicht der Priorisierung in der Medizin zugrunde lie-

gen sollten. Es wurden nicht konkrete Priorisierungsbeispiele diskutiert, sondern es sollten abstrakte und allgemeingültige Regeln für verschiedene Anwendungsarten der Priorisierung vorgeschlagen werden. Alle genannten Charakteristika sind zentrale Merkmale der technischen Komplexität der Priorisierungsthematik.

5.4.1.2 Politische Komplexität aufgrund kontroverser Wertvorstellungen und konfligierender Interessen

Die Priorisierungsproblematik weist auch eine politische Komplexität auf, da mit ihr stets Fragen nach der gerechten Verteilung von Ressourcen in der medizinischen Versorgung verbunden sind. Hierzu existieren ganz unterschiedliche – zum Teil konfligierende – Vorschläge, denen jeweils andere Gerechtigkeitsmaßstäbe und Wertvorstellungen zugrunde liegen. Dies zeigt sich auch in der Diskussion um die vorgelagerte Frage nach Werten, Kriterien und Verfahrensregeln zur Priorisierung. Die hierdurch entstehenden Herausforderungen für eine Mini-Public werden zusätzlich dadurch verstärkt, dass der Priorisierungsbegriff selbst bis heute umstritten ist. Gerade eine Debatte über das „Wie“ der Priorisierung setzt zumindest einen Minimalkonsens über die Bestimmung der relevanten Begriffe und über die Relevanz der Priorisierungsthematik insgesamt voraus. Ein solcher Konsens existierte zu Beginn der Bürgerkonferenz in der Fachöffentlichkeit nicht.

Politisch komplexe Themenbereiche können sich als besondere Herausforderung für die Bearbeitung durch eine Bürgergruppe erweisen. Gerade zur Bearbeitung eines kontroversen Themenbereichs ist ein möglichst umfassender Zugang zu ausgewogenen Informationen für die Teilnehmer besonders wichtig. Nur wenn sie die häufig widersprüchlichen und umfangreichen Argumente für oder gegen bestimmte Lösungsvorschläge kennen, können sie im Austausch miteinander eine eigene Position oder eigene Vorschläge entwickeln. Allerdings kann die Erstellung von ausgewogenem, vollständigem und zugleich allgemein verständlichem Informationsmaterial aufgrund der Komplexität einer Thematik erschwert schwierig sein (vgl. 3.3.1). In politisch komplexen Themenbereichen können zudem das öffentliche Interesse und die Bereitschaft von möglichen Entscheidungsträgern und Adressaten zur Auseinandersetzung mit „gewöhnlichen Bürgern“ gering sein. Dies kann sowohl die Identifikation von Adressaten für die Stellungnahme der Teilnehmer als auch die Verbreitung und Veröffentlichung der Ergebnisse von Mini-Publics erschweren.

5.4.1.3 Expertendominanz und geringe Öffentlichkeit als Ausdruck temporaler Komplexität

Die beschriebene Uneinigkeit über den Priorisierungsbegriff und über die grundsätzliche Notwendigkeit einer Priorisierungsdebatte in Deutschland äußern sich unter anderem durch die aktive Vermeidung einer öffentlichen Auseinandersetzung mit dieser Thematik durch Poli-

tiker und Kostenträger (vgl. Abschnitt 4.2.5). Damit ist Priorisierung als Inhalt einer Mini-Public nicht nur „technisch“ und „politisch“ komplex, sondern auch „temporal“ komplex. Die geringe öffentliche Präsenz der Priorisierungsthematik und die fehlende politische Auseinandersetzung können zu einer Reihe von praktischen Herausforderungen für eine Mini-Public zu diesem Thema führen. So kann die öffentliche Resonanz auf die Ergebnisse einer Mini-Public durch die temporale Komplexität ihres Gegenstands negativ beeinflusst werden. Denn der Gegenstand ist in der Öffentlichkeit möglicherweise von geringem Interesse oder gar nicht bekannt. Auch die Rekrutierung von Teilnehmern einer Mini-Public kann schwierig sein, wenn Themen diskutiert werden, die öffentlich (noch) keine Rolle spielen und den potenziellen Teilnehmern völlig unbekannt sind. Schließlich stellt auch die Bereitstellung von ausgewogenem und insbesondere laienverständlichem Informationsmaterial eine Herausforderung dar. Denn solche Materialien sind zu einem temporal komplexen Thema häufig nicht vorhanden und müssen daher erst erstellt werden.

5.4.2 Auftrag und Entscheidungsregel

Unter dem Oberbegriff des Auftrags und der Entscheidungsregel einer Mini-Public wurden in Abschnitt 3.3.2 verschiedene Ausprägungen der folgenden Kontextbedingungen und ihre möglichen Folgen dargestellt: 1.) Wer setzt die Agenda einer Mini-Public und wie konkret wird diese im Vorfeld festgestellt? 2.) Wie groß sind die Entscheidungskompetenzen und die Einflussmöglichkeiten einer Mini-Public? 3.) Auf Basis welcher Regel halten die Teilnehmer ihre Ergebnisse fest? Ähnlich wie für die Frage nach der adäquaten Ressourcenausstattung wurden auch für die in diesem Abschnitt genannten Kontextbedingungen keine eindeutigen Goldstandards definiert. Vielmehr können sich unterschiedliche Ausprägungen unterschiedlich auf die Vorbereitung, die Durchführung und die Ergebnisse einer Mini-Public auswirken. Die Ausprägungen dieser Kontextbedingungen und deren mögliche Folgen für die Lübecker Bürgerkonferenz werden daher im empirischen Teil dieser Arbeit analysiert.

5.4.3 Einfluss von Organisatoren, Moderatoren und Experten

Eine weitere Kategorie von Kontextbedingungen, die sich auf die Potenzialentfaltung deliberativer Mini-Publics auswirken können, betrifft die Rollen von Organisatoren, Moderatoren und Experten. Alle drei Akteursgruppen erfüllen wichtige Funktionen im Rahmen eines solchen Verfahrens, erhalten hierdurch jedoch auch die Möglichkeit, deren Inhalte und Ergebnisse bewusst oder unbewusst zu beeinflussen. Dies kann ein Problem darstellen, da solche Verfahren explizit „gewöhnlichen Bürgern“ die Möglichkeit geben sollen, ihre eigene Perspektive zu entwickeln und in eine breitere Debatte zur Klärung einer bestimmten Fragestellung einzu-

bringen. Wenn Organisatoren, Moderatoren oder Experten die Ergebnisse beeinflussen, spiegeln diese nicht unbedingt die Positionen der eingeladenen Teilnehmer wieder.

Während Moderatoren und Experten ihren möglichen Einfluss insbesondere während der Debatten einer Mini-Public geltend machen können, treffen Organisatoren bereits im Vorfeld wichtige Entscheidungen, die sich auf die Inhalte und Ergebnisse der Mini-Public auswirken können. Um zu untersuchen, wie die an der Lübecker Bürgerkonferenz beteiligten Akteure mit dieser Problematik umgegangen sind und in welchem Umfang sich Beeinflussungen feststellen lassen, werden auch hierzu Fragen an das Datenmaterial formuliert.

5.4.4 Fragen an das Datenmaterial: Kontextbedingungen und Designentscheidungen der Bürgerkonferenz

Tabelle 12 fasst die zu den Kontextbedingungen und Designentscheidungen der Lübecker Bürgerkonferenz formulierten Fragen an das Datenmaterial zusammen. Ziel dieses Teils der Analyse ist nicht der Abgleich mit zuvor definierten Goldstandards. Vielmehr sollen Hinweise auf die Folgen einzelner Ausprägungen abgeleitet und auf dieser Basis förderliche und hinderliche Faktoren für die Entfaltung der oben beschriebenen Potenziale identifiziert werden.

Tabelle 12: Fragen an das Datenmaterial zu Kontextbedingungen der Bürgerkonferenz

Dimension	Fragen an das Datenmaterial
Dimensionen der Komplexität (Abschnitt 3.3.1)	
Technische Komplexität	- Welche Auswirkungen hatten der umfangreiche Bedarf an Fach- und Spezialwissen und das hohe Abstraktionsniveau der Priorisierungsthematik für die Bürgerkonferenz?
Politische Komplexität	- Wie wirkten sich kontroverse Positionen und Wertvorstellungen zur Priorisierung auf die Bürgerkonferenz aus?
Temporale Komplexität	- Wie wirkten sich die geringe Öffentlichkeit und die Expertendominanz in der Priorisierungsdebatte auf die Bürgerkonferenz aus?
Auftrag und Entscheidungsregel einer Mini-Public (Abschnitt 3.3.2)	
Agenda-Setting und Problemdefinition	- Wie hat sich die Art des Agenda-Setting und der Problemdefinition auf die Bürgerkonferenz ausgewirkt?
Entscheidungskompetenz / Kontakt zu Adressaten	- Welche Auswirkungen von Entscheidungskompetenz und Kontakt zu möglichen Adressaten zeigten sich?
Entscheidungsregel zur Erstellung des Ergebnisses einer Mini-Public	- Wie hat sich Regel zur Erstellung des Bürgervotums ausgewirkt?
Rolle von Organisatoren, Moderator und Experten (Abschnitt 3.3.3)	
Organisatoren / Initiatoren	- Wie hat sich das Verhalten der Organisatoren auf die Bürgerkonferenz ausgewirkt?
Moderator	- Wie hat sich das Verhalten der Moderatoren auf die Debatten der Teilnehmer ausgewirkt?
Experten	- Wie wirkte sich die Interaktion zwischen Experten und Teilnehmern auf die Konferenz aus?

6 DATENBASIS, METHODEN UND ANALYSESCHRITTE

In den folgenden Abschnitten werden zunächst das Projekt der Lübecker Bürgerkonferenz und ihr Verlauf dargestellt (Abschnitt 6.1). Anschließend werden die in ihrem Kontext erhobenen Daten (6.2) beschrieben. Nach einigen methodologischen Vorbemerkungen (6.3) wird schließlich das Vorgehen während der Datenanalyse (6.4) erläutert.

6.1 FALLBESCHREIBUNG: DIE LÜBECKER BÜRGERKONFERENZ⁷⁹

Die Lübecker Bürgerkonferenz führte im Frühjahr und Sommer 2010 eine Gruppe ehrenamtlich arbeitender Bürger der Hansestadt mit unterschiedlichen Hintergründen und Erfahrungen zusammen. An insgesamt vier Wochenenden berieten diese Bürger mit Unterstützung eines professionellen Moderators und mehrerer Experten über die aus ihrer Sicht wünschenswerten Werte, Kriterien und Verfahrensregeln zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung. Zum Abschluss haben sie die Ergebnisse ihrer Beratungen in einer gemeinsamen Stellungnahme – dem Bürgervotum – festgehalten (Teilnehmer der Lübecker Bürgerkonferenz, 2014).⁸⁰ Die Lübecker Konferenz war das erste Verfahren dieser Art zu Fragen der Priorisierung in Deutschland.

Die Vorbereitung des Projekts begann im Sommer 2009 auf Initiative von Heiner Raspe (HR) und Thorsten Meyer (TM; beide damals Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck). Tabelle 13 zeigt den groben Ablauf des Projekts: Zunächst wurde eine schriftliche Bevölkerungsbefragung⁸¹ zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung durchgeführt, die der inhaltlichen Vorbereitung sowie der Rekrutierung der Teilnehmer diente. Nach Abschluss der Befragung wurden die Teilnehmer mit Hilfe eines stratifizierten Zufallsverfahrens aus der Gruppe interessierter Befragungsteilnehmer ausgewählt. Parallel erfolgten die Auswahl des Moderators der Konferenz und anschließend eine Vorauswahl von Experten für die Befragung durch die Bürgerkonferenzteilnehmer. Zwischen Mai und Juli 2010 tagte die Bürgerkonferenz, anschließend wurde das Bürgervotum der Öffentlichkeit präsentiert und postalisch an relevante Experten und Entscheidungsträger im Gesundheitswesen versandt. Im Oktober 2010 wurde schließlich ein wissenschaftliches Symposium zur Diskussion der Ergebnisse der Bürgerkonferenz organisiert.

⁷⁹ Die Details zur Organisation und zum Ablauf der Lübecker Bürgerkonferenz sind bereits in Buchform (Stumpf, 2014b) veröffentlicht. Einige Absätze der folgenden Abschnitte sind mit leichten Anpassungen dieser Publikation entnommen.

⁸⁰ Das Bürgervotum ist zudem unmittelbar nach der Konferenz im Internet veröffentlicht worden: <http://bit.ly/O0Bc8g> (letzter Zugriff: 20.02.2015).

⁸¹ Für die Methodik und die Ergebnisse dieser Befragung siehe Stumpf et al. (2014a).

Tabelle 13: Ablauf der Vorbereitungen und Organisation der Bürgerkonferenz

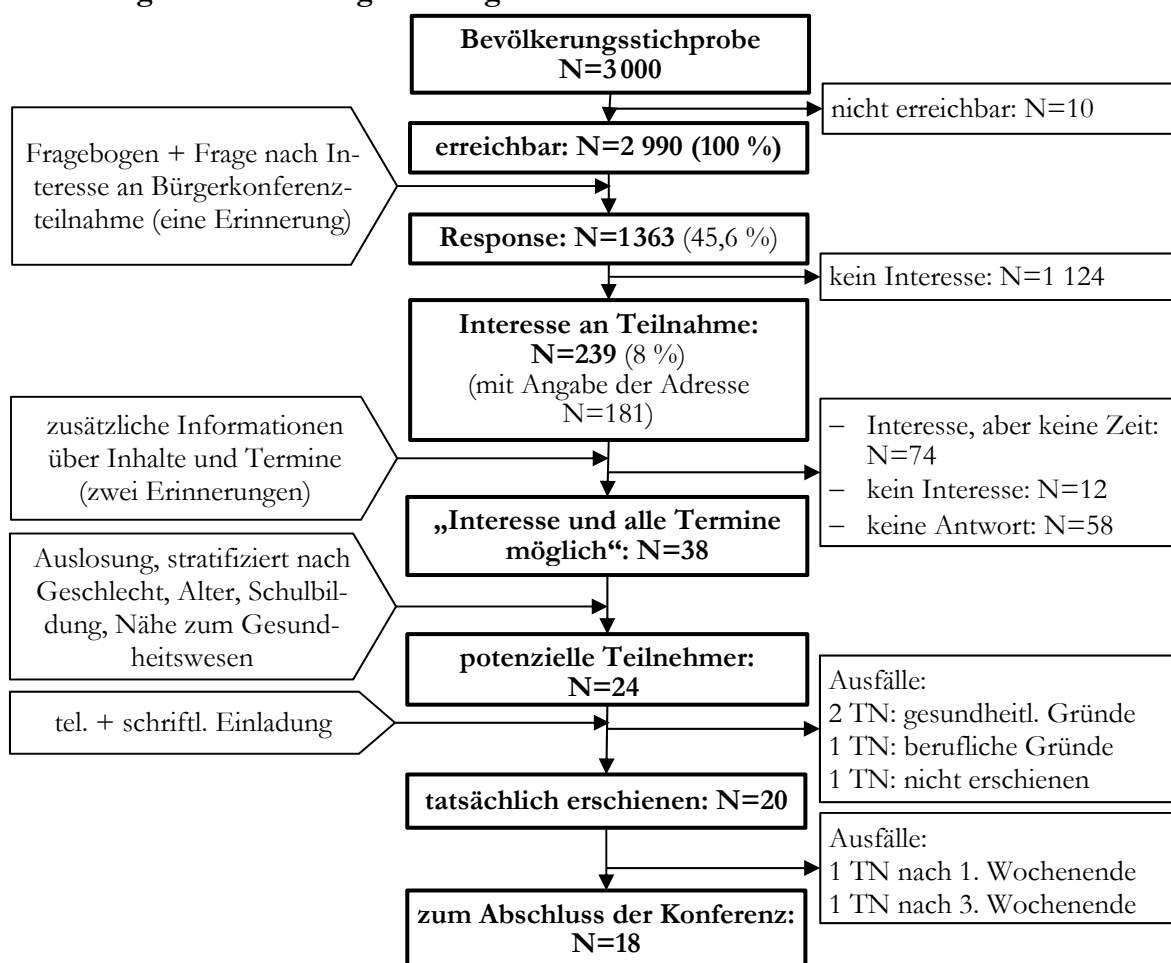
Studienablauf															
Jahr	2009					2010									
Monat	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Vorbereitende Befragung von 3000 Lübecker Bürgern zur Priorisierung in der Medizin															
Auswahl des Moderators															
Auswahl und Einladung der Bürger															
Vorauswahl der Experten															
Durchführung der Bürgerkonferenz															
Versand des Bürgervotums an Experten und Entscheidungsträger															
Diskussion der Ergebnisse im Rahmen eines wissenschaftlichen Symposiums in Lübeck															

In den folgenden Abschnitten werden die Details der Organisation der Bürgerkonferenz sowie ihr Ablauf beschrieben.

6.1.1 Rekrutierung und Charakteristika der Teilnehmer

Die Rekrutierung der Bürgerkonferenzteilnehmer erfolgte mithilfe des im Herbst 2009 in der Hansestadt Lübeck durchgeführten schriftlichen Bevölkerungssurveys. Abbildung 3 zeigt den Ablauf des Rekrutierungsprozesses für Bevölkerungssurvey und Bürgerkonferenz:

Abbildung 3: Rekrutierung der Bürgerkonferenzteilnehmer



Für den Bevölkerungssurvey wurden 3 000 vom Einwohnermeldeamt zufällig ausgewählte volljährige Bürger Lübecks mithilfe eines standardisierten Fragebogens zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung befragt (Fragebogen: Anhang 1.1). Am Ende des Fragebogens wurden die Befragten gebeten, anzugeben, ob sie sich für die Teilnahme an einer Bürgerkonferenz zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung interessierten. Insgesamt haben sich zwischen November 2009 und Januar 2010 nach zwei Erinnerungsschreiben 1 363 (45,6 %) von 2 990 erreichbaren Personen an der Befragung beteiligt. 239 Antwortende bekundeten ihr Interesse an der Bürgerkonferenzteilnahme; von diesen hatten 181 ihre Postanschrift angegeben. Diese Personen wurden im Frühjahr 2010 detaillierter über die geplante Bürgerkonferenz informiert und gebeten, ihr Teilnahmeinteresse zu bekräftigen und alle Termine zu bestätigen (Anhang 1.2). Darauf gaben 38 Personen eine positive Rückmeldung. 74 Personen gaben an, zwar weiterhin Interesse an der Teilnahme zu haben, aber nicht alle Termine einrichten zu können. 70 von diesen wünschten sich weitere Informationen über den Verlauf und das Ergebnis der Bürgerkonferenz. An diese Personen wurden sämtliche später veröffentlichte Pressemitteilungen und das abschließende Votum der Bürgerkonferenzteilnehmer postalisch versandt.

Aus den 38 Interessenten wurden stratifiziert nach Alter, Geschlecht, Schulbildung und der persönlichen Nähe zum Gesundheitswesen 24 Personen ausgelost. Für die Stratifizierung wurden zwei durch den Median getrennte Altersgruppen gebildet: 1.) bis 54 Jahre und 2.) ab 55 Jahre. Die Schulbildung wurde in drei Kategorien unterteilt: 1.) Hauptschule oder ohne Abschluss, 2.) mittlere Reife oder polytechnische Oberschule, 3.) Fachabitur oder Abitur. Für die Variable „Nähe zum Gesundheitswesen“ wurden die Angaben aus drei dichotomisierten Items des Fragebogens berücksichtigt: Häufigkeit der Arztbesuche (bis maximal 6 / ab 7 Arztbesuche in den letzten 12 Wochen), eigene chronische Erkrankung (nein / ja), Tätigkeit im Gesundheitswesen (nein / ja, jetzt oder früher). Befragungsteilnehmern, auf die wenigstens eine der aufgeführten Eigenschaften zutraf, wurde eine persönliche Nähe zum Gesundheitswesen zugesprochen.

Es wurde angestrebt, jeweils einen Teilnehmer für jede der 24 Kombinationen aus den Ausprägungen der vier genannten Stratifizierungsvariablen zu rekrutieren. Auf diese Weise sollte eine möglichst diverse Teilnehmergruppe zusammengestellt werden. Allerdings blieben einige Gruppen unbesetzt, wie Spalte 1 in Tabelle 14 zeigt. Mit Hilfe von SPSS wurde aus allen besetzten Gruppen ein Teilnehmer per Zufall ausgewählt; für die nicht besetzten Gruppen wurden Teilnehmer aus anderen Gruppen mit möglichst ähnlichen Ausprägungen der Stratifizierungskriterien rekrutiert.

Anfang April wurden alle per stratifizierte Zufallsauswahl bestimmten potenziellen Teilnehmer telefonisch kontaktiert und zur Teilnahme eingeladen. Vier Personen haben während dieses Telefonats ihre Bereitschaft zur Teilnahme zurückgezogen. Offenbar war dreien trotz umfangreicher Informationen im Vorfeld nicht ausreichend bewusst gewesen, dass sie an allen geplanten Terminen zur Konferenz erscheinen sollten (jeweils eine Person aus Gruppe 1, 2, 12). Ein Teilnehmer musste aus gesundheitlichen Gründen ausscheiden (Gruppe 20). Zwei weitere per Los bestimmte Teilnehmer konnten telefonisch trotz mehrerer Versuche zu unterschiedlichen Tageszeiten nicht erreicht werden (Gruppe 6 und 12). Für die ausgefallenen Personen wurden Teilnehmer nachrekrutiert – wenn möglich aus der gleichen, andernfalls aus einer anderen Gruppe mit ähnlichen Merkmalen. Spalte 2 in Tabelle 14 zeigt die Charakteristika derjenigen, die nach diesen Telefonaten endgültig zur Teilnahme eingeladen wurden.

Tabelle 14: Charakteristika der (potenziellen) Bürgerkonferenzteilnehmer

Gruppe nach Stratifizierung					Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3
					Nach schriftl. Info zur Teilnahme bereit	Nach Telefonat eingeladen	Tatsächlich an allen Wochenenden teilgenommen
NR.	Alter	Nähe zum Gesundheitswesen	Schulabschließung	Geschlecht			
1	J	nein	HS	♂	1		
2	J	ja	HS	♂	2	1	
3	J	nein	RS	♂	2	2	1
4	J	ja	RS	♂	1	1	1
5	J	nein	ABI	♂	2	1	1
6	J	ja	ABI	♂	5	2	2
7	J	nein	HS	♀			
8	J	ja	HS	♀			
9	J	nein	RS	♀			
10	J	ja	RS	♀	4	4	3
11	J	nein	ABI	♀			
12	J	ja	ABI	♀	5	1	1
13	A	nein	HS	♂	2	1	1
14	A	ja	HS	♂	2	2	1
15	A	nein	RS	♂	2	2	2
16	A	ja	RS	♂			
17	A	nein	ABI	♂			
18	A	ja	ABI	♂	2	2	2
19	A	nein	HS	♀	1	1	
20	A	ja	HS	♀	4	1	1
21	A	nein	RS	♀	1	1	1
22	A	ja	RS	♀	1	1	
23	A	nein	ABI	♀			
24	A	ja	ABI	♀	1	1	1
Σ					38	24	18

Legende: J = Jüngere; A = Ältere

HS = Hauptschule oder ohne Abschluss; RS = Realschule/POS; ABI = Fachabitur/Abitur

♂ = männlich; ♀ = weiblich

Nach den Telefonaten wurden Mitte April 24 Personen per Brief verbindlich zur Bürgerkonferenz eingeladen (Anhang 1.3); einige Tage später erhielten sie zur Vorbereitung auf die Konferenz weiteres Informationsmaterial (Anhang 1.4).

Die Konferenz begann am 07. Mai 2010 und endete am 04. Juli 2010. Drei potenzielle Teilnehmer haben ihre Teilnahme kurzfristig vor Beginn der Konferenz abgesagt: Eine Teilnehmerin (Gruppe 19 in Tabelle 14) und ein Teilnehmer (Gruppe 2) gaben gesundheitlichen Gründe hierfür an und eine Teilnehmerin (Gruppe 10) konnte aus beruflichen Gründen nicht teilnehmen. Eine Person (Gruppe 22) ist ohne Begründung nicht zum Konferenzbeginn erschienen und konnte im Nachhinein nicht telefonisch kontaktiert werden. Ein weiterer Teilnehmer musste nach dem ersten Konferenzwochenende aus gesundheitlichen Gründen ausscheiden (Gruppe 14) und ein Teilnehmer (Gruppe 3) ist zum letzten Wochenende nicht erschienen und konnte nicht mehr erreicht werden. Somit haben letztendlich 18 Personen an allen vier Konferenzwochenenden teilgenommen. Darunter waren 11 Männer und 7 Frauen. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer betrug 54 Jahre, der jüngste Teilnehmer war 19, die älteste Teilnehmerin 76 Jahre alt.

6.1.2 An der Organisation der Bürgerkonferenz beteiligte Akteure

Für die Organisation der Bürgerkonferenz waren Heiner Raspe (HR, Projektleiter)⁸² und die Autorin (SST, Projektmitarbeiterin) verantwortlich. Dabei wurden sie von Silke Schick Tanz (SiSchi, Professorin für Kultur und Ethik der Biomedizin, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen) beraten und unterstützt. Sie war die Organisatorin der ersten deutschen Bürgerkonferenz im Jahr 2001 in Dresden (Schick Tanz und Naumann, 2003b), die für das Lübecker Projekt als Vorbild diente. Auch Thorsten Meyer, der gemeinsam mit HR die Bürgerkonferenz initiiert hatte, unterstützte die Vorbereitungen des Verfahrens. Er war insbesondere mitverantwortlich für den im Vorfeld durchgeführten Bevölkerungssurvey.

Die Debatten während der Konferenz wurden von Jens-Peter Dunst (JPD, Hamburg), einem professionellen, inhaltlich nicht vorinformierten Moderator begleitet, der von Sarah Hecker (SH, medizinische Doktorandin am Institut für Sozialmedizin) als Moderationsassistentin unterstützt wurde. Neben den direkt an den Debatten beteiligten Bürgern und den Moderatoren waren auch die Organisatoren (HR und SST) während der Plenumsberatungen der Bürgerkonferenz als Beobachter anwesend. Zudem nahm Mirjam Hauschildt (MH, medizinische Doktorandin bei Silke Schick Tanz) an allen Konferenzwochenenden in Lübeck teil. Sie fertigte die Ergebnisprotokolle der Konferenzwochenenden an.

⁸² Für eine Liste aller an der Bürgerkonferenz beteiligter Personen und ihrer Funktionen, siehe Anhang 1.5.

Schließlich erhielt die Bürgerkonferenz umfassende Unterstützung von verschiedenen Lübecker Stiftungen und weiteren Personen der Hansestadt. So übernahmen die Possehl-Stiftung Lübeck und die Sparkassenstiftung Lübeck einen Großteil der Finanzierung des Projekts. Am ersten Konferenztag empfing der Bürgermeister der Hansestadt die Teilnehmer der Bürgerkonferenz im Rathaus und dankte ihnen für ihren ehrenamtlichen Einsatz. Die GE-MEINNÜTZIGE Lübeck empfing alle Teilnehmer am Freitagabend des letzten Konferenzwochenendes in ihren Räumlichkeiten und lud sie zum Abendessen ein. Das Wissenschaftsmanagement der Stadt begleitete die Öffentlichkeitsarbeit der Bürgerkonferenz und ehrte die Teilnehmer zum Tag der Wissenschaft 2010 mit einer Urkunde.

6.1.3 Auswahl und Aufgaben des Moderators

Die Auswahl von Jens-Peter Dunst als Moderator erfolgte durch ein persönliches Gespräch in Lübeck. Er war den Organisatoren von Reinhard Sellnow, dem Moderator der 2001 in Dresden durchgeführten Bürgerkonferenz, empfohlen worden. Jens-Peter Dunst war bereits seit vielen Jahren hauptberuflich als Moderator und Berater tätig gewesen und verfügte über umfangreiche Erfahrungen in der Moderation von Gruppendiskussionen. Vor dem Auftrag zur Moderation der Lübecker Bürgerkonferenz hatte er sich noch nicht mit der Priorisierungsthematik befasst. Als zweite Ansprechpartnerin für die Konferenzteilnehmer stand Sarah Hecker zur Verfügung.

Die primäre Aufgabe des Moderators bestand in der Unterstützung der Teilnehmer in allen Phasen der Bürgerkonferenz. Er sollte eine gleichberechtigte und offene Diskussion ermöglichen und gleichzeitig Ansprechpartner für alle Belange der Teilnehmer sein. Dies schloss sowohl die Vermittlung zwischen Teilnehmern im Konfliktfall als auch die besondere Rücksichtnahme auf weniger wortgewandte oder zurückhaltendere Teilnehmer ein. Die Teilnehmer selbst beauftragten den Moderator, für die Einhaltung der am ersten Wochenende gemeinsam aufgestellten Regeln für ihre Deliberation zu sorgen.

Auch in der Interaktion mit den Experten und gegenüber den Organisatoren der Bürgerkonferenz sollte der Moderator die Interessen der Bürger vertreten, wenn diese es wünschten. Hierdurch sollte eine bewusste oder unbewusste inhaltliche Beeinflussung der Teilnehmer durch Experten oder Organisatoren vermieden oder zumindest erkannt und offen diskutiert werden. Schließlich war der Moderator auch dafür verantwortlich, dass die Bürgergruppe in der begrenzten zur Verfügung stehenden Zeit zu einem gemeinsamen Ergebnis kommen konnte. So hat er insbesondere während der Arbeit am Bürgervotum alle Beteiligten immer

wieder motiviert, die gemeinsame Arbeit im knappen Zeitrahmen zu Ende zu bringen. Insgesamt erfüllte der Moderator eine zentrale Rolle im Prozess der Bürgerkonferenz.⁸³

6.1.4 Moderationstechniken, Gruppenbildung und Dokumentation der Debatten

Zur Moderation der Bürgerkonferenz wurde die sogenannte Metaplan-Methode angewandt. Diese sieht vor, dass die Inhalte der Debatten schriftlich auf farbigen Karten festgehalten werden, die für alle sichtbar an Moderationswänden angebracht werden. Dieses Vorgehen erleichterte die Strukturierung von Argumenten durch die Sortierung dieser Karten. Mit Hilfe von Fotografien wurden unterschiedliche Stadien der Diskussion dokumentiert, damit die Entwicklung der Argumente für alle Teilnehmer jederzeit transparent und nachvollziehbar war.

Zudem sind verschiedene Techniken angewandt worden, um ein angenehmes Diskussionsklima zu fördern und eine ausgewogene und lebhafte Debatte zu ermöglichen. So wurden beispielsweise regelmäßig unterschiedlich zusammengesetzte Kleingruppen gebildet, damit jeder mit möglichst vielen anderen Teilnehmern und dadurch mit deren Standpunkten und Argumenten in intensiveren Kontakt kommen konnte. Zudem wurden jeweils zu Beginn und am Ende jedes Tages alle Teilnehmer und auch alle weiteren anwesenden Personen um eine persönliche Stellungnahme zu ihren Eindrücken und Erwartungen gebeten.

6.1.5 Informationsmaterial und Expertenbefragung

Den Teilnehmern der Lübecker Bürgerkonferenz standen verschiedene Quellen zu Ihrer Information zur Verfügung. Neben dem im Vorfeld der Konferenz postalisch versandten Informationsmaterial (Anhang 1.2 und Anhang 1.4) wurde eine möglichst breite Auswahl von Publikationen zu Priorisierungs- und damit in Verbindung stehenden gesundheitspolitischen Fragen zusammengestellt. Dies waren etwa Stellungnahmen zu diesem Thema – u. a. vom Rat der evangelischen Kirche Deutschland (EKD), der ZEKO und von der oben erwähnten Schwedischen Parlamentskommission. Aber auch Buchpublikationen, ein Sonderheft der Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen sowie eine Reihe von Beiträgen in Fachzeitschriften, Zeitungen und Online-Medien wurden den Teilnehmern zur Verfügung gestellt (siehe Liste im Anhang 1.6). Zusätzlich wurde Material über die Dresdner Bürgerkonferenz als Vorbild für das Lübecker Verfahren bereitgestellt. Alle Texte wurden während aller Bürgerkonferenzwochenenden ausgelegt, damit die Teilnehmer diese jederzeit einsehen und auf Wunsch Kopien hiervon erhalten konnten. Die Liste wurde zwischen den

⁸³ Jens-Peter Dunst hat seine Perspektive auf die Bürgerkonferenz in dem zur Dokumentation der Bürgerkonferenz veröffentlichten Buch dargestellt (2014).

Konferenzwochenenden bei Bedarf ergänzt – beispielsweise um einen Bericht über den Deutschen Ärztetag 2010, der Ende Mai stattgefunden und auch Priorisierungsfragen berührt hatte.

Für den Informationsaustausch unter den Teilnehmern zwischen den einzelnen Konferenzwochenenden wurde ein E-Mailverteiler eingerichtet. Da einzelne Personen keinen Zugang zum Internet hatten, wurden die Organisatoren gebeten, Nachrichten ggf. postalisch an die Mitglieder der Bürgergruppe weiterzuleiten. Auf diesem Wege wurden auch die Foto- und Ergebnisprotokolle der Konferenzwochenenden an die Teilnehmer versandt.

Zusätzlich zu diesen schriftlichen Informationsquellen hatten die Teilnehmer der Bürgerkonferenz die Möglichkeit, Experten zu unterschiedlichen Themenbereichen zu befragen. Eine Vorauswahl der Experten war von den Organisatoren getroffen worden. Ausschlaggebend für diese Auswahl waren 1.) die Expertise der Sachverständigen in einem relevanten und mit der Priorisierungsdiskussion in Verbindung stehenden Feld, 2.) eine möglichst sachliche und nicht direktive Haltung in Bezug auf die umstrittenen Fragen in der Priorisierungsdebatte und 3.) die Verfügbarkeit an den infrage kommenden Konferenzwochenenden. Zudem wurden gezielt Experten ausgewählt, die unterschiedliche Positionen zu strittigen Punkten in der Priorisierungsdebatte vertraten. Auch auf einen inhaltlichen Kontrast zu den innerhalb der Lübecker Arbeitsgruppe entwickelten Argumenten und Überzeugungen wurde geachtet. Nach diesen Kriterien erstellten die Organisatoren eine Liste von Experten (Anhang 1.7). Von dieser konnten die Teilnehmer diejenigen Sachverständigen auswählen, die sie tatsächlich befragen wollten. Die Befragungen wurden am dritten und vierten Konferenzwochenende durchgeführt. Ausnahmen bildeten Silke Schicktzanz, die am ersten und letzten Konferenzwochenende als Expertin für die Methode der Bürgerkonferenz anwesend war, und Thorsten Meyer, der den Teilnehmern bereits am zweiten Wochenende für eine Expertenbefragung zur Verfügung stand. Diese Befragung diente zum einen der vertieften Einarbeitung der Teilnehmer ins Thema; zum anderen wurde das von den Teilnehmern gemeinsam mit dem Moderator entwickelte Vorgehen zur Expertenbefragung erprobt. Jörg Carlsson, ein deutsch-schwedischer Experte zum Thema „Priorisierung in Schweden“, wurde bereits im Vorfeld der Konferenz fest nach Lübeck eingeladen, da eine kurzfristige Anreise aus Schweden in den Sommermonaten zu organisatorischen Schwierigkeiten geführt hätte.

Alle Experten wurden den Teilnehmern am zweiten Konferenzwochenende anhand kurzer Vignetten vorgestellt. Bis auf die für den Themenbereich „Evidenz und klinische Studien“ vorgeschlagene Expertin wurden alle zur Auswahl stehenden Personen von den Teilnehmern eingeladen. Für die Befragungen jedes einzelnen Experten stand jeweils eine Stunde zur Verfügung. Die Befragungen wurden von wechselnden zwei- oder dreiköpfigen Teams aus der Gruppe der Teilnehmer geleitet. Diese Teams stellten den Experten die im Vorfeld vorbe-

reiten Fragen der Bürgergruppe. Anschließend waren Nachfragen und ergänzende Fragen aus dem Plenum zugelassen. Der Moderator der Konferenz führte für alle sichtbar ein Kurzprotokoll auf Flipchartbögen. Im Anschluss an die einstündigen Befragungen diskutierten die Teilnehmer deren Ergebnisse im Plenum und hielten die aus ihrer Sicht zentralen Aspekte fest.

Mit der Einladung erhielten die Experten jeweils Detailinformationen zum Ablauf der Befragung und eine Auswahl von bereits erarbeiteten Fragen. Sie wurden gebeten, diese möglichst konkret und allgemein verständlich zu beantworten und keinen Expertenvortrag zu halten. Allerdings hatten die Teilnehmer sich entschieden, jeden Experten am Ende seiner Befragung um ein persönliches Statement zum Thema zu bitten und nach möglichen weiteren wichtigen Aspekten zu fragen, die bislang noch nicht zur Sprache gekommen waren.

6.1.6 Öffentlichkeitsarbeit und Verbreitung der Ergebnisse

Ursprünglich hatte der Pressesprecher des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), an dem das Institut für Sozialmedizin angesiedelt ist, angeboten, die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Organisatoren zu unterstützen. Am UKSH hatte man jedoch angesichts der politisch umstrittenen und schwierigen Thematik der Bürgerkonferenz Bedenken, das Projekt öffentlich zu vertreten. Daher ist die Pressearbeit primär durch die Organisatoren (SST, HR) der Bürgerkonferenz übernommen worden. Sie wurden dabei durch die Wissenschaftsmanagerin der Stadt Lübeck beraten und technisch durch den Pressesprecher der Universität zu Lübeck unterstützt. Im Vorfeld der Konferenz wurden zunächst die für Wissenschaft und Medizin verantwortlichen Vertreter verschiedener Medien sowie freie Journalisten direkt telefonisch oder per E-Mail über die geplante Konferenz informiert. Die prinzipiell Interessierten wurden in einen Presseverteiler aufgenommen. Vor jedem Konferenzwochenende wurden Pressemitteilungen an diesen Verteiler und über den Presseverteiler der Universität zu Lübeck versandt, in denen über den Verlauf der Konferenz und die jeweils anstehenden Beratungen der Bürgerkonferenz berichtet wurde. Inhaltliche Aspekte wurden zwischen den Konferenzwochenenden nicht veröffentlicht, um der abschließenden Stellungnahme der Bürger nicht vorwegzugreifen.

Um den interessierten Vertretern der Medien einen vertieften Einblick in die Inhalte und den Ablauf der Bürgerkonferenz zu ermöglichen, wurden alle Personen aus den Presseverteilern zu einer der Expertenbefragungen am dritten Konferenzwochenende eingeladen. An diesem Termin standen auch einige Teilnehmer für Presseinterviews zur Verfügung. Am Tag nach dem letzten Konferenzwochenende wurde das Bürgervotum im Rahmen einer Pressekonferenz der Öffentlichkeit vorgestellt. Auch hierzu wurde eine Einladung an die Presse-

verteiler der Organisatoren und der Universität zu Lübeck versandt. Im August 2010 wurde das Votum schließlich postalisch an insgesamt 419 Adressaten versandt. Darunter waren neben den direkt an der Bürgerkonferenz beteiligten Personen insbesondere verschiedene Experten und Entscheidungsträger aus dem Gesundheitswesen, die interessierten Bürger, die nicht an der Konferenz hatten teilnehmen können, sowie weitere Interessenten, die sich persönlich bei den Organisatoren nach den Konferenzergebnissen erkundigt hatten. Die Liste der Arten von Adressaten für den Versand des Bürgervotums ist in Tabelle 18 in Abschnitt 6.2.6 dargestellt.

6.1.7 Wissenschaftliche Begleitung und Aufbereitung der Bürgerkonferenz

Im Oktober 2010 wurde vom Institut für Sozialmedizin in Lübeck ein wissenschaftliches Symposium zur Bürgerkonferenz organisiert.⁸⁴ Zu diesem Symposium waren Vertreter unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen eingeladen worden, die Bürgerkonferenz und ihr Ergebnis aus der Perspektive ihrer jeweiligen Fachrichtung zu diskutieren. Auch zwei Teilnehmer der Bürgerkonferenz referierten über das Bürgervotum und über ihre Erfahrungen während der Konferenz.

Die weitere wissenschaftliche Aufarbeitung der Bürgerkonferenz erfolgte primär durch die Organisatoren (SST und HR). Die vorliegende Arbeit stellt den Kern der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Verfahren dar. Parallel zu ihrer Entstehung wurden bereits Einzelaspekte aufgegriffen und im Rahmen von Vorträgen oder Aufsätzen in Fachzeitschriften veröffentlicht (insb. Stumpf und Raspe, 2011; 2012).⁸⁵ Das im Frühjahr 2014 erschienene Buch zur Bürgerkonferenz diente primär der Dokumentation von Hintergründen, Durchführung und Ergebnissen des Projekts (Stumpf und Raspe, 2014). Dabei kamen neben den Organisatoren auch weitere an dem Verfahren beteiligte Personen zu Wort: So ordneten Hauschildt und Schicktanz in einem Beitrag die Lübecker Bürgerkonferenz in bisherige Erfahrungen mit ähnlichen Verfahren ein und der Moderator sowie zwei Teilnehmer berichteten von ihren Erfahrungen während der Konferenz. Neben diesen durch die Organisatoren initiierten wissenschaftlichen Beiträgen zur Bürgerkonferenz beschäftigte sich auch Mirjam Hauschildt in ihrer medizinischen Doktorarbeit mit dem Projekt und wertete hierfür ihre Beobachtungen während der Konferenz aus (Hauschildt, 2012).

⁸⁴ Anlass dieser Veranstaltung war die Verabschiedung von Heiner Raspe als Direktor des Instituts für Sozialmedizin.

⁸⁵ Siehe Anhang 4 für eine vollständige Liste der Publikationen und Vorträge der Autorin.

6.1.8 Inhalte und Verlauf der Konferenzwochenenden

An den vier Konferenzwochenenden mit insgesamt neun Konferenztagen haben sich die Bürgerkonferenzteilnehmer fast 60 Stunden über die Frage nach Werten, Kriterien und Verfahrensregeln zur Priorisierung beraten. An den ersten drei Konferenzwochenenden trafen sich die Teilnehmer jeweils freitagnachmittags von 14:00 Uhr bis 19:00 Uhr und samstags ganztägig von 9:00 Uhr bis 17:00 Uhr. An jedem Freitagabend waren alle an der Bürgerkonferenz beteiligten Personen zum gemeinsamen Abendessen eingeladen. Am vierten Wochenende stand zusätzlich der Sonntag für die Formulierung des Bürgervotums zur Verfügung. Die Konferenz tagte in den Räumen des Instituts für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung der Universität zu Lübeck, das zentral in der Innenstadt gelegen ist und ausreichend Platz für Plenums- und Kleingruppenarbeit bot. Die Inhalte und der Verlauf der einzelnen Konferenzwochenenden werden im Folgenden beschrieben.

6.1.8.1 Erstes Wochenende: Kennenlernen und Einführung ins Thema

Das erste Konferenzwochenende am 7. und 8. Mai 2010 diente dem gegenseitigen Kennenlernen der Teilnehmer und der Einführung ins Thema sowie in die Methode der Bürgerkonferenz. Nach einer Begrüßung durch Cornelius Borck (2014), in dessen Räumen die Konferenz tagte, führte Heiner Raspe als Projektleiter in die Bürgerkonferenz ein (2014). Anschließend stellten sich die Teilnehmer einander vor. Hierfür waren sie gebeten worden, möglichst auch über ihre Beweggründe für die Teilnahme zu berichten. So sollten möglichst bereits zu Beginn eine offene Deliberationsatmosphäre geschaffen und etwaige Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung sowie die möglicherweise daraus resultierenden persönlichen Standpunkte offen gelegt werden. Als nächstes stellte Silke Schicktanz die Methode der Bürgerkonferenz vor und besprach mit den Teilnehmern offene organisatorische und konzeptionelle Fragen. Auf Basis einer Vorlage von der ersten deutschen Bürgerkonferenz 2001 in Dresden erstellten die Teilnehmer am ersten Konferenztag eigene Deliberationsregeln, die während aller Debatten gut sichtbar im Konferenzraum aufgehängt wurden. Sie diskutierten auch die Aufgaben des Moderators und besprachen Fragen der Öffentlichkeitsarbeit.

Am Morgen des Samstages begann die Einarbeitung ins Thema Priorisierung. Hierfür wurden zwei Planspiele – sogenannte Priorisierungsspiele – durchgeführt, die die Organisatoren im Vorfeld vorbereitet hatten (Anhang 1.8 und Anhang 1.9). Vorbild hierfür waren die Priorisierungsspiele, die in Dänemark organisiert worden waren, um Bürger über die Priorisierungsproblematik zu informieren (vgl. Abschnitt 4.5.3.3).

Das erste Priorisierungsspiel beschäftigte sich mit einer Entscheidungssituation auf der Mikro-Ebene der medizinischen Versorgung, also auf der Ebene der Versorgung einzelner Patienten: Die Konferenzteilnehmer erhielten vier fiktive Fallvignetten von Patienten, die eine

Totale Endoprothese des Hüftgelenks benötigen. Da ein Platz auf der Warteliste für diese Operation überraschend frei geworden sei, könne nun einer dieser Patienten ausgewählt werden, um vorzeitig operiert zu werden. Die Konferenzteilnehmer wurden aufgefordert, in Kleingruppen die zur Auswahl stehenden Patienten in eine Reihenfolge zu bringen, nach der ihnen der freigewordene Operationstermin angeboten werden sollte. Die Ergebnisse der Kleingruppen wurden anschließend im Plenum vorgestellt und diskutiert. Ein besonderes Augenmerk wurde auf die Kriterien gelegt, die zu den vorgeschlagenen Reihenfolgen geführt hatten.

Das zweite Priorisierungsspiel sollte den Fokus der Teilnehmer von der Mikro- eher auf die Meso-Ebene der medizinischen Versorgung lenken: Den Teilnehmern wurde ein fiktives Szenario eröffnet, in dem im kommenden Jahr 100 Millionen Euro zusätzlicher Steuereinnahmen für die medizinische Versorgung zur Verfügung stünden. Für deren Verwendung standen fünf Vorschläge zur Auswahl. Jeweils zwei Konferenzteilnehmer erhielten Informationsmaterial über eine dieser Optionen und sollten anschließend als Experten ein Plädoyer für diesen Vorschlag halten. Eine weitere Kleingruppe wurde als fiktives Politikergremium aufgefordert, über die Einsatzmöglichkeiten der zusätzlichen Mittel zu diskutieren und eine Entscheidung über deren Verteilung zu treffen.

Im Anschluss an die Priorisierungsspiele wurde eine Sammlung von möglichen, im weiteren Prozess zu diskutierenden Werten und Kriterien begonnen, die die Teilnehmer für solche und ähnliche Priorisierungssituationen für relevant hielten. Auch eine Sammlung von Fragen für die Experten wurde angelegt. Im Verlauf der Bürgerkonferenz wurden diese Listen weiterentwickelt, ergänzt und strukturiert. Sie bildeten die Basis für die weiteren Debatten.

6.1.8.2 Zweites Wochenende: tieferer Einstieg ins Thema, Vorbereitung der Expertenbefragung

Zum zweiten Mal trafen sich die Bürger am 28. und 29. Mai 2010. Am Freitagnachmittag begannen sie zunächst mit der Sichtung und Ordnung der am ersten Wochenende identifizierten Werte, Kriterien und Expertenfragen. Zur Vorbereitung des eigenen Bürgervotums wurde anschließend die Stellungnahme der Dresdner Bürgerkonferenz von 2001 gelesen. Ziel war die Identifikation von Merkmalen, an denen sich die Teilnehmer später orientieren wollten. Zuletzt bereiteten die Teilnehmer die für das dritte und vierte Konferenzwochenende geplante Expertenbefragungen vor. Hierfür wurden einzelne zuvor aufgeworfene Fragen Themengebieten zugeordnet, für die später Experten eingeladen werden sollten. Eine Teilnehmerin hatte am ersten Wochenende von einem Buch zur aktuellen Situation im Gesundheitswesen berichtet, deren Autorin sie zur Einladung als weitere Expertin vorgeschlagen hatte. Nach der Vor-

stellung und Diskussion des Buchs und seiner Autorin sprachen sich die restlichen Teilnehmer jedoch gegen die Einladung der Autorin aus.

Auch der Samstag wurde zur Vorbereitung der Expertenbefragung genutzt. Zunächst wurden das konkrete Vorgehen und die Aufgabenverteilung während der Befragungen geklärt und „goldene Regeln“ hierfür aufgestellt. Dann legten die Teilnehmer das Prozedere für die Befragungen fest. Anschließend stand Thorsten Meyer als erster Experte zur Verfügung, um das Vorgehen während der Befragungen zu erproben und einzuüben. Er beantwortete Fragen zum schwedischen Modell der Priorisierung sowie zum Stand der deutschen Priorisierungsdebatte. Nach der Befragung reflektierten die Teilnehmer sowohl deren Inhalte als auch ihr Vorgehen währenddessen. Schließlich wurden die für die Bürgerkonferenz zur Verfügung stehenden Experten anhand von Vignetten einzeln vorgestellt und von den Teilnehmern im Hinblick auf die bislang identifizierten Informationsbedürfnisse ausgewählt (siehe Liste in Anhang 1.7). Die Zusammenstellung der Fragenkataloge und die konkrete inhaltliche Vorbereitung der Befragungen erfolgten am Samstagnachmittag in Kleingruppenarbeit. Anschließend kamen die Teilnehmer noch einmal im Plenum zusammen, stellten sich gegenseitig die Fragenkataloge für die einzelnen Experten vor und ergänzten diese bei Bedarf.

6.1.8.3 Drittes Wochenende: Expertenbefragung und Reflexion der bisherigen Debatten

Am Freitagnachmittag des dritten Wochenendes (18.-19. Juni 2010) wurden zwei Experten befragt: Christoph Rehmann-Sutter zum Thema Ethik in der Allokation medizinischer Ressourcen und Jörg Carlsson zu den schwedischen Priorisierungserfahrungen. Zur zweiten Befragung waren nach Rücksprache mit der Bürgergruppe Vertreter der Presse eingeladen; zwei Journalisten sind hierzu erschienen.

Am Samstag folgten drei weitere Expertenbefragungen: Zunächst stand Jens-Martin Träder, ein Lübecker Hausarzt und Professor für Allgemeinmedizin an der Universität zu Lübeck, zur Verfügung. Anschließend wurde Eckard Nagel zum aktuellen deutschen Gesundheitssystem befragt. Da er neben seiner Tätigkeit als Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität zu Bayreuth auch als Transplantationsmediziner arbeitete, wurde in seiner Befragung auch ein Fokus auf die Verteilung von Spenderorganen als Beispiel für faktische Priorisierung gelegt. Am Nachmittag folgte die Befragung von Claudia Landwehr, die sich als Politikwissenschaftlerin mit der Erforschung gerechter Verfahren für Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen beschäftigt hatte.

Anschließend war Zeit für die Vorbereitung des Bürgervotums eingeplant, das am nächsten Konferenzwochenende formuliert werden sollte. Ein erster Vorschlag der Organisatoren für eine grobe Gliederung des Votums wurde von den Teilnehmern diskutiert und in

modifizierter Form angenommen. Zu jedem vorgesehenen Kapitel – „Einleitung“, „Grundwerte der Priorisierung“ und „Kriterien zur Priorisierung“ – fand sich eine Gruppe von Teilnehmern, die die federführende Formulierung des jeweiligen Abschnitts übernehmen wollte. Einige der Kleingruppen erstellten nach Absprache mit den anderen Teilnehmern bereits vor dem nächsten Konferenzwochenende einen ersten Formulierungsvorschlag, der als Grundlage für die weitere inhaltliche Arbeit diente.

6.1.8.4 Viertes Wochenende: Letzte Expertenbefragungen und Schreiben des Votums

Vom 2. bis 4. Juli 2010 kam die Bürgergruppe zum vierten Mal zusammen. Am Freitagnachmittag wurden zwei weitere Experten befragt: zunächst Andreas Gerber vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG); anschließend Felix Welti zu sozialrechtlichen Grundlagen des Gesundheitswesens und ihrer Bedeutung für die Priorisierung in diesem Bereich.

Am Samstag und Sonntag des vierten Wochenendes wurde auf Grundlage der bereits im Vorfeld von einigen Teilnehmern erstellten Vorschläge das Bürgervotum in mehreren Durchgängen ausformuliert und überarbeitet. Hierzu kamen zunächst die drei für die einzelnen Kapitel gebildeten Kleingruppen zusammen, um einen vollständigen Textentwurf für ihr jeweiliges Kapitel zu erarbeiten. Um die Schreibearbeit in den Kleingruppen zu erleichtern, konnten die Teilnehmer Unterstützung von drei „Sekretären“ in Anspruch nehmen: Sarah Hecker (für die Gruppe zur Formulierung der Einleitung), Thorsten Meyer (Grundprinzipien-Gruppe) und Silke Schicktanz (Kriterien-Gruppe). Alle drei Kleingruppen haben diese Unterstützung genutzt. Die Aufgaben der Sekretäre waren insbesondere das Einpflegen der Formulierungsvorschläge der Teilnehmer in die für jede Gruppe bereitstehenden Computer und die Moderation der Debatten zwischen den Teilnehmern. Die Intensität der Arbeit der Sekretäre variierte jedoch zwischen den einzelnen Kleingruppen: Die Einleitungs- und die Grundprinzipiengruppe erarbeiteten relativ selbstständig einen Textentwurf. Die Kriterien-Gruppe hingegen benötigte mehr moderatorische Unterstützung bei der Einigung auf die Kriterien und der Strukturierung ihres Textabschnitts. Über die Inhalte dieses Kapitels wurde daher auch im Plenum intensiver diskutiert. Ziel war es, eine von allen mitgetragene Einigung zu erzielen.

Nachdem die Kleingruppen erste Textentwürfe erstellt und intern abgestimmt hatten, wurden diese im Plenum gemeinsam gelesen und diskutiert. Alle Teilnehmer hatten die Möglichkeit, die Textentwürfe zu kommentieren und Überarbeitungsbedarf anzumelden. Anschließend wurden die entsprechenden Überarbeitungsaufträge aus dem Plenum innerhalb der Kleingruppen umgesetzt. Am Samstagnachmittag wurde in einer gemeinsamen Runde der Stand der Arbeit reflektiert und besprochen, welche Arbeitsschritte am nächsten Tag noch zu

erledigen wären. Die Mitglieder der Kriteriengruppe arbeiteten noch bis in den Abend an ihrem Entwurf. Die Textentwürfe von Einleitungs- und Grundwertegruppe wurden von den Organisatoren (HR und SST) in eine gemeinsame Datei zusammengeführt und zurückhaltend mit Fragen und Anmerkungen an die Kleingruppen versehen. Diese Version bildete die Grundlage für die weitere Arbeit am Text des Votums.

Am Sonntagvormittag wurden zunächst die kommentierte Version des Textes von Einleitungs- und Grundwertegruppe sowie der bis dahin vorliegende Entwurf der Kriteriengruppe gemeinsam gelesen und diskutiert. Anschließend überarbeiteten die Kleingruppen erneut ihre Abschnitte nach den Vorgaben des Plenums. Parallel formierte sich eine Gruppe, die den Auftrag erhielt, die Inhalte der drei bereits erstellten Abschnitte zusammenzufassen und daraus Empfehlungen für die deutsche Priorisierungsdebatte abzuleiten. Auch dieser Textentwurf wurde im Plenum vorgestellt und diskutiert. Nach einer weiteren Überarbeitungsrunde wurde das gesamte Votum noch einmal im Plenum laut gelesen und letzte Änderungsvorschläge direkt für alle sichtbar am Computer umgesetzt (von SST). Anschließend signalisierten alle Teilnehmer ihre Zustimmung zu dem gemeinsamen Dokument durch ihre Unterschrift.

6.2 DATENERHEBUNG UND EMPIRISCHES MATERIAL

Zur Klärung der oben formulierten Fragen nach der Entfaltung von Potenzialen, der Verwirklichung von Qualitätsmerkmalen und den Auswirkungen von Kontextbedingungen der Lübecker Bürgerkonferenz sind vielfältige Materialien erhoben worden, die im Folgenden detailliert beschrieben werden. Hierzu gehören:

1. Transkripte der Plenumsdebatten während der Bürgerkonferenz (Abschnitt 6.2.1),
2. das Bürgervotum selbst und andere im Verlauf des Verfahrens entstandene Dokumente (6.2.2),
3. semistrukturierte Interviews mit einigen Teilnehmern vor und nach der Konferenz (6.2.3),
4. eine Sammlung der zur Bürgerkonferenz erschienen Medienberichte (6.2.4),
5. die Dokumentation des wissenschaftlichen Symposiums (6.2.5)
6. sowie eine schriftliche Befragung der Personen, denen das Bürgervotum postalisch zugesandt worden war (6.2.6).

Diese Materialien werden im Folgenden detailliert beschrieben.

6.2.1 Transkripte der Plenumsdiskussionen

Die Plenumsdebatten während der Bürgerkonferenz wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät fast vollständig aufgezeichnet. Lediglich die Einführungsrounden am Freitag und Samstag des ersten und am Freitag des dritten Wochenendes sowie die Expertenbefragung von Dr.

Andreas Gerber mit anschließender Reflexion fehlen aufgrund technischer Probleme. Insgesamt ergab sich exklusive der Pausenzeiten eine Tonbandlänge von 37:42:33 (hh:mm:ss; siehe für eine detaillierte Auflistung Anhang 2.1). Alle Aufnahmen wurden vollständig mithilfe der Software f4 verschriftlicht. Daran waren neben der Autorin zwei weitere Personen beteiligt. Die Regeln zur Transkription sind im Vorfeld festgelegt worden (Anhang 2.2). Die Transkriptionsregeln sollten eine möglichst ökonomische Verschriftlichung ermöglichen, ohne dass dabei wichtige auf den Tonbändern festgehaltene Details verloren gingen. Alle Debatten der Teilnehmer wurden wortwörtlich transkribiert und den jeweiligen Sprechern zugeordnet. Äußerungen im Dialekt wurden ins Schriftdeutsch übersetzt; gleichzeitige Wortbeiträge oder Unterbrechungen sowie längere Sprechpausen, Wortwiederholungen und auffällige Dehnungslaute wurden im Transkript entsprechend gekennzeichnet. Dabei sollten feinsprachliche Besonderheiten oder Betonungsunterschiede nur dann festgehalten werden, wenn sie für den Sinnzusammenhang von Relevanz waren. Die Zeichensetzung sollte rhetorischen, nicht unbedingt grammatikalischen Gesichtspunkte entsprechen und diene zur Strukturierung des Textes und zur Verbesserung der Lesbarkeit.

Die Tonbandtranskripte bilden den Kern der Datenbasis für die inhaltsanalytische Auswertung mithilfe der Analysesoftware MaxQDA 11. Das Vorgehen während der Auswertung der Tonbandtranskripte wird in Abschnitt 6.4 dargestellt.

6.2.2 *Bürgervotum, Protokolle und Dokumente von Teilnehmern*

Auch das Votum der Bürgerkonferenz, die Ergebnisprotokolle der Konferenzwochenenden und die von den Teilnehmern während und nach der Konferenz erstellten Dokumente wurden für die Bearbeitung der oben formulierten Teilfragen berücksichtigt. Um während der Darstellung der Materialien sowie der Analyseergebnisse den Bezug zu einzelnen Teilnehmern herstellen zu können und dennoch deren Anonymität zu wahren, wurden Pseudonyme vergeben. Die Liste der Pseudonyme mit den Stratifizierungseigenschaften der einzelnen Teilnehmer befindet sich in Anhang 2.3. Alle in Tabelle 15 aufgelisteten Dokumente wurden für die Auswertung vorbereitet, indem sie – sofern sie nicht bereits digital vorlagen – eingescannt und im PDF-Format gespeichert wurden. In diesem Format ließen sie sich in die Analyse-Software MaxQDA 11 einlesen.

Tabelle 15: Liste der Dokumente von Teilnehmern während und nach der Konferenz

Inhalt der Dokumente	Erstellt durch	Datum
Schriftstücke und Korrespondenz der Teilnehmer während der Bürgerkonferenz		
Fax eines Teilnehmers zu seinem Verständnis von Gerechtigkeit	TN 17	30.05.2010
Protokoll zur Befragung von Thorsten Meyer und Sammlung allgemeiner Fragen eines Teilnehmers	TN 20	04.06.2010
Kommentar eines Teilnehmers zur Gliederung des Votums	TN 12	25.06.2010
Textentwürfe der Teilnehmer für das Bürgervotum		
Einleitung	TN 12, TN 15	25.06.2010
Kriterien	TN 20	30.06.2010
Grundprinzipien	TN 10	30.06.2010
Gesamtentwurf	TN 17	30.06.2010
Bürgervotum	Alle Teilnehmer	04.07.2010
Vier Ergebnisprotokolle der Konferenzwochenenden	MH	
Rückmeldungen der Teilnehmer nach der Konferenz		
Allgemeine Rückmeldung eines Teilnehmers	TN 20	07.07.2010
E-Mail eines Teilnehmers – Absage wiss. Symposium	TN 20	12.10.2010
Dank an die Organisatoren	TN 17	28.12.2010
Zusammenfassung und Resümee eines Teilnehmers	TN 4	05.12.2011

6.2.3 Semistrukturierte Interviews mit Bürgerkonferenzteilnehmern

Um die subjektive Perspektive von im Forschungsfeld relevanten Akteuren zu erheben, werden in der qualitativen Sozialforschung häufig Interviews verwendet (Hopf, 2004: 350). Für die Analyse der Bürgerkonferenz wurden leitfadengestützte Interviews mit acht Teilnehmern vor und mit dreizehn nach der Konferenz geführt. Alle Gespräche wurden von der Autorin geführt und durch zuvor entwickelte Leitfäden (siehe Anhang 2.5 und Anhang 2.6) grob vorkonstruiert. Der genaue Wortlaut und die Reihenfolge der Fragen variierten jedoch je nach dem Verlauf der Gespräche und dem Kommunikationsverhalten der Interviewpartner. Hierdurch erhielten die Teilnehmer Einfluss auf den Gesprächsverlauf und konnten sich auf die für sie zentralen Aspekte konzentrieren. Besonders zu Beginn der Interviews sollten die Teilnehmer möglichst zur freien Rede angeregt werden. Daher wurden in dieser Phase Elemente des fokussierten und des problemzentrierten Interviews verwendet (Flick, 1995: 94ff, 105ff).⁸⁶ Der Fokus lag dabei insgesamt auf der Teilnahme an der Bürgerkonferenz sowie den damit verbundenen Erwartungen, Erfahrungen, Bewertungen und Eindrücken. Fokussierte Interviews sind laut Hopf (2004: 351) besonders gut geeignet, konkrete und detaillierte Informationen von den Interviewpartnern zu erheben ohne dabei die in der qualitativen Sozialforschung geforderte Offenheit und Nicht-Direktivität zu verletzen. Die Gespräche mit den Teilnehmern der Bürgerkonferenz enthielten sowohl unstrukturierte offene Fragen („Wie haben Sie die Lübecker Bürgerkonferenz erlebt?“) als auch strukturierte Fragen („Wieso haben Sie sich für die Bürgerkonferenz gemeldet?“). Gezielte Nachfragen dienten zur allgemeinen Sondierung, also zur Erweiterung des bislang dargestellten („Wie ist XY im einzelnen abgelauf-

⁸⁶ Für einen Überblick zu den verschiedenen Interviewtypen siehe (Hopf, 2004).

fen?“); zudem wurden Verständnisfragen und Zusammenfassungen zur spezifischen Sondierung, d. h. zur Vertiefung und Validierung des Verständnisses seitens der Interviewerin, genutzt. Beide Formen von Nachfragen sind zentrale Bestandteile des problemzentrierten Interviews (Flick, 1995: 106).

In späteren Gesprächsphasen wurde dann der Fokus der Interviews erweitert. In den Interviews vor der Bürgerkonferenz wurden inhaltliche Fragen nach den Erfahrungen der Teilnehmer im Gesundheitswesen, aber auch nach der Bewertung verschiedener Priorisierungskriterien gestellt. Hierdurch sollten mögliche Vorerfahrungen und Einstellungen sowie die Motivation zur Teilnahme an der Konferenz abgebildet werden. Die Gespräche nach der Bürgerkonferenz beschäftigten sich stärker mit der Einstellung zur Bürgerbeteiligung – allgemein und speziell im Feld der Priorisierung. Dies diente der Kontextualisierung von Aussagen zur Bürgerkonferenz selbst. Auch die Priorisierungsthematik wurde erneut angesprochen: Die Teilnehmer wurden zum einen gebeten, den Priorisierungsbegriff zu definieren („Wenn Freunde oder Bekannte Sie nach der Bürgerkonferenz fragen, wie erklären Sie dann, was Priorisierung bedeutet?“); zum anderen wurden sie nach ihren allgemeinen Ansichten zur Priorisierung befragt. Im Vergleich mit den Interviews vor der Konferenz sowie mit Äußerungen während der Konferenzdebatten sollten damit mögliche Lerneffekte oder Einstellungsänderungen abgebildet werden.

Die acht Interviews im Vorfeld der Bürgerkonferenz fanden in der Woche vor dem ersten Konferenzwochenende statt. Sie dauerten zwischen 23 und 60 Minuten (Auflistung der Interviewpartner, Termine und Dauer in Anhang 2.4). Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte anhand folgender Kriterien: 1.) möglichst große Vielfalt an Personen in Bezug auf die Stratifizierungsvariablen Alter, Geschlecht, Schulbildung und Nähe zum Gesundheitswesen; 2.) Bereitschaft zu einem persönlichen Gespräch – diese wurde im Telefonat vor der Bürgerkonferenz erfragt – und 3.) Möglichkeit der kurzfristigen Terminvereinbarung vor der Bürgerkonferenz. Nach dem Abschluss der Konferenz (zwischen Februar und Dezember 2011) wurden die acht Interviewpartner erneut befragt. Zusätzlich wurden auch die übrigen Teilnehmer der Bürgerkonferenz um Interviewtermine gebeten. Insgesamt konnten 13 der 18 Teilnehmer hierfür gewonnen werden. Diese Gespräche dauerten zwischen 26 und 83 Minuten. Alle Interviews wurden nach Zustimmung der Gesprächspartner auf Tonband aufgezeichnet und im Anschluss mithilfe der Software f4 transkribiert. Dabei wurden die gleichen Transkriptionsregeln angewendet wie für die Verschriftlichung der Bürgerkonferenztonbänder (Anhang 2.2).

Zur Ergänzung der Interviews wurden alle Teilnehmer der Gespräche nach der Konferenz gebeten, den Fragebogen des im Vorfeld der Konferenz durchgeführten Bevölkerungssurveys ein zweites Mal auszufüllen. Zwölf der dreizehn Interviewpartner folgten dieser Bitte

und stimmten zudem einem durch Identifikationsnummer pseudonymisierten Vergleich der jeweils von einer Person ausgefüllten Fragebögen zu. Mögliche veränderte Antwortmuster der Teilnehmer könnten auf Meinungsänderungen hinweisen.

6.2.4 *Pressespiegel und Reaktionen auf die Lübecker Bürgerkonferenz*

Für einige der oben formulierten Teilfragen ist auch die Bewertung der Bürgerkonferenz und ihres Ergebnisses vonseiten der Öffentlichkeit von Bedeutung. Hierfür wurde ein Presse- bzw. Medienspiegel erstellt, der Beiträge aus Print- und Onlinemedien auflistet (siehe Anhang 2.7). Eine Liste von Berichten zur Bürgerkonferenz wurde zunächst anhand von Belegexemplaren erstellt, die die Autoren der Beiträge den Organisatoren der Konferenz zur Verfügung gestellt hatten. Diese Liste wurde anhand von Recherchen – zuletzt am 31. Oktober 2013 – mithilfe der Suchmaschine Google ergänzt. Ziel der Suche über Google war es, die frei für die Öffentlichkeit zugänglichen Dokumente und Webpages zu finden, in denen die Bürgerkonferenz erwähnt wird. Es wurden verschiedene Suchstrategien erprobt, die folgende Kombination von Suchbegriffen hat sich als besonders sensitiv erwiesen:

(Priorisierung OR Prioritätensetzung OR Prioritäten setzen) AND (Medizin OR medizinische Versorgung OR Gesundheitssystem OR Gesundheitswesen) AND (Bürgerkonferenz OR (Bürger AND Konferenz)) AND Lübeck

Als Probleme für die Suche erwiesen sich die mangelnde Spezifität der Suchbegriffe und die daraus resultierende große Anzahl an Treffern, die Suche auf Google am 31.10.2013 ergab ungefähr 6 940 Ergebnisse. Wenn jedoch eine weniger sensitive Suchstrategie gewählt wurde, waren relevante bereits bekannte Beiträge nicht in den Ergebnissen der Suche enthalten. Alle Treffer wurden durchgesehen und die Beiträge, die sich tatsächlich auf die Lübecker Bürgerkonferenz bezogen, wurden zu Dokumentationszwecken und zur späteren inhaltsanalytischen Auswertung als PDF gespeichert. Nicht berücksichtigt wurden dabei Veröffentlichungen der Organisatoren der Bürgerkonferenz in wissenschaftlichen Fachzeitschriften oder auf Fachtagungen.

Insgesamt wurden auf diese Weise 42 Erwähnungen der Bürgerkonferenz in unterschiedlichen Kontexten identifiziert (siehe Tabelle 16). Sechs dieser Beiträge dienten der Vorankündigung der Bürgerkonferenz, zwei (Die ZEIT und Kieler Nachrichten) entstanden nach dem Besuch zweier Journalisten während einer Expertenbefragung. Sechs Beiträge entstanden nach der Vorstellung des Bürgervotums im Rahmen der abschließenden Pressekonferenz, zwei bezogen sich vorrangig auf das wissenschaftliche Symposium zur Bürgerkonferenz. Insgesamt 12 Nennungen der Bürgerkonferenz sind entweder auf eigene Beiträge oder auf Berichte über Interviews oder Vorträge der Organisatoren zurückzuführen.

Tabelle 16: Mediale und persönliche Resonanz zur Bürgerkonferenz

Medium	Anzahl
Fachzeitschriften	
Dt. Ärzteblatt	2
Ärzteblatt Schleswig-Holstein	4
Ärzte Zeitung	4
Andere aus Medizin und Gesundheitssystem	7
Andere, nicht-medizinnah	3
Regionale Zeitungen/Magazine	
Lübecker Nachrichten	1
Kieler Nachrichten	1
Lübeckische Blätter	2
Überregionale Zeitungen	
DIE ZEIT	2
Frankfurter Allgemeine Zeitung (am Rande erwähnt)	1
Online-Medien und Webpages	9
Veröffentlichung von Fachgesellschaften, Netzwerken und Anderen	6
Summe	42
Persönliche Rückmeldungen	
Bundes-/Landesregierungen/Parteien	7
Stiftungen/Verbände/öffentliche Einrichtungen	11
Anfragen oder Rückmeldungen aufgrund Berichterstattung	17
Summe	35

Neben den Medienberichten wurden für die Auswertung der Bürgerkonferenz die postalisch bzw. per E-Mail eingegangenen Rückmeldungen auf das Bürgervotum (Tabelle 16) berücksichtigt. Darunter waren z. B. Briefe von Mitarbeitern der Bundeskanzlerin (Dr. Angela Merkel), des damaligen FDP-Vorsitzenden (Dr. Guido Westerwelle) und aus dem Bundesgesundheitsministerium sowie ein Brief aus dem Vorstand der Partei DIE LINKE (Gesine Löttsch). Verschiedene Zuschriften enthielten einen Dank für den Versand des Bürgervotums und die Bitte um weitere Exemplare oder eine PDF-Datei zur Weitergabe an andere Interessierte. Weitere 17 Personen haben sich an die Organisatoren gewandt, weil sie entweder über die Medien oder durch persönliche Kontakte bzw. Vorträge der Organisatoren von der Konferenz erfahren hatten. Häufig wurde auch in diesen Schreiben nach zusätzlichen Informationen zur Bürgerkonferenz oder nach dem Bürgervotum selbst gefragt.

6.2.5 Dokumentation des wissenschaftlichen Symposiums zur Bürgerkonferenz

Während des im Oktober 2010 organisierten wissenschaftlichen Symposiums zur Bürgerkonferenz wurde das Bürgervotum aus der Perspektive verschiedener Disziplinen bewertet und diskutiert (Flyer mit Programm siehe Anhang 2.8). Nach einer thematischen Einführung und der detaillierten Vorstellung des Bürgervotums folgten die in Tabelle 17 aufgelisteten Beiträge. Mit Ausnahme des Beitrags zur evidenzbasierten Medizin und des abschließenden Wortwech-

sels liegen zu sämtlichen Vorträgen Powerpoint-Präsentationen im PDF-Format vor, die zur Analyse in die MaxQDA-Datenbank eingelesen wurden. Zudem ist die eintägige Veranstaltung vollständig digital auf Tonband aufgezeichnet worden. Um auch die Bewertungen und Schlussfolgerungen während des Symposiums für die Analyse berücksichtigen zu können, wurde das Tonband (Dauer 8:02:26) vollständig angehört und exzerpiert; relevante Stellen wurden wörtlich transkribiert. Das gesamte Exzerpt wurde ebenfalls zur inhaltsanalytischen Auswertung in das Analyseprogramm eingelesen.

Tabelle 17: Beiträge zum wissenschaftlichen Symposium

Beitrag: „Das Bürgervotum aus Sicht ...“	Referent
... der Versorgungsepidemiologie	Prof. Dr. Thomas Kohlmann
... der medizinischen Ethik	Prof. Dr. Peter Dabrock
... der Evidenzbasierten Medizin	Prof. Dr. Peter Sawicki
... des Sozialrechts	Prof. Dr. Felix Welti
... der Gesundheitsökonomie	Prof. Dr. Jürgen Wasem
Wortwechsel: „Die Bedeutung des Lübecker Bürgervotums für die Priorisierungsdiskussion in Deutschland“	Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe und Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert

6.2.6 Schriftliche Befragung von Empfängern des Bürgervotums

Um Informationen über die Bewertung der Lübecker Bürgerkonferenz unter Entscheidungsträgern und Experten im Gesundheitswesen zu erhalten, wurden im Herbst 2012 diejenigen Personen schriftlich befragt, denen das Bürgervotum 2010 postalisch zugesandt worden war (vgl. zweite Spalte in Tabelle 18). Der standardisierte Fragebogen wurde im Sommer 2012 von der Autorin erstellt. Zur Vortestung wurde er an fünf aktuelle und frühere Mitarbeiter des Instituts für Sozialmedizin und zusätzlich an Silke Schicktanz aus Göttingen gegeben, die gebeten wurden, ihn auszufüllen und zu kommentieren. Im Anschluss wurde der Fragebogen überarbeitet und zur weiteren Optimierung mit René Zimmer aus Berlin diskutiert. Er war für die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation der Dresdner Bürgerkonferenz 2001 zuständig (Zimmer, 2003) und hat seitdem mehrere ähnliche Beteiligungsverfahren durchgeführt und analysiert.

In seiner Endversion enthielt der sechsseitige Fragebogen insgesamt 117 Items in vier Teilen (vgl. Anhang 2.9):

1. **Priorisierung in der medizinischen Versorgung:** Wahrnehmung und Bewertung der öffentlichen Priorisierungsdiskussion (16 Items); Verständnis des Priorisierungsbegriffs (28 Items);
2. **Beteiligung verschiedener Akteure an Priorisierung:** Bewertung der an der Priorisierung zu beteiligenden Akteure (20 Items); Eignung unterschiedlicher Methoden der Bürgerbeteiligung (8 Items);
3. **Lübecker Bürgerkonferenz:** Wahrnehmung und Bewertung des Bürgervotums (12 Items), der Lübecker Bürgerkonferenz im Ganzen (5 Items) und der Methode der Bürgerkonferenz (14 Items)

4. **Angaben zur Person:** Demografie und Bezug der Befragten zu gesundheitspolitischen Diskussionen im Allgemeinen (14 Items).

Zusätzlich waren zu vielen Fragen Freitextfelder eingefügt, in denen weitere Antwortkategorien formuliert oder die Auswahl einer Antwortkategorie begründet werden konnte.

Der Fragebogen sollte grundsätzlich an alle bereits 2010 angeschriebenen Personen versandt werden. Da einige der Adressaten jedoch 2010 in ihrer beruflichen Funktion angeschrieben worden waren und diese Funktion zum Teil 2012 nicht mehr ausübten, mussten für jede angeschriebene Gruppe Regeln aufgestellt werden, an wen der Fragebogen versandt werden sollte (z. B. an den früheren Adressaten, auch wenn er eine andere Funktion ausübt oder an seinen Amtsnachfolger). Die Versandregeln für die einzelnen Akteursgruppen sind in Anhang 2.10 dargestellt.

Insgesamt wurde der Fragebogen an 401 Personen versandt (siehe Tabelle 18). Die erste Aussendung erfolgte im Oktober 2012. Nach zwei Erinnerungsschreiben jeweils im Abstand von drei Wochen haben 174 (46,5 %) der 374 erreichbaren Personen einen Fragebogen ausgefüllt zurückgesandt. Die Beteiligungsraten der einzelnen Akteursgruppen variierten stark: Bundes- und Landesministerien beteiligen sich laut eigener Angabe grundsätzlich nicht an Befragungen und lediglich drei der angeschriebenen Vertreter politischer Parteien sandten einen Fragebogen zurück. Die Befragten aus dem wissenschaftlichen Umfeld beteiligten sich – mit Ausnahme der Mitglieder der DFG FOR 655 (mit einer eher niedrigen Responserate von 37,5 %) – überdurchschnittlich rege. Die entsprechenden Akteursgruppen wiesen Beteiligungsraten zwischen 55,3 % (wissenschaftliche Institute) und 66,7 % (wissenschaftliche Fachgesellschaften) auf. Die Personen, die den Organisatoren persönlich bekannt waren, erreichten ebenfalls hohe Responseraten. Dies gilt insbesondere für die persönlichen Kontakte (93,8 %), aber auch für die weiteren Interessenten, die sich 2010 selbstständig nach der Bürgerkonferenz erkundigt hatten (55,6 %), und die Klinikdirektoren der Universität zu Lübeck (52,6 %). Auch Patientenverbände (58,1 %) und Vertreter der Ärztekammern (47,6 %) wiesen Beteiligungsraten (knapp) über dem Durchschnitt auf.

Tabelle 18: Empfänger des Bürgervotums 2010 und Rücklauf der Fragebögen 2012

Akteursgruppe	Anzahl Adressaten 2010	Anzahl Adressaten 2012	Erreichbar	Rücklauf	
			N	N	% ¹
Ministerien für Gesundheit oder verwandte Ressorts (Bund und Länder)	17	17	17	0	0
Politische Parteien (national und lokal)	14	18 ³	18	3	16,7
Ärzttekammern	18	21 ²	21	10	47,6
Kassenärztliche Vereinigungen	19	20 ⁴	19	6	31,6
Patientenverbände	34	34	31	18	58,1
Gesetzliche Krankenversicherungen	38	32	32	11	34,4
Private Krankenversicherungen	11	11	11	4	36,4
Vertreter wissenschaftlicher Fachgesellschaften	12	15 ²	15	10	66,7
Wissenschaftliche Institute (insb. Sozialmedizin)	42	41	38	21	55,3
Mitglieder der DFG FOR655	33	25	24	9	37,5
Institutionen persönlich (pers. Kontakte zu verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen)	17	17	16	15	93,8
Klinikdirektoren der Universität zu Lübeck	43	40	38	20	52,6
Interessierte Bürger, die nicht an der Bürgerkonferenz teilnehmen konnten	70	70	56	24	42,9
Sponsoren und Unterstützer der Konferenz	4	4	4	2	50,0
Geladene Gäste und Referenten des wissenschaftlichen Symposiums zur Bürgerkonferenz	9	9	7	2	28,6
Experten der Bürgerkonferenz	9	9	9	9	100
Weitere Interessenten (Anfrage bei den Organisatoren)	29	18	18	10	55,6
Summe	419	401	374	174	46,5

¹ Prozent von allen innerhalb der jeweiligen Akteursgruppe Erreichbaren. Letzte Zeile gibt den Durchschnitt an.

² Da die Vorstände von 2010 und von 2012 angeschrieben wurden, ist die Anzahl der Empfänger gestiegen.

³ Da die LINKE im Jahr 2012 vier Vorstandsmitglieder hatte, ist die Anzahl der Empfänger gestiegen.

⁴ Einer der damaligen Vorsitzenden ist heute stellvertretender Vorsitzender und wurde 2012 zusätzlich angeschrieben.

Die Dokumentation und Auswertung der Angaben aus den Fragebögen erfolgte mithilfe der Statistiksoftware SPSS 20. Während der Befragung wurden die Daten in pseudonymisierter Form getrennt von den Adressen der Befragten gespeichert. Nach dem Ende der Datenerhebung wurden die Pseudonyme gelöscht und die Daten lediglich mit einem Verweis auf die jeweilige Akteursgruppe gespeichert.

6.3 METHODOLOGISCHE VORBEMERKUNGEN

Bevor in Abschnitt 6.4 das Vorgehen während der Analyse der beschriebenen Daten dargestellt wird, werden im Folgenden einige im Kontext dieser Arbeit relevante methodologische Prinzipien der qualitativen Sozialforschung beschrieben.⁸⁷

⁸⁷ In der Literatur finden sich vielfältige Auflistungen und Systematisierungen von Merkmalen, und Ausprägungen qualitativer Sozialforschung (Kuckartz, 2012: 17). Hier soll keine vollständige Synopse der zum Teil sehr unterschiedlichen Ansätze erfolgen, es werden lediglich die im Rahmen dieser Arbeit einschlägigen Aspekte erläutert.

6.3.1 Unterschiedlichkeit der Perspektiven

Ein zentrales Merkmal qualitativer Sozialforschung ist der Anspruch, die *Unterschiedlichkeit der Perspektiven* von jeweils für den Forschungsgegenstand relevanten Akteure zu berücksichtigen (Flick et al., 2004: 23f). In der vorliegenden Arbeit wurden sowohl akzidentale als auch systematisch im Kontext der Bürgerkonferenz erhobene Daten analysiert, um möglichst viele relevante Perspektiven abzubilden. Als akzidentale Daten werden solche Dokumente bezeichnet, die nicht primär zum Zweck der Forschung, sondern im natürlichen Verlauf des Verfahrens entstanden sind (Atteslander, 1975: 65; Lamnek, 2005: 485). Im Fall der Bürgerkonferenz sind dies insbesondere das Bürgervotum, sonstige während der Bürgerkonferenz erstellte Dokumente sowie Medienberichte. Andere Materialien – insbesondere Tonbandtranskripte, Teilnehmerinterviews und Daten aus der schriftlichen Befragung der Votumsempfänger – wurden eigens für die Analyse der Bürgerkonferenz erhoben.

Die Vielfalt an für die Analyse berücksichtigten Materialien diene dazu, den verschiedenen Perspektiven auf die Bürgerkonferenz gerecht zu werden: Die Tonbandtranskripte und Dokumente der Konferenzwochenenden dokumentieren den tatsächlichen Verlauf des Verfahrens. Durch die Teilnehmerinterviews sollte die Sichtweise der Bürger selbst erhoben werden. Medienberichte, Exzerpte des wissenschaftlichen Symposiums sowie die schriftliche Befragung der Empfänger des Bürgervotums sollten Aufschluss über die Außenwirkung der Bürgerkonferenz geben. Damit die verschiedenen Perspektiven auf die Bürgerkonferenz möglichst unverfälscht berücksichtigt werden konnten, wurden die Tonbandaufnahmen und Dokumente im Originalwortlaut analysiert.

6.3.2 Gegenstandsangemessenheit und methodisches Spektrum

Grundsätzlich gilt die *gegenstandsangemessene* Anwendung von Methoden aus einem *methodischen Spektrum* als Kennzeichen qualitativer Forschungspraxis (Flick et al., 2004: 22ff)⁸⁸. Aus dem zur Verfügung stehenden, zunehmend ausdifferenzierten Spektrum an qualitativen methodischen Ansätzen wird also stets diejenige Methode ausgewählt – und ggf. angepasst –, die zur Bearbeitung der jeweiligen Forschungsfrage angemessen erscheint. Die Methoden zur Analyse der Lübecker Bürgerkonferenz wurden nicht nur auf den Forschungsgegenstand insgesamt, sondern auch auf die einzelnen in den Abschnitten 5.2 bis 5.4 formulierten Teilfragen sowie die unterschiedlichen Typen von Daten angepasst.

Primär wurden die Transkripte der Plenumsdebatten und der Teilnehmerinterviews sowie das Bürgervotum mithilfe einer theoriegeleiteten Form der qualitativen Inhaltsanalyse aus-

⁸⁸ Zwar zielen die von Flick et al. formulierten „Kennzeichen“ auf eine Charakterisierung qualitativer Forschung insgesamt, sie können aber auch als Maßstab für die Konzeption eines einzelnen Forschungsprozesses verstanden werden.

gewertet (siehe Abschnitt 6.3.3). Dies gilt auch für die die weiteren im Kontext der Bürgerkonferenz entstandenen Textdokumente, die Medienberichte sowie die Exzerpte der Beiträge zum wissenschaftlichen Symposium. Diese qualitativen Analysen wurden durch quantitative Methoden ergänzt: So wurden etwa die Sprechakte der Teilnehmer während der Bürgerkonferenz quantifiziert, und deren Angaben im Fragebogen zum vor der Konferenz durchgeführten Bevölkerungssurvey berücksichtigt. Schließlich erfolgte eine deskriptive Analyse der Befragung von Votumsempfängern.

6.3.3 *Offenheit und theoriegeleitetes Vorgehen*

Als weiteres Merkmal qualitativer Sozialforschung gilt die möglichst große *Offenheit* des Forschers bei der Datenerhebung und im Umgang mit dem Datenmaterial (Flick et al., 2004: 23f). Die mögliche Genese unerwarteter instruktiver Informationen soll nicht durch starre und standardisierte Erhebungsmethoden oder die Beschränkung auf feste Hypothesen verhindert werden (Lamnek, 2005: 19f). Während der Erhebung der systematischen Daten – etwa während der Teilnehmerinterviews – sind deshalb primär Methoden verwendet worden, die den Betroffenen eine möglichst große Freiheit und Deutungshoheit einräumen (vgl. 6.2).

Das Prinzip der Offenheit wird auch als generelle Forderung nach einem Verzicht auf ex-ante Hypothesen verstanden (Meinefeld, 1997; Meinefeld, 2004: 268). Dies bedeutet jedoch nicht, dass die bereits existierenden theoretischen Konzepte oder empirischen Vorarbeiten zur jeweiligen Forschungsfrage sowie eigenes Vorwissen des Forschers ignoriert werden dürfen. Im Gegenteil ist je nach Forschungsfrage der Anschluss an vorhandenes Wissen über den Forschungsgegenstand erforderlich, um überhaupt zum Erkenntnisgewinn beitragen zu können (vgl. Meinefeld, 1997; Gläser und Laudel, 1999; Kuckartz, 2012: 29-34). Daher wird auch ein *theoriegeleitetes Vorgehen* vorgeschlagen, was jedoch einen Gegensatz zum Prinzip der Offenheit darstelle (Gläser und Laudel, 1999).

Die qualitative Inhaltsanalyse erhebt den Anspruch, diesen Gegensatz aufzulösen (Gläser und Laudel, 1999: 3)⁸⁹. Zur Beschreibung dieser Art der Analyse wird häufig das Lehrbuch von Philipp Mayring (2010) zitiert.⁹⁰ Demnach untersucht die qualitative Inhaltsanalyse „fixierte Kommunikation“, d. h. in irgendeiner Form dokumentierte sprachliche Äußerungen, und will dabei „systematisch“, „regelgeleitet“ und „theoriegeleitet“ vorgehen (Mayring, 2010: 12f). Hierfür wird ein Kategoriensystem entwickelt, mit dessen Hilfe Textstellen der vorliegenden Dokumente codiert und für die weitere Analyse extrahiert werden können. Dabei

⁸⁹ Diese Auffassung wird von Gläser und Laudel allerdings im zitierten Workingpaper kritisiert.

⁹⁰ Obwohl häufig verkürzt von „der“ Inhaltsanalyse nach Mayring gesprochen wird, vertritt dieser in dem mittlerweile in 11. Auflage vorliegenden Lehrbuch „Qualitative Inhaltsanalyse“ (2010) nicht eine spezifische Methode. Er beschreibt vielmehr die Grundlagen und Voraussetzungen für ein inhaltsanalytisches Vorgehen und entwickelt einen „Werkzeugkasten“ für die Konzeption und Durchführung einer qualitativen Inhaltsanalyse.

werden zwei Typen der Kategorienbildung unterschieden: 1.) deduktive Kategorienbildung, bei der die Kategorien aus theoretischen Vorüberlegungen oder anhand von Voruntersuchungen entwickelt werden; 2.) induktive Kategorienbildung, bei der die Kategorien direkt aus dem Material und ohne expliziten Bezug zu vorab formulierten Konzepten abgeleitet werden (Mayring, 2010: 83; Kuckartz, 2012: 59-69). Während die deduktive Kategorienbildung stärker dem Anspruch der theoriegeleiteten Herangehensweise entspricht, erfüllt die induktive Kategorienbildung eher das Prinzip der Offenheit.

Heute werden häufig gemischte Formen der Kategorienbildung verwendet, d. h. es wird im Vorfeld der Analyse ein mehr oder weniger differenziertes theoriegeleitetes Kategoriensystem erarbeitet, das anhand des Datenmaterials verfeinert, überprüft und ggf. angepasst und verändert werden kann (Kuckartz, 2012: 69). Auf diese Weise wird ein systematischer Zugang zum Datenmaterial ermöglicht, gleichzeitig können aber auch neue und unerwartete Informationen abgebildet werden. Damit ist diese Methode besonders gut geeignet, das Prinzip der Offenheit und den Anspruch des theoriegeleiteten Herangehens zu vereinbaren. Hsieh und Shannon bezeichnen die Inhaltsanalyse mit vorher strukturiertem Kategoriensystem als „directed content analysis“ (Hsieh und Shannon, 2005). Ein Vorteil dieser Methode ist die Möglichkeit, direkt an existierendes Vorwissen anzuschließen und bestehende theoretische Konzepte durch mögliche neue Erkenntnisse oder Erklärungsmuster zu ergänzen und zu erweitern (ebd.).

Vor diesem Hintergrund wurden hier die im theoretischen Teil der Arbeit identifizierten Dimensionen von Potenzialen, Qualitätsmerkmalen und Kontextbedingungen in Form von Teilfragen an das Datenmaterial konkretisiert und für die Analyse operationalisiert. Die Teilfragen bilden den konzeptionellen Rahmen für die empirische Analyse. Zwar wurden die in den Teilfragen abgebildeten Dimensionen nicht zur Erstellung eines differenzierten Codesystems verwendet, sie bildeten aber ein grobes Schema bzw. Suchraster für die induktive Entwicklung von Codes und die Codierung der qualitativen Daten. Damit wurde ein systematischer, inhaltlich fokussierter Zugang zum Material gewählt, der gleichzeitig eine ergebnisoffene Analyse erlaubte.

6.3.4 Reflexivität und Rolle der Autorin

Nicht nur die Kenntnis theoretischer Vorarbeiten, sondern auch explizite oder implizite Annahmen und Erwartungen des Forschers können dessen Untersuchung und ihre Ergebnisse beeinflussen: Bereits die Formulierung einer Forschungsfrage, das Herangehen an das Datenmaterial und die Interpretation bestimmter Sachverhalte sind abhängig von seinem Forschungsinteresse, seinem Vorwissen und Vorverständnis (Meinefeld, 2004: 269; Suddaby,

2006: 335). Ein völlig unvoreingenommen Blick auf den Forschungsgegenstand ist somit „reine Fiktion“ (Kuckartz, 2012: 22). Daher wird die *Reflexivität* des Forschers über seine Rolle im untersuchten Feld, über sein Handeln und seine Wahrnehmungen als weiteres Merkmal qualitativer Sozialforschung beschrieben (Flick et al., 2004: 23f). Die Reflexivität wird dabei „als ein wesentlicher Teil der Erkenntnis und nicht als eine zu kontrollierende bzw auszuschaltende Störquelle verstanden“ (ebd.).

Um diesem Prinzip gerecht zu werden, wurde sowohl während der Entwicklung des Auswertungskonzepts für die vorliegende Arbeit als auch in allen Phasen der Analyse eine möglichst selbstkritische und reflexive Haltung angestrebt. Um die Gefahr einseitig verzerrter Interpretationen und Analyseergebnisse zu reduzieren, wurde etwa bewusst ein stark theoriegeleiteter Zugang zum Datenmaterial gewählt. Hierdurch sollten das Gewicht subjektiver Erwartungen in der Analyse reduziert und die Datenanalyse möglichst systematisch und nachvollziehbar gestaltet werden. Die Schritte der Datenerhebung und -auswertung sind zudem regelmäßig mit Kollegen unterschiedlicher Fachdisziplinen am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck (ISE) sowie am Institut für Politikwissenschaft der Leuphana Universität Lüneburg diskutiert worden. Drei Mal wurde das Projekt in der Arbeitsgruppe Qualitative Methoden (AQuaM) des ISE vorgestellt. Dabei wurden sowohl Details der Analysestrategie als auch einzelne Ergebnisse und Schlussfolgerungen mit Mitgliedern aus verschiedenen Instituten der Universität zu Lübeck besprochen. Schließlich sind alle aus den Daten abgeleiteten Schlüsse im Ergebnisteil dieser Arbeit möglichst detailliert beschrieben und mit Originalzitate belegt, um ihre Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten.

6.4 DATENAUSWERTUNG UND ANALYSESCHITTE

Nach der Darstellung der zur Verfügung stehenden Datenmaterialien und von grundlegenden Merkmalen der qualitativen Sozialforschung sowie deren Umsetzung in dieser Arbeit wird im Folgenden das Vorgehen während der Analyse der Bürgerkonferenz beschrieben. Im Zentrum stand die inhaltsanalytische Auswertung der oben beschriebenen qualitativen Daten. Die Arbeitsschritte der theoriegeleiteten qualitativen Inhaltsanalyse werden in den Abschnitten 6.4.1 bis 6.4.3 erläutert. Zur Bearbeitung einzelner Teilfragen wurden zusätzlich quantitative Analysen durchgeführt, diese werden in Abschnitt 6.4.4 dargestellt. Schließlich wird zusammenfassend erklärt, wie die beschriebenen Analysemethoden und Datenmaterialien zur Bearbeitung der verschiedenen Teilfragen verwendet wurden (Abschnitt 6.4.5).

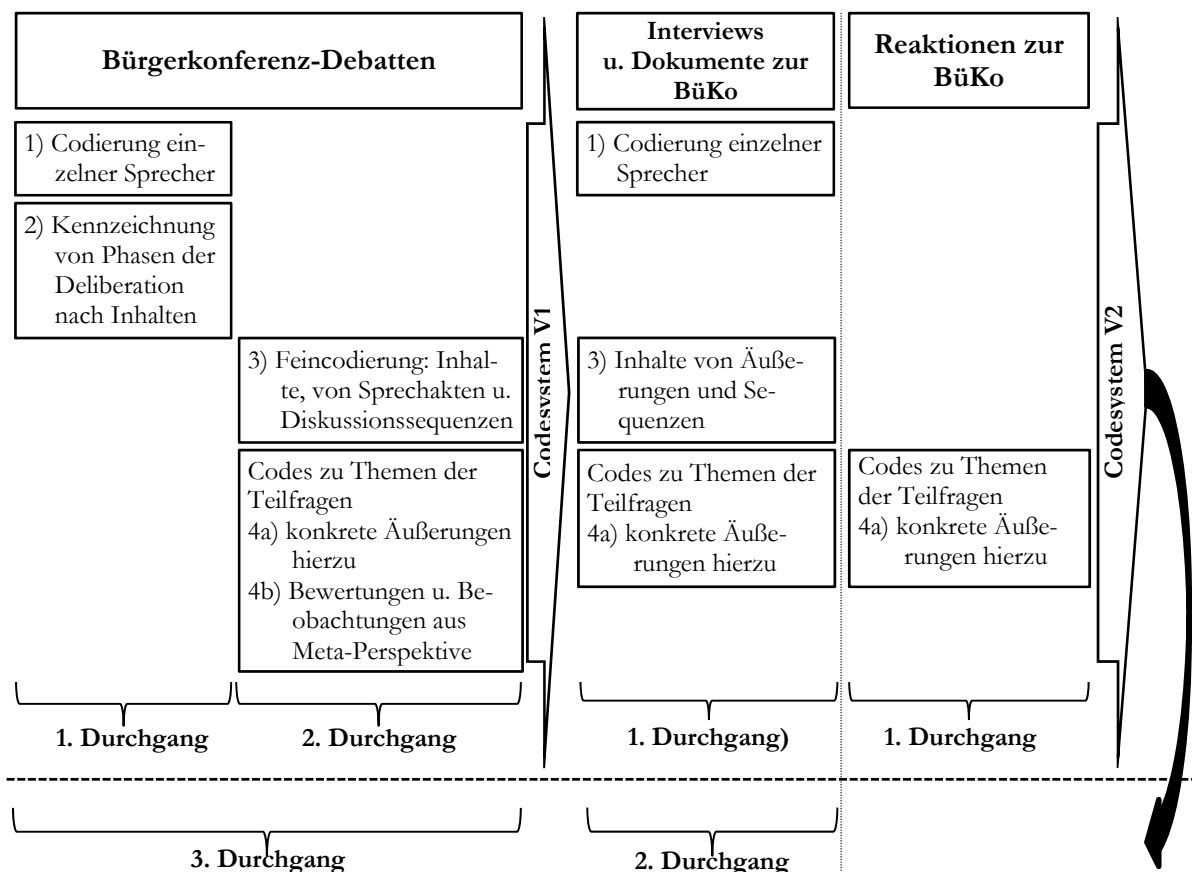
6.4.1 Entwicklung des Codesystems für die qualitative Inhaltsanalyse

Die Auswertung der oben dargestellten qualitativen Daten und Textdokumente erfolgte mithilfe der Software MaxQDA 11. Zur Vorbereitung der Analyse wurden zunächst alle Daten in

eine gemeinsame Datenbank eingelesen. Anschließend wurde ein Raster für die induktive Entwicklung des Kategoriensystems erstellt. Dieses Raster war zunächst für die Auswertung der Tonbandtranskripte der Plenumsdebatten und Teilnehmerinterviews vorgesehen. Es bestand aus vier Bereichen: 1.) Liste aller Sprecher; 2.) grobe Themen der Debatten; 3.) Inhalte einzelner Sprechakte; 4.) direkte Hinweise auf Beantwortung der einzelnen oben formulierten Teilfragen.

Vor Beginn des ersten Codierdurchgangs wurden für jeden der vier Bereiche lediglich grobe Oberkategorien formuliert, die erst anhand des Materials selbst differenziert, konkretisiert und bei Bedarf angepasst werden sollten. Die Schritte zur Erstellung des detaillierten Codesystems sowie zur Codierung der verschiedenen qualitativen Daten sind in Abbildung 4 dargestellt und werden in den folgenden Abschnitten genauer beschrieben.

Abbildung 4: Schematische Darstellung der Schritte zur Codierung qualitativer Daten



6.4.1.1 Entwicklung eines Code-Systems anhand der Transkripte der Plenumsdebatten

Zur Entwicklung eines differenzierten Codesystems wurden zuerst die Transkripte der Plenumsdebatten herangezogen. Für deren Analyse wurden drei Analyseeinheiten unterschieden: 1.) längere Diskussionsphasen – d. h. größere Abschnitte der Transkript bzw. eine längere Abfolge von Interaktionen zum gleichen Thema; 2.) kürzere Diskussionssequenzen – d. h. Ab-

folgen weniger Wortmeldungen bzw. Interaktionen; und 3.) einzelne Sprechakte – d. h. individuelle Wortmeldungen. In einem ersten Durchgang zur Erstellung des Code-Systems wurden die *einzelnen Sprecher* gekennzeichnet, um ihnen später inhaltliche Äußerungen zuordnen zu können. Außerdem erfolgte eine grobe *Strukturierung der Transkripte anhand der in den Diskursphasen dominierenden Themen* (z. B. „Debatte über Organisatorisches“; „Diskussion über Priorisierungskriterien“; „Durchführung der Expertenbefragung“). Neue Codes und Sub-Codes wurden immer dann vergeben, wenn in den Transkripten Inhalte auftauchten, die nicht durch die bereits bestehenden Codes abgebildet werden konnten. Beide Arten von Codes – zur Kennzeichnung von Sprechern und Themen – sind als „formale“ Codes (vgl. Kuckartz, 2012: 44) zu verstehen. Denn sie liefern Informationen über die zu analysierenden Daten, tragen selbst jedoch nicht unmittelbar zur Klärung der Forschungsfrage bei.

In einem zweiten Codierdurchgang wurde dann eine detailliertere Codierung von *Inhalten einzelner Sprechakte oder kürzerer Diskussionssequenzen* vorgenommen. Diese thematischen Codes betrafen beispielsweise konkrete Äußerungen während der Vorbereitung von Expertenbefragungen, zu sonstigen organisatorischen Aspekten oder auch zu den verschiedenen diskutierten Werten, Kriterien und Verfahrensregeln zur Priorisierung. Während der Codierung wurde ein hierarchisch strukturiertes System von Codes entwickelt: Oberkategorien bildeten etwa einzelne Priorisierungskriterien („Alter des Patienten“, „Kosten-Nutzen-Verhältnis“), konkrete organisatorische Aspekte („Klärung der Rolle des Moderators“) oder Themen der Expertenbefragung („Fragen zu ausländischen Priorisierungserfahrungen“). Diesen Oberkategorien wurden dann nach Bedarf Codes zu inhaltlichen Details hinzugefügt („Kriterium Alter – Kinder bevorzugen“; „Kosten-Nutzen – soll anderen Kriterien untergeordnet werden“; „Rolle des Moderators – soll darauf achten, dass alle zu Wort kommen“; „Fragen zu ausl. Priorisierungserfahrungen – Wie wirkt sich Priorisierung dort im Alltag aus?“).

Ebenfalls im zweiten Codierdurchgang wurden *direkte Hinweise auf verwirklichte Potenziale, Qualitätsmerkmale und Kontextbedingungen* gekennzeichnet. Hierbei dienten die theoriegeleitet entwickelten Teilfragen als Oberkategorien für die Feincodierung sowie als „Suchraster“ für die Identifikation neuer Codes. Neue Codes wurden beispielsweise vergeben, wenn konkrete Äußerungen zu den Inhalten einzelner Teilfragen gemacht wurden (z. B. „Edukativer Potenziale – Teilnehmer berichten von Lerneffekten“; „Ressourcenausstattung – Zeit wird als knapp beschrieben“). Diese „inhaltlichen“ oder „thematischen“ Codes, die auf konkreten Aussagen zu den Teilfragen beruhen, wurden ergänzt durch „analytische Codes“ (vgl. Kuckartz 2012: 43f). Zur Vergabe der analytischen Codes wurde eine Meta-Perspektive eingenommen, um aus einzelnen Äußerungen oder Textpassagen Hinweise für die Beantwortung der Teilfragen abzu-

leiten. So wurden etwa analytische Codes zur Bewertung der Qualität der Deliberation vergeben („Unterbrechung anderer Wortbeiträge“; „Kompromissbereitschaft unter den Teilnehmern“). Oder es wurden verschiedene Arten von Äußerungen seitens der Moderatoren und Organisatoren unterschieden, um deren Rolle während der Konferenz abzubilden („Moderator sorgt für Einhaltung der Deliberationsregeln“; „Moderator erklärt Aufgaben für Kleingruppenarbeit“; „Organisatoren geben inhaltliche Hinweise“).

Nach diesem zweiten Codierdurchgang der Konferenztranskripte wurde die erste vollständige Version des Codesystems fertiggestellt. Hierfür werden die Formulierungen der bislang vergebenen Codes und ihre Zuordnung zu den Oberkategorien geprüft und angepasst.

6.4.1.2 Weiterentwicklung des Code-Systems und Anwendung auf das Material

Diese erste Version des Codesystems wurde anschließend auf die Transkripte der Teilnehmerinterviews sowie das Bürgervotum und die weiteren im Verlauf der Konferenz entstandenen Dokumente angewendet. Zunächst wurden in den Interviews wiederum Codes für die Sprecher vergeben, um die Inhalte später den Personen zuordnen zu können. Auch die Dokumente, die von einzelnen Teilnehmern der Bürgerkonferenz erstellt worden waren, wurden entsprechend gekennzeichnet. Darüber hinaus wurden die Inhalte einzelner Aussagen in den Interviews oder von Sätzen und Abschnitten in den anderen Textdokumenten codiert. Das Codesystem wurde bei Bedarf weiterhin um neue Codes ergänzt. Ebenso wurde mit den Codes mit direktem Bezug zu den Teilfragen verfahren. Allerdings wurden im Unterschied zur Codierung der Bürgerkonferenztranskripte lediglich konkrete Äußerungen hierzu festgehalten und keine Bewertungen von Textstellen aus einer Meta-Perspektive heraus vorgenommen. Diese, in Abbildung 4 als 4b) gekennzeichnete Gruppe von Codes, war auf die Interviews, das Bürgervotum sowie die sonstigen Dokumente nicht anwendbar.

Zuletzt wurden auch die Reaktionen zur Bürgerkonferenz aus verschiedenen Quellen mithilfe des zunehmend ausdifferenzierten Codesystems bearbeitet. Zu diesen Dokumenten gehörten sowohl die Medienberichte und die persönlichen Rückmeldungen an die Organisatoren als auch die Exzerpte und Powerpoint-Präsentationen des wissenschaftlichen Symposiums. Für diese Dokumente lag der Fokus der Analyse auf den konkreten Aussagen im Hinblick auf die oben formulierten Teilfragen. Eine differenzierte Codierung anderer Inhalte erfolgte nicht.

Im Anschluss an die Codierung der verschiedenen Reaktionen zur Bürgerkonferenz wurde das Codesystem erneut überprüft, einzelne Formulierungen angepasst und inhaltlich zusammengehörige Codes unter Oberkategorien zusammengefasst. Anhand dieses Codesystems wurden die Transkripte der Konferenztonbänder und der Teilnehmerinterviews sowie

die im Kontext der Bürgerkonferenz entstanden Textdokumente erneut durchgesehen. Für die Bürgerkonferenztranskripte handelte es sich hierbei um den dritten, für die anderen Materialien um den zweiten Codierdurchgang. Hierdurch sollte sichergestellt werden, dass alle Codes systematisch auf alle Dokumente angewendet wurden.

6.4.2 Beschreibung des endgültigen Codesystems

Das endgültige Codesystem enthält weiterhin die vier zu Beginn der Auswertung definierten Bereiche: 1.) Sprecher; 2.) grobe Themen der Diskussionsphasen; 3.) Inhalte einzelner Sprechakte oder kürzerer Diskussionssequenzen und 4.) direkte Hinweise auf die Beantwortung der Teilfragen.

Im ersten Bereich sind sämtliche auf Tonband aufgezeichnete Sprecher aufgelistet - insgesamt 35 Personen. Gemeinsam mit den Codes aus dem zweiten Bereich dienten sie der formalen Beschreibung von Sprechakten (z. B. Sprecher: TN 12; Thema: Vorbereitung der Expertenbefragung). Mithilfe dieser Beschreibungen konnten die in späteren Analysen extrahierten Textstellen und Zitate jeweils ihrem groben Kontext und dem Urheber zugeordnet werden.

Die Codes in den Bereichen drei und vier bildeten die primäre Grundlage zur Bearbeitung der Teilfragen. In Bereich drei wurden die Inhalte der Debatten auf Ebene einzelner Sprechakte oder kürzerer Diskussionssequenzen abgebildet. Die Codes in diesem Bereich betreffen insbesondere inhaltliche Äußerungen zu den von der Bürgerkonferenz bearbeiteten Fragen nach Werten, Kriterien und Verfahrensregeln zur Priorisierung. Weitere Codes wurden etwa zu den Inhalten der Expertenbefragungen, zu allgemeinen Aussagen der Konferenzteilnehmer mit Bezug auf das Gesundheitssystem oder zur Definition des Priorisierungsbegriffs vergeben. Der Bereich vier enthält sowohl inhaltliche als auch analytische Codes mit direktem Bezug zu Potenzialen, Qualitätsmerkmalen und Kontextbedingungen der Bürgerkonferenz. Die Inhalte der einzelnen Teilfragen bilden dabei die Oberkategorien, denen die aus dem Datenmaterial entwickelten Codes zugeordnet wurden. Textstellen, die sich keiner Oberkategorie zuordnen ließen, wurden zu neuen Oberkategorien zusammengefasst; beispielsweise wurden Kategorien zur allgemeinen Bewertung der Bürgerkonferenz durch die Teilnehmer sowie durch Medienvertreter und andere Außenstehende hinzugefügt. Auf diese Weise sollte die Abbildung neuer und unerwarteter Inhalte im Rahmen des bestehenden Codesystems ermöglicht werden.

6.4.3 Schritte zur Analyse der Textstellen

Nach der vollständigen Codierung der qualitativen Daten erfolgte zunächst die verbalinterpretative kategorienbasierte Auswertung entlang der Hauptkategorien des Bereichs vier –

also der Codes mit direktem Bezug zu den Teilfragen. Hierfür wurden sämtliche Textstellen zu einzelnen Codes extrahiert und die jeweils darin enthaltenen Aussagen und Argumente beschreibend zusammengefasst. Die Zusammenfassungen wurden mit einschlägigen Zitaten belegt und dienten als Basis für die Darstellung der Ergebnisse der Analyse (vgl. Kapitel 7).

Viele Teilfragen ließen sich jedoch nicht allein auf dieser Grundlage beantworten bzw. konnte grundsätzlich nicht anhand der Betrachtung isolierter Textstellen geklärt werden. Dies gilt z. B. für die Frage nach Lerneffekten oder Meinungsänderungen der Teilnehmer. Zwar konnten die Teilnehmer selbst Auskunft darüber geben, ob sie subjektiv etwas gelernt oder ihre Meinung geändert hatten. Nur durch einen Vergleich früher und späterer Äußerungen einzelner Teilnehmer zu bestimmten Themen könnten diese Entwicklungen jedoch tatsächlich festgestellt werden. Daher wurden in einem weiteren Schritt der Analyse für jeden Teilnehmer alle Textstellen angezeigt, die mit einem bestimmten inhaltlichen Code aus dem dritten Bereich (etwa zu einem Priorisierungskriterium oder zur Definition des Priorisierungsbegriffs) gekennzeichnet waren. Anschließend wurden die Inhalte dieser Textstellen miteinander verglichen und auf eine Entwicklung hin überprüft.

6.4.4 Quantitative Methoden zur Ergänzung

Grundsätzlich spielten die Anzahl von Einzelcodes oder die Häufigkeit ihres Auftretens im Material keine Rolle für die Analyse. Lediglich für die Feststellung der Gleichmäßigkeit der Sprechbeiträge wurde die Anzahl der Beiträge pro Teilnehmer ausgezählt und verglichen.

Zusätzlich wurden auch die Daten aus der schriftlichen Befragung der Votumsempfänger zur Bearbeitung der Teilfragen herangezogen. Im Vordergrund der quantitativen Auswertung stand die deskriptive Analyse der Fragebogenitems mithilfe der Statistiksoftware SPSS 20. Auf Zusammenhangsanalysen wurde aufgrund des geringen Stichprobenumfangs und der unsystematischen Stichprobenziehung⁹¹ verzichtet. Die Freitextangaben im Fragebogen wurden zunächst vollständig gesichtet und thematisch in Kategorien zusammengefasst. Diese Kategorien wurden ebenfalls deskriptiv unter Angabe ihrer Häufigkeit ausgewertet.

Schließlich haben die Interviewpartner nach der Konferenz den Fragebogen aus dem 2009 durchgeführten Bevölkerungssurvey erneut ausgefüllt. Die Angaben aus beiden Bögen (vor und nach der Bürgerkonferenz) wurden miteinander verglichen, um Hinweise auf eine mögliche Präferenzveränderung zu erhalten.

⁹¹ Es waren alle Personen angeschrieben worden, die 2010 das Bürgervotum erhalten hatten. Diese Gruppe bildete keine systematische oder gar repräsentative Stichprobe der Experten und Entscheidungsträger im Feld.

6.4.5 Vorgehen zur Bearbeitung der verschiedenen Teilfragen

Die meisten der formulierten Teilfragen wurden mithilfe der Ergebnisse aus der Inhaltsanalyse der qualitativen Daten bearbeitet. In Tabelle 19 sind die zentralen Datenmaterialien für die Bearbeitung der in den Abschnitten 5.2 bis 5.4 formulierten Teilfragen jeweils fett markiert. Alle weiteren Markierungen weisen auf ergänzend berücksichtigte Daten hin. Die Bearbeitung der Teilfragen wird in den folgenden Abschnitten kurz skizziert.

Tabelle 19: Liste der zu den einzelnen Teilfragen auszuwertenden Materialien

	Transkripte der Konferenzwochenenden	Interviews Prä-Bürgerkonferenz	Interviews Post-Bürgerkonferenz	Bürgervotum u. Dokumente der Teilnehmer	Dokumentation des wiss. Symposiums	Pressespiegel und persönliche Reaktionen	Nachbefragung von Votumsempfängern
1. Potenziale							
Edukative Potenziale	X	X	X				
Soziale Potenziale	X		X	X			
Epistemische Potenziale	X		X	X	X		X
Potenziale für die Entwicklung öffentlicher Debatten			X		X	X	X
Politische Potenziale	X		X	X			
2. Qualitätsmerkmale							
Repräsentativität der Teilnehmer	X	X	X				
Qualität der Deliberation	X		X				
Ressourcenausstattung der Teilnehmer	X		X				
Transparenz und Öffentlichkeitsarbeit	X		X			X	X
3. Kontextbedingungen u. Designentscheidungen							
Komplexität des behandelten Themas	X	X	X	X	X		
Auftrag und Entscheidungsregel	X	X	X		X		
Rolle von Organisatoren, Moderator und Experten	X		X		X		X

6.4.5.1 Entfaltung von Potenzialen

Die Transkripte der Plenumsdiskussionen wurden zur Bearbeitung aller Teilfragen – mit Ausnahme der Frage nach Potenzialen für die Entwicklung öffentlicher Debatten – verwendet. Sie bildeten gemeinsam mit den Teilnehmerinterviews den Kern der Analyse. Insbesondere die Fragen zu den *edukativen und sozialen Potenzialen* ließen sich anhand dieser Materialien bearbeiten. So konnten der Ablauf der Debatten sowie mögliche Entwicklungen der Teilnehmer in deren Verlauf analysiert und durch die subjektiven Bewertungen und Einschätzungen in den Interviews ergänzt werden. Für die Ermittlung der sozialen Potenziale wurde zusätzlich das Bürgervotum auf Formulierungen untersucht, die Aufschluss über das Selbstverständnis oder eine gemeinsame Identität der Bürger geben konnten.

Ob sich im Fall der Bürgerkonferenz *epistemische Potenziale* entfaltet haben, wurde ebenfalls primär anhand der Tonbandtranskripte der Plenumsdiskussionen untersucht. Hierfür wurden die inhaltlichen Debatten zu Werten, Kriterien und Verfahrensregeln der Priorisierung auf neuartige Argumente, Begründungen oder Vorschläge hin analysiert. Hier spielte auch das Bürgervotum selbst eine zentrale Rolle, da es als das gemeinsame Produkt der Teilnehmer die Ergebnisse aus deren Debatten zusammenfasst. Schließlich wurden auch die Teilnehmerinterviews nach der Konferenz sowie die Rückmeldungen während des wissenschaftlichen Symposiums und die Daten der Befragung von Votumsempfängern berücksichtigt. Hierdurch sollte die Selbst- und Fremdeinschätzung im Hinblick auf einen epistemischen Beitrag der Bürgerkonferenz zur Priorisierungsdebatte abgebildet werden.

Die Entfaltung von *Potenzialen für die Entwicklung öffentlicher Debatten* wurde anhand des Ausmaßes und Inhalts der medialen Berichterstattung sowie auf Grundlage der Resonanz zur Bürgerkonferenz aus verschiedenen Quellen analysiert. Insbesondere die Exzerpte des wissenschaftlichen Symposiums und der Medienspiegel, aber auch die persönlichen Rückmeldungen sowie die Daten aus der Befragung der Votumsempfänger wurden hierfür berücksichtigt. Auch die Einschätzung der Teilnehmer selbst und Reaktionen aus deren Umfeld wurden ergänzend untersucht.

Die Testung von Policy-Vorschlägen durch die Bürgerkonferenz, also die Entfaltung *politischer Potenziale* wurde wiederum primär anhand der Tonbandtranskripte und der Teilnehmerinterviews nach der Konferenz analysiert. Auch das Bürgervotum selbst wurde herangezogen, um die Bewertung ausländischer Vorschläge zur Priorisierung durch die Teilnehmer und deren Reaktionen auf die Priorisierungsthematik insgesamt zu erheben.

6.4.5.2 Erfüllung von Qualitätsmerkmalen

Die Analyse im Hinblick auf die Qualitätsmerkmale der Bürgerkonferenz erfolgte ebenfalls vorrangig anhand der Transkripte der Plenumsdebatten. Hierdurch konnten besonders die *Qualität der Deliberation* sowie die *Ressourcenausstattung* beurteilt werden. Zusätzlich wurde auch die Einschätzung der Teilnehmer selbst in den Interviews nach der Konferenz berücksichtigt. Für die Frage nach der Repräsentativität der Bürgergruppe wurden zusätzlich die Interviews vor der Konferenz herangezogen. Diese enthielten Fragen zur Motivation für die Teilnahme sowie zur Einstellung der Teilnehmer zu verschiedenen Priorisierungskriterien. Anhand der Antworten konnten mögliche vordefinierte Standpunkte oder Interessen identifiziert werden. Die Inklusivität wurde ergänzend anhand der Anzahl von Sprechbeiträgen jedes Teilnehmers analysiert. Die Bewertung der *Transparenz und Öffentlichkeit* erfolgte wiederum auf Grundlage der Plenumsdebatten und der Teilnehmerinterviews. Gerade für die Feststellung der Öffent-

lichkeit der Bürgerkonferenz wurden jedoch auch der Medienspiegel sowie die Daten der schriftlichen Befragung der Votumsempfänger hinzugezogen.

6.4.5.3 Verwirklichung und Auswirkungen relevanter Kontextbedingungen

Zur Bearbeitung der Fragen zu diesem Abschnitt wurden wiederum ebenfalls die Tonbandtranskripte der Konferenzwochenenden und der Teilnehmerinterviews verwendet. Auf diese Weise sollten zum einen die Ausprägungen der Kontextbedingungen für die Bürgerkonferenz festgestellt werden. Zudem sollte der Umgang der Teilnehmer mit den verschiedenen Kontextbedingungen analysiert und gleichzeitig ihre eigene Perspektive auf die damit verbundenen Herausforderungen abgebildet werden. Zusätzlich wurden die verschiedenen Rückmeldungen der Bürgerkonferenz – Medienspiegel, persönliche Rückmeldungen und Befragung der Votumsempfänger – berücksichtigt. Hierdurch sollten die möglichen Auswirkungen der Kontextbedingungen aus Sicht der außenstehenden Akteure beleuchtet werden.

7 ERGEBNISSE

Die Ergebnisse aller im letzten Kapitel beschriebenen Analysen werden im Folgenden detailliert dargestellt. Dabei dient die Reihenfolge der oben formulierten Teilfragen zur Strukturierung der Abschnitte: Zunächst werden die im Kontext der Lübecker Bürgerkonferenz verwirklichten Potenziale beschrieben (Abschnitte 7.1 bis 7.5). Anschließend wird erörtert, inwiefern die Qualitätsmerkmale deliberativer Mini-Publics erfüllt wurden (7.6) und wie sich die Kontextbedingungen und Designentscheidungen auf den Verlauf und die Ergebnisse der Konferenz ausgewirkt haben (7.7).

7.1 EDUKATIVE POTENZIALE: BEITRÄGE ZUR VERFAHRENSINTERNEN MEINUNGS- UND WILLENSBILDUNG

Im theoretischen Teil dieser Arbeit sind zwei Arten edukativer Potenziale unterschieden worden, die in den folgenden beiden Abschnitten für die Lübecker Bürgerkonferenz untersucht werden: Erstens wird gezeigt, wie sich die Konferenzteilnahme auf das Interesse und den Wissensstand der Teilnehmer sowie auf ihre Meinungen und Präferenzen zu einzelnen Aspekten ausgewirkt hat (Abschnitt 7.1.1). Zweitens wird dargestellt, wie sich die deliberativen Fähigkeiten der Teilnehmer und ihre Neigung zum politischen Engagement insgesamt entwickelt haben (7.1.2).

7.1.1 Information und Meinungs- und Präferenzveränderungen

Die erste Variante edukativer Potenziale ist für die Fragestellung dieser Arbeit von besonderer Bedeutung. Denn ihre Analyse erlaubt Rückschlüsse auf die verfahrensiserne Meinungs- und

Willensbildung im Rahmen der Lübecker Bürgerkonferenz. Um Hinweise hierfür zu identifizieren, wurden die drei in Abschnitt 5.2.3 formulierten Teilfragen einzeln bearbeitet.

7.1.1.1 Wie hat sich das Interesse der Teilnehmer für die Priorisierungsproblematik entwickelt?

Viele Teilnehmer berichteten in den Interviews nach der Bürgerkonferenz, dass sich ihr Interesse an den diskutierten Fragen aufgrund der Einladung zur Konferenz und ihrer Teilnahme daran gesteigert habe:

„Ja erst mal hab ich mich mit dem Thema vorher noch gar nicht so beschäftigt. Nur, es war eben so, dass mich das schon so ein bisschen zum Nachdenken gebracht hat, als ich den Umschlag [mit den Befragungsunterlagen] geöffnet habe und dann ja das ganze Thema erst mal durchgegangen bin.“ (Interview Post, TN 5)

„(...) ich interessiere mich natürlich wesentlich mehr dafür, ich weiß auch jetzt mehr darüber (räuspert sich). Das wäre natürlich etwas, wenn das die ganze Bevölkerung wüsste, würden sich viel mehr dafür interessieren (...).“ (Interview Post; TN 17)

Zudem beschäftigten sich viele Teilnehmer auch in ihrer Freizeit vermehrt mit den Themen der Konferenz:

„Ja, also (...) ich habe mich selber noch ein bisschen belesen. Ich habe da auch ein bisschen was im Internet gefunden (...).“ (BüKo, 2. WE, Fr.; TN 20)

„(...) ich habe mich also die letzten Wochen seit unserem letzten Treffen, habe ich mich also sehr mit unserem Thema beschäftigt (...).“ (BüKo, 2. WE, Sa.; TN 15)

Damit hat sich einer der zentralen Aspekte der ersten Form edukativer Potenziale – zumindest nach subjektiven Aussagen der Teilnehmer – auch für die Lübecker Bürgerkonferenz verwirklicht.

7.1.1.2 Wie hat sich das Wissen über den Gegenstand der Mini-Public entwickelt?

Auch das Wissen der Teilnehmer hat sich im Verlauf der Bürgerkonferenz vergrößert. Hierauf weisen zum einen die Aussagen der Teilnehmer selbst hin. Aber auch ein Vergleich früher und später inhaltlicher Aussagen einzelner Bürger zeigt deren Lerneffekte zum Priorisierungsbegriff, zu einzelnen Werten und Kriterien sowie zu allgemeinen Fragen der Gesundheitsversorgung.

Gesamteinschätzung der Teilnehmer

Viele Teilnehmer berichteten schon während der Bürgerkonferenz oder in den Interviews nach deren Ende, dass sie viel gelernt hätten, sich insgesamt besser informiert fühlten und dass sich ihr Horizont erweitert habe. Dies führten sie auf verschiedene Informationsquellen zurück. Insbesondere die Expertenbefragungen wurden in diesem Zusammenhang genannt:

„Ich habe [durch] die Expertenbefragung sehr /äh/ den Horizont erweitert, man hat also sein Wissen erweitern können und man hat andere, anderes erkennen können und Zusammenhänge erkennen können (...).“ (BüKo, 3. WE, Sa.; TN 4)

„Ja, /äh/ ich gucke [jetzt] ein bisschen kritischer auf das ganze Gebiet (...). Ich sehe auch manches positiver als vorher, muss ich sagen. Eben auch durch die Informationen von den Fachleuten, die wir da hatten, die man befragen konnte.“ (Interview Post; TN 17)

Aber auch der Austausch mit den anderen Teilnehmern wurde als wertvolle Informationsquelle bewertet:

„Ich fand eigentlich dadurch, dass alle mal zu Wort gekommen sind und (...) ihre unterschiedlichen Meinungen gesagt haben, ist mein Bildungsspektrum erweitert.“ (BüKo, 2. WE, Sa.; TN 4)

„(...) viele Leute haben ja auch ihre Erfahrungen da eingebracht und /äh/ was ich da gehört hab, /äh/ das hab ich also für mich hier gespeichert und das wird also bei Bedarf dann auch abgerufen.“ (Interview Post; TN 15)

Vergleich inhaltlicher Aussagen einzelner Teilnehmer: konkretere Definition des Priorisierungsbegriffs

Die Veränderung des Wissensstandes zeigte sich z. B. anhand der von den Teilnehmern verwendeten Definition des Priorisierungsbegriffs. Sowohl in den Interviews vor als auch nach der Konferenz waren die Gesprächspartner nach ihrem Verständnis oder ihren Assoziationen zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung befragt worden. Während die meisten im ersten Interview die Frage nach dem Priorisierungsbegriff gar nicht oder sehr vage beantworteten, konnten viele im zweiten Interview differenziert Auskunft darüber geben:

„I: Priorisierung, dieses sperrige Wort. Was bedeutet das für Sie? (...)

TN 17: Ja (...) ich wusste ja nicht – und weiß es ja immer noch nicht genau – was wollt ihr damit überhaupt erreichen? (...) Und je mehr man drüber nachdenkt, desto unterschiedlicher /äh/ – oder desto mehr merkt man, wie schwierig das ist, desto mehr verzweigt sich das.“ (Interview Prä; TN 17)

„Priorisierung ist einfach (...) die Frage, eine Rangordnung zu erstellen, nach der die Ärzte und das Fachpersonal in der Medizin und in der Gesundheitsfürsorge, dass die nachher arbeiten können. Das heißt, zu sagen was ist wichtig (...), was ist weniger wichtig und was ist unwichtig und wie kann man das in dieser Wertigkeit so ein bisschen ordnen und sortieren, damit eine gerechte Gesundheitsversorgung erfolgen kann? (...) ohne dass jemandem irgendwas vorenthalten wird, was er eigentlich braucht oder ohne dass jemand Dinge kriegt, die er eigentlich gar nicht braucht.“ (Interview Post; TN 17)

Unabhängig von den konkreten Inhalten der Definitionen weist bereits die gesteigerte Klarheit und Sicherheit im zweiten Interview auf Lerneffekte während der Konferenz hin. Einige Teilnehmer betonten nach intensiven Debatten über den Priorisierungsbegriff auch die Differenzierung zwischen Rationierung und Priorisierung, die sowohl im Informationsmaterial der Organisatoren als auch in einigen Expertenbefragungen vorgenommen worden war:

„Priorisierung ist nicht gleich Rationierung, das hat er [ein Experte] noch mal gesagt. Das haben wir letzte Woche ja schon gehört, aber das ist ja so eine Aussage, die sollte wohl auch mit ins Votum.“ (BüKo, 3. WE, Sa.; TN 5)

Diese Entwicklung kann als Hinweis auf Lerneffekte der Teilnehmer gewertet werden. Sie ist allerdings nicht für alle Befragten zu beobachten. Einigen fiel es sowohl vor als auch nach der Konferenz schwer, ihre Vorstellung des Priorisierungsbegriffs zu formulieren. Einzelne haben

auch im Vorfeld bereits eine mehr oder weniger konkrete Vorstellung des Begriffs gehabt, die sich auch während der Konferenz kaum gewandelt oder ausdifferenziert zu haben scheint. Für diese Teilnehmer sind keine Lerneffekte in Bezug auf die Definition des Priorisierungsbegriffs festzustellen.

Wissenszuwachs zu einzelnen inhaltlichen Aspekten

Aber nicht nur das Verständnis des Priorisierungsbegriffs der meisten Teilnehmer wurde im Konferenzverlauf differenzierter und konkreter, sondern auch zu einzelnen Aspekten der Priorisierungsthematik zeigen sich Lerneffekte. So griffen einige etwa die Aussagen von Experten auf und nutzten sie als Grundlage für kritische Nachfragen:

„Ja, Sie sprachen ja vorhin davon, dass es [in Schweden] für jede einzelne Fachrichtung Prioritätenlisten gibt. Nun gibt es aber auch Patienten die Mehrfacherkrankungen haben. /äh/ Gesetz den Fall, er hat auf der kardiologischen Prioritätenlisten Punkt eins, hat aber vielleicht internistisch unter zehn. Wie wird dann entschieden (...)?“ (BüKo, 3. WE, Sa.; TN 1)

Gerade in Bezug auf ausländische Priorisierungserfahrungen, die den Teilnehmern im Vorfeld der Konferenz nicht bekannt gewesen waren, scheinen sie nach den Befragungen von Thorsten Meyer und Jörg Carlsson, die hierüber Auskunft gegeben hatten, ein umfangreiches Faktenwissen erworben zu haben. So erklärten einige Teilnehmer anderen Experten Details des schwedischen Priorisierungsmodells oder verwiesen in der internen Debatte gezielt auf ausländische Erfahrungen:

„Also soweit ich das verstanden hatte, ist es [Priorisierung] also [in Schweden] eine Empfehlung an die Ärzte, die frei darüber entscheiden können, ob sie diese Empfehlung befolgen oder ob es individuell im konkreten Fall andere Argumente gibt, um zu sagen: Ich weiche aus bestimmten Gründen davon ab.“ (BüKo, 3. WE, Sa.; TN 10)

„Priorisierung wird jetzt immer mit knappem Geld gleichgesetzt, das ist aber glaub ich nicht der Fall. Priorisierung ist unabhängig vom Finanzierungssystem. Es sind einfach Leitlinien, wie ein Patient individuell behandelt werden kann. Norwegen: Die haben Geld genug, die haben eine Priorisierung und wir haben vielleicht nicht so viel Geld und beschäftigen uns auch damit.“ (BüKo, 3. WE, Fr.; TN 11)

Dieses Verhalten deutet darauf hin, dass die während der Konferenz verfügbaren Informationen nicht nur von den Teilnehmern verstanden, sondern auch aktiv angewendet, hinterfragt und weiter durchdacht worden sind. Auch die Fähigkeit, die durch die Expertenbefragungen gewonnen Informationen kritisch aufeinander zu beziehen und daraus Schlüsse für die Bearbeitung der gemeinsamen Fragestellung zu ziehen, zeigt den Wissenszuwachs der Teilnehmer:

„Es wurde ja aber auch so gesagt, (...) wie das im schwedischen Priorisierungssystem funktioniert: Es wird ständig dran gearbeitet, an diesem Kern und er wird auch ständig erneuert. Genauso passiert das aber auch hier bei diesem /ähm/ Algorithmus [zur Organallokation], es wird ständig auch wieder daran neu gearbeitet innerhalb dieser Priorisierung. /äh/ Das ist voll für mich das Gleiche wie es in Schweden abläuft und das ist echt ganz gut.“ (BüKo, 3. WE, Sa.; TN 13)

Wissenszuwachs auch zu allgemeinen Fragen der Gesundheitsversorgung

Einige Teilnehmer nutzten die Expertenbefragung auch dazu, Fragen zu allgemeinen Aspekten der Gesundheitsversorgung zu klären. Hierzu ist ebenfalls ein Wissenszuwachs festzustellen:

„[Der hausärztliche Experte hat angesprochen, dass] diese Budgetierung eben halt (...) auf unterschiedliche Aspekte verläuft. Und zwar, einmal Untersuchungszeit, dann /äh/ Physiotherapie, Impfstoffebene und jede eigene Ebene eine eigene Budgetierung hat (...)“ (BüKo 3. WE, SA.; TN 20)

„Denn ich hab hier noch vom Experten im Kopf, dass da 50 Millionen für Beraterverträge ausgegeben werden. 50 Millionen, das muss man sich mal vorstellen!“ (BüKo, 4. WE, Sa.; TN 2)

Diese Informationen beziehen sich zwar nicht direkt auf die Fragestellung nach Werten, Kriterien und Verfahrensregeln zur Priorisierung, sie sind jedoch ebenfalls ein Beispiel für die Verwirklichung edukativer Potenziale der Bürgerkonferenz.

7.1.1.3 Haben sich die Meinungen und Präferenzen der Teilnehmer im Verlauf der Konferenz entwickelt oder verändert?

Subjektive Bewertung durch die Teilnehmer selbst

Die Teilnehmer selbst betonten während der Konferenz und in den Interviews danach, dass sich ihre Meinung durch den gemeinsamen Austausch bzw. durch die zusätzlichen Informationen teilweise verändert oder überhaupt erst ausgebildet habe:

„Denn wir (...) kommen aus anderen Bereichen, haben andere Erfahrungen und müssen damit lernen, auch so zu sehen, wie denken andere. Und das ist, wenn man nur in einem... in seinem eigenen Bereich ist, wirklich schwer. Und da hab ich gestern doch gemerkt, dass es sehr unterschiedliche Meinungen gibt, die mein Meinungsbild auch mal eventuell verändern können, das fand ich also sehr gut.“ (BüKo, 2. WE, Sa.; TN 4)

„Also vorher hätte ich gesagt, dass mich das [Thema] noch nicht mal betrifft als Person, weil ich einfach noch zu jung bin (...). Aber wenn man sich da so ein bisschen rein liest und auch mit älteren Leuten darüber redet, so war es ja in meinem Fall, dann bildet sich ja erst eine Meinung darüber.“ (Interview Post; TN 5)

„Ich bin auch teilweise wirklich gut überzeugt worden und von meiner Meinung abgerückt und da war auch ausreichend Raum das wirklich auszudiskutieren.“ (Interview Post; TN 14)

Obwohl eine solche Wirkung von verschiedenen Teilnehmern beschrieben wurde, nannte keiner von ihnen konkrete Inhalte, zu denen die eigenen Ansichten oder Präferenzen sich geändert oder ausgebildet haben.

Zunehmende Bereitschaft zur systematischen Differenzierung in der medizinischen Versorgung

Eine Veränderung in den Positionen der Teilnehmer war besonders anhand ihrer wachsenden Bereitschaft festzustellen, überhaupt eine systematische Differenzierung in der medizinischen

Versorgung vorzunehmen. Dies hatten viele in den Interviews vor der Konferenz mehrheitlich abgelehnt, ohne dass sie explizit dazu befragt worden waren:

„Also erst mal alle gleich behandeln und die bestmögliche /äh/ Behandlung auch. (...) Also eine Unterscheidung der Patienten möchte ich überhaupt nicht haben. Das gefällt mir also ganz und gar nicht.“ (Interview Prä; TN 6)

„Also am wichtigsten ist mir an dieser, an der medizinischen Versorgung, dass es keine Zwei-Klassen-Gesellschaft mehr gibt. (...) Ich möchte, also was ich mir wünschen würde /ähm/, dass also alle gleich behandelt werden.“ (Interview Prä; TN 18)

I: Haben Sie für sich schon eine Antwort, welche Kriterien [für eine Priorisierung] sind sinnvoll?

TN 10: Nein, hab ich nicht. (...) Einmal die Priorisierung in der... auf dem klinischen Bereich: Ich glaube da würde ich dahin tendieren, zu sagen, es lässt sich kaum unterscheiden, es sind alle Menschen gleich, ausgehend von der Menschenwürde (...).“ (Interview Prä; TN 10)

Zwar äußerten einzelne Teilnehmer auch in späteren Phasen noch Bedenken in Bezug auf eine systematische Differenzierung; während des Verlaufs der Bürgerkonferenz haben sich diese Vorbehalte jedoch offenbar relativiert:

„Ich meine, auch im Hinblick auf unsere knappen Mittel wird sich das Gesundheitssystem darauf beschränken müssen, auf alles, was nötig ist, aber nicht auf das, was möglich ist. Und über das Nötige muss man sich auseinandersetzen, was ist nötig?.“ (BüKo 3. WE, Sa.; TN 7)

„Also Priorisierung findet in irgendeiner Form jetzt schon statt und /äh/ es ist unabhängig vom Kassensystem, [dass] diese Priorisierung stattfindet. Und da ist eben wichtige Schlussfolgerung für das Votum: /ähm/ Priorisierung ist scheinbar ein wichtiges Thema und es ist schon wichtig, was wir hier machen.“ (BüKo, 3. WE, Sa.; TN 11)

Vergleich von Aussagen zu einzelnen Werten oder Kriterien zur Priorisierung

Betrachtet man die Äußerungen einzelner Teilnehmer zu den verschiedenen diskutierten Priorisierungskriterien oder grundlegenden Werten, zeigen sich kaum deutliche Belege für Meinungsänderungen. Besonders wenn die Teilnehmer vor der Konferenz oder zu deren Beginn bereits eine Meinung zu einem Kriterium vertreten hatten, haben sie diese im Verlauf der Konferenz nicht nachweislich verändert. So betonte Teilnehmerin 14 bereits im Interview vor der Bürgerkonferenz, dass die eigene Verantwortung für den persönlichen Lebensstil für sie ein wichtiges Priorisierungskriterium darstellte und dass auch finanzielle Anreize für einen gesunden Lebensstil geschaffen werden müssten. Diese Position vertrat sie auch in späteren Phasen der Konferenz:

„Wenn wir gerade bei so allgemein übergreifenden Themen sind: Was mich eigentlich wahnsinnig wundert in unserm Gesundheitswesen ist, dass die Eigenverantwortung so völlig nach hinten gestellt wird.“ (BüKo, 1. WE, Sa.; TN 14)

„(...) bei einer Kasko-Versicherung, wenn ich lange unfallfrei fahre, gehe ich runter in den Prozenten. (...) ich denke, dass ein ähnlicher Modus auch für die Krankheitsvorsorge gefunden werden muss. Weil, wir können nicht 80 % übergewichtige Bundesbürger durchfüttern.“ (BüKo, 4. WE, So.; TN 14)

Auch Teilnehmer, die dieses oder andere Kriterien von Beginn an deutlich abgelehnt hatten, sind während der Konferenz grundsätzlich bei ihren Positionen geblieben. Zwar äußerten einige Teilnehmer im Konferenzverlauf Positionen, die sie zuvor noch nicht offen vertreten hatten, eindeutige Belege für eine Bildung dieser Positionen während der oder gar durch die Bürgerkonferenzteilnahme gibt es jedoch nicht.

Vergleich von Fragebogenangaben der Interviewpartner vor und nach der Konferenz

Um die bisherigen Befunde zu ergänzen, wurden zusätzlich zu den Tonbandaufzeichnungen die Angaben der Interviewpartner zu einzelnen Priorisierungskriterien im Fragebogen vor und nach der Bürgerkonferenz miteinander verglichen. Tabelle 20 zeigt die Ergebnisse des Vergleichs. Die Ziffern geben dabei die Veränderung auf einer vierstufigen Skala zwischen „1“ (Kriterium soll eindeutig bei der Behandlung berücksichtigt werden) und „4“ (Kriterium soll eindeutig keinen Einfluss auf die Behandlungsentscheidung haben) wieder. Die hellgrau markierten Felder weisen eine Entwicklung von der Ablehnung eines Kriteriums (Kategorie drei oder vier) zur Zustimmung (Kategorie eins oder zwei) aus.⁹² Die dunkler markierten Felder zeigen den Wechsel von einer positiven zu einer negativen Bewertung des Kriteriums an. Angaben, die sowohl im Fragebogen vor als auch nach der Konferenz entweder im Bereich der Zustimmung oder Ablehnung lagen, sind ohne farbliche Markierung dargestellt.

Insgesamt sind mehr Veränderungen hin zu einer positiven Bewertung von Priorisierungskriterien festzustellen. Insbesondere TN 18 und TN 6 bewerteten nach der Konferenz fünf Kriterien positiv, die sie zuvor nicht berücksichtigt wissen wollten. Dies spricht wiederum für die oben bereits dargestellte zunehmende Bereitschaft der Teilnehmer, überhaupt zwischen verschiedenen Patienten oder Behandlungen zu differenzieren. Allerdings lehnten TN 17, 9, 8 und 7 nach der Konferenz mehr Kriterien ab als zuvor. Die Bewertungen von TN 14 und TN 4 weisen überhaupt keine Veränderungen auf.

⁹² Die Ziffern in der Tabelle geben dabei die absolute Veränderung der Angaben im Fragebogen nach der Konferenz im Vergleich zu den Angaben vor der Konferenz wieder. Lehnte ein Teilnehmer vor der Konferenz die Berücksichtigung eines bestimmten Kriteriums beispielsweise eindeutig ab (Kategorie 4) und stimmt ihr nach der Konferenz eher zu (Kategorie 2), ergibt sich für die Tabelle eine Differenz von -2.

Tabelle 20: Bewertung von Priorisierungskriterien im Fragebogen vor und nach der Bürgerkonferenz

Bevorzugte Behandlung von...	TN 20	TN 18	TN 17	TN 15	TN 14	TN 12	TN 10	TN 9	TN 8	TN 7	TN 6	TN 4	Σ positive Bewertungen nach der BüKo (max.=12)
... schweren Krankheiten	0	-3	0	1	0	-2	-1	0	0	-1	-3	0	11
... Behandlungen mit wissenschaftlich nachgewiesenem Nutzen	0	-3	-1	0	1	1	-1	0	1	2	-1	0	9
... Behandlungen mit größerem Nutzen	0	-1	0	1	0	0	-1	1	1	1	-1	0	10
... Behandlungen mit günstigem Kosten-Nutzen-Verhältnis	-2	-2	-2	-1	1	0	-2	0	1	0	-2	0	7
... Patienten mit gesundem Lebensstil	-1	-2	2	1	0	-1	0	0	0	0	-1	0	6
... Patienten mit großer familiärer Verantwortung	0	-1	1	0	0	-1	0	0	-1	0	0	1	2
... Patienten mit großer gesellschaftlicher Verantwortung	0	-1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
... Kindern	1	-1	1	-1	1	0	0	0	0	0	-1	0	2
... jüngeren oder älteren Erwachsenen	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	-1	0	2
Σ positive Bewertungen nach der BüKo (max.=9)	4	8	5	4	5	2	4	1	4	4	6	3	

■ = Wechsel von negativer zur positiven Bewertung eines Kriteriums

■ = Wechsel von positiver zur negativen Bewertung eines Kriteriums

Die gesteigerte Zustimmung ist besonders auffällig für das *Kosten-Nutzen-Verhältnis*, das fünf Teilnehmer, die es vor der Konferenz abgelehnt hatten, danach positiv bewerteten. Auch die Bevorzugung von Patienten mit *schweren* Krankheiten erhielt nach der Konferenz von drei Teilnehmern, die es zuvor abgelehnt hatten, eine zustimmende Bewertung. Für die *familiäre* Verantwortung als Kriterium zeigte sich keine Veränderung. Dieses Kriterium war von allen Teilnehmern bereits vor der Konferenz abgelehnt worden. Die Bevorzugung von *jüngeren oder älteren Erwachsenen* wurde nach der Konferenz häufiger abgelehnt als zuvor. Für alle anderen Kriterien war die Veränderung der Fragebogenangaben gegenläufig.

Trotz einiger Hinweise auf eine Veränderung oder Ausbildung von Präferenzen einiger Teilnehmer während der Bürgerkonferenz lässt sich eine solche Entwicklung insgesamt auch durch die ergänzende Auswertung der Fragebögen der Interviewpartner nicht belegen.

7.1.2 Sozialisation deliberativer und bürgerschaftlicher Kompetenzen

Zwar ist die zweite Variante edukativer Potenziale nicht unmittelbar ausschlaggebend für die verfahren-interne Meinungs- und Willensbildung; wenn sich das Verhalten der Teilnehmer während der Deliberation verbessert, kann sich dies jedoch zumindest mittelbar positiv auf deren Meinungs- und Willensbildung auswirken. Die mögliche Anregung der Teilnehmer zur

weiteren politischen Beteiligung kann zudem einen positiven Einfluss auf die öffentliche Meinungs- und Willensbildung auch zu anderen Themen entfalten.

7.1.2.1 War eine Entwicklung des Deliberationsverhaltens der Teilnehmer festzustellen?

Einige Teilnehmer beschrieben ihre durch die Bürgerkonferenz gewonnenen Erfahrungen, mit fremden Personen in einer Gruppe zusammengearbeitet zu haben, als wichtige und nachhaltige Wirkung der Konferenz. Häufig wurde berichtet, dass sich hierdurch etwa die eigene Fähigkeit, Kompromisse einzugehen, verbessert hätte:

„Ja, ich glaube, was für mich sehr interessant und auch sehr hilfreich war: Das Lernen, (...) in der Gruppe zu arbeiten; /ähm/ gezwungen zu sein, irgendwo andere zu integrieren, sich selber zurückzunehmen und mit Menschen, die man nicht kennt, (...) gemeinsam ein Ergebnis zu erarbeiten und nicht alleine sich durchzusetzen mit seiner Meinung.“ (Interview Post, TN 10)

„Also, bei mir ist das immer so, wenn es zur Diskussion kommt, dann /äh/ versuche ich, den Anderen so lange zu überzeugen, bis ich es geschafft habe, auch wenn ich merke, das ist falsch, was ich sage (...). Und da hab ich wirklich auch gelernt, Kompromisse einzugehen.“ (Interview Post; TN 5)

Aber auch an verschiedenen Stellen der Tonbandtranskripte war eine positive Entwicklung einiger Teilnehmer im Hinblick auf das eigene Verhalten während der Deliberation feststellbar. So äußerten sich einzelne Teilnehmer, die zu Beginn der Konferenz besonders dominant waren (vgl. 7.6.2.1), bereits nach wenigen Deliberationstagen zunehmend selbstkritisch und sie verhielten sich gegen Ende der Konferenz auch etwas zurückhaltender:

„(...) ich hab gelernt, mich zurückzunehmen. Und ich hoffe, man hat das auch gemerkt.“ (BüKo, 1. WE, Sa.; TN 4)

„JPD: Gibt's da noch Kommentare zu diesem Vorgehen?

TN 20: (leise, lacht) Ne, dann nicht. Sag ich jetzt nichts.“ (BüKo, 4. WE, Sa.)

7.1.2.2 Haben sich die Bereitschaft oder das Selbstvertrauen zur politischen Beteiligung vergrößert?

Einige Teilnehmer betonten auch, dass sie sich in Folge der Konferenzteilnahme mehr zutrauten. In einem Fall scheint sich dieses gesteigerte Selbstvertrauen sogar auf die Zeit nach der Konferenz ausgewirkt zu haben:

„(...) mir selber hat dieses ganze Verfahren so gefallen, dass ich jetzt ernsthaft überlege, noch ein Fernstudium zu machen. Weil dieses Arbeiten, das hat mich richtig motiviert und /ähm/ ja, ich traue mir das jetzt auch eher zu, weil ich jetzt gesehen habe, dass das doch klappt, so Informationen aus dem Internet holen und das alles. Und dass man das auch neben Job und Hobby also locker machen kann eigentlich.“ (Interview Post; TN 14)

Schließlich berichten einige Bürger nach der Bürgerkonferenz über eine gestiegene Motivation zur allgemeinen politischen Beteiligung:

„Vorher hab ich gedacht es ist nicht wichtig, sich als Bürger einzumischen (...). Aber jetzt im Nachhinein würde ich sagen, ich würde auf jeden Fall noch mal so was mitmachen,

egal in welcher Konstellation oder wie auch immer, weil es einfach /ähm/ einem auch den Raum gibt sich selber dann /ähm/ Gedanken zu machen.“ (Interview Post; TN 5)

„Also ich denke, man sollte den Leuten diese Angst nehmen und ich fand die Motivation, die gegeben wurde durch das Bürgerforum, eine ganz tolle Art. (...) Aber was ich interessant finde, ist, was man aus ganz normalen Bürgern rausholen kann, wenn man sie lässt. Und dieses Potenzial, das könnte man häufiger abrufen.“ (Interview Post; TN 14)

Zumindest nach der Einschätzung der Teilnehmer selbst hat sich diese Form edukativer Potenziale also auch im Kontext der Lübecker Bürgerkonferenz entfaltet. Allerdings gilt dies nicht für alle Teilnehmer. Eine Teilnehmerin wirkte im Interview nach der Bürgerkonferenz eher enttäuscht und desillusioniert. Sie leitete daher aus der Konferenzteilnahme eine gegensätzliche Schlussfolgerung für ihre weitere Bereitschaft zur Beteiligung ab:

„I: Welche Erfahrungen haben Sie (...) gewonnen durch [die Bürgerkonferenz]?

TN 7: (leise) Welche Erfahrungen. Ja, also wenn ich sagen würde ‚halt dich von allem fern, aus allem raus‘, wär zu viel gesagt, aber man muss mit dem leben, was einem geboten wird. Mit dem Kopf durch die Wand geht nicht.“ (Interview Post; TN 7)

7.2 SOZIALE POTENZIALE: KATALYSATOREN FÜR VERFAHRENSINTERNE MEINUNGS- UND WILLENSBILDUNG

Als soziale Potenziale wurden insbesondere die Entwicklung eines gegenseitigen Verständnisses sowie die Bildung einer kollektiven Identität beschrieben. Die Befunde dieser beiden Ausprägungen werden in den nächsten Abschnitten dargestellt.

7.2.1 *Entwicklung eines gegenseitigen Verständnisses und einer gemeinsamen Position*

Haben die Teilnehmer ein gegenseitiges Verständnis und eine gemeinsame Position entwickelt?

Zwar hatten einige Teilnehmer angegeben, ihre Meinungen zu den diskutierten Inhalten während des Verlaufs der Bürgerkonferenz verändert zu haben (vgl. 7.1.1.3). Eindeutige Hinweise auf eine übergreifende Konvergenz der Positionen der Teilnehmer haben sich in diesem Zusammenhang jedoch nicht gezeigt. Ebenso gab es keine unmittelbaren Belege dafür, dass sich das Verständnis der Teilnehmer für die Positionen und Argumente der anderen nachhaltig gesteigert hat. Allerdings wird das Bürgervotum von einigen als wichtiges Gemeinschaftsprodukt verstanden, das als Ausdruck eines geteilten Verständnisses interpretiert werden kann:

„Ich glaub wir können stolz sein auf das Ergebnis, das wir heute in Form gebracht haben. Es war ein Sieg des Wir über das Ich. Wir sind über unseren eigenen Schatten gesprungen, um das gemeinsame Ziel zu erreichen.“ (BüKo, 4. WE, So.; TN 17)

Diese Position wurde jedoch nicht von allen Bürgern geteilt. Die meisten äußerten im Interview nach der Konferenz zwar insgesamt große Zustimmung zum Bürgervotum als dem gemeinsamen Ergebnis der Konferenz; dass darin jedoch tatsächlich eine gemeinsame Perspektive abgebildet sei, wurde von einzelnen bezweifelt:

„(...) ist es wirklich das Votum der Gruppe? Und mein Eindruck ist, eine richtige Gruppenmeinung gibt es nicht. Unter dem Zeitdruck wurde von vielen Teilnehmern nachher irgendwas akzeptiert, weil man wusste, die Zeit ist zu Ende, komm, irgendwas muss da hin. Aber ich glaub, wenn Sie heute viele fragen, würden doch einige sagen, ‚ich bin da nicht ausreichend berücksichtigt worden, das ist eigentlich nicht meine Meinung.‘“ (Interview Post; TN 10)

7.2.2 Bildung einer sozialen Identität

Um zu untersuchen, ob sich während der Bürgerkonferenz eine gemeinsame Identität entwickelt hat, wird im Folgenden zunächst die Frage nach einem „Wir“-Gefühl der Teilnehmer bearbeitet. Anschließend wird gezeigt, wie sich das Verhältnis zwischen den Teilnehmern entwickelt hat.

7.2.2.1 Haben sich ein „Wir“-Gefühl oder eine gemeinsame Identität der Teilnehmer ausgebildet?

Die oben zitierte Äußerung von TN 17 zum Bürgervotum („Es war ein Sieg des Wir über das Ich“; Interview Post; TN 17) weist auf die Entwicklung eines „Wir-Gefühls“ der Teilnehmer hin. Sie scheinen sich mit der Gruppe identifiziert und trotz einiger Konflikte und Schwierigkeiten an dieser Gemeinsamkeit festgehalten zu haben. Dies äußert sich auch in der Verwendung des Personalpronomens „Wir“ im Bürgervotum, das die Teilnehmer bewusst gewählt haben, um ihre Gemeinsamkeit auszudrücken:

„Ich bin eigentlich dafür, dass die Formulierung ‚wir‘ bleibt. Denn das ist ja gerade von uns, der beschränkten Gruppe, des /äh/...wird das aufgestellt.“ (BüKo, 4. WE, Fr.; TN 6)

In einigen Zitaten wurde auch deutlich, dass die Teilnehmer sich als Vertreter aller Bürger oder zumindest der Bürger Lübecks verstanden haben, was ebenfalls als Identitätsäußerung interpretiert werden kann:

“Vielleicht ist es ja auch ganz sinnvoll, dass wir hier nicht als Experten sitzen, sondern einfach wir als Bürger (...). Wir sind nicht die Experten, aber wir sind alle Betroffene, das ist doch eigentlich so der Punkt, ne.” (BüKo, 2. WE, FR.; TN 8)

„Aber ich denke mir, wir sitzen hier für viele andere Bürger. Und die erwarten dann von uns, wenn sie das auch zu lesen bekommen: Ja ist das jetzt meine Meinung? Haben wir genug gesagt?“ (BüKo, 4. WE, So.; TN 2)

„Wir, die Konferenzteilnehmer, verstehen uns als Vertreter der Bürger der Hansestadt Lübeck“ (Bürgervotum)

Die meisten Äußerungen dieser Art stammen vom letzten Konferenzwochenende oder aus dem Bürgervotum. Dies weist darauf hin, dass sich tatsächlich im Verlauf der Konferenz ein Zusammengehörigkeitsgefühl der Teilnehmer entwickelt hat.

7.2.2.2 Wie hat sich das Verhältnis zwischen den Teilnehmern entwickelt?

Unabhängig von der Entwicklung einer kollektiven Identität haben viele Teilnehmer gerade die sozialen Kontakte mit den anderen Teilnehmern und die Interaktion mit ihnen zuvor Fremden als wichtige Aspekte der Bürgerkonferenz beschrieben:

„Ja, ich muss sagen, ich fand es als gelungene Auftaktveranstaltung, insbesondere all die verschiedenen Mitbürgerinnen und Mitbürger dieser Stadt hier kennenzulernen (...).“ (BüKo, 1. WE, Fr.; TN 12)

„Es hat mich sehr gefreut, mal viele Leute, neue Leute kennenzulernen, andere Meinungen zu hören und andere Gesichter zu sehen“ (BüKo, 1. WE, Fr.; TN 4)

Einige der während der Konferenz entstandenen Kontakte haben sich auch nach deren Ende gehalten:

„Also persönlich inhaltlich hab ich einiges mitgenommen (...) und natürlich auch zwischenmenschliche Beziehungen. Also wie gesagt mit TN 7 hab ich immer noch Kontakt (...). Man hat sich einfach in diesen paar Wochenenden so gut kennengelernt, dass man, ja... das nehme ich auf jeden Fall mit.“ (Interview Post; TN 5)

Auch die Erfahrung, erfolgreich in der Gruppe zu arbeiten, wird von vielen als positiv beschrieben:

„(...) ich war bisher immer Einzelkämpfer, die letzte Zeit, und ich hoffe, dass man, ja, durch die Gemeinschaft doch ein bisschen was Neues dazu lernt und weiß, dass man nicht alleine dasteht.“ (BüKo, 1. WE, FR.; TN 9)

„Ich hab auch noch nie die Erfahrung gemacht, dass eine Gruppe so schnell so gut zusammenarbeiten kann. Das hat mich auch erstaunt, positiv.“ (BüKo, 1. WE, Sa.; TN 1)

7.3 EPISTEMISCHE POTENZIALE: VORAUSSETZUNG FÜR BEITRAG ZUR EXTERNEN MEINUNGS- UND WILLENSBILDUNG

Gemeinsam mit den in Abschnitt 7.4 beschriebenen Potenzialen für die Entwicklung öffentlicher Debatten, bilden die im Folgenden erörterten epistemischen Potenziale wichtige Voraussetzungen für einen Einfluss deliberativer Verfahren auf die verfahrensexterne Meinungs- und Willensbildung. In den folgenden Abschnitten wird gezeigt, dass sich tatsächlich einige epistemische Beiträge der Lübecker Bürgerkonferenz identifizieren lassen. Dabei werden zunächst die Entwicklung eigenständiger Vorschläge und Schwerpunkte (7.3.1) und anschließend die Offenlegung von Interessen und Wertvorstellungen (7.3.2) durch die Teilnehmer erörtert.

7.3.1 *Entwicklung eigenständiger Vorschläge, Argumente und Schwerpunkte*

Im Folgenden werden die im Bürgervotum vorgeschlagenen Werte, Kriterien und Verfahrensregeln zur Priorisierung kurz zusammengefasst und mit den in Abschnitt 4.4 aufgeführten international diskutierten Aspekten verglichen.⁹³ Hierdurch soll die folgende oben formulierte Teilfrage zur Entfaltung der ersten Form epistemischer Potenziale beantwortet werden:

⁹³ Für eine oberflächlichere erste Analyse siehe auch Stumpf und Raspe (Stumpf und Raspe, 2012).

Haben sich im Vergleich mit der bereits laufenden fachöffentlichen Debatte neuartige Argumente, Vorschläge oder Schwerpunkte der Bürger gezeigt?

Grundlegende Werte

Gerade im Bereich der grundlegenden Werte zur Priorisierung sind die Empfehlungen im Bürgervotum weitgehend kompatibel mit den in Abschnitt 4.4 dargestellten internationalen und nationalen Stellungnahmen. So betonen die Konferenzteilnehmer die Bedeutung von Menschenwürde, Diskriminierungsverboten und Solidarität als essentielle Grundlagen der medizinischen Versorgung (Teilnehmer der Lübecker Bürgerkonferenz, 2014: 138f). Damit bestätigen sie wichtige im deutschen Gesundheitssystem verankerte Prinzipien. Auch die besondere Berücksichtigung von Patienten und Patientengruppen, die sich nicht selbst vertreten können (ebd.: 141), sowie die Förderung der Autonomie einzelner Patienten werden in Übereinstimmung mit vielen internationalen Kommissionen zur Priorisierung gefordert (ebd.: 142). Autonomie wird dabei explizit als Recht individueller Patienten verstanden, jede Behandlung abzulehnen, nicht als Pflicht der Leistungserbringer, alle möglichen Patientenwünsche zu erfüllen. Die Ausübung dieser Selbstbestimmung erfordert laut Bürgervotum auch die möglichst umfassende Information der Patienten über ihren Zustand und die Vor- und Nachteile von Interventionsmöglichkeiten (ebd.: 140). Damit setzen die Teilnehmer eigene Schwerpunkte, die teilweise auch in den Beiträgen wissenschaftlicher oder politischer Eliten zum internationalen Priorisierungsdiskurs hoch aktuell sind. Dies gilt etwa für das Recht des Patienten auf umfassende Informationen, das seit 2013 unter § 630 c, e BGB sogar im Patientenrechtegesetz verankert ist. Auch die von der Bürgerkonferenz betonte gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient wird seit Jahren zunehmend diskutiert (vgl. Scheibler und Pfaff, 2003; Härter et al., 2005; Loh et al., 2007).

Priorisierungskriterien

Die weitgehende Konformität mit vielen bisherigen Beiträgen zur Priorisierungsdebatte zeigt sich auch für die Bewertung der Kriterien. Die Bürgerkonferenzteilnehmer befürworten die international kaum umstrittenen krankheits- und interventionsbezogenen Kriterien wie Krankheitsschwere, Nutzenchancen, wissenschaftlicher Nutznachweis sowie Kosten-Nutzen-Verhältnis. Eine wichtige Rolle spielt dabei insbesondere die Krankheitsschwere. Hierbei sollen „gravierende Akutfälle sowie schwere Unfälle“ (Teilnehmer der Lübecker Bürgerkonferenz, 2014: 141) vorrangig behandelt werden, was sich auch in der Bezeichnung des entsprechenden Abschnitts mit „Lebenserhaltung und Dringlichkeit“ (ebd.) widerspiegelt. Dieses Kriterium kann als Ausdruck der international diskutierten „rule of rescue“⁹⁴ gewertet

⁹⁴ Vgl. zum Konzept der „rule of rescue“ McKie (2003).

werden. Relevant für die Bewertung der Krankheitsschwere sind laut Bürgervotum „der derzeitige Krankheitszustand des Patienten und die Gesamtprognose des Krankheitsverlaufes“ (ebd.). Zusätzlich wird auch die Lebensqualität als eigenständiges Kriterium betont (ebd.: 142). Hierdurch setzen die Bürgerkonferenzteilnehmer einen Schwerpunkt auf die Berücksichtigung chronisch Kranker; sie beziehen das Konzept der Krankheitsschwere explizit auf diese Gruppe. Dies wird auch durch das Kriterium der bedarfsgerechten Verteilung bekräftigt, das eine besondere Unterstützung für Menschen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen und einen Schutz vor Benachteiligung für Personen mit eingeschränkter Autonomie vorsieht (ebd.: 141). Ähnliche Aspekte finden sich auch in vielen der internationalen Stellungnahmen zum Thema (vgl. Tabelle 6).

Darüber hinaus werden im Bürgervotum – ebenfalls in Übereinstimmung mit diesen Stellungnahmen – der potenzielle Nutzen, die Kosteneffektivität sowie ein wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit von Interventionen (Evidenzbasierte Medizin) als wichtige Priorisierungskriterien genannt. Besonders das Kriterium der Kosteneffektivität wurde während der Bürgerkonferenz häufig unter verschiedenen Gesichtspunkten diskutiert. Insgesamt kommen die Teilnehmer zu dem Schluss, dass man die Begrenztheit der Ressourcen im Gesundheitssystem nicht ignorieren könne und daher auf die Kosten im Verhältnis zum Nutzen von Behandlungen achten sollte. Aber es werden Grenzen und Einschränkungen für die Verwendung dieses Kriteriums formuliert:

„Je höher und dringender der Bedarf ist, desto mehr sollten jedoch Kosten-Nutzen-Überlegungen bei Priorisierungen zurücktreten.“ (Teilnehmer der Lübecker Bürgerkonferenz, 2014: 139)

„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.“ (ebd.: 143)

Eine solche Einschränkung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses als Priorisierungskriterium durch andere Kriterien wie die Krankheitsschwere wird in den meisten nationalen und internationalen Stellungnahmen ebenfalls empfohlen. Dort steht dies jedoch weniger eindeutig im Vordergrund als im Bürgervotum, womit hier ein Schwerpunkt der Teilnehmer deutlich wird. Zudem betonen diese, dass im Rahmen der Kostenbewertung auch die Dauer einer Behandlung zu berücksichtigenden sei. Dieser Aspekt wird lediglich in der Stellungnahme des niederländischen Dunning-Committee sowie bei der Priorisierung in Oregon bereits berücksichtigt (Tabelle 7).

In Übereinstimmung mit vielen Kommissionen zur Priorisierung werden die meisten personenbezogenen Kriterien von der Bürgerkonferenz abgelehnt. Dies gilt insbesondere für den sozialen Status von Patienten, ihre Verantwortung in der Gesellschaft und das kalendarische

sche Alter. Das sogenannte biologische Alter hingegen wird nicht als Priorisierungskriterium ausgeschlossen – ebenso wie in vielen der internationalen Stellungnahmen, in denen es häufig als Prognosefaktor berücksichtigt wird (Tabelle 7). Im Gegensatz zu diesen Dokumenten halten die Bürgerkonferenzteilnehmer jedoch fest, dass in der medizinischen Versorgung möglichst auf „kulturelle Orientierungen, Glaubensgebote und Traditionen“ von Patienten Rücksicht genommen werden soll (Teilnehmer der Lübecker Bürgerkonferenz, 2014: 142). Ein weiterer eigener Schwerpunkt wird durch die Empfehlung gesetzt, auch in Zukunft Innovation und Fortschritt in der Medizin zu fördern. Dies wird als Aspekt der Generationengerechtigkeit verstanden, denn „Innovation und Forschung sind wichtig für zukünftige Heilungserfolge und um verbesserte Möglichkeiten der Behandlung zukünftiger Generationen von Patienten zu entwickeln“ (ebd.: 143).

Drei Kriterien sind im Bürgervotum als „kontrovers diskutiert“ gekennzeichnet (ebd.: 143f). Dies sind ein mögliches Eigenverschulden bestimmter Krankheiten bzw. der persönliche Lebensstil, die familiäre Verantwortung und die Arbeitsfähigkeit von Patienten. Besonders der individuelle Lebensstil und die Verantwortung für abhängige Angehörige werden auch in der internationalen und nationalen Priorisierungsdebatte kontrovers bewertet.

Verfahrensregeln

Auch die Empfehlungen der Bürgerkonferenzteilnehmer zu den prozeduralen Regeln für die Priorisierung in der Medizin sind in weiten Teilen kompatibel mit den in Abschnitt 4.4 dargestellten Stellungnahmen. Die Teilnehmer sprechen sich für folgende Verfahrensregeln aus (Teilnehmer der Lübecker Bürgerkonferenz, 2014: 145f): 1.) Priorisierungsprozesse sollen möglichst transparent und unter Beteiligung verschiedener hiervon betroffener Gruppen gestaltet werden; 2) eine Kommission soll konkrete Vorschläge zur Priorisierung erarbeiten; 3) grundlegende Werte und damit zu vereinbarende Kriterien sollen die Priorisierung leiten; 4.) sowohl Kriterien als auch die eigentlichen Priorisierungsvorschläge sollen möglichst regelmäßig überarbeitet werden und 5.) eine politische Auseinandersetzung mit Priorisierung wird dringend gefordert.

Die Bürgerkonferenzteilnehmer betonen dabei insbesondere die Bedeutung einer möglichst breiten öffentlichen Priorisierungsdebatte unter Beteiligung von Bürgern. Denn eine solche Debatte könne zur Steigerung von Transparenz und Akzeptanz sowie zur Stärkung des Vertrauens im Gesundheitssystem beitragen (ebd.: 145f). Dieser Fokus auf Bürgerbeteiligung und der durch das Bürgervotum erbrachte Beleg, dass Bürger sich an der Priorisierungsdebatte beteiligen wollen und können, stellen wichtige epistemische Beiträge der Lübecker Teilnehmer dar. Denn Politik und Kostenträger haben eine öffentliche Auseinandersetzung mit Priorisie-

rung lange Zeit auch mit dem Hinweis vermieden, die Bürger dadurch nicht überfordern und verunsichern zu wollen (siehe Abschnitt 4.2.5).

7.3.2 Offenlegung gesellschaftlicher Interessen und Werte

Die zweite Variante epistemischer Potenziale umfasst die mögliche Kontrastierung und Ergänzung anderer Beteiligungsformen, die Offenlegung von Interessen- und Wertkonflikten sowie die Identifikation von Dissens- und Konsensbereichen. In den folgenden Abschnitten wird beschrieben, inwieweit sich diese Potenziale im Kontext der Lübecker Bürgerkonferenz entfaltet haben.

7.3.2.1 Wurden die Ergebnisse anderer Beteiligungsformen ergänzt oder kontrastiert?

In Deutschland sind zu Priorisierungsfragen bislang fast ausschließlich quantitative Erhebungen von Bevölkerungspräferenzen, -meinungen und -einstellungen durchgeführt worden. Eine mögliche Ergänzung früherer Beteiligungsverfahren durch die Bürgerkonferenz lässt sich anhand eines Vergleichs des Bürgervotums mit den oben dargestellten Ergebnissen dreier jüngerer Bevölkerungsbefragungen (Tabelle 9) zeigen. Insbesondere die Bewertung des Kosten-Nutzen-Kriteriums durch die Bürgerkonferenzteilnehmer unterscheidet sich von diesen Befragungen. Nach ihren intensiven Debatten beurteilten die Teilnehmer das Kosten-Nutzen-Verhältnis nicht nur als wichtiges Priorisierungskriterium, sondern in Übereinstimmung mit vielen internationalen Stellungnahmen auch als ethisches Prinzip. Sie empfehlen jedoch in ihrem Bürgervotum, die Bedeutung dieses Kriteriums mit steigendem Schweregrad von Krankheitszuständen zu reduzieren. Eine solche Differenzierung war für die Teilnehmer der drei oben dargestellten quantitativen Befragungen nicht möglich; sie hatten das Kosten-Nutzen-Kriterium mehrheitlich abgelehnt.

Der Lebensstil von Patienten, dessen Berücksichtigung in den Befragungen sehr unterschiedlich bewertet wurde, ist auch von den Bürgerkonferenzteilnehmern kontrovers diskutiert worden. Dabei haben die Teilnehmer jedoch unterschiedliche Begründungen und Argumente für oder gegen dieses Kriterium geliefert und so die Ergebnisse der quantitativen Befragungen ergänzt (vgl. detaillierter zu den Argumenten Abschnitt 7.3.2.2). Dies gilt auch für die familiäre Verantwortung von Patienten, die in den Bevölkerungssurveys ebenfalls sehr unterschiedlich bewertet und von der Bürgerkonferenz als „kontrovers diskutiert“ gekennzeichnet wurde. Die Teilnehmer betonten, dass je nach Versorgungskontext intuitiv eine Bevorzugung beispielsweise von Eltern kleiner Kinder oder pflegender Angehöriger nahe läge – etwa, wenn es um die Vergabe von Arztterminen oder um Rehabilitationsangebote ginge. Sie gaben aber zu bedenken, dass die familiäre Situation einzelner Patienten kaum zuverlässig einzuschätzen

und die daraus abzuleitende Gewichtung dieser Patienten für die Priorisierung daher nicht objektiv zu bewerten sei:

„Also, ich glaube, wir kriegen die Faktoren nicht erfasst. Weil wer will das letztendlich nachher sagen? Wer stellt im Grunde das Zeugnis aus, wer von uns nun besonders wichtig ist, wer gebraucht wird.“ (Interview Prä; TN 10)

„Was bedeutet das oder was soll es bedeuten? Hab ich eine Augenoperation, die ansteht. Und ich hab jemand zu pflegen, muss ich dann bevorzugt werden? Benachteiligt? Was ist schwer krank? Meine 100-jährige Großmutter. Wenn ich die pflegen muss, werde ich dann bei der Transplantation bevorzugt?“ (BüKo, 4. WE, So.; TN 7)

Außerdem wies eine Teilnehmerin bereits im Interview vor der Konferenz darauf hin, dass Unterschiede nach der vermeintlichen gesellschaftlichen Wichtigkeit einzelner Patienten nicht mit den im Gesundheitssystem geltenden Gerechtigkeitsprinzipien vereinbar seien:

„(...) Medizin soll für alle zugänglich sein, in jeder Lebenslage, egal wie wichtig oder in Anführungsstrichen unwichtig – geht ja gar nicht – aber jemand wäre. Das darf keine Rolle spielen.“ (Interview Prä; TN 8)

Diese Argumente sprächen eher gegen eine Anwendung des Kriteriums familiäre Verantwortung, insgesamt konnten die Teilnehmer sich jedoch nicht für eine eindeutige Bewertung entscheiden.

Für einige Kriterien bestätigte das Bürgervotum auch die Ergebnisse der Befragungen. Das gilt z. B. für die positive Bewertung des Schweregrads von Erkrankungen, des Nutzens von Behandlungen und des wissenschaftlichen Nachweises von deren Wirksamkeit. Sowohl in den Befragungen also auch von den Teilnehmern der Bürgerkonferenz wurde die Bevorzugung bestimmter Altersgruppen (in den Befragungen: mehrheitlich) abgelehnt. Diese übereinstimmenden Bewertungen können als Hinweise auf grundsätzlich konsensfähige Kriterien gewertet werden. Auch für diese offenbar unstrittigen Kriterien hat die Bürgerkonferenz jedoch teilweise differenzierte Empfehlungen abgegeben, die die Ergebnisse der quantitativen Erhebungen ergänzen. So haben die Teilnehmer zwischen dem chronologischen und dem biologischen Alter unterschieden und explizit sowohl lebensbedrohliche akute Krankheitszustände als auch chronische Leiden zu den schweren Krankheiten gezählt. Den Surveyteilnehmern hingegen war es nicht möglich, ihre Bewertungen zu konkretisieren oder eigene Schwerpunkte zu setzen.

Insgesamt stellt das Votum der Lübecker Bürgerkonferenz also einen wichtigen Kontrast und eine Ergänzung der bislang durchgeführten Bevölkerungsbefragungen zur Priorisierung dar. Es wurde oben (Abschnitt 3.1.3.2) argumentiert, dass Mini-Publics auch die Ergebnisse von Methoden der Bürgerbeteiligung „von unten“ – etwa in Form öffentlicher Proteste oder spontaner Meinungsäußerungen – ergänzen können. Solche Beteiligungsarten hat es bislang in Deutschland im Feld der Priorisierung nicht gegeben. Daher ist ein Vergleich der Bür-

gerkonferenz mit solchen Beteiligungsformen nicht möglich. Die Teilnehmer selbst wurden jedoch in den Interviews nach der Konferenz explizit nach ihrem Verständnis der eigenen Rolle im Vergleich zu dem im Jahr 2010 intensiv diskutierten Begriff des „Wutbürgers“ befragt. Ausnahmslos distanzieren sich alle Interviewpartner mehr oder weniger vehement von dem mit diesem Begriff verbundenen Konzept. Einige betonten dabei den konstruktiven und positiven Charakter ihrer Debatten, worin sie einen deutlichen Unterschied zu den vermeintlich destruktiven Protesten der Wutbürger sahen:

„I: Haben Sie sich während der Bürgerkonferenz als Wutbürger gefühlt?

TN 7: Nein, ganz und gar nicht. Ganz und gar nicht. /ähm/ Im Gegenteil. Im Gegenteil. Also mein Bestreben war, irgendwo hilfreich zu sein, hilfreich denen gegenüber, die Entscheidungen treffen müssen.“ (Interview Post; TN 7)

„I: Haben Sie sich als Wutbürger gefühlt?

TN 12: Nein, nein. Zu keinem Zeitpunkt. Sondern als interessierter, beteiligter, mitgestaltender Bürger dieser Stadt.“ (Interview Post; TN 12)

Andere Teilnehmer wiesen darauf hin, dass es in ihren Debatten nicht um reine Meinungsäußerungen und das Durchsetzen eigener Positionen ging, sondern um den offenen Austausch von Argumenten unter Gleichberechtigten:

„Der Wutbürger würde ich sagen, der kämpft einfach für seine Meinung und lässt sich /äh/ nicht groß beeinflussen. Und /äh/ der Bürgerkonferenzteilnehmer, der ist, der ist, die ‚Konferenz‘ an sich sagt ja schon, dass mehrere beteiligt sind und dass auch mehrere zählen.“ (Interview Post; TN 5)

Zudem seien die Debatten der Bürgerkonferenz durch umfangreiche Informationen bereichert worden, die Teilnehmer hätten sich intensiv eingearbeitet, sachorientiert mit den verschiedenen Aspekten auseinandergesetzt und sich eine informierte Meinung gebildet:

„Einfach dadurch, dass /äh/ erst mal eine, wie gesagt wichtig: Eine Fülle von Informationen kam, /äh/ dass man /äh/ in das Thema wirklich gut einsteigen konnte, dass man also im Vorfeld Informationen über Begriffe, über Zusammenhänge erfahren hat, dass man /äh/ Menschen, Experten befragen konnte, dass man sich eine Meinung bilden konnte, dass ich nicht einfach nur „ich bin dafür“, „ich bin dagegen“ zack – Hand hoch oder nicht, sondern sich wirklich intensiv mit dem Thema auseinandersetzen konnte, das ist glaube ich der große Unterschied.“ (Interview Post; TN 8)

Die Teilnehmer haben sich selbst nicht als wütende Protestbürger verstanden, sondern betonten die Vorteile ihrer konstruktiven, besonnenen und sachlichen Debatten. Auch sie selbst beurteilten die Bürgerkonferenz als sinnvolle Ergänzung anderer Beteiligungsmethoden.

7.3.2.2 Haben sich Konfliktlinien in der Diskussion von Werten oder Kriterien gezeigt?

Anhand der unterschiedlichen Argumente für oder gegen die Berücksichtigung einzelner Werte und Kriterien zur Priorisierung wurden teilweise auch die diesen Argumenten zugrunde liegenden Wertvorstellungen sichtbar. Dies lässt sich insbesondere für die Diskussion zum indi-

viduellen Lebensstil von Patienten nachvollziehen. Die Teilnehmer, die sich für eine Berücksichtigung dieses Aspekts in der medizinischen Versorgung aussprachen, befürworteten dabei jeweils unterschiedliche Konsequenzen – je nach den Werten, auf die sie sich explizit oder implizit bezogen. So haben einige etwa für eine eigenständige Versicherung von Menschen mit riskantem Lebensstil argumentiert, da jeder sein Verhalten selbst verantworten und Risiken nicht auf Kosten der Solidargemeinschaft eingehen sollte:

„(...) meinetwegen, wenn ich Risikosportarten betreibe, dass ich dann eine andere Versicherung habe und entsprechend vorher schon Beiträge bezahle, um Risiko /äh/ Behandlungen abzusichern. Das nicht auf die Allgemeinheit abzuwälzen.“ (Interview Prä; TN 7)

Diese Position beruhte offenbar auf den Prinzipien der Eigenverantwortung und der Reziprozität der Mitglieder einer Gemeinschaft. Andere Teilnehmer wollten die Eigenverantwortung des Einzelnen durch gezielte Maßnahmen stärken, ohne dass daraus unbedingt eine Benachteiligung in der medizinischen Versorgung folgen sollte. Sie forderten daher die gezielte Förderung eines gesunden Lebensstils:

„Wir sollten dahin gehen, die Leute zu motivieren ein gesundes Leben zu führen (...). Das heißt, ich würde belohnen wenn jemand regelmäßig Sport treibt, wenn er einen guten Body-Mass-Index hat, wenn er auch sich gut ernährt und das auch unterstützen. Von mir aus durch Fortbildungen über die Krankenkassen, durch Betriebssport, durch ähnliches.“ (Interview Prä; TN 14)

Eine Gegenposition stützte sich auf den im GKV-System verankerten Wert der Solidarität von gesunden mit kranken Versicherten. Da einige ungesunde Verhaltensweisen ihrerseits Folge oder Ausdruck von Erkrankungen seien – etwa von Suchterkrankungen –, sei eine Diskriminierung von Patienten mit solchen Problemlagen nicht zu vertreten.

„Selbst wenn ich Alkoholiker bin, wo... also a) ist Alkoholismus eine Krankheit nach der heutigen Definition (...).“ (BüKo, 1. WE, Sa.; TN 10)

„Ja, also ich denke zu dieser Eigenverantwortung (...): Da muss man natürlich auch aufpassen, dass man nicht in die Ecke der Diskriminierung rutscht.“ (BüKo, 1. WE, Sa.; TN 8)

Ein weiteres Argument gegen das Kriterium des Selbstverschuldens war für einige Teilnehmer die schlechte Beurteilbarkeit der Verhaltensweisen einzelner Patienten:

„(...) weil wir das gar nicht beurteilen können, welche Lebenssituation ein Mensch in seinem Leben gehabt hat und ob diese ursächlich für seine Erkrankung ist, um jetzt kurzfristig zu sagen, das ist jetzt ein wichtiges Kriterium.“ (BüKo, 1. WE, Sa.; TN 11)

So kam man im Bürgervotum zu dem Schluss, dass das Eigenverschulden zwar nicht als Posteriorisierungskriterium für den Zugang zu medizinischer Versorgung infrage kommt, dass aber eine Förderung gesunder Lebensweisen ein wichtiges Anliegen darstellt. Die in der Debatte um dieses Kriterium verwendeten Argumente und die ihnen zugrunde liegenden Wertvorstellungen weisen auf mögliche gesellschaftliche Konfliktlinien hin. Es fällt jedoch auf, dass sich die Konfliktlinien zwischen verschiedenen Argumenten und den zugrunde liegenden

Werten nicht nur *zwischen* den Teilnehmern manifestierten. Vielmehr scheinen viele Teilnehmer auch in einem *inneren* Konflikt gestanden zu haben, der ihnen die Bewertung einzelner Werte und Kriterien zur Priorisierung erschwerte. Einige Bürger beschrieben dies auch explizit:

„(...) ich bin da so auf innerliche ethische Konflikte gestoßen und (...) wir haben ja bei dem nächsten Wochenende jemanden dabei, der also /ähm/ von der Ethikseite her /äh/ dabei ist, und da bin ich also sehr gespannt, was da also erarbeitet wird.“ (BüKo, 2. WE, Fr.; TN 15)

„In der Zwischenzeit haben mich die beiden Fragestellungen des vergangenen Zusammenseins unheimlich beschäftigt [bezieht sich auf die Priorisierungsspiele am ersten Wochenende]. (...) Das Für und Wider, das habe ich also geistig bearbeiten wollen. Es ist mir nur schwergefallen (...)“ (BüKo, 2. WE, Fr.; TN 7)

Die Identifikation solcher inneren Konflikte ist auch für die gesellschaftliche Debatte zur Priorisierung relevant und stellt somit einen epistemischen Beitrag der Bürgerkonferenz dar. Denn es kann daraus auf solche Konflikte innerhalb der Gesellschaft geschlossen werden.

Schließlich hat sich während der Debatten gezeigt, dass auch der Kontext und das Setting, in dem Priorisierungskriterien diskutiert wurden, die Bewertung der Teilnehmer beeinflussten. Dies wurde besonders deutlich während der Priorisierungsspiele zu Beginn der Konferenz: In dem Planspiel, in dem ein Platz auf einer Warteliste für eine Hüftoperation neu an einen von vier Patienten vergeben werden sollte, wurde die Berücksichtigung von familiärer Verantwortung, Arbeitsfähigkeit und Selbstverschulden von fast allen Teilnehmern befürwortet. Auch das Alter der vier zur Auswahl stehenden Beispielpatienten sollte nach Meinung der meisten Bürger eine Rolle bei dieser Entscheidung spielen. In späteren Debatten wurde eher abstrakt über einzelne Kriterien diskutiert, ohne dass ein spezifischer Kontext evoziert wurde. In diesen abstrakten Diskussionen haben die Teilnehmer die genannten Kriterien zum Teil sehr viel kritischer bewertet und differenzierte Argumente für und gegen ihre Anwendung entwickelt. Im Bürgervotum wiesen die Teilnehmer selbst auf die Kontextabhängigkeit der Bewertung einzelner Kriterien hin, indem sie etwa empfahlen, dass Kostenaspekte in bestimmten Situationen in den Hintergrund treten sollen (Teilnehmer der Lübecker Bürgerkonferenz, 2014: 139). Dieser Befund kann dazu beitragen, die Struktur der Priorisierungsdebatte besser zu verstehen. Er bestätigt zudem die Ergebnisse von schriftlichen Befragungen, in denen Priorisierungskriterien je nach dem durch die Fragen evozierten Kontext ebenfalls zum Teil sehr unterschiedlich bewertet wurden (Raspe und Stumpf, 2013; Stumpf et al., 2014a).

7.3.2.3 Ist die Feststellung von Dissens- und Konsensbereichen gelungen?

Sowohl anhand des Bürgervotums als auch in den Tonbandtranskripten der Plenumsdebatten zeigten sich Aspekte, zu denen ein Konsens zwischen den Teilnehmern erreicht wurde und

solche, zu denen dies nicht gelungen ist oder zumindest schwierig war. Hierauf weisen insbesondere die im Votum als „kontrovers diskutiert“ gekennzeichneten Abschnitte zu „Eigenverantwortung und Selbstverschulden“, „familiäre Fürsorge“ und „Berufsfähigkeit“ hin (Teilnehmer der Lübecker Bürgerkonferenz, 2014: 143f). Viele der krankheits- bzw. interventionsbezogenen Kriterien sowie die meisten personenbezogenen Merkmale sind von den Teilnehmern kaum kontrovers besprochen worden. Hierüber konnte offenbar leichter ein Konsens erreicht werden, der sich auch in eindeutiger Befürwortung bzw. Ablehnung der jeweiligen Kriterien im Bürgervotum ausdrückt.

Die von der Bürgergruppe vorgenommene Unterscheidung zwischen den zustimmungsfähigen und den kontrovers diskutierten Kriterien weist auch auf grundsätzliche gesellschaftliche Konsens- und Dissensbereiche hin. Dies zeigte sich auch im Vergleich mit den drei oben beschriebenen Bevölkerungsbefragungen, in denen ähnliche Kriterien kontrovers bewertet wurden. Auch in der Diskussion der Bürgerkonferenz über die prinzipiell zustimmungsfähigen Kriterien wurde jedoch teilweise Konfliktpotenzial deutlich, wenn es um die genaue Ausgestaltung oder die möglichen Konsequenzen dieser Kriterien ging. Dies betrifft beispielsweise das Kriterium der *Krankheitsschwere*, das insgesamt von allen Teilnehmern befürwortet wurde. Einige verstanden primär (potenziell) lebensbedrohliche Krankheitszustände als „schwer“, andere betonten den hohen Schweregrad von chronischen Erkrankungen. Auch das Verständnis der Lebensqualität als Maßstab für die Krankheitsschwere wurde von den Teilnehmern diskutiert. Es war beispielsweise unklar, ob hierzu auch die Berufsfähigkeit von Patienten zu zählen sei. Ebenso wurde über die Kriterien *Nutzenchancen* und *wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis* kontrovers diskutiert: Welche Outcomes wären als positiver Nutzen zu bewerten? Wie sicher sollte der Nutzen wissenschaftlich belegt sein, um die Priorität der jeweiligen Intervention zu rechtfertigen? Solche Schwierigkeiten der Operationalisierung einzelner Priorisierungskriterien finden sich ebenfalls in der internationalen Debatte hierüber.

7.4 POTENZIALE FÜR DIE ENTWICKLUNG ÖFFENTLICHER DEBATTEN: RESONANZ AUF DIE BÜRGERKONFERENZ UND IHRE INHALTE

Damit die im letzten Abschnitt identifizierten epistemischen Potenziale auch tatsächlich einen Beitrag zur öffentlichen Priorisierungsdebatte leisten können, müssen sie zunächst den Teilnehmern dieser Debatte bekannt werden. Wie oben bereits erläutert wurde, fokussiert dieser Abschnitt auf die unterschiedlichen Reaktionen auf die Konferenz und ihre Ergebnisse, da eine Analyse des tatsächlichen Einflusses auf die öffentliche Priorisierungsdebatte kaum möglich ist.

Die Reaktionen auf die Lübecker Bürgerkonferenz und ihre Ergebnisse lassen sich fünf verschiedenen Quellen zuordnen: 1.) mediale Berichterstattung, 2.) persönliche Rückmeldun-

gen von Empfängern des Bürgervotums und anderen Personen, 3.) Reaktionen aus dem persönlichen Umfeld der Teilnehmer, 4.) Ergebnisse der schriftlichen Befragung der Votumsempfänger und 5.) Beiträge und Diskussionen während des im Herbst 2010 vom Institut für Sozialmedizin in Lübeck durchgeführten wissenschaftlichen Symposiums. Die Rückmeldungen aus den fünf genannten Quellen werden in den nächsten Abschnitten dargestellt. Die Struktur dieser Abschnitte richtet sich dabei nicht wie in den anderen Abschnitten des Ergebnisteils nach den einzelnen oben identifizierten Teilfragen, sondern nach den Inhalten der jeweiligen Rückmeldungen.

7.4.1 Mediale Berichterstattung

Das mediale Interesse an der Bürgerkonferenz war von Beginn an eher gering (siehe Pressepiegel in Anhang 2.7). Nach einigen Beiträgen in der Lokalen Print- und Online-Presse mit Ankündigungen der Konferenz erzeugten die Pressemitteilungen zwischen den einzelnen Konferenzwochenenden kaum Resonanz. In den beiden Beiträgen in der ZEIT und den Kieler Nachrichten, die nach der Expertenbefragung am dritten Wochenende erschienen, wurden erstmals auch inhaltliche Aspekte der Konferenz aufgegriffen. So wurden Teile der Befragung von Jörg Carlsson wiedergegeben und Zitate aus Interviews der anwesenden Journalisten mit einzelnen Teilnehmern verwendet. Beide Texte verwiesen auf die schwedischen Priorisierungserfahrungen, die im Zentrum der Expertenbefragung gestanden hatten. Darüber hinaus wurden prozedurale Aspekte der Priorisierungsdebatte erörtert und die Bedeutung von Bürgerbeteiligung an Priorisierungsfragen betont.

Die Berichte, die im Sommer und Herbst 2010 nach dem Abschluss der Konferenz veröffentlicht wurden, konzentrierten sich primär auf die Methode der Bürgerkonferenz oder allgemein auf die Beteiligung von Bürgern an Priorisierungsfragen. In vielen Fällen wurde die Bürgerkonferenz nicht eingehend beschrieben, sondern lediglich als positives Beispiel für Bürgerbeteiligung erwähnt. Nur drei Berichte im August 2010, die nicht auf Beiträge der Organisatoren zurückgingen, beschäftigten sich mit den Inhalten des Bürgervotums: in der Ärztezeitung, der Fachzeitschrift „Orthopädie Schuhtechnik“ sowie im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt. In einigen weiteren insbesondere online veröffentlichten Beiträgen wurde der Link zum Download des Bürgervotums publiziert, sodass die Leser dieses bei Interesse selbst ansehen konnten. In den meisten Beiträgen ab 2011 wurde die Bürgerkonferenz fast ausschließlich exemplarisch für ein gelungenes Bürgerbeteiligungsverfahren im Kontext der Priorisierungsdebatte erwähnt, konkrete Inhalte spielten kaum noch eine Rolle.

Insgesamt wurde die Bürgerkonferenz primär in ärztlichen Fachzeitschriften und Publikationen mit Verbindung zum Gesundheitswesen oder in Lübecker Lokalmedien erwähnt. Ei-

nige der Aufsätze in Fachzeitschriften sind unmittelbar auf Interviews, Vorträge oder eigene Textbeiträge der Organisatoren (HR, SST) zurückzuführen. Die Bewertung des Projekts in der medialen Berichterstattung war durchweg positiv; häufig wurde es als beispielhaft beschrieben. Die Teilnehmer haben sich in ihrem Bürgervotum für eine öffentliche Priorisierungsdebatte unter Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern ausgesprochen. Dieses Argument wurde auch in vielen medialen Beiträgen betont. Eine Abbildung darüber hinausgehender epistemischer Beiträge der Bürgerkonferenz ist jedoch kaum feststellbar.

7.4.2 Persönliche Reaktionen und Rückmeldungen

Auch die Rückmeldungen von einigen Empfängern des Bürgervotums konzentrierten sich eher auf prozedurale als auf inhaltliche Aspekte des Projekts. Die meisten politischen Akteure, die schriftlich auf das Bürgervotum reagierten, hatten im Vorfeld eine ablehnende Haltung in Bezug auf eine Diskussion über Priorisierung in der medizinischen Versorgung eingenommen. Angesichts dessen fiel ihre Rückmeldung zur Bürgerkonferenz eher zurückhaltend aus. Einige wiederholten die Argumente gegen eine öffentliche Priorisierungsdebatte:

„[Es ist] dem Verständnis der FDP nach nicht Aufgabe der Politik (...), eine Debatte über die Priorisierung im Gesundheitswesen zu führen oder darüber zu entscheiden. Zweitens sollte man aus unserer Sicht eher für eine Reform des Gesundheitssystems arbeiten, die eine solche Diskussion überflüssig macht. (...) Priorisierung bedeutet, Wertigkeiten einzuführen, eine Rangfolge zu bilden. Wir als liberale möchten Menschen und Krankheiten aber nicht bewerten.“ (Brief, 25.10.2010; Mitarbeiter des FDP-Vorstands)

Alle Absender lobten jedoch das Engagement der Lübecker Bürger und betonten die grundsätzliche Bedeutung von Bürgerbeteiligung in Deutschland. Auch andere Rückmeldungen – insbesondere von Vertretern zivilgesellschaftlicher Akteure – bezogen sich positiv auf die Einbindung von Bürgern in die Diskussion gesundheitspolitischer Fragen:

„Mehr solcher innovativen, vorausschauenden, couragierten Aktivitäten, wie sie die Lübecker Bürgerkonferenz darstellt, würde ich unserem Gesundheitswesen wünschen – und würde ihm guttun.“ (E-Mail, 13.07.2010; Vertreterin einer großen deutschen Stiftung)

Auf konkrete inhaltliche Aspekte oder einzelne Argumente und Empfehlungen der Bürger gingen die Absender kaum ein. Aber in einigen Briefen und E-Mails wurde zumindest darauf hingewiesen, dass die Inhalte des Bürgervotums zur Kenntnis genommen worden waren:

„Ihre Ausführungen und die beigelegte Broschüre habe ich mit Interesse gelesen. (...) Gerne werden wir Ihre konstruktiven Hinweise und Anregungen in unsere weiteren Überlegungen mit einbeziehen.“ (Brief, 27.08.2010; Mitarbeiter des CDU-Vorstandes)

„Die Inhalte des Bürgervotums kann ich voll mittragen und gratuliere Ihnen dazu.“ (Brief, 1.10.2010; Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten)

Nur in einem Fall wurde auf konkrete Inhalte des Votums verwiesen, jedoch wiederum mit einem Fokus auf die Bedeutung von Bürgerbeteiligung zu gesundheitspolitischen Themen:

„Ich denke, dass die zu bewältigenden Aufgaben im Rahmen des Gesundheitswesens sinnvollerweise mit Bürgerbeteiligung entwickelt werden müssen, da, wie Sie im Votum festgestellt haben, im Endeffekt die Bürger die Nutznießer, aber auch ggf. die Betroffenen sein werden, die nicht im gewohnten Umfang und gewohnter Schnelligkeit ihre Leistungen erhalten werden“ (Brief, 01.11.2010; lokaler Caritasverband)

Auch in den persönlichen Rückmeldungen steht dieser Aspekt somit im Vordergrund. Ein darüber hinaus gehender inhaltlicher Beitrag der Bürgerkonferenz zeigte sich hier nicht.

7.4.3 Resonanz aus dem Umfeld der Teilnehmer

Die meisten Teilnehmer haben auch in ihrem Umfeld über den Verlauf und die Inhalte der Bürgerkonferenz berichtet:

„Ich habe in der Zwischenzeit viele Diskussionen im Freundeskreis geführt.“ (BüKo, 2. WE, Fr.; TN 1)

„Also ich hab festgestellt, dass ich die Diskussion weit in meinen Bekanntenkreis hinein gebracht habe und (...) bei uns in der Schmerzliga, ist also das immer noch /äh/ sehr Bestandteil unserer Diskussion.“ (Interview Post; TN 14)

Einige haben auch das Bürgervotum weitergereicht. Die Personen aus dem Umfeld der Teilnehmer haben sich jedoch offenbar ebenfalls stärker für das Verfahren und die Methode der Bürgerkonferenz interessiert als für deren Inhalte:

„[Die Reaktionen waren] eigentlich positiv, ‚klasse, dass man so was gemacht hat‘, ‚gut, dass es so was gibt‘ und ‚hätte ich auch teilgenommen, klingt spannend‘. /ähm/ Wobei ich auch sagen würde, die größere Spannung hat eigentlich der Prozess erzeugt, als das Thema.“ (Interview Post; TN 10)

„Ich habe also das ein paar Mal mir kopiert und habe das so an Einzelne noch weitergegeben, ich habe lediglich von einer älteren, pensionierten Lehrerin /äh/ gehört, ‚also ihr habt euch aber eine Arbeit gemacht‘.“ (Interview Post; TN 6)

Einige Teilnehmer haben zudem die Erfahrung gemacht, dass das Votum als zu kompliziert empfunden wurde und deshalb kaum Resonanz erzeugte:

„(...) ich habe es auch mal anderen in die Hand gedrückt, auch gerade Älteren (...). Und die (...) haben einen Blick darauf geworfen und sagten ‚das ist mir alles viel zu kompliziert. Hier, nimm das wieder (...) mit‘.“ (Interview Post; TN 18)

„Also auch unser Pamphlet am Ende, das stößt in meinem Bekanntenkreis auf völlig unterschiedliche Reaktionen. Also bei meinen Eltern, die fanden das total toll und haben das hinterfragt. Und andere, die im [Reitverein] erst so gesagt haben ‚oh, will ich mal lesen‘ und ‚ich hab kein Wort verstanden‘. Und wenn man sagt, ich erklär es dir ‚nein, interessiert mich auch gar nicht‘.“ (Interview Post; TN 14)

Diese Erfahrungen und das geringe Interesse der Medien an der Konferenz führten offenbar zu einer insgesamt zurückhaltenden Bewertung einiger Teilnehmer in Bezug auf die öffentlichen Auswirkungen der Bürgerkonferenz:

„In den allgemein zugänglichen Medien war es nicht sonderlich präsent. Und inwieweit das nun in den Fachmedien dazu führt, ich weiß nicht ob das das erste Mal ist dort, dass dort über Priorisierung gesprochen wurde (...). Und ich glaube, dass dort also auch letzt-

endlich das Bürgervotum nicht so etwas existenziell Neues gebracht hat.“ (Interview Post; TN 10)

7.4.4 Befragung der Votumsempfänger

Wie die Bürgerkonferenz in der fachöffentlichen Debatte aufgenommen wurde, kann unter anderem anhand der Ergebnisse aus der Befragung von Empfängern des Bürgervotums eingeschätzt werden. In den folgenden Abschnitten werden zunächst die Befunde zum Bekanntheitsgrad (7.4.4.1) und zur Bewertung (7.4.4.2) der Lübecker Bürgerkonferenz dargestellt. Anschließend wird gezeigt, in wie weit die Ziele der Organisatoren aus Sicht der Befragten erreicht wurden (7.4.4.3). Schließlich werden die Angaben aus Freitextfeldern des Fragebogens im Hinblick auf die von den Befragten positiv und negativ bewerteten Aspekte der Konferenz beschrieben (7.4.4.4).⁹⁵

7.4.4.1 Bekanntheit der Bürgerkonferenz und des Bürgervotums

Die Frage „Haben Sie – abgesehen von unserem Brief mit dem Bürgervotum im Sommer 2010 – schon einmal etwas von der Lübecker Bürgerkonferenz gehört?“ wurde von insgesamt 169 der 174 Respondenten bearbeitet; 43,8 % (N=74) antworteten mit „ja“. Von diesen machten 89,2 % zusätzliche Freitextangaben, auf welchem Wege sie von der Konferenz gehört hatten. Diese Angaben sind in Tabelle 21 zusammengefasst.

Tabelle 21: Auf welchem Weg haben Sie von der Bürgerkonferenz erfahren?

Verbreitungsmedien der Bürgerkonferenz (Zusammenfassung der Freitextangaben)		
	N	%
Presse, Fachpresse, Literatur	36	48,6
Persönlicher Kontakt, Vorträge	18	24,3
Beides: pers. Kontakt und Medien	5	6,8
DFG/FOR 655	2	2,7
Wissenschaftliches Symposium in Lübeck	2	2,7
Sonstiges	3	4,1
Keine Angabe im Freitextfeld	8	10,8
Gesamt	74	100,0

Die meisten Antworten lassen sich primär zwei Informationsquellen zuordnen: 48,6 % derer, die bereits auf anderem Wege von der Konferenz erfahren hatten, nannten unterschiedliche Medienformate (Presse, Internet, Fachpresse) als Quelle; 24,3 % haben über persönliche Kontakte oder Vorträge der Organisatoren davon erfahren und 6,8 % nannten beide Quellen. Dies weist darauf hin, dass die Medienberichte zur Bürgerkonferenz immerhin zu einer gewissen Bekanntheit des Projekts beigetragen haben – zumindest in der Gruppe der Antwortenden.

⁹⁵ Der Fragebogen mit allen Items befindet sich in Anhang 2.9.

7.4.4.2 Bewertung von Bürgerkonferenz und Bürgervotum

Durch die Befragung der Votumsempfänger sollte primär deren Meinung zur Bürgerkonferenz und ihrem Ergebnis erhoben werden. Hierfür wurden die Befragten gebeten, das Bürgervotum selbst, die Lübecker Bürgerkonferenz als gesamtes Projekt und Bürgerkonferenzen allgemein als Methode der Bürgerbeteiligung zu bewerten. Die Häufigkeitsverteilung zu diesen Items ist in Abbildung 5 und Abbildung 6 jeweils einmal für alle im Fragebogen angegebenen Antwortmöglichkeiten sowie für die gültigen Angaben (ohne „weiß nicht“- und „kenne ich nicht“-Antworten sowie Missing Values) dargestellt. Betrachtet man nur die gültigen Angaben, unterscheidet sich die Bewertung dieser drei Items kaum voneinander: Insgesamt werden alle positiv bewertet. Die ebenfalls im Fragebogen aufgeführten Antwortmöglichkeiten „sehr schlecht“ bzw. „ganz und gar nicht“ wurden von keinem der 174 Respondenten gewählt. Werden die hier als ungültig definierten Antwortkategorien „weiß nicht“, „kenne ich nicht“ und die fehlenden Werte in die Analyse einbezogen, zeigt sich eine eindeutige Tendenz: Der Anteil dieser Kategorien ist am größten für die Frage nach dem konkreten Ergebnis der Bürgerkonferenz und am kleinsten für die allgemeine Bewertung der Methode. Offenbar waren das Votum selbst und das Lübecker Projekt vielen der Befragten nicht mehr präsent oder nie bekannt. Auch diejenigen, die nicht die Kategorie „kenne ich nicht“ gewählt haben, haben sich jedoch mit der Bewertung des konkreten Projekts schwerer getan als mit der Bewertung der Methode insgesamt. Darauf weisen die ebenfalls relativ hohen Anteile von fehlenden Werten und „weiß nicht“-Angaben hin.

Abbildung 5: Bewertung Bürgervotum und Bürgerkonferenz insgesamt

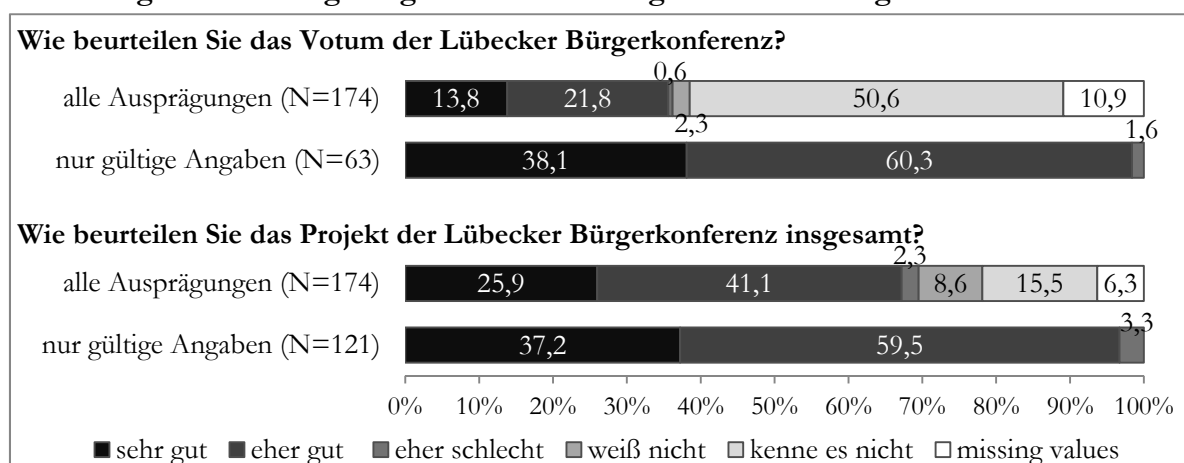
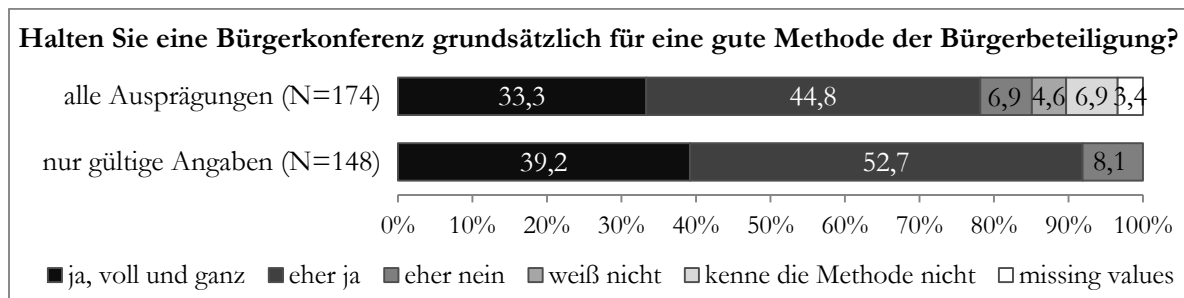
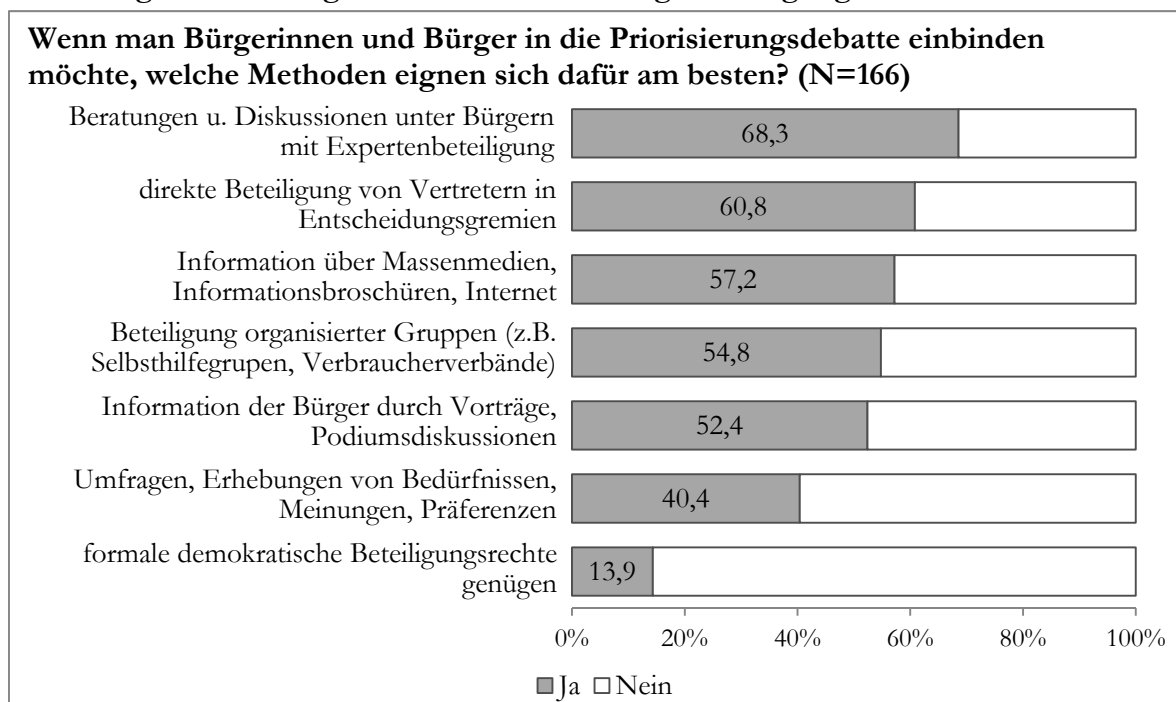


Abbildung 6: Bewertung der Methode Bürgerkonferenz



Die grundsätzlich positive Bewertung von Bürgerkonferenzen als Methode der Bürgerbeteiligung spiegelt sich auch in den Antworten zu einer weiteren Frage wieder. Darin wurden die Befragten gebeten, anzugeben, welche Methoden aus einer vorgegebenen Liste aus ihrer Sicht am besten zur Beteiligung von Bürgern an Priorisierungsfragen geeignet waren. Wie Abbildung 7 zeigt, erhielten deliberative Verfahren (Item: „Beratungen und Diskussionen unter Bürgern mit Expertenbeteiligung“) mit 68,3 % die größte Zustimmung.

Abbildung 7: Bewertung von Methoden zur Bürgerbeteiligung



N(Gesamt)=174; Anteil fehlender Werte (Listenweise): 4,6 %

Auffällig ist die geringe Zustimmung für Umfragen (40,4 %) im Gegensatz zu kommunikationsorientierten Methoden oder der direkten Beteiligung von Vertretern in Entscheidungsgremien. Bislang wurden in Deutschland – wenn überhaupt – vorrangig standardisierte Instrumente zur Erhebung von Bevölkerungspräferenzen zu Priorisierungsfragen verwendet. Insgesamt wurden fast alle aufgeführten Methoden von mehr als der Hälfte der Befragten positiv

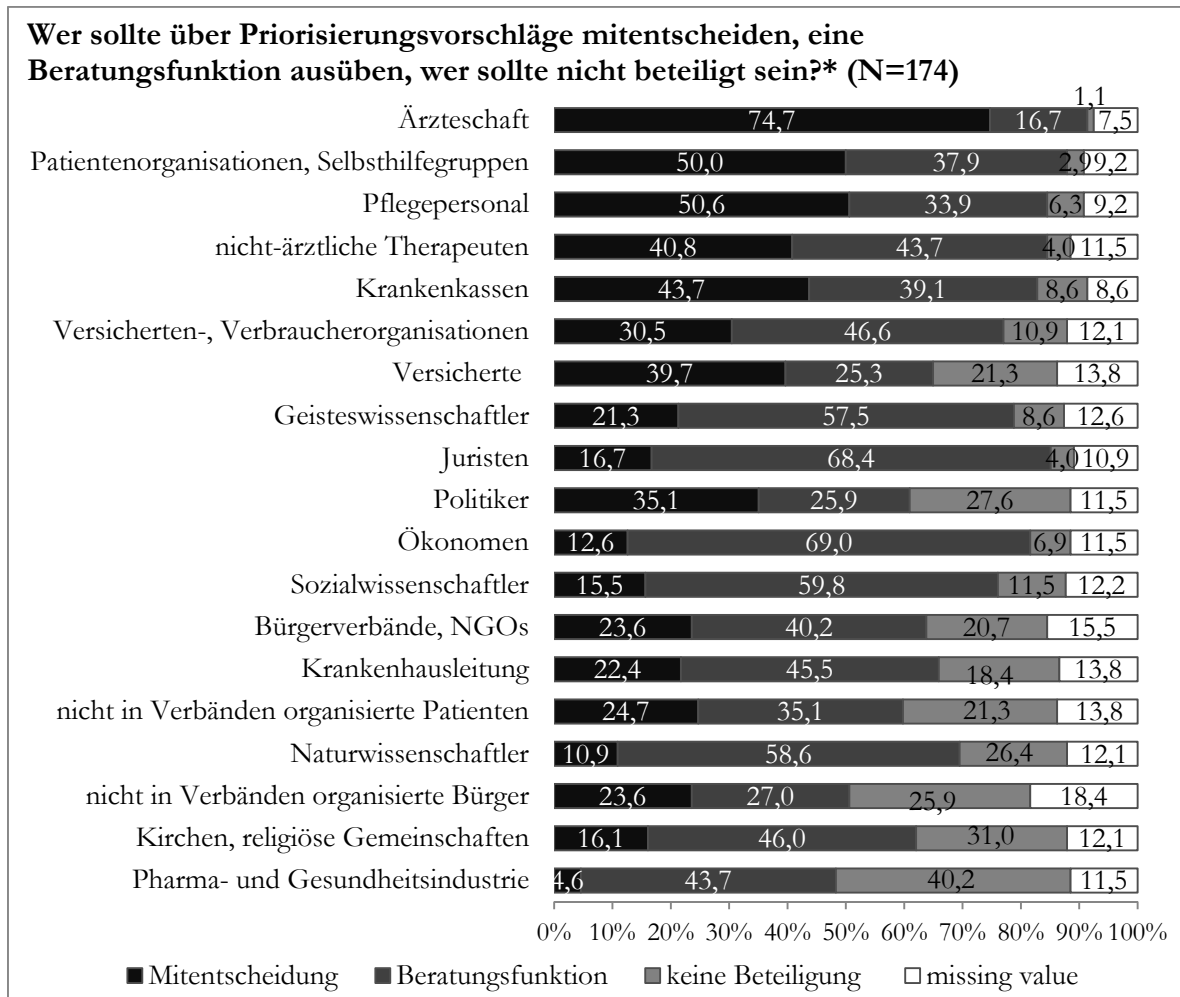
bewertet, nur 13,9 % waren der Ansicht, dass formale Beteiligungsrechte ausreichten. Dies weist darauf hin, dass die Antwortenden die Beteiligung von Bürgern an Priorisierungsfragen generell befürworteten.

In einer allgemeinen Frage nach den Akteuren, die bei der Erstellung von Priorisierungsvorschlägen mitbestimmen, beraten oder gar nicht beteiligt werden sollten, zeigte sich eine differenzierte Bewertung von Bürger- und Patientenbeteiligung. In Abbildung 8 sind die Ergebnisse für alle im Fragebogen vorgeschlagenen Akteursgruppen dargestellt. Nach Meinung der Antwortenden sollten sich insbesondere verschiedene Leistungserbringer, aber etwa auch Vertreter von Patientenorganisationen und Krankenkassenvertreter an der Priorisierung beteiligen. Auch Verbraucherorganisationen und Versicherte erhielten relativ hohe Zustimmungswerte. Den meisten vorgeschlagenen Wissenschaftlern wurde primär eine beratende Funktion zugeordnet. Politiker sowie in Verbänden organisierte Bürger erhielten mittlere Zustimmungsraten.

Zwar wurde auch die Mitbestimmung bzw. beratende Beteiligung von nicht in Verbänden organisierten Patienten oder Bürgern von insgesamt 59,8 % bzw. 50,6 % der Antwortenden befürwortet. Insgesamt erhielten jedoch die in Verbänden organisierten Patienten oder Bürger deutlich höhere Zustimmung. Die Beteiligung von Patienten wurde zudem grundsätzlich stärker befürwortet als von Bürgern; dies gilt sowohl für organisierte als auch für nicht-organisierte Personen. Auffällig ist auch der relativ große Anteil fehlender Werte für die Items „Bürgerverbände, NGOs“ (15,5 %) und „nicht in Verbänden organisierte Bürger“ (18,4 %). Die Lübecker Bürgerkonferenz richtete sich jedoch primär an nicht organisierte Bürger, die zwar auch selbst Patienten sein konnten, jedoch nicht in ihrer Patientenrolle, sondern als Bürger angesprochen wurden.⁹⁶ Durch die Ergebnisse aus dieser Frage wird also die oben dargestellte positive Bewertung von Bürgerbeteiligung an Priorisierungsfragen relativiert: Im direkten Vergleich mit anderen Akteursgruppen wurde Bürgern von den meisten Antwortenden keine zentrale Rolle bei der Erstellung von Priorisierungsvorschlägen zugeordnet.

⁹⁶ Für die Unterscheidung zwischen Patienten und Bürgern siehe Abschnitt 4.1.2.

Abbildung 8: Wer sollte an Priorisierungsvorschlägen beteiligt werden?



* Reihenfolge der Items absteigend nach Mittelwert; Mitentscheidung=2, Beratungsfunktion=1, keine Beteiligung=0

7.4.4.3 Hat die Bürgerkonferenz ihre Ziele erreicht?

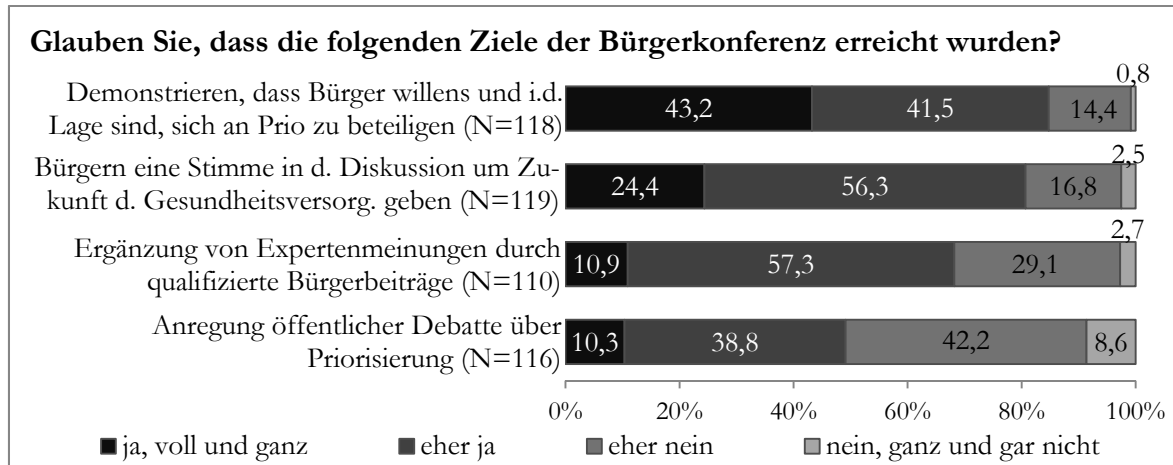
In einem weiteren Fragekomplex wurden die Befragten gebeten anzugeben, ob aus ihrer Sicht bestimmte Ziele der Organisatoren durch die Lübecker Bürgerkonferenz erfüllt worden sind.⁹⁷ Für diese Items waren die Anteile fehlender Werte (zw. 14,9 % und 16,7 %) und „weiß nicht“-Angaben (zw. 15,5 % und 20,1 %) wiederum relativ hoch.⁹⁸ Die Bewertung der vier aufgeführten Ziele fiel sehr unterschiedlich aus. Wie Abbildung 9 zeigt, glaubten insgesamt 84,7 % (gültige Prozente) der Antwortenden, dass die Lübecker Konferenz erfolgreich den Willen und die Fähigkeit von Bürgern demonstriert hat, sich an Fragen der Priorisierung zu beteiligen. 80,7 % gaben an, dass Bürger eine Stimme in der Diskussion um die Zukunft der Gesundheitsversorgung erhalten hätten. Dass die Bürger tatsächlich qualifizierte Beiträge zur Ergänzung der Expertenmeinung geleistet haben, fanden immerhin noch 68,2 % der gültig Antwortenden; nur

⁹⁷ Durch die Antwortkategorien dieser Frage wurden die in Abschnitt 1.3 aufgeführten Zieldimensionen operationalisiert.

⁹⁸ Die oben für andere Items zusätzlich verwendete Antwortmöglichkeit „kenne das Projekt nicht“ stand hier nicht zur Auswahl.

49,1 % waren schließlich der Ansicht, dass durch die Bürgerkonferenz eine öffentliche Debatte über Priorisierung angeregt wurde.

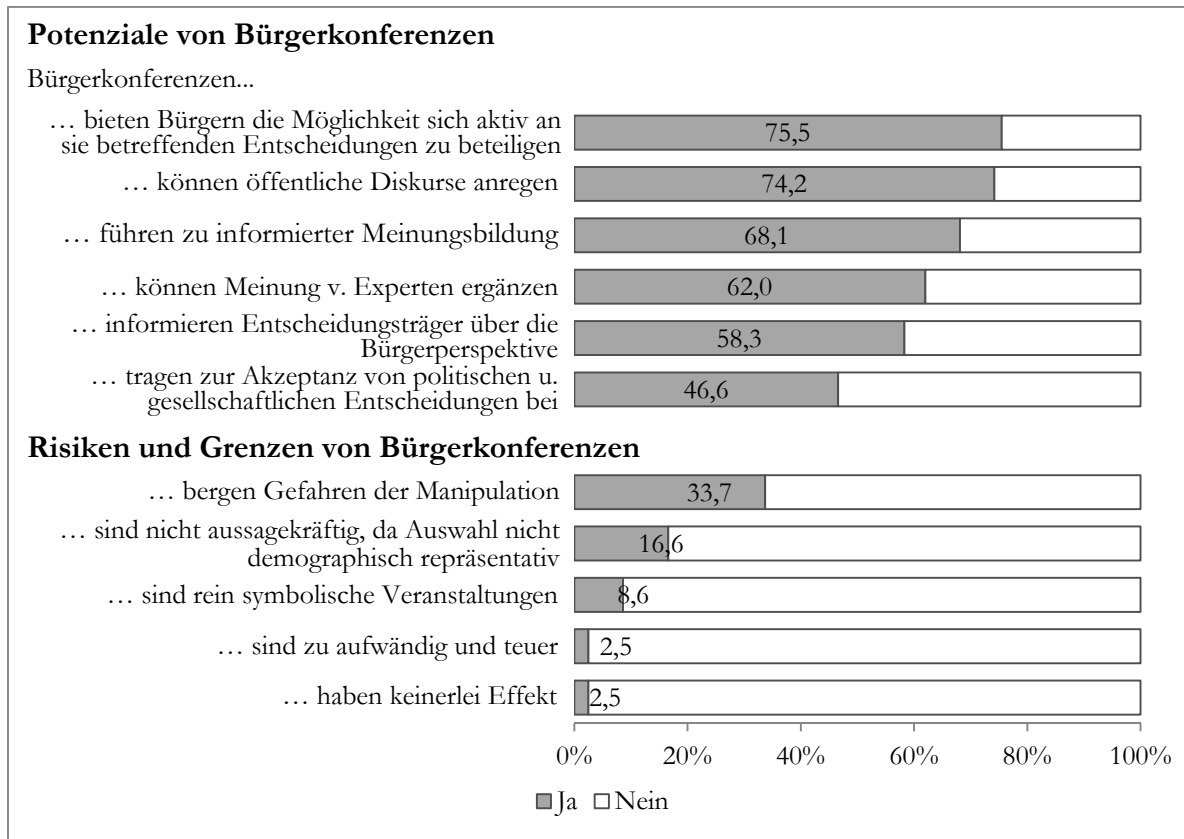
Abbildung 9: Wurden die Ziele der Lübecker Bürgerkonferenz erreicht?



N(Gesamt)=174; Anteil fehlender Werte zwischen 32,2 % und 36,78 %

Die relativ pessimistische Einschätzung in Bezug auf die Anregung oder Ergänzung öffentlicher Debatten durch die Bürgerkonferenz scheint nicht auf eine allgemeine Skepsis der Befragten gegenüber der Methode insgesamt zurückzuführen zu sein. In einer weiteren Frage wurden diese gebeten anzugeben, welchen der in der Diskussion um Bürgerbeteiligung aufgeführten Gründe für oder gegen Bürgerkonferenzen sie zustimmten. Der Anteil der Zustimmung zu den aufgeführten Argumenten ist in Abbildung 10 dargestellt. Sowohl die Anregung öffentlicher Debatten als auch die Ergänzung von Expertenmeinungen erhielten mit 74,2 % bzw. 62,0 % relativ hohe Zustimmungswerte. Aber auch den übrigen Potenzialen stimmte – mit einer Ausnahme – jeweils mehr als die Hälfte der Antwortenden zu. Die aufgeführten Risiken oder Grenzen von Bürgerkonferenzen erhielten insgesamt deutlich weniger Zustimmung. Mit 33,7 % bzw. 16,6 % wurden die Gefahr der Manipulation sowie die mangelnde demografische Repräsentativität der Teilnehmer am häufigsten als mögliche Probleme von Bürgerkonferenzen bewertet.

Abbildung 10: Einschätzung zu Risiken und Potenzialen von Bürgerkonferenzen (N=163)



N(Gesamt)=174; Anteil fehlender Werte (Listenweise): 6,3 %

Die Ergebnisse der Befragung von Votumsempfängern korrespondieren mit den Befunden aus dem Medienspiegel und aus der Analyse der persönlichen Rückmeldungen zur Bürgerkonferenz: Eine Beteiligung von Bürgern an Priorisierungsfragen wurde tendenziell positiv bewertet – auch die Methode Bürgerkonferenz wurde befürwortet. Das Bürgervotum selbst hingegen war wenigen Befragten bekannt und ein inhaltlicher Beitrag zum Expertendiskurs bzw. zur Entwicklung der öffentlichen Priorisierungsdebatte wurde eher skeptisch bewertet.

7.4.4.4 Angaben aus Freitextfeldern

Diese Befunde werden prinzipiell auch durch die im Fragebogen enthaltenen Freitextfelder bestätigt; allerdings geben diese ein etwas differenzierteres Bild ab, das im Detail in Tabelle 22 und Tabelle 23 dargestellt ist. Insgesamt sind vier Freitextfelder für die Bewertung der Bürgerkonferenz und des Votums relevant: In einer Frage wurden die Teilnehmer nach den Aspekten des Bürgervotums gefragt, die aus ihrer Sicht a) „überhaupt nicht gelungen“, b) „gut gelungen“ bzw. c) „relevant für die Priorisierungsdiskussion“ sind (Tabelle 22); am Ende des Fragebogens gab es zudem die Möglichkeit, allgemeine Kommentare und Anregungen zu notieren (Tabelle 23). Zur Frage nach dem Bürgervotum machten zwar die meisten Befragten keine konkreten Angaben; einige nutzen diese Freitextfelder jedoch für eine allgemeine Kritik

der Bürgerkonferenz und des Votums: Dabei waren insbesondere vier in Tabelle 22 unterschiedene Kategorien relevant: 1.) wurden bestimmte Verfahrensaspekte oder das Projekt insgesamt erwähnt; 2.) wurden mögliche Folgen oder Auswirkungen der Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen genannt; 3.) wurde die Form des Votums oder der Argumentation sowie 4.) konkrete inhaltliche Aspekte aufgeführt. Auch hier findet sich eine relativ große Anzahl an Rückmeldungen zu Verfahrensaspekten oder zu möglichen Wirkungen der Bürgerbeteiligung im Gegensatz zu konkreten inhaltlichen Rückmeldungen. Es wurden einerseits die Auswahl der Teilnehmer und deren mangelnde Repräsentativität kritisiert. Andererseits wurde gerade die Zusammenstellung der Bürgergruppe gelobt, ebenso wie die Transparenz des gesamten Verfahrens. Einige Befragte bewerteten auch die Bürgerkonferenz insgesamt positiv und sprachen sich für eine Wiederholung oder eine Fortsetzung dieser Initiative aus.

Tabelle 22: Bewertung einzelner Aspekte des Bürgervotums

a) „Welche Aspekte des Votums sind überhaupt nicht gelungen?“ (N=174)	N
Nichts angegeben, keine konkreten Aspekte genannt oder „nichts“ bzw. „weiß nicht mehr“	158
Verfahrensaspekte, Projekt insgesamt: Gruppenstruktur ungünstig, nicht repräsentativ	3
Mögliche Folgen/Wirkungen: keine langfristigen Effekte der Konferenz sichtbar	1
Form des Votums, der Argumentation	
Zu wenig differenzierte, sehr allgemein gehaltene Stellungnahme	6
Inhalte erwartbar, wenig Neues, ähneln stark der professionellen Debatte	3
Konkrete inhaltliche Aspekte: Formulierung an einer Stelle unklar	1
Sonstiges (nicht zuzuordnen)	2
b) „Welche Aspekte des Votums sind gut gelungen?“ (N=174)	
Nichts angegeben, keine konkreten Aspekte genannt oder „alle“ bzw. „weiß nicht mehr“	141
Verfahrensaspekte, Projekt insgesamt:	
Auswahl der Teilnehmer, Zusammenstellung der Gruppe	4
Transparenz, Nachvollziehbarkeit des Verfahrens	4
Positive Bewertung des Modellprojekts insgesamt	2
Mögliche Folgen/Wirkungen: Bürgerbeteiligung insgesamt positiv bewertet	9
Form des Votums, der Argumentation	
Differenziertheit der Argumente, gute Darstellung	4
Breiter Ansatz, viele wichtigen Fragen berücksichtigt, breite Argumentation	2
Darstellung von Kriterien oder Grundwerten zur Priorisierung	4
Konkrete inhaltliche Aspekte: positive Bewertung einzelner Abschnitte / des Dokuments	4
c) „Welche Aspekte sind relevant für die Priorisierungsdiskussion?“ (N=174)	
Nichts angegeben, keine konkreten Aspekte genannt oder „alles“ bzw. „weiß nicht mehr“	146
Verfahrensaspekte:	
Transparenz des Verfahrens	1
Modellprojekt wichtig: Debatte über Priorisierung muss weiter geführt werden	3
Bürgern die Möglichkeit zur Beteiligung / eine Stimme geben	4
Mögliche Folgen/Wirkungen:	
Anstoß einer öffentlichen Diskussion	3
Verschiedene inhaltliche Informationen für die Priorisierungsdebatte ableitbar	3
Konkrete inhaltliche Aspekte:	
Positive Bewertung einzelner Inhalte oder des gesamten Inhalts	10
Negative Bewertung einzelner Aspekte	1
Ergebnisse zu abstrakt, konkrete Folgen nicht ableitbar	3

Aber es wurden auch einzelne Aussagen über das Bürgervotum selbst festgehalten – wobei diese sich häufig eher auf formale oder strukturelle Aspekte und selten auf konkrete Inhalte bezogen. So wurde beispielsweise die insgesamt eher allgemein gehaltene und wenig konkrete Stellungnahme kritisiert. Die bereits in Abbildung 10 sichtbare Befürchtung, die Ergebnisse von Bürgerkonferenzen könnten manipuliert sein, zeigt sich anhand der in drei Fragebögen geäußerten Kritik, die Inhalte des Bürgervotums seien auffällig kongruent mit dem wissenschaftlichen Diskurs und insgesamt erwartbar.

Ähnliche Aussagen finden sich auch unter den allgemeinen Kommentaren zum Fragebogen. Insgesamt 46 Personen trugen etwas in das hierfür vorgesehene Feld ein (siehe Tabelle 23). Die meisten dieser Einträge bezogen sich auf Verfahrensaspekte oder auf eine Gesamtbewertung der Bürgerkonferenz. So wurde beispielsweise die mangelnde öffentliche Resonanz kritisiert und empfohlen, neben Bürgern noch weitere Akteure in ein solches Verfahren einzubeziehen. Auch die Themenwahl wurde in einem Beitrag kritisiert: Es sei problematisch, eine Diskussion über die Ausgestaltung von Priorisierung zu führen, solange noch nicht klar sei, ob es überhaupt eine Priorisierung geben werde. Die meisten positiven Bewertungen waren sehr allgemein gehalten. Sie lobten das Projekt insgesamt und betonten die Bedeutung von Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen sowie den Beitrag der Bürgerkonferenz hierzu.

Tabelle 23: Allgemeines Feedback, Kommentare oder Anregungen (Freitextantworten)

„Hier würden wir uns über Ihr Feedback und über Kommentare und Anregungen freuen!“		N
Nichts angegeben, keine konkreten Aspekte genannt		128
Verfahrensaspekte, Projekt insgesamt		
Negativ	Nicht genug Öffentlichkeitsarbeit, wenig öffentliche Resonanz	3
	Weitere Gruppen / Akteure im Gesundheitswesen einbinden; Aktivitäten bündeln	3
	Bürgerbeteiligung zu komplexen Themen schwierig	1
	Bürgerkonferenz als Methode noch nicht hinreichend geschärft	1
	Debatte wichtig, aber Entscheidungswege im Gesundheitswesen beachten	2
	Themenwahl: Nicht über Ausgestaltung der Priorisierung diskutieren, obwohl nicht klar ist, ob Priorisierung erfolgen wird	1
Positiv	Dank für Initiative, Projekt sollte wiederholt oder weitergeführt werden	10
	Bürgerbeteiligung (oder zumindest Information der Bürger) zu Priorisierungsfragen ist wichtig	2
	Priorisierungsdebatte sehr wichtig, BüKo leistet hierzu einen Beitrag; positive Bewertung	4
Form und Inhalte des Votums		
Übereinstimmung der Ergebnisse mit Position der Organisatoren u. Expertendiskurs		2
Votum insgesamt positiv bewertet		1
Allg. Aussagen zur medizinischen Behandlung ("Mensch steht im Mittelpunkt")		3
Konkrete Rückmeldung zur Befragung, zum Fragebogen, zum Ausfüllverhalten		8
Weitere Informationen zum Projekt und seinen Ergebnissen erbeten		2
Sonstiges		3

Äußerungen zu konkreten Inhalten des Bürgervotums kamen hier nicht vor. Es wurde allerdings in zwei Fällen wiederum auf die auffällige Übereinstimmung mit dem internationalen Expertendiskurs und der Position der Lübecker Arbeitsgruppe hingewiesen. Weitere Beiträge enthielten allgemeine Aussagen zur medizinischen Versorgung, Kritik und Anregungen zur Befragung und zum Fragebogen, die Bitte um zusätzliche Informationen oder weitere Äußerungen, die keiner Kategorie zugeordnet werden konnten.

7.4.5 Bewertung der Referenten des wissenschaftlichen Symposiums

Um zu beurteilen, wie die Lübecker Bürgerkonferenz im wissenschaftlichen Diskurs aufgenommen und bewertet wurde, wurden die Beiträge und Diskussionen während des wissenschaftlichen Symposiums im Oktober 2010 analysiert. Die Referenten haben das Bürgervotum jeweils aus der Perspektive ihrer Disziplin bewertet. Dabei wurden häufig der Priorisierungsbegriff selbst und die Rolle von Bürgerbeteiligung in einer Debatte darüber diskutiert (Abschnitt 7.4.5.1). Es wurden aber auch konkrete Inhalte und die Form der Argumentation im Bürgervotum angesprochen (7.4.5.2 bis 7.4.5.5) sowie verschiedene Aussagen zur Gesamtbeurteilung der Bürgerkonferenz gemacht (7.4.5.6).

7.4.5.1 Fokus auf Priorisierungsbegriff und Bürgerbeteiligung insgesamt

Die Definition des Priorisierungsbegriffs und seine Abgrenzung von Rationierung wurden in fast allen Vorträgen und Diskussionen während des wissenschaftlichen Symposiums angesprochen. Einige Referenten widersprachen dabei der Unterscheidung von Priorisierung und Rationierung und kritisierten auch die strikte Trennung zwischen diesen Begriffen während der Bürgerkonferenz und im Bürgervotum. Diese Trennung sei womöglich auf eine bewusste oder unbewusste Einflussnahme seitens der Organisatoren zurückzuführen:

„Sie [spricht die Konferenzteilnehmer an] haben das so ausgestaltet – und das entspricht natürlich in gewisser Weise dem, wie Heiner Raspe die Dinge auch sieht – dass Sie im Grunde genommen nicht den Zwang der Budgetknappheit dort stark implementiert haben.“ (wiss. Symposium; Beitrag Wasem)

Dies zeigte zum einen die grundsätzlichen Bedenken der Vortragenden in Bezug auf eine mögliche Beeinflussung der Konferenzergebnisse durch die Organisatoren. Zum anderen wurde durch die häufig grundlegenden Diskussionen über den Priorisierungsbegriff deutlich, wie unklar und umstritten seine Definition unter Experten war.⁹⁹

Einen zweiten Schwerpunkt der Beiträge bildete die Frage nach der grundsätzlichen Rolle und dem normativen Status von Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen. Auch die Art der Beteiligung und die Methode der Bürgerkonferenz wurden in diesem Kontext thematisiert.

⁹⁹ Hierauf weisen auch die in Anhang 3 dargestellten ergänzenden Ergebnisse der Befragung von Votumsempfängern hin. Diese waren nach Ihrer Bewertung einer Priorisierungsdebatte sowie nach ihrer Auffassung des Priorisierungsbegriffs befragt worden.

Die meisten Referenten hielten die Beteiligung von Bürgern an der Priorisierungsdebatte für wünschenswert und wichtig. Auch die Beteiligung im Rahmen deliberativer Methoden wurde positiv bewertet. Auf diese Weise könnten Diskurse zwischen politischen und wissenschaftlichen Eliten sowie die bereits vorhandenen Möglichkeiten der Beteiligung im Rahmen der repräsentativen Demokratie sinnvoll ergänzt werden:

„[das Bürgervotum] ist (...) ein enorm wichtiger Schritt, um qualitativ Argumente zu gewinnen. (...) Und insofern kann auch in einer kleinen Gruppe sehr Substantielles für den gesellschaftlichen Diskurs gewonnen werden. Insofern ist es ein enorm wichtiges Instrumentarium in unserer Demokratie (...).“ (wiss. Symposium; Beitrag Dabrock)

Auch hier zeigte sich also ein ähnlicher Fokus wie in den oben dargestellten Rückmeldungen zur Bürgerkonferenz. Neben diesen allgemeinen Themen wurden jedoch auch einige Inhalte des Lübecker Bürgervotums angesprochen.

7.4.5.2 Aktualität einiger im Bürgervotum betonter Aspekte

Insbesondere Thomas Kohlmann zeigte in seinem Beitrag zum Bürgervotum aus Sicht der Versorgungsepidemiologie, dass die Bürger zum Teil Schwerpunkte gesetzt haben, die auch in der aktuellen medizinischen Versorgung von großer Bedeutung sind. Er bezog sich dabei primär auf die Grundwerte Menschenwürde und bedarfsgerechte Verteilung, die im Bürgervotum aufgeführt wurden. Besonders das im Bürgervotum betonte Diskriminierungsverbot sei hoch aktuell, da sich sowohl für den Gesundheitszustand in der Bevölkerung als auch für die medizinische Versorgung teilweise große Unterschiede nach sozioökonomischem Status oder nach Wohnort von Patienten feststellen ließen. Kohlmann berichtete weiter von Plänen der damaligen Bundesregierung, vom Sachleistungs- auf das Kostenerstattungsprinzip zu wechseln und die GKV-Beiträge vom Einkommen abzukoppeln. Dies würde seiner Ansicht nach zu einer weiteren Benachteiligung finanziell weniger leistungsfähiger Patienten führen und insofern den Empfehlungen der Bürgerkonferenz entgegenstehen. Ähnliches stellte er für die im Bürgervotum sichtbare Ablehnung von Altersdiskriminierung fest, die sich faktisch jedoch in verschiedenen Bereichen der medizinischen Versorgung zeige. Auch die von den Bürgern betonte Lebensqualität spiele – etwa in Form von Patient-Reported-Outcomes – eine zunehmend große Rolle im deutschen Gesundheitssystem, weshalb auch die Empfehlungen hierzu eine große Relevanz aufweisen würden.

Auch Peter Dabrock wies in seinem Beitrag zum „Bürgervotum aus Sicht der medizinischen Ethik“ darauf hin, dass die Bürger gerade mit ihrem Fokus auf das Solidaritätsprinzip einen wichtigen Beitrag zu einer aktuellen Debatte in Deutschland geleistet hätten.

„Ich glaube, die Solidaritätsressourcen (...) zu stärken, darauf hinzuweisen, das scheint mir derzeit der wichtigste Punkt in dieser Debatte zu sein. Und insofern stimme ich dort sehr

mit Ihnen, dieser Akzentuierung in Ihrem Bürgervotum überein. Dort haben Sie tatsächlich einen wichtigen Akzent gesetzt.“ (wiss. Symposium; Beitrag Dabrock)

Thomas Kohlmann schloss auf Grundlage der dargestellten Argumente seinen Vortrag mit einer positiven Bewertung des Bürgervotums und seiner Bedeutung für die Versorgungsepidemiologie:

„(...) Jetzt habe ich an einigen Beispielen versucht, zu erläutern, (...) dass wir in der Versorgungsepidemiologie auf der Grundlage der sehr hilfreichen Voten aus der Bürgerkonferenz einige Schwerpunkte setzen können, dass es tatsächlich so ist, (...) dass wir im wirklichen Leben diese Probleme haben; (...) Ich denke, wir haben sehr viel von dem gelernt, was Sie [die Konferenzteilnehmer] uns hier vorgelegt haben. Und ich hoffe, dass das in anderen Bereichen auch ähnlich gute Resonanz finden wird.“ (wiss. Symposium; Beitrag Kohlmann)

7.4.5.3 Kompatibilität der Empfehlungen im Bürgervotum mit geltendem Recht

Felix Welti zeigte in seinem Beitrag zum „Bürgervotum aus Sicht des Sozialrechts“, dass viele der von der Bürgerkonferenz betonten Aspekte auch wichtige Grundlagen geltenden Rechts darstellen. Dies gelte besonders für die grundlegenden Werte, die im Bürgervotum explizit am deutschen Grundgesetz angelehnt worden sind. Aber auch viele Kriterien fänden sich im Sozialrecht oder der aktuellen Rechtsprechung: beispielsweise die Kriterien Wirtschaftlichkeit und Kosteneffizienz (§12 SGB V), der Wert der Lebenserhaltung (im sogenannten Nikolausurteil: BVerfG vom 6.12.2005, Az. 1 BvR 347/98) und die Betonung von gesundheitsbezogener Lebensqualität insbesondere für chronisch Kranke (§ 2a SGB V, § 27 SGB IX). Sogar für die kontrovers diskutierten Kriterien der familiären Verantwortung und der Berufsfähigkeit nannte Welti verschiedene Stellen im Sozialgesetz, in denen diese sich wiederfänden – besonders im Hinblick auf rehabilitative Leistungen. Schließlich seien diejenigen Akteure, die aus Sicht der Bürgerkonferenz an der Feststellung von Grundwerten und Kriterien zur Priorisierung beteiligt werden sollten, auch heute schon vom Gesetzgeber hierzu berufen – nämlich der von allen Wahlbürgern gewählte Gesetzgeber und die von ihm eingesetzten untergesetzlichen Normgeber (z. B. der G-BA). Aus diesem Befund leitete Felix Welti folgende Schlussfolgerung ab:

„Ich fasse es pointiert so zusammen: Die zufällig ausgewählten Bürgerinnen und Bürger setzen, nachdem sie sich intensiv damit beschäftigt haben, die gleichen Kriterien zur Priorisierung von Gesundheitsleistungen, die wir auch im geltenden Recht schon finden. (...) die Bürgerinnen und Bürger [sind] offensichtlich verständiger als ihr Ruf bei den Experten ist, denn sie kommen zu den gleichen Ergebnissen, die die Experten auch für richtig halten.“ (wiss. Symposium, Beitrag Welti)

7.4.5.4 Übereinstimmung mit Lübecker Positionen und fehlender Innovationscharakter

Auch in anderen Beiträgen wurde die Kongruenz des Bürgervotums mit der fachöffentlichen Priorisierungsdebatte angesprochen. Während Welti jedoch insgesamt zu einer positiven Be-

wertung der Bürgerkonferenz und ihres Ergebnisses kam, drückten andere Referenten ihre Zweifel am Zustandekommen des Ergebnisses aus:

„Sie hatten ja (...) Expertenbefragungen (...). Wie ist das vonstattengegangen? Ich frage das ein bisschen vor dem Hintergrund des Ergebnisses. Ich höre da manche mir nicht ganz unbekannte Stimme. Und das wollte ich nur fragen, wie das da eingegangen ist.“ (wiss. Symposium; Nachfrage von Dabrock nach der Vorstellung des Bürgervotums)

Insbesondere auf die Ähnlichkeit einiger Aussagen im Bürgervotum mit bekannten Positionen der Lübecker Arbeitsgruppe wurde häufiger kritisch hingewiesen:

„Ich kann mir nicht verkneifen, lieber Herr Raspe, festzustellen, dass das, was sich dort ergeben hat, eine hohe Übereinstimmung hat, mit dem, was mir nicht unbekannt ist – sowohl aus der Zentralen Ethikkommission als auch eben hier in den anderen Lübecker Thesen.“ (wiss. Symposium; Beitrag Dabrock)

„(...) und da sieht man [die Lübecker] Handschrift natürlich irgendwo im Framing der Debatte, wahrscheinlich auch der Auswahl der Experten und am Ende in der Formulierung der Stellungnahme.“ (wiss. Symposium; Beitrag Schöne-Seifert)

Diese Äußerungen weisen auf einen möglichen inhaltlichen Einfluss der Organisatoren auf die Ergebnisse der Konferenz hin, der den Beitrag zur öffentlichen Debatte schmälern würde.

7.4.5.5 Mangelnde Differenziertheit und Konkretheit des Bürgervotums

Darüber hinaus sind jedoch auch die Form des Bürgervotums und die Art der Argumentation der Teilnehmer kritisiert worden. Diese Kritik bezog sich insbesondere auf die mangelnde Ausdifferenzierung und Abgrenzung einzelner Empfehlungen:

„Nun, dann noch zu den von Ihnen genannten Grundwerten und den Kriterien. (...) Wer will Ihnen widersprechen? Die sind ja alle richtig. Das Problem ist die jeweilige Ausfüllung der Kriterien und das Verhältnis der Kriterien zueinander.“ (wiss. Symposium; Beitrag Dabrock)

Zudem seien fast alle im Votum genannten Aspekte als wichtig beschrieben worden und eine Diskriminierung oder Gewichtung zwischen einzelnen Grundwerten und Kriterien fehle:

„Sie schreiben immer ‚im Vordergrund steht... im Vordergrund steht‘. Man fragt sich dann immer: Was steht im Hintergrund?“ (wiss. Symposium; Beitrag Dabrock)

Ebenso wird die mangelnde begriffliche Klarheit kritisiert, die zum einen den Anschluss des Bürgervotums an den Expertendiskurs erschwere, zum anderen aber auch zu Inkonsistenzen oder Widersprüchen führe.

„Je mehr ich [im Bürgervotum] gelesen habe, je mehr habe ich festgestellt: Ich habe mehr Fragen, als dass ich eigentlich Antworten habe. Und mir sind ganz viele Definitionen nicht klar. Ich weiß nicht, was bestimmte Begriffe bedeuten, ich verstehe bestimmte Widersprüche nicht.“ (wiss. Symposium; Beitrag Sawicki)

Als Beispiel für einen solchen Widerspruch führte Peter Sawicki in seinem Vortrag an, dass im Bürgervotum zum einen die Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeit und Kostennutzen und gleichzeitig der Ausschluss von Altersdiskriminierung sowie die besondere Berücksichtigung von chronisch Kranken und Behinderten empfohlen würden. Ziel einer Priorisierung nach

Wirtschaftlichkeitsüberlegungen sei die Maximierung des Gesamtnutzens aller Patienten. Besonders Ältere und schwer Kranke oder Behinderte hätten jedoch bei gleichen Kosten im Durchschnitt kleinere Nutzegewinne zu erwarten als andere Patientengruppen und müssten daher nach dieser Logik posteriorisiert werden. Dies widerspreche jedoch dem von den Teilnehmern betonten Diskriminierungsverbot.

7.4.5.6 Gesamtbewertung der Bürgerkonferenz

Anhand weiterer einzelner Formulierungen im Bürgervotum wies Sawicki darauf hin, dass die Teilnehmer seiner Einschätzung nach ihre Stellungnahme nicht ausreichend durchdacht und zu wenig präzise und differenziert formuliert hätten. Er schien es grundsätzlich kaum für möglich zu halten, dass Bürger in einem stark begrenzten Zeitrahmen einen substanziellen Beitrag zum Expertendiskurs leisten können, was sich in mehreren ironischen Aussagen zeigte:

„(...) ich meine das ist wirklich bemerkenswert, was Sie an vier Wochenenden geleistet haben, ja? Das müssten wir uns in vielen Fachgesellschaften und wissenschaftlichen ... da wollte ich wirklich Mal fragen, wie Sie das gemacht haben: vier Wochenenden, so ein Papier, Wahnsinn, ja? Normalerweise dauern so Leitlinien, auch wenn sie kurz sind, Jahre (...).“ (wiss. Symposium; Beitrag Sawicki)

Auch drei andere Referenten betonten die Leistung der Bürgerkonferenzteilnehmer, ihr Bürgervotum in sehr kurzer Zeit erstellt zu haben, waren dabei jedoch weniger ironisch.

„Ich würde gerne damit anfangen, auch noch mal den Damen und Herren, (...) noch mal meine Anerkennung zum Ausdruck zu bringen. Ich finde (...) auch, dass Sie ganz großartige Leistungen vollbracht haben. Und dass aus der Sicht der medizinischen Ethik (...) ich es doch wirklich ganz bemerkenswert finde, wie sehr man aus sogenannter Expertensicht den Hut ziehen muss vor den Laien, die an vier Wochenenden zu Experten geworden sind (...).“ (wiss. Symposium; Beitrag Schöne-Seifert)

Insgesamt wurde die Bürgerkonferenz während des wissenschaftlichen Symposiums als wichtiges Modellprojekt bewertet, das erfolgreich die Beteiligung von Bürgern an Priorisierungsfragen erprobt habe. Hierdurch könne sie einen Einfluss auf den Priorisierungsprozess ausüben, wenn etwa weitere Projekte nach diesem Vorbild durchgeführt würden. Bemängelt wurden insbesondere die mögliche Einflussnahme vonseiten der Organisatoren und deren Eingrenzung der Fragestellung für die Bürgerkonferenzteilnehmer. Das Bürgervotum selbst wurde als wichtige Anregung weiterer fachöffentlicher und öffentlicher Debatten verstanden. Ein unmittelbarer Einfluss der Bürgerkonferenzergebnisse auf diese Debatten oder auf mögliche Priorisierungsprozesse selbst wurde jedoch nicht erwartet:

„Ich glaube, man kann nicht planen, in welcher Weise die (...) Ergebnisse dieser Bürgerkonferenz in die allgemeine Debatte eingehen. Z. B. wird es für mich ein Anlass sein (...), noch einmal über den Begriff des medizinisch Notwendigen nachzudenken und das auf eine Weise zu formulieren, die ein paar Punkte, die ich in den Empfehlungen unterbelichtet finde, sozusagen schärfer zu machen. Andere Leute werden in den Medien darüber

berichten und der Begriff des Priorisierens und die Vorstellung, dass da unparteiliche Bürger sitzen und irgendwie zu Ergebnissen kommen, wird Schule machen und wird anstecken und wird begeistern und insofern kann ich mir schon vorstellen, dass auf unterschiedlichen Ebenen ein indirekter Effekt dieser Bürgerkonferenz zustande kommt.“ (wiss. Symposium; Beitrag Schöne-Seifert)

7.5 POLITISCHE POTENZIALE: „MARKET TESTING“

Unter dem Oberbegriff der politischen Potenziale werden im Folgenden zwei Aspekte erörtert: Zum einen haben die Bürgerkonferenzteilnehmer eine Bewertung zu ausländischen Priorisierungskriterien vorgenommen; zum anderen kann die Konferenz auch als „anticipatory public“ für die Einschätzung von öffentlichen Reaktionen auf die Priorisierungsthematik verstanden werden.

7.5.1.1 Haben die Teilnehmer eine Bewertung zu Policy-Vorschlägen zur Priorisierung abgegeben?

In der deutschen Auseinandersetzung mit Priorisierung werden häufig die Erfahrungen anderer Länder – besonders aus Skandinavien – als Vorbilder zitiert (vgl. Abschnitt 4.2). Auch während der Lübecker Bürgerkonferenz spielten ausländische Beispiele eine Rolle. So waren etwa mit Thorsten Meyer und Jörg Carlsson zwei Experten eingeladen worden, die intensiv zu diesen Themen befragt wurden. Im zur Verfügung gestellten schriftlichen Informationsmaterial wurden ebenfalls verschiedene ausländische Priorisierungserfahrungen beschrieben.

Die Bürgerkonferenzteilnehmer selbst interessierten sich während aller Phasen der Konferenz sehr für die ausländischen Erfahrungen. Zum Schluss kamen sie zu einer differenzierten Bewertung insbesondere des schwedischen Priorisierungsmodells: Auf der einen Seite haben sie sich für ihr Bürgervotum an verschiedenen Aspekten der schwedischen Priorisierung orientiert – etwa in der Definition des Priorisierungsbegriffs, in der Unterscheidung zwischen Grundwerten und Kriterien und der Bewertung zentraler Kriterien. Auch in Bezug auf die Entwicklung der Priorisierungsdebatte sprachen sich die Teilnehmer für eine Orientierung an skandinavischen Beispielen aus:

„Ja, ich meine jetzt zu den Verfahren (...) wenn wir jetzt hören, in, /äh/ in Skandinavien – Norwegen, Schweden und auch in Dänemark – haben ja die Politiker, oder hat ja das politische Forum, Parlament oder ähnliches die Entscheidung getroffen: So soll es sein.“ (BüKo, 2. WE, Sa.; TN 4)

„(...) gefallen hat uns zum Beispiel die Transparenz, die er (Jörg Carlsson) uns aufgezeigt hat. Ich denke mal, da sind wir mittlerweile alle... (...) Das scheint ein ganz großer Aspekt zu sein: Je offener ich arbeite, desto mehr Akzeptanz kann ich offensichtlich auch erreichen bei der Bevölkerung.“ (BüKo, 3. WE, Fr.; TN 12)

Auf der anderen Seite wies ein Teilnehmer darauf hin, dass andere Gesundheitssysteme große Unterschiede zum deutschen System aufweisen und dass daher die Übertragbarkeit der dortigen Erfahrungen eingeschränkt sei:

„Unser Weg [der Priorisierung] kann ganz anders aussehen. (...) Wir können natürlich auch den ausgetretenen Weg (...) gehen. Aber führt der weiter, das ist die Frage. Oder sollte man erst mal gucken, ob wir nicht einen Weg finden, der für unser Land, für Deutschland, sinnvoller ist. Denn die anderen [Länder] haben andere Voraussetzungen, andere Bedingungen.“ (BüKo, 2. WE, Sa.; TN 17)

„Wir nehmen immer als Vorbild die drei skandinavischen Länder: Dänemark, Schweden, Norwegen und in diesen drei Ländern herrscht eine völlig andere Finanzierung. Das muss man uns klarmachen, man wird uns sofort um die Ohren hauen, dass dieses System in Deutschland nicht funktionieren kann, weil eben die Finanzierung anders ist.“ (BüKo, 3. WE, Fr.; TN 17)

Zwar wurde im Bürgervotum nicht explizit auf ausländische Priorisierungserfahrungen hingewiesen. Auf Grundlage der Debatten der Teilnehmer kann das Bürgervotum jedoch als Ausdruck einer zumindest impliziten Bewertung von ausländischen Policy-Vorschlägen zur Priorisierung verstanden werden: Insgesamt befürworteten die Teilnehmer insbesondere die in Schweden aufgestellte ethische Plattform und die dortige Transparenz der Priorisierungsdebatte. Sie wünschten sich ähnliche Vorschläge auch für Deutschland.

7.5.1.2 Ergaben sich Hinweise zur Antizipation öffentlicher Reaktionen auf die Priorisierungsthematik?

Nicht nur die Bewertung konkreter Policy-Vorschläge, sondern auch die Reaktionen der Teilnehmer auf die Priorisierungsthematik insgesamt können als „market testing“ gewertet werden. Zu Beginn der Konferenz äußerten die Teilnehmer häufiger Vorbehalte gegen eine Priorisierung in der medizinischen Versorgung. Diese reduzierten sich jedoch im Verlauf der Debatten (Abschnitt 7.1.1.3). So wurde in späteren Phasen der Konferenz intensiv über Werte, Kriterien und Verfahrensregeln zur Priorisierung diskutiert. Die Teilnehmer sprachen sich explizit für eine breite öffentliche Debatte über diese Themen aus. Diesen Wunsch hielten sie im Bürgervotum fest:

„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.“ (Teilnehmer der Lübecker Bürgerkonferenz, 2014: 145)

Insgesamt wurde Priorisierung als ein wichtiger Prozess verstanden, der das Vertrauen der Akteure im Gesundheitssystem vergrößern kann – besonders, wenn darüber öffentlich diskutiert wird:

„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.“ (Teilnehmer der Lübecker Bürgerkonferenz, 2014: 137)

„Priorisierung schafft Transparenz und dadurch Vertrauen in unser Gesundheitssystem“ (ebd.: 145)

Dies zeigt die positive Bewertung der Bürgerkonferenzteilnehmer gegenüber der Priorisierungsthematik.

7.6 QUALITÄTSMERKMALE DER LÜBECKER BÜRGERKONFERENZ

Nachdem die Entfaltung der verschiedenen Potenziale deliberativer Verfahren im Kontext der Lübecker Bürgerkonferenz dargestellt wurde, wird im Folgenden geklärt, welche der in den Abschnitt 3.2 identifizierten Qualitätsmerkmale sich während dieses Projekts verwirklicht haben (Abschnitte 7.6.1 bis 7.6.4). In Abschnitt 7.7 werden im Anschluss auch die oben (Abschnitt 3.3) unterschiedenen Kontextbedingungen und Designaspekte betrachtet.

7.6.1 Repräsentativität der Teilnehmer

Für die Lübecker Bürgerkonferenz wurde die Rekrutierung von Teilnehmern mit möglichst vielfältigen Hintergründen angestrebt. Eine Einladung von Teilnehmern mit stark vorgeprägten Interessen oder eine systematische Über- oder Unterrepräsentanz von Personen mit bestimmten Merkmalen oder Standpunkten sollten vermieden werden. Inwieweit diese beiden Bedingungen erfüllt werden konnten, wird in den beiden folgenden Abschnitten erörtert.

7.6.1.1 Ist die Rekrutierung von Personen mit möglichst unterschiedlichen Hintergründen gelungen?

Durch die primäre Zufallsauswahl der Stichprobe für die Bevölkerungsbefragung sollten die Gefahren einer Beteiligung von rein interessegeleiteten Personen und einer Verzerrung durch die reine Selbstselektion der Teilnehmer minimiert werden. Aus der Gruppe derer, die sich nach der Befragung an der Bürgerkonferenzteilnahme interessiert zeigten, wurde eine geschichtete Zufallsauswahl gezogen. So sollte zumindest in den Dimensionen Alter, Geschlecht, Schulausbildung und „Nähe zum Gesundheitswesen“ eine möglichst große Vielfalt der Teilnehmer gewährleistet werden. Allerdings konnten einige der möglichen Kombinationen aus diesen Variablen nicht besetzt werden, weil sich entweder keine entsprechenden Personen für die Teilnahme gemeldet oder die bereits Eingeladenen ihre Teilnahme kurzfristig abgesagt hatten (siehe Tabelle 14 in Abschnitt 6.1.1).

Anhand der Angaben, die die Bürgerkonferenzteilnehmer in der vorbereitenden Bevölkerungsbefragung gemacht hatten, zeigte sich die in Tabelle 24 dargestellte Zusammensetzung der Bürgergruppe.

Tabelle 24: Zusammensetzung der Teilnehmergruppe

Variable	Ausprägungen	18 TN	2 Abbrecher
Geschlecht	männlich	11	2
Altersgruppen	18 bis 29 Jahre	1	
	30 bis 39 Jahre	2	
	40 bis 49 Jahre	4	1
	50 bis 59 Jahre	5	
	60 bis 69 Jahre	4	1
	70 bis 79 Jahre	2	
Schulausbildung	Hauptschule u. ohne Abschluss	3	1
	Mittlere Reife / Polytechnische Oberschule	7	
	(Fach-)Abitur	7	
Berufsausbildung	Lehre oder Berufsfachschule:	8	1
	Meister- Technikerschule, Berufsakademie	4	
	(Fach-)Hochschule	4	
	noch in Ausbildung	1	
Erwerbstätigkeit	Vollzeit (35 Stunden und mehr)	6	
	Teilzeit (bis 34 Stunden)	3	
	erwerbs-/berufsunfähig	1	1
	Altersente	6	
	erwerbs-/arbeitslos	1	
Krankenversicherung**	GKV-versichert	11	2
Tätigkeit im Gesundheitswesen	Ja, früher	3	
	Ja, derzeit	2	
	Nein	12	1
subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes (letzte 7 Tage)**	sehr gut / gut	11	
	zufrieden stellend	4	
	weniger gut / schlecht	2	2
eigene chronische Krankheit	ja	8	1
chronische Krankheit im persönlichen Umfeld	ja	12	1

** Jeweils eine Person hat keine Angabe zu ihrem Gesundheitszustand, zu ihrem Krankenversicherungsstatus und zu chronisch Kranken im persönlichen Umfeld gemacht.

* Jeweils zwei Personen haben keine Angabe zu ihrer Schulausbildung, Berufsausbildung, Erwerbstätigkeit, Tätigkeit im Gesundheitswesen und chronischen Erkrankung gemacht.

Trotz der stratifizierten Zufallsauswahl waren Frauen, Jüngere und Personen mit niedriger Schulbildung proportional seltener vertreten. Dennoch haben die Teilnehmer selbst ihre Zusammensetzung als divers bewertet:

„(...) ich finde also die Mischung der Leute hier sehr interessant, und da finde ich es sehr wichtig, dass wir von ganz jung bis älter wirklich hier einen guten Querschnitt haben.“ (BüKo, 1. WE, Fr.; TN 14)

„(...) dass wir aus völlig unterschiedlichen Schichten, unterschiedlichen Bildungshintergründen in der Lage sind, gemeinsam eine Stellungnahme zu erarbeiten und jeder gleichgewichtig seinen Beitrag dazu leisten kann.“ (BüKo 4. WE, Sa.; TN 10)

7.6.1.2 Zeigten sich vordefinierte Positionen oder Interessen der Teilnehmer?

Trotz der verschiedenen Maßnahmen zur Rekrutierung von Personen mit unterschiedlichen Hintergründen war die eigene Bereitschaft der Teilnehmer ausschlaggebend für die Zusam-

mensetzung der Gruppe. Um zu untersuchen, ob die Teilnehmer schon im Vorfeld ein einseitiges Interesse oder feste Standpunkte zur Thematik hatten, wurden sie nach ihren Beweggründen für die Teilnahme gefragt. Es lassen sich folgende Begründungen unterscheiden:

- Teilnehmer fühlten sich persönlich vom Thema angesprochen:
 - Einige Teilnehmer gaben an, ein allgemeines Interesse am Thema zu haben und sich bereits vor der Einladung mit gesundheitspolitischen Themen beschäftigt zu haben.
 - Viele Teilnehmer fühlten sich auch aufgrund persönlicher Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem vom Thema angesprochen und wollten ihre positiven wie negativen Erfahrungen in die Debatte hierzu einbringen.
 - Einige Teilnehmer gaben an, sich vom Thema angesprochen zu fühlen, da die Fragen der Gesundheitsversorgung ohnehin alle Bürger betreffen.
 - Zwei Teilnehmerinnen – eine ehemalige Arzthelferin und eine Krankenschwester – fühlten sich aufgrund ihrer beruflichen Erfahrungen angesprochen.
- Teilnehmer äußerten den Wunsch, sich an der Bearbeitung der diskutierten Fragen oder allgemein an politischen Prozessen zu beteiligen:
 - Einige betonten, die Politik solle nicht über die Köpfe der Bürger hinweg entscheiden.
 - Andere wollten die durch die Einladung zur Bürgerkonferenz entstandene Chance nutzen, sich zum Thema zu äußern und ihre Meinung hierzu zu sagen.
 - Viele betonten allgemein, sie wollten sich einbringen, an politischen Entscheidungen mitwirken und die Gesundheitsversorgung mitgestalten.
 - Eine Teilnehmerin fand schließlich, man solle „nicht immer nur meckern“, sondern sich auch selbst aktiv beteiligen.
- Einige Bürger waren schlicht neugierig auf eine neue Erfahrung und interessiert an der Abwechslung durch die Bürgerkonferenz.
- Schließlich existierte auch ein gesteigertes Interesse an der Methode der Bürgerkonferenz selbst und an deren Ablauf.

Die meisten dieser Begründungen für die Teilnahme weisen nicht auf vordefinierte Standpunkte oder spezifische inhaltliche Interessen der Teilnehmer hin. Nur eine Teilnehmerin (TN 14) hat während der Konferenz oder in den Interviews über ihre Mitgliedschaft in einer Patientenorganisation berichtet. Keiner der Teilnehmer scheint sich vor der Konferenz aktiv an gesundheitspolitischen Debatten beteiligt zu haben. Die meisten berichteten jedoch über spezifische Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem, die in einzelnen Fällen tatsächlich die Argumentation der Teilnehmer geprägt haben. Dies betraf jedoch primär zwei Teilnehmerinnen, die selbst Schmerzpatientinnen waren und sich regelmäßig für die besondere Beachtung von chronisch Kranken und Behinderten aussprachen.

Darüber hinaus haben einzelne Teilnehmer immer wieder versucht, eigene Schwerpunktthemen in die Debatte einzubringen. Zu diesen Themen gehörten z. B. die Finanzierung des Gesundheitssystems, der Einfluss von Lobbygruppen – insbesondere der Pharmaindustrie – sowie die Bürokratie im Gesundheitssystem und allgemeine Schwächen der Gesundheitspo-

litik. Unter anderem äußerten sich diese persönlichen Schwerpunkte in der Expertenbefragung, wo einige Teilnehmer die Gelegenheit nutzten, ihre eigenen Fragen zu stellen:

„Wann dürfen – oder warum darf die Pharmaindustrie die Preise festsetzen?“ (BüKo 2. WE, Sa.; TN 20)

„Also diese ausufernde und riesige Bürokratie /äh/ hat eigentlich keinen, der ihr Einhalt gebieten könnte und würde?“ (BüKo 3. WE, Sa.; TN 17)

„Wieso kann es so weit gehen, dass Lobbyisten aber die Gesetze schreiben?“ (BüKo 4. WE, Fr.; TN 2)

Diese Konzentration einzelner Teilnehmer auf eigene Themen zeigte sich auch in anderen Konferenzphasen und wurde von einigen anderen Teilnehmern kritisiert:

„Was mir nicht so gefallen hat, war, dass wir gerne den roten Faden verlieren, (...). Dass wir oft Themen anschneiden, die zwar im weitesten Sinne mit der Priorisierung auch zu tun haben, aber eigentlich ein ganz anderes Thema sind.“ (BüKo, 2. WE, Sa.; TN 19)

„Wenn Sie TN 20 sehen: „Was ist effizient“. Da hat er doch dauernd drauf rumgehackt“ (Interview Post, TN 7)

Allerdings bezog sich diese Kritik auf wenige Teilnehmer (insb. TN 20, TN 17 und TN 14 und weniger ausgeprägt auch TN 4). Die meisten übrigen Bürger orientierten sich grundsätzlich an den von der Gruppe als relevant erachteten Themen und vertraten weniger stark ihre eigene Agenda.

7.6.2 Qualität der Deliberation

In den folgenden Abschnitten werden die in Abschnitt 3.2.2 beschriebenen Dimensionen der Qualität deliberativer Prozesse während der Lübecker Bürgerkonferenz dargestellt. Dies sind die Inklusivität (Abschnitt 7.6.2.1) und Zwanglosigkeit (7.6.2.2) der Debatten, der wechselseitig respektvolle Umgang der Teilnehmer miteinander (7.6.2.3), ihre Orientierung an einer gegenseitigen Verständigung (7.6.2.4) und am Gemeinwohl (7.6.2.5) sowie die Rationalität von Argumenten und Begründungen (7.6.2.6). Zusätzlich werden die Verwendung und die Funktion des persönlichen Story-Telling beschrieben (7.6.2.7).

7.6.2.1 Inklusivität der Debatten: Beteiligten sich die Teilnehmer gleichmäßig an der Deliberation?

Die Inklusivität der Deliberation wurde bereits durch die gezielte Auswahl und Einladung der Bürgerkonferenzteilnehmer eingeschränkt. Ob aber zumindest die eingeladenen Bürger die Möglichkeit hatten, sich während der Konferenz gleichberechtigt zu beteiligen, wird im Folgenden erörtert. Hierfür wird 1.) die Anzahl der Sprechbeiträge pro Teilnehmer verglichen; 2.) wird die Einschätzung der Teilnehmer selbst zur Inklusivität berücksichtigt.

Anzahl der Sprechbeiträge einzelner Teilnehmer im Vergleich

Die Zahl der Beiträge jedes Teilnehmers an den einzelnen Konferenzwochenenden ist in Tabelle 25 aufgelistet.

Tabelle 25: Anzahl der Sprechakte pro Person (aufsteigend nach Gesamtanzahl)*

Person	1. Wochenende	2. WE	3. WE	4. WE	Gesamt
TN 3	5				5
TN 19	17	33	9	6	65
TN 5	13	32	14	19	78
TN 13	36	18	33		87
TN 9	20	30	28	14	92
TN 15	21	35	27	39	122
TN 6	18	25	20	78	141
TN 16	45	49	27	35	156
TN 18	20	59	54	28	161
TN 12	17	40	67	47	171
TN 14	29	65	43	50	187
TN 2	37	78	44	101	260
TN 7	90	31	71	78	270
TN 11	24	121	70	113	328
TN 17	41	132	88	120	381
TN 1	84	113	105	155	457
TN 4	136	102	91	156	485
TN 10	40	120	55	293	508
TN 8	58	111	78	321	568
TN 20	116	274	147	335	872
Σ	867	1468	1071	1988	5394

* Berücksichtigt nicht Sprechakte von Moderatoren, Experten und Organisatoren

Es fällt auf, dass die Anzahl der Beiträge der Teilnehmer zum Teil sehr stark variierte.¹⁰⁰ Zwar waren einige Teilnehmer berufs- oder krankheitsbedingt an einzelnen Tagen nicht durchgehend anwesend (insb. TN 5 und TN 9 am dritten Wochenende, TN 19 am dritten und vierten und TN 14 am vierten Wochenende) und andere haben unterschiedliche Aufgaben übernommen, die die Anzahl ihrer Sprechakte vergrößert hat (z. B. die Befragung von Experten oder die Sprecherschaft für eine Kleingruppe zur Formulierung des Bürgervotums). Dennoch sind die deutlichen Unterschiede nicht allein hierdurch zu erklären. Besonders auffällig sind die ungleichmäßigen Beiträge während des letzten Konferenzwochenendes, an dem die Teilnehmer das gemeinsame Votum formuliert haben: Daran haben sich einige fast gar nicht beteiligt, während andere an diesem Wochenende besonders viele Sprechbeiträge geleistet haben. Anhand dieser Zahlen kann nicht von einer Gleichmäßigkeit der Sprechakte gesprochen werden,

¹⁰⁰ Die ebenfalls stark über die Wochenenden variierende Anzahl der Sprechakte kann zum einen auf unterschiedlich lange Phasen von Plenumsdiskussionen zurückgeführt werden (vgl. Länge der Tonbänder in Anhang 2.1). Zum anderen nahmen Experten, Moderatoren und Organisatoren an den Wochenenden unterschiedlich viel Raum ein.

die auf die Inklusivität der Debatten hinweisen würden. Insbesondere TN 20, TN 8, TN 10, TN 4 und TN 1 haben sich auffällig häufig zu Wort gemeldet.

Bewertung der Inklusivität der Debatten durch die Teilnehmer

Die Dominanz dieser Teilnehmer spiegelte sich auch in den Äußerungen anderer Teilnehmer während der Konferenz oder in den Interviews danach wieder – sie wurde jedoch sehr unterschiedlich bewertet. Die Dominanz von TN 1, TN 8 und TN 10 blieb weitgehend unkommentiert, wurde im Gegenteil von einigen sogar wohlwollend betrachtet. Insbesondere die Beiträge von TN 20 hingegen – und vereinzelt auch von TN 4 und TN 17 – wurden jedoch teilweise sehr kritisch bewertet:

„TN 20, nicht schon wieder ein Vortrag von Ihnen!“ (BüKo 4. WE, So.; TN 7)

„Es waren ja einige dabei, die waren schon schwer zu bremsen (lacht). (...) unser Architekt (...) oder Ingenieur [meint TN 20].“ (Interview Post; TN 17)

„(...) wir hatten ja so Dauerredner auch, wenn die dran waren, dass es dann hieß ‚nun hör doch mal auf‘ (...), denn jeder wusste ja was er [TN 20] will.“ (Interview Post; TN 6)

Aber nicht nur die Dominanz, sondern auch die besondere Zurückhaltung einzelner Teilnehmer fiel auf und wurde von den übrigen Bürgern kritisiert. Dies betraf neben den beiden im Verlauf der Konferenz ausgeschiedenen Teilnehmern (TN 3 und TN 13) insbesondere TN 19, TN 5 und TN 9 (vgl. Tabelle 25). Eine Teilnehmerin begründete die Zurückhaltung mit der Dominanz Anderer:

„Und das hat mich auch so ein bisschen gestört (...), dass hier Leute doch immer wieder rein reden und einen großen Sprachanteil haben und vielleicht etwas schüchternere Leute deswegen gar nicht mehr gehört werden. Ich hab gestern wenig von TN 5 gehört zum Beispiel (...).“ (BüKo 2. WE, Sa.; TN 14)

Zwar ist die Anzahl der Sprechbeiträge kein eindeutiger Beleg für einen ungleichen oder gleichmäßigen Anteil der Teilnehmer an der Deliberation, da sie weder über die Qualität und Inhalte der Beiträge noch über deren Dauer Aufschluss gibt. Einige Teilnehmer (z. B. TN 8) neigten beispielsweise dazu, häufig die Beiträge der anderen Teilnehmer durch zustimmende Äußerungen zu kommentieren. Solche Sprechakte enthielten selbst keinen inhaltlichen Beitrag zur Debatte, wurden jedoch in der Tabelle 25 mitgezählt. Dennoch ergibt die Anzahl der Wortbeiträge ein eindeutiges Bild: Es gab sowohl auffällig dominante als auch zurückhaltende Teilnehmer, was auch durch die Bewertung der Teilnehmer bestätigt wurde. Wo Kritik an der Gleichmäßigkeit der Debatten geübt wurde, bezog sich dies stets auf einzelne dominante Personen, die sich sehr stark engagiert haben und andere phasenweise kaum haben zu Wort kommen lassen.

Auf der anderen Seite wurde von einigen Teilnehmern positiv hervorgehoben, dass dennoch alle die Möglichkeit hatten, zu Wort zu kommen und dass dominante Teilnehmer gebremst werden konnten:

„(...) positiv hat mir eigentlich auch wieder gefallen, wie wir in der Gruppe miteinander an einem Thema sprechen können und dass jeder im Grunde gleichberechtigt zu Wort kommt.“ (BüKo 2. WE, Sa.; TN 10)

„Also eigentlich gut fand ich, dass der Moderator oder die Moderatoren keine (...) Sololeute haben aufkommen lassen. Ich hab das ja nun selber gespürt (lacht). (Interview Post; TN 4)

Auch wenn die Beteiligung an der Debatte also quantitativ nicht gleichmäßig war, fiel die Bewertung der Inklusivität der Debatten durch die Teilnehmer nicht grundsätzlich negativ aus. So scheinen sich einige zwar häufiger zu Wort gemeldet zu haben, ohne dabei in der Wahrnehmung der anderen die inhaltlichen Einflussmöglichkeiten jedes Einzelnen zu reduzieren.

7.6.2.2 Zwanglosigkeit: Wurde während der Debatten Druck auf die Teilnehmer ausgeübt?

Fast alle Teilnehmer äußerten sich durchweg positiv zur Atmosphäre während der Deliberation und zur Zusammenarbeit in der Gruppe:

„Also, den Umgang hier find ich super. D. h. wir können kontrovers reden ohne dass einer den anderen überschweift.“ (BüKo 2. WE Sa.; TN 6)

„Also dieses, ich bin es nicht gewohnt in solchen Runden zu diskutieren, aber ich /äh/ habe es also als sehr angenehme Atmosphäre empfunden, wo man nie so, ich sag mal, jetzt genötigt wurde: Da muss man jetzt, was weiß ich, irgendwelche Dinge tun (...).“ (Interview Post; TN 8)

Dies wird hier als Hinweis auf die interne Zwanglosigkeit der gemeinsamen Debatten gewertet. Auch vonseiten der weiteren anwesenden Personen – Moderatoren, Organisatoren und Experten – haben die Teilnehmer sich offenbar nicht unmittelbar inhaltlich unter Druck gesetzt gefühlt. Zumindest wurde dies weder während der Konferenz noch in den Interviews erwähnt. Dies schließt jedoch nicht eine eventuell bewusste oder unbewusste zwangfreie Beeinflussung der Debatten durch diese Personen aus (vgl. Abschnitt 7.7.3). Zudem fühlten sich die Teilnehmer durch den engen Zeitplan offenbar teilweise bedrängt (vgl. Abschnitt 7.6.3.4).

7.6.2.3 Wechselseitiger Respekt: Verhielten sich die Teilnehmer respektvoll gegenüber den anderen und deren Argumenten?

Einige positive Bewertungen der Atmosphäre während der Bürgerkonferenz und der Zusammenarbeit in der Gruppe lassen sich auch als Hinweis auf einen respektvollen Umgang miteinander interpretieren:

„Also was ich sehr interessant fand, war die wirklich große Toleranz in der Gruppe. Man hat überhaupt nicht versucht, die Leute in irgendein Schema zu pressen, sondern jeder wurde einfach so genommen wie er war.“ (Interview Post; TN 14)

„(...) wir sind auch alle nett miteinander, das muss man auch sagen, die Zusammenarbeit war hervorragend.“ (Interview Post; TN 18)

Allerdings war im Verlauf der Debatten an einzelnen Stellen auch Unmut und Geringschätzung für das Diskussionsverhalten einiger Teilnehmer wahrzunehmen.

„Es ist mir jetzt das dritte Mal aufgefallen, dass, wenn ich was gesagt habe, dass da intensiv gelacht wurde [von TN 7 und TN 5]. Das stört mich sehr.“ (BüKo 1. WE Sa.; TN 2)

„Na nun schüttelt sie [TN 2] wieder ein Kopf. Nun will sie wieder nicht [nach einem Klärungsversuch durch den Moderator].“ (BüKo 1. WE SA.; TN 7)

Auch die Äußerungen zur Dominanz bestimmter Personen (siehe Abschnitt 7.6.2.1) waren Beispiele hierfür. Diese weniger respektvollen Sprechakte kamen jedoch entweder zwischen einzelnen Teilnehmern vor, die zum Teil auch nach der Bürgerkonferenz über persönliche Antipathie und zwischenmenschliche Konflikte berichteten; oder sie bezogen sich auf einen oder zwei sehr dominante Teilnehmer. Insgesamt wurden jedoch der gute Zusammenhalt in der Gruppe und der angenehme Umgang miteinander betont:

„Es war ja nachher wie eine Familie.“ (Interview Post; TN 6).

7.6.2.4 Verständigungsorientierung: Zeigten sich die Teilnehmer interessiert an einer gegenseitigen Verständigung?

Suche nach einer gemeinsamen Position

Die Verständigungsorientierung der Teilnehmer äußerte sich in verschiedenen Verhaltensweisen; z. B. darin, dass sie sich für eine gemeinsame Stellungnahme einsetzten, die möglichst einen Konsens aller Teilnehmer oder zumindest einen Kompromiss enthielt, dem alle zustimmen konnten:

„An und für sich (...) sollte man ja eigentlich versuchen, alle (...) Meinungen zusammenzufassen und eine gemeinsame Meinung rauszufinden, dass jeder von sich Abstriche macht (...).“ (BüKo 1. WE, Fr.; TN 4)

„Wir müssen ein einheitliches Votum finden. Wir müssen uns alle einig sein, was wir wollen und was nicht.“ (BüKo 3. WE, Sa.; TN 9)

Lediglich ein Teilnehmer (TN 20) sprach sich regelmäßig für die Notwendigkeit von Minderheitenvoten und die Berücksichtigung eigener Themen einzelner Teilnehmer aus:

„Und wir sagen ja auch, dass (...) /äh/ eine Entscheidung aus der Gruppe herausgeht, aber wir (...) ermöglichen vielleicht einen Einzelaspekt in dieser Gesamtentscheidung eben halt auch mit abzubilden.“ (BüKo 2. WE, Sa.; TN 20)

Einige der anderen Teilnehmer stimmten zu, dass es keine Einigung um jeden Preis geben sollte, sondern dass auch Dissensbereiche abgesteckt, Minderheitenvoten zugelassen oder solche Argumente berücksichtigt werden konnten, die Einzelnen wichtig waren. Dennoch arbeiteten grundsätzlich alle auf eine gemeinsame Stellungnahme hin. Von den meisten Teilnehmern wurde das Bürgervotum dann auch als gemeinsames Produkt interpretiert (vgl. 7.2.1).

Offenheit für Argumente anderer

Ein weiteres Indiz für die Verständigungsorientierung der Teilnehmer war ihre Offenheit für neue Informationen und die Argumente der anderen Teilnehmer. Diese äußerte sich in verschiedenen Aussagen während der Konferenz:

„(...) insofern bin ich gespannt, wie (...) die neuen Erkenntnisse vielleicht eine andere Sichtweise mir geben.“ (BüKo, 2. WE, Sa.; TN 7)

„Und letztendlich denk ich aber, ja, ich bin ja doch wieder gespannt, was alle dann doch zu sagen haben.“ (BüKo, 2. WE, Sa.; TN 20)

Allerdings enthalten die Transkripte der Bürgerkonferenz kein eindeutiges Beispiel für eine direkte Reaktion oder gar Meinungsänderung eines Teilnehmers nach einem bestimmten Argument eines anderen (vgl. 7.1.1.3).

7.6.2.5 Gemeinwohlorientierung: Waren die Argumente, Lösungsvorschläge und Präferenzen der Teilnehmer eigen- oder gemeinwohlorientiert?

Die meisten Teilnehmer verwendeten während der Plenumsdiskussionen kaum Argumente, die sich auf ihre persönlichen Bedürfnisse bezogen, sondern sie nahmen meist eine gesellschaftliche Perspektive ein bzw. orientierten sich am Wohl Aller. Häufig verwendeten sie ethisch-normative Begründungen für ihre Standpunkte, z. B. wenn sie sich auf das Grundgesetz als Rahmen für alle Werte und Kriterien zur Priorisierung beriefen.

Dies lässt sich auch anhand der in Abschnitt 7.3.2 detaillierter dargestellten Argumente für oder gegen die Berücksichtigung einzelner Kriterien nachvollziehen. Keines der Argumente bezog sich auf die individuellen Eigeninteressen der Teilnehmer. Einige der Argumente, die beispielsweise für den Lebensstil als Priorisierungskriterium entwickelt wurden, fokussierten jedoch auf das Wohl bestimmter Gruppen von Personen – etwa diejenigen mit gesundem Lebensstil – waren also nicht unbedingt primär am Gemeinwohl orientiert. Dies wurde auch während der Debatte über eine besondere Berücksichtigung von Patienten mit seltenen Erkrankungen oder von Schmerzpatienten deutlich. Auch hier wurde zugunsten einzelner Gruppen von Patienten argumentiert und nicht nach reinen Gemeinwohlüberlegungen. Eine solche Argumentation kann jedoch auf die Fragestellung nach Kriterien und Werten zur Priorisierung zurückgeführt werden: Ziel der Beratungen war die Identifikation von Merkmalen, nach denen eine Differenzierung in der medizinischen Versorgung erfolgen soll. Daher war die Argumentation für oder gegen die Bevorzugung von Patientengruppen mit bestimmten Merkmalen notwendiger Bestandteil der Diskussion über diese Frage.

7.6.2.6 Rationale Argumentation und Begründung: Waren diese im Verlauf der Debatten festzustellen?

In einigen Phasen der Plenumsdebatten fanden detaillierte inhaltliche Auseinandersetzungen mit einzelnen Aspekten statt. In diesen Phasen verwendeten die Teilnehmer tatsächlich rationale Argumente und begründeten ihre Äußerungen explizit. Dies zeigte sich etwa während der Priorisierungsspiele:

„**TN 15:** Also ich würde der Rehabilitation in den Krankenhäusern den Vorrang geben.

TN 4: Und aus welchem Grund? Kosteneinsparung?

TN 15: Ja, ich finde also je eher man einem Kranken die Möglichkeit gibt, wieder in das normale Leben zurückzukehren durch irgendwelche Therapien, umso besser ist es für den Kranken. Und es ist also auch eine Kostenersparnis. Weil, wenn ein Kranker [6 bis 8 Wochen auf einen Reha-Platz] warten muss, dann sind die Muskeln oder was auch immer, das Sprachzentrum, das ist also weiter in die, /äh/ in Mitleidenschaft gezogen. Dann dauert die Reha also wesentlich länger, als wenn die sofort im Krankenhaus nach dem Vorfall oder nach dem Eingriff sofort stattgefunden hätte.“ (BüKo 1. WE, Sa.)

Auch während der gemeinsamen Arbeit am Bürgervotum gegen Ende der Bürgerkonferenz wurde zum Teil sehr fokussiert über einzelne Kriterien diskutiert. Hier zeigten sich ebenfalls differenzierte Begründungen und Argumente für oder gegen die Aufnahme bestimmter Kriterien in das Bürgervotum, auch wenn diese teilweise indirekt formuliert wurden:

„Ich habe Schwierigkeiten mit der Familienfürsorge. Das ist der dritte Absatz auf Seite 5. Der letzte Satz: ‚Patienten, die sich um schwerkranke und behinderte Angehörige intensiv kümmern, sollten unter anderem bei der Behandlung bevorzugt werden‘ (...). Was bedeutet das oder was soll es bedeuten? Hab ich eine Augenoperation, die ansteht, und ich hab jemand zu pflegen, muss ich dann bevorzugt werden? Benachteiligt? Was ist schwer krank? Meine 100-jährige Großmutter. Wenn ich die pflegen muss, werde ich dann bei der Transplantation bevorzugt? Oder was ist behindert? Ich hab einen Behindertenausweis, mein Mann muss mir bei der Gartenarbeit helfen. Wird er bevorzugt bei einer Operation? Also ich finde das sehr zweifelhaft und würde das gern ganz gestrichen haben (...).“ (BüKo 4. WE, Sa.; TN 7)

Diese Form der Argumentation zeigte sich jedoch nicht durchgehend. In den meisten Phasen der Plenumsdebatten war die formale Qualität der Argumente und Begründungen eher begrenzt. Dies wurde z. B. während der Sammlung und Ordnung von Werten und Kriterien zur Priorisierung sowie von Fragen für die Experten deutlich. Hier nannten die Teilnehmer oft ad hoc Kriterien oder Kategorien, denen diese zugeordnet werden sollten, ohne dies zu begründen oder Bezug auf die Aussagen anderer Teilnehmer zu nehmen:

„**SH:** [liest eine Karte an der Tafel vor] Da haben wir hier noch die Prognose.

TN 6: [zur Kategorie] Lebensqualität.

TN 8: In die Lebensqualität (...).

TN 5: Ah, ich finde das gehört ein Stück weit zu Ethik noch.

JPD: (...) sagen Sie ein Beispiel.

TN 5: Ja, also jemand mit, mit schlechten Aussichten, also mit schlechter Prognose und den, nicht /tja/ trotzdem behandelt und das gehört natürlich auch zur Lebensqualität. Ich finde es auch so ein Punkt, der ja, doppelt stehen müsste.

TN 11: Auch Kosten und Wirtschaftlichkeit.

mehrere: Auch, auch. Ja, klar.“ (BüKo 2. WE, Fr.)

Dieser Verlauf der Debatten wurde auch von den Teilnehmern selbst kritisiert:

„Was mir gestern aufgefallen ist: Mir ging es ein bisschen zu durcheinander zum Teil. Also ich hatte so das Gefühl, wir haben so alles so mal beiseitegestellt und dann da mal wieder angefangen und dann sind wir wieder drauf zurückgekommen.“ (BüKo 2. WE, Sa.; TN 8)

7.6.2.7 Persönliches Story-Telling: Berichteten die Teilnehmer über eigene Geschichten? Welche Rolle spielten diese?

Eine besondere Bedeutung in der Untersuchung der Qualität deliberativer Prozesse kommt dem persönlichen Story-Telling zu. Dieses wurde lange Zeit als nicht-deliberatives Element verstanden, kann sich jedoch auch positiv auf den Verlauf und die Qualität von Debatten auswirken (vgl. Abschnitt 2.1.2.1). Während vieler Phasen der Debatten bezogen sich die Lübecker Teilnehmer regelmäßig auf ihre persönlichen Erfahrungen. Im Verlauf der Bürgerkonferenz wurden zwei Funktionen des Story-Telling sichtbar: Erstens bewerteten die Teilnehmer die persönlichen Erfahrungen als wichtige Grundlage für die eigenen Ansichten zu den diskutierten Fragen. Daher sei es wichtig, diese offen zu legen, um die Perspektiven der anderen Teilnehmer nachvollziehen zu können:

„**TN 7:** Aber jeder hat bestimmte Voraussetzungen, Erlebnisse, die er einbringen möchte. (...) Oder einfach mal eine Stunde, wo jeder mal sagt: Das ist mein persönliches Schicksal und daraus ergibt sich meine Einstellung.

JPD: Also Raum geben für Erfahrungen?

TN 7: Ja. (...) Damit man auch nachvollziehen kann, warum man den einen oder anderen Standpunkt einnimmt.“ (BüKo 2. WE, Sa.)

Zweitens wurden gerade die in späteren Phasen der Deliberation verwendeten persönlichen Geschichten häufig zur Untermauerung oder Illustration von Standpunkten oder Argumenten verwendet, z. B. in der folgenden Argumentation gegen eine Priorisierung nach der Prävalenz von Krankheiten:

„Ich hab eine liebe Freundin, die ist 26 Jahre (...). Hat die kein Recht, nur weil sie einer Minderheit angehört, die erkrankt ist? Aber eine tödlich verlaufende Krankheit. Denn wenn wir immer nur auf Mehrheit gehen, dann dürfte man so eine Krankheit wie Mukoviszidose überhaupt nicht mehr behandeln.“ (BüKo 1. WE, Sa.; TN 14)

Darüber hinaus scheint insbesondere durch die Berichte eigener Erfahrungen und Hintergründe zu Beginn der Konferenz der persönliche Zugang zum Thema erleichtert und ein Verständnis zwischen den Teilnehmern hergestellt worden zu sein. Hierauf weisen etwa die positive Bewertung der Diskursatmosphäre am ersten Wochenende und die Feststellung der Teilnehmer hin, dass man sich rasch in die gemeinsame Arbeit eingefunden habe. Zwar zeigten sich überwiegend positive Effekte des Story-Telling. Allerdings wurde in einem Fall auch bemängelt, dass Einzelne thematisch sehr stark auf ihre eigenen Erfahrungen fixiert waren:

„(...) viele sehen eigentlich immer nur ihr eigenes Problem. Und (...) die Leute (...), die dann ihre eigenen /äh/ Erlebnisse in den Vordergrund gestellt haben und sich aus dieser teilweise negativen /äh/ Situation /äh/ versuchten (...), Interesse zu erregen: (...) das sind Sachen, die muss man mit sich selbst abmachen, aber die sollte man, das hat da nichts zu tun, hat in so einer Sache, wo man (...) Prioritäten setzen wollte oder vorschlagen sollte, da hat das eigentlich nichts mit zu tun.“ (Interview Post; TN 4)

7.6.3 Ressourcenausstattung der Teilnehmer

Die Ausstattung der Bürgerkonferenz mit adäquaten Informationen, personellen und materiellen Ressourcen sowie Zeitressourcen wird in den folgenden Abschnitten ebenfalls als Qualitätsmerkmal betrachtet. Hierfür werden primär die Aussagen der Teilnehmer während der Bürgerkonferenz und in den Interviews nach deren Ende berücksichtigt.

7.6.3.1 Informationsmaterial: Wie wurde dessen Umfang und Qualität bewertet?

Die unterschiedlichen Informationsquellen während der Bürgerkonferenz dienten dazu, den Teilnehmern die Einarbeitung ins Thema der Konferenz zu erleichtern und ihnen einen möglichst breiten Überblick über die relevanten Aspekte der Priorisierungsthematik zu vermitteln. Für die Bereitstellung der Informationen wurden zwei Ansprüche verfolgt: Erstens sollte der Umfang des Informationsmaterials auf einen angemessenen Rahmen begrenzt werden, um auch denjenigen Teilnehmern mit wenig Erfahrung im Umgang mit komplexen Inhalten gerecht zu werden. Deshalb waren die schriftlichen Materialien, die im Vorfeld der Konferenz versandt wurden, eher knapp gehalten. Zweitens sollte eine einseitige inhaltliche Beeinflussung der Teilnehmer vermieden werden. Die Bereitstellung umfassender Materialien, die alle möglichen Positionen ausführlich beleuchteten, war aufgrund des angestrebten knappen Umfangs der Informationen kaum möglich. Um dennoch die inhaltliche Freiheit der Teilnehmer zu wahren, waren die Informationen explizit als Diskussionsanstöße oder offene Fragen und nicht als feststehende Fakten formuliert worden (vgl. Anhang 1.2 und Anhang 1.4). Zwar wurden sowohl der Priorisierungsbegriff selbst als auch viele Grundwerte und Kriterien in den Materialien erläutert; dennoch bemängelte ein Teilnehmer den Informationsstand zu Beginn der Konferenz:

„Man hätte vielleicht einmal die Hintergründe, des... das ein bisschen das Hintergrundwissen verbessern /äh/ erweitern müssen. Denn das sind ja alles Leute, viele Leute gewesen, die sich mit der Materie kaum beschäftigt haben.“ (Interview Post, TN 4)

„(...) bevor ich da einsteige, /ne/ muss ich in der Gesetzgebung besser (...) kundig sein. Denn ich weiß gar nicht, was ist erlaubt, was ist verboten, was ist mein Recht? Und bevor ich das nicht genau weiß, kann ich nicht sagen, das (...) müsste verändert werden.“ (Interview Post, TN 4)

Aber nicht nur zu den Inhalten der Konferenz fehlten offenbar vereinzelt Informationen. Einige Teilnehmer wünschten sich auch während der Formulierung der Fragen für die Experten mehr Informationen über deren Hintergründe und Fachbereiche:

„**TN 19:** Bei der Vorbereitung sollten wir uns nicht nur auf die Fragen vorbereiten, sondern auch mehr auf den Experten, damit wir gezielter noch fragen können.

TN 1: Das meinte ich ja vorhin (...), weil das war ja jetzt so aus dem Nichts. Wir wissen ja gar nicht, was Herr Meyer alles kann und weiß.“ (BüKo, 2. WE, Sa.)

Die meisten Teilnehmer bewerteten aber die Ausstattung der Bürgerkonferenz mit Informationen grundsätzlich positiv. So wurden etwa die Priorisierungsspiele als besonders hilfreich für die allgemeine Einarbeitung in die Thematik beschrieben:

„Die beiden Experimente (...) haben doch viele gute Aspekte gebracht.“ (BüKo, 1. WE, Sa.; TN 12)

„(...) es war auch gut gelöst, also erst mal mit so einem kleinen Spiel anzufangen und erst über das Thema irgendwie nachzudenken, damit jeder was dazu sagen kann und jeder erst mal seinen Standpunkt hat, sich seine eigene Meinung bilden kann.“ (Interview Post; TN 5)

Auch der Informationsgehalt der Expertenbefragung wurde positiv beurteilt:

„Ja, da kann ich mich eigentlich nur anschließen, ich fand [die Befragungen] auch sehr informativ. (...) an Information kam ja ganz viel, aber ich denke schon (...) dass wir so ein rundes Bild kriegen, das glaube ich ganz sicher.“ (BüKo, 3. WE, Sa.; TN 8)

„Durch die Befragung haben wir ja doch auch eine Menge Hintergrundwissen mehr gekriegt und auch zu hören was denken, wie denken andere drüber (...).“ (Interview Post; TN 17)

Vereinzelt wurden jedoch Wünsche oder Kritik an der Auswahl und Einladung der Experten geäußert. So wünschte sich ein Teilnehmer beispielsweise mehrere Experten zu einzelnen Inhalten, um deren Aussagen gegeneinander abwägen zu können:

„Denn jeder Experte vertritt ja auch nur seine Meinung und gibt sie wieder. Ob das aber das allgemein gute Wissen ist oder nicht, das weiß ich doch gar nicht. Da muss ich doch mehrere hören um zu vergleichen: Das kommt mir am nächsten oder der hat was Falsches erzählt.“ (BüKo, 2. WE, Sa.; TN 4)

Darüber hinaus nutzten die Teilnehmer die zwischen den Wochenenden erstellten Ergebnis- und Fotoprotokolle, um die Diskussionen noch einmal nachzuvollziehen. Besonders die Dokumentation durch die Fotoprotokolle wurde häufig positiv erwähnt. Der Umfang dieser Materialien wurde grundsätzlich als angemessen beschrieben, scheint für einige jedoch neben den alltäglichen Verpflichtungen zu groß gewesen zu sein:

„Vielen Dank für den ganzen Schriftverkehr, war klasse, auch wenn ich nicht alles lesen konnte, weil ich ein bisschen mehr gearbeitet habe.“ (BüKo, 2. WE, Fr.; TN 19)

7.6.3.2 Personelle Unterstützung: Wie wurden ihr Umfang und ihre Qualität bewertet?

Die Bürgerkonferenzteilnehmer wurden während ihrer Beratungen von verschiedenen Personen unterstützt. Hierzu gehörten insbesondere der Moderator, die eingeladenen Experten und die Sekretäre während der Formulierung des Bürgervotums. Insgesamt wurde diese Unterstüt-

zung von den Teilnehmern positiv bewertet. Besonders die Begleitung durch einen Moderator wurde als notwendige Voraussetzung für das Gelingen der Beratungen beschrieben:

„Und das war auch die Kunst von dem Moderator, glaube ich. Denn ohne den hätte es manchmal richtig gerumst.“ (Interview Post, TN 14)

„Ja, ohne den [Moderator], ohne wäre es völlig ausgeföhrt. Ohne geht es gar nicht.“ (Interview Post, TN 17)

Auch die Organisation der Bürgerkonferenz insgesamt wurde positiv bewertet:

„Das Ganze war hervorragend organisiert und ist vom Ablauf sehr angenehm und sehr reibungslos gegangen (...). Es war also wirklich in allen Richtungen gut gemacht. Also ich kann das eigentlich nur /äh/ loben.“ (Interview Post, TN 17)

„Also organisatorisch fand ich den Prozess sehr gut. Also organisatorisch war es gut und richtig vorbereitet.“ (Interview Post, TN 10)

Die Unterstützung durch die Experten wurde ebenfalls grundsätzlich von den Teilnehmern geschätzt, was sich in der positiven Bewertung von den durch die Sachverständigen übermittelten Informationen äußerte.

Schließlich konnten sich die Teilnehmer während der Formulierung des Bürgervotums von Sarah Hecker, Thorsten Meyer und Silke Schick Tanz als „Sekretären“ bei der Arbeit in den Kleingruppen unterstützen lassen. Dies wurde von allen Kleingruppen genutzt und durchweg als hilfreich bewertet:

„Wir danken auch noch mal Frau Schick Tanz, dass sie uns dabei super unterstützt hat, und natürlich auch Frau Hecker. Und das hat also wirklich, finde ich, sehr gut funktioniert.“ (BüKo 4. WE, So.; TN 15)

„JPD: TN 17, mit wem haben Sie zusammen gesessen?

TN 17: Mit TN 20 [und] Frau Hecker.

TN 20: War eine enorm gute Schreibkraft.

TN 17: Ja, hervorragend. Also bestens.“ (BüKo 4. WE, So.)

7.6.3.3 Materielle Ressourcenausstattung: Wie wurden ihr Umfang und ihre Qualität bewertet?

Mit der materiellen Ausstattung der Bürgerkonferenz zeigten sich die Teilnehmer insgesamt zufrieden. Dies betraf sowohl die Tagungsräumlichkeiten als auch die Verpflegung während der Wochenenden und die Hilfsmittel zur Dokumentation der Argumente an den Metaplan-Tafeln sowie zur Formulierung des Bürgervotums. Nur ein Teilnehmer (TN 13) wünschte sich anstatt der Sammlung der Argumente auf Moderationskarten die computergestützte Dokumentation mithilfe eines Beamers.

„(...) mir gefällt ehrlich gesagt das mit den Buttons nicht. (...) Ich kenne das so, so mit einem Dia-Projektor eben. Dann nimmt man da eine Tabellenkalkulation (...). Die kann man da auch projizieren auf die Buttons. Und dieser Vorgang selber, dieses Sortieren, find ich so zu langsam. Das andere geht wesentlich schneller, ist rationaler.“ (BüKo 2. WE, Sa.; TN 13)

Dies wurde jedoch von den anderen Teilnehmern abgelehnt. Diese beschrieben vielmehr die Sammlung und Ordnung ihrer Argumente an den Metaplan-Tafeln als sehr hilfreich:

„Ich, ich sehe, dass für mich diese Blasen so bisschen, das sind so die Gedanken, /äh/ TN 13 hat sicherlich recht, dass das andere schneller oder wie auch immer ginge. Aber um es einfach so bisschen festzuhalten, noch mal drauf zu gucken, auch noch mal das eine nach da und da zu ordnen, so wie wir es gestern auch gemacht haben, ich finde, da kann man irgendwie besser mitdenken.“ (BüKo, 2. WE, Sa.; TN 8)

„Auch mit diesen Kärtchen find ich also für mich sehr anschaulich. Ich bin auch so ein Mensch, wenn ich so eine Karte da ran bappe oder sehe, wie jemand das macht, ist das für mich einprägsamer“ (BüKo, 2. WE, Sa.; TN 14)

Das Rahmenprogramm zur Bürgerkonferenz, insbesondere die gemeinsamen Abendessen an den Freitagabenden wurden von den Teilnehmern zum einen als Ausdruck der Wertschätzung für ihre Arbeit verstanden; zum anderen wurden die gemeinsamen Abendessen als wichtige Möglichkeit für persönliche Kontakte zwischen den Teilnehmern bewertet.

„Ich habe mich, und ich glaube, das habe ich von allen anderen auch gehört, für die Arbeit, die wir hier gemacht haben, von der Organisation ungeheuer wertgeschätzt gefühlt, so wie Sie uns versorgt haben (...).“ (BüKo 4. WE, Sa.; TN 10)

„Das gestrige Abendessen war sehr gut. Man konnte sich auch mal persönlich ein bisschen näher kommen. (...) Und konnte so auch jemanden danach besser einschätzen.“ (BüKo 2. WE, Sa.; TN 4)

Ein Teilnehmer machte das Rahmenprogramm sogar für den Erfolg der Bürgerkonferenz mitverantwortlich:

„Ja und ich glaube ganz wesentlich zu dem Erfolg hat auch beigetragen letztendlich so die ganze soziale Betreuung ringsum. Also (...) zu sagen man geht nach der Veranstaltung noch weg, man sitzt noch zusammen. Das hat letztendlich die Gruppe auch weitestgehend zusammen gebracht.“ (Interview Post; TN 10)

7.6.3.4 Zeitressourcen: Wie wurden ihr Umfang und ihre Verteilung bewertet?

Zwei der häufigsten Kritikpunkte der Teilnehmer betrafen die Zeiteinteilung während der Debatten und den Mangel an Zeit für ausführliche Diskussionen. So kritisierten einige, dass für die Einarbeitung am ersten Wochenende viel Zeit aufgewendet wurde, die in späteren Konferenzphasen gefehlt habe:

„[Am Anfang] ist wahrscheinlich auch relativ (...) viel Zeit /äh/ dadurch vergangen bis man sich da mal in ein System reingearbeitet hat. Wenn man da von Anfang an einen besseren roten Faden hätte, dann könnte man vielleicht einige Zeit da sparen und könnte es für andere Dinge mehr verwenden.“ (Interview Post; TN 17)

„Also /äh/ wir sind am Anfang – nun kannten wir das ja alle nicht – haben wir uns vielleicht ein bisschen viel Zeit gelassen oder wir hätten am Schluss, zum Schluss hin noch ein bisschen was, denn da haben wir, finde ich, ein bisschen so Hauruck gearbeitet. Das hat mir eigentlich nicht gefallen.“ (Interview Post; TN 6)

Zwar hielten einige Teilnehmer die zeitlich umfangreiche Einarbeitung am ersten Wochenende auch für angemessen:

„Ja, also, ich muss sagen, als Einstiegsveranstaltung fand ich optimal, also erst mit der Vorstellungsrunde, dann dass die Regeln festgelegt wurden, /ähm/ dann auch, dass das Thema hier noch mal angesprochen wurde, also rundum eine gelungene Veranstaltung.“ (BüKo 1. WE, Fr.; TN 15)

„Also ganz wichtig (...) war es /ähm/, dass die Gruppe die ersten Tage wirklich erst mal sich kennengelernt hat (...). Das, im Nachhinein war das Wichtigste eigentlich und es war auch gut gelöst (...).“ (Interview Post; TN 5)

Gerade der Zeitdruck zum Ende der Bürgerkonferenz wurde aber durchweg bemängelt. Dieser habe sich negativ auf die Qualität des Bürgervotums ausgewirkt, weil einzelne Aspekte nicht ausführlich diskutiert und nicht sorgfältig formuliert werden konnten:

„Na, wir fühlten uns zum Teil heute so ein bisschen gehetzt. Um Gedanken zu Ende zu bringen, war gar keine Zeit heute (...). Man konnte irgendwie so nichts logisch zu Ende führen. Es war immer so ein schnell noch was hinschreiben, oder, ne? (...) Ich fand das so ein bisschen schwierig, sagen wir mal. Weil so der rote Faden immer wieder schnell weg war, weil wieder was anderes oder der Zeitfaktor eine große Rolle spielte.“ (BüKo, 4. WE, Sa.; TN 8)

„Was ich persönlich auch finde, ist, dass es heute immer zu schnell ging. (...) Weil, wenn wir das jetzt morgen auch in diesem Tempo weitermachen, dann, dann fallen also einige Formulierungen, die wir viel besser hätten machen können, die fallen hinten runter.“ (BüKo 4. WE, Sa.; TN 15)

Der Zeitdruck wurde auch dafür verantwortlich gemacht, dass Argumente nicht mehr vorgebracht werden konnten:

„(...) wenn man irgendwas anbringen wollte, kam man nicht zu Wort. Und wenn man zu Wort kommen konnte, wenn man danach gefragt wurde, dann war das Thema schon längst passé und es hätte gar keinen Sinn mehr gehabt darauf einzugehen.“ (Interview Post; TN 7)

Die Knappheit der Zeitressourcen wurde nicht nur von den Teilnehmern selbst festgestellt. Der Zeitdruck zeigte sich in den Transkripten der Konferenzdebatten etwa darin, dass die Moderatoren Diskussionen teilweise mit einem Hinweis auf die fortgeschrittene Zeit abbrachen oder vertagten:

[am Ende eines Tages] „Die Diskussion ist jetzt vorbei, es ist jetzt zwei vor fünf.“ (BüKo 3. WE, Sa.; JPD)

[während der Überarbeitung des Votums] „TN 8, /äh/ nicht /äh/ begründen warum wir etwas /äh/ geschrieben haben. Das brauchen wir jetzt nicht mehr. Wir nehmen nur noch (...) das, was passt, das was neu sein soll.“ (BüKo 4. WE, Sa.; JPD)

Eher am Rande haben die Teilnehmer sich auch zum zeitlichen Abstand der Konferenzwochenenden zueinander geäußert, den sie durchweg als angemessen beschrieben haben. Dieser habe zum einen die Verbreitung der Bürgerkonferenzinhalte im privaten Umfeld ermöglicht; zum anderen seien diese Zeiträume genutzt worden, um sich selbstständig weiter über die diskutierten Themen zu informieren:

„(...) es war auch gut gelöst (...), dass es nicht direkt hintereinander war. (...) Also man konnte selber noch mal mit Freunden reden oder mit der Familie, das hab ich auch jedes Mal gemacht.“ (Interview Post; TN 5)

„[Das war] für mich so eine schöne Einteilung, also auch die die Abstände fand ich gut. Weil man dann immer wieder selber am Internet recherchieren konnte.“ (Interview Post; TN 14)

7.6.4 *Transparenz und Öffentlichkeit*

In dieser Dimension von Qualitätsmerkmalen sind zwei Aspekte von besonderer Bedeutung:

1.) die Veröffentlichung von Informationen über den Verlauf der Konferenz und ihre Ergebnisse; 2.) die Transparenz von und die Einflussmöglichkeiten der Teilnehmer auf Designentscheidungen der Organisatoren. Inwieweit diese im Rahmen der Lübecker Bürgerkonferenz verwirklicht wurden, wird im Folgenden erörtert.

7.6.4.1 Ist die Verbreitung der Ergebnisse und Inhalte der Bürgerkonferenz gelungen?

Die Organisatoren der Bürgerkonferenz haben verschiedene Maßnahmen ergriffen, um eine möglichst umfangreiche mediale Berichterstattung über die Bürgerkonferenz anzuregen (vgl. Abschnitt 6.1.6). Neben der gezielten Öffentlichkeitsarbeit der Organisatoren wurde das Bürgervotum als primäres Ergebnis der Konferenz auch direkt an relevante Akteure mit Bezug zum Gesundheitssystem versandt (ebd.). Die Teilnehmer selbst haben ebenfalls in ihrem Umfeld über die Konferenz und deren Ergebnisse berichtet und teilweise das Bürgervotum weitergereicht. Auch das wissenschaftliche Symposium, das im Herbst 2010 in Lübeck organisiert worden war, diente der Veröffentlichung und Diskussion der Bürgerkonferenzergebnisse. Zudem haben die Organisatoren auch in Fachzeitschriften (z. B. Stumpf und Raspe, 2011; 2012) und Vorträgen über die Bürgerkonferenz berichtet. Details zur Vorbereitung und Organisation sowie zu den Ergebnissen der Bürgerkonferenz wurden darüber hinaus in Buchform veröffentlicht (Stumpf und Raspe, 2014).

Insgesamt zeigten diese Maßnahmen jedoch eine begrenzte Wirkung in der Öffentlichkeit (vgl. Abschnitt 7.4). Berichterstattung und Reaktionen kamen fast ausschließlich aus Fachkreisen. Zudem stand meist der Modellcharakter des Projekts im Vordergrund; konkrete Inhalte wurden kaum angesprochen. Die Verbreitung von Ergebnissen der Bürgerkonferenz ist somit nur eingeschränkt gelungen.

7.6.4.2 Waren die Designentscheidungen der Organisatoren transparent und konnten die Teilnehmer Einfluss darauf nehmen?

Maßnahmen zur Steigerung der Transparenz von Designentscheidungen

Neben der Verbreitung der Ergebnisse der Bürgerkonferenz dienten viele der im letzten Abschnitt beschriebenen Maßnahmen auch der Steigerung von Transparenz in Bezug auf die

durch die Organisatoren getroffenen Designentscheidungen. So wurden während des wissenschaftlichen Symposiums im Oktober 2010 auch der Verlauf der Konferenz und verschiedene Schwierigkeiten des Verfahrens thematisiert. Auch die genannte Buchpublikation sollte die Designentscheidungen der Organisatoren möglichst nachvollziehbar machen und so ebenfalls deren Transparenz steigern (Stumpf und Raspe, 2014).

Eine wichtige Funktion erfüllte zudem Silke Schick Tanz, die die Organisatoren bei ihren Entscheidungen im Vorfeld der Konferenz und während deren Verlauf beraten hat und den Konferenzteilnehmern am ersten Wochenende als Expertin für die Methode der Bürgerkonferenz zur Verfügung stand. Dabei betonte sie besonders die Freiheit der Teilnehmer, Designentscheidungen der Organisatoren zu diskutieren und zu ändern. Sie unterstützte die Teilnehmer dann auch während der Diskussion von Designfragen und half ihnen, hierfür eine für sie zufriedenstellende Lösung zu finden.

Dies betraf insbesondere die Formen und das Ausmaß der Öffentlichkeitsarbeit, die Befragung von Experten, die Regeln für die Deliberation und die Rolle und Aufgaben des Moderators. Diese Designentscheidungen und der jeweilige Einfluss der Teilnehmer darauf werden im Folgenden beschrieben.

Einfluss der Teilnehmer auf die Öffentlichkeitsarbeit

Das Ausmaß und die Formen der Öffentlichkeitsarbeit gehörten zu den besonders intensiv diskutierten Designentscheidungen. Sämtliche Maßnahmen der Organisatoren wurden zuvor mit den Teilnehmern besprochen. Die meisten Vorschläge der Organisatoren – wie z. B. die Einladung von Pressevertretern zu einer Expertenbefragung oder die Herausgabe von Pressemitteilungen zwischen den Konferenzwochenenden – wurden von den Teilnehmern unterstützt. Teilweise machten diese auch selbst Vorschläge, die denen der Organisatoren entsprachen:

„**TN 16:** Sollte man das [Pressevertreter zur Konferenz einladen] nicht vielleicht machen, wenn die Experten dann kommen? (...) Ich sag mal, wenn der Schwede kommt? Oder so? Dass grade der...?“

SST: Ja, das wäre genau mein Vorschlag gewesen.“ (BüKo, 2. WE, Sa.)

Dies zeigt die grundsätzliche Übereinstimmung zwischen Vorstellungen der Teilnehmer und der Organisatoren in diesem Punkt. Allerdings waren einige Teilnehmer unzufrieden mit dem Ausmaß der Öffentlichkeitsarbeit:

„Was mich eigentlich so ein bisschen /äh/ kümmert ist, dass die Presse zum Beispiel auch nicht überzeugt ist, dieses weiter zu geben. (...) es könnte aber sein, dass zu wenig gesagt wird, gemacht wird. Wenn ich was verkaufen will, muss ich viel Werbung machen. Das ist in meinen Augen etwas, was glaube ich falsch gemacht wird.“ (BüKo 3. WE, Sa.; TN 16)

Die Teilnehmer wünschten sich mehr öffentliche Aufmerksamkeit, weil dies als wichtige Voraussetzung für die Verbreitung ihrer Stellungnahme beurteilt wurde. Einige stellten daraufhin in Aussicht, selbst aktiv zu werden, und bekannte Journalisten oder Redakteure auf die Konferenz aufmerksam zu machen:

„Ich hab in einer Diskussion mit einer Bekannten gesprochen und (...) ihr Mann, der arbeitet für den NDR und sie fragte, ob das gewünscht ist, dass das vielleicht auch im Schleswig-Holstein Magazin Erwähnung findet und wenn ja, dann könnte ich das anleihen.“ (BüKo 2. WE, Fr.; TN 14)

Sowohl die anderen Teilnehmer als auch die Organisatoren befürworteten diese Vorschläge. Letztendlich wurden sie jedoch nicht umgesetzt.

Einfluss der Teilnehmer auf den Modus der Expertenbefragung und die Einladung der Experten

Den Modus der Expertenbefragung bestimmten die Teilnehmer gemeinsam mit dem Moderator. Dieser hatte hierzu einen Vorschlag unterbreitet, den die Teilnehmer übernahmen. Die Details jeder Befragung – insbesondere die genaue Zeiteinteilung und die Art und Reihenfolge der Fragen – wurden dann von den jeweils verantwortlichen Moderationsteams aus der Teilnehmergruppe bestimmt.

„**TN 8:** Ja, TN 10 und ich haben uns gerade kurz darüber unterhalten und sind eigentlich der Meinung, mal sehen was die anderen sagen, es wäre schöner, wenn wir die Fragen, die jetzt fest da sind, erst mal stellen könnten. (...) Das ist jetzt nur ein Vorschlag.

JPD: Sie bestimmen das Spiel. TN 8 Sie sind diejenige und TN 10, die jetzt das erste Spiel bestimmen.“ (BüKo, 3. WE, Fr.)

Über die Einladung der zu befragenden Experten konnten die Teilnehmer anhand einer Vorauswahl der Organisatoren entscheiden. Es wurde nur eine der vorgeschlagenen Expertinnen nicht zur Befragung eingeladen. Von der Möglichkeit, zusätzliche Experten einzuladen, machten die Teilnehmer keinen Gebrauch.

Einfluss der Teilnehmer auf Deliberationsregeln und Aufgaben des Moderators

Über die Regeln für den gemeinsamen deliberativen Prozess und über die Rolle des Moderators haben die Teilnehmer weitgehend frei entschieden. Die Debatten über die Deliberationsregeln waren wenig kontrovers, da die Gruppe sich rasch einig wurde und die Regeln von vielen als selbstverständlich empfunden wurden:

„(...) die Spielregeln sind eigentlich geläufig, sollten eigentlich jedem bekannt sein.“ (BüKo 1. WE, Fr.; TN 12)

Die Aufgaben des Moderators wurden am ersten Konferenzwochenende geklärt und im Verlauf bei Bedarf ergänzt und konkretisiert. So wurde neben der ursprünglichen Kernaufgabe „der Moderator achtet darauf, dass alle zu Wort kommen“ zusätzlich der Auftrag vergeben, zu ausufernde Redebeiträge zu begrenzen:

„**TN 17:** Sollten wir gleich eine Zeitbegrenzung für jeden einzelnen Beitrag einführen?

JPD: Was ist Ihr Vorschlag?

TN 17: Ich würd sagen ja.

JPD: Was möchten Sie gerne sagen, wie viel Zeit würden Sie gerne jemandem geben wollen?

TN 17: Wenn alle zu Wort kommen sollen, dann sollt man nicht mehr wie zwei, drei Minuten.“ (BüKo 1. WE, Fr.)

„[ich finde], da sollten Sie öfter schon noch eingreifen und die Wortbeiträge möglich kurz halten. Und wenn Sie merken, dass das so ein bisschen abschweift, auch eingreifen.“ (BüKo 2. WE, Sa.; TN 5)

7.7 KONTEXTBEDINGUNGEN UND DESIGN DER LÜBECKER BÜRGERKONFERENZ

Nach der Darstellung der durch die Lübecker Bürgerkonferenz verwirklichten Potenziale und Qualitätsmerkmale werden im Folgenden relevante Kontextbedingungen und ihre Wirkungen auf das Verfahren beschrieben. Die Struktur der einzelnen Abschnitte richtet sich wiederum nach den in Abschnitt 5.4.4 formulierten Teilfragen an das Datenmaterial.

7.7.1 *Komplexität des Gegenstandes der Bürgerkonferenz*

Wie in Abschnitt 5.4.1 argumentiert wurde, weist die Priorisierungsthematik im Kontext des deutschen Gesundheitssystems sowohl Eigenschaften technischer und politischer als auch temporaler Komplexität auf. In den Abschnitten 7.7.1.1 bis 7.7.1.3 werden die Auswirkungen der verschiedenen Formen der Komplexität auf die Bürgerkonferenz dargestellt.

7.7.1.1 **Technische Komplexität: Wie wirkten sich der umfangreiche Informationsbedarf und das hohe Abstraktionsniveau der Priorisierungsthematik aus?**

Neben dem großen Bedarf an Fach- und Spezialwissen und dem hohen Abstraktionsniveau der Priorisierungsthematik trug auch die Offenheit der an die Teilnehmer gerichteten Fragestellung zur Vergrößerung der technischen Komplexität bei. Die Wirkungen dieser Auswirkungen auf die Bürgerkonferenz werden hier beschrieben.

Umfangreicher Informationsbedarf

Die Teilnehmer waren gebeten worden, die aus ihrer Sicht wünschenswerten Werte, Kriterien und Verfahrensregeln für eine Priorisierung in der medizinischen Versorgung zu diskutieren. Zur Bearbeitung dieser Frage bedarf es umfangreicher Informationen über die zu berücksichtigenden Aspekte sowie über die möglichen Konsequenzen ihrer Berücksichtigung im Priorisierungsprozess. Dies wurde von einem Teilnehmer explizit als Herausforderung beschrieben:

„Je mehr, je komplexer oder je größer das Wissen sein muss, um Sachen beurteilen zu können, umso schwieriger, glaube ich, wird das.“ (Interview Post; TN 10)

Im Konferenzverlauf wurde diese Problematik jedoch kaum angesprochen und es zeigten sich auch keine direkten Hinweise hierauf. Zwar hatte ein weiterer Teilnehmer kritisiert, zu Beginn

der Konferenz seien nicht ausreichend Informationen bereitgestellt worden (Abschnitt 7.6.3.1), in späteren Phasen – etwa nach der Expertenbefragung – wurde eine solche Kritik jedoch nicht mehr geäußert. Der umfangreiche Bedarf an Fach- und Spezialwissen wurde insgesamt nicht als eine zentrale Herausforderung genannt.

Abstraktionsniveau der Priorisierungsthematik

Mit dem hohen Abstraktionsniveau des diskutierten Themas hatten die Teilnehmer deutlichere Schwierigkeiten. Die Frage nach Werten, Kriterien und Verfahrensregeln für die Priorisierung ist von den Alltagserfahrungen „gewöhnlicher Bürger“ weit entfernt. Die Klärung dieser Frage durch die Bürgerkonferenzteilnehmer erforderte eine Debatte ohne unmittelbaren Bezug zu konkreten Entscheidungssituationen. Es ging vielmehr um die Entwicklung übergeordneter Regeln für die Priorisierung, die die Grundlage für alle möglichen Allokationsentscheidungen bilden sollten.

Die Debatte auf der durch diese Aufgabe evozierten abstrakten Ebene ist den Teilnehmern nicht immer leicht gefallen. Dies äußerte sich beispielsweise darin, dass die Bürger regelmäßig auf die Diskussion konkreter Entscheidungssituationen auswichen und sich dann gegenseitig aufforderten, wieder zur Frage nach übergeordneten Werten und Kriterien zurückzukehren:

„Und die Frage kann nicht sein, (...) ob ich irgendwie eine bestimmte Art Behandlung zulasse oder eine bestimmte Art nicht zulasse. Das Thema, was wir haben, ist Kriterien zu finden, nach denen wir im Groben uns langhangeln können in allen möglichen konkreten Entscheidungen. Und diese allgemeine Sache, die ist unser Thema (...).“ (BüKo, 2. WE, Sa.; TN 10)

„Ja, also ich würde auch darauf achten wollen, dass die Fragen [für die Experten] auf einer Ebene liegen. Dass wir nicht in verschiedenen Ebenen fragen. Und wir sind ja im Prinzip auf so einer Meta-Ebene und diese spezielle Frage von TN 17 ist ja sozusagen schon eine untere Ebene.“ (BüKo, 2. WE, Sa.; TN 11)

Ein Teilnehmer hat diese Schwierigkeiten im Interview nach der Konferenz ausdrücklich benannt:

„(...) ich glaube, es hilft wenn sie gelernt haben sich intellektuell mit Themen auseinanderzusetzen, weil sie doch sehr stark bei Werten und Kriterien, also sich in einem sehr abstrakten Raum bewegen. Und ich glaube, dass das für viele Menschen schwierig ist, da zu differenzieren, und dann also auf den Punkt zu bringen die Sachen.“ (Interview Post; TN 10)

In einigen Phasen der Konferenz ist den Teilnehmern die Diskussion übergeordneter Werte und Kriterien jedoch durchaus gelungen. Sie haben verschiedene Aspekte, wie das Kosten-Nutzen-Kriterium oder die Berücksichtigung des individuellen Lebensstils, differenziert und auf Grundlage abstrakter Argumente diskutiert (vgl. z. B. Abschnitt 7.3.2).

Offenheit und Umfang der Fragestellung

Zusätzlich zum hohen Abstraktionsniveau der Fragestellung stellten auch ihre Offenheit und der Umfang an zu diskutierenden Themenaspekten eine Herausforderung dar. Denn die Teilnehmer waren nicht nur aufgefordert worden, einzelne bereits definierte Werte, Kriterien und Verfahrensregeln zur Priorisierung zu diskutieren und gemeinsam zu bewerten, sie sollten vielmehr eigenständige Vorschläge hierzu machen und diese dann argumentativ begründen.

Insbesondere die breite Fragestellung und die schwierige Eingrenzung des Themas wurden von den Teilnehmern zu Beginn der Konferenz kritisch bewertet:

„Ich bin mir nicht im Klaren, wie das weiterlaufen soll. Ich habe Skepsis. Ich finde, das Gebiet ist zu groß, als dass man letztendlich zu einem Ergebnis kommen kann.“ (BüKo 1. WE, Fr.; TN 7)

„(...) also das Thema ist halt auch sehr umfangreich, von daher bin ich da auch gespannt, was man da nachher sachlich wirklich rausholt.“ (BüKo 1. WE, Fr.; TN 20)

„Ja, mir ist in der Zwischenzeit oder eigentlich noch einmal klar geworden /äh/ wie komplex und umfangreich das Thema ist und ich bin eigentlich gespannt, wie wir das in der restlich verbleibenden Zeit einigermaßen hinbekommen sollen.“ (BüKo 2. WE, Fr.; TN 10)

Auch nach der Konferenz kritisierten einige Teilnehmer die Offenheit und den Umfang der Fragestellung. Sie verglichen dabei die von ihnen bearbeitete Frage mit derjenigen der Dresdner Bürgerkonferenz zur Gendiagnostik:

„Die Dresdner Studie (...), die hatte wenigstens noch ein anderes Thema: ja oder nein. Solche Aussagen haben wir ja nicht gemacht. Wir haben überhaupt keine Aussage gemacht. Wir haben nur Wunschvorstellungen dargelegt.“ (Interview Post; TN 7)

„[Zum Thema der Dresdner Bürgerkonferenz] gibt es bestimmt auch noch ganz ganz viele andere Aspekte, die man da beleuchten könnte, aber sie haben eben zwei Sachen rausgepickt (...). Und hier war es ja so ein (...) sehr großer Oberbegriff, der ja wie gesagt aus jeder Blickrichtung irgendwie auch wieder eine andere, einen anderen Schwerpunkt hat.“ (Interview Post; TN 8)

Auch die eigenständige Definition der Vielfalt an Werten und Kriterien sowie ihre Abgrenzung voneinander fiel den Teilnehmern teilweise schwer. Hierzu verfügten sie nicht über Vorkenntnisse und einige Begriffe waren dem Alltagsverständnis nach doppeldeutig. So wurden teilweise unterschiedliche Teilaspekte eingebracht, ohne explizit zwischen ihnen zu differenzieren:

„**TN 10:** Und die Eigenverantwortung im Prinzip auch. (...)

SH: Wie meinen Sie denn Eigenverantwortung? Vielleicht frage ich da einfach mal.

TN 10: Die Eigenverantwortung: Dass ich selber entscheide, was mir und für mich gut ist. So, und das ist im Grunde ein Teil der Würde des Menschen.

(...)

TN 14: Bei der Eigenverantwortung hatten wir aber auch davon gesprochen. (...) Hat er sich schlecht ernährt, hat er keinen Sport getrieben? Usw. Also die Eigenverantwortung, also auch für die Krankheit nachher.

(...)

TN 10: Würde ich auch...Ja, hatten wir auch so ursprünglich auch mal so gesagt.“
(BüKo, 2. WE, Fr.)

Durch die uneindeutige oder uneinheitliche Verwendung von Begriffen (hier z. B. der „Eigenverantwortung“) entstanden an einigen Stellen Missverständnisse oder Konflikte, die nicht immer durch die Teilnehmer aufgelöst wurden.

„Und dann würde ich gerne noch mal ausdrücklich unterscheiden zwischen Eigenverantwortung (...) und Eigenverschulden. Das sind, glaube ich, zwei Sachen, die nicht durcheinander gehen sollen.“ (BüKo, 4. WE, So.; HR)

Auch hierdurch wirkte sich die technische Komplexität der Priorisierungsthematik auf die Debatten der Teilnehmer aus.

7.7.1.2 Politische Komplexität: Wie wirkten sich kontroverse Positionen und Wertvorstellungen zur Priorisierung auf die Bürgerkonferenz aus?

Die politische Komplexität der Priorisierungsthematik äußerte sich in der umstrittenen Definition des Priorisierungsbegriffs und der Vielfalt an zu berücksichtigenden Standpunkten und Wertvorstellungen. Auch diese Art der Komplexität erwies sich als Herausforderung für die Debatten der Bürgerkonferenzteilnehmer.

Umstrittene Definition des Priorisierungsbegriffs

Die Schwierigkeit der Definition des Priorisierungsbegriffs war erstmals während der Befragung von Thorsten Meyer am Samstagnachmittag des zweiten Konferenzwochenendes deutlich geworden. Daraufhin befragten die Teilnehmer alle Experten nach ihrem Verständnis des Priorisierungsbegriffs. Die unterschiedlichen Auffassungen der Experten kommentierten die Teilnehmer zum Teil irritiert:

„(...) bisher haben wir es immer so verstanden, dass wir so eine Art Leitlinien entwickeln sollen damit die Leute entscheiden können, (...) wie sie Prioritäten setzen können, aber dass das Priorisieren selber noch keine Rationierung ist, sondern noch eine Stufe höher steht unter Einbeziehung vieler Faktoren (...). Also das würde ja bedeuten, dass es zwei /äh/ Auffassung von Priorisierung gibt.“ (BüKo, 3. WE, Sa.; TN 11)

„In der Frage /äh/ Priorisierung gibt es zwei verschiedene Definitionen. Einmal die politische, die betrachtet Priorisierung gleich (...) Rationierung. Und die Medizin sieht Priorisierung eigentlich als Rangfolge und das hat [ein Experte] nicht erkannt.“ (BüKo, 3. WE, Sa.; TN 4)

Die Erkenntnis, dass es mehrere mögliche Auffassungen des Priorisierungsbegriffs gibt, führte zu einem Fokus der Debatten auf die Begriffsbestimmung selbst. Auch ins Bürgervotum wollten die Teilnehmer diesen Aspekt aufnehmen:

„Deswegen ist es für unser Bürgervotum wichtig, dass wir am Anfang klar definieren, was wir unter Priorisierung verstehen: ins Bürgervotum klar rein.“ (BüKo, 3. WE, Sa.; TN 11)

Insbesondere über die Begriffe Priorisierung, Rationierung und Rationalisierung und über ihr Verhältnis zueinander wurde diskutiert. Einigen Bürgern fiel es jedoch schwer, diesen Diskus-

sionen zu folgen und die Begriffe voneinander abzugrenzen, wie ein Teilnehmer im Interview nach der Konferenz betonte:

„Allein schon die Frage, die Abgrenzung Priorisierung/Rationierung ist ja schon sehr sehr scharf und nicht so einfach nachzuvollziehen. Also ich glaube das Thema ist sehr anspruchsvoll und nicht so ohne Weiteres zu bewältigen, ja.“ (Interview Post; TN 10)

Im Verlauf der Konferenz hat sich die Unsicherheit über die Bestimmung des Priorisierungsbegriffs jedoch reduziert. Dies wurde in Abschnitt 7.1.1.2 als Lerneffekt der Teilnahme gewertet.

Vielfalt an zu berücksichtigenden Wertvorstellungen

Auch die Vielfalt der Positionen zu den verschiedenen Werten und Kriterien zur Priorisierung hat die Debatten der Teilnehmer geprägt, wie das folgende Interviewzitat zeigt, in dem eine Situation während der Konferenz geschildert wurde:

„Ja, das ging um das Eigenverschulden (...): Mutter mit zwei Kindern gegenüber Alten /ähm/, wo man gefühlsmäßig schnell bei einer Meinung ist. (...) So, dann ist aber: ‚Wie ist es denn mit drei Kindern?‘, was ist, wenn die Mutter ansonsten aber eigenverschuldet sich die Krankheit beigebracht hat?‘. Also ich komme in eine Situation rein, wo ich feststelle, die Bilder sind nicht schwarz-weiß, sie sind ganz viel, in ganz vielen Grautönen. Und dann merke ich, das ist nicht mehr handhabbar.“ (Interview Post; TN 10)

Dies kann als Hinweis auf eine Überforderung der Teilnehmer durch die Vielfalt der zu berücksichtigenden Wertvorstellungen und Gerechtigkeitsprinzipien gewertet werden. Diese Überforderung war jedoch nicht durchgehend zu beobachten. Vielmehr ist den Teilnehmern zu vielen Kriterien eine differenzierte kontroverse Debatte gelungen. Zwar wurde nicht zu jedem dieser Aspekte eine eindeutige gemeinsame Bewertung abgegeben; gerade durch die Offenlegung von Konflikten zwischen unterschiedlichen Wertvorstellungen haben die Bürgerkonferenzergebnisse jedoch einen Beitrag zum besseren Verständnis gesellschaftlicher Wertekonflikte und damit auch zur Reduktion politischer Komplexität geleistet (vgl. Abschnitt 7.3.2.2).

Nicht nur die Konflikte zwischen verschiedenen Positionen, sondern auch die inneren Konflikte Einzelner in Bezug auf die systematische Differenzierung in der medizinischen Versorgung können auf die politischen Komplexität zurückgeführt werden. So begründete eine Teilnehmerin ihre Vorbehalte anfangs damit, dass eine gerechte und allgemeingültige Priorisierung aufgrund der vielen teils unvereinbaren Vorstellungen und Ansprüche im Gesundheitswesen ohnehin nicht zu erreichen sei:

„I: Wenn wir jetzt Prioritäten setzen, welche sollen wir setzen?“

TN 7: Man kann keine. Ich bin überzeugt, das gibt es einfach nicht, dafür sind die Menschen zu verschiedenartig, ihre Beschwerden und ihre Ansprüche.“ (Interview Prä; TN 7)

Während des Verlaufs der Bürgerkonferenz haben sich diese Bedenken jedoch relativiert (Abschnitt 7.1.1.3).

Insgesamt hat sich die politische Komplexität der Priorisierungsthematik somit nicht nachhaltig negativ auf die Debatten der Teilnehmer ausgewirkt. Im Gegenteil hat die Bearbeitung in der Bürgerkonferenz dazu beigetragen, die politische Komplexität zu reduzieren. Nach Ansicht eines Teilnehmers war zudem gerade die Entwicklung eines Verständnisses für die Komplexität der behandelten Fragestellung eine wichtige Wirkung der Bürgerkonferenz:

„Und von daher glaube ich, dass wirklich der entscheidende Prozess ist /ähm/ ein Verständnis auch für politische Entscheidungen bei den Bürgern zu wecken, wenn man sie im Grunde mit teilhaben lässt an diesem Entscheidungsprozess. Weil sie dann auch die Komplexität dieser Geschichte verstehen.“ (Interview Post; TN 10)

Die Frage, ob dies gelungen sei, beantwortete er vorsichtig positiv:

„Ich würde sagen in unterschiedlicher Weise, ja. Doch, ich denke ja.“ (Interview Post; TN 10)

7.7.1.3 Temporale Komplexität: Wie wirkte sich die geringe Öffentlichkeit der Priorisierungsdebatte aus?

Einige Teilnehmer berichteten im Interview nach der Konferenz über Schwierigkeiten beim Zugang zur Priorisierungsthematik:

„Priorisierung, ja, da muss ich erst mal den Duden aufmachen, so ganz doof gesagt. Also, ja, das ist einfach nichts, womit man sich in seiner Freizeit mal eben kurz /äh/ beschäftigen kann oder auch möchte.“ (Interview Post; TN 5)

„(...) das ist ein trockenes Thema für den Bürger, der Bürger hat wenig Wissen darüber (...). (Interview Post; TN 20)

Dies weist darauf hin, dass die Teilnehmer vor ihrer Einladung zur Konferenz noch nicht mit Priorisierungsfragen konfrontiert worden waren und über einen begrenzten Informationsstand hierzu verfügten. Daher können diese Schwierigkeiten als Folge der temporalen Komplexität interpretiert werden, die aufgrund der geringen Publizität der Priorisierungsthematik bestand. Direkte Auswirkungen der temporalen Komplexität auf den Verlauf oder die Ergebnisse der Teilnehmerdebatten zeigten sich jedoch nicht.

Ein Teilnehmer vermutete im Interview nach der Konferenz allerdings, dass das geringe Interesse Außenstehender an der Bürgerkonferenz auf die temporale Komplexität zurückzuführen sei:

„Ich glaube dieses Thema ist in der Öffentlichkeit noch nicht angekommen. Deswegen wird, wenn man anfängt, im privaten Kreis über dieses Thema zu sprechen, und hat nicht einen konkreten Anhaltspunkt, wird man darüber glaube ich wenig in die Diskussion kommen. (...) Aber ich brauche immer für eine breite Diskussion ein Stück Betroffenheit und Aktualität des Themas. Und ich glaube, diese Aktualität wird in der Öffentlichkeit im Moment noch nicht gesehen.“ (Interview Post; TN 10)

7.7.2 Auftrag und Entscheidungsregel der Bürgerkonferenz

Nach den Charakteristika des Gegenstands werden in diesem Abschnitt drei Designaspekte der Lübecker Bürgerkonferenz beschrieben und ihre Wirkung auf Verlauf und Ergebnisse der Debatten dargestellt: Dazu gehören 1.) das Vorgehen während des Agenda-Setting und der Problemdefinition, 2.) die den Teilnehmern zugesprochene Entscheidungskompetenz und ihr Kontakt zu möglichen Adressaten sowie 3.) die Regel zur Erstellung des Bürgervotums.

7.7.2.1 Wie hat sich die Art des Agenda-Setting und der Problemdefinition ausgewirkt?

Die Agenda der Lübecker Bürgerkonferenz wurde bereits zu Beginn der Vorbereitungen für dieses Projekt durch die Organisatoren gesetzt. Die thematische Ausrichtung bestimmte sowohl den Fragebogen zur Rekrutierung der Teilnehmer als auch die an diese versendeten Informationsmaterialien. Darin wurde die Frage an die Teilnehmer formuliert und das damit verbundene Problem beschrieben. Zwar schränkte die vorher festgelegte Fragestellung die Freiheit der Teilnehmer faktisch ein; dennoch sollten diese die Möglichkeit haben, die Agenda der Konferenz und die Problemdefinition selbst zu beeinflussen. Daher betonten die Organisatoren explizit, dass das zuvor versandte Informationsmaterial Empfehlungen und Vorschläge enthalte, dass die Teilnehmer diesen jedoch nicht folgen müssten und auch eigene Schwerpunkte setzen konnten:

„Aber vielleicht noch ein Missverständnis: Da steht ausdrücklich „Diskussionsanstöße“ drüber, darauf lege ich wirklich Wert. (...) das ist ein Denkanstoß oder ein Diskussionsanstoß. Wenn Sie andere Themen behandeln wollen, behandeln Sie andere Themen.“ (BüKo 1. WE, FR.; HR)

Die Betonung der inhaltlichen Freiheit führte jedoch zu Unsicherheiten bei den Teilnehmern:

„(...) mich würde interessieren, wer denn die Themen hier jetzt bestimmt, über die wir sprechen. Werden die uns von Herrn Raspe vorgegeben, dann reden wir darüber oder sollen wir uns die selber wählen, die Themen, wer sammelt sie? Wir brauchen ja Themen, über die wir sprechen sonst reden wir ja immer nur in der Wolke. Wer macht diese Themen?“ (BüKo, 1. WE, Fr.; TN 11)

Auch nach der Konferenz richtete sich die Kritik der Teilnehmer nicht gegen die faktische Einschränkung ihrer inhaltlichen Freiheiten durch die Organisatoren, sondern auf die Unsicherheit über die Agenda und die fehlende Konkretisierung ihres Auftrags:

„Man hätte also die Leute besser informieren müssen oder ja, doch besser informieren müssen, über ihre Aufgabe.“ (Interview Post; TN 4)

„(...) wo man dann gemerkt hat vielleicht, war auch nicht ganz klar von Anfang an, was wir jetzt wollten. Mir ging es ja auch so. /ähm/ Weil die Grenzen nicht (...) nicht streng abgesteckt waren.“ (Interview Post; TN 17)

Neben der in Abschnitt 7.7.1.1 beschriebenen Offenheit und dem Umfang der Fragestellung hat sich auch ihre unklare Eingrenzung als Herausforderung für die Teilnehmer erwiesen. Im

Gegensatz dazu wiesen einige Referenten des wissenschaftlichen Symposiums gerade auf die Risiken einer zu starken inhaltlichen Fokussierung durch die Organisatoren hin:

„Nun, inhaltlich (...) habe ich eben die Rückfragen, welche Fragen sind gestellt, welche wurden nicht gestellt. (...) Man muss sich darüber klar sein: Wenn man eine Bürgerkonferenz über Priorisierung als Fokus durchführt, dann werden die Ergebnisse möglicherweise andere sein, wenn ich weiß, dass ich die Umwelt im weiteren Sinne mitbetrachten darf oder eben nicht mitbetrachten darf. Das ist nicht voraussetzungslos, wenn man die Entscheidung tätigt, und sagt ‚wir reden hier nur über Priorisierung‘.“ (Beitrag Prof. Dabrock)

7.7.2.2 Welche Auswirkungen von Entscheidungskompetenz und Kontakt zu Adressaten zeigten sich?

Neben der Agenda einer Mini-Public gehören auch die häufig durch die Auftraggeber bestimmte Entscheidungskompetenz und der Kontakt der Teilnehmer zu möglichen Adressaten zu den relevanten Designaspekten. Im Falle der Lübecker Bürgerkonferenz war die Entscheidungskompetenz der Teilnehmer sehr begrenzt. Sie waren eingeladen worden, sich in ihrem Bürgervotum zur diskutierten Thematik zu äußern. Ein Auftrag von Entscheidungsträgern oder zentralen Akteuren lag jedoch nicht vor. Zudem gab es weder einen Entscheidungsprozess noch eine laufende gesellschaftliche Debatte zur Priorisierung, zu denen die Bürgerkonferenz hätte beitragen können. Daher war auch die Identifikation von Adressaten für die Stellungnahme der Bürger schwierig.

Die Unklarheit hierüber hat sich auf zwei Arten auf die Konferenz ausgewirkt: Erstens fiel den Teilnehmern die Formulierung des Bürgervotums schwer, ohne eine konkrete Zielgruppe zu kennen. Dieses Problem wurde am letzten Konferenzwochenende mehrfach angesprochen:

„Also, wer soll erreicht werden? An wen richten wir das?“ (BüKo, 4. WE, Fr.; TN 4)

„Ja, auch was uns jetzt betrifft: Wer ist die Zielgruppe? Es ist ja immer schwierig: (...) Für wen schreibe ich das?“ (BüKo, 4. WE, Sa.; TN 2)

Zweitens wurden die Identifikation von Entscheidungsträgern und der Kontakt zu konkreten Adressaten von einigen Teilnehmern als Voraussetzung für einen Einfluss der Bürgerkonferenz und für die Relevanz ihrer Ergebnisse bewertet:

„Wir hatten ja keinen Ansprechpartner in dem Sinne. (...) Wer sind denn die Entscheidungsträger? Erst mal das würde man als Unbeteiligter ja wissen müssen, wer ist (...) jetzt Entscheidungsträger, in dem System? Und an die muss man sich ja, wenn man was verändern will, auch /äh/ wenden. Und welchen Einfluss habe ich da?“ (Interview Post, TN 4)

Die Schwierigkeit, Adressaten überhaupt zu identifizieren sowie das offenbar geringe Interesse möglicher Verantwortlicher hat daher bei einzelnen Teilnehmern zu Frustrationen geführt, weil sie sich nicht ausreichend ernst und wahrgenommen fühlten:

I: Welche Folgen hätten Sie sich denn gewünscht für die Bürgerkonferenz?

TN 6: /äh/ Dass ein Experte mal dazugekommen wäre, so genannter. Also von, von /äh/ jetzt aus dem Gesundheitsministerium (...).

I: Also jemand, der Entscheidungen auch treffen darf, hätte sich das anhören sollen?

TN 6: Ja, ja, ja. Und meinetwegen, der muss ja gar nicht vom Bund sein, der hätte vielleicht... Im Grunde genommen, es hat nicht mal der Leiter des Gesundheitsamtes sich dafür interessiert oder unser, wollen wir sagen, /äh/ lokaler politischer Beamter, der sich für Gesundheit zu interessieren hat, ne? Ich meine, so viele Bürgerkonferenzen gibt es ja nicht, dass die also keine Zeit hätten, dass die von einer zur anderen laufen müssten, nicht?“ (Interview Post; TN 6)

Konkrete Hinweise auf eine Beeinflussung von Inhalten oder Qualität der Debatten oder des Bürgervotums durch die Unklarheit über die Adressaten haben sich nicht gezeigt.

7.7.2.3 Wie hat sich die Regel zur Erstellung des Bürgervotums ausgewirkt?

Die Teilnehmer der Lübecker Bürgerkonferenz waren gebeten worden, die Ergebnisse ihrer Debatten schriftlich festzuhalten und dabei möglichst eine von allen Bürgern mitgetragene Empfehlung zu formulieren. Explizit bestand jedoch auch die Möglichkeit, Dissensbereiche zu kennzeichnen oder Minderheitenmeinungen im Bürgervotum festzuhalten.

Insgesamt ist die Erstellung einer gemeinsamen Stellungnahme gelungen. Alle Teilnehmer stimmten den Inhalten des Bürgervotums am Abend des letzten Konferenztages durch ihre Unterschrift zu. Die Teilnehmer nutzten auch die Gelegenheit, gemeinsame Schwerpunkte zu setzen und sie kennzeichneten Kriterien, über die keine endgültige Einigung erzielt werden konnte. Dies wurde oben als Realisierung epistemischer Potenziale gewertet (Abschnitt 7.3.1 bzw. 7.3.2).

Allerdings haben sich während der Formulierungsarbeit am Bürgervotum einige Schwierigkeiten gezeigt. So verfügten die Teilnehmer offenbar über sehr unterschiedliche Erfahrungen und Talente in der Gestaltung eines Textes, sodass die Formulierung durch einige wenige Personen dominiert wurde, während andere sich stark zurückhielten. Die Anzahl der Beiträge der Teilnehmer war am vierten Wochenende besonders ungleichmäßig, wie Tabelle 25 in Abschnitt 7.6.2.1 zeigt. Ein Teilnehmer äußerte zudem die Befürchtung, dass die eigenen Fähigkeiten der Gruppe zur Formulierung der Stellungnahme nicht ausreichend seien, um ein öffentlichwirksames Ergebnis zu erzielen. Er plädierte daher dafür, das Bürgervotum von einem Journalisten überarbeiten zu lassen:

„**TN 17:** (...) Wenn das Ganze abgeschlossen ist (...), könnten wir den fertigen Entwurf dann per E-Mail oder was dem Herrn Albrecht (von der ZEIT) zuschicken und das journalistisch aufbereiten lassen?“

SST: Sie meinen, das ganze Votum, das dann fertig ist? Das werden wir ja sowieso an dem Montag der Presse präsentieren und auch verschicken.

TN 17: Ja, ne. Vom Journalisten umformulieren lassen. Wir schreiben ja anders als...

JPD: Ah, der Journalist /äh/ schreibt es uns?

(...)

TN 17: Aber haben wir hier jemanden, der werbewirksam texten kann?

(...)

TN 17: Ist nun Mal so, dass (...) der Köder eben dem Fisch schmecken muss und nicht dem Angler, ne?“ (BüKo, 3. WE, Sa.)

Dieser Vorschlag wurde jedoch von den übrigen Teilnehmern und den Organisatoren abgelehnt.

Ein inhaltliches Problem des Bürgervotums bestand darin, dass es nicht alle während der Debatten der Teilnehmer geäußerten Argumente und Bewertungen enthielt. Dies gilt insbesondere für die als „kontrovers diskutiert“ gekennzeichneten Kriterien. Für und gegen deren Berücksichtigung hatten die Teilnehmer zum Teil differenzierte Argumente entwickelt (vgl. Abschnitte 7.3.1 und 7.3.2). Im Bürgervotum wurde die Ambivalenz im Hinblick auf diese Kriterien zwar angedeutet, eine ausführliche Diskussion oder eine Erläuterung der zugrunde liegenden Argumente erfolgte hier jedoch nicht.

7.7.3 Rolle von Organisatoren, Moderatoren und Experten

Sowohl die Organisatoren und Moderatoren als auch die eingeladenen Experten erfüllen grundsätzlich zentrale Funktionen im Rahmen einer Mini-Public; für alle besteht jedoch zugleich das Risiko der unerwünschten inhaltlichen Einflussnahme auf den Verlauf oder die Ergebnisse der Teilnehmerdebatten. In welcher Weise die genannten Akteure ihre Funktionen während der Lübecker Bürgerkonferenz erfüllt haben und inwiefern dies die Deliberation der Bürger beeinflusst hat, wird in den folgenden Abschnitten beschrieben.

7.7.3.1 Wie hat sich das Verhalten der Organisatoren auf die Bürgerkonferenz ausgewirkt?

Einige Entscheidungen über das Design und die Ausrichtung der Bürgerkonferenz mussten bereits im Vorfeld getroffen werden. Dies gilt beispielsweise für die Auswahl des Moderators, die Entscheidung über die zu behandelnde Thematik oder die Erstellung einer Liste von Experten. Viele dieser Entscheidungen wirkten sich unmittelbar auf die Debatten der Teilnehmer aus und beeinflussten damit auch deren Ergebnisse. Der Trade-Off zwischen notwendiger Vorbereitung und möglicher Manipulation der Bürgerkonferenz wurde von einem Teilnehmer explizit thematisiert:

„Ja, also mich hat also auch vorhin noch mal (...) die Frage beschäftigt: die Abgrenzung zwischen Strukturierung einer Bürgerkonferenz, zwischen Organisation und Manipulation. /ähm/ Das hängt für mich ganz eng zusammen. Wenn ich so einen inhomogenen Kreis habe, muss ich ihn schon relativ stark führen, sonst läuft das völlig auseinander, es geht nicht anders, gleichzeitig beinhaltet diese Führung aber auch immer ein Stück Begrenzung. Aber ich glaube es lässt sich eine gewisse Richtungsvorgabe oder ein gewisses Führen lässt sich nicht vermeiden. Und damit auch eine gewisse Einengung.“ (Interview Post, TN 10)

Keiner der Teilnehmer hat sich jedoch ausdrücklich zu einer möglichen inhaltlichen Beeinflussung durch die im Vorfeld von den Organisatoren getroffenen Entscheidungen geäußert. Sie scheinen vielmehr die Strukturierung und Eingrenzung ihrer Debatten als hilfreich empfunden zu haben.

Eine stärkere Gefahr der inhaltlichen Einflüsse durch die Organisatoren ergab sich durch deren Anwesenheit während der Plenumsdebatten. So wurden sie teilweise von den Teilnehmern oder Moderatoren direkt in die Diskussionen einbezogen, um organisatorische oder auch inhaltliche Fragen zu klären:

„**TN 14:** In wieweit werden Fallpauschalen berücksichtigt (...)? Gilt das jetzt nur für niedergelassene Ärzte oder gilt das auch für Krankenhäuser? (...)

JPD: [unterbricht] Herr Raspe?

HR: Ja, Fallpauschalen gibt es im Krankenhaus. Reichlich.“ (BüKo, 2. WE, Sa.)

„**TN 4:** Gibt es nicht ein natio-, /äh/nationales Gremium (...), das jetzt diese /äh/ Entscheidungen schon alle trifft? (...)

SH: Das ist eine Wissensfrage, die geben wir vielleicht an den Experten Raspe weiter. (...)

HR: Also, ein solches Gremium, was Pri-, was über Priorisierung nachdenkt, gibt es definitiv nicht.“ (BüKo, 4. WE, So.)

Zudem meldeten sich die Organisatoren auch selbst zu Wort, etwa um die Teilnehmer an Aspekte zu erinnern, die sie zuvor bereits diskutiert hatten. Dies gilt z. B. für die von den Teilnehmern während ihrer Debatten regelmäßig betonte Rücksicht auf *kulturelle, religiöse und ethnische Hintergründe und Besonderheiten* von Patienten. Im ersten Entwurf des Bürgervotums war dieser Aspekt zunächst nicht aufgenommen worden. Nach einem Hinweis durch die Organisatoren wurde jedoch ein entsprechender Passus formuliert.

Einige der inhaltlichen Beiträge der Organisatoren bezogen sich auf Aspekte, die von den Teilnehmern zuvor noch gar nicht oder nur peripher diskutiert worden waren. Nach einem Hinweis durch die Organisatoren wurden diese dann teilweise intensiver diskutiert und sogar ins Bürgervotum aufgenommen. Dies gilt etwa für die in späteren Phasen der Bürgerkonferenz häufiger betonten Aspekte *Ausgleich von regionalen Versorgungsunterschieden* und *wohnortnahe Versorgung* als wichtige Ziele für die Gesundheitsversorgung. Die Diskussion darüber wurde durch eine Äußerung der Organisatoren am zweiten Konferenzwochenende angeregt:

„Ich habe vorhin ein Kriterium noch gehört, was ich ungern untergehen lassen würde, was für mich neu war (...), das ist Wohnortnähe. (...) dass man doch /äh/ wesentliche Dinge in der Medizin auch in Wohnortnähe haben kann, dass das ein Kriterium ist (...), was wir bislang nicht haben und das wollte ich einmal erwähnen und dass wir das vielleicht auf die Liste aufnehmen.“ (BüKo, 2. WE, Fr.; HR)

Dieses Zitat bezog sich auf einen Beitrag von TN 20, in dem dieser von seinem Vater berichtet hatte, der möglichst nahe an seinem Wohnort medizinisch versorgt werden wolle. Dies war

jedoch vor dem Hinweis durch die Organisatoren nicht als eigenständiger Aspekt in der Priorisierungsdiskussion wahrgenommen worden.

An anderen Stellen bewerteten die Organisatoren vorher von den Teilnehmern diskutierte Aspekte – beispielsweise während der Formulierung von Fragen für die Experten:

„Also ich finde, das mit den Behandlungsfehlern ist eine sehr spezielle Frage, die (...) eigentlich nur nachgehend gestellt werden kann, wenn behandelt worden ist. Wir sind in der Priorisierung eigentlich vor der Behandlung: Womit soll behandelt werden? Und die Frage, was kann der Patient, welche Rechte hat er überhaupt sozusagen in der Festlegung von Prioritäten in seinem eigenen Fall, finde ich persönlich sinnvoll. Wobei die Antwort relativ leicht ist. Jeder Patient kann alles ablehnen, aber nicht jeder Patient kann sich alles wünschen. Das ist sozusagen die Grund-, /äh/ Grundregel, die sozialrechtlich, gilt. Aber das sich noch mal anzuhören, scheint mir sehr sinnvoll zu sein.“ (BüKo, 2. WE, Sa.; HR)

Darüber hinaus hatte sich HR die Erlaubnis erbeten, während der Expertenbefragung ebenfalls Fragen an die Sachverständigen zu richten, von der er in Einzelfällen auch Gebrauch machte:

„**HR:** Darf ich fragen, ob ich auch Fragen stellen darf? Zu dem Punkt, in aller Zurückhaltung.

JPD: Ja, darf er auch Fragen stellen?

Viele: Ja, ja klar!“ (BüKo, 3. WE, Fr.)

„Herr Professor Nagel, ich habe eine Frage /äh/ zu der ... zu dem, ich nenne es mal Nutznießer, von Prioritätensetzung. Das, was ich jetzt so gehört habe, geht es immer darum, dass Prioritätensetzung einzelnen Patienten zu Gute kommen soll, aber /äh/ Es gibt natürlich noch andere Nutznießer, die man sich vorstellen kann. Also zum Beispiel (...) Demokratieprinzipien könnten ein Nutznießer sein, die Kostenträger könnten ein Nutznießer sein, die Ärzteschaft könnte entlastet werden (...). Wenn man da noch einmal etwas also philosophiert, was Sie als Nutznießer von Priorisierung sehen? (BüKo, 4. WE, Fr.; HR)

Schließlich waren die Organisatoren auch während der Formulierung des Bürgervotums zum Teil aktiv beteiligt. So haben sie einen ersten Textentwurf der Teilnehmer redigiert und dort Rückfragen an die Autoren gestellt, wo Inhalte missverständlich oder unklar formuliert waren. Insbesondere HR machte auch während der Besprechungen der Teilnehmer Vorschläge zur Formulierung oder zur Klärung bestimmter Widersprüche und Unklarheiten:

„Ich finde das ein bisschen Widerspruch, zu sagen, das ist was Sinnvolles, wird eingespart, was aber notwendig ist. (...) Ich würde, ich hatte schon die Idee ob man nicht die Gruppe bittet – das hatte ich auch schon getan in der Mittagspause – diesen Passus nun etwas zu erweitern, weil das ein zentrales Stück sozusagen in dieser Schrift sein wird: Was ist Rationierung, Priorisierung.“ (BüKo, 4. WE, Sa. HR)

„Ich würd gern noch einen Punkt jetzt inhaltlich beitragen. Wo ich eben auch frage, Sie haben geschrieben: ‚Der Wille des einzelnen Patienten muss bei der Entscheidung über die Behandlung berücksichtigt werden.‘ Das ist hier immer Konsens gewesen. Wir haben aber nicht diskutiert, ob es der Wille ist, nein zu sagen, oder der Wille ist, sich etwas zu wünschen. (...) Aber sagen Sie doch netterweise, und das können Sie ja noch in der Gruppe diskutieren: Meinen Sie damit in der Gruppe jetzt, der Wille, etwas abzulehnen? Das muss immer respektiert werden. Das ist Sachlage und Rechtslage völlig klar. Oder

geht es auch darum, dass man sozusagen „Wünsch-Dir-Was-Medizin“ haben kann und sich was wünschen kann, weil man das so will?“ (BüKo, 4. WE, So.; HR)

Zudem wurde zum Abschluss die letzte Version des Bürgervotums am Sonntagnachmittag von SST laut vorgelesen, um Änderungswünsche der Teilnehmer direkt umzusetzen. Dabei wurde der Text für alle sichtbar per Beamer auf eine Leinwand projiziert, sodass die Teilnehmer auch die Änderungen unmittelbar verfolgen und kommentieren konnten.

Insgesamt hatten die Organisatoren vielfältige Möglichkeiten zur inhaltlichen Beeinflussung der Bürgerkonferenzdebatten. Allerdings haben die Teilnehmer die Beiträge der Organisatoren nicht unkritisch akzeptiert, sondern durchaus hinterfragt und kritisch diskutiert. Nicht alle Vorschläge und Einwände wurden umgesetzt:

„**HR:** (...) Weil wir /äh/ geschrieben haben ‚gesellschaftlicher Nutzen‘ und wir haben hinten geschrieben das mit den Familien und mit den eheähnlichen Gemeinschaften. (...) sodass also da vielleicht das hinten noch ein bisschen weiter zurückgenommen werden muss.

(...)

TN 20: Ne, also, ich bin ja der Meinung, darum machen wir ja eine Wertung. Und ich widerspreche da auch Professor Raspe. Weil wir gesagt haben, dass es kontrovers diskutiert ist. (...) Da können zwar andere Gewichtungen gesehen werden, aber die sind eben kontrovers. Und da müssen, muss ein Dialog, eine Diskussion in der Gesellschaft stattfinden.“ (BüKo, 4. WE, So.)

7.7.3.2 Wie hat sich das Verhalten der Moderatoren auf die Debatten der Teilnehmer ausgewirkt?

Die Moderatoren der Lübecker Bürgerkonferenz haben während aller Phasen der Beratungen eine aktive Rolle eingenommen. Ihre von den Teilnehmern selbst erteilte Kernaufgabe bestand darin, für die Einhaltung der Diskursregeln zu sorgen. Darüber hinaus haben die Moderatoren die Debatten inhaltlich strukturiert und den Zeitplan vorgegeben. Das heißt, sie bestimmten über die Reihenfolge, in denen bestimmte Teildebatten geführt wurden und formulierten die Aufgabenstellung für die jeweiligen Phasen der Deliberation. Sie übernahmen zudem die Dokumentation der Diskussionen und die Sortierung der von den Teilnehmern genannten Aspekte an den Metaplan-Tafeln sowie die Protokollierung der Expertenbefragungen. Daher waren die Plenumsdebatten durch eine intensive Interaktion zwischen Moderatoren und Teilnehmern geprägt, sodass sich auch vielfältige Möglichkeiten der inhaltlichen Einflussnahme ergaben. Eine Teilnehmerin thematisierte diese Gefahr auch im Interview nach der Konferenz:

„**TN 7:** (...) das nächste Problem ist ja gewesen /ähm/ ich ich weiß nicht wie (...) weit Herr Dunst informiert wurde, inwieweit er vorbereitet wurde auf das Ergebnis hin. (...)

TN 7: Also wenn man dem ganzen Unternehmen übel nachreden wollte, könnte man auch sagen das ist alles manipuliert.

I: (...) woran machen Sie das fest an welchem Punkt?

TN 7: Ja. /ähm/ Herr Dunst steht vorne und sagt nun zu einem Thema: ‚Was würden Sie für wichtig halten?‘ Kommt erst mal nichts, dann kommt eine zaghafte Stimme ‚ja, Gleichheit, Brüderlichkeit‘, so. So kommen dann einzelne Zurufe, so ‚und was noch?‘ und dann mehren sich die Zurufe und da wird schon gefiltert. Es wird nicht alles aufgenommen. (...) Also da könnte man schon sagen er sucht sich das raus, was in sein Konzept passt. /äh/ Ich unterstell es nicht, ich sag nur mal als Theorie.“ (Interview Post; TN 7)

Tatsächlich haben die Moderatoren insbesondere mit einem Hinweisen auf die knappen Zeitressourcen aktiv auf die Diskussionen der Teilnehmer eingewirkt und dann teilweise inhaltliche Debatten unterbrochen oder zeitlich begrenzt (Abschnitt 7.6.3.4). Sie beeinflussten auch die Inhalte der Debatten, etwa indem sie die Teilnehmer wiederholt zur Fokussierung auf die gemeinsame Fragestellung aufforderten:

„Ja, Sie sind jetzt in der allgemeinen Versorgung, ne. Also, das heißt, wir sind nicht mehr in der Priorisierung, das sind keine Fragen mehr zur Priorisierung, sondern es geht in die Richtung Kostenersparnis im Gesundheitswesen.“ (BüKo, 2. WE, Fr.; JPD)

Ähnlich wie die Organisatoren haben zudem auch die Moderatoren die Teilnehmer auf Aspekte aufmerksam gemacht, die in der Diskussion aufgetaucht, dann jedoch nicht mehr erwähnt worden waren. Dies betrifft etwa die Betonung von *Innovation und Fortschritt in der Medizin*. Dieser Aspekt war ursprünglich während der Priorisierungsspiele am ersten Wochenende aufgekommen, wo ein Teilnehmer die Neuartigkeit eines Medikaments als Vorteil beschrieben und als Argument für seine Bevorzugung im Rahmen des Planspiels verwendet hatte:

„Man muss dazu ja auch sehen, dass das ein neuartiges Medikament ist, was eigentlich unsere Zukunft darstellt.“ (BüKo, 1. WE, Sa.; TN 5)

Zum Argument in der Diskussion über abstrakte Priorisierungskriterien wurde dieser Aspekt allerdings erst, nachdem die Moderatoren ihn während der Sammlung relevanter Aspekte aus den Planspielen aufgegriffen hatten:

„(...) als die biologischen Medikamente vorgestellt wurden, da wurde mehrfach gesagt, das ist ja ein Fortschritt, was wir hier haben. Das ist ein ganz neues Medikament und das sollten wir fördern, sozusagen. Also, ich hab jetzt hier einfach aufgeschrieben: Innovation, Fortschritt. Ob das wichtig ist jetzt?“ (BüKo, 1. WE, Sa.; SH)

Vereinzelt haben die Moderatoren auch eigene inhaltliche Beiträge zu den Debatten der Teilnehmer gemacht:

„Also mich hat ja [während der Befragung von Professor Nagel] inter.. /äh/ erstaunt: (...) Also, wer macht eigentlich diese Empfehlung, die aus dem Computersystem dann kommt, denn das wird ja wahrscheinlich von der Pharmaindustrie dann gesponsert (...) Also meine Frage wäre: Kann man ein System, also ein Computersystem /äh/ davon, dazu hinkriegen eine Entscheidung zu treffen oder eine Empfehlung auszusprechen?“ (BüKo, 3. WE, Sa.; JPD)

Eine einseitige oder systematische inhaltliche Lenkung der Debatten durch die Moderatoren konnte jedoch nicht beobachtet werden. Auch die Teilnehmer selbst äußerten – bis auf die oben zitierten Bedenken von TN 7 – kaum Kritik an den Beiträgen der Moderatoren. Sie kriti-

sierten lediglich die Unterbrechungen ihrer Diskussionen und die dadurch entstehende Hektik und Unübersichtlichkeit während einiger Phasen der Debatten.

7.7.3.3 Wie wirkte sich die Interaktion zwischen Experten und Teilnehmern auf die Konferenz aus?

Ziel der Expertenbefragungen während der Lübecker Bürgerkonferenz war die selbstbestimmte, gezielte und ausgewogene Information der Teilnehmer. Um dies zu erreichen, sind zum einen Experten mit unterschiedlichen Hintergründen und Standpunkten eingeladen worden; zum anderen sollten eine mögliche Hierarchie zwischen Experten und „gewöhnlichen Bürgern“ aufgelöst und die Teilnehmer zu einer selbstbewussten Interaktion befähigt werden. So wurden diese explizit aufgefordert, die Experten und ihre Aussagen kritisch zu bewerten:

„Also ist das jemand, der eher neutral wirklich gut Bescheid weiß auf einem Gebiet. Oder ist das jemand, der eine Mission spürt? Der uns irgendwie umbiegen will, der uns irgendwas aufschwätzen will? Und auch das müssen Sie raus finden. (...) Also ich glaube, die Gefahr ist da, aber sie kann gebannt werden, erstens wenn man die richtigen Fragen entwickelt und zweitens, wenn man aufpasst, was das für ein Typ ist: Will der mich nur umbiegen?“ (BüKo, 2. WE, Sa.; HR)

Die Teilnehmer selbst äußerten insbesondere Bedenken, die Aussagen der Experten aufgrund des großen Wissensvorsprungs inhaltlich nicht beurteilen zu können:

„Bloß, wer ist der, wel-, welche Meinung vertritt der Experte? Denn der Experte vertritt ja auch nur seine Meinung und gibt sie wieder. Ob das aber das all-, allgemein gute Wissen ist oder nicht, das weiß ich doch gar nicht.“ (BüKo, 2. WE, Sa.; TN 4)

In der Analyse der Tonbandtranskripte der Lübecker Bürgerkonferenz zeigten sich keine Hinweise auf Schwierigkeiten in der Interaktion. Die Teilnehmer begegneten den Experten durchweg selbstbewusst. So scheuten sie sich beispielsweise nicht, nach unverständlichen oder unkonkreten Aussagen nachzuhaken oder auch allzu ausführliche Beiträge eines Experten mit der Bitte um kurze Antworten zu begrenzen:

„Verstehe ich Sie jetzt richtig wenn sie sagen: Im Grunde ist es aus ethischer Sicht ein Wert, aber im Grunde ist es immer eine Abwägung mit anderen berechtigten Werten und im Grunde muss ich das in irgendeine Hierarchie, in eine Priorität reinbekommen?“ (BüKo 3. WE, Fr.; TN 10)

„Ich möchte möglichst die Hauptfragen durchkriegen, deswegen muss ich ein bisschen aufs Tempo drücken. Ich bitte um möglichst kurze, knappe Antworten, wenn es geht.“ (BüKo, 3. WE, Sa.; TN 11)

Nach den Befragungen reflektierten die Teilnehmer jeweils die Aussagen der Sachverständigen, hinterfragten sie kritisch und verglichen sie miteinander:

„Es ist aber auch interessant wie unterschiedlich Experten an das Thema rangehen, von welcher Seite, ne. Der Eine sagte, ich brauche den Anschlag von der Politik. Der Andere sagte, die muss angeschoben werden. Das sind ja zwei völlig kontroverse Standpunkte, ne? So kann ich mir vorstellen, dass das dann mit noch mehr Leuten noch andere Ergebnisse noch wieder gibt, ne.“ (BüKo, 3. WE, Sa.; TN 8)

Insgesamt ist die Interaktion auf Augenhöhe also gelungen. Dies drückte sich auch in der Einschätzung der Teilnehmer aus:

„Ich hatte gestern so die Befürchtung, wie werden wir als Gruppe /äh/ von den Experten wahrgenommen? Werden wir für voll genommen oder geht das so ein bisschen von oben herab? Ich hatte den Eindruck, dass man durchaus uns akzeptiert hat.“ (BüKo, 3. WE, Sa.; TN 7)

Es zeigten sich jedoch große Unterschiede in der von den Teilnehmern wahrgenommenen Qualität der Befragungen. So wurden einige Befragungen als wenig hilfreich bewertet:

„(...) also ich fand ihn sehr blumig und wenig konkret, sodass ich für mich wenig da letztendlich an ethischen Kriterien rausziehen konnte, also ich hätte mir da wirklich stärker was Konkretes gewünscht (...).“ (BüKo 3. WE, Fr.; TN 10)

Andere hingegen wurden als sehr hilfreich beschrieben. Dies galt insbesondere für die Experten, die klar Stellung bezogen und konkrete Aussagen machten:

„[Ich] fand allerdings bei Herrn Professor Carlsson, der hat das letztendlich wieder wettgemacht, den fand ich sehr präzise in seinen Aussagen, fand ich sehr überzeugend.“ (BüKo 3. WE, Sa.; TN 10)

„**TN 7:** Also ich finde die letzte Befragung, die war die tollste, finde ich.
(...)“

TN 17: [gleichzeitig] ja

TN 7: Von der Fragestellung her, präzise (...) und auch die Antworten.

TN 10: [gleichzeitig] Die Antworten waren sehr gut.

TN 7: Mit lauter Stimme und verständlich, ebenfalls.

TN 1: Das mit der lauten Stimme empfand ich als sehr angenehm.

(...)“

TN 17: Und gut Deutsch und allgemein verständlich, hervorragend. (...) So hätte ich mir alle gewünscht.“ (BüKo 4. WE, Fr.)

Zwar wurden die Aussagen der positiv bewerteten Experten vergleichsweise häufig in den Debatten der Teilnehmer zitiert und im Bürgervotum berücksichtigt; dies geschah jedoch jeweils nachdem die Teilnehmer sich intensiv mit den jeweiligen Aussagen auseinandergesetzt hatten und sich eine eigene Meinung hierüber gebildet hatten. Eine einseitige inhaltliche Manipulation durch die Experten kann somit nicht festgestellt werden.

8 DISKUSSION

Im letzten Kapitel wurden die Ergebnisse der Analyse der Lübecker Bürgerkonferenz im Hinblick auf die Entfaltung von Potenziale deliberativer Verfahren, die Umsetzung von Qualitätsanforderungen sowie die Auswirkungen von Kontextbedingungen und Designentscheidungen dargestellt. Im Folgenden werden nun zunächst die Befunde zu den Auswirkungen der Bürgerkonferenz auf die interne und externe Meinungs- und Willensbildung diskutiert (Abschnitte 8.1 bis 8.5). Anschließend werden aus den Ergebnissen zu Qualitätsmerkmalen und Kontextbedingungen hinderliche sowie förderliche Faktoren für die Entfaltung der beschriebenen Po-

tenziale abgeleitet (8.6 und 8.7). Zum Schluss werden allgemeine Einschränkungen der Studie und ihrer Ergebnisse (8.8) diskutiert.

8.1 VERWIRKLICHUNG EDUKATIVER POTENZIALE

Im Hinblick auf die Fragestellung dieser Arbeit weisen besonders die beiden Formen edukativer Potenziale eine große Relevanz auf. Insbesondere die unter der ersten Form – Information und Meinungs- und Präferenzveränderung – zusammengefassten Wirkungen stellen selbst Bestandteile der verfahrensinternen Prozessen der Meinungs- und Willensbildung dar (Abschnitt 8.1.1). Auch die zweite Form – Sozialisation deliberativer und „bürgerschaftlicher“ Kompetenzen – kann sich positiv auf die Meinungs- und Willensbildung auswirken (8.1.2).

8.1.1 Information und Meinungs- und Präferenzveränderung

Die Teilnehmer der Bürgerkonferenz zeigten zum einen ein gesteigertes Interesse an der Priorisierungsthematik (Abschnitt 8.1.1.1); zum anderen veränderte sich ihre Haltung gegenüber der Auseinandersetzung mit Priorisierungsfragen (8.1.1.2) und es haben sich Lerneffekte zur Priorisierung selbst sowie zu verwandten Themen gezeigt (8.1.1.3). Der tatsächliche Nachweis von Präferenzveränderungen oder der Bildung einer Meinung war jedoch schwierig (8.1.1.4).

8.1.1.1 Gesteigertes Interesse für die Priorisierungsthematik

Das Interesse an der Thematik sowie das Problembewusstsein der Teilnehmer steigerte sich nach deren eigener Aussage bereits durch die Einladung zur Bürgerkonferenz und ist während der Beratungen weiter gewachsen. Viele beschäftigten sich vor, während und nach der Konferenz auch in ihrer Freizeit vermehrt mit der Priorisierungsthematik und tauschten sich darüber in ihrem Umfeld aus. Diesen Effekt hatten Andersen und Hansen (2007: 539, 546) ebenso wie Brady und Kollegen (2003: 18) bereits für die Teilnehmer zweier Deliberative Polls in Dänemark und den USA gezeigt. Die Autoren beider Studien argumentieren, dass die Phasen der privaten Auseinandersetzung mit dem Thema mindestens ebenso relevant für die dort festgestellten Meinungsänderungen waren, wie die Deliberation unter den Teilnehmern. Wie sich das gesteigerte Interesse der Lübecker Bürger im Einzelnen auf ihre Meinungs- und Willensbildung ausgewirkt hat, kann hier nicht geklärt werden, die intensivierete Auseinandersetzung mit einem Thema stellt jedoch eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung durchdachter Meinungen und Präferenzen dar. Zudem kann das angeregte Problembewusstsein der Teilnehmer gerade angesichts der im internationalen Vergleich eher unterentwickelten deutschen Priorisierungsdebatte einen Beitrag zum Anstoß einer breiteren Auseinandersetzung leisten. Dies gilt besonders, da die Teilnehmer auch in ihrem Umfeld über die Bürgerkonferenz und ihre Inhalte berichtet haben.

8.1.1.2 Veränderte Haltung gegenüber der Priorisierung

Mit zunehmendem Problembewusstsein und Interesse für die Priorisierungsthematik haben sich anfängliche Vorbehalte der Teilnehmer gegen die systematische Differenzierung in der medizinischen Versorgung reduziert. Während viele in den Interviews vor der Konferenz und zu deren Beginn kaum Stellung zu einzelnen Priorisierungskriterien beziehen wollten, hat sich ihre Bereitschaft, sich mit Fragen der Priorisierung auseinanderzusetzen im Verlauf der Konferenz deutlich gesteigert. Dies weist auf den von Dryzek und Niemeyer beschriebenen „emancipatory effect“ hin (Dryzek, 2010: 159ff; Niemeyer, 2011). Nach der Analyse einer Citizens' Jury zum Ausbau einer Straße im australischen Outback zeigte Niemeyer, dass die Teilnehmer am Ende des Verfahrens viele der zuvor verwendeten, häufig stark emotional besetzten Argumente kritisch hinterfragten und besser einordnen konnten. Hierdurch gelang ihnen eine Auflösung der ursprünglichen Symbolpolitik und der Austausch rationaler Argumente zum kontroversen Thema der Citizens' Jury.

Auch die Gegner der Priorisierung in der medizinischen Versorgung bedienen sich teilweise emotional besetzter und populistischer Argumente (Abschnitt 4.2.5), z. B. wenn auf Gefahren einer „Zwei-Klassen-Medizin“ durch Priorisierungsvorschläge hingewiesen wird. Zudem weisen die Befunde aus mehreren Bevölkerungssurveys zur Priorisierung darauf hin, dass die ad-hoc-Präferenzen von Bürgern zu einzelnen Werten und Kriterien primär auf sozialen Reflexen, nicht auf durchdachten Positionen beruhen (vgl. Stumpf et al., 2014a; Raspe und Stumpf, 2013). Wenn dies auch für die ursprünglichen Widerstände der Bürgerkonferenzteilnehmer galt, kann deren Reduktion im Verlauf der Debatten als „Emanzipation“ von den populistischen Argumenten und sozialen Reflexen gedeutet werden.

8.1.1.3 Lerneffekte der Teilnehmer

Eine weitere, besonders von den Entwicklern der Methode der Deliberative Polls nachgewiesene Wirkung von Mini-Publics sind Lerneffekte der Teilnehmer (vgl. z. B. Luskin et al., 2002: 44ff; Brady et al., 2003: 18; Farrar et al., 2010: 345f; Andersen und Hansen, 2007: 543, 546). Auch die Teilnehmer der Lübecker Bürgerkonferenz berichteten von einem subjektiven Wissenszuwachs zu den diskutierten Inhalten. Tatsächlich zeigte sich dieser in den Tonbandtranskripten der Konferenzwochenenden. So veränderte sich der Umgang der Teilnehmer mit dem komplexen Priorisierungsbegriff im Verlauf der Debatten. Einigen fiel dessen Definition am Ende bzw. im Interview nach der Konferenz leichter als zu deren Beginn. Zudem griffen die Teilnehmer immer wieder explizit Aussagen von Experten auf, was ebenfalls als Ausdruck von Lerneffekten gewertet wurde. Dies betraf sowohl direkt mit der Priorisierung zusammenhängende Aspekte als auch allgemeine Fragen der Gesundheitsversorgung.

8.1.1.4 Schwieriger Nachweis von Meinungsbildung oder Präferenzveränderungen

Als Konsequenz aus den bisher dargestellten edukativen Wirkungen von Mini-Publics wird in der Literatur häufig die Veränderung oder die Neubildung von Meinungen und Präferenzen beschrieben. Eine solche Entwicklung stellten auch die Teilnehmer der Lübecker Bürgerkonferenz bei sich selbst fest. Sie gaben an, dass sich ihre Positionen zu bestimmten Aspekten im Lichte neuer Informationen und der Argumente der anderen Teilnehmer verändert oder überhaupt erst entwickelt hätten.

Um eine mögliche Veränderung oder Neubildung der Meinungen genauer zu untersuchen, wurden die Aussagen einzelner Teilnehmer im Zeitverlauf verglichen und auf inhaltliche Veränderungen hin untersucht. Für viele Teilnehmer kamen in den zur Verfügung stehenden Tonbandtranskripten jedoch nicht mehrere Meinungsäußerungen zum gleichen Thema vor. Änderungen in deren Meinungen konnten somit nicht festgestellt werden; auch ihre Abwesenheit ist damit allerdings nicht belegt. Denn die Teilnehmer könnten ihre Meinungen und Präferenzen geändert haben, ohne dies explizit zu äußern. Auch etwaige Meinungsäußerungen während der Arbeit in Kleingruppen oder in den Pausen konnten nicht in die Analyse einbezogen werden. Unter Umständen wurde daher aufgrund der Analysemethode und der verwendeten Datengrundlage das tatsächliche Ausmaß von Meinungs- und Präferenzveränderungen der Teilnehmer unterschätzt.

Auch die ergänzende Auswertung von Fragebögen der Interviewpartner nach der Konferenz im Vergleich zu ihren Angaben in der vorbereitenden Bevölkerungsbefragung ergab kein eindeutiges Ergebnis. Es zeigten sich zwar einige Hinweise auf Präferenzveränderungen, ob diese jedoch tatsächlich durch die Deliberation während der Bürgerkonferenz erklärt werden können, ist fraglich. Immerhin ergab sich angesichts des Verlaufs der Plenumsdebatten ein nicht vollständig unplausibles Bild. So vergrößerte sich insgesamt die Zustimmung zum Kosten-Nutzen-Verhältnis als Priorisierungskriterium. Dieses Kriterium ist während der Bürgerkonferenz ausführlich und differenziert diskutiert und auch während einiger Expertenbefragungen angesprochen worden. Zum Abschluss waren die Teilnehmer sich einig, dass dies ein wichtiges Kriterium zur Priorisierung sei.

Schwieriger ist die Erklärung der gegensätzlichen Entwicklung von Präferenzen zu einzelnen Kriterien. Dies widerspricht dem ursprünglichen Ideal der deliberativen Demokratietheorie, demzufolge die gemeinsame Deliberation zur Konvergenz der Präferenzen und zur Bildung eines Konsens führt (vgl. Miller, 1992: 61f; Dryzek, 2000: 47). Eine solche Entwicklung zeigte beispielsweise Abelson für die Präferenzen von Bürgern hinsichtlich einer Priorisierung von Gesundheitszielen (Abelson et al., 2003a). Aber in der Analyse anderer Mini-Publics wurden auch gegenläufige Präferenzentwicklungen der Teilnehmer festgestellt

(Andersen und Hansen, 2007; Himmelroos und Christensen, 2012). Die Autoren werteten dies als Hinweis auf eine niedrige Qualität der Deliberation und ihrer Wirkungen. Allerdings ist der Anspruch, eine vollständige Konvergenz der Präferenzen zu erreichen, von den Vertretern der deliberativen Demokratie selbst relativiert worden (vgl. Abschnitt 2.1.2.3). Vielmehr wird auch die Entwicklung eines Kompromisses und eines Modus Vivendi als Ergebnis deliberativer Prozesse akzeptiert (z. B. Gutmann und Thompson, 1996: 43). Versteht man das Bürgervotum als Ausdruck eines Kompromisses zwischen den Teilnehmern, können die Bürger durchaus unterschiedliche individuelle Standpunkte zu einzelnen Kriterien haben, solange sie diesem Kompromiss zustimmen konnten. Auch eine gegensätzliche Entwicklung der Präferenzen ist vor diesem Hintergrund kein eindeutiges Argument gegen eine meinungs- und präferenzverändernde Wirkung der Bürgerkonferenz.

Zudem kann die gegenläufige Entwicklung der Bewertungen auch auf den Verlauf der Bürgerkonferenzdebatten selbst zurückzuführen sein. So wurden etwa zur Berücksichtigung des persönlichen Lebensstils von Patienten sehr unterschiedliche Positionen vertreten und Argumente ausgetauscht. Zum Schluss einigten sich die Teilnehmer darauf, dieses Kriterium als kontrovers diskutiert zu kennzeichnen, gerade weil sie hierzu nicht zu einer gemeinsamen Position gekommen waren. Aber die Bewertung anderer Kriterien hat sich ebenfalls gegenläufig entwickelt, obwohl diese während der Bürgerkonferenz nicht kontrovers diskutiert wurden.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass mit dem gesteigerten Interesse der Teilnehmer und ihrer veränderten Haltung gegenüber dem Priorisierungsthema sowie durch ihre Lerneffekte wichtige Voraussetzungen für die verfahrensinterne Meinungs- und Willensbildung erfüllt waren. Die Teilnehmer selbst berichteten auch über Präferenzveränderungen oder die Neubildung von Meinungen infolge der gemeinsamen Deliberation. Allerdings konnten solche Entwicklungen anhand der oben dargestellten Analyse nicht eindeutig belegt werden.

8.1.2 Sozialisation deliberativer und „bürgerschaftlicher“ Kompetenzen

Einige Teilnehmer zeigten während der Debatten ein verändertes Verhalten, das auf die Sozialisation deliberativer Kompetenzen hinweist. So beschrieben die Bürger nicht nur selbst die Erfahrungen in der Diskussion mit den anderen Teilnehmern als persönliche Bereicherung, einige zuvor eher dominante Teilnehmer verhielten sich auch gegen Ende der Konferenz deutlich zurückhaltender. Diese Entwicklung hat sich positiv auf den Verlauf der Debatten und auf die verfahrensinterne Meinungs- und Willensbildung ausgewirkt. So stellten insbesondere die Kompromissbereitschaft der Teilnehmer und die Zurückhaltung dominanter Personen wichtige Voraussetzungen für die erfolgreiche Formulierung einer gemeinsamen Stellungnahme dar.

Auch das Selbstvertrauen und die Motivation der Teilnehmer zur weiteren Beteiligung haben sich nach eigener Aussage durch die Konferenz vergrößert. Dies wurde als Sozialisation allgemeiner bürgerschaftlicher Kompetenzen gewertet. Die Entwicklung eines gesteigerten Selbstvertrauens und des Gefühls der Selbstwirksamkeit der Teilnehmer wird als „confidence building“ bezeichnet (Goodin und Dryzek, 2006: 234f; vgl. auch Dryzek, 2010: 169). Ein solcher Effekt zeigte sich bereits für verschiedene Mini-Publics (Andersen und Jæger, 1999: 335f; Gastil und Dillard, 1999a: 186f; Coote und Lenaghan, 1997: 65, 89f; McKenzie und Warren, 2012: 113). Diese Wirkung gilt als Grundlage für die Steigerung der allgemeinen politischen Aktivität der Teilnehmer und kann somit die verfahrensexterne Meinungs- und Willensbildung fördern. Denn wenn die Teilnehmer dazu befähigt würden, sich in Zukunft stärker an öffentlichen Debatten zu beteiligen, könnten diese hierdurch angeregt und bereichert werden.

Ob sich die Steigerung von Selbstvertrauen und Motivation tatsächlich auf die politische Beteiligung von Teilnehmern einer Mini-Public auswirken, ist umstritten. Morell kommt nach der Analyse eines deliberativen Prozesses zu dem Befund, dass lediglich das Gefühl der Selbstwirksamkeit und das Selbstvertrauen der Teilnehmer gestiegen seien, ohne sich auf deren spätere Beteiligung auszuwirken (2005). Auch für die Lübecker Bürgerkonferenz konnte kein objektiver Beleg für Auswirkungen auf die politische Beteiligung erbracht werden. Eine weitere bislang ungelöste Frage betrifft die Langfristigkeit der beschriebenen Wirkungen (vgl. Hüller, 2010; Ryfe, 2005). Insbesondere Hüller bezweifelt, dass allein durch die einmalige Teilnahme an einer Mini-Public ein substantieller und langfristiger Effekt erzielt werden kann (Hüller, 2010: 97). Die Teilnehmer der Lübecker Bürgerkonferenz berichteten fast ausschließlich in den Interviews nach der Konferenz – also etwa ein Jahr nach dem Verfahren – von einer Steigerung ihres Selbstvertrauens und ihrer Motivation. Dies spricht dafür, dass die berichteten Wirkungen zumindest subjektiv auch mittelfristig erhalten blieben. Allerdings könnten die Motivation und das Selbstvertrauen der Bürger bereits vor der Konferenz hoch gewesen sein. Denn alle haben sich freiwillig zur Teilnahme gemeldet, was eine vergleichsweise große Bereitschaft zur Beteiligung voraussetzt (vgl. auch McKenzie und Warren, 2012: Fußnote 1 S. 106).

8.2 VERWIRKLICHUNG SOZIALER POTENZIALE

Die sozialen Wirkungen einer Mini-Public werden in dieser Arbeit primär als relevant für die verfahrensinterne Meinungs- und Willensbildung verstanden. Sie können etwa den Zusammenhalt der Teilnehmer stärken und ihre Motivation vergrößern, zu einer gemeinsamen Lösung zu kommen.

8.2.1 *Entwicklung eines gegenseitigen Verständnisses und einer gemeinsamen Position*

In vielen Phasen der Plenumsdebatten sind Werte, Kriterien und Verfahrensregeln zur Priorisierung in rascher Abfolge angesprochen worden. Seltener wurde ausführlich über einzelne Aspekte diskutiert. So hatten die Teilnehmer nur vereinzelt die Gelegenheit, sich intensiv mit den Argumenten der anderen auseinanderzusetzen und ein gesteigertes Verständnis für diese zu artikulieren oder geteilte Auffassungen zu einzelnen Themen zu entwickeln. In den zur Verfügung stehenden qualitativen Daten zeigten sich weder eindeutige Belege für eine Steigerung des gegenseitigen Verständnisses der Teilnehmer noch für die Entwicklung einer geteilten Auffassung.

Einige Teilnehmer werteten das Bürgervotum selbst als Ausdruck einer geteilten Auffassung zur diskutierten Frage. Einzelne andere hingegen bezweifelten, dass das Votum tatsächlich eine von allen Teilnehmern gleichermaßen mitgetragene Position wiedergibt. Vor allem der Zeitdruck während der Formulierung des Bürgervotums hat nach deren Ansicht dazu geführt, dass nicht alle Standpunkte und Argumente berücksichtigt wurden. Insgesamt konnte die Verwirklichung der ersten Form sozialer Potenziale für die Lübecker Bürgerkonferenz nicht festgestellt werden.

8.2.2 *Bildung einer sozialen Identität*

Ausschlaggebend für die Entwicklung einer sozialen Identität unter Teilnehmern einer Mini-Public können nach Auffassung einiger Autoren verschiedene positive Erfahrungen während des Verfahrens sein (Batalha et al., 2012; vgl. auch Hartz-Karp et al., 2010). So könnten etwa die gemeinsamen respektvollen Debatten gegenseitiges Vertrauen aufbauen und das Verhältnis der Teilnehmer untereinander positiv beeinflussen. Dieser Effekt hat sich auch für die Lübecker Teilnehmer gezeigt. Viele betonten, dass die soziale Interaktion mit den ihnen zuvor fremden Personen eine der wichtigsten Erfahrungen während der Bürgerkonferenz gewesen sei. Einige Kontakte oder sogar freundschaftliche Verhältnisse, die sich entwickelt hatten, hielten zudem auch nach der Konferenz noch an (7.2.2.2). Auch die Wertschätzung durch die Organisatoren und außenstehende Akteure wurde von Batalha et al. sowie Hartz-Karp et al. als förderliche Faktoren für die Entwicklung einer sozialen Identität genannt (ebd.). In Lübeck empfanden die Teilnehmer z. B. das Rahmenprogramm zur Bürgerkonferenz – wie den Besuch beim Bürgermeister der Hansestadt oder das regelmäßige gemeinsame Abendessen an den Freitagabenden – als Ausdruck einer solchen Wertschätzung (7.6.3.3). Schließlich zeigen Felt und Fochler (2010), dass die Entwicklung einer sozialen Identität auch von der Dauer der Interaktion abhängt. Wenn die Verfahren zu kurzfristig angelegt seien, hätten die Teilnehmer keinen Anlass, in die Bildung einer Gruppenidentität zu investieren. Die Teilnehmer der

Lübecker Konferenz verbrachten mit insgesamt neun Tagen vergleichsweise viel Zeit miteinander.¹⁰¹ Die Voraussetzungen für die Bildung einer sozialen Identität waren damit erfüllt.

Tatsächlich spricht einiges für die Entwicklung einer sozialen Identität der Lübecker Teilnehmer. So betonten diese während ihrer Debatten mehrfach ihre Zugehörigkeit zur Gruppe der Lübecker Bürger oder der Bürger insgesamt. Einige bezeichneten sich explizit als Stellvertreter für diese Gruppen in der Priorisierungsdebatte. Auch im Bürgervotum wurde bewusst das Personalpronomen „wir“ verwendet, um hervorzuheben, dass diese Stellungnahme die Position der gesamten Gruppe ausdrückt. Diese Verhaltensweisen beschreiben auch Batalha und Kollegen als Signal für eine kollektive Gruppenidentität (Batalha et al., 2012).

Die Entwicklung einer sozialen Identität kann sich positiv auf die Motivation der Teilnehmer zur gemeinsamen Deliberation und auf ihre Bereitschaft zur Kompromissfindung auswirken (Batalha et al., 2012; Hartz-Karp et al., 2010). Den Teilnehmern falle es leichter, eine am Gemeinwohl orientierte Perspektive einzunehmen: „participants’ behaviour is more prone to become driven by their social rather than their personal identities“ (Batalha et al., 2012: 6). Die Teilnehmer der Lübecker Bürgerkonferenz orientierten sich kaum an ihren individuellen Interessen, sondern argumentierten teilweise zugunsten bestimmter Patientengruppen bzw. der Allgemeinheit (7.6.2.5). Ob dies jedoch ursächlich auf die gemeinsame Identität der Teilnehmer zurückgeführt werden kann und ob diese sich damit förderlich auf die verfahrensinterne Meinungs- und Willensbildung ausgewirkt hat, ist nicht eindeutig zu klären.

8.3 VERWIRKLICHUNG EPISTEMISCHER POTENZIALE

Im Kontext der deutschen Auseinandersetzung mit Priorisierungsfragen kann die Perspektive „gewöhnlicher Bürger“ einen wichtigen Beitrag zur bislang expertendominierten Debatte leisten. Wie in Abschnitt 4.3.4 argumentiert wurde, sollten insbesondere die normativen Grundlagen der Priorisierung gesellschaftlich geklärt werden. Die Entwicklung eigenständiger Argumente und Standpunkte der Bürger sowie die Offenlegung gesellschaftlicher Interessen und Werte stellen daher zentrale Ergebnisse der Bürgerkonferenz dar. Sie sind wichtige Voraussetzungen für einen Einfluss des Verfahrens auf die öffentliche Meinungs- und Willensbildung.

8.3.1 Epistemische Beiträge zur deutschen Priorisierungsdebatte

In der Analyse der Lübecker Bürgerkonferenz zeigten sich verschiedene epistemische Beiträge: Trotz großer Übereinstimmungen des Bürgervotums mit internationalen Stellungnahmen zur Priorisierung sind eigene Argumente und Schwerpunkte der Bürger zu Werten, Kriterien und Verfahrensregeln sichtbar geworden. Darüber hinaus sind durch die Debatten der Teilnehmer auch deren Standpunkte und die zugrunde liegenden Werte offengelegt worden. Hier-

¹⁰¹ Vgl. die Darstellung anderer Formen von Mini-Publics in Abschnitt 2.3.2.

durch wurden gesellschaftliche Konfliktlinien sichtbar und es zeigten sich Hinweise auf Dissensbereiche und auf grundsätzlich konsensfähige Kriterien. Zudem wurden durch die Ergebnisse der Bürgerkonferenz andere Formen der Bürgerbeteiligung ergänzt und kontrastiert.

Während die Antworten der Befragten in Bevölkerungssurveys häufig durch soziale Reflexe geprägt zu sein scheinen (Raspe und Stumpf, 2013; Stumpf et al., 2014a), sind die Bewertungen der Bürgerkonferenzteilnehmer nach intensiven Auseinandersetzungen festgehalten worden. Einige Aspekte sind unabhängig von der Methode der unterschiedlichen Beteiligungsverfahren übereinstimmend positiv oder eindeutig negativ bewertet worden. In diesen Fällen können die Bürgerkonferenzergebnisse in Verbindung mit den Surveyergebnissen als „trusted information proxy“ (McKenzie und Warren, 2012) fungieren. D. h. die übereinstimmende Bewertung der Priorisierungskriterien ist als Signal für Außenstehende zu werten, dass hierzu nicht unbedingt weitere intensive Auseinandersetzungen geführt werden müssen. Dies kann die Vielfalt an öffentlich zu diskutierenden Aspekten begrenzen und somit die Komplexität der Priorisierungsdebatte reduzieren.

Zu einigen Aspekten haben die Teilnehmer der Bürgerkonferenz nicht eindeutig Stellung bezogen, sondern sie als „kontrovers diskutiert“ gekennzeichnet. Zudem weisen einige eher vage und wenig trennscharfe Formulierungen im Bürgervotum auf Unsicherheiten in der Bewertung bestimmter Werte und Kriterien hin. Viele dieser nicht eindeutig geklärten Aspekte – wie etwa die familiäre Verantwortung von Patienten – wurden auch in den Bevölkerungsbefragungen uneinheitlich bewertet. Einige werden im Expertendiskurs ebenfalls kontrovers diskutiert; ihre Bewertung ist offenbar noch nicht geklärt und bedarf der weiteren öffentlichen Auseinandersetzung. Die kontroversen Ergebnisse der Bürgerkonferenz können daher als Signal für die Öffentlichkeit gewertet werden, sich an weiteren Debatten zu den entsprechenden Aspekten zu beteiligen (McKenzie und Warren, 2012: 110). Im Gegensatz zu Bevölkerungsbefragungen haben die Bürgerkonferenzteilnehmer zudem auch explizit Argumente für und gegen die Berücksichtigung einzelner Kriterien entwickelt, was die weitere Diskussion zusätzlich inhaltlich bereichern kann.

Aber nicht nur die Gemeinsamkeiten zwischen Bevölkerungsbefragungen und Bürgerkonferenz sind eine wichtige Informationsquelle für die deutsche Priorisierungsdebatte. Für einige Kriterien zeigten sich auch große Unterschiede zwischen Bürgerkonferenz- und Surveyergebnissen. Dies gilt etwa für die differenzierte Bewertung des Kosten-Nutzen-Kriteriums: In den zum Vergleich herangezogenen Befragungen war dieses Kriterium mehrheitlich abgelehnt worden; im Bürgervotum wurde es grundsätzlich befürwortet, seine Anwendung jedoch durch andere Kriterien begrenzt. In diesem Punkt ähnelt das Bürgervotum stärker den internationalen Stellungnahmen zur Priorisierung als den Befragungsergebnissen. Denn auch in vielen aus-

ländischen Stellungnahmen sowie im Papier der ZEKO wird anderen Kriterien der Vorrang vor dem Kosten-Nutzen-Prinzip eingeräumt (Danish Council of Ethics, 1997: Kap. 7.6; Swedish Parliamentary Priorities Commission, 1995: 108f; ZEKO, 2007b: A-2752).

Die Ähnlichkeit mit den internationalen Stellungnahmen zur Priorisierung könnte als Argument gegen einen epistemischen Beitrag des Verfahrens verwendet werden. Denn es ließe sich daraus der Befund ableiten, dass sich die Positionen von Bürgern ohnehin mit denen der Experten decken. Da letztere darüber hinaus in der Lage sind, sehr viel ausgefeiltere Stellungnahmen zu verfassen, wären Bürgerbeiträge schlicht überflüssig.¹⁰² Aber auch die Bestätigung der internationalen Stellungnahmen und vieler im deutschen Gesundheitssystem verankerten Prinzipien durch das Bürgervotum, kann als wichtiger Beitrag zur Priorisierungsdebatte gewertet werden. Denn hiermit können die Teilnehmer das normative Gewicht der von ihnen besonders betonten Aspekte in der öffentlichen Debatte vergrößern. Diesen Effekt beschreibt Lenaghan für mehrere Citizens' Juries in Großbritannien zur Rationierung in der Gesundheitsversorgung: „Although the jury had only introduced new material at one of the sites, the recommendations had ‘added weight’ to issues which were then given [higher] priority than they had before” (Lenaghan, 1999: 58).

8.3.2 Schwierigkeiten für die Bewertung epistemischer Beiträge

Allerdings ergaben sich Schwierigkeiten für die Bewertung der epistemischen Wirkungen. So sind etwa einige Aspekte erst im Bürgervotum aufgenommen worden, nachdem die Teilnehmer von den Organisatoren oder Moderatoren darauf aufmerksam gemacht oder daran erinnert wurden (7.7.3.1 bzw. 7.7.3.2). Dies gilt z. B. für die Betonung einer *wohnortnahen Versorgung* oder von *Innovation und Fortschritt in der Medizin*. Wenn diese Aspekte lediglich die Schwerpunkte der Organisatoren und Moderatoren und nicht die Positionen der Bürger widerspiegeln, ist der originär durch die Bürger geleistete epistemische Beitrag überschätzt worden.

Auf die Gefahr der inhaltlichen Einflussnahme – insbesondere durch die Lübecker Organisatoren – hatten auch einige Referenten des wissenschaftlichen Symposiums hingewiesen (7.4.5.4). Aber wie der Vergleich mit den international diskutierten Werten, Kriterien und Verfahrensregeln zur Priorisierung zeigt, weisen die Lübecker Empfehlungen auch große Ähnlichkeiten mit vielen nationalen und internationalen Stellungnahmen zur Priorisierung auf. Insbesondere die Ausgestaltung des schwedischen Priorisierungsprozesses hat die Teilnehmer nach den Befragungen von Thorsten Meyer und Jörg Carlsson stark beeinflusst. Das schwedische Modell gilt auch in der deutschen Priorisierungsdebatte und besonders für die Arbeit der Lübecker Arbeitsgruppe als wichtiges Vorbild. Es ist daher nicht auszuschließen, dass einige

¹⁰² Dieser Argumentation ist die Autorin in verschiedenen Kontexten begegnet.

Gemeinsamkeiten des Bürgervotums mit Lübecker Positionen auch auf die Rezeption ausländischer Priorisierungserfahrungen sowohl durch die Bürgerkonferenzteilnehmer als auch durch die Lübecker Organisatoren zurückzuführen sind.

In einigen Fällen haben die Organisatoren oder Moderatoren die Teilnehmer zudem auch an Aspekte erinnert, die zuvor zwar intensiv diskutiert, während der Formulierung des Bürgervotums jedoch zunächst nicht berücksichtigt worden waren. Die Teilnehmer scheinen etwa die Rücksicht auf *kulturelle, religiöse und ethnische Hintergründe und Besonderheiten* von Patienten zunächst ohne Absicht nicht ins Bürgervotum aufgenommen zu haben. Erst durch den Beitrag der Organisatoren wurde dieser ursprünglich durch die Teilnehmer entwickelte Schwerpunkt in die Stellungnahme berücksichtigt. Offensichtlich haben sich die Hinweise von Moderatoren und Organisatoren also teilweise auch förderlich auf den epistemischen Beitrag der Konferenz ausgewirkt; denn ohne diese Beiträge wäre der genannte Schwerpunkt der Teilnehmer nach der Konferenz nicht sichtbar geworden.

Auch wenn die Bürger jedoch tatsächlich Inhalte direkt von den Organisatoren aufgenommen hätten, würde dies nicht zwingend eine unzulässige Beeinflussung belegen. Denn die Teilnehmer von Mini-Publics sollen durch möglichst ausgewogene und vollständige Informationen dazu befähigt werden, sich selbst ein Bild zu den diskutierten Inhalten zu machen. Hierfür wurden auch den Teilnehmern der Bürgerkonferenz verschiedene Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt. Falls die Bürger die Beiträge der Organisatoren vor diesem Hintergrund kritisch geprüft und diskutiert und sie anschließend für überzeugend gehalten hätten, wäre dies nicht als Manipulation, sondern als Austausch von Argumenten zwischen Organisatoren und Teilnehmern zu verstehen. Zwar haben die Teilnehmer die Beiträge der Organisatoren tatsächlich teilweise kritisch hinterfragt und dann in Einzelfällen explizit nicht berücksichtigt (7.7.3.1). Dies war jedoch nicht für alle Beiträge zu beobachten. Zudem hat die Ähnlichkeit mit den bekannten Positionen der Organisatoren und deren Anwesenheit während der Konferenzdebatten offenbar das Vertrauen Außenstehender in die Ergebnisse der Konferenzteilnehmer geschwächt. Hierdurch kann auch die Entfaltung von Potenzialen für die Weiterentwicklung öffentlicher Debatten eingeschränkt worden sein. Denn möglicherweise wurde die Stellungnahme der Bürger auch deshalb nicht als epistemischer Beitrag zur öffentlichen Debatte wahrgenommen, weil man vermutete, sie könnte durch die Organisatoren beeinflusst worden sein.

Eine zweite Schwierigkeit für die Bewertung der epistemischen Beiträge und für deren Wahrnehmung in der öffentlichen Priorisierungsdebatte ergab sich daraus, dass trotz einzelner Hinweise von Organisatoren und Moderatoren nicht alle Inhalte der Deliberation im Bürgervotum abgebildet wurden (7.7.2.3). Die Teilnehmer hatten während der qualitativen In-

terviews und ihrer gemeinsamen Beratungen zum Teil differenziertere Argumente und Standpunkte vorgebracht, die später nicht mehr aufgegriffen wurden. Diese Inhalte können zwar einen epistemischen Beitrag zur Priorisierungsdebatte in Deutschland leisten, betrachtet man jedoch lediglich das Bürgervotum als Ergebnis der Konferenz, werden diese zusätzlichen Aspekte nicht berücksichtigt. Hierdurch wird der epistemische Beitrag der Bürgerkonferenzteilnehmer möglicherweise nicht vollständig ausgeschöpft.

Daraus folgen zwei Konsequenzen für die Bewertung des epistemischen Potenzials: Auf der einen Seite wird die Entwicklung eigenständiger Argumente durch die Bürgerkonferenz möglicherweise unterschätzt, wenn lediglich das Bürgervotum und nicht auch die Debatten der Teilnehmer betrachtet werden. Auf der anderen Seite kann die Berücksichtigung von Aspekten im Bürgervotum nach Hinweisen von Organisatoren und Moderatoren zu einer Überschätzung epistemischer Beiträge führen.

Trotz dieser Schwierigkeiten für die Bewertung der epistemischen Potenziale werden die Schwerpunkte und Argumente der Teilnehmer hier als wichtige Ergebnisse der Bürgerkonferenz gewertet. Die Lübecker Konferenzteilnehmer haben gezeigt, dass sie zu einer differenzierten Bewertung der komplexen Thematik beitragen konnten. Damit bestätigen sie die Ergebnisse anderer Verfahren, in denen Bürger ebenfalls einen substantiellen Beitrag zu Fragen der Priorisierung und Allokation im Gesundheitswesen geleistet haben, nachdem sie Zeit zur Einarbeitung und Deliberation erhalten hatten (z. B. Bowie et al., 1995; Lenaghan, 1999: 53; Cookson und Dolan, 1999; Murphy, 2005; Menon und Stafinski, 2008).

8.4 VERWIRKLICHUNG VON POTENZIALEN FÜR DIE ANREGUNG ÖFFENTLICHER DEBATTEN

Ob die epistemischen Beiträge einer Mini-Public tatsächlich eine Wirkung in der öffentlichen Debatte zur behandelten Fragestellung entfalten und hier zur Entwicklung der Meinungs- und Willensbildung der beteiligten Akteure beitragen können, hängt von vielen Faktoren ab. Diese werden im Folgenden diskutiert: Zunächst müssen die Ergebnisse der Bürgerdebatten in der öffentlichen Debatte Resonanz erzeugen (Abschnitt 8.4.1). D. h. die an der öffentlichen Debatte beteiligten Akteure müssen die Ergebnisse wahrnehmen und darauf eingehen. Hierfür sind sowohl die Qualität der Bürgerempfehlungen (8.4.2) sowie die Legitimität ausschlaggebend, die den Konferenzergebnissen zugeschrieben wird (8.4.3). Unabhängig von der direkten Resonanz, die die Bürgerkonferenz erzeugt, kann sich eine Wirkung auf die deutsche Priorisierungsdebatte auch über die Rezeption der Konferenzergebnisse durch die Organisatoren entfalten (8.4.4).

8.4.1 *Mediales Interesse und öffentliche Resonanz zur Bürgerkonferenz*

Insgesamt war das Interesse Außenstehender an den Ergebnissen der Bürgerkonferenz eher gering. Dies gilt sowohl für die mediale Berichterstattung, für potenzielle Entscheidungsträger, denen das Bürgervotum postalisch zugesandt worden war, für persönliche Kontakte der Organisatoren sowie für die von den Teilnehmern berichteten Erfahrungen in ihrem Umfeld. Die meisten Rückmeldungen und medialen Berichte fokussierten auf den beispielhaften Charakter des Projekts als diskursorientiertes Verfahren zur Beteiligung von Bürgern an Priorisierungsfragen. Konkrete Inhalte der Konferenz und Empfehlungen der Bürger spielten eine untergeordnete Rolle. Dadurch gelangten die detaillierten Ergebnisse und die epistemischen Beiträge der Bürgerkonferenzteilnehmer nicht an die breitere Öffentlichkeit und ein inhaltlicher Einfluss auf die öffentliche Priorisierungsdebatte war kaum möglich.

Das geringe Interesse der Öffentlichkeit und die Selektion von Einzelaspekten durch die Medien stellen eine häufige Schwierigkeit für die Verbreitung von Ergebnissen deliberativer Mini-Publics dar (Parkinson, 2006c; vgl. auch Smith, 2009: 102f). Auch Hüller berichtet für eine europäische Mini-Public von geringem inhaltlichen Interesse der Medien: „neither the discussions, nor the results of the conferences were sufficiently covered by the mass media“ (Hüller, 2010: 96). Die Medien hätten sich stärker für das Verfahren an sich und die angewandten Methoden interessiert. Nach der Analyse kommt Hüller (2010) deshalb zu eher pessimistischen Schlussfolgerungen in Bezug auf die Auswirkungen und den normativen Status des Verfahrens in der öffentlichen Debatte. Diese Bewertung lässt sich auch auf die Lübecker Bürgerkonferenz übertragen.

Das allgemein begrenzte Interesse der Öffentlichkeit an den Inhalten und Ergebnissen von Mini-Publics könnte für die Lübecker Bürgerkonferenz zusätzlich durch die Eigenschaften der Priorisierungsthematik selbst eingeschränkt gewesen sein. Grundsätzlich konzentriert sich besonders die massenmediale Berichterstattung auf Themen, die eine möglichst breite Öffentlichkeit – oder zumindest die jeweilige Zielgruppe eines Mediums – ansprechen (vgl. 3.2.4.1). Auch Schicktanz weist darauf hin, dass der Gegenstand eines Beteiligungsverfahrens ein Mindestmaß an politischer und wissenschaftlicher Aktualität besitzen sollte, um in der Öffentlichkeit wahrgenommen zu werden (Schicktanz, 2006: 120). Dies galt zumindest im Jahr 2010 noch nicht für die Priorisierungsthematik in Deutschland. Im Gegenteil bemühten sich insbesondere Politik und Kostenträger aktiv um die Vermeidung einer breiten öffentlichen Priorisierungsdebatte in Deutschland (vgl. 4.2.5). Wenn die Debatte insgesamt vermieden werden sollte, waren unter Umständen auch die Beiträge von Bürgern hierzu uninteressant oder sogar politisch unerwünscht. Hierfür spricht etwa, dass sich überwiegend Fachzeitschriften oder andere Medien mit direktem Bezug zum Gesundheitssystem für die Bürgerkonferenz

interessiert haben – wenn auch ebenfalls in begrenztem Umfang. Die Konzentration von medialer und persönlicher Resonanz zur Bürgerkonferenz auf die Methode und die Beteiligung von Bürgern an Priorisierungsfragen könnte ebenso auf den unterentwickelten Diskussionsstand zurückzuführen sein. Denn dieser Fokus war möglicherweise für eine breite Öffentlichkeit leichter zu erfassen und von größerem Interesse als die konkreten Inhalte und Ergebnisse der Konferenz.

8.4.2 *Qualität und Anwendbarkeit des Bürgervotums*

Neben dem allgemein geringen Interesse der Medien nennt Hüller verschiedene im Verfahren selbst begründete Hindernisse für einen Beitrag der europäischen Mini-Public zur öffentlichen Debatte. So seien die Empfehlungen der Teilnehmer dieser Mini-Public eher vage geblieben, sie stellten kaum eine umsetzbare Lösung für die diskutierten Fragen dar (Hüller, 2010: 95). Diese Problematik wurde von den Referenten des wissenschaftlichen Symposiums auch für die Lübecker Bürgerkonferenz diskutiert (7.4.5.5). Diese wiesen auf Ungenauigkeiten und zu geringe Differenzierung im Bürgervotum hin. Daher sei eine Berücksichtigung der Ergebnisse der Bürger im Expertendiskurs schwierig. Allerdings ist eine Auseinandersetzung mit den Werten, Kriterien und Verfahrensregeln zur Priorisierung auf dem analytischen Niveau und im Duktus einer wissenschaftlichen Publikation von „gewöhnlichen Bürgern“ kaum zu erwarten und gehört auch nicht zu den Zielen eines solchen Beteiligungsverfahrens. Vielmehr geht es gerade darum, dass die Bürger sich ihre eigene Positionen entwickeln und diese den Perspektiven anderer Akteure entgegenstellen können. Hierdurch wird ein argumentativer Austausch zwischen den Positionen der verschiedenen Akteursgruppen möglich, der die Prozesse der öffentlichen Meinungs- und Willensbildung positiv beeinflussen kann. So hat nach Meinung einiger Referenten des Symposiums auch das Lübecker Bürgervotum wichtige Hinweise auf Schwerpunkte der Bürger geliefert, die den Expertendiskurs informieren können. Eine genauere Bestimmung und Abgrenzung einzelner Aspekte und die differenziertere Darstellung von Argumenten für und gegen die genannten Werte und Kriterien zur Priorisierung hätte jedoch eine argumentative Auseinandersetzung und eine Antwort vonseiten anderer Akteursgruppen erleichtert.

8.4.3 *Legitimität der Ergebnisse*

Eine weitere Schwierigkeit für die Anregung und eine inhaltliche Bereicherung der öffentlichen Debatte stellt auch die Ähnlichkeit der Stellungnahme der Teilnehmer mit Lübecker Positionen dar. Diese delegitimierte die Ergebnisse der Bürgerkonferenz, was sowohl in den Beiträgen zum wissenschaftlichen Symposium als auch in den Ergebnissen der Befragung von Votumsempfängern sichtbar wurde. Möglicherweise hat zusätzlich das für den Kontext der

Medizin und Versorgungsforschung ungewohnte Format des Beteiligungsverfahrens das Vertrauen in dessen Ergebnisse reduziert. Darauf weist die Frage nach der Repräsentativität einer derart kleinen und zudem regionalen Gruppe von Bürgern hin, mit der die Organisatoren häufig konfrontiert wurden.¹⁰³ Es wurde insbesondere die Validität und Generalisierbarkeit der inhaltlichen Ergebnisse der Konferenz infrage gestellt. Dies ist ein Einwand, der häufig gegen die Beteiligung einer begrenzten Anzahl von Bürgern zu Priorisierungsfragen eingebracht wird (Bruni et al., 2008: 16; vgl. auch Donovan und Coast, 1996: 210). Auch innerhalb der deliberativen Demokratietheorie ist das Problem der Repräsentativität von Teilnehmern einer Mini-Public intensiv diskutiert worden (vgl. Parkinson, 2003; 2006a; Dryzek, 2010). Allerdings zielt eine Mini-Public innerhalb eines größeren deliberativen Systems nicht auf die repräsentative – im Sinne einer quotenmäßig adäquaten – Abbildung der allgemeinen Bevölkerungsperspektive. Andere Beteiligungsverfahren, Expertendiskurse und die Auseinandersetzungen von legitimen Entscheidungsträger sollen durch ein solches Verfahren nicht ersetzt, sondern lediglich ergänzt und bereichert werden. D. h. es wird ein argumentativer Beitrag zu den öffentlichen Prozessen der Meinungs- und Willensbildung innerhalb eines deliberativen Systems angestrebt. Für einen solchen Beitrag ist nicht die statistische Repräsentativität oder die legitime Delegation der Teilnehmer ausschlaggebend (Goodin und Dryzek, 2006: 221), sondern deren Diversität und ihre Orientierung an einer rational begründbaren Lösung der diskutierten Fragestellung (Bruni et al., 2008: 16; vgl. z. B. Edwards et al., 2008; Riedy und Herriman, 2011; Smith, 2009: 83; McKenzie und Warren, 2012: 105ff; und insb. Molster et al., 2011). Diese Anforderungen wurden von der Lübecker Bürgerkonferenz zumindest tendenziell erfüllt.

8.4.4 Rezeption der Bürgerkonferenz durch die Organisatoren

Eine wichtige Folge der Lübecker Bürgerkonferenz, die in den dargestellten Ergebnissen nicht sichtbar wurde, ist die Beeinflussung der weiteren Forschungsarbeit der Organisatoren. So hat etwa die Erkenntnis, dass Bürger sich eine Beteiligung an der Debatte wünschen und dass sie auch dazu in der Lage sind, hierzu einen substanziellen Beitrag zu leisten, zur Entwicklung des in Abschnitt 4.3.4 dargestellten Schemas der Priorisierungsphasen beigetragen. Die Organisatoren berichteten zudem in verschiedenen eingeladenen Vorträgen über die Bürgerkonferenz und ihre Empfehlungen. Viele von den Teilnehmern besonders betonte Aspekte wurden auch in der Lübecker Arbeitsgruppe intensiv diskutiert. Einige wurden schließlich während der Erarbeitung einer Priorisierungsleitlinie nach schwedischem Vorbild im Kontext des Lübecker Teilprojekts der DFG-Forschergruppe 655 berücksichtigt. Dies gilt beispielsweise für die von

¹⁰³ Zwar zeigte sich diese Frage nicht in den für diese Arbeit ausgewerteten Rückmeldungen, in anderen Kontexten – etwa als Reaktion auf Vorträge der Autorin – wurde sie jedoch regelmäßig diskutiert.

den Bürgern betonte Bedeutung von kulturellen Besonderheiten für die Priorisierung oder die geforderte Option für die (sozial) Schwachen. Auch über diesen Umweg haben die Ergebnisse der Bürgerkonferenz somit die Auseinandersetzung mit Priorisierungsfragen beeinflusst.

8.5 ENTFALTUNG POLITISCHER POTENZIALE

Die Entfaltung politischer Potentiale durch die Lübecker Bürgerkonferenz war insbesondere dadurch eingeschränkt, dass zum Zeitpunkt der Konferenz in Deutschland noch keine konkreten Priorisierungsverfahren geplant waren. Es gab somit weder Entscheidungsträger, deren Arbeit durch die Bürgerkonferenz unmittelbar hätte beraten oder direkt beeinflusst werden können; noch waren bereits Policy-Vorschläge für den deutschen Kontext entwickelt worden, die die Bürgerkonferenzteilnehmer hätten bewerten können. Aber die Bürger haben sich in ihren Debatten ausführlich mit ausländischen Vorschlägen und Erfahrungen zur Priorisierung beschäftigt, die zum Teil auch im Expertendiskurs explizit als Vorbilder für den deutschen Kontext zitiert werden (vgl. u. a. Marckmann, 2009; Meyer und Raspe, 2009c; a; Raspe und Meyer, 2009; Stumpf et al., 2011; Raspe, 2011). Insbesondere das schwedische Modell zur Priorisierung bewerteten die Teilnehmer durchweg positiv. Sie befürworteten den transparenten Prozess und die dort geführte vorbereitende gesellschaftliche Diskussion über die normativen Grundlagen der Priorisierung. Auch, dass die Priorisierungsdebatte in Schweden von Mitgliedern des Parlaments angeregt und auf nationaler Ebene geführt wurde, begrüßten die Lübecker Bürger. Schließlich zeigten sich im Bürgervotum viele Übereinstimmungen mit der ethischen Plattform, in der die schwedische Parlamentskommission Werte und Kriterien zur Priorisierung festgehalten hatte. Die Bürgerkonferenzteilnehmer äußerten jedoch auch Bedenken hinsichtlich der Anwendbarkeit des schwedischen Modells in Deutschland. Sie wiesen insbesondere auf die Unterschiedlichkeit des politischen und Gesundheitssystems in Schweden hin.

Insgesamt kann die Bewertung der schwedischen und anderer ausländischer Beispiele durch die Teilnehmer als „market testing“ gewertet werden. Die ausländischen Erfahrungen wurden im Hinblick auf ihre Anwendung in Deutschland diskutiert und insofern als Policy-Vorschläge für Deutschland behandelt. Die Argumente und Bedenken der Teilnehmer können dann als Hinweise auf potenzielle Reaktionen der breiten Öffentlichkeit auf solche Vorschläge dienen (vgl. Goodin und Dryzek, 2006: 229ff; Dryzek, 2010: 169).

Zudem erfüllte die Lübecker Bürgerkonferenz auch die Eigenschaften einer „anticipatory public“ (McKenzie und Warren, 2012). Die Teilnehmer diskutierten über ein Thema, das in der Öffentlichkeit noch kaum präsent war. Daher hatten sich hierzu auch noch keine Meinungen oder Präferenzen ausgebildet. Die Reaktionen der Bürger auf dieses Thema kann dann

auch zur Antizipation öffentlicher Reaktionen hierauf dienen. McKenzie und Warren zeigen eine solche Wirkung für eine Mini-Public zur Einrichtung einer regionalen Biobank in British Columbia (ebd.: 119, 122). Dort hatten die Teilnehmer sich für die Institutionalisierung von Strukturen ausgesprochen, die den Missbrauch der Biobank und der dort aufbewahrten Proben verhindern konnten. Hierdurch haben die dortigen Entscheidungsträger Hinweise auf Bedürfnisse und Wünsche der Bürger erhalten.

Für die Lübecker Konferenz wurde gezeigt, dass sich die anfänglichen Vorbehalte der Teilnehmer gegen eine Priorisierung in der medizinischen Versorgung im Verlauf der Debatten stark reduziert haben. Zudem haben die Teilnehmer viele durch die Komplexität der Thematik verursachte Herausforderungen selbstständig bewältigt. Erst hierdurch ist eine konstruktive und differenzierte Debatte zu den normativen Grundlagen der Priorisierung und ein Beitrag von Bürgern zu deren Klärung möglich geworden. Die veränderte Haltung der Teilnehmer gegenüber der Priorisierungsthematik weist darauf hin, dass sich ad-hoc-Widerstände möglicherweise auch in der Gesamtbevölkerung durch Informationen und eine intensivere Auseinandersetzung mit der Thematik überwinden lassen. Das Signal, dass „gewöhnliche Bürger“ willens und in der Lage sind, auch komplexe Inhalte auf hohem Niveau zu diskutieren, gilt als ein wichtiges Ergebnis deliberativer Verfahren (vgl. Niemeyer, 2004; Secko et al., 2009; Coote und Lenaghan, 1997: 88f; De Vries et al., 2010; Scully et al., 2006). Dies gilt gerade im stark expertendominierten und bislang kaum öffentlich geführten Diskurs zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung.

8.6 SCHWIERIGKEITEN UND HINDERNISSE FÜR DIE POTENZIAL-ENTFALTUNG

Während der Auswertung des Materials zur Lübecker Bürgerkonferenz haben sich einige Faktoren gezeigt, die sich eher hinderlich auf die Entfaltung der verschiedenen Potenziale ausgewirkt haben. Diese werden im Folgenden zusammenfassend diskutiert. Hierzu gehören etwa die Einschränkungen der Erfüllung von Qualitätsmerkmalen (Abschnitt 8.6.1) sowie die Themenwahl (8.6.2) und die Formulierung der konkreten Fragestellung an die Bürger (8.6.2). Auch die Unklarheit über Adressaten und Zielgruppe der Bürgerkonferenz (8.6.4) und die schwierige Bereitstellung von ausgewogenen und umfassenden Informationen (8.6.5) erwiesen sich als Schwierigkeiten. Als weitere hinderliche Faktoren zeigten sich der potenzielle Einfluss der Organisatoren (8.6.6) und der aus Teilnehmersicht nicht optimale Umgang mit den begrenzten Zeitressourcen (8.6.7). Schließlich stellte die Zusammenfassung der Konferenzergebnisse in Form einer schriftlichen Stellungnahme eine Herausforderung dar (8.6.8).

8.6.1 *Eingeschränkte Erfüllung von Qualitätsmerkmalen*

Zwar war die Rekrutierung einer möglichst diversen Teilnehmergruppe für die Lübecker Bürgerkonferenz angestrebt worden, aufgrund unterschiedlicher Beteiligungsraten einzelner Personengruppen konnte dieses Ziel jedoch nicht in vollem Umfang erreicht werden. So hatten sich nur wenige jüngere Personen und solche mit geringerer Schulbildung zur Teilnahme an der Konferenz bereit erklärt. Aufgrund von Ausfällen potenzieller Teilnehmer vor der Konferenz nahmen schließlich auch deutlich weniger Frauen als Männer teil. Dies weist auf ein typisches Problem deliberativer Mini-Publics hin: Sie sprechen bestimmte Personengruppen an, während andere sich seltener beteiligen. Insgesamt hatten sich in Lübeck von 2990 erreichbaren Personen nur 239 (8 %) überhaupt für eine Teilnahme interessiert. Nach einem weiteren Informationsschreiben, in dem darauf hingewiesen wurde, dass alle Personen an allen vier Konferenzwochenenden teilnehmen sollten, bewarben sich 38 Personen für die Teilnahme an der Konferenz.¹⁰⁴ Ein Vergleich mit ähnlichen Verfahren zeigt zum Teil noch niedrigere Beteiligungsraten. So interessierten sich 255 von 10 000 (2,6 %) Angeschriebenen für die Teilnahme an der ersten deutschen Bürgerkonferenz zur Gendiagnostik im Jahr 2001 (Schick Tanz und Naumann, 2003a). Der Abschlussbericht zum Forschungsprojekt „Wissenschaft debattieren“, in dem mehrere Diskursverfahren im Hinblick auf ihre Potenziale für die Wissenschaftskommunikation untersucht wurden, spricht sogar von teilweise unter 0,5 % Ansprechrate bei zufällig ausgewählten und eingeladenen Teilnehmern (Münder und Renn, 2011). Die Teilnahme rate in Lübeck war damit weder besonders hoch noch auffallend niedrig.

Die Nicht-Erfüllung der Qualitätsmerkmale für die Teilnehmerrekrutierung ist besonders problematisch, wenn die teilnehmenden Personen über zuvor festgelegte Standpunkte verfügen (vgl. 3.2.1.1). Zwar haben die Lübecker Teilnehmer nicht offensichtlich vordefinierte Positionen vertreten, einige fokussierten jedoch teilweise auf eigene inhaltliche Schwerpunkte. Dies erschwerte in einigen Phasen die Bearbeitung der gemeinsamen Fragestellung und hat sich dann negativ auf die Qualität der Debatten ausgewirkt (7.6.1.2). Insgesamt war die Qualität der Deliberation während der Lübecker Bürgerkonferenz zum Teil eingeschränkt. So war der Verlauf der Debatten häufig unübersichtlich und die Teilnehmer zählten einzelne Aspekte auf oder äußerten ihre Standpunkte, ohne diese zu begründen oder explizit Bezug auf die Argumente anderer zu nehmen. Zwar werden die Rationalität der Argumentation und die Begründung der eigenen Positionen nicht als unbedingte Voraussetzungen für die positiven Wirkungen deliberativer Prozesse bewertet (vgl. Abschnitt 2.1.2.1); das Diskursverhalten der Bürgerkonferenzteilnehmer hat jedoch die intensive Auseinandersetzung mit den jeweiligen Wer-

¹⁰⁴ Dies entspricht einem Anteil von 1,3 % der ursprünglich Angeschriebenen.

ten und Kriterien erschwert und damit die Möglichkeiten der Meinungs- und Willensbildung der Teilnehmer eingeschränkt.

8.6.2 Themenwahl

Die unter dem Oberbegriff der Komplexität dargestellten Charakteristika der Priorisierungsthematik haben sich auf verschiedene Weise als Herausforderungen für die Lübecker Bürgerkonferenz erwiesen. Die Priorisierungsthematik war nicht nur in Deutschland bislang kaum öffentlich diskutiert worden, sie berührte auch normativ anspruchsvolle und im internationalen Expertendiskurs teilweise widersprüchlich beantwortete Fragen. Zudem erforderte die konkrete Fragestellung der Lübecker Konferenz die Auseinandersetzung mit einer Vielfalt unterschiedlicher Aspekte auf einem hohen Abstraktionsniveau.

Allerdings gelten gerade deliberative Verfahren als besonders geeignet zur Beteiligung von Bürgern an solchen in mehrfacher Hinsicht komplexen Fragestellungen (vgl. Dryzek, 2010: 158f; Andersen und Hansen, 2007: 552; McKenzie und Warren, 2012). Dies hat sich für die Lübecker Bürgerkonferenz insbesondere im Umgang der Teilnehmer mit der politischen Komplexität gezeigt (7.7.1.2). Einzelne Bürger drückten zwar ein Gefühl der Überforderung angesichts der vielfältigen zu berücksichtigenden Werte und Argumente aus. Die damit verbundenen Herausforderungen haben die Teilnehmer jedoch weitgehend bewältigt. Durch ihre Debatten haben sie sogar teilweise zur Reduktion der politischen Komplexität beigetragen – etwa durch die Kennzeichnung kontrovers diskutierter und grundsätzlich konsensfähiger Kriterien und durch die Identifikation von Konfliktlinien.

Auch für die Klärung temporal komplexer Fragestellungen bieten deliberative Verfahren Vorteile im Gegensatz zu anderen Beteiligungsmethoden. Denn die Teilnehmer haben zu solchen Themen häufig zuvor noch keine Meinung entwickelt, die sie dann etwa in Befragungen angeben könnten (McKenzie und Warren, 2012: 119). Im Rahmen der gemeinsamen Deliberation erhalten sie erst die Möglichkeit, Argumente und eigene Standpunkte zu entwickeln. Unmittelbare, negative Auswirkungen der temporalen Komplexität auf die Debatten der Teilnehmer haben sich nicht gezeigt (7.7.1.3).

Für technisch komplexe Themen eignen sich deliberative Verfahren ebenfalls besonders gut. Dies zeigen Erfahrungen mit anderen Mini-Publics zu hoch komplexen und vielfältigen Themengebieten – etwa das Australian Citizens' Parliament zur Zukunft der Demokratie in Australien (Dryzek, 2009; Hartz-Karp et al., 2010) oder verschiedene Mini-Publics zu bioethischen Fragen, wie die erste deutsche Bürgerkonferenz zur Gendiagnostik (Schicktanz und Naumann, 2003b). Offenbar ist es den Teilnehmern dieser Verfahren gelungen, sich selbstständig über die komplexen Fragestellungen zu beraten und hierüber zu einer eigenständigen

Stellungnahme zu gelangen. Auch den Lübecker Teilnehmern ist dies zumindest phasenweise gelungen.

8.6.3 Mangelnde Eingrenzung der Fragestellung für die Teilnehmer

Insgesamt führte nicht die Komplexität der Priorisierungsthematik zu nachhaltigen Schwierigkeiten, sondern die Formulierung der an die Bürger gerichtete Frage. Diese war bewusst offen formuliert worden, um den Teilnehmern die Möglichkeit zu geben, ihre eigene Agenda zu bestimmen. Dies hat jedoch zu Unsicherheiten geführt und die Bürger teilweise überfordert (7.7.2.1). Auf Grundlage ähnlicher Befunde argumentieren Rowe und Frewer für die möglichst konkrete Ausformulierung der Fragestellung vor einer Mini-Public (Rowe und Frewer, 2000: 16). Einige Autoren kommen nach der Analyse verschiedener Mini-Publics zu gesundheitspolitischen Themen ebenfalls zu dem Schluss, dass die Fragestellung einer Mini-Public möglichst stark eingegrenzt und klar strukturiert sein sollte, um die Teilnehmer nicht zu überfordern (Abelson et al., 2007a: 2125; Parkinson, 2006a: 131): „A common finding was that [citizens'] juries are better able to engage with focused questions about specific, tangible issues, rather than large scale problems, such as how to finance the health care system“ (Lenaghan 1999: 53). Dies sei die Voraussetzung für eine erfolgreiche Durchführung der Mini-Public und für einen substantiellen Beitrag der Teilnehmer zur allgemeinen Debatte. Die Fragestellung der Lübecker Konferenz hat diese Kriterien nicht erfüllt.

Die Mainzer Bürgerkonferenz zu den Verfahrensregeln für Verteilungsentscheidungen im Gesundheitswesen hat eine im Vorfeld klar definierte Fragestellung an die Teilnehmer formuliert (vgl. Landwehr, 2014). Allerdings zeigte sich im Bürgervotum dieser Konferenz, dass auch hier Begriffe unscharf verwendet wurden und viele Aussagen recht unpräzise formuliert waren. Dies weist auf ähnliche Schwierigkeiten hin, wie sie die Teilnehmer der Lübecker Konferenz hatten. Allein die Begrenzung der Fragestellung scheint diese Schwierigkeiten somit nicht zu beheben.

Aber nicht nur die Unklarheit über die zu bearbeitende Agenda, sondern auch das breite Themenspektrum, dass durch die Frage an die Lübecker Bürger angesprochen wurde, stellten eine Herausforderung für die Teilnehmer dar. Es waren nicht Lösungsvorschläge zur Bewertung vorgelegt oder die zu berücksichtigenden Aspekte im Vorfeld eingeschränkt worden, sondern die Teilnehmer sollten eigenständig Werte, Kriterien und Verfahrensregeln zur Priorisierung identifizieren und bewerten. Über den hierfür erforderlichen grundlegenden Überblick über alle Facetten der Fragestellung verfügten die Teilnehmer jedoch nicht. Auch Felt und Fochler (Felt und Fochler, 2010) weisen darauf hin, dass Teilnehmern von Mini-Publics gerade in der Auseinandersetzung mit öffentlich noch unterbelichteten Themen häufig der externe

Bezugsrahmen und die Referenz für eigene Diskussionen fehlt. Daher sind sie zur Diskussion solcher Themen besonders auf eine Eingrenzung der Fragestellung angewiesen. So hätte man die Teilnehmer beispielsweise um die Bewertung von vorher bestimmten, bereits diskutierten Priorisierungskriterien bitten können oder sie ausschließlich nach den aus ihrer Sicht wünschenswerten Verfahrensregeln für eine Priorisierung fragen können. Dies hätte den Umfang an zu berücksichtigten Aspekten eingeschränkt und die Teilnehmer hätten sich primär auf die Bewertung der einzelnen Aspekte konzentrieren können. Dabei ist jedoch zu beachten, dass auch die Eingrenzung der Fragestellung durch die Organisatoren einer Mini-Public Gefahren birgt. Insbesondere beeinflusst dies nicht nur den Fokus der Debatten, sondern auch die Inhalte der Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Teilnehmer (Smith, 2009: 89f; Price, 2000).

Schließlich könnte auch die Frage nach der Axiologie und Kriteriologie zur Priorisierung selbst eine Schwierigkeit für die Teilnehmer dargestellt haben. Denn diese inhaltliche Ausrichtung setzt voraus, dass die Suche nach abstrakten Prinzipien zur Strukturierung und normativen Vorbereitung späterer konkreter Entscheidungen überhaupt der Denkweise der Bürgerkonferenzteilnehmer entsprach. Während unter Experten eine solche axiomatische Denk- und Argumentationsstruktur üblich ist, kann hiervon für „gewöhnliche Bürger“ nicht ausgegangen werden. Diese sind u. U. stärker daran gewöhnt, konkrete Entscheidungen oder Tatsachen ad hoc normativ zu bewerten, ohne hierfür im Vorfeld Prinzipien zu formulieren.

8.6.4 Unklarheit über Adressaten und mangelnder Kontakt zu einer Zielgruppe

Eine Schwierigkeit, die eng mit der Themenwahl zusammenhängt, stellte die Unklarheit über die Zielgruppe der Bürgerkonferenzergebnisse dar. Für die Priorisierungsthematik konnten keine potenziellen Entscheidungsträger identifiziert werden. Auch eine breite öffentliche Debatte war zum Zeitpunkt der Bürgerkonferenz noch nicht im Gange. Daher war es für die Teilnehmer schwierig, eindeutige Adressaten für ihre Empfehlungen auszumachen und das Votum zielgruppenspezifisch zu formulieren. Hierdurch ergaben sich nicht nur Unsicherheiten während der Formulierungsarbeit, sondern die Teilnehmer zeigten sich auch frustriert. Denn sie bewerteten die Identifikation von direkten Ansprechpartnern und den Kontakt zu diesen als Voraussetzung für einen inhaltlichen Einfluss ihrer Ergebnisse. Da diese Bedingungen nicht erfüllt waren, schätzten sie die Chancen auf tatsächliche Wirkungen ihrer Stellungnahme als eher schlecht ein.

In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass die Motivation der Teilnehmer maßgeblich von ihrer Erwartung an die Wirksamkeit der eigenen Stellungnahme abhängt (Smith und Wales, 2000: 60ff; Parkinson, 2006a: 64; Ryfe, 2005: 61, 63f). Smith und Weales schlagen des-

halb vor, dass die Adressaten von Mini-Publics sich bereits im Vorfeld dazu verpflichten sollten, zumindest auf die Stellungnahme der Teilnehmer zu reagieren (Smith und Wales, 2000: 60ff). Wenn sich keine unmittelbaren Adressaten für die Bürgerempfehlungen identifizieren lassen wie im Falle der Lübecker Bürgerkonferenz, sollte zumindest im Vorfeld geklärt werden, an wen sich die Stellungnahme der Teilnehmer primär richtet und wie sie der Zielgruppe zugänglich gemacht wird.

8.6.5 Schwierige Bereitstellung von Informationsmaterialien

Mithilfe der durch die Organisatoren bereitgestellten Informationsmaterialien sollte der Informationsbedarf der Teilnehmer gedeckt werden, ohne sie durch zu detaillierte und zu umfangreiche Materialien zu überfordern. Die Erstellung von Informationsmaterialien für die Lübecker Bürgerkonferenz war aufgrund der geringen Publizität der Priorisierungsthematik eine besondere Herausforderung. Denn diese führte zu einem großen Informationsbedarf der Teilnehmer, da sie zuvor noch nicht mit der Thematik in Kontakt gekommen waren. Zum anderen fehlte es an frei verfügbaren, unabhängigen und allgemein verständlichen Informationen zur Priorisierung. Zwar waren bereits verschiedene Veröffentlichungen zum Thema erschienen, diese waren jedoch häufig eher an ein fachöffentliches Publikum gerichtet und viele deutschsprachige Publikationen stammten aus der Lübecker Arbeitsgruppe. Daher lag die Bereitstellung von Informationen allein in der Hand der Organisatoren, was die Gefahr einer einseitigen Verzerrung der Materialien erhöhte.

Eine weitere Schwierigkeit ergab sich durch die politische Komplexität der Priorisierungsthematik: Das sowohl in der deutschen Öffentlichkeit als auch unter Experten umstrittene Verständnis des Priorisierungsbegriffs erschwerte die Erstellung von ausgewogenem und zugleich überschaubarem Informationsmaterial zusätzlich. Denn einerseits barg die Fokussierung auf eine bestimmte Definition die Gefahr der einseitigen inhaltlichen Beeinflussung der Teilnehmer; eine Berücksichtigung aller verschiedenen Positionen und ihrer jeweiligen Implikationen hätte andererseits jedoch den Umfang des Informationsmaterials stark erhöht. Gleiches gilt für die Vielfalt an zu berücksichtigenden Werten und Kriterien. Deren detaillierte Beschreibung und eine Darstellung der jeweils für und gegen ihre Berücksichtigung bereits entwickelten Argumente hätte zu einem sehr großen Umfang des Informationsmaterials geführt.

Um angesichts dieser Schwierigkeiten die Ausgewogenheit und Vollständigkeit des Materials für die Teilnehmer zu gewährleisten und gleichzeitig dessen Umfang zu begrenzen, musste daher ein Kompromiss gefunden werden. So wurden zwar der Priorisierungsbegriff und die wichtigsten international diskutierten Werte und Kriterien in den Informationsschreiben erläutert; auf die detaillierte Abwägungen zwischen verschiedenen Positionen wurden je-

doch weitgehend verzichtet. Um die Gefahr einer inhaltlichen Beeinflussung möglichst zu begrenzen waren die Materialien nicht als feststehende Tatsachen, sondern explizit als Anregung und Diskussionsanstöße und in Form offener Fragen formuliert worden. Diese Unverbindlichkeit stellte die Teilnehmer jedoch vor eine Herausforderung: Sie mussten sich selbst ein Bild über die für ihre gemeinsame Fragestellung relevanten Aspekte machen und ihren Informationsbedarf weitgehend selbstständig identifizieren. Hierfür hätte es zumindest einen groben Überblick über die vielfältigen Perspektiven und Ansichten zur Priorisierungsthematik bedurft, über den die Teilnehmer jedoch nicht bereits zu Beginn der Konferenz verfügten.

Dieser fehlende Überblick über die international bereits diskutierten Aspekte der Priorisierung könnte die in einigen Beiträgen des wissenschaftlichen Symposiums bemängelte geringe Anschlussfähigkeit des Bürgervotums an den Expertendiskurs erklären. Die Referenten hatten kritisiert, dass die Ausführungen der Bürger zu einzelnen Werten und Kriterien nicht sehr differenziert waren und dass einige Begriffe unklar oder sogar falsch verwendet worden seien (7.4.5.5). Im Expertendiskurs seien jedoch Begriffsdefinitionen oder die Ordnung von Kategorien bestimmter Kriterien bereits geklärt. Da solche Begriffe von den Teilnehmern teilweise anders verwendet worden sind, war ein substanzieller Beitrag zur expertendominierten deutschen Priorisierungsdebatte schwierig. Aber auch während der Teilnehmerdebatten selbst entstanden vereinzelt Missverständnisse über die Verwendung von Begriffen oder die Definition bestimmter Aspekte. Hätten die Teilnehmer bereits zu Beginn der Konferenz über detailliertere Informationen zum Stand des Expertendiskurses oder über die Verwendung von Begriffen verfügt, hätten sie möglicherweise interne Missverständnisse verhindern und ihre Stellungnahme präziser formulieren können. Auch wenn Bürger im Vergleich zu Experten eine systematisch andere Denk- und Argumentationsstruktur besitzen, hätten die Teilnehmer explizit dazu Stellung nehmen können, wenn sie detaillierter über die Expertendiskurse und deren Struktur informiert worden wären. Auch eine solche explizite Abgrenzung von bestimmten Merkmalen des Expertendiskurses hätte einen wichtigen Beitrag der Bürgerkonferenz zum Verständnis und zur Weiterentwicklung der Priorisierungsdebatte leisten können.

Aber, auch wenn eine umfassendere, das Feld analysierende Information der Teilnehmer Schwierigkeiten während der Debatten reduziert hätte: Es bleibt unklar, in welchem Umfang die Teilnehmer diese Informationen im Rahmen der Bürgerkonferenz hätten verarbeiten können. Bereits die möglichst knapp gehaltenen im Vorfeld der Konferenz versandten Informationsmaterialien wurden von den Bürgern während ihrer Debatten kaum berücksichtigt. Einige gaben an, dass sie nicht sämtliche vor der Konferenz und zwischen den Wochenenden versandten Materialien haben durchsehen können. Dies weist darauf hin, dass der Umfang der Unterlagen trotz der Bemühungen um knappe Informationen für diese Teilnehmer zu groß

war. Möglicherweise war auch die schriftliche Form der Information für die Bürger ungewohnt. Die Teilnehmer der Dresdner Bürgerkonferenz zur Gendiagnostik wurden etwa am ersten Konferenzwochenende bei der Einarbeitung ins Thema von einem Wissenschaftsjournalisten begleitet und unterstützt (Schicktanz und Naumann, 2003a: 61). Dieser war zum einen in der Vermittlung komplexer Inhalte an ein Laienpublikum geschult und reduzierte die Gefahr der einseitigen inhaltlichen Einflussnahme vonseiten der Organisatoren. In Lübeck stand am ersten Wochenende zwar Silke Schicktanz als externe Unterstützung für die Teilnehmer zur Verfügung; sie war jedoch als Expertin für die Methode der Bürgerkonferenz und nicht zur inhaltlichen Information eingeladen worden. Für die vertiefte inhaltliche Einarbeitung war am zweiten Wochenende Thorsten Meyer als Experte eingeladen. Er hat den Teilnehmern einen sehr fundierten Überblick über die Priorisierungsthematik vermittelt, seine Beteiligung verstärkte jedoch die Gefahr der inhaltlichen Beeinflussung in Richtung der Positionen der Lübecker Arbeitsgruppe. Denn er war selbst Mitglied dieser Arbeitsgruppe und zu Beginn der Vorbereitung zur Konferenz an deren Organisation beteiligt gewesen.

Nicht nur die Form der Informationsvermittlung, sondern auch der Zeitpunkt, zu dem die Teilnehmer die Informationsschreiben erhielten, könnte ungünstig gewählt gewesen sein und dazu beigetragen haben, dass diese während der Konferenz nicht hiervon profitierten. Die ersten umfangreicheren Materialien wurden bereits vor der Teilnehmerauswahl an alle prinzipiell interessierten Surveyresponder versandt. Die darin zusammengestellten Informationen waren eher allgemein gehalten und beschäftigten sich mit der Priorisierungsthematik insgesamt sowie mit der Methode der Bürgerkonferenz. Die schließlich eingeladenen Teilnehmer erhielten kurz vor der Konferenz dann konkretere Informationen für ihre Debatten. Einige Details aus diesen Materialien waren den Teilnehmern möglicherweise während der Bürgerkonferenz selbst nicht mehr präsent, weil die Informationsschreiben zu früh versandt worden waren. Möglicherweise war für einige jedoch auch die Zeit zur Durchsicht und Verarbeitung der Informationen zu kurz, sodass ein früherer Zeitpunkt günstiger gewesen wäre. Zum Zeitpunkt der Informationsvermittlung haben sich die Teilnehmer jedoch weder während der Bürgerkonferenz noch in den Interviews nach der Konferenz explizit geäußert.

8.6.6 Einfluss der Organisatoren und Moderatoren

Grundsätzlich müssen die an der Organisation und Durchführung einer Mini-Public beteiligten Akteure einen Kompromiss zwischen notwendiger oder zumindest hilfreicher Strukturierung und einseitiger Beeinflussung der Teilnehmerdebatten finden. Es wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen, um den hiermit verbundenen Zielkonflikt aufzulösen.

Hierzu gehörte insbesondere die externe Beratung und Begleitung durch Silke Schicktanz beraten und Mirjam Hauschildt. Mirjam Hauschildt hat ihre Beobachtungen während der Bürgerkonferenz in ihrer medizinischen Doktorarbeit analysiert (Hauschildt, 2012). Sie zieht darin eine insgesamt positive Bilanz in Bezug auf die Qualität des Verfahrens und seiner Ergebnisse, erwähnt jedoch ebenfalls die problematische Rolle der Organisatoren. Diese ist für die Lübecker Konferenz besonders heikel, weil einer der Organisatoren (HR) selbst bereits seit vielen Jahren aktiv an der Debatte zur Priorisierung teilgenommen und dabei eine starke eigene Position vertreten hatte. Durch die verschiedenen Designentscheidungen und die Beiträge während der Teilnehmerdebatten bestand die Möglichkeit, diese Position auch den Bürgern näher zu bringen (ebd.: 147). Hauschildt spricht den Bürgern in ihrer Arbeit jedoch eine gewisse Kontrolle über die Einflüsse der Organisatoren zu: „Die Bürger haben aber meistens die Form des Einflusses aufgrund ihrer Fragen selbst gewählt und konnten mit den Informationen nach ihren eigenen Überzeugungen umgehen“ (ebd.: 148).

Neben der externen Beratung werden grundsätzlich eine reflexive Haltung aller an einer Mini-Public beteiligten Personen und die Transparenz von deren Entscheidungen gefordert (Schicktanz und Naumann, 2003a: 67f). Hierum haben sich die Organisatoren der Lübecker Konferenz bemüht, etwa indem sie häufig die inhaltlichen und konzeptionellen Freiheiten der Bürger betonten und diesen alle Entscheidungen überließen, wo dies möglich war (vgl. 7.6.4.2). Auch die Einladung von Experten mit unterschiedlichen Auffassungen zur Thematik sollte hierzu beitragen. Die Experten waren teilweise gezielt ausgewählt worden, um die Positionen innerhalb der Lübecker Arbeitsgruppe zu kontrastieren (vgl. 6.1.5).

Wie oben bereits diskutiert wurde, haben die Anwesenheit der Organisatoren und die Beiträge von Organisatoren und Moderatoren dennoch die Bewertung von epistemischen Potentialen der Teilnehmer erschwert (8.3.2). Unabhängig davon, ob tatsächlich ein einseitiger Einfluss auf die Ergebnisse der Konferenz ausgeübt wurde, war das Vertrauen Außenstehender in die Empfehlungen der Bürger geschwächt. Selbst wenn durch die beschriebenen Maßnahmen und durch die Mündigkeit und Kompetenz der Teilnehmer die Gefahr der einseitigen Beeinflussung reduziert wurde; um das Misstrauen Außenstehender auszuräumen, sollte bereits die Möglichkeiten der Einflussnahme durch Organisatoren und Moderatoren begrenzt werden. Entweder sollten die Organisatoren gar nicht am Verfahren teilnehmen oder sich zumindest nicht direkt an den Debatten beteiligen. Auch die inhaltliche Unabhängigkeit der Organisatoren und Moderatoren wird als wichtige Maßnahme zur Reduktion der beschriebenen Probleme genannt (Smith und Wales, 2000: 61). Der Moderator der Lübecker Bürgerkonferenz war vor seiner Beauftragung durch die Organisatoren noch nicht mit der Priorisierungsthematik in Kontakt gekommen und wird daher als inhaltlich unabhängig bewertet.

8.6.7 Umgang mit begrenzten Zeitressourcen

Die Teilnehmer kritisierten während ihrer Debatten und in den Interviews nach der Konferenz sowohl die knappen zur Verfügung stehenden Zeitressourcen als auch deren Aufteilung (7.6.3.4). Insbesondere dem Zeitdruck während der Formulierung des Bürgervotums schrieben sie negative Auswirkungen auf die Qualität der gemeinsamen Stellungnahme zu. Tatsächlich verliefen die Debatten in dieser Phase der Konferenz teilweise hektisch und einige Aspekte wurden nicht ausführlich bis zum Ende diskutiert. Dies könnte einige Schwächen des Bürgervotums erklären. So könnte der Zeitdruck zu den während des wissenschaftlichen Symposiums kritisierten eher allgemeinen und wenig ausdifferenzierten Formulierungen geführt haben, da die Zeit für die Detailarbeit am Text fehlte. Auch dass einige zuvor diskutierte Aspekte und Argumente im Bürgervotum nicht berücksichtigt wurden, könnte hierauf zurückzuführen sein. Denn es gab nach der Formulierung der ersten Version des Votums kaum Gelegenheit, noch einmal die Ergebnisprotokolle und die an den Metaplan-Tafeln festgehaltenen Aspekte durchzusehen und ggf. noch nicht berücksichtigte Punkte zu ergänzen.

Auch in anderen Konferenzphasen könnte sich der von den Teilnehmern wahrgenommene Zeitdruck negativ auf die Entfaltung verschiedener Potenziale ausgewirkt haben. So fehlte in den Debatten teilweise die Zeit, die eigenen Positionen vor dem Hintergrund der Argumente der anderen zu überdenken. Dies könnte die Möglichkeit für eine Meinungs- und Willensbildung der Teilnehmer begrenzt haben. Auch die Einigung auf eine gemeinsame Position sowie die Entwicklung von eigenen Schwerpunkten oder die Identifikation von Konfliktlinien war möglicherweise aufgrund der empfundenen Hektik erschwert.

Allerdings sind die Zeitressourcen einer Mini-Public grundsätzlich begrenzt und sie lassen sich auch nicht unendlich steigern. Denn für die Bürger, die meist unentgeltlich und freiwillig an den Verfahren teilnehmen, sollte der zeitliche Aufwand in einem überschaubaren Rahmen bleiben, um deren Motivation zu erhalten. Auch die Kosten eines Verfahrens erhöhen sich tendenziell mit seiner Dauer (Rowe und Frewer, 2000: 16). Daher muss ein Kompromiss für den Umfang der Zeitressourcen gefunden werden. Im Vergleich mit anderen Verfahren stand der Lübecker Bürgerkonferenz mit neun Konferenztagen und fast 60 Stunden Diskussionszeit verhältnismäßig viel Zeit zur Verfügung. Die Dresdner Bürgerkonferenz tagte ebenfalls an neun Tagen (Schicktanz und Naumann, 2003a); andere Methoden – wie etwa Citizens' Juries oder Planungszellen – sind mit zwei bis vier Tagen deutlich kürzer, ebenso wie die eintägigen 21st Century Town Meetings (vgl. 2.3.2.2).

Da nach Meinung der Lübecker Teilnehmer die Diskussionszeit dennoch nicht ausgereicht hat, sollte die Verteilung der Zeitressourcen überdacht werden. Tatsächlich wurde unter anderem kritisiert, dass am ersten Konferenzwochenende zu ausführlich über organisatorische

Fragen diskutiert wurde, was dann gegen Ende zu Zeitdruck geführt habe. Möglicherweise hätte daher zu Beginn Zeit eingespart werden können. Allerdings wurde von einigen Teilnehmern auch die ausführliche Phase des Kennenlernens und der Einarbeitung positiv beurteilt. Hierauf sollte also nicht grundsätzlich verzichtet werden, was die Möglichkeiten für eine Verkürzung dieser Phase begrenzt. Alternativ könnte der Umfang an zu berücksichtigenden Aspekten durch eine Eingrenzung der Fragestellung reduziert werden. Dann bliebe in allen Phasen der Konferenz mehr Zeit, einzelne Aspekte ausführlicher zu diskutieren.

8.6.8 Schriftliche Stellungnahme als Ergebnis der Konferenz

Die Teilnehmer der Bürgerkonferenz beschrieben den Zeitdruck während der Formulierung ihres Votums als größte Schwierigkeit. Aber unabhängig von den zur Verfügung stehenden Zeitressourcen stellte die Dokumentation der komplexen und vielschichtigen Debatten in Form eines einheitlichen und konsistenten Textes eine Herausforderung für die Bürger dar. Für die meisten Teilnehmer war die Arbeit an einem solchen Text ungewohnt und schwierig. Daher wurde den drei Kleingruppen zur Formulierung von Einleitung, Grundwerte- und Kriterienteil jeweils ein Sekretär zur Seite gestellt. Die Sekretäre hatten die Aufgabe, die Debatten in den Kleingruppen zu moderieren und die Teilnehmer bei der Feinabstimmung von Formulierungen sowie im Umgang mit dem Computer zu unterstützen, falls Bedarf bestand. Dies ist von vielen Teilnehmern positiv bewertet worden (7.6.3.2). Dennoch konnten die oben beschriebenen Probleme während der Arbeit am Bürgervotum hierdurch nicht vermieden werden.

Andere Formen von Mini-Publics, insbesondere Deliberative Polls verzichten auf die Dokumentation der Ergebnisse in Form einer schriftlichen Stellungnahme. Hier werden zum Abschluss die Teilnehmerpräferenzen mit Hilfe von Fragebögen erhoben. Dies kostet weniger Zeit als die Formulierung eines Textes und entlastet die Teilnehmer von dieser häufig als anstrengend empfundenen Tätigkeit. Allerdings argumentieren Setälä und Kollegen, dass sich die Modalitäten der Entscheidungsfindung in Mini-Publics auf deren Verlauf und ihre Ergebnisse auswirken können (Setälä et al., 2010). Sie verglichen hierfür mehrere Mini-Publics, von denen die eine Hälfte zum Abschluss eine gemeinsame Stellungnahme verfasste und die andere Hälfte ihre Entscheidung über eine geheime Abstimmung traf. Für die Teilnehmer in den Gruppen mit eigener Stellungnahme zeigten sich größere Lerneffekte. Dies führen die Autoren darauf zurück, dass zur Entwicklung eines gemeinsamen, von allen mitgetragenen Ergebnisses intensiver inhaltlich diskutiert wurde und die Teilnehmer sich daher eingehender mit den Positionen und Argumenten der anderen beschäftigt hatten. Damit also die edukativen Potenziale

einer Mini-Public nicht durch die Entscheidungsmodalität begrenzt werden, scheint die Entwicklung einer gemeinsamen Lösung geeigneter als eine reine Aggregation von Präferenzen.

Möglicherweise fiel es den Teilnehmern jedoch leichter, ihre Ergebnisse nicht als Text, sondern in anderer Form festzuhalten. Hierfür käme beispielsweise die Dokumentation der an den Moderationswänden zusammengetragenen und inhaltlich geordneten Moderationskarten infrage, die durch die Teilnehmer dann lediglich kurz kommentiert werden könnten. Dies würde weniger Formulierungsarbeit erfordern und wäre u. U. für andere Bürger übersichtlicher und zusätzlich für die mediale Berichterstattung attraktiver. Auch Tonaufnahmen oder Videos hätten ähnliche Vorteile. Allerdings ist auch die Entwicklung eines Films oder Tondokuments zeitaufwendig und komplex. Dies wäre kaum ohne fachkundige Unterstützung zu realisieren. Eine weitere Möglichkeit zur Entlastung der Teilnehmer wäre die Dokumentation der Konferenzergebnisse durch eine externe Person, etwa einen Journalisten. Dies war von einem Teilnehmer der Lübecker Bürgerkonferenz vorgeschlagen, von den anderen aber abgelehnt worden. Die Erstellung eines Film-, Ton-, oder Textdokuments durch Außenstehende würde den Charakter einer Bürgerkonferenz grundlegend verändern. Die Form und Inhalte des Konferenzergebnisses würden dann nicht allein die Perspektive der Bürger widerspiegeln, sondern wären zusätzlichen Einflüssen ausgesetzt. Es müsste daher ein Modus für die Dokumentation der Teilnehmerdebatten entwickelt werden, der von den Bürgern selbst umgesetzt oder zumindest gestaltet werden kann.

8.7 FÖRDERLICHE FAKTOREN FÜR DIE POTENZIALENTFALTUNG

Neben den im letzten Abschnitt identifizierten Hindernissen und Schwierigkeiten während der Lübecker Bürgerkonferenz hat die Analyse auch einige Faktoren gezeigt, die sich förderlich auf deren Durchführung ausgewirkt haben. So erwiesen sich die Priorisierungsspiele zu Beginn der Konferenz als hilfreiche Instrumente zur Sensibilisierung und Einarbeitung der Teilnehmer (Abschnitt 8.7.1), ebenso wie die Befragung von Experten durch die Teilnehmer (8.7.2). Es zeigten sich auch verschiedene positive Effekte des persönlichen Story-Telling (8.7.3) sowie des sozialen Rahmenprogramms und der Ausstattung der Konferenz mit materiellen Ressourcen (8.7.4). Viele Teilnehmer befürworteten die Gelegenheit, sich zwischen den Konferenzwochenenden mit den anderen Teilnehmern und in ihrem Umfeld auszutauschen (8.7.5). Schließlich war die externe Beratung durch eine erfahrene Person nicht nur hilfreich für die Organisatoren, sondern auch für die Teilnehmer und ihre Debatten von Vorteil (8.7.6). Eine zentrale Funktion kam schließlich dem Moderator zu, der die Teilnehmerdebatten begleitete und die Bürger während der Bürgerkonferenz unterstützte (8.7.7).

8.7.1 Einarbeitung anhand von konkreten Beispielen: Priorisierungsspiele

Die beiden Priorisierungsspiele, die am ersten Konferenzwochenende durchgeführt wurden, dienten dazu, die Teilnehmer für die Problematik der Priorisierung zu sensibilisieren und ihnen die Identifikation von zu berücksichtigenden Werten und Kriterien zu erleichtern. Aufgrund des hohen Abstraktionsniveaus der Priorisierungsthematik sollten die Bürger zunächst die Möglichkeit erhalten, sich anhand konkreter Beispiele in das Thema einzuarbeiten. Dies ist insgesamt gut gelungen. Die Teilnehmer selbst bewerteten die Priorisierungsspiele durchweg positiv und sie waren nach der Diskussion der Fallbeispiele in der Lage, einen ersten Katalog von Werten und Kriterien aufzustellen (7.6.3.1). Dieser bildete die Grundlage für alle weiteren Debatten und auch die Fragen an die Experten wurden auf Basis der Erfahrungen während der Priorisierungsspiele entwickelt. Darüber hinaus haben die Planspiele auch zum gegenseitigen Kennenlernen und zur Gruppenbildung beigetragen. Die Teilnehmer haben sich zunächst in Kleingruppen intensiv mit den Inhalten beschäftigt und diese dann der Gesamtgruppe vorgestellt. Hierdurch ergab sich eine erste Gelegenheit intensiver mit den anderen Teilnehmern in Kontakt zu kommen und gemeinsam für die Ergebnisse der Kleingruppenarbeit einzutreten.

Auch in britischen Citizens' Juries zur Rationierung in der medizinischen Versorgung wurden konkrete Beispielfälle diskutiert, um den Teilnehmern den Umgang mit der abstrakten Thematik zu erleichtern (Cookson und Dolan, 1999; Lenaghan, 1999): „in order to move rationing from abstract theory to practice, we have found it essential to develop real or imagined case studies which illustrate the need to ration and force the jurors to make trade-offs between competing values“ (Lenaghan, 1999: 53). Wie Cookson und Donovan jedoch argumentieren, kann die Diskussion eines konkreten Beispielfalls auch die Debatte über generalisierbare Prinzipien behindern (Cookson und Dolan, 1999: 64). Daher haben die Teilnehmer der von ihnen beschriebenen deliberativen Verfahren nicht im Detail über die Beispielfälle diskutiert, sondern wurden angeregt, diese lediglich als Grundlage für die Ableitung solcher Prinzipien zu verwenden (ebd.). Auch in der Lübecker Bürgerkonferenz wurden die Teilnehmer gebeten, nach den Fallbeispielen allgemeine Werte und Kriterien zur Priorisierung zu identifizieren und zu bewerten. Zwar hat das relativ hohe Abstraktionsniveau teilweise zu Schwierigkeiten während der Debatten geführt, ein Zusammenhang dieser Schwierigkeiten mit den konkreten Fallbeispielen lässt sich jedoch nicht feststellen. Die Diskussion der Beispielfälle wurde eher als hilfreich für die Einarbeitung in die abstrakte und komplexe Priorisierungsthematik beschrieben.

8.7.2 Befragung von Experten

Damit die Teilnehmer ihren Informationsbedarf decken und einen Überblick über verschiedene Positionen zu den diskutierten Themen erhalten konnten, sollten gezielt Experten aus unterschiedlichen Disziplinen und mit verschiedenen Ansichten eingeladen werden. Allerdings war die Identifikation von potenziellen Experten aufgrund des unterentwickelten Standes der deutschen Priorisierungsdebatte erschwert: Einige potenzielle Sachverständige hatten sich zwar bereits mit bestimmten im Kontext der Priorisierung relevanten Aspekten beschäftigt – teilweise jedoch eher vor dem Hintergrund verwandter Debatten und nicht mit einem expliziten Fokus auf Priorisierungsfragen. Dies erwies sich jedoch während der Expertenbefragungen nicht als Problem. Denn zum einen waren auch viele Fragen der Teilnehmer eher allgemeiner Natur. Daher konnten sie kompetent von den nicht primär mit Priorisierungsfragen beschäftigten Experten beantwortet werden. Zum anderen hatten sich einige der eingeladenen Experten bereits seit Längerem aus verschiedenen Perspektiven an der Priorisierungsdebatte beteiligt und konnten daher die hierauf gerichteten Fragen der Teilnehmer beantworten.

Insgesamt wurden die Ziele der Expertenbefragung erfüllt. Im Gegensatz zu anderen Informationsquellen – wie den Materialien der Organisatoren oder den Publikationen des Büchertischs – wurden die Informationen aus den Expertenbefragungen regelmäßig von den Teilnehmern zitiert. Viele Aspekte wurden nach kritischer Auseinandersetzung auch ins Bürgervotum aufgenommen. Daher waren die Expertenbefragungen eine wichtige Voraussetzung für die Entfaltung aller Formen edukativer Potenziale. Aber auch die Identifikation eigener Schwerpunkte der Teilnehmer setzte die Kenntnis von bereits diskutierten Aspekten voraus, die durch die Expertenbefragungen zumindest teilweise vermittelt wurde. Auch die Teilnehmer selbst bewerteten die Befragung von Experten als sehr hilfreich für ihre Debatten.

8.7.3 Story-Telling und persönlicher Bezug

In der Literatur werden verschiedene Argumente für die Integration von persönlichem Story-Telling in das Konzept der Deliberation diskutiert (vgl. insb. Young, 1996; Sanders, 1997). In empirischen Studien zeigten sich einige positive Wirkungen des Story-Telling (insb. Polletta und Lee, 2006; Ryfe, 2006). Auch in der Lübecker Bürgerkonferenz haben sich solche positiven Auswirkungen des persönlichen Story-Telling der Teilnehmer gezeigt (7.6.2.7). So haben die Berichte über persönliche Erfahrungen zu Beginn der Debatten den Einstieg in die gemeinsamen Debatten sowie die Gruppenbildung der Teilnehmer erleichtert. Auch anhand anderer Beispiele hat sich gezeigt, dass gerade zu Beginn einer Mini-Public durch den Austausch persönlicher Erlebnisse das Vertrauen und die Solidarität zwischen den Teilnehmern angeregt werden können (McCoy und Scully, 2002: 122f; Polletta und Lee, 2006: 719). Ryfe (2006: 78) argumentiert zudem, dass durch persönliche Geschichten mögliche Hemmungen zur Beteili-

gung an den gemeinsamen Debatten überwunden werden können (vgl. auch McCoy und Scully, 2002).

Die Lübecker Bürger selbst bewerteten die Informationen über persönliche Hintergründe und Erlebnisse der anderen als wichtige Grundlage, um deren Ansichten und Argumente einordnen und nachvollziehen zu können. Einige Teilnehmer verwendeten persönliche Geschichten auch zur Untermauerung oder Illustration eines Arguments. Dies könnte gerade angesichts der in einigen Diskursphasen mangelnden Argumentation und Begründung die Qualität der Deliberation gesteigert haben. Über ähnliche Effekte berichten Polletta und Lee nach der Analyse von Diskussionsgruppen zur Zukunft von Manhattan nach den Anschlägen des 11. September 2001 (Polletta und Lee, 2006: 711-713). Insgesamt hat sich die Offenheit für persönliches Story-Telling während der Lübecker Konferenz als förderlich für deren erfolgreiche Durchführung erwiesen.

8.7.4 Soziales Rahmenprogramm und materielle Ausstattung

Im Verlauf der Bürgerkonferenz wurden unterschiedliche soziale Veranstaltungen mit den Teilnehmern organisiert, die zum einen deren Zusammenhalt stärken und zum anderen einen Ausdruck der Wertschätzung darstellen sollten. Hierzu zählten beispielsweise die gemeinsamen Abendessen an den Freitagabenden, der Empfang beim Bürgermeister der Hansestadt Lübeck und bei der GEMEINNÜTZIGEN Lübeck. Während der Konferenztage wurde stets eine hochwertige und ausreichende Verpflegung bereitgestellt und für eine angemessene Ausstattung mit materiellen Ressourcen gesorgt (z. B. Moderationsmaterialien und Computer zur Formulierung des Bürgervotums). Diese Bemühungen wurden von den Teilnehmern positiv bewertet. Insbesondere die gemeinsamen Abendessen und die insgesamt gute Verpflegung während der Konferenzwochenenden wurden in diesem Zusammenhang genannt (7.6.3.3). Tatsächlich scheinen die Teilnehmer sich hierdurch wertgeschätzt gefühlt zu haben. Dies könnte ihre Motivation zur Fortsetzung der Teilnahme gesteigert und somit auch zum erfolgreichen Verlauf und Abschluss der Bürgerkonferenz beigetragen haben.

8.7.5 Abstand zwischen den Konferenzwochenenden

Viele Teilnehmer berichteten sowohl während der Konferenzdebatten als auch im Interview nach der Konferenz darüber, dass sie sich zwischen den Konferenzwochenenden mit den anderen Teilnehmern und in ihrem Umfeld über die diskutierten Inhalte ausgetauscht hätten (7.6.3.4). Einige nutzen diese Phasen auch für eigene Recherchen im Internet, deren Ergebnisse sie teilweise auch den anderen Bürgern zugänglich machten. Die Abstände zwischen den Wochenenden empfanden Sie daher als wichtige Phasen der Reflexion. Auch die zwischen den Wochenenden versandten Informationsmaterialien – etwa die Ergebnis- und Foto-

Protokolle – wurden als nützlich für die weiteren Debatten und für die persönliche Meinungs- und Willensbildung bewertet (7.6.3.1). Schließlich wurden auch Vorbereitungen für das Bürgervotum bereits zwischen dem dritten und vierten Konferenzwochenende getroffen, was die Arbeit am vierten Wochenende vereinfachte. Die positive Bewertung der Teilnehmer spricht dafür, die Nutzung dieser Zeiten zwischen den Wochenenden auszuweiten. Durch digitale Medien zur Diskussion und zum Austausch von Materialien hätten die Bürger ihre Debatten bei Bedarf fortsetzen können. Allerdings verfügten nicht alle Teilnehmer über einen Internetanschluss, was die Möglichkeiten der digitalen Kontaktaufnahme begrenzte.

8.7.6 Externe wissenschaftliche Beratung

Die mögliche Einflussnahme der Organisatoren auf die Bürgerkonferenz und ihre Ergebnisse wurde bereits diskutiert (8.6.6). Eine Möglichkeit diese zu begrenzen und insbesondere die Vertrauenswürdigkeit des Verfahrens zu vergrößern, ist die Einbindung externer Personen, etwa in Form von erfahrenen Beratern oder eines Beirats (vgl. Lenaghan, 1999; Rowe und Frewer, 2000: 13; Schicktanz und Naumann, 2003a: 58, 68). Diese Personen können die Organisatoren etwa bei der Themenwahl, der Erstellung von Informationsmaterial oder bei der Auswahl von Experten unterstützen und dabei mögliche inhaltliche Verzerrungen korrigieren (Lenaghan, 1999: 56).

Die Organisatoren der Lübecker Bürgerkonferenz wurden im Vorfeld des Verfahrens von Silke Schicktanz beraten, die auch während des ersten und letzten Konferenzwochenendes in Lübeck anwesend war. Sie hat die Organisatoren an ihren praktischen Erfahrungen mit der Vorbereitung und Durchführung mehrerer deliberativen Verfahrens teilhaben lassen und teilweise die inhaltlichen Vorbereitungsmaterialien durchgesehen. Hierdurch konnten organisatorische Schwierigkeiten leichter bewältigt und mögliche Fehler der mit der Durchführung deliberativer Verfahren zuvor kaum vertrauten Organisatoren vermieden werden. Für die Teilnehmer selbst stand Silke Schicktanz als inhaltlich neutrale Ansprechpartnerin und als Methodenexpertin zur Verfügung. Dies hat die Klärung organisatorischer Fragen erleichtert und einen Einfluss der Lübecker Organisatoren in dieser Phase der Debatten verhindert.

Allerdings fehlte in Lübeck Expertenunterstützung zu inhaltlichen Fragen. Lenaghan schlägt etwa einen Beirat zur Begleitung inhaltlicher Entscheidungen der Organisatoren vor, der aus Vertretern aller potenziellen Stakeholdergruppen besteht (Lenaghan, 1999: 56). So könne die Ausgewogenheit solcher Entscheidungen sichergestellt werden. Im Kontext der unterentwickelten deutschen Priorisierungsdebatte war die Identifikation und Einbindung relevanter Stakeholder jedoch schwierig. Aufgrund der damit verbundenen Herausforderungen

sowie aufgrund der begrenzten Ressourcen des lokalen Modellprojekts wurde hierauf verzichtet.

8.7.7 Moderation

Die Unterstützung und Begleitung der Teilnehmer durch einen oder mehrere Moderatoren wird allgemein als wichtiges Element einer Mini-Public bewertet (Dryzek, 2010: 156; Smith und Wales, 2000; Smith, 2009; Schicktanz, 2006; Thompson, 2008: 509). Die Moderatoren können zur Gleichmäßigkeit der Debatten und zum respektvollen Umgang der Teilnehmer miteinander beitragen. Zudem können sie die Teilnehmer im Umgang mit den Organisatoren und Experten und bei der Strukturierung ihrer Debatten unterstützen. Die zentrale Rolle der Moderatoren wurde auch von den Lübecker Teilnehmern beschrieben. Hier haben die Moderatoren zusätzlich zu den genannten Funktionen auch zur Aufteilung der knappen Zeiteresourcen beigetragen und die Teilnehmer bei der Fokussierung auf die gemeinsame Fragestellung unterstützt. Damit haben sie maßgeblich zum Gelingen der Bürgerkonferenz beigetragen.

Trotz der offenbar förderlichen Auswirkungen der Moderation auf die Teilnehmerdebatten birgt ihre zentrale Funktion stets die Gefahr der einseitigen inhaltlichen Einflussnahme. Um diese zu begrenzen, sollte das Moderationskonzept möglichst transparent gemacht und auf eine inhaltliche Unabhängigkeit der Moderatoren geachtet werden (Smith und Wales, 2000: 61). Insbesondere sollten die Moderatoren unabhängig von den Organisatoren sein (Smith, 2012: 99; Schicktanz, 2006: 121). Diese Bedingungen wurden in Lübeck weitgehend erfüllt. Der professionelle Moderator verfügte nicht über Vorerfahrungen zur Priorisierungsthematik und war von den Organisatoren gezielt zur Begleitung der Bürgerkonferenz beauftragt worden. Seine Aufgaben wurden zu Beginn der Konferenz mit den Teilnehmern diskutiert und von diesen maßgeblich mitgeprägt (7.6.4.2). Zwar hat er in verschiedenen Phasen auch eigene inhaltliche Beiträge zur Debatte geleistet; da er sich jedoch zuvor nicht inhaltlich mit der Priorisierungsthematik beschäftigt hatte, ist eine einseitige und durch vordefinierte eigene Interessen geprägte Einflussnahme unwahrscheinlich. Um die Gefahr der inhaltlichen Beeinflussung weiter zu begrenzen, hätte der Moderator eine passivere Rolle einnehmen müssen. Wie Ryfe (2006: 87ff) zeigt, kann sich ein passiver Moderationsstil jedoch negativ auf die Qualität der Deliberation und der Ergebnisse der Teilnehmer auswirken (vgl. auch Thompson, 2008: 509). Gerade bei der Bearbeitung einer komplexen Fragestellung ist die aktive Unterstützung durch einen professionellen Moderator von besonderer Bedeutung.

8.8 DISKUSSION DES METHODISCHEN VORGEHENS

Im Folgenden werden einige Einschränkungen der Analyse der Lübecker Bürgerkonferenz diskutiert. Diese liegen in der Auswahl der untersuchten Mini-Public (Abschnitt 8.8.1), in der

Doppelrolle der Autorin als Forscherin und als Organisatorin des Verfahrens (8.8.2), in der Beschaffenheit der verfügbaren Datenbasis (8.8.3) und in den zu ihrer Auswertung angewandten Methoden (8.8.4).

8.8.1 Fallauswahl

Die Analyse der Lübecker Bürgerkonferenz weist zwei mit der Fallauswahl zusammenhängende Besonderheiten auf: Erstens handelte es sich um ein lokales Beteiligungsverfahren, an dem lediglich Bürger der Hansestadt Lübeck beteiligt waren (Abschnitt 8.8.1.1); zweitens beziehen sich sämtliche Analysen und die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen ausschließlich auf ein einzelnes Beteiligungsverfahren (8.8.1.2). Ein systematischer Vergleich mit einem anderen Verfahren wurde nicht angestellt.

8.8.1.1 Die Bürgerkonferenz als regionales Beteiligungsverfahren

Zwar wurde auf eine möglichst diverse Zusammensetzung der Teilnehmergruppe geachtet; diese wurde jedoch schon dadurch eingeschränkt, dass alle Bürger aus der gleichen großstädtischen Region stammten. Die – möglicherweise anderen – Argumente und Perspektiven von Personen aus eher ländlichen Gebieten oder aus anderen Regionen in Deutschland konnten in der Debatte nicht berücksichtigt werden. Dies schränkt die Generalisierbarkeit der Ergebnisse der Konferenz selbst und auch dieser Arbeit ein.

Die Bürgerkonferenz zielte jedoch nicht darauf ab, systematisch die Positionen aller Bürger in Deutschland zu repräsentieren; die Lübecker Teilnehmer leisteten mit ihrem Bürgervotum lediglich einen ersten aktiven Beitrag von Bürgern zur expertendominierten Priorisierungsdebatte. Auch wenn die Stellungnahme durch eine regionale Bürgergruppe erarbeitet wurde, können die von den Teilnehmern erarbeiteten Standpunkte und Argumente für und wider bestimmte Priorisierungskriterien die öffentliche Debatte bereichern. Denn sowohl die an der Priorisierungsdebatte beteiligten Experten als auch Bürger aus anderen Regionen haben die Möglichkeit, die Argumente aufzugreifen und darauf zu antworten. Weitere regionale oder nationale Beteiligungsverfahren könnten hierzu beitragen.

Zudem diente die Durchführung des Modellprojekts zu einer ersten Erprobung der Methode der Bürgerkonferenz im Kontext der Priorisierungsthematik. Zu den Zielen des Projekts gehörte daher auch die Untersuchung von Potenzialen und Grenzen eines solchen Verfahrens zu einer derart komplexen Fragestellung (Abschnitt 1.3). Ein regionales Verfahren erschien hierfür besonders geeignet. Es begrenzte nicht nur die Kosten und den organisatorischen Aufwand des Projekts, sondern vereinfachte auch die Durchführung von persönlichen Interviews vor und nach der Konferenz. Diese stellten eine wichtige Datenquelle für die wissenschaftliche Analyse der Konferenz dar. Auch wenn die Ergebnisse der Bürgerkonferenz

und ihrer wissenschaftlichen Auswertung nicht vollständig generalisierbar sind, kann doch erwartet werden, dass auch Bürgerkonferenzen in anderen Regionen ähnliche Potenziale entfalten könnten und ähnliche Herausforderungen zu bewältigen hätten. Daher kann diese Studie trotz der regionalen Begrenzung zur Weiterentwicklung der Methode beitragen und wichtige Hinweise für ihre Anwendung in anderen Regionen oder auch zu anderen Fragestellungen mit ähnlichen Charakteristika liefern.

Die Entscheidung für Lübeck als Veranstaltungsort erfolgte zum einen aufgrund der räumlichen Nähe zu den Organisatoren. Zum anderen existiert in Lübeck eine lange Tradition bürgerschaftlichen Engagements, die sich unter anderem in den Aktivitäten verschiedener Stiftungen ausdrückt. Die Organisatoren erwarteten deshalb eine grundsätzlich positive Haltung von potenziellen Teilnehmern und Unterstützern aus der Stadt gegenüber einem Bürgerbeteiligungsverfahren. Tatsächlich wurde das Projekt von verschiedenen Lübecker Stiftungen sowie dem Wissenschaftsmanagement und dem Bürgermeister der Stadt in unterschiedlicher Weise unterstützt.

8.8.1.2 Einzelfallstudie

Diese Arbeit beschäftigte sich mit der Frage, inwieweit sich ein deliberatives Beteiligungsverfahren zur Förderung von Prozessen der Meinungs- und Willensbildung zu Priorisierungsfragen eignet. Um die Besonderheiten der Lübecker Bürgerkonferenz in diesem spezifischen Kontext zu erheben, hätte sich ein Vergleich mit einem oder mehreren ähnlichen Verfahren angeboten. Ein solcher Vergleich wurde in dieser Studie jedoch aufgrund verschiedener Überlegungen nicht durchgeführt: *Erstens* sind vergleichbare Verfahren schwer zu bestimmen, da es eine große Vielzahl an Designentscheidungen und Kontextfaktoren gibt, die sich auf die Prozesse und Ergebnisse von Mini-Publics auswirken können. Es ist daher kaum möglich, einen Fall zu identifizieren, der nur in den interessierenden Aspekten – also primär in Art und Inhalt der Fragestellung – variiert. *Zweitens* wäre es schwierig, Zugang zu einem vergleichbar großen Umfang an Daten zu erhalten, selbst wenn ein solcher vergleichbarer Fall existierte. Insbesondere Interviews mit den Teilnehmern und die enge Begleitung des Verfahrens während aller Phasen der Vorbereitung und Durchführung wären für ein Vergleichsprojekt kaum zu realisieren. Dann wäre keine ähnlich detaillierte Analyse möglich wie für die Lübecker Bürgerkonferenz. Dies würde die Aussagekraft eines Vergleichs reduzieren. *Drittens* wäre es auch aufgrund forschungsökonomischer Gründe kaum möglich zwei oder mehr Fälle ähnlich detailliert zu analysieren, wie es in dieser Arbeit geschehen ist. Eine weniger intensive Auswertung könnte jedoch die Ergebnisgenauigkeit und damit deren Qualität einschränken.

Um dies zu verhindern, könnte auf die Analyse von Rohdaten verzichtet und ein Vergleich mit den Berichten oder Forschungsergebnissen zu einem ähnlichen Projekt durchgeführt werden. Allerdings sind zwar international viele Mini-Publics durchgeführt worden, von denen einige zumindest tendenziell mit dem Lübecker Verfahren vergleichbar wären. Nicht alle diese Verfahren wurden jedoch umfassend analysiert. Zu einigen Mini-Publics liegen zwar Ergebnisse aus einer systematischen Evaluation vor, die neben prozeduralen Aspekten auch Kontextfaktoren sowie Outcomes und Impacts der Verfahren berücksichtigen (vgl. Abschnitt 5.1). Diese Verfahren sind jedoch nicht direkt mit der Lübecker Konferenz vergleichbar und Details über die Inhalte der deliberativen Prozesse sind nicht verfügbar. Daher würde *viertens* ein systematischer Vergleich der Ergebnisse dieser Arbeit mit solchen Evaluationsergebnissen kaum einen zusätzlichen Beitrag zur Klärung der hier bearbeiteten Forschungsfragen leisten. Es wurde jedoch in der Diskussion der Ergebnisse auf Ähnlichkeiten und Unterschiede zu anderen Verfahren hingewiesen, wo hierzu anhand der Literatur Angaben gemacht werden konnten.

Fünftens war das Ziel dieser Arbeit nicht die Ermittlung von Unterschieden zu und Gemeinsamkeiten mit Beteiligungsverfahren zu anderen Fragestellungen. Es sollte vielmehr ein möglichst tiefer Einblick in die Abläufe und Mechanismen innerhalb einer Mini-Public zur Priorisierung im Gesundheitswesen generiert werden. Es sollte untersucht werden, wie der Kontext dieses Verfahrens sich auf die Debatten der Teilnehmer ausgewirkt hat. Hierzu war die genaue Analyse aller zur Lübecker Bürgerkonferenz verfügbaren Daten besser geeignet als ein notwendigerweise oberflächlicherer Vergleich mit anderen Verfahren. Die Ergebnisse der Analysen können nun als Vergleichsgröße für die Auswertung von deliberativen Verfahren zu anderen Inhalten herangezogen werden.

8.8.2 Doppelrolle der Autorin

Die Autorin dieser Arbeit war nicht nur maßgeblich an der Konzeption, Vorbereitung und Durchführung der Bürgerkonferenz beteiligt, sondern hat das Verfahren auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit analysiert. Die Folgen einer solchen Doppelrolle werden in der einschlägigen Literatur kontrovers diskutiert. Häufig beziehen sich die Beiträge zu dieser Diskussion auf die Vor- und Nachteile der Selbst- im Gegensatz zur Fremdevaluation. Zwar handelt es sich bei der vorliegenden Arbeit nicht um eine reine Evaluationsstudie, die Argumente für und wider die beiden genannten Evaluationstypen sind jedoch auch hier relevant. Denn die möglichen Nachteile oder Chancen einer Selbstevaluation können sich auch für die oben dargestellten Analysen zeigen.

Zu den Nachteilen der Evaluation eines eigenen Projektes gehören insbesondere die mangelnde Objektivität des Forschers und eine hieraus folgende Verzerrung der Forschungsergebnisse (Scriven, 1997; vgl. hierzu auch Chess, 2000). Diese Gefahr kann die Aussagekraft und Glaubwürdigkeit der Evaluationsergebnisse in den Augen Außenstehender selbst dann verringern, wenn keine tatsächliche einseitige Verzerrung vorliegt (Scriven, 1997: 170). Aber auch die Erhebung bestimmter Daten – wie z. B. die Genese von Informationen in qualitativen Interviews – kann durch die Doppelrolle des Forschers beeinflusst werden. So ist für die Befragten etwa die Äußerung kritischer Meinungen oder negativer Bewertungen gegenüber einem persönlich involvierten Interviewer schwieriger als gegenüber einer unbeteiligten und daher neutralen Person. Viele Autoren argumentieren daher für eine möglichst große inhaltliche und personelle Distanz des Forschers zu seinem Forschungsobjekt.

Die Kritiker der Selbstevaluation gehen dabei jedoch von zwei Grundannahmen aus: Sie nehmen erstens an, dass die Selbstevaluation stets eigenen Interessen des Forschers folgt und zugunsten des eigenen Projekts ausfällt; zweitens setzen sie voraus, dass die Evaluation allein der Überprüfung und Bewertung des zu evaluierenden Gegenstands dient (Fetterman, 1997: 262). Dies ist allerdings nur eines von vielen möglichen Zielen einer Evaluation (Chess, 2000: 775ff). Für alternative Evaluationsziele – wie die selbstkritische Auswertung und Weiterentwicklung des eigenen Vorgehens – kann die Nähe des Forschers zum Evaluationsgegenstand sogar förderlich sein (Fetterman, 1997: 262). Insbesondere verfügen die Organisatoren eines Projekts meist über einen umfassenden Zugang zu allen Datenquellen und über ein breites Wissen über die Hintergründe und Eigenschaften des Projekts. Hierdurch können sie Schwächen und Stärken möglicherweise besser erkennen als außenstehende Personen.

Dies gilt nicht nur in reinen Evaluationsprojekten. Gerade für die Bearbeitung vielschichtiger und komplexer Fragestellungen wie in der vorliegenden Arbeit sind eine gute Kenntnis des auszuwertenden Falls sowie ein umfassender Zugang zu den relevanten Daten und Informationen von großer Bedeutung. Die Autorin dieser Arbeit hatte aufgrund ihrer Doppelrolle die Gelegenheit, in allen Phasen des Projekts dessen Verlauf zu verfolgen. Zudem standen sämtliche in seinem Umfeld entstandenen Materialien zur Auswertung zur Verfügung und es konnten gezielt weitere Daten erhoben werden. Das bestehende vertrauensvolle Verhältnis zu den Teilnehmern der Bürgerkonferenz hat möglicherweise deren Bereitschaft gesteigert, an qualitativen Interviews teilzunehmen und darin Auskunft über ihre persönlichen Eindrücke zu geben. Eine besondere Zurückhaltung der Interviewpartner aufgrund der Doppelrolle der Autorin hat sich nicht gezeigt. Im Gegenteil haben viele Bürger auch kritische Aspekte angesprochen.

Nicht nur während der Datenerhebung, sondern auch zur Validierung einzelner Ergebnisse der Analysen sind verschiedene Maßnahmen ergriffen worden, um ein möglichst hohes Maß an Objektivität zu gewährleisten (vgl. 6.3.4). Insbesondere sind die möglichen Folgen des Rollenkonflikts und Strategien zu deren Vermeidung während aller Phasen der Datenerhebung und -auswertung mit Lübecker und Lüneburger Kollegen diskutiert worden. Ein voreingenommener Blick auf das eigene Projekt kann zwar hierdurch nicht ausgeschlossen werden; aber durch eine reflexive Haltung kann die hieraus möglicherweise resultierende Verzerrung der Forschungsergebnisse reduziert werden. Einige Autoren weisen zudem darauf hin, dass ein völlig unvoreingenommener Blick auf den Forschungsgegenstand auch für nicht mit dem Projekt vertraute Personen grundsätzlich nicht möglich ist (Meinefeld, 2004: 269; Suddaby, 2006: 335).

8.8.3 *Analysierte Materialien*

Zur Bearbeitung der in den Abschnitten 5.2 bis 5.4 formulierten Teilfragen wurden primär die Transkripte von Konferenztonbändern und Interviews mit den Teilnehmern verwendet. Ergänzend wurden Fragebogenangaben einiger Konferenzteilnehmer, Berichte über die Bürgerkonferenz in Online- und Printmedien, persönliche Rückmeldungen zur Bürgerkonferenz, ein schriftlicher Survey von Empfängern des Bürgervotums und Tonbandaufnahmen des wissenschaftlichen Symposiums ausgewertet. Die Beschaffenheit der verfügbaren Materialien hat zu einigen Einschränkungen für die Klärung einzelner Teilfragen geführt, die im Folgenden erörtert werden.

8.8.3.1 *Tonbandtranskripte der Bürgerkonferenzdebatten*

Während der Bürgerkonferenz waren lediglich die Plenumsdebatten der Teilnehmer auf Tonband aufgenommen worden. Anhand der Tonbandtranskripte können somit keine Aussagen über die deliberative Qualität und die Inhalte der Arbeit in Kleingruppen gemacht werden. Während der aufgezeichneten Plenumsdebatten haben allerdings nur selten intensive und ausführliche Auseinandersetzungen mit einzelnen Aspekten stattgefunden. Vielmehr haben die Teilnehmer häufig eher allgemeine Themen und organisatorische Fragen besprochen und sich gegenseitig die Ergebnisse der Kleingruppenarbeit vorgestellt. Daher konnten beispielsweise die Entwicklung einzelner Argumente im Verlauf der Deliberation oder das Verhalten der Teilnehmer in inhaltlichen Auseinandersetzungen nur lückenhaft bewertet werden. Dies könnte zu einer Fehleinschätzung bestimmter Befunde geführt haben. Das Ausmaß von Meinungs- und Präferenzveränderungen der Teilnehmer könnte etwa unterschätzt worden sein, wenn diese sich hierzu nur in den Kleingruppensitzungen geäußert haben. Die Gleichmäßigkeit der Diskursbeiträge könnte ebenfalls unterschätzt worden sein, denn die Teilnehmer, die die Er-

gebnisse der Kleingruppenarbeit im Plenum vorstellten, haben bereits durch diese Funktion eine größere Anzahl von Sprechbeiträgen geleistet, als andere. Einigen Teilnehmern fiel es zudem möglicherweise leichter, sich an den Debatten in den Kleingruppen zu beteiligen als im Plenum. Über das – unter Umständen gleichmäßigere – deliberative Verhalten während der Kleingruppenarbeit liegen jedoch keine Informationen vor. Auf einen Mitschnitt der Kleingruppendebatten ist jedoch bewusst verzichtet worden, um den Teilnehmern in diesen Phasen die Möglichkeit zu geben, unbeobachtet zu diskutieren und frei ihre Ansichten und Argumente zu äußern. Auch anhand der aufgezeichneten Plenumsdebatten ließen sich viele der formulierten Teilfragen bearbeiten und es hat sich ein präzises Bild des Verlaufs und der Inhalte dieser Phasen der Konferenz ergeben. Für zukünftige Analysen könnte ergänzend die Arbeit in Kleingruppen ausgewertet werden, um die Unterschiede zwischen den Debatten in verschiedenen Settings – in größeren und kleineren Gruppen – zu untersuchen.

8.8.3.2 Interviews mit Bürgerkonferenzteilnehmern

Neben den Transkripten der Plenumsdebatten wurden auch die Interviews mit Teilnehmern vor und nach der Bürgerkonferenz als primäre Basis für die Analyse verwendet. Hierfür wurden acht Teilnehmer vor und dreizehn nach der Konferenz zu ihren Erwartungen an die Bürgerkonferenz bzw. zu ihren Erfahrungen während des Verfahrens befragt. Die Ergebnisse, die aus den Interviewtranskripten abgeleitet wurden, erfassen somit lediglich die Perspektiven einer Auswahl von Teilnehmern. Ziel der Auswahl von Interviewpartnern vor der Konferenz war eine möglichst große Diversität der befragten Personen. Hierzu wurden etwa die älteste Teilnehmerin und der jüngste Teilnehmer sowie Personen mit und ohne Nähe zum Gesundheitswesen und mit niedrigen, mittleren und hohen Schulabschlüssen befragt. Alle Teilnehmer, die um einen Gesprächstermin gebeten wurden, standen hierfür zur Verfügung. Sämtliche Interviews wurden in der Woche unmittelbar vor dem Beginn der Bürgerkonferenz geführt. Aufgrund der knappen zur Verfügung stehenden Zeit war es nicht möglich, eine größere Anzahl von Teilnehmern zu befragen.

Die Interviewpartner vor der Konferenz wurden nach deren Ende erneut befragt. Zusätzlich wurden alle übrigen Teilnehmer eingeladen, ebenfalls an einem Interview teilzunehmen. Fünf weitere Personen meldeten sich daraufhin und wurden zusätzlich interviewt. Die übrigen Teilnehmer meldeten sich auf diese Anfrage gar nicht oder gaben an, aus Zeit- bzw. Krankheitsgründen nicht zur Verfügung zu stehen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass weitere Interviews mit anderen Teilnehmern zu erweiterten oder abweichenden Erkenntnissen geführt hätten. Insgesamt erwiesen sich die geführten Interviews als wichtige Quelle zur Erhebung der Teilnehmerperspektive auf die Konferenz. Durch die leitfadengestützte Inter-

viewführung mit narrativen Elementen hatten die Teilnehmer die Gelegenheit, in den Interviews auch eigene Schwerpunkte zu setzen.

8.8.3.3 Vergleich von Fragebogenangaben der Interviewpartner

Zur Identifikation von Meinungs- und Präferenzversänderungen der Bürgerkonferenzteilnehmer wurden ergänzend die Fragebogenangaben der Interviewpartner nach der Konferenz mit denen aus dem vorbereitenden Bevölkerungssurvey verglichen. Für diese Analyse konnten jedoch lediglich die Bewertungen von zwölf Personen anhand eines Instruments analysiert werden, dessen Reliabilität und Validität nicht systematisch überprüft wurden.¹⁰⁵ Die durch den Vergleich identifizierten Präferenzveränderungen könnten somit auch auf Schwächen des Instruments zurückzuführen sein. Zudem haben die Interviewpartner nach der Bürgerkonferenz die Fragebögen nicht zu einem gemeinsamen Zeitpunkt erneut ausgefüllt, sondern unabhängig voneinander nach den jeweiligen Gesprächen. Diese fanden zwischen Februar und Dezember 2011 statt, also teilweise mit großem Abstand zur Bürgerkonferenz. Es ist daher möglich, dass die identifizierten Präferenzveränderungen entweder über- oder unterschätzt wurden. So könnten die Teilnehmer ihre Präferenzen erst nach der Konferenz aufgrund anderer Erfahrungen geändert haben oder sie haben sie zwar während der Konferenz geändert, danach jedoch wieder zurückgebildet oder erneut verändert. Auf solche Entwicklungen weisen Befunde von Andersen und Hansen für eine Deliberative Poll hin: Sie haben gezeigt, dass sowohl vor als auch nach dem Ende der Deliberation Präferenzveränderungen der Teilnehmer stattgefunden haben (Andersen und Hansen, 2007). Die Angaben aus den Fragebögen können daher nur sehr vorsichtig interpretiert werden.

8.8.3.4 Resonanz zur Bürgerkonferenz

Zusätzliche Daten wurden erhoben und ausgewertet, um Informationen über die Außenwirkung der Bürgerkonferenz und des Bürgervotums zu generieren. Auch hier zeigten sich verschiedene Einschränkungen für die Analyse.

Medienspiegel

So wurde etwa kein systematischer Presse- und Medienspiegel erstellt und analysiert, sondern die Berichterstattung zur Bürgerkonferenz über eine Suche über Google erfasst. Möglicherweise sind anderswo weitere Beiträge erschienen, die hier daher nicht berücksichtigt wurden. Allerdings wurde der Zugang über eine Googlesuche gezielt gewählt, um zu erheben, inwieweit, die Bürgerkonferenzergebnisse publik geworden sind. Das Internet wird als zunehmend

¹⁰⁵ Der Fragebogen war lediglich von Mitarbeitern des Lübecker Instituts für Sozialmedizin auf seine „face-validity“ und im Rahmen einiger kognitiver Interviews mit Personen aus dem persönlichen Umfeld einer medizinischen Doktorandin des Instituts auf seine Verständlichkeit hin überprüft worden (Stumpf et al., 2014a).

relevant für die Verbreitung von Informationen in der Öffentlichkeit bewertet (vgl. Hüller, 2005). Daher wurden gezielt die Beiträge zur Bürgerkonferenz identifiziert, die über dieses Medium auch für andere frei zugänglich sind. Zudem konnten über die Google-Suche sämtliche Beiträge identifiziert werden, von denen die Organisatoren bereits wussten – etwa weil die Autoren oder andere Personen sie hierauf aufmerksam gemacht hatten. Dass systematisch Beiträge übersehen oder mit Hilfe der angewandten Suchstrategie nicht gefunden wurden, ist daher unwahrscheinlich.

Persönliche Rückmeldungen zur Bürgerkonferenz

Für die Analyse der persönlichen Rückmeldungen zur Bürgerkonferenz wurden die Antwortschreiben von Empfängern des Bürgervotums unmittelbar nach dessen Versand berücksichtigt. Die Inhalte der Schreiben an die Organisatoren waren auffällig ähnlich und es wurden kaum negative Rückmeldungen gegeben. Die meisten Schreiben wurden von Personen verfasst, die den Organisatoren persönlich bekannt waren. Diese haben sich möglicherweise aus Rücksicht auf die Organisatoren in ihrer Kritik zurückgehalten. Daher wurde aus diesen Rückmeldungen lediglich der Befund abgeleitet, dass die Inhalte der Bürgerkonferenz in der Außenwirkung kaum eine Rolle spielten. Eine Bewertung des Verfahrens wurde anhand dieser Quelle nicht vorgenommen.

Befragung von Votumsempfängern

Auch die Befunde aus der schriftlichen Befragung der Votumsempfänger könnten durch zurückhaltende Antworten sowie durch die selektive Stichprobenziehung oder einen Non-response-Bias verzerrt sein. Es wurden die Personen befragt, denen im Anschluss an die Bürgerkonferenz das Bürgervotum postalisch zugesandt worden war. Bereits die Auswahl der Adressaten für das Bürgervotum erfolgte jedoch selektiv: Es wurden diejenigen Akteure angeschrieben, die die Organisatoren der Bürgerkonferenz für relevante Ansprechpartner im Feld hielten. Zudem haben nur 46,5 % der Angeschriebenen an der Befragung teilgenommen. Es ist möglich, dass unter diesen Personen die Bewertung des Lübecker Verfahrens sowie der Methode und von Bürgerbeteiligung insgesamt positiver ausfällt als unter den nicht-Antwortenden oder den nicht-Angeschriebenen.

Wissenschaftliches Symposium

Ähnliches gilt auch für das wissenschaftliche Symposium zur Bürgerkonferenz. Diese Veranstaltung war organisiert worden, um die Arbeit von Heiner Raspe als Direktor des Instituts für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck zu würdigen. Daher waren hierzu insbesondere Wegbegleiter und persönlich bekannte Personen eingeladen worden, von denen einige die Bürgerkonferenz jedoch auch skeptisch bewerteten. So wurde während des wissenschaftlichen

Symposiums durchaus differenziert über die Bürgerkonferenz und das Bürgervotum diskutiert. Dennoch ist es wahrscheinlich, dass die Referenten sich in dem Rahmen des Symposiums zumindest mit sehr scharfer Kritik zurückgehalten haben. Allerdings ist gegenüber den Organisatoren auch außerhalb des Symposiums keine über die beschriebenen Aspekte hinausgehende Kritik geäußert worden.

Aus den erörterten Gründen wurden die unterschiedlichen Reaktionen zur Bürgerkonferenz nicht zur direkten Bewertung einer möglichen Entfaltung von Potenzialen für die Weiterentwicklung öffentlicher Debatten verwendet. Sie wurden lediglich als Hinweise auf die Rezeption der Bürgerkonferenz unter Außenstehenden gewertet und müssen vor dem Hintergrund der verschiedenen Einschränkung zurückhaltend interpretiert werden. Aufgrund der vielfältigen Quellen der analysierten Rückmeldungen konnte jedoch ein breiter Überblick über die Außenwirkung der Bürgerkonferenz gewonnen werden. Um einen direkten Einfluss des Verfahrens auf die öffentliche Priorisierungsdebatte zu untersuchen, hätte stattdessen etwa eine ausführliche Analyse der Debatte im Zeitverlauf erfolgen können, in der sich dann möglicherweise ein inhaltlicher Beitrag niedergeschlagen hätte. Auch qualitative Interviews mit verschiedenen Akteuren aus dem Umfeld dieser Debatte hätten Hinweise hierauf liefern können. Beide Vorgehensweisen wurden im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht gewählt. Für zukünftige deliberative Beteiligungsverfahren könnten solche Analysen Aufschluss über die tatsächlichen Möglichkeiten der Beeinflussung öffentlicher Debatten geben.

8.8.4 Auswertungsmethode und Präsentation der Ergebnisse

Zur Analyse der verfügbaren Datenmaterialien wurden sowohl qualitative als auch ergänzende quantitative Methoden verwendet. Insgesamt wurde ein stark theoriegeleiteter Zugang zum Datenmaterial gewählt, um eine mögliche Voreingenommenheit der Forscherin auszugleichen und einen Beitrag zum aktuellen Stand der Literatur leisten zu können. Aufgrund des theoriegeleiteten Vorgehens könnte jedoch die Offenheit für unerwartete Befunde eingeschränkt gewesen sein (vgl. Lamnek, 2005). Um diese Gefahr zu reduzieren, waren bereits die Teilfragen an das Datenmaterial möglichst offen und nicht als feste Hypothesen formuliert worden. Das Datenmaterial für die qualitative Inhaltsanalyse wurde zudem in mehreren Durchgängen codiert; dabei wurde gezielt auch nach Informationen und Befunden gesucht, die nicht bereits durch die formulierten Teilfragen angesprochen wurden. Insgesamt sind auf diese Art umfangreiche Informationen über die Entfaltung von Potentialen, die Verwirklichung von Qualitätsmerkmalen und die Auswirkungen von Kontextbedingungen der Lübecker Bürgerkonferenz entstanden.

Eine Einschränkung stellt die Analyse sämtlicher Daten allein durch die Autorin dar. Auch wenn man die Vorteile der oben diskutierten Doppelrolle der Autorin als Organisatorin und Forscherin akzeptiert; die Codierung und Interpretation qualitativer Daten durch eine einzige Person birgt stets die Gefahr der einseitigen Verzerrung von Forschungsergebnissen. Einzelne Interpretationen wurden jedoch mehrfach mit Kollegen des Instituts für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck und mit verschiedenen an der Durchführung der Bürgerkonferenz beteiligten Personen im Hinblick auf ihre Plausibilität und Nachvollziehbarkeit diskutiert. Die Ergebnisse der Analysen wurden zudem auf wissenschaftlichen Kongressen und im Rahmen eingeladener Vorträge (vgl. Anhang 4) vorgestellt und diskutiert. Daher geben die in dieser Arbeit dargestellten Ergebnisse nicht allein die subjektiven Interpretationen der Autorin wieder.

Um die Ergebnisse der Analyse zu illustrieren und die Interpretationen der Autorin nachvollziehbar darzustellen, wurden im Ergebnisteil dieser Arbeit wörtliche Zitate aus den Tonbandtranskripten verwendet. Allerdings sind die Teilnehmer der Bürgerkonferenz unterschiedlich häufig zitiert worden. Dies liegt zum einen an der unterschiedlichen Qualität der Sprechbeiträge während der Bürgerkonferenz. Während einige ihre Aussagen klar pointiert in wenigen Sätzen formulierten, waren die Beiträge anderer Teilnehmer nur im Rahmen des größeren Textzusammenhangs verständlich. Für die Ergebnisdarstellung wurden eher kürzere und auch alleinstehend verständliche Zitate ausgewählt. Zum anderen äußerten sich die Teilnehmer unterschiedlich differenziert in den Interviews nach der Konferenz. Einige beschrieben primär ihre individuellen Erfahrungen, andere berichteten auch über allgemeine Schwierigkeiten oder förderliche Faktoren für die gemeinsamen Debatten. Gerade in der Analyse von Qualitätsmerkmalen und den Wirkungen der Kontextbedingungen sind solche abstrakten Aussagen häufiger zitiert worden.

9 FAZIT

Trotz der diskutierten Einschränkungen konnten die Forschungsfragen dieser Arbeit anhand der Analyse der Lübecker Bürgerkonferenz differenziert beantwortet werden. Es haben sich verschiedene Wirkungen des Verfahrens auf die interne und externe Meinungs- und Willensbildung gezeigt. Auch hinderliche und förderliche Faktoren für die Entfaltung dieser Wirkungen sind identifiziert worden. Hieraus werden im Folgenden einige Schlussfolgerungen für das analysierte Modellprojekt gezogen (Abschnitt 9.1) und Empfehlungen für zukünftige ähnliche Beteiligungsverfahren abgeleitet (9.2). Anschließend werden einige Perspektiven für die Partizipations- und Deliberationsforschung beschrieben, die sich aus dieser Arbeit ergeben (9.3).

9.1 ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

In Bezug auf die Meinungs- und Willensbildung der Bürgerkonferenzteilnehmer wurde gezeigt, dass sich insbesondere deren Interesse an der Thematik und ihr Wissen über die diskutierten Inhalte gesteigert haben. Aber auch der Abbau von Vorbehalten gegenüber einer Auseinandersetzung mit Priorisierungsfragen kann als Wirkung der Bürgerkonferenz interpretiert werden. Darüber hinaus scheinen die Entwicklung des Verhaltens während der Deliberation und die Steigerung der Motivation sowie des Selbstvertrauens der Teilnehmer eine Folge der gemeinsamen Deliberation gewesen zu sein. Damit haben sich einige Ausprägungen der edukativen Potenziale deliberativer Mini-Publics auch für die Lübecker Bürgerkonferenz entfaltet; eine Veränderung von Meinungen und Präferenzen der Teilnehmer zu einzelnen Kriterien oder Werten konnte jedoch nicht belegt werden. Ähnliches gilt für die Entfaltung sozialer Potenziale: Es zeigten sich deutliche Hinweise auf die Bildung eines Zusammengehörigkeitsgefühls und einer kollektiven – teilweise über die Teilnehmergruppe hinausgehenden – Identität; die Entwicklung gegenseitigen Verständnisses und geteilter Auffassungen hingegen war nicht zu belegen. Dennoch haben sich die Entfaltung der edukativen und sozialen Potenziale positiv auf die verfahrensinterne Meinungs- und Willensbildung ausgewirkt: Insgesamt waren die Teilnehmer nach der Konferenz erstens eher bereit, sich mit Priorisierungsfragen auseinanderzusetzen, zweitens haben sie in ihrem Bürgervotum eine teilweise differenzierte Bewertung der einzelnen Werte und Kriterien entwickelt, die sich primär auf gemeinwohlorientierte Argumente stützte.

Als Teil eines – wenn auch noch unterentwickelten – deliberativen Systems zur Priorisierung in der Medizin hat die Bürgerkonferenz auch Beiträge zur verfahrensexternen Meinungs- und Willensbildung geleistet. So haben die differenzierten Bewertungen der Teilnehmer im Bürgervotum die Ergebnisse anderer Beteiligungsverfahren ebenso wie die von Experten geführten Debatten ergänzt und kontrastiert. Insbesondere haben die Bürger einige eigene Schwerpunkte für die weitere Priorisierungsdebatte gesetzt. Zudem wurden Konsens- und Dissensbereiche ausgelotet und es haben sich vereinzelt argumentative Konfliktlinien gezeigt. Dies wurde als Entfaltung epistemischer Potenziale gewertet. Zwar ist die öffentliche Verbreitung der Konferenzergebnisse nur in begrenztem Umfang gelungen, was die Entfaltung der Potenziale für die Entwicklung der öffentlichen Priorisierungsdebatte eingeschränkt hat. Aber gerade unter den an der Debatte beteiligten Experten wurde die Bürgerkonferenz diskutiert und als Beispiel für die erfolgreiche Beteiligung von Bürgern an dieser Thematik bewertet. Als eine der wichtigsten Schlussfolgerungen aus dem Lübecker Modellprojekt gilt die Erkenntnis, dass sich Bürger an der Auseinandersetzung mit derart komplexen und abstrakten Fragen beteiligen wollen und hierfür auch zeitintensive und anstrengende Debatten in Kauf nehmen.

Gemeinsam mit der positiven Bewertung ausländischer Vorschläge zur Priorisierung wurde diese Erkenntnis als Entfaltung politischer Potenziale durch die Bürgerkonferenz interpretiert. Hierdurch sind Informationen für die Entwicklung der deutschen Priorisierungsdebatte gewonnen worden. Darüber hinaus hat sich die Bürgerkonferenz auch mittelbar über die Lerneffekte der Organisatoren auf die weitere Auseinandersetzung mit Priorisierungsfragen ausgewirkt. Die Lübecker Arbeitsgruppe hat verschiedene Ergebnisse der Bürger aufgegriffen, weiterentwickelt und in ihre Forschungsarbeit integriert.

Die Bürgerkonferenz hat sich somit auf verschiedene Weise auf die Prozesse der Meinungs- und Willensbildung zu Priorisierungsfragen ausgewirkt. In der Analyse von Qualitätsmerkmalen und den Auswirkungen von Kontextbedingungen zeigten sich jedoch verschiedene Herausforderungen, die die Entfaltung von Potenzialen behindert haben. Hierzu gehörten etwa die Einschränkungen in der Qualität der Deliberation, die Komplexität und Vielfältigkeit der Priorisierungsthematik und die mangelnde Eingrenzung der Fragestellung. Aber auch die Bereitstellung ausgewogener und nicht zu umfangreicher Informationsmaterialien sowie die Unsicherheit in Bezug auf die Adressaten des Bürgervotums erwiesen sich als Herausforderungen. Die Einflussmöglichkeiten durch die Organisatoren sowie die aus Teilnehmersicht knappen Zeitressourcen und die Anforderungen einer schriftlichen Formulierung des Bürgervotums wirkten sich ebenfalls eher hinderlich auf die Entfaltung der oben beschriebenen Potenziale aus.

Die hierdurch entstandenen Schwierigkeiten konnten jedoch durch andere Faktoren teilweise ausgeglichen werden. Insbesondere hat sich gezeigt, dass der Umgang mit der komplexen und umfangreichen Fragestellung durch die zu Beginn der Konferenz durchgeführten Priorisierungsspiele, die Befragung von Experten und die Möglichkeit des Austauschs persönlicher Geschichten der Teilnehmer erleichtert wurde. Auch die als angenehm beschriebene Diskursatmosphäre sowie die durch das soziale Rahmenprogramm ausgedrückte Wertschätzung der eigenen Arbeit wirkten sich positiv auf den erfolgreichen Verlauf der Bürgerkonferenz aus. Schließlich nutzten die Teilnehmer die Abstände zwischen den Konferenzwochenenden, um sich untereinander auszutauschen und selbstständig weiterführende Informationen zu suchen. Eine besondere Bedeutung kam der externen wissenschaftlichen Begleitung und Beratung der Organisatoren sowie der Leitung der Debatten durch einen professionellen Moderator zu. Hierdurch wurden nicht nur die Teilnehmer unterstützt; die Beteiligung von inhaltlich nicht vorinformierten Personen wurde auch als wichtige Basis für das Vertrauen Außenstehender in die Ergebnisse der Bürger identifiziert.

Insgesamt lässt sich im Hinblick auf die Forschungsfrage dieser Arbeit folgende Schlussfolgerung ziehen: Ein deliberatives Verfahren ist durchaus geeignet, Prozesse der Meinungs-

und Willensbildung zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung positiv zu beeinflussen. Insbesondere gegenüber rein konsultativen Bevölkerungsbefragungen weisen deliberative Beteiligungsmöglichkeiten Vorteile auf. Erst durch die Möglichkeit der Information und des argumentativen Austauschs können die teilnehmenden Bürger ihre eigenen Standpunkte und Argumente entwickeln und hierdurch einen inhaltlichen Beitrag zur (fach-)öffentlichen Debatte leisten. Die meisten der in dieser Arbeit berichteten Ergebnisse sind jedoch nicht zwingend auf das untersuchte deliberative Verfahren beschränkt. Vielmehr sind ähnliche Befunde auch für Mini-Publics zu anderen Themen mit vergleichbaren Eigenschaften zu erwarten – etwa für bioethische oder medizinethische Inhalte, die ebenfalls in der Öffentlichkeit kaum diskutiert werden und normativ hoch anspruchsvoll sind. Aus den oben beschriebenen förderlichen und hinderlichen Faktoren für die Potenzialentfaltung der Lübecker Bürgerkonferenz werden im nächsten Abschnitt Schlussfolgerungen für die Durchführung zukünftiger Mini-Publics gezogen.

9.2 EMPFEHLUNGEN FÜR DELIBERATIVE BETEILIGUNGSVERFAHREN

Für die zukünftige Organisation deliberativer Mini-Publics lassen sich auf Grundlage der Analyse der Lübecker Bürgerkonferenz folgende Empfehlungen ableiten:

Definition der Fragestellung

Die Fragestellung eines deliberativen Beteiligungsverfahrens sollte entweder im Vorfeld eindeutig eingegrenzt werden oder die Teilnehmer sollten mit ausreichend Informationen versorgt werden, um sich eine eigene Agenda zu setzen. Eine zu offene Formulierung der Forschungsfrage kann die Teilnehmer überfordern – insbesondere wenn sie nicht über einen umfassenden Überblick über die möglichen zu diskutierenden Inhalte und über die Hintergründe des entsprechenden Themenbereiches verfügen.

Bereitstellung von Informationen

Es ist darauf zu achten, dass die bereitgestellten Informationen möglichst ausgewogen sind und die Teilnehmer auf die zu diskutierende Fragestellung vorbereiten. Die Verarbeitung schriftlicher Materialien hat sich für einige Teilnehmer als schwierig dargestellt. Daher können alternative und zum Teil in anderen Verfahren bereits erprobte Informationsformen eingesetzt und weiterentwickelt werden. Es bietet sich etwa die Unterstützung durch Personen an, die in der laienverständlichen Aufbereitung komplexer Inhalte geschult sind. Auch Film- oder Tonbeiträge sind für die Teilnehmer einer Mini-Public möglicherweise leichter zu verarbeiten als Textdokumente. Zudem verringert sich durch die Einbindung externer Personen die Gefahr der einseitigen inhaltlichen Einflussnahme vonseiten der Organisatoren.

Auch die Anschlussfähigkeit der Bürgerempfehlungen an die bisherigen öffentlichen oder fachöffentlichen Debatten hängt davon ab, inwieweit die Bürger hierüber informiert werden. Sie sollten die Gelegenheit erhalten, zu bereits diskutierten Aspekten gezielt Stellung zu beziehen und die hierzu entwickelten Argumente zu bekräftigen oder sich davon zu distanzieren. Wenn die Teilnehmer mit ausgewogenen und umfassenden Informationen zum aktuellen Stand der Debatten versorgt werden, ist die Gefahr einer inhaltlichen Manipulation durch einzelne bereits existierenden Positionen und Argumente begrenzt. Durch eine explizite Antwort der Teilnehmer hierauf kann ein Beitrag zur Weiterentwicklung öffentlicher Debatten geleistet werden. Die Bürger selbst können für die Erarbeitung eigener Schwerpunkte und Argumente auf die bereits vorhandenen Debatten aufbauen und müssen nicht alle Inhalte selbstständig neu erarbeiten.

Soziales Rahmenprogramm und ansprechende Verpflegung

Um die Wertschätzung für das freiwillige Engagement der Teilnehmer auszudrücken, bieten sich verschiedene Rahmenveranstaltungen an – besonders mit Beteiligung von Repräsentanten politischer oder gesellschaftlicher Eliten. Dies gilt ebenfalls für eine insgesamt hochwertige und ausreichende Verpflegung und die Ausstattung mit weiteren materiellen Ressourcen. Hierdurch kann die Motivation der Teilnehmer gestärkt werden, sich weiterhin aktiv zu beteiligen. Auch gemeinsame Abendveranstaltungen können als Ausdruck der Wertschätzung verstanden werden und bieten den Bürgern gleichzeitig eine Gelegenheit, sich außerhalb der gemeinsamen Debatten kennenzulernen und ihren Zusammenhalt zu vergrößern.

Offenheit für persönliche Geschichten der Teilnehmer

Ein wichtiger Faktor für die erfolgreichen Debatten der Teilnehmer sind auch die angenehme Atmosphäre während des Verfahrens und das gegenseitige Verständnis. Hierfür hat es sich als förderlich erwiesen, dass die Teilnehmer sich über ihre persönlichen Hintergründe ausgetauscht haben und auch während ihrer Debatten persönliche Geschichten zur Illustration von Argumenten oder Standpunkten verwendeten. Dies erleichtert auch die Beteiligung an teilweise sehr abstrakten und normativ anspruchsvollen Debatten. Daher sollte in Mini-Publics eine Offenheit für persönliches „Story-Telling“ der Teilnehmer angestrebt werden.

Informelle Kommunikationsmöglichkeit für die Teilnehmer zwischen den Terminen für die Deliberation

Die Zeiträume zwischen den Konferenzwochenenden haben sich als wichtige Phasen der persönlichen Reflexion und des Austauschs unter den Teilnehmern gezeigt. Um diese Möglichkeiten auszubauen, könnten etwa digitale Kommunikationswege genutzt werden. So könnten die Teilnehmer z. B. über ein Forum oder eine Internetplattform Informationen und auch Materialien miteinander austauschen. Auch die Kommunikation mit den Organisatoren oder den

Experten wäre über diese Wege möglich, z. B. um Fragen an die Experten vorab zu versenden oder organisatorische Fragen zu klären.

Öffentlichkeitsarbeit

Die Verbreitung der Ergebnisse einer Mini-Public ist ausschlaggebend für die Entfaltung der Potenziale für die verfahrensexterne Meinungs- und Willensbildung. Daher sollten verschiedene Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit genutzt werden. Neben der Veröffentlichung von Pressemitteilungen und der abschließenden Pressekonferenz zur Präsentation des gemeinsamen Ergebnisses der Teilnehmer hat sich auch die Einladung von Pressevertretern zu den Expertenbefragungen bewährt. Zusätzlich könnten in verschiedenen Phasen des Verfahrens weitere interessierte Bürger aktiv beteiligt oder – wie im Falle der Bürgerkonferenz – zumindest über den Konferenzverlauf informiert werden. Außenstehende Bürger könnten beispielsweise an der Informationsvermittlung zur Einarbeitung der Teilnehmer teilnehmen¹⁰⁶ oder in späteren Phasen selbst Fragen an die Experten formulieren sowie Vorschläge und Anregungen an die Teilnehmer richten. Auch hierfür könnten digitale Kommunikationswege genutzt werden. Zusätzlich kann auf diesem Wege die Öffentlichkeitsarbeit für das Verfahren ausgeweitet werden. Die Teilnehmer können beispielsweise eigenständige Beiträge für ein Weblog oder eine Internetseite verfassen, über die die breitere Öffentlichkeit den Konferenzverlauf verfolgen kann.

Einflussmöglichkeiten der Organisatoren

Dass die Organisatoren einer Mini-Public in verschiedenen Phasen der Vorbereitung und Durchführung des Verfahrens Einfluss hierauf nehmen, lässt sich nicht vermeiden. Diese Einflussmöglichkeiten sollten jedoch möglichst stark begrenzt werden, um eine einseitige inhaltliche Verzerrung der Teilnehmerdebatten zu vermeiden und das Vertrauen Außenstehender in die Ergebnisse der Mini-Public nicht zu belasten. So sollten die Organisatoren möglichst kein originäres Interesse an einem bestimmten Inhalt der Bürgerempfehlungen haben. Auch die Anwesenheit der Organisatoren während der Debatten oder zumindest unmittelbare eigene Beiträge sollten vermieden werden. Zudem ist ein möglichst transparenter und reflexiver Umgang mit den notwendigen Designentscheidungen anzustreben. Eine externe Beratung und Begleitung des Verfahrens kann hierzu beitragen.

Modalitäten zur Feststellung des Konferenzergebnisses

Die Formulierung einer schriftlichen Stellungnahme hat sich grundsätzlich als vorteilhaft für die Entwicklung und Veröffentlichung eigener Schwerpunkte, Positionen und Argumente der

¹⁰⁶ Zur Auftaktveranstaltung der Mainzer Bürgerkonferenz waren etwa alle Bürger eingeladen, die sich zuvor für die Teilnahme interessiert hatten.

Bürger erwiesen. Allerdings haben sich dabei auch Schwierigkeiten und Herausforderungen gezeigt. Diese können möglicherweise durch alternative Präsentationsformen für die Empfehlungen der Bürger reduziert werden. Auch die Unterstützung der Teilnehmer bei der Erstellung und Dokumentation der Ergebnisse ihrer Debatten durch Außenstehende kann zur Entlastung beitragen. Welche Möglichkeiten sich hierfür besonders eignen, ist anhand der gezielten Variation in weiteren Verfahren zu prüfen.

Definition von Adressaten für die Empfehlung

Als eine Schwierigkeit für die Teilnehmer hat sich die Unklarheit über Adressaten und eine Zielgruppe für ihre im Bürgervotum festgehaltenen Bewertungen und Empfehlungen erwiesen. Nach Möglichkeit sollten daher die Adressaten einer Mini-Public im Vorfeld identifiziert werden. Auch eine unmittelbare Einbindung der Adressaten – etwa als formale Auftraggeber oder durch eine direkte Antwort auf die Empfehlungen der Bürgergruppe – böte sich an.

9.3 PERSPEKTIVEN FÜR DIE PARTIZIPATIONS- UND DELIBERATIONS-FORSCHUNG

Die Umsetzung einiger der im letzten Abschnitt formulierten Empfehlungen erfordert zunächst die Erprobung und Erforschung im Rahmen zukünftiger Mini-Publics. Dies gilt beispielsweise für die Ausweitung informeller Kommunikationsformen zwischen den Teilnehmern oder für die Weiterentwicklung von Modalitäten für die Feststellung, Präsentation und Verbreitung der Konferenzergebnisse.

Abgesehen von weiterem Forschungsbedarf zur praktischen Weiterentwicklung deliberativer Mini-Publics haben sich auf Grundlage der hier durchgeführten Analysen einige Perspektiven für die Partizipations- und Deliberationsforschung ergeben. So wurde die Bürgerkonferenz explizit als Teil eines deliberativen Systems verstanden. Auf dieser Grundlage wurden etwa die Wirkungen von Kontextbedingungen auf das Verfahren untersucht ebenso wie ein inhaltlicher Beitrag zur öffentlichen und fachöffentlichen Priorisierungsdebatte in Deutschland. Schließlich wurden die Ergebnisse der Bürgerkonferenz mit denen bisheriger Beteiligungsverfahren verglichen, die dem selben deliberativen System zuzuordnen sind. Erst durch diese Perspektive auf das Verfahren hat sich die Entfaltung epistemischer Potenziale gezeigt.

Zudem können mithilfe des Konzepts deliberativer Systeme einige Schwierigkeiten der Bürgerkonferenz erklärt werden. So gab es in Deutschland noch kein ausdifferenziertes und etabliertes deliberatives System zur Priorisierung. Daher waren etwa die Identifikation von Adressaten, die Verbreitung der Konferenzergebnisse und die Genese von allgemein verständlichem Informationsmaterial erschwert. Insgesamt hat sich das Konzept deliberativer Systeme

als geeignete Basis für die Untersuchung der Bürgerkonferenz erwiesen. Seine Rolle und seine Operationalisierung für die systematische Analyse von Mini-Publics kann anhand weiterer Fälle in unterschiedlichen Kontexten geklärt werden.

Auch die Auswahl der hier verwendeten Kriterien für die Auswertung, die sich in den Teilfragen an das Datenmaterial niedergeschlagen haben, können für zukünftige Verfahren weiterentwickelt werden. Besonders der Fokus auf den Inhalten der Debatten in Kombination mit formalen Qualitätskriterien und Kontextfaktoren hat dazu beigetragen, ein differenziertes Bild der Lübecker Bürgerkonferenz zu generieren. Dabei konnte gezeigt werden, dass sich trotz einiger Schwächen der deliberativen Qualität und trotz vielfältiger Herausforderungen durch Kontextfaktoren viele Potenziale für die Bürgerkonferenz entfaltet haben. Teilweise hat sich die Abweichung von ursprünglichen normativen Ansprüchen der deliberativen Demokratietheorie sogar als Vorteil für die Potenzialentfaltung gezeigt. So hat sich etwa die positive Wirkung von persönlichem Story-Telling bestätigt, die bereits in anderen empirischen und theoretischen Arbeiten gezeigt wurde. Die reine Verwendung rationaler Argumente und Begründungen innerhalb eines deliberativen Verfahrens scheint daher nicht zwingend erforderlich für die beschriebenen Potenziale zu sein. Auch der Verzicht der Lübecker Teilnehmer auf einen umfassenden Konsens zu allen diskutierten Aspekten war von Vorteil. Erst durch die Identifikation von „kontrovers diskutierten“ Kriterien haben sich Konfliktlinien gezeigt, die auch für die öffentliche Auseinandersetzung mit Priorisierungsfragen relevant sind. Der Zugang zu ausgewogenen, gut verständlichen und qualitativ hochwertigen Informationen oder auch die Beteiligung eines professionellen Moderators hingegen haben sich in Übereinstimmung mit vorhergehenden Analysen auch hier als maßgeblich für die Potenzialentfaltung erwiesen. In zukünftigen Studien wäre zu klären, ob sich Kriterien für das Design und die Durchführung von deliberativen Verfahren herausarbeiten lassen, die tatsächlich obligatorisch für die Entfaltung von Potenzialen sind. Hierdurch kann ein Beitrag zur Debatte um den Umgang mit normativen Ansprüchen innerhalb der deliberativen Demokratietheorie geleistet werden (vgl. Abschnitt 2.1.2).

Eine weitere Perspektive für zukünftige Forschung stellt die Frage nach kausalen Zusammenhängen zwischen der Qualität der Deliberation und der Entfaltung von Potenzialen dar. In verschiedenen früheren Verfahren wurden beispielsweise Präferenzveränderungen der Teilnehmer nachgewiesen, für die Lübecker Bürgerkonferenz hat sich zumindest eine Reduktion von Vorbehalten gegenüber der Priorisierung insgesamt gezeigt. Bisher ist jedoch nicht geklärt, worauf genau die Veränderungen zurückzuführen sind. Sind Präferenzentwicklungen tatsächlich Folge von deliberativen Prozessen oder sind eher die vielfältigen Informationen hierfür verantwortlich, die die Teilnehmer im Verlauf einer Mini-Public erhalten. Dies ließe

sich auf Grundlage systematischer Präferenzhebungen im Zeitverlauf in Verbindung mit der detaillierten Analyse der Inhalte aller im Verlauf einer Mini-Public geführten Debatten klären. Auch ein Vergleich zwischen mehreren Mini-Publics zum selben Thema, für die jeweils die gleichen Informationen bereitgestellt werden, könnte zur Klärung dieser Frage beitragen.

Die oben beschriebenen Ergebnisse aus der Analyse der Lübecker Bürgerkonferenz können als Vergleichsgrößen für zukünftige Studien dienen. Besonders drei Aspekte haben sich während der Auswertung dieses Verfahrens als vielversprechend erwiesen: 1.) das Verständnis deliberativer Mini-Publics als Teil sie umgebender deliberativer Systeme, 2.) der Fokus auf die Potenziale solcher Verfahren für die interne und externe Meinungs- und Willensbildung sowie 3.) die Berücksichtigung der Inhalte der Teilnehmerdebatten. Die detaillierte Analyse von Mini-Publics in verschiedenen Kontexten unter Berücksichtigung der genannten Aspekte kann die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit überprüfen, kontrastieren und ergänzen. Auf dieser Grundlage kann ein Beitrag zur Formulierung von realistischen Zielen für die Anwendung von deliberativen Beteiligungsverfahren und zur Klärung von Auswirkungen verschiedener Kontextbedingungen auf ihren Verlauf und ihre Ergebnisse geleistet werden. Auch die Rolle von Mini-Publics innerhalb eines deliberativen Systems und ihr Verhältnis zu anderen Elementen dieses Systems ließe sich hierdurch klären. Dies könnte zur Weiterentwicklung des Konzepts deliberativer Mini-Publics beitragen, indem deren Relevanz und ihr normativer Status für die Meinungs- und Willensbildung im Vorfeld und im Verlauf von Entscheidungsprozessen konkretisiert würden. Damit könnte dann sowohl die heute zunehmende Anwendung solcher Verfahren als reine Methoden der Präferenzhebung als auch die schlichte Forderung nach einem „Mehr“ an Bürgerbeteiligung“ kontrastiert werden, die häufig formuliert wird.

10 LITERATURVERZEICHNIS

- Abels, G. und Mölders, M.** (2007). Meeting of Minds. Kritische Beobachtungen zu Form und Funktion der ersten europäischen Bürgerkonferenz. In: A. Bora, S. Bröchler und M. Decker (Hrsg.), *Technology Assessment in der Weltgesellschaft*: 381-391. Berlin: edition sigma.
- Abelson, J., Eyles, J., McLeod, C.B., Collins, P., McMullan, C., et al.** (2003a). Does deliberation make a difference? Results from a citizens panel study of health goals priority setting. In: *Health Policy*, 66: 95-106.
- Abelson, J., Forest, P.-G., Casebeer, A., Mackean, G., Maloff, B., et al.** (2004). *Towards More Meaningful, Informed and Effective Public Consultation*. Ottawa, Ontario: Canadian Health Services Research Foundation.
- Abelson, J., Forest, P.-G., Eyles, J., Casebeer, A., Martin, E., et al.** (2007a). Examining the role of context in the implementation of a deliberative public participation experiment: Results from a Canadian comparative study. In: *Social Science and Medicine*, 64(10): 2115-2128.
- Abelson, J., Forest, P.-G., Eyles, J., Smith, P., Martin, E., et al.** (2003b). Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. In: *Social Science and Medicine*, 57: 239-251.
- Abelson, J., Giacomini, M., Lehoux, P. und Gauvin, F.-P.** (2007b). Bringing 'the public' into health technology assessment and coverage policy decisions: From principles to practice. In: *Health Policy*, 82(1): 37-50.
- Abelson, J., Warren, M. und Forest, P.-G.** (2012). The future of public deliberation on health issues. In: *Hastings Center Report*, 42(2): 27-29.
- Abromeit, H.** (2001). *Ein Maß für Demokratie. Europäische Demokratien im Vergleich*. Reihe Politikwissenschaft, 76. Wien: Institut für Höhere Studien.
- Active Citizenship Network** (2002). *European Charter of Patients' Rights*. Brussels: Active Citizenship Network.
- Agger, A. und Löfgren, K.** (2006). *How Democratic are Networks Based on Citizen Involvement? - A Framework for Assessing the Democratic Effects of Networks*. Working Paper, 2006/1. Roskilde: Center for Democratic Network Governance, Roskilde University.
- Agger, A. und Löfgren, K.** (2010). Participatory advisory panels: how democratic are they? In: E. Amna (Hrsg.), *New forms of citizen participation: normative implications*: 21-33. Baden-Baden: Nomos.
- Alber, K.** (2011). *Priorisierung in der Medizin. Stakeholderpräferenzen bei der Vergabe knapper Spenderorgane*. Bayreuth: PCO-Verlag.
- Allianz Deutschland AG** (2009). *Priorisierung im Gesundheitswesen. Eine Umfrage der Allianz Deutschland AG*. München: Allianz Deutschland AG.
- American Psychiatric Association** (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andersen, I.-E. und Jæger, B.** (1999). Scenario workshops and consensus conferences: Towards more democratic decision-making. In: *Science and Public Policy*, 26(5): 331-340.
- Andersen, V.N. und Hansen, K.M.** (2007). How deliberation makes better citizens: The Danish Deliberative Poll on the euro. In: *European Journal of Political Research*, 46: 531-556.
- Anderson, M., Richardson, J., McKie, J., Iezzi, A. und Khan, M.** (2011). The Relevance of Personal Characteristics in Health Care Rationing: What the Australian Public Thinks and Why. In: *American Journal of Economics and Sociology*, 70(1): 131-151.
- Anell, A., Rosén, P. und Hjortsberg, C.** (1997). Choice and participation in the health services: a survey of preferences among Swedish residents. In: *Health Policy*, 40(2): 157-168.

- AOK-Bundesverband** (2013). *Zahlen und Fakten 2013*. Berlin: AOK-Bundesverband, URL: http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/info/nonperiodika/zuf_2013.pdf; letzter Zugriff: 20.02.2015.
- Arnstein, S.R.** (1969). A ladder of citizen participation. In: *Journal of the American Planning Association*, 35(4): 216-224.
- Arvidsson, E., André, M., Borgquist, L., Lindström, K. und Carlsson, P.** (2009). Primary care patients' attitudes to priority setting in Sweden. In: *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(2): 123-128.
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin** (2008). *Handbuch Patientenbeteiligung. Beteiligung am Programm für Nationale Versorgungsleitlinien*. Neukirchen: Make a Book.
- Atteslander, P.** (1975). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin, New York: de Gruyter.
- B.M.A. Planning Unit** (1969). Priorities in medicine. Statement prepared by the B.M.A. Planning Unit. In: *British Medical Journal*, 1(5636): 106-108.
- Baber, W.F. und Bartlett, R.V.** (2005). *Deliberative Environmental Politics: Democracy and Ecological Rationality*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Bächtiger, A.** (2005). *The Real World of Deliberation. A Comparative Study of Its Favorable Conditions in Legislatures*. Bern: Paul Haupt.
- Bächtiger, A., Niemeyer, S., Neblo, M., Steenbergen, M.R. und Steiner, J.** (2010a). Disentangling Diversity in Deliberative Democracy: Competing Theories, Their Blind Spots and Complementarities. In: *Journal of Political Philosophy*, 18(1): 32-63.
- Bächtiger, A., Pedrini, S. und Ryser, M.** (2010b). Prozessanalyse politischer Entscheidungen: Deliberative Standards, Diskurstypen und Sequenzialisierung. In: J. Behnke, T. Bräuniger und S. Shikano (Hrsg.), *Jahrbuch für Handlungs- und Entscheidungstheorie. Band 6: Schwerpunkt neuere Entwicklungen des Konzepts der Rationalität und ihre Anwendung*: 193-226. Wiesbaden: VS Verlag.
- Bächtiger, A., Shikano, S., Pedrini, S. und Ryser, M.** (2010c). Measuring deliberation 2.0: Standards, discourse types, and sequentialization: available at: <http://www.ash.harvard.edu/extension/ash/docs/baechtiger.pdf>.
- Bächtiger, A., Spörndli, M., Steenbergen, M.R. und Steiner, J.** (2005). The deliberative dimensions of legislatures. In: *Acta Politica*, 40(2): 225-238.
- Bächtiger, A., Spörndli, M., Steenbergen, M.R. und Steiner, J.** (2007a). Deliberation in Legislatures: Antecedents and Outcomes. In: S. W. Rosenberg (Hrsg.), *Deliberation, Participation and Democracy: Can the People Govern?*: 82-100. London: Palgrave MacMillan.
- Bächtiger, A. und Steenbergen, M.R.** (2004). *The Real World of Deliberation: A Comparative Study of its Favorable Conditions in Legislatures*. Florence: European University Institute.
- Bächtiger, A., Steenbergen, M.R. und Niemeyer, S.** (2007b). Deliberative Democracy: An Introduction. In: *Swiss Political Science Review*, 13(4): 485-496.
- Bäckstrand, K., Khan, J., Kronsell, A. und Lövbrand, E.** (2010). *Environmental Politics and Deliberative Democracy: Examining the Promise of New Modes of Governance*. Edward Elgar.
- Badura, B.** (2000). Reform des Gesundheitswesens durch Aktivierung der Bürger, Versicherten und Patienten - eine Einführung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen - eine länderübergreifende Herausforderung*: 34-40. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Badura, B., Hart, D. und Schellschmidt, H.** (1999). *Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung*. Baden-Baden.
- Baogang, H. und Warren, M.** (2011). Authoritarian deliberation. The deliberative turn in Chinese political development. In: *Perspectives on Politics*, 9(2): 269-289.
- Barabas, J.** (2004). How deliberation affects policy opinions. In: *American Political Science Review*, 98(4): 687-701.
- Barker, R.S.** (2001). *Legitimizing Identities: The Self-presentation of Rulers and Subjects*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Batalha, L., Niemeyer, S., Curato, N., Dryzek, J.S. und Gastil, J.** (2012). *Group Dynamics and Deliberative Processes: Cognitive and Affective Aspects*. Working Paper, 2012/2. Canberra, ACT: Australian National University.
- Beauchamp, T.L. und Childress, J.F.** (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Becker-Schwarze, K.** (2004). Kollektive Patientenrechte durch das GKV-Modernisierungsgesetz. In: *GesundheitsRecht*, 6(215-219): 215.
- Benhabib, S.** (1996). Toward a deliberative model of democratic legitimacy. In: S. Benhabib (Hrsg.), *Democracy and Difference: Contesting the Boundaries of the Political*: 67-94. Princeton: Princeton University Press.
- Bessette, J.M.** (1980). Deliberative Democracy: The Majority Principle in Republican Government. In: R. A. Goldwin und W. A. Schambra (Hrsg.), *How Democratic is the Constitution?:* 102-116. Washington, D.C.: American Enterprise Institute for Public Policy Research.
- Bessette, J.M.** (1994). *The Mild Voice of Reason. Deliberative Democracy and American National Government*. Chicago: University of Chicago Press.
- Birch, A.H.** (1971). *Representation*. London: Macmillan.
- Bohman, J.** (1996). *Public Deliberation: Pluralism, Complexity and Democracy*. Cambridge MA: MIT Press.
- Bohman, J.** (1998). The coming of age of deliberative democracy. In: *Journal of Political Philosophy*, 6(4): 400-425.
- Bohman, J.** (2007). *Democracy Across Borders: From Demos to Demoi*. Cambridge: MIT Press.
- Bonnie, L.H.A., van den Akker, M., van Steenkiste, B. und Vos, R.** (2010). Degree of solidarity with lifestyle and old age among citizens in the Netherlands: cross-sectional results from the longitudinal SMILE study. In: *Journal of Medical Ethics*, 36(12): 784-790.
- Borck, C.** (2014). Begrüßung der Bürgerkonferenzteilnehmer. In: S. Stumpf und H. Raspe (Hrsg.), *Die Lübecker Bürgerkonferenz zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung: "Was ist uns wichtig - und wie können wir darüber entscheiden?"*: 125-127. Lage: Jacobs-Verlag.
- Bowie, C., Richardson, A. und Sykes, W.** (1995). Consulting the public about health service priorities. In: *British Medical Journal*(311): 1155-1158.
- Bowling, A.** (1996). Health care rationing: the public's debate. In: *British Medical Journal*, 312: 670-674.
- Bowling, A., Jacobson, B. und Southgate, L.** (1993). Health Service Priorities: Explorations in Consultation of the Public and Health Professionals on Priority Setting in an Inner London Health District. In: *Social Science and Medicine*, 37(7): 851-857.
- Brady, H.E.** (1999). Political participation. In: J. P. Robinson, P. R. Shaver und L. S. Wrightsman (Hrsg.), *Measures of Political Attitudes*. San Diego: Academic Press.
- Brady, H.E., Fishkin, J.S. und Luskin, R.C.** (2003). Informed public opinion about foreign policy: The use of deliberative polling. In: *The Brookings Review*, 21(3): 16-19.
- Branningan, M.** (1993). Oregon's Experiment. In: *Health Care Analysis*, 1: 15-32.
- Brettschneider, C., Lühmann, D. und Raspe, H.** (2011). Informative value of Patient Reported Outcomes (PRO) in Health Technology Assessment (HTA). In: *GMS Health Technology Assessment*, 7.
- Broqvist, M., Branting Elgstrand, M., Carlsson, P., Eklund, K. und Jakobsson, A.** (2011). *National Model for Transparent Prioritisation in Swedish Health Care (Revised Version)* (Report 2011:4). Linköping: National Center for Priority Setting in Healthcare.
- Brown, L.D.** (1991). The national politics of Oregon's rationing plan. In: *Health Affairs*, 10(2): 28-51.
- Brown, M.B.** (2006). Citizen panels and the concept of representation. In: *Journal of Political Philosophy*, 14(2): 203-225.

- Bruni, R.A., Laupacis, A. und Martin, D.K.** (2008). Public engagement in setting priorities in health care. In: *Canadian Medical Association Journal*, 179(1): 15-18.
- Buchstein, H.** (2009). *Demokratie und Lotterie: Das Los als politisches Entscheidungsinstrument von der Antike bis zur EU*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Bundesamt für Statistik** (2015). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €, Zeitreihe* URL: http://www.gbe-bund.de/gbe10/pkg_isgbe5.prc_isgbe; letzter Zugriff: 20.02.2015.
- Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium der Justiz** (2007 [2002]). *Patientenrechte in Deutschland: Leitfaden für Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium der Justiz, URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/BMG-G-G407-Patientenrechte-Deutschland.pdf; letzter Zugriff: 07.08.2012.
- Burton, P.** (2009). Conceptual, Theoretical and Practical Issues in Measuring the Benefits of Public Participation. In: *Evaluation*, 15(3): 263-284.
- Busse, R.** (1999). Priority-setting and rationing in German health care. In: *Health Policy*, 50(1-2): 71-90.
- Busse, R.** (2006). Methoden der Versorgungsforschung. In: M. Hey, U. Maschewski-Schneider, R. Buss, B. Häussler, H. Pfaff, R. Rosenbrock und M. Schrappe (Hrsg.), *Kursbuch Versorgungsforschung*: 224-251. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Busse, R. und Hoffmann, C.** (2010). Priorisierung in anderen Gesundheitssystemen: Was kann Deutschland lernen? In: *Bundesgesundheitsblatt*, 53(9): 882-889.
- Butterfield, W.J.H.** (1968). *Priorities in Medicine*. The Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Calabresi, G. und Bobbit, P.** (1978). *Tragic Choices*. New York: Norton.
- Callaghan, G.D. und Wistow, G.** (2006). Publics, patients, citizens, consumers? Power and decision making in primary health care. In: *Public Administration*, 84(3): 583-601.
- Canadian National Forum on Health** (1997). *Canada Health Action: Building on the Legacy*. Values Working Group Synthesis Report. Ottawa: Health Canada.
- Carlsson, J.** (2009). Praxis der Priorisierung am Beispiel der Versorgungsleitlinie Kardiologie in Schweden. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103(2): 93-98.
- Carlsson, J.** (2012). Nationale und regionale Priorisierung im schwedischen Gesundheitswesen: Erfahrungen aus der Kardiologie. In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(6): 435-442.
- Carlsson, P., Kärvinge, C., Broqvist, M., Eklund, K., Hallin, B., et al.** (2007). *National Model for Transparent Vertical Prioritisation in Swedish Health Care*. Translation of report, 2007:1. Sweden: National Centre for Priority Setting in Health Care (Sweden).
- Carr, D.S. und Halvorsen, K.** (2001). An evaluation of three democratic, community-based approaches to citizen participation: Surveys, conversations with community groups, and community dinners. In: *Society and Natural Resources*, 14(2): 107-126.
- Carson, L. und Hartz-Karp, J.** (2005). Adapting and combining deliberative designs: Juries, polls, and forums. In: J. Gastil und P. Levine (Hrsg.), *The Deliberative Democracy Handbook: Strategies for Effective Civic Engagement in the Twentieth Century*: 121-138. San Francisco.
- Chambers, S.** (2003). Deliberative democratic theory. In: *Annual Review of Political Sciences*, 6: 307-326.
- Chambers, S.** (2009). Rhetoric and the public sphere. Has deliberative democracy abandoned mass democracy? In: *Political Theory*, 37(3): 323-350.
- Chambers, S.** (2012). Deliberation and mass democracy. In: J. Parkinson und J. Mansbridge (Hrsg.), *Deliberative Systems: Deliberative Democracy at the Large Scale*: 52-71. Cambridge: Cambridge University Press.

- Charles, C. und DeMaio, S.** (1993). Lay participation in health care decision making: A conceptual framework. In: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 18(4): 881-904.
- Chess, C.** (2000). Evaluating environmental participation: Methodological questions. In: *Journal of Environmental Planning and Management*, 43(6): 769-784.
- Chinitz, D. und Israeli, A.** (1997). Health reform and rationing in Israel - Explicit rationing of health care services in a universal system is easier said than done. In: *Health Affairs* 16(5): 205-210.
- Civic Alliance to Rebuild Downtown New York** (2002). *Listening to the City: Report of the Proceedings*. New York: Civic Alliance, URL: <http://www.civic-alliance.org/pdf/0920FinalLTCReport.pdf>; letzter Zugriff: 20.02.2015.
- Clemens, T.** (2012). Transparenz und fundierte Entscheidungsfindung. In: *Gesundheit braucht Politik*, 1(1): 24-26.
- Cohen, J.** (1989). Deliberation and democratic legitimacy. In: A. Hamlin und P. Prettit (Hrsg.), *The Good Polity: Normative Analysis of the State*: 17-34. Oxford: Basil Blackwell.
- Cojocaru, A.B.** (2011). Contribution of feminism to the evaluation of deliberative democracy concept. In: *International Journal of Communication Research*, 1(4): 316-321.
- Coleman, S. und Blumler, J.** (2009). *The Internet and Democratic Citizenship: Theory, Practice, Policy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Commission of the European Communities** (2007). *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*. White Paper, COM(2007) 630 final. Brussels: Commission of the European Communities.
- Cooke, M.** (1997). Are ethical conflicts irreconcilable? In: *Philosophy and Social Criticism*, 23(2): 1-19.
- Cooke, M.** (2000). Five arguments for deliberative democracy. In: *Political Studies*, 48(5): 947-969.
- Cookson, R. und Dolan, P.** (1999). Public views on health care rationing: a group discussion study. In: *Health Policy*, 49(1-2): 63-74.
- Coote, A. und Lenaghan, J.** (1997). *Citizens' Juries: Theory in to Practice*. London: IPPR.
- Corporate Consultation Secretariat of the Health Policy and Communications Branch** (2000). *Health Canada Policy Toolkit for Public Involvement in Decision Making*. Minister of Public Works and Government Services Canada.
- Council of Europe** (2000). *On the Development of Structures for Citizen and Patient Participation in the Decision-Making Process Affecting Health Care*. Recommendation, No. R (2000) 5: Council of Europe, Committee of Ministers.
- Crosby, N. und Nethercut, D.** (2005). Citizens' Juries: Creating a trustworthy voice of the People. In: J. Gastil und P. Levine (Hrsg.), *The Deliberative Democracy Handbook: Strategies for Effective Civic Engagement in the 21st Century*: 111-119. San Francisco: Jossey-Baass.
- Cumming, J.** (1994). Core services and priority-setting: The New Zealand experience. In: *Health Policy*, 29(1-2): 41-60.
- Cutler, F., Johnston, R., Carty, R.K., Blais, A. und Forunier, P.** (2008). Deliberation, information and trust: the British Columbia Citizens' Assembly as agenda setter. In: M. Warren und H. Pearse (Hrsg.), *Designing Deliberative Democracy: the British Columbia Citizens' Assembly*: 166-191. Cambridge: Cambridge University Press.
- Daniels, N.** (1991). Is the Oregon rationing plan fair? In: *Journal of the American Medical Association*, 265(17): 2332-2335.
- Daniels, N.** (2000). Accountability for reasonableness: Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. In: *British Medical Journal*, 321(7272): 1300-1301.
- Daniels, N.** (2008). *Just Health - Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Daniels, N. und Sabin, J.E.** (1997). Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. In: *Philosophy Public Affairs*, 26(4): 303-350.
- Daniels, N. und Sabin, J.E.** (1998). The ethics of accountability in managed care reform. In: *Health Affairs*, 17(5): 50-64.
- Danish Council of Ethics** (1997). *Priority-setting in the Health Service*. Copenhagen: The Danish Council of Ethics, URL: http://etiskraad.synkron.com/graphics/03_udgivelser/publikationer/ENG002.HTM; letzter Zugriff: 20.02.2015.
- Danish Council of Ethics** (2013). *Etik og prioritering i sundhedsvæsenet – hvorfor det er så svært*. Copenhagen: Danish Council of Ethics, URL: <http://www.etiskraad.dk/Projekter/Prioritering-i-sundhedsvaesenet.aspx>; letzter Zugriff: 20.02.2015.
- Dansk Indenrigsministeriet** (1977). *Prioritering i sundhedsvæsenet. Betænkning fra sundhedsprioriteringsudvalget*. København.
- Davies, C., Barnett, E. und Wetherell, M.** (2006). *Citizens at the centre: Deliberative participation in healthcare decisions*. Bristol: Policy Press.
- Davies, C., Wetherell, M., Barnett, E. und Seymour-Smith, S.** (2005). *Opening The Box: Evaluating the Citizens Council of NICE*. Report prepared for the National Co-ordinating Centre for Research Methodology, NHS Research and Development Programme: The Open University.
- De Vries, R., Stanczyk, A., Wall, I.F., Uhlmann, R., Damschroder, L.J., et al.** (2010). Assessing the quality of democratic deliberation: A case study of public deliberation on the ethics of surrogate consent for research. In: *Social Science and Medicine*, 70(12): 1896-1903.
- della Porta, D.** (2005). Deliberation in movement: Why and how to study deliberative democracy and social movements. In: *Acta Politica*, 40(3): 336-350.
- Delli Carpini, M.X., Cook, F.L. und Jacobs, L.R.** (2004). Public deliberation, discursive participation, and citizen engagement: A review of the empirical literature. In: *Annual Review of Political Sciences*, 7: 315-344.
- Deutscher Bundestag** (2005). *Bericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht in der modernen Medizin*. Drucksache 15/5980. Berlin: Deutscher Bundestag.
- Diederich, A. und Schreier, M.** (2010a). *Einstellungen zu Priorisierungen in der medizinischen Versorgung: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung*. FOR655 Working Paper, Nr. 27/2010.
- Diederich, A. und Schreier, M.** (2010b). Zur Akzeptanz von Eigenverantwortung als Priorisierungskriterium. Eine empirische Untersuchung. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 53: 896-902.
- Diederich, A., Schreier, M., Winkelhage, J., Heil, S., Lietz, P., et al.** (2009). Kriterien und Präferenzen in der Priorisierung medizinischer Leistungen: Entwicklung von Stichprobenplänen und Interviewleitfäden zur Vorbereitung einer Meinungsumfrage bei Betroffenen. In: W. A. Wohlgemuth und M. Freitag (Hrsg.), *Priorisierung in der Medizin: Interdisziplinäre Forschungsansätze*: 11-37. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Diederich, A., Swait, J. und Wirsik, N.** (2012). Citizen participation in patient prioritization policy decisions: An empirical and experimental study on patients' characteristics. In: *PLoS ONE*, 7(5): e36824.
- Diederich, A., Winkelhage, J. und Wirsik, N.** (2011). Age as a criterion for setting priorities in health care? Survey of the German public view. In: *PLoS ONE*, 6(8): e23930.
- Dienel, P.C.** (2002). *Die Planungszelle. Der Bürger als Chance*, (5. Auflage). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

- Dierks, M.-L., Seidel, G., Horch, K. und Schwartz, F.W.** (2006). *Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Themenheft 32): Robert Koch Institut.
- DiPrete, B. und Coffman, D.** (2007). *A Brief History of Health Services Prioritization in Oregon*. Oregon: Oregon Health Evidence Review Commission (HERC), URL: www.oregon.gov/oha/OHPR/HSC/docs/prioritizationhistory.pdf; letzter Zugriff: 20.02.2015.
- Dixon, J. und Welch, H.G.** (1991). Priority setting: Lessons from Oregon. In: *Lancet*, 337: 891-894.
- Doerr, N.** (2007). Is 'another' public sphere actually possible? The case of "Women Without" in the European Social Forum process as a critical test for deliberative democracy. In: *Journal of International Women's Studies*, 8(3): 71-87.
- Doheny, S. und O'Neil, C.** (2010). Becoming deliberative citizens: The moral learning process of the citizen juror. In: *Political Studies*, 58(4): 630-648.
- Dolan, P., Cookson, R. und Ferguson, B.** (1999). Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority setting in health care: focus group study. In: *British Medical Journal*, 318: 916-919.
- Donovan, J. und Coast, J.** (1996). Public participation in priority setting: Commitment or illusion? In: J. Coast, J. Donovan und S. Frankel (Hrsg.), *Priority Setting: The health care debate*: 203-224. Chichester: Wiley & Sons.
- Doyal, L.** (1998). Public Participation and the Moral Quality of Healthcare Rationing. In: *Quality in Health Care*, 7(2): 98-102.
- Dryzek, J.S.** (1990). *Discursive Democracy: Politics, Policy and Political Science*. New York: Cambridge University Press.
- Dryzek, J.S.** (2000). *Deliberative democracy and beyond. Liberals, Critics, Contestations*. Oxford: Oxford University Press.
- Dryzek, J.S.** (2001). Legitimacy and Economy in Deliberative Democracy. In: *Political Theory*, 29(5): 651-669.
- Dryzek, J.S.** (2007). Theory, Evidence, and the Tasks of Deliberation. In: S. W. Rosenberg (Hrsg.), *Deliberation, Participation and Democracy: Can the People Govern?:* 237-250. London: Palgrave MacMillan.
- Dryzek, J.S.** (2009). The Australian Citizens' Parliament: A world first. In: *Journal of Public Deliberation*, 5(1): Article 9.
- Dryzek, J.S.** (2010). *Foundations and Frontiers of Deliberative Governance*. Oxford: Oxford University Press.
- Dryzek, J.S., Goodin, R.E., Tucker, A. und Reber, B.** (2009). Promethean elites encounter precautionary publics: The case of GM foods. In: *Science, Technology and Human Values*, 34: 263-288.
- Dryzek, J.S. und List, C.** (2003). Social choice theory and deliberative democracy: A reconciliation. In: *British Journal of Political Science*, 33(1): 1-28.
- Dryzek, J.S. und Niemeyer, S.** (2006). Reconciling pluralism and consensus as political ideals. In: *American Journal of Political Science*, 50(3): 634-649.
- Dryzek, J.S. und Niemeyer, S.** (2008). Discursive Representation. In: *American Political Science Review*, 102(4): 481-493.
- Dryzek, J.S. und Niemeyer, S.** (2010a). Pluralism and meta-consensus. In: J. S. Dryzek (Hrsg.), *Foundations and Frontiers of Deliberative Governance*: 85-115. Oxford: Oxford University Press.
- Dryzek, J.S. und Niemeyer, S.** (2010b). Representation. In: J. S. Dryzek (Hrsg.), *Foundations and Frontiers of Deliberative Governance*: 42-65. Oxford: Oxford University Press.
- Dryzek, J.S. und Stevenson, H.** (2011). Global democracy and earth system governance. In: *Ecological Economics*, 70(11): 1865-1874.

- Dunst, J.-P.** (2014). Die Bürgerkonferenz aus Sicht des Moderators. In: S. Stumpf und H. Raspe (Hrsg.), *Die Lübecker Bürgerkonferenz zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung: "Was ist uns wichtig - und wie können wir darüber entscheiden?"*: 155-162. Lage: Jacobs-Verlag.
- Durant, J.** (1995). An experiment in democracy. In: S. Joss und J. Durant (Hrsg.), *Public Participation in Science: The Role of Consensus Conferences in Europ*: 75-80. London: Science Museum.
- Dutch Government Committee on Choices in Health Care** (1992). *Choices in Health Care*. The Netherlands: Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs.
- Dzur, A.W.** (2002). Democratizing the hospital: Deliberative-democratic bioethics. In: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 27(2): 177-211.
- Edgar, W.** (2000). Rationing health care in New Zealand - how the public has a say. In: A. Coulter und C. Ham (Hrsg.), *The Global Challenge of Health Care Rationing*: 175-191. Buckingham: Open University Press.
- Edwards, P.B., Hindmarsh, R., Mercer, H., Bond, M. und Rowland, A.** (2008). A three-stage evaluation of a deliberative event on climate change and transforming energy. In: *Journal of Public Deliberation*, 4(1): Article 6.
- Elster, J.** (1986). The market and the forum: three varieties of political theory. In: J. Elster und A. Hylland (Hrsg.), *Foundations of Social Choice Theory*: 103-132. Cambridge: Cambridge University Press.
- Elster, J.** (1991). *Arguing and Bargaining in Two Constituents Assemblies, The STorrs Lectures*. New Haven: Yale Law School.
- Elster, J.** (1998). Introduction. In: J. Elster (Hrsg.), *Deliberative Democracy*: 1-18. Cambridge: Cambridge University Press.
- Elstub, S.** (2010). The third generation of deliberative democracy. In: *Political Studies Review*, 8: 291-307.
- Erman, E.** (2009). What is wrong with agonistic pluralism? Reflections on conflict in democratic theory. In: *Philosophy and Social Criticism*, 35(9): 1039-1062.
- Farrar, C., Fishkin, J.S., Green, D.P., List, C., Luskin, R.C., et al.** (2010). Disaggregating deliberation's effects: An experiment within a deliberative poll. In: *British Journal of Political Science*, 40: 333-347.
- Felt, U. und Fochler, M.** (2010). Machineries for making publics: Inscribing and De-scribing publics in public engagement. In: *Minerva*, 48: 219-238.
- Femia, J.** (1996). Complexity and deliberative democracy. In: *Inquiry*, 39(3-4): 359-397.
- Fetterman, D.** (1997). Empowerment evaluation: A response to Patton and Scriven. In: *American Journal of Evaluation*, 18(3): 253-266.
- Feuerstein, G.** (2001). Rationierung und Rhetorik im Gesundheitswesen. In: *Public Health Forum*, 9(32): 2.
- Fishkin, J.S.** (1997). *The Voice of the People: Public Opinion and Democracy*, (2. Auflage). New Haven: Yale University Press.
- Fishkin, J.S.** (2003). Consulting the public through deliberative polling. In: *Journal of Policy Analysis and Management*, 22(1): 128-133.
- Fishkin, J.S.** (2009). *When the People Speak: Deliberative Democracy and Public Consultation*. Oxford: Oxford University Press.
- Fishkin, J.S. und Farrar, C.** (2005). Deliberative Polling: From experiment to community resource. In: J. Gastil und P. Levine (Hrsg.), *The Deliberative Democracy Handbook: Strategies for Effective Civic Engagement in the 21st Century*: 68-79. San Francisco: Jossey-Bass.
- Fishkin, J.S. und Luskin, R.C.** (2006). Broadcasts of deliberative polls: Aspirations and effects. In: *British Journal of Political Science*, 36(1): 184-188.
- Fleck, L.M.** (1994). Just caring: Oregon, health care rationing, and informed democratic deliberation. In: *Journal of Medicine and Philosophy*, 19(4): 367-388.

- Fleischhauer, K.** (1997). Probleme der Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen durch Prioritätensetzung - ein Blick über die Grenzen. In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, 2: 137-156.
- Fleischhauer, K.** (1999). The German debate about priorities in health care. In: B. Forsman, S. Holm, K. Fleischhauer und D. Serrão (Hrsg.), *The Debate on Priorities in Health Care in Sweden, Denmark, Germany & Portugal. Studies in medical Ethics*: 74-118. Lund: Lund University, Department of Medical Ethics.
- Flick, U.** (1995). *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, U., von Kardoff, E. und Steinke, I.** (2004). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: U. Flick, E. von Kardoff und I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, Vol. 3. Auflage: 11-29. Reinbek: Rowohlt.
- Forst, R.** (2007). *Das Recht auf Rechtfertigung. Elemente einer konstruktivistischen Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Fozouni, B. und Brose, B.** (2000). *Prioritätensetzung im deutschen Gesundheitswesen - Durchführung und Ergebnisse einer Delphi-Befragung (1998-2000)*. Bielefeld: Nordrhein-Westfälischer Forschungsverbund Public Health.
- Francke, R. und Hart, D.** (2001). *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Fraser, N.** (1990). Rethinking the public sphere: A contribution to the critique of actually existing democracy. In: *Social Text*(25/26): 56-80.
- Friedman, A.** (2008). Beyond accountability for reasonableness. In: *Bioethics*, 22(2): 101-112.
- Friedrich-Ebert-Stiftung** (Hrsg.) (2006). *Die Ursachen von Rechtsextremismus und mögliche Gegenstrategien der Politik. Dokumentation einer Bürgerkonferenz der Friedrich-Ebert-Stiftung*. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung, Forum Berlin.
- Friedrich, D.R.** (2010). Warum Priorisierung unumgänglich ist. In: *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik*, 59(3): 284-297.
- Fung, A.** (2003). Survey Article: Recipes for Public Spheres: Eight Institutional Design Choices and Their Consequences. In: *Journal of Political Philosophy*, 11(3): 338-367.
- Fung, A.** (2007). Minipublics: Deliberative designs and their consequences. In: S. W. Rosenberg (Hrsg.), *Deliberation, Participation and Democracy. Can the People Govern?*: 159-183. Houndsmill: Palgrave Macmillan.
- Gastil, J. und Dillard, J.P.** (1999a). The aims, methods and effects of deliberative civic education through the national issues forum. In: *Communication Education*, 48(3): 179-182.
- Gastil, J. und Dillard, J.P.** (1999b). Increasing political sophistication through public deliberation. In: *Political Communication*, 16: 3-23.
- Geissel, B.** (2012). Democratic innovations: Theoretical and empirical challenges of evaluation. In: B. Geissel und K. Newton (Hrsg.), *Evaluating Democratic Innovations: Curing the Democratic Malaise?*: 209-214. London, New York: Routledge.
- Geissel, B. und Newton, K.** (Hrsg.) (2012). *Evaluating Democratic Innovations: Curing the Democratic Malaise?* New York: Routledge.
- Gibson, R.K. und Miskin, S.** (2002). Australia decides The role of the media in Deliberative Polling. In: J. Warhurst und M. Mackerras (Hrsg.), *Constitutional Politics*: 163-176. St. Lucia: Queensland Press.
- Gläser, J. und Laudel, G.** (1999). *Theoriegeleitete Textanalyse? Das Potential einer variablenorientierten qualitativen Inhaltsanalyse*. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Wissenschaftstransformation, 99-401. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).
- Godber, G.** (1970). Priorities in medicine. In: *Journal of the Royal College of General Practice*, 20(101): 313-322.
- Godlee, F.** (2008). It's the evidence, stupid. In: *British Medical Journal*, 337: a2119.

- Goldschmidt, R., Renn, O. und Klöppel, S.** (2008). *European Citizens' Consultations Project. Final Evaluation Report* (8/2008). Stuttgart: Universität Stuttgart, URL: http://elib.uni-stuttgart.de/opus/volltexte/2008/3489/pdf/AB008_Goldschmidt_Renn_Koepfel.pdf; letzter Zugriff: 20.02.2015.
- Goodin, R.E.** (1986). Laundering preferences. In: J. Elster und A. Hylland (Hrsg.), *Foundations of Social Choice*: 75-102. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goodin, R.E.** (2005). Sequencing deliberative moments. In: *Acta Politica*, 40(2): 182-196.
- Goodin, R.E.** (2008). *Innovating Democracy: Democratic Theory and Practice after the Deliberative Turn*. Oxford: Oxford University Press.
- Goodin, R.E. und Dryzek, J.S.** (2006). Deliberative impacts: The macro-political uptake of mini-publics. In: *Politics Society*, 34(2): 219-244.
- Goodin, R.E. und Niemeyer, S.** (2003). When does deliberation begin? Internal reflection versus public discussion in deliberative democracy. In: *Political Studies*, 51: 627-649.
- Goodwin, B.** (1992). *Justice by Lottery*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Goold, S.D., Neblo, M., Kim, S.Y.H., de Vries, R., Rowe, G., et al.** (2012). What is good public deliberation? In: *Hastings Center Report*, 42(2): 24-26.
- Grönlund, K., Strandberg, K. und Himmelroos, S.** (2009). The challenge of deliberative democracy online - A comparison of face-to-face and virtual experiments in citizen deliberation. In: *Information Polity*, 14(3): 187-201.
- Grundahl, J.** (1995). The Danish consensus convergence model. In: S. Joss und J. Durant (Hrsg.), *Public Participation in Science: The Role of Consensus Conferences in Europe*. 31-40. London: Science Museum.
- Gruskin, S. und Daniels, N.** (2008). Justice and human rights: Priority setting and fair deliberative process. In: *American Journal of Public Health*, 98: 1573-1577.
- Gupte, M. und Bartlett, R.V.** (2007). Necessary preconditions for deliberative environmental democracy? Challenging the modernity bias of current theory. In: *Global Environmental Politics*, 7(3): 94-106.
- Gutmann, A. und Thompson, D.F.** (1996). *Democracy and Disagreement*. London: Harvard University Press.
- Gutmann, A. und Thompson, D.F.** (1997). Deliberating about bioethics. In: *Hastings Center Report*, 27(3): 38-41.
- Habermas, J.** (1981). *Theorie des kommunikativen Handelns. Band 1: Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Habermas, J.** (1983). *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Habermas, J.** (1992a). Drei normative Modelle der Demokratie: Zum Begriff deliberativer Demokratie. In: H. Münkler (Hrsg.), *Die Chancen der Freiheit: Grundprobleme der Demokratie*: 11-24. München: Piper.
- Habermas, J.** (1992b). *Faktizität und Geltung - Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratischen Rechtsstaats*. Frankfurt am Main.
- Habermas, J.** (1995). Reconciliation through the public use of reason: Remarks on John Rawls's political liberalism. In: *Journal of Philosophy*, 92(3): 109-131.
- Habermas, J.** (2005). Concluding comments on empirical approaches to deliberative politics. In: *Acta Politica*, 40: 389-392.
- Habermas, J.** (2006). Political communication in media society: does democracy still enjoy an epistemic dimension? In: *Communication Theory*, 16(4): 411-426.
- Ham, C.** (1997). Priority setting in health care: learning from international experience. In: *Health Policy*, 42(1): 49-66.
- Hart, D.** (2000). Bürgerbeteiligung: Zum Konzept und seinen rechtlichen Rahmenbedingungen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen - eine länderübergreifende Herausforderung*: 73-80. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

- Hart, D.** (2004). Patients' rights and patients' participation. Individual and collective involvement: Partnership and participation in health law. In: *European Journal of Health Law*, 11: 17-28.
- Hart, D.** (2005). Patientenrechte und Bürgerbeteiligung. Befunde und Perspektiven 2004. In: *GGW*, 5(1): 7-13.
- Hart, D.** (2011). Für ein Patientenrechtegesetz. In: *FORUM*, 26: 26-31.
- Hart, D. und Francke, R.** (2002). Patientenrechte und Bürgerbeteiligung: Bestand und Perspektiven. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 45: 13-20.
- Härter, M., Loh, A. und Spies, C.** (Hrsg.) (2005). *Gemeinsam entscheiden - erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Hartz-Karp, J., Anderson, P., Gastil, J. und Felicetti, A.** (2010). The Australian Citizens' Parliament: Forging shared identity through public deliberation. In: *Journal of Public Affairs*, 10(4): 353-371.
- Hartz-Karp, J. und Briand, M.K.** (2009). Institutionalizing deliberative democracy. In: *Journal of Public Affairs*, 9: 125-141.
- Haug, C. und Teune, S.** (2008). Identifying deliberation in social movement assemblies: Challenges of comparative participant observation. In: *Journal of Public Deliberation*, 4(1): Article 8.
- Hauschildt, M.** (2012). *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*. (Medizinische Doktorarbeit). Göttingen: Universitätsmedizin Göttingen.
- Health Service Intelligence Project** (2008). *The Health Planner's Toolkit. Modul 7: Priority Setting*. Ontario: Health System Intelligence Project, URL: www.health.gov.on.ca/transformation/providers/information/im_resources.html#health; letzter Zugriff: 20.02.2015.
- Hendriks, C.M.** (2004). *Public Deliberation and Interest Organisations. A Study of Responses to Lay Citizen Engagement in Public Policy*. Canberra, Australia: Australian National University.
- Hendriks, C.M.** (2005). Consensus Conferences and Planning Cells - Lay Citizen Deliberations. In: J. Gastil und P. Levine (Hrsg.), *The Deliberative Democracy Handbook: Strategies for Effective Civic Engagement in the Twenty-First Century*: 80-110. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hendriks, C.M.** (2006). Integrated deliberation: Reconciling civil society's dual role in deliberative democracy. In: *Political Studies*, 54(3): 486-508.
- Hendriks, C.M., Dryzek, J.S. und Hunold, C.** (2007). Turning up the heat: Partisanship in deliberative innovation. In: *Political Studies*, 55(2): 362-383.
- Himmelroos, S. und Christensen, H.S.** (2012). *Deliberative Capacity and Opinion Change - Evidence from a Deliberative Mini-public*. 62nd Political Studies Association Annual International Conference (3-5 April 2012), Belfast, Northern Ireland.
- Holm, S.** (2000). Developments in the Nordic countries - goodbye to the simple solutions. In: A. Coulter und C. Ham (Hrsg.), *The Global Challenge of Health Care Rationing*: 29-37. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.
- Hölzel, L.P., Vollmer, M., Kriston, L., Siegel, A. und Härter, M.** (2012). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen in der Integrierten Versorgung. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 55(11/12): 1524-2533.
- Holzinger, K.** (2005). Context or conflict types: Which determines the selection of communication mode. In: *Acta Politica*, 40(2): 239-254.
- Hopf, C.** (2004). Qualitative Interviews - ein Überblick. In: U. Flick, E. von Kardoff und I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*: 349-360. Reinbek: Rowohlt.
- Hopton, J.L. und Dlugolecka, M.** (1995). Patients' perceptions of need for primary health care services: useful for priority setting? In: *British Medical Journal*, 310: 1237-1240.

- Hsieh, H.-F. und Shannon, S.E.** (2005). Three approaches to qualitative content analysis. In: *Qualitative Health Research*, 15(9): 1277-1288.
- Hüller, T.** (2005). Deliberative Öffentlichkeit, Vol. InIIS-Arbeitspapier Nr. 32/2005: Universität Bremen.
- Hüller, T.** (2010). Playground or democratisation? New participatory procedures at the European Commission. In: *Swiss Political Science Review*, 16(1): 77-107.
- Jordan, J., Dowswell, T., Harrison, S., Lilford, R.J. und Mort, M.** (1998). Whose priorities? Listening to users and the public. In: *British Medical Journal*, 316: 1668-1670.
- Joss, S.** (2003). Zwischen Politikberatung und Öffentlichkeitsdiskurs - Erfahrungen mit Bürgerkonferenzen in Europa. In: S. Schicktanz und J. Naumann (Hrsg.), *Bürgerkonferenz: Streitfall Gendiagnostik. Ein Modellprojekt der Bürgerbeteiligung am bioethischen Diskurs*: 15-35. Opladen: Leske + Budrich.
- Joss, S. und Durant, J.** (1994). *Consensus conferences: a review of the Danish, Dutch and UK approaches to this special form of technology assessment, and an assessment of the options for a proposed Swiss consensus conference*. Basel: BATS.
- Joss, S. und Durant, J.** (1995a). Introduction. In: S. Joss und J. Durant (Hrsg.), *Public Participation in Science. The Role of Consensus Conferences in Europe*: 9-12. London: Science Museum.
- Joss, S. und Durant, J.** (1995b). *Public Participation in Science: The Role of Consensus Conferences in Europe*. London.
- Kailer, K.** (2007). Meeting of Minds. Bürgerbeteiligung International. In: S. Kolb und C. Wolf (Hrsg.), *Medizin und Gewissen. Im Streit zwischen Markt und Solidarität*: 445-467. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Karlsson, M.** (2010). A panacea for Pan-European political participation? Analysis of the European Citizen Consultations. In: E. Amnå (Hrsg.), *New Forms of Participation: Normative Implications*: 97-112. Baden-Baden: Nomos.
- Kenny, N. und Joffres, C.** (2008). An ethical analysis of international health priority-setting. In: *Health Care Analysis*, 16(2): 145-160.
- Klüver, L.** (1995). Consensus conferences at the Danish Board of Technology. In: S. Joss und J. Durant (Hrsg.), *Public Participation in Science: The Role of Consensus Conferences in Europe*: 41-49. London: Science Museum.
- Knight, J. und Johnson, J.** (1994). Aggregation and deliberation: On the possibility of democratic legitimacy. In: *Political Theory*, 22(2): 277-296.
- Knops, A.** (2007). Agonism as deliberation - on Mouffe's theory of democracy. In: *Journal of Political Philosophy*, 15(1): 115-126.
- Krones, C.J., Willis, S., Steinau, G. und Schumpelick, V.** (2007). Gerechte Verteilung knapper Gesundheitsressourcen - ein aktuelles Patientenmeinungsbild. In: *Chirurg*, 78(6): 543-547.
- Kuckartz, U.** (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kurbjuweit, D.** (2010). Der Wutbürger - Stuttgart 21 und Sarrazin-Debatte: Warum die Deutschen so viel protestieren. In: *Der Spiegel*, 2010(41): 26-27.
- Lamnek, S.** (2005). *Qualitative Sozialforschung. 4., vollständig überarbeitete Auflage*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Landwehr, C.** (2011). Substantielle und prozedurale Gerechtigkeit in der Verteilung von Gesundheitsgütern. In: *Politische Vierteljahresschrift*(1): 29-50.
- Landwehr, C.** (2014). Die Diagnose ohne den Patienten gestellt. Anmerkungen zu Postdemokratie und Bürgerbeteiligung. In: *Politische Vierteljahresschrift*, 55(1): 18-32.
- Lascher, E.L.J.** (1996). Assessing legislative deliberation: A preface to empirical analysis. In: *Legislative Studies Quarterly*, 21(4): 501-519.

- Lauridsen, S. und Lippert-Rasmussen, K.** (2009). Legitimate allocation of public healthcare: Beyond accountability for reasonableness. In: *Public Health Ethics*, 2(1): 59-69.
- Lehr, R.L., Guild, W., Thomas, D.L. und Swezey, B.G.** (2003). *Listening to Customers: How Deliberative Polling Helped Build 1000 MW of New Renewable Energy Projects in Texas*, (Technical Report NREL/TP-620-33177. Auflage). Golden, Colorado: National Renewable Energy Laboratory.
- Lenaghan, J.** (1999). Involving the public in rationing decisions. The experience of citizens' juries. In: *Health Policy*, 49(1-2): 45-61.
- Lenaghan, J., New, B. und Mitchell, E.** (1996). Setting priorities: is there a role for citizens' juries? In: *British Medical Journal*, 312: 1591-1593.
- Levitt, M.** (2003). Public consultation in bioethics. What's the point of asking the public when they have neither scientific nor ethical expertise? In: *Health Care Analysis*, 11(1): 15-25.
- Liebig, S. und May, M.** (2009). Dimensionen sozialer Gerechtigkeit. In: *Politik und Zeitgeschichte*, 59(47): 3-8.
- Liesching, F., Meyer, T. und Raspe, H.** (2012). Eine Analyse des nationalen öffentlichen Priorisierungsdiskurses in deutschen Printmedien. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(6): 389-396.
- List, C., Luskin, R.C., Fishkin, J.S. und McLean, I.** (2013). Deliberation, single-peakedness, and the possibility of meaningful democracy: evidence from deliberative polls. In: *Journal of Politics*, 75(1): 80-95.
- Littlejohns, P., Sharma, T. und Jeong, K.** (2012). Social values and health priority setting in England: "values" based decision making. In: *Journal of Health Organization and Management*, 26(3): 363-373.
- Litva, A., Coast, J., Donovan, J., Eyles, J., Shepherd, M., et al.** (2002). 'The public is too subjective': Public involvement at different levels of health-care decision making. In: *Social Science and Medicine*, 54(12): 1825-1837.
- Loh, A., Simon, D., Kriston, L. und Härter, M.** (2007). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 104(21): A1483-A1488.
- Lomas, J.** (1997). Reluctant rationers: Public input to health care priorities. In: *Journal of Health Services Research and Policy*, 2(1): 103-111.
- Lukensmeyer, C.J. und Brigham, S.** (2002). Taking democracy to scale: Creating a town hall meeting for the twenty-first century. In: *National Civic Review*, 91(4): 351-366.
- Lukensmeyer, C.J. und Brigham, S.** (2005). Taking democracy to scale: Large scale interventions - for citizens. In: *Journal of Applied Behavioral Science*, 41(1): 47-60.
- Luskin, R.C., Fishkin, J.S. und Jowell, R.** (2002). Considered opinions: Deliberative polling in Britain. In: *British Journal of Political Science*, 32: 455-487.
- Manin, B.** (1987). On legitimacy and political deliberation. In: *Political Theory*, 15(3): 338-368.
- Manning, J.** (2011). Priority-setting processes for medicines: the United Kingdom, Australia and New Zealand. In: *Journal of Law and Medicine*, 18(3): 439-452.
- Mansbridge, J.** (1999a). Everyday talk in the deliberative system. In: S. Macedo (Hrsg.), *Deliberative Politics: Essays on Democracy and Disagreement*. 211-239. New York: Oxford University Press.
- Mansbridge, J.** (1999b). On the idea that participation makes better citizens. In: S. L. Elkin und K. E. Soltan (Hrsg.), *Citizen Competence and Democratic Institutions*. 291-325. University Park: Penn. State University Press.
- Mansbridge, J.** (1999c). Should blacks represent blacks and women represent women? A contingent "yes". In: *Journal of Politics*, 61(3): 628-657, <Go to ISI>://000082476800002.
- Mansbridge, J.** (2003). Rethinking representation. In: *American Political Science Review*, 97(4): 515-528, <Go to ISI>://000186925500002.

- Mansbridge, J.** (2009). *Deliberative and Non-deliberative Negotiations*. Faculty Research Working Papers Series, RWP09-010. Harvard: Harvard Kennedy School.
- Mansbridge, J., Bohman, J., Chambers, S., Christiano, T., Fung, A., et al.** (2012). A systemic approach to deliberative democracy. In: J. Parkinson und J. Mansbridge (Hrsg.), *Deliberative Systems: Deliberative Democracy at the Large Scale*: 1-26. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mansbridge, J., Bohman, J., Chambers, S., Estlund, D., Føllesdal, A., et al.** (2010). The place of self-interest and the role of power in deliberative democracy. In: *Journal of Political Philosophy*, 18(1): 64-100.
- Marckmann, G.** (2009). Priorisierung im Gesundheitswesen: Was können wir aus den internationalen Erfahrungen lernen? In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103(2): 85-91.
- Markovits, E.** (2006). The trouble with being earnest: Deliberative democracy and the sincerity norm. In: *Journal of Political Philosophy*, 14(3): 249-269.
- Martin, D.K., Giacomini, M. und Singer, P.A.** (2002). Fairness, accountability for reasonableness, and the views of priority setting decision-makers. In: *Health Policy*, 61: 279-290.
- Mayring, P.** (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (aktualisierte und überarbeitete 11. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mays, N.** (2000). Legitimate decision making: the Achilles' heel of solidaristic health care systems. In: *Journal of Health Services Research and Policy*, 5(2): 122-126.
- McCoy, M.L. und Scully, P.L.** (2002). Deliberative dialogue to expand civic engagement: What kind of talk does democracy need? In: *National Civic Review*, 91(2): 117-135.
- McCrone, D.J. und Kuklinski, J.H.** (1997). The delegate theory of representation. In: *American Journal of Political Science*, 23(2): 278-300.
- McIver, S.** (1998). *Healthy Debate: an Independent Evaluation of Citizens' Juries*. London: King's Fund.
- McKenzie, M.K. und Warren, M.E.** (2012). Two trust-based uses of minipublics in democratic systems. In: J. Parkinson und J. Mansbridge (Hrsg.), *Deliberative Systems: Deliberative Democracy at the Large Scale*: 95-124. Cambridge: Cambridge University Press.
- McKie, J. und Richardson, J.** (2003). the rule of rescue. In: *Social Science and Medicine*, 56(12): 2407-2419.
- McKie, J., Shrimpton, B., Hurworth, R., Bell, C. und Richardson, J.** (2008). Who should be involved in healthcare decision making? A qualitative study. In: *Health Care Analysis*, 16(2): 114-126.
- Meinefeld, W.** (1997). Ex-ante Hypothesen in der Qualitativen Sozialforschung: zwischen "fehl am Platz" und "unverzichtbar". In: *Zeitschrift für Soziologie*, 26(1): 22-34.
- Meinefeld, W.** (2004). Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Sozialforschung. In: U. Flick, E. von Kardoff und I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, Vol. 3. Auflage: 265-275. Reinbek: Rowohlt.
- Menon, D. und Stafinski, T.** (2008). Engaging the public in priority-setting for health technology assessment: Findings from a Citizens' Jury. In: *Health Expectations*, 11(3): 282-293.
- Meyer, T.** (2009). Zusammenhang zwischen Priorisierung und Rationierung - zwei Modelle. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103(2): 80-84.
- Meyer, T. und Raspe, H.** (2009a). Das schwedische Modell der Priorisierung medizinischer Leistungen: theoretische Rekonstruktion, europäischer Vergleich und Prüfung seiner Übertragbarkeit - Hintergrund und erste Ergebnisse. In: W. A. Wohlgenuth und M. Freitag (Hrsg.), *Priorisierung in der Medizin: Interdisziplinäre Forschungsansätze*: 89-118. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Meyer, T. und Raspe, H.** (2009b). Schwerpunkt: Priorisierung im Gesundheitswesen - eine Diskussion nimmt Fahrt auf. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103(2).
- Meyer, T. und Raspe, H.** (2009c). Wie können medizinische Leistungen priorisiert werden? Ein Modell aus Schweden. In: *Das Gesundheitswesen*, 71: 617-622.
- Miller, D.** (1992). Deliberative democracy and social choice. In: *Political Studies*, 40(Special Issue): 54-67.
- Miller, W.E. und Stokes, D.E.** (1963). Constituency influence in Congress. In: *American Political Science Review*, 57(1): 45-56.
- Modrow-Thiel, B.** (1996). Das Bürgerbeteiligungsverfahren Planungszelle und seine politisch-institutionelle Einbindung. In: *Zeitschrift für Direkte Demokratie*, 31(2): 8-10.
- Molster, C., Maxwell, S., Youngs, L., Kyne, G., Hope, F., et al.** (2011). Blueprint for a deliberative public forum on biobanking policy: were theoretical principles achievable in practice? In: *Health Expectations*, 16(2): 211-224.
- Morell, M.E.** (2005). Deliberation, democratic decision-making and internal political efficacy. In: *Political Behavior*, 27(1): 49-69.
- Mossialos, E. und King, D.** (1999). Citizens and rationing: analysis of a European survey. In: *Health Policy*, 49(1-2): 75-135.
- Mouffe, C.** (1999). Deliberative democracy or agonistic pluralism. In: *Social Research*, 66(3): 745-758.
- Mouffe, C.** (2000). *The Democratic Paradox*. London: Verso.
- Müller, S. und Groß, D.** (2009). Zur Akzeptanz von Leistungsbegrenzungen im Gesundheitswesen: Strategien, Kriterien und Finanzierungsmodelle unter Berücksichtigung ethischer Aspekte. In: J. Böcken, B. Braun und J. Landmann (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2009. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*: 258-279. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Münder, H. und Renn, O.** (2011). *Abschlussbericht: Forschungsprojekt "Wissenschaft debattieren"*.
- Münkler, H.** (1997). Der Kompetente Bürger. In: A. Klein und R. Schmalz-Bruns (Hrsg.), *Politische Beteiligung und Bürgerengagement in Deutschland*: 153-172. Baden-Baden: Nomos.
- Murphy, N.J.** (2005). Citizen deliberation in setting health-care priorities. In: *Health Expectations*, 8(2): 172-181.
- Mutz, D.C.** (2008). Is Deliberative Theory a Falsifiable Theory? In: *Annual Review of Political Sciences*, 11: 521-538.
- Myllykangas, M., Ryyänen, O.-P., Lammintakanen, J., Isomäki, V.-P., Kinnunen, J., et al.** (2003). Clinical management and prioritisation criteria. Finish experiences. In: *Journal of Health Organization and Management*, 17(5): 338-348.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)** (2008). *Social Value Judgements: Principles for the Development of NICE Guidance - second edition*. National Institute for Health and Clinical Excellence, URL: <http://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/Research-and-development/Social-Value-Judgements-principles-for-the-development-of-NICE-guidance.pdf>; letzter Zugriff: 20.02.2015.
- Naurin, D.** (2007). Why give reason? Measuring arguing and bargaining in survey research. In: *Swiss Political Science Review*, 13(4): 559-575.
- Neblo, M.** (2003). *Impassioned Democracy: The Role of Emotion in Deliberative Theory*. Democracy Collaborative Affiliates Conference, Washington, US.
- Neblo, M.** (2005). Thinking through democracy: between the theory and the practice of deliberative politics. In: *Acta Politica*, 40(2): 169-181.
- Neblo, M.A.** (2007). Family disputes: Diversity in defining and measuring deliberation. In: *Swiss Political Science Review*, 13(4): 527-557.
- Nedlund, A.-C.** (2012). *Designing for Legitimacy: Policy Work and the Art of Juggling When Setting Limits in Health Care*. Linköping: LiU-Tryck.

- New Zealand Health Funding Authority Board** (1998). *Prioritisation Methodology and Process*. Discussion Paper. Wellington: Health Funding Authority.
- New Zealand Ministry of Health** (2000). *New Zealand Public Health and Disability Act 2000*. Wellington: Ministry of Health.
- New Zealand National Health Committee** (2004). *Prioritising Health Services: A Background Paper for the National Health Committee*. Auckland: National Health Committee.
- New Zealand National Health Committee** (2006). *15th Annual Report to the Minister of Health*. Wellington: National Health Committee.
- New Zealand National Health Committee** (2012). *Report on Priorities, Activities and Next Steps*. Auckland: National Health Committee.
- NICE** (2005). *Social Value Judgements: Principles for the Development of NICE Guidance*. National Institut for Health and Clinical Excellence.
- Niemeyer, S.** (2004). Deliberation in the wilderness: Displacing symbolic politics. In: *Environmental Politics*, 13(2): 347-372.
- Niemeyer, S.** (2011). The emancipatory effect of deliberation: Empirical lessons from mini-publics. In: *Politics and Society*, 39(1): 103-140.
- Niemeyer, S. und Dryzek, J.S.** (2007). The ends of deliberation: Meta-consensus and inter-subjective rationality as ideal outcomes. In: *Swiss Political Science Review*, 13(4): 497-526.
- North, N. und Werkö, S.** (2002). Widening the debate? Consultation and participation in local health care planning in the english and swedish health services. In: *International Journal of Health Services*, 32(4): 781-798.
- NOU The Public Statements of Norway** (1987). *Guidelines for Priority-setting in the Norwegian Health Service (english summary). The report of the Lanning Committee (Report 1987:23)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU The Public Statements of Norway** (1997). *Prioritizations revisited. A review of guidelines for prioritizations in the Norwegian health service*. Oslo: Universitetsforlaget.
- O'Doherty, K. und Burgess, M.M.** (2009). Engaging the public on biobanks: Outcomes of the BC Biobank Deliberation. In: *Public Health Genomics*, 12(4): 203-215.
- O'Flynn, I.** (2006). *Deliberative Democracy and Divided Societies*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Oddsson, K.** (2003). Assessing attitude towards prioritizing in healthcare in Iceland. In: *Health Policy*, 66(2): 135-146.
- OECD** (2014). *OECD Health Statistics 2014 - Database*, URL: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT; letzter Zugriff: 20.02.2015.
- Oppermann, B. und Langer, K.** (2002). *Die Qualität partizipativer und kooperativer Projekte in der Technikfolgenabschätzung*. Arbeitsbericht, Dezember 2002/Nr. 226. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg.
- Oregon Department of Human Services** (2006). *Oregon Health Plan: An Historical Overview*. Oregon: Oregon Department of Human Services. Health Services: Office of Medial Assistance Programs.
- Oregon Health Evidence Review Commission** (2013). *Prioritization of Health Services: A Report to the Governor and the 77th Oregon Legislative Assembly*. Oregon Health Services Commission, URL: <http://www.oregon.gov/oha/herc/Pages/Reports.aspx>; letzter Zugriff: 20.02.2015.
- Oregon Health Services Commission** (2007). *Prioritization of Health Services: A Report to the Governor and the 74th Oregon Legislative Assembly*. Oregon Health Services Commission.
- Oregon Health Services Commission** (2011). *Prioritization of Health Services: A Report to the Governor and the 76th Oregon Legislative Assembly*. Oregon Health Services Commission, URL: <http://www.oregon.gov/oha/OHPR/HSC/docs/r/2011br.pdf>; letzter Zugriff: 20.02.2015.

- Papadopoulos, Y.** (2012). On the embeddedness of deliberative systems: why elitist innovations matter more. In: J. Parkinson und J. Mansbridge (Hrsg.), *Deliberative Systems: Deliberative Democracy at the Large Scale*. 125-150. Cambridge: Cambridge University Press.
- Parkinson, J.** (2003). Legitimacy problems in deliberative democracy. In: *Political Studies*, 51(1): 180-196.
- Parkinson, J.** (2006a). *Deliberating in the Real World: Problems of Legitimacy in Deliberative Democracy*. Oxford: Oxford University Press.
- Parkinson, J.** (2006b). Of scale and straw men: A reply to Fishkin and Luskin. In: *British Journal of Political Science*, 36(1): 189-191.
- Parkinson, J.** (2006c). Ricketty bridges: Using the media in deliberative democracy. In: *British Journal of Political Science*, 36(1): 175-183.
- Parkinson, J.** (2012). Democratizing deliberative Systems. In: J. Parkinson und J. Mansbridge (Hrsg.), *Deliberative Systems: Deliberative Democracy at the Large Scale*: 151-172. Cambridge: Cambridge University Press.
- Parkinson, J. und Mansbridge, J.** (Hrsg.) (2012). *Deliberative Systems: Deliberative Democracy at the Large Scale*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Parsons, T.** (1979 [1951]). *The Social System*. London and Henley: Routledge and Kegan Paul Ltd.
- Polletta, F. und Lee, J.** (2006). Is telling stories good for democracy? Rhetoric in public deliberation after 9/11. In: *American Sociological Review*, 71(5): 699-721.
- Pornak, S., Meyer, T. und Raspe, H.** (2011). Priorisierung in der Medizin - Verlauf und Ergebnisse der dänischen Priorisierungsdebatte. In: *Gesundheitswesen*, 73(10): 680-687.
- Preusker, U.K.** (2004). Offene Priorisierung als Weg zu einer gerechten Rationierung? In: *G+G Wissenschaft*(2): 16-22.
- Price, D.** (2000). Choices without reasons: citizens' juries and policy evaluation. In: *Journal of Medical Ethics*, 26: 272-276.
- Price, V.** (2006). Citizens deliberating online: Theory and some evidence. In: T. Davies (Hrsg.), *Online Deliberation: Design, Research, and Practice*: 1-22. Stanford: CLSI Publications.
- Programm für Nationale Versorgungsleitlinien** (2007). *Methoden-Report Patientenbeteiligung* (2. Auflage). Berlin: ÄZQ - Redaktion Nationales Programm für Versorgungs-Leitlinien.
- Raspe, H.** (1997). Priorisierung von rehabilitativen Leistungen: Anlässe, Methoden, Probleme. In: *DRV-Schriften*, 8: 487-496.
- Raspe, H.** (2004). SGB IX: Bedarfsgerechte Leistung und umfassende Rehabilitation. In: *Zeitschrift für Sozialreform*, 50(4-5): 446-461.
- Raspe, H.** (2010). Priorisierung in der medizinischen Versorgung. Unabweisbare Aufgabe, unnützer Luxus oder Spiel mit dem Feuer? Eine sozialmedizinische Position. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 53: 874-881.
- Raspe, H.** (2011). Priorisierung medizinischer Leistungen in Schweden: Was können wir lernen? In: *Frankfurter Forum: Diskurse. Priorisierung, Rationierung - Lösungsansätze*, Heft 4: 34-41.
- Raspe, H.** (2013). Priorisierung in der medizinischen Versorgung - oder: wie kann die klinische Medizin ihr Territorium behaupten? In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 138(31/32): 1606-1611.
- Raspe, H.** (2014). Einführung in die Bürgerkonferenz: "Was ist uns wichtig in der medizinischen Versorgung - wie können wir über Prioritäten entscheiden?". In: S. Stumpf und H. Raspe (Hrsg.), *Die Lübecker Bürgerkonferenz zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung: "Was ist uns wichtig - und wie können wir darüber entscheiden?"*: 129-133. Lage: Jacobs-Verlag.

- Raspe, H. und Kliemt, H.** (2009). Priorisierung und Rationierung: Briefwechsel zwischen Heiner Raspe und Hartmut Kliemt. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103(2): 75-79.
- Raspe, H. und Meyer, T.** (2009). Vom schwedischen Vorbild lernen. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 106(21): 1036-1039.
- Raspe, H. und Meyer, T.** (2012). Priorisierung in der medizinischen Versorgung: Norwegen und seine Parlamentskommissionen. Nach einem Gespräch mit Prof. Dr. theol. Inge Lønning im November 2010. In: *Gesundheitswesen*, 74: 45-48.
- Raspe, H. und Schulze, J.** (2013). Ärztlich unterstützte Priorisierung ist notwendig und hilfreich. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 110(22): A1091-1096.
- Raspe, H. und Stumpf, S.** (2012). Schwerpunkt: Priorisierung im Gesundheitswesen 2012 - zum aktuellen Stand der Diskussion. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(6).
- Raspe, H. und Stumpf, S.** (2013). Kriterien und Verfahren zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Ergebnisse und methodische Herausforderungen. In: J. Böcken und U. Repschläger (Hrsg.), : 186-210. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Raspe, H., Stumpf, S. und Brinkmeier, K.** (2014). *Priorisierung in der medizinischen Versorgung am Beispiel der kardiologischen Anschlussrehabilitation: Problemstellungen – Modellentwicklung – Lösungen* Lage: Jacobs Verlag.
- Rawls, J.** (1993). *Political Liberalism*. New York: Columbia University Press.
- Rawls, J.** ([1971] 1999). *A Theory of Justice*. Cambridge: Belknap Press.
- Redwood, H.** (2000). *Why Ration Health Care? An international study of the United Kingdom, France, Germany and public sector health care in the USA*. London: Cromwell Press.
- Rega, I.M.** (2007). *Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen Deutschlands, Finnlands und Polens*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.
- Renn, O., Webler, T. und Wiedemann, P.M.** (1995). *Fairness and competence in citizen participation*. Dordrecht.
- Rhodes, P., Ogg, C. und Irvine, D.** (1973). New horizons in medical ethics: Priorities in medicine. In: *British Medical Journal*, 2(5836): 648-650.
- Riedy, C. und Herriman, J.** (2011). Deliberative mini-publics and the global deliberative system: Insights from an Evaluation of world wide views on global warming in Australia. In: *Journal of Multidisciplinary International Studies*, 8(3): open access, online.
- Robinson, S., Dickinson, H., Iestyn, W., Freeman, T., Rumbold, B., et al.** (2011). *A Study of English Primary Care Trusts: Setting Priorities in Health*. Birmingham: Health Services management Centre, University of Birmingham and the Nuffield Trust.
- Rosén, P.** (2002). *Attitudes to prioritisation in health services*. Doctoral Thesis: Nordic School of Public Health.
- Rosén, P.** (2006). Public dialogue on healthcare prioritisation. In: *Health Policy* 79(1): 107-116.
- Rosén, P., Anell, A. und Hjortsberg, C.** (2001). Patient views on choice and participation in primary health care. In: *Health Policy*, 55(2): 121-128.
- Rosén, P. und Karlberg, I.** (2002). Opinions of Swedish citizens, health-care politicians, administrators and doctors on rationing and health-care financing. In: *Health Expectations*, 5(2): 148-155.
- Rosenberg, S.W.** (Hrsg.) (2007a). *Deliberation, Participation and Democracy: Can the People Govern?* Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Rosenberg, S.W.** (2007b). Types of Discourse and the Democracy of Deliberation. In: S. W. Rosenberg (Hrsg.), *Deliberation, Participation and Democracy: Can the People Govern?*: 130-158. London: Palgrave MacMillan.
- Rowe, G. und Frewer, L.J.** (2000). Public participation methods: A framework for evaluation. In: *Science, Technology, and Human Values*, 25(1): 3-29.
- Rowe, G. und Frewer, L.J.** (2004). Evaluating public-participation exercises: A research agenda. In: *Science, Technology, and Human Values*, 29(4): 512-556.

- Rowe, G., Horlick-Jones, T., Walls, J. und Pidgeon, N.F. (2005). Difficulties in evaluating public engagement initiatives: reflections on an evaluation of the UK GM Nation? Public debate about transgenic crops. In: *Public Understanding of Science*, 14(4): 331-352.
- Rowe, G., Horlick-Jones, T., Walls, J., Poortinga, W. und Pidgeon, N.F. (2008). Analysis of a normative framework for evaluating public engagement exercises: reliability, validity and limitations. In: *Public Understanding of Science*, 17(4): 419-441.
- Rowe, G., Marsh, R. und Frewer, L.J. (2004). Evaluation of a deliberative conference. In: *Science, Technology, and Human Values*, 29(1): 88-121.
- Ryfe, D.M. (2002). The practice of deliberative democracy: A study of 16 deliberative organizations. In: *Political Communication*, 19(3): 359-377.
- Ryfe, D.M. (2005). Does deliberative democracy work? In: *Annual Review of Political Sciences*, 8: 49-71.
- Ryfe, D.M. (2006). Narrative and deliberation in small group forums. In: *Journal of Applied Communication Research*, 34(1): 72-93.
- Ryynänen, O.-P., Myllykangas, M., Niemelä, P., Kinnunen, J. und Takala, J. (1998). Attitudes to prioritization in selected health care activities. In: *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 7: 320-329.
- Ryynänen, O.-P., Myllykangas, M., Vaskilampi, T. und Takala, J. (1996). Random paired scenarios - a method for investigating attitudes to prioritisation in medicine. In: *Journal of Medical Ethics*, 22: 238-242.
- Sabik, L.M. und Lie, R.K. (2008). Priority setting in health care: lessons from the experiences of eight countries. In: *International Journal for Equity in Health*, 7: 4.
- Saltman, R.B. und Figueras, J. (1997). *European Health Care reform. Analysis of current strategies*. Copenhagen: World Health Organisation.
- Sanders, D. (2012). The effects of deliberative polling in an EU-wide experiment: Five mechanisms in search of an explanation. In: *British Journal of Political Science*, 42(3): 617-640.
- Sanders, L.M. (1997). Against Deliberation. In: *Political Theory*, 25(3): 347-376.
- Sänger, S., Brunsmann, F., Englert, G., Quadder, B. und Ollenschläger, G. (2007). Patientenbeteiligung am Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien - Stand und Konsequenzen. In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 101(2): 109-116.
- Saretzki, T. (1996). Wie unterscheiden sich Verhandeln und Argumentieren? Definitionsprobleme, funktionale Bezüge und strukturelle Differenzen von zwei verschiedenen Kommunikationsmodi. In: V. von Prittwitz (Hrsg.), *Verhandeln und Argumentieren. Dialog, Interessen und Macht in der Umweltpolitik*: 19-39. Opladen: Leske + Budrich.
- Saretzki, T. (1997). Demokratisierung von Expertise? Zur politischen Dynamik der Wissensgesellschaft. In: A. Klein und R. Schmalz-Bruns (Hrsg.), *Politische Beteiligung und Bürgerengagement in Deutschland - Möglichkeit und Grenzen*: 277-313. Baden-Baden: Nomos.
- Saretzki, T. (2005). Welches Wissen - wessen Entscheidung? Kontroverse Expertise im Spannungsfeld von Wissenschaft, Öffentlichkeit und Politik. In: A. Bogner und H. Torgersen (Hrsg.), *Wozu Experten? Ambivalenzen der Beziehung von Wissenschaft und Politik*: 345-369. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Saretzki, T. (2009). From bargaining to arguing, from strategic to communicative action? Theoretical distinctions and methodological problems in empirical studies of deliberative policy processes. In: *Critical Policy Studies*, 3(2): 153-183.
- Saretzki, T. (2010). Strategie als Herausforderung für die deliberative Demokratietheorie. In: J. Raschke und R. Tils (Hrsg.), *Strategie in der Politikwissenschaft: Konturen eines neuen Forschungsfelds*: 121-150. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Saward, M.** (2002). Rawls and deliberative democracy. In: M. Passerin D'Entreves (Hrsg.), *Democracy as Public Deliberation: New Perspectives*. 112-130. Manchester: Manchester University.
- Scheibler, F. und Pfaff, H.** (Hrsg.) (2003). *Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*. Weinheim: Juventa.
- Scheyli, M.** (2000). *Politische Öffentlichkeit und deliberative Demokratie nach Habermas. Institutionelle Gestaltung durch direktdemokratische Beteiligungsformen?* Nomos Universitätsschriften, Politik. Baden-Baden: Nomos.
- Schicktanz, S.** (2006). Bürger als Experten? Überlegungen zu den Möglichkeiten und Grenzen der Bürgerbeteiligung am bioethischen Diskurs. In: S. Graumann und K. Grüber (Hrsg.), *Biomedizin im Kontext. Beiträge aus dem Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft - Band 3*: 105-129. Berlin: Lit Verlag.
- Schicktanz, S.** (2007). Sollen, können, dürfen: Anmerkungen zur Bürgerbeteiligung am bioethischen Diskurs und deren Bewertung. In: C. Leggewie (Hrsg.), *Von der Politik- zur Gesellschaftsberatung. Neue Wege öffentlicher Konsultation*. 133-150. Frankfurt/New York: Campus Verlag.
- Schicktanz, S.** (2009). Zum Stellenwert von Betroffenheit, Öffentlichkeit und Deliberation im *empirical turn* der Medizinethik. In: *Ethik in der Medizin*, 21(3): 223-234.
- Schicktanz, S. und Naumann, J.** (2003a). Ablauf und Methode - die erste bundesweite Bürgerkonferenz. In: S. Schicktanz und J. Naumann (Hrsg.), *Bürgerkonferenz: Streitfall Gendiagnostik. Ein Modellprojekt der Bürgerbeteiligung am bioethischen Diskurs*. 57-68. Opladen: Leske und Budrich.
- Schicktanz, S. und Naumann, J.** (2003b). *Bürgerkonferenz: Streitfall Gendiagnostik. Ein Modellprojekt der Bürgerbeteiligung am bioethischen Diskurs*. Opladen: Leske + Budrich.
- Schicktanz, S., Schweda, M. und Franzen, M.** (2008). 'In a completely different light'? the role of 'being affected' for the epistemic perspectives and moral attitudes of patients, relatives and lay people. In: *Medicine Health Care and Philosophy*, 11: 57-72.
- Schlenker, R.-U.** (2012). im Interview: "Priorisierung ist eigentlich ein ganz selbstverständlicher Bewertungsprozess, darf die wichtige Debatte um Rationalisierung aber nicht verdrängen.". In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(6): 404-406.
- Schmitz-Luhn, B. und Bohmeier, A.** (Hrsg.) (2013). *Priorisierung in der Medizin. Kriterien im Dialog*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schöne-Seifert, B., Friedrich, D.R. und Diederich, A.** (2012). Leistungsbeschränkungen in der Medizin nach Maßgabe von Nutzen-Schwellen: Akzeptanz in der deutschen Bevölkerung? In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(6): 426-434.
- Schreier, M. und Diederich, A.** (2008). *Kriterien der Priorisierung: Praxis anderer Länder und erste Ergebnisse einer qualitativen Befragung in Deutschland*. FOR 655 Working Paper, 14/2008. Bremen: Jacobs University.
- Schreier, M., Diederich, A., Winkelhage, J. und Lietz, P.** (2011). *How to spend the health care budget? Priority setting in the German health care system*. FOR 655 Working Paper, 2011/28. Bremen: FOR 655.
- Schroeder, W.** (2008). *Zur Reform der sozialen Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung - Kasseler Konzept*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Schwappach, D.L.B.** (2003). Does it matter who you are or what you gain? An experimental study of preferences for resource allocation. In: *Health Economics*, 12(4): 255-267.
- Schwappach, D.L.B. und Strasmann, T.J.** (2006). "Quick and dirty numbers"? The reliability of a stated-preference technique for the measurement of preferences for resource allocation. In: *Journal of Health Economics*, 25(3): 432-448.
- Scriven, M.** (1997). Truth and objectivity in evaluation. In: E. Chelimsky und W. Shadish (Hrsg.), *Evaluation for the 21st Century*: 477-500. Thousand Oaks, Ca: Sage.

- Scully, J.L., Banks, S. und Shakespeare, T.W.** (2006). Chance, choice and control: Lay debate on prenatal social sex selection. In: *Social Science and Medicine*, 63(1): 21-31.
- Secko, D.M., Preto, N., Niemeyer, S. und Burgess, M.M.** (2009). Informed consent in biobank research: A deliberative approach to the debate. In: *Social Science and Medicine*, 86(4): 781-789.
- Setälä, M., Grönlund, K. und Herne, K.** (2010). Citizen deliberation on nuclear power: A comparison of two decision-making methods. In: *Political Studies*, 58(4): 688-714.
- Shani, S., Siebzeiner, M.I., Luxemburg, O. und Shemer, J.** (2000). Setting priorities for the adoption of health technologies on a national level - the Israeli experience. In: *Health Policy*, 54(3): 169-185.
- Smith, G.** (2005). *Beyond the Ballot: 57 Democratic Innovations from around the World*. London: POWER Inquiry.
- Smith, G.** (2009). *Democratic Innovations: Designing Institutions for Citizen Participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Smith, G.** (2011). Democratic innovations: Bringing theory and practice into dialogue. In: *Philosophy Compass*, 6(12): 895-901.
- Smith, G.** (2012). Deliberative democracy and mini-publics. In: B. Geissel und K. Newton (Hrsg.), *Evaluating Democratic Innovations*: 90-111. London and New York: Routledge.
- Smith, G. und Wales, C.** (1999). Citizenship and locality: The theory and practice of citizens' juries. In: *Policy and Politics*, 27(3): 295-308.
- Smith, G. und Wales, C.** (2000). Citizens' juries and deliberative democracy. In: *Political Studies*, 48(1): 51-95.
- Smith, W. und Brassett, J.** (2008). Deliberation and global governance: Liberal, cosmopolitan, and critical perspectives. In: *Ethics and International Affairs*, 22(1): 69-92.
- Socialstyrelsen** (2004). *The Swedish National Board of Health and Welfare's Guideline for Cardiac Care 2004: Support for Decisions in Setting Priorities*. Sweden: Socialstyrelsen.
- Spickhoff, A.** (2012). Patientenrechte und Gesetzgebung: rechtspolitische Anmerkungen zum geplanten Patientenrechtegesetz. In: *Zeitschrift für Rechtspolitik*(3): 65-70.
- Steenbergen, M.R., Bächtiger, A., Spörndli, M. und Steiner, J.** (2003). Measuring political deliberation: A discourse quality index. In: *Comparative European Politics*, 1: 21-48.
- Steiner, J.** (2008). Concept stretching: the case of deliberation. In: *European Political Science*, 7: 186-190.
- Steiner, J., Bächtiger, A., Spörndli, M. und Steenbergen, M.R.** (2004). *Deliberative Politics in Action: Crossnational Study of Parliamentary Debates*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Stewart, J., Kendall, E. und Coote, A.** (1994). *Citizens' Juries*. London: Institute for Public Policy Research.
- Stoffels, H. und Bernskötter, P.** (2012). Masse und Macht – der Angriff aus dem Internet. In: H. Stoffels und P. Bernskötter (Hrsg.), *Die Goliath-Falle: Die neuen Spielregeln für die Krisenkommunikation im Social Web*: 47-56: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Stumpf, S.** (2014a). Bürgerbeteiligung in der Priorisierungsdebatte: Hintergründe und bisherige Erfahrungen. In: S. Stumpf und H. Raspe (Hrsg.), *Die Lübecker Bürgerkonferenz zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung: "Was ist uns wichtig - und wie können wir darüber entscheiden?"*: 13-41. Lage: Jacobs-Verlag.
- Stumpf, S.** (2014b). Vorbereitung und Ablauf der Lübecker Bürgerkonferenz. In: S. Stumpf und H. Raspe (Hrsg.), *Die Lübecker Bürgerkonferenz zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung: "Was ist uns wichtig - und wie können wir darüber entscheiden?"*: 79-96. Lage: Jacobs-Verlag.
- Stumpf, S., Hecker, S. und Raspe, H.** (2014a). Kriterien für die Priorisierung medizinischer Leistungen im Licht eines regionalen Surveys - Ergebnisse und methodologische Fragen. In: *Gesundheitswesen*, 76(4): 221-231.

- Stumpf, S., Meyer, T. und Raspe, H.** (2011). Vorbild? Über die Priorisierungsdiskussion in Schweden und was wir von ihr lernen können. In: *Forschung & Lehre*: 592-593.
- Stumpf, S., Meyer, T. und Raspe, H.** (2014b). Vorgeschichte, Rahmenbedingungen und Ziele der Lübecker Bürgerkonferenz. In: S. Stumpf und H. Raspe (Hrsg.), *Die Lübecker Bürgerkonferenz zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung: "Was ist uns wichtig - und wie können wir darüber entscheiden?"*: 43-57. Lage: Jacobs-Verlag.
- Stumpf, S. und Raspe, H.** (2011). Über Priorisierung sprechen - insbesondere mit den Betroffenen. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 108(7): A316-A318.
- Stumpf, S. und Raspe, H.** (2012). Deliberative Bürgerbeteiligung in der Priorisierungsdebatte: Welchen Beitrag können Bürger leisten? In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(5): 418-425.
- Stumpf, S. und Raspe, H.** (Hrsg.) (2014). *Die Lübecker Bürgerkonferenz zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung: "Was ist uns wichtig und wie können wir darüber entscheiden?"*. Lage: Jacobs Verlag.
- Suddaby, R.** (2006). From the Editors: What Grounded Theory is not. In: *Academy of Management Journal*, 49(4): 633-642.
- Sunstein, C.R.** (1991). Preferences and politics. In: *Philosophy and Public Affairs*, 20(1): 3-34.
- Sunstein, C.R.** (2002). The law of group polarization. In: *Journal of Political Philosophy*, 10(2): 175-195.
- Swedish Health Care Medical Priorities Commission** (1993). *No Easy Choices - the difficult priorities of healthcare*. Stockholm.
- Swedish Parliamentary Priorities Commission** (1995). *Priorities in Health Care: Ethics, Economy, Implementation*. Stockholm.
- Syrett, K.** (2007). *Law, Legitimacy and the Rationing of Healthcare: A Contextual and Comparative Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tannert, C. und Wiedemann, P.** (2004). *Stammzellen im Diskurs. Ein Lese- und Arbeitsbuch zu einer Bürgerkonferenz*. München: Oekom Verlag.
- Techniker Krankenkasse** (2008). *TK-Meinungspuls Gesundheit 2008 - Ein Jahr GKV-WVG: Eine Bilanz*. Berlin: Techniker Krankenkasse.
- Teilnehmer der Lübecker Bürgerkonferenz** (2014). Bürgervotum zur Prioritätensetzung in der medizinischen Versorgung. In: S. Stumpf und H. Raspe (Hrsg.), *Die Lübecker Bürgerkonferenz zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung: "Was ist uns wichtig - und wie können wir darüber entscheiden?"*: 135-147. Lage: Jacobs-Verlag.
- Teorell, J., Torcal, M. und Montero, J.R.** (2007). Political Participation. Mapping the Terrain. In: J. van Deth, J. R. Montero und A. Westholm (Hrsg.), *Citizenship and Involvement in European Democracies. A Comparative Analysis*: 334-357. London/New York: Routledge.
- Thompson, D.F.** (1999). Democratic theory and global society. In: *Journal of Political Philosophy*, 7(2): 111-125.
- Thompson, D.F.** (2008). Deliberative democratic theory and empirical political science. In: *Annual Review of Political Sciences*, 11: 497-520.
- Tritter, J.Q. und McCallum, A.** (2006). The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. In: *Health Policy*, 76: 156-168.
- Ulbert, C. und Risse, T.** (2005). Deliberately changing the discourse: What does make arguing effective? In: *Acta Politica*, 40(3): 351-367.
- Urbinati, N. und Warren, M.E.** (2008). The concept of representation in contemporary democratic theory. In: *Annual Review of Political Sciences*, 11: 387-412.
- van de Kerkhof, M.** (2006). Making a difference: On the constraints of consensus building and the relevance of deliberation in stakeholder dialogues. In: *Policy Sciences*, 39(3): 279-299.
- van der Grinten, T.E.D. und Kasdorp, J.P.** (1999). Choices in Dutch health care: mixing strategies and responsibilities. In: *Health Policy*, 50: 105-122.

- van Mill, D. (1996). The possibility of rational outcomes from democratic discourse. In: *Journal of Politics*, 58(3): 734-752.
- Verba, S., Lehman Schlozman, K. und Brady, H. (1995). *Voice and Equality: Civic Voluntarism in American Politics*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Verba, S. und Nie, N.H. (1972). *Participation in America. Political Democracy and Social Equality*. New York: Harper and Row.
- Waldau, S., Lindholm, L. und Wiechel, A.H. (2010). Priority setting in practice: Participants opinions on vertical and horizontal priority setting for reallocation. In: *Health Policy*, 96: 245-254.
- Warren, M.E. (2007). Institutionalizing deliberative democracy. In: S. W. Rosenberg (Hrsg.), *Deliberation, Participation and Democracy: Can the People Govern?*: 272-288. London: Palgrave MacMillan.
- Webler, T. (1995). "Right" discourse in citizen participation: An evaluative yardstick. In: O. Renn, T. Webler und P. Wiedelmann (Hrsg.), *Fairness and competence in citizen participation: Evaluating models for environmental discourse*: 35-86. Boston, MA: Kluwer Academic Press.
- Weingart, P. (2003). Experte ist jeder, alle sind Laien. In: *Gegenworte: Hefte für den Disput über Wissen*, 11: 58-61.
- Welch, H.G. und Larson, E.B. (1988). Dealing with limited resources: The Oregon decision to curtail funding for organ transplantation. In: *New England Journal of Medicine*, 319: 171-173.
- Welke, J., Zimmer, R. und Domke, B. (2011). *Bürgerkonferenz "Mobil mit Wasserstoff"*. Berlin: Unabhängiges Institut für Umweltfragen.
- Werntoft, E., Hallberg, I.R. und Edberg, A.-K. (2007). Prioritization and resource allocation in health care. The views of older people receiving continuous public care and service. In: *Health Expectations*, 10(2): 117-128.
- Westphal, R., Röstermundt, A. und Raspe, H. (2001). Die Bedeutung ausgewählter präventiver, therapeutischer und rehabilitativer Leistungen im Spiegel eines Bevölkerungssurveys. In: *Gesundheitswesen*, 63(5): 302-310.
- Winkelhage, J. und Diederich, A. (2012). The relevance of personal characteristics in allocating health care resources - controversial preferences of laypersons with different educational backgrounds. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9: 223-243.
- Winkler, E. (2011). Rationalisierung, Rationierung, Priorisierung: Terminologie und ethische Begründungsansätze zur Allokation bei begrenzten Ressourcen in der Hämatologie/Onkologie. In: *Onkologie*, 34(1): 2-5.
- Wiseman, V., Mooney, G., Berry, G. und Tang, K.C. (2003). Involving the general public in priority setting: experiences from Australia. In: *Social Science and Medicine*, 56: 1001-1012.
- Wohlgemuth, W.A. und Freitag, M. (2009). *Priorisierung in der Medizin. Interdisziplinäre Forschungsansätze*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- World Health Organisation (1994). *A Declaration on the Promotion of Patient's Rights in Europe*. European Consultation on the Rights of Patients: Amsterdam 28-30 march 1994. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Young, I.M. (1996). Communication and the other: Beyond deliberative democracy. In: S. Benhabib (Hrsg.), *Democracy and Difference: Contesting the Boundaries of the Political*: 121-135. Princeton: Princeton University Press.
- Young, I.M. (2000). *Inclusion and Democracy*. Oxford: Oxford University Press.
- Yuen, P.P. und Gould, D.B. (2006). Priority setting of hospital services: a demonstration project involving clinicians and citizens in Hong Kong In: *Asian Pacific Journal of Health Management*, 1: 1.

- ZEKO** (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.
- ZEKO** (2007a). *Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)*, Langfassung: Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, URL: www.zentrale-ethikkommission.de; letzter Zugriff: 20.02.2015.
- ZEKO** (2007b). Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Zusammenfassung. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 104(40): 2750-2754.
- Zimmer, R.** (2003). Phasen des Meinungsbildungsprozesses - Ergebnisse der begleitenden Evaluation. In: S. Schicktanz und J. Naumann (Hrsg.), *Bürgerkonferenz: Streitfall Gendiagnostik. Ein Modellprojekt der Bürgerbeteiligung am bioethischen Diskurs*: 68-80. Opladen: Leske und Budrich.
- Zimmer, R., Domasch, S., Scholl, G., Zschiesche, M. und Petschow, U.** (2007). Nanotechnologien im öffentlichen Diskurs: Verbraucherkonferenz zur Nanotechnologie. In: *Technikfolgenabschätzung - Theorie und Praxis*, 16(3): 98-101.

11 ANHANG

Anhang 1 MATERIALIEN ZUR BÜRGERKONFERENZ

Anhang 1.1 *Lübecker Fragebogen zur Priorisierung in der Medizin*



UNIVERSITÄTSKLINIKUM SCHLESWIG-HOLSTEIN
Campus Lübeck
Institut für Sozialmedizin

Codenummer: «ID»

Umfrage: „Was ist mir wichtig in der medizinischen Versorgung?“

Wir möchten in diesem Fragebogen von Ihnen erfahren, welche Ansichten und Erwartungen Sie bezüglich der Gesundheitsversorgung in Deutschland haben und was Ihnen dabei besonders wichtig ist. Wir möchten Ihnen dazu verschiedene Fragen stellen.

Bitte gehen Sie die Fragen der Reihe nach durch und beantworten Sie die Fragen, indem Sie ein Kreuz in das entsprechende Kästchen ☐ setzen oder die Antwort an die durch eine Linie _____ bezeichnete Stelle schreiben. Bitte beantworten Sie jede Frage.

1. Einstellungen zur medizinischen Versorgung

1.1	In der gesetzlichen Krankenversicherung gilt bisher das so genannte „Solidaritätsprinzip“. Das heißt, dass die Versicherten gegenseitig füreinander eintreten. Jeder zahlt nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit ein und bekommt die medizinische Versorgung, die er benötigt.		
	Wie beurteilen Sie diese Idee des „Solidaritätsprinzips“ ganz grundsätzlich?		
sehr gut	gut	schlecht	sehr schlecht
☐	☐	☐	☐

1.2	In der gesetzlichen Krankenversicherung sind Kinder und nicht erwerbstätige oder gering verdienende Ehepartner kostenlos mitversichert.
	Wie wichtig ist es Ihnen, dass diese Personengruppen kostenlos mitversichert sind?
	sehr wichtig eher wichtig weniger wichtig nicht wichtig
	Ehepartner, die nicht erwerbstätig sind oder ein geringes Einkommen haben (unter 400 Euro im Monat) ☐ ☐ ☐ ☐
	Kinder (bis zum Abschluss ihrer Berufsausbildung) ☐ ☐ ☐ ☐

1.3	Inwieweit treffen die folgenden Aussagen Ihrer Ansicht nach zu?		
	„Meine Krankenkasse bezahlt zurzeit alle medizinischen Leistungen, die ich wirklich benötige.“		
trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft ganz und gar nicht zu
☐	☐	☐	☐
	„Ich gehe davon aus, dass meine Krankenkasse in Zukunft alle medizinischen Leistungen bezahlen wird, die ich wirklich benötige.“		
trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft ganz und gar nicht zu
☐	☐	☐	☐

... 1.3	Inwieweit treffen die folgenden Aussagen Ihrer Ansicht nach zu?
<p>„Voraussichtlich steigt die Lebenserwartung weiter an und es gibt immer neue Behandlungsmöglichkeiten. Deshalb können meiner Meinung nach die Krankenversicherungen nicht mehr alle benötigten Leistungen bezahlen. In Zukunft müssen einige Leistungen ausgeschlossen werden.“</p>	
trifft voll und ganz zu trifft eher zu trifft eher nicht zu trifft ganz und gar nicht zu	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

1.4	Sind Ihnen Ihrer Meinung nach in den <u>vergangenen 12 Monaten</u> in einer Arztpraxis medizinische Leistungen nicht verordnet worden, die Sie eigentlich benötigt hätten, z. B. Arzneimittel, Untersuchungen, Krankengymnastik? <i>Bitte lassen Sie Zahnärzte, Heilpraktiker und reine Privatärzte <u>unberücksichtigt</u>.</i>
ja nein weiß nicht	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

1.5	Haben Sie in den <u>vergangenen 12 Monaten</u> in einer Arztpraxis Zusatzleistungen angeboten bekommen/selbst nachgefragt, die Sie dort selbst bezahlen sollten? <i>Bitte lassen Sie Zahnärzte, Heilpraktiker und reine Privatärzte <u>unberücksichtigt</u>.</i>
ja nein weiß nicht	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Falls ja, haben Sie diese Zusatzleistungen durchführen lassen und selbst bezahlt?	
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

2. Leitgedanken zur Bevorzugung von Behandlungen

Der Bedarf an medizinischer Behandlung wird weiter zunehmen. Die Mittel für unsere Gesundheitsversorgung werden nicht in gleicher Weise zunehmen können. Diese Mittel werden immer begrenzt sein. Daher müssen wir als Bürger überlegen, was uns in der Gesundheitsversorgung besonders wichtig oder auch weniger wichtig ist. Welche grundsätzlichen Gedanken sollen uns Ihrer Meinung nach dabei in Zukunft leiten? Im Folgenden haben wir solche Leitgedanken aufgeführt, wie sie auch in anderen Ländern diskutiert werden.

Wir werden nun für jeden dieser Grundsätze zwei Aussagen gegenüberstellen. Bitte geben Sie jeweils an, welcher Aussage Sie am ehesten zustimmen.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage nur ein Kästchen an.

2.1	Schwere der Erkrankung <i>Als „schwer“ wird eine Erkrankung bezeichnet, die lebensbedrohlich ist, mit großen Leiden (z.B. Schmerzen) einhergeht bzw. zu Behinderungen führt.</i>
A: Patienten mit einer schweren Erkrankung sollen bevorzugt behandelt werden.	
B: Die Schwere der Erkrankung soll keinen Einfluss auf die Behandlungsentscheidung haben.	
stimme eindeutig Aussage A zu stimme eher Aussage A zu stimme eher Aussage B zu stimme eindeutig Aussage B zu	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

2.2 Wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit

Die Wirksamkeit einer Behandlung gilt als wissenschaftlich nachgewiesen, wenn in kontrollierten Studien ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Behandlung und ihrer Wirkung festgestellt werden konnte.

A: Behandlungen, deren Wirksamkeit eindeutig wissenschaftlich nachgewiesen ist, sollen bevorzugt eingesetzt werden.

B: Der wissenschaftliche Nachweis der Wirksamkeit einer Behandlung soll keinen Einfluss auf die Behandlungsentscheidung haben.

stimme eindeutig
Aussage A zu

stimme eher
Aussage A zu

stimme eher
Aussage B zu

stimme eindeutig
Aussage B zu

2.3 Größe des Nutzens

Häufig stehen für die Behandlung einer Erkrankung verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zur Auswahl, die sich in der Größe ihres Nutzens für die Patienten unterscheiden.

A: Behandlungen, die einen großen Nutzen erwarten lassen, sollen bevorzugt eingesetzt werden.

B: Das Ausmaß des Nutzens soll keinen Einfluss auf die Behandlungsentscheidung haben.

stimme eindeutig
Aussage A zu

stimme eher
Aussage A zu

stimme eher
Aussage B zu

stimme eindeutig
Aussage B zu

2.4 Kosten-Nutzen-Verhältnis

Hier werden die Ausgaben für eine Behandlung dem erwarteten Behandlungserfolg gegenüber gestellt. Ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis liegt vor, wenn beispielsweise eine kostengünstige Behandlung einen durchschnittlichen Nutzen oder eine teure Behandlung einen sehr großen Nutzen erwarten lässt.

A: Behandlungen mit günstigem Kosten-Nutzen-Verhältnis sollen bevorzugt eingesetzt werden.

B: Das Kosten-Nutzen-Verhältnis soll keinen Einfluss auf die Behandlungsentscheidung haben.

stimme eindeutig
Aussage A zu

stimme eher
Aussage A zu

stimme eher
Aussage B zu

stimme eindeutig
Aussage B zu

2.5 Lebensstil

Ein gesunder Lebensstil bedeutet z.B. nicht zu rauchen, nicht übermäßig Alkohol zu trinken und sich bewusst zu ernähren.

A: Patienten, die ihre Gesundheit durch einen gesunden Lebensstil fördern, sollen bevorzugt behandelt werden.

B: Der persönliche Lebensstil soll keinen Einfluss auf die Behandlungsentscheidung haben.

stimme eindeutig
Aussage A zu

stimme eher
Aussage A zu

stimme eher
Aussage B zu

stimme eindeutig
Aussage B zu

2.6 Verantwortung für die Familie (z.B. eigene Kinder oder Pflege von Angehörigen)

A: Patienten, die eine große familiäre Verantwortung tragen und dieser Verantwortung aufgrund ihrer Erkrankung nicht mehr nachkommen können, sollen bevorzugt behandelt werden.

B: Die familiäre Verantwortung soll keinen Einfluss auf die Behandlungsentscheidung haben.

stimme eindeutig
Aussage A zu

stimme eher
Aussage A zu

stimme eher
Aussage B zu

stimme eindeutig
Aussage B zu

2.7	<p>Gesellschaftliche Verantwortung (z.B. Erfüllung eines wichtigen Ehrenamtes oder Leitung eines Betriebes mit Mitarbeitern)</p> <p>A: Patienten, die eine große gesellschaftliche Verantwortung tragen und dieser Verantwortung aufgrund ihrer Erkrankung nicht mehr nachkommen können, sollen bevorzugt behandelt werden.</p> <p>B: Die gesellschaftliche Verantwortung soll keinen Einfluss auf die Behandlungsentscheidung haben.</p> <table style="width: 100%; text-align: center; margin-top: 10px;"> <tr> <td>stimme eindeutig Aussage A zu</td> <td>stimme eher Aussage A zu</td> <td>stimme eher Aussage B zu</td> <td>stimme eindeutig Aussage B zu</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	stimme eindeutig Aussage A zu	stimme eher Aussage A zu	stimme eher Aussage B zu	stimme eindeutig Aussage B zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
stimme eindeutig Aussage A zu	stimme eher Aussage A zu	stimme eher Aussage B zu	stimme eindeutig Aussage B zu																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
2.8	<p>Bevorzugte Behandlung von Kindern</p> <p>A: Kinder sollen bevorzugt behandelt werden.</p> <p>B: Ob der Patient/die Patientin ein Kind ist, soll keinen Einfluss auf die Behandlungsentscheidung haben.</p> <table style="width: 100%; text-align: center; margin-top: 10px;"> <tr> <td>stimme eindeutig Aussage A zu</td> <td>stimme eher Aussage A zu</td> <td>stimme eher Aussage B zu</td> <td>stimme eindeutig Aussage B zu</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	stimme eindeutig Aussage A zu	stimme eher Aussage A zu	stimme eher Aussage B zu	stimme eindeutig Aussage B zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
stimme eindeutig Aussage A zu	stimme eher Aussage A zu	stimme eher Aussage B zu	stimme eindeutig Aussage B zu																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
2.9	<p>Alter erwachsener Patienten</p> <p>A: <u>Jüngere</u> erwachsene Patienten sollen gegenüber <u>sehr alten</u> bevorzugt behandelt werden.</p> <p>B: <u>Sehr alte</u> Patienten sollen gegenüber <u>jüngeren</u> bevorzugt behandelt werden.</p> <table style="width: 100%; text-align: center; margin-top: 10px;"> <tr> <td>stimme eindeutig Aussage A zu</td> <td>stimme eher Aussage A zu</td> <td>Das Alter sollte keine Rolle spielen</td> <td>stimme eher Aussage B zu</td> <td>stimme eindeutig Aussage B zu</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	stimme eindeutig Aussage A zu	stimme eher Aussage A zu	Das Alter sollte keine Rolle spielen	stimme eher Aussage B zu	stimme eindeutig Aussage B zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
stimme eindeutig Aussage A zu	stimme eher Aussage A zu	Das Alter sollte keine Rolle spielen	stimme eher Aussage B zu	stimme eindeutig Aussage B zu																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
2.10	<p>Was muss aus Ihrer Sicht unbedingt berücksichtigt werden, wenn Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung gefällt werden?</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie die <u>drei Grundsätze</u> an, die Ihnen am wichtigsten sind:</i></p> <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td>Schwere der Erkrankung (Frage 2.1)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Verantwortung für die Familie (Frage 2.6)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit (Frage 2.2)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Gesellschaftliche Verantwortung (Frage 2.7)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Größe des Nutzens (Frage 2.3)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Bevorzugte Behandlung von Kindern (Frage 2.8)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kosten-Nutzen-Verhältnis (Frage 2.4)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Alter erwachsener Patienten (Frage 2.9)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lebensstil (Frage 2.5)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Welche sonstigen Grundsätze erscheinen Ihnen wichtig?</p> <p><i> _____</i></p>	Schwere der Erkrankung (Frage 2.1)	<input type="checkbox"/>	Verantwortung für die Familie (Frage 2.6)	<input type="checkbox"/>	Wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit (Frage 2.2)	<input type="checkbox"/>	Gesellschaftliche Verantwortung (Frage 2.7)	<input type="checkbox"/>	Größe des Nutzens (Frage 2.3)	<input type="checkbox"/>	Bevorzugte Behandlung von Kindern (Frage 2.8)	<input type="checkbox"/>	Kosten-Nutzen-Verhältnis (Frage 2.4)	<input type="checkbox"/>	Alter erwachsener Patienten (Frage 2.9)	<input type="checkbox"/>	Lebensstil (Frage 2.5)	<input type="checkbox"/>		
Schwere der Erkrankung (Frage 2.1)	<input type="checkbox"/>	Verantwortung für die Familie (Frage 2.6)	<input type="checkbox"/>																		
Wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit (Frage 2.2)	<input type="checkbox"/>	Gesellschaftliche Verantwortung (Frage 2.7)	<input type="checkbox"/>																		
Größe des Nutzens (Frage 2.3)	<input type="checkbox"/>	Bevorzugte Behandlung von Kindern (Frage 2.8)	<input type="checkbox"/>																		
Kosten-Nutzen-Verhältnis (Frage 2.4)	<input type="checkbox"/>	Alter erwachsener Patienten (Frage 2.9)	<input type="checkbox"/>																		
Lebensstil (Frage 2.5)	<input type="checkbox"/>																				
2.11	<p>Unterschiedliche Formen von Nutzen</p> <p><i>Von Nutzen kann gesprochen werden, wenn bei vielen Patienten kleinere Behandlungserfolge vorliegen, oder wenn bei einzelnen Patienten große Behandlungserfolge bestehen.</i></p> <p>A: Behandlungen, die einen kleinen Nutzen bei <u>vielen Patienten</u> erwarten lassen, sollen bevorzugt eingesetzt werden.</p> <p>B: Behandlungen, die einen großen Nutzen bei <u>einzelnen Patienten</u> erwarten lassen, sollen bevorzugt eingesetzt werden.</p> <table style="width: 100%; text-align: center; margin-top: 10px;"> <tr> <td>stimme eindeutig Aussage A zu</td> <td>stimme eher Aussage A zu</td> <td>Beide sind gleich wichtig</td> <td>stimme eher Aussage B zu</td> <td>stimme eindeutig Aussage B zu</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	stimme eindeutig Aussage A zu	stimme eher Aussage A zu	Beide sind gleich wichtig	stimme eher Aussage B zu	stimme eindeutig Aussage B zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
stimme eindeutig Aussage A zu	stimme eher Aussage A zu	Beide sind gleich wichtig	stimme eher Aussage B zu	stimme eindeutig Aussage B zu																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	

2.12	Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?		
Die gesetzliche Krankenversicherung sollte jedem die bestmögliche Behandlung ermöglichen, unabhängig von den Kosten.			
stimme voll und ganz zu <input type="checkbox"/>	stimme eher zu <input type="checkbox"/>	stimme eher nicht zu <input type="checkbox"/>	stimme ganz und gar nicht zu <input type="checkbox"/>
Jeder hat das Recht auf die bestmögliche medizinische Behandlung, auch wenn seine Beschwerden leicht sind.			
stimme voll und ganz zu <input type="checkbox"/>	stimme eher zu <input type="checkbox"/>	stimme eher nicht zu <input type="checkbox"/>	stimme ganz und gar nicht zu <input type="checkbox"/>


3. Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen



3.1	<p>Zurzeit entscheiden Vertreter der Krankenhäuser, der niedergelassenen Ärzte, der Krankenkassen und Patientenorganisationen zusammen im „Gemeinsamen Bundesausschuss“ darüber, welche Leistungen von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden und welche nicht. Die Patientenorganisationen können dabei nur beraten aber nicht mitbestimmen.</p> <p>Wer sollte aus Ihrer Sicht generell über die Leistungen <u>mitbestimmen</u>, die von der Krankenversicherung bezahlt werden sollen? Wer sollte nur eine <u>beratende</u> Funktion haben? Wer sollte an den Entscheidungen gar <u>nicht beteiligt</u> sein?</p> <p><i>Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an.</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Mitbestimmungsrecht</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Beratungsfunktion</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">keine Beteiligung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Krankenkassen</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ärzte</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Krankenhausleitung</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Pflegepersonal</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Wissenschaftler (Mediziner, Gesundheitswissenschaftler)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Bürger (z.B. durch Umfragen, Bürgerkonferenzen)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Patienten/Patientenorganisationen/Selbsthilfegruppen</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ethiker (= Wissenschaftler, die sich mit Fragen der Moral - „Gut und Böse“ - beschäftigen)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Politiker (Volksvertreter)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Kirchenvertreter</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ökonomen (= Personen, die sich mit wirtschaftlichen Fragen beschäftigen)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Juristen (= Personen, die sich mit Gesetzen und rechtlichen Grundlagen beschäftigen)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sonstige</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> _____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sonstige</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> _____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		Mitbestimmungsrecht	Beratungsfunktion	keine Beteiligung	Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankenhausleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pflegepersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wissenschaftler (Mediziner, Gesundheitswissenschaftler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bürger (z.B. durch Umfragen, Bürgerkonferenzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patienten/Patientenorganisationen/Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ethiker (= Wissenschaftler, die sich mit Fragen der Moral - „Gut und Böse“ - beschäftigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Politiker (Volksvertreter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kirchenvertreter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ökonomen (= Personen, die sich mit wirtschaftlichen Fragen beschäftigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Juristen (= Personen, die sich mit Gesetzen und rechtlichen Grundlagen beschäftigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mitbestimmungsrecht	Beratungsfunktion	keine Beteiligung																																																																		
Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Krankenhausleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Pflegepersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Wissenschaftler (Mediziner, Gesundheitswissenschaftler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Bürger (z.B. durch Umfragen, Bürgerkonferenzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Patienten/Patientenorganisationen/Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Ethiker (= Wissenschaftler, die sich mit Fragen der Moral - „Gut und Böse“ - beschäftigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Politiker (Volksvertreter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Kirchenvertreter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Ökonomen (= Personen, die sich mit wirtschaftlichen Fragen beschäftigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Juristen (= Personen, die sich mit Gesetzen und rechtlichen Grundlagen beschäftigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		

3.2	<p>Entscheidungen darüber, welche Leistungen von den Krankenkassen bezahlt werden sollen und welche nicht, können mehr oder weniger offen getroffen werden. Denken Sie im Folgenden bitte an Entscheidungen, von denen alle Patienten betroffen sein können, also nicht an einzelne Behandlungsentscheidungen Ihres Arztes.</p> <p>Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?</p>						
<p>Ich möchte genau darüber informiert werden, nach welchen Kriterien solche Entscheidungen getroffen wurden und wie sie begründet werden.</p>							
stimme voll und ganz zu		stimme eher zu		stimme eher nicht zu		stimme ganz und gar nicht zu	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<p>Die Entscheidungen über die Verteilung von medizinischen Leistungen sollen für alle Patienten in gleicher Weise gelten.</p>							
stimme voll und ganz zu		stimme eher zu		stimme eher nicht zu		stimme ganz und gar nicht zu	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<p>Es muss die Möglichkeit geben, rechtlich gegen solche Entscheidungen vorzugehen.</p>							
stimme voll und ganz zu		stimme eher zu		stimme eher nicht zu		stimme ganz und gar nicht zu	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<p>Ich finde es wichtig, dass in einer demokratischen Gesellschaft die Bürger an solchen Entscheidungen mitbeteiligt sind.</p>							
stimme voll und ganz zu		stimme eher zu		stimme eher nicht zu		stimme ganz und gar nicht zu	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<p>Ich persönlich möchte die Möglichkeit haben, auf solche Entscheidungen direkten Einfluss zu nehmen.</p>							
stimme voll und ganz zu		stimme eher zu		stimme eher nicht zu		stimme ganz und gar nicht zu	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

4. Zum Abschluss noch einige Fragen zu Ihrer Person

4.1	Sind Sie ...
<p>männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/></p>	

4.2	In welchem Jahr sind Sie geboren?
<p> _____</p>	

4.4	Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst mit eingeschlossen?
<p><i>Denken Sie dabei bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.</i></p>	
<p> _____ Personen, davon  _____ unter 18 Jahren</p>	

4.5 Ihre Nationalität ist ...

deutsch andere und zwar  _____

4.6 Welche Schulausbildung haben Sie abgeschlossen?

(Bitte kreuzen Sie nur den höchsten erreichten Abschluss an)

- Haupt-/Volksschulabschluss
- Realschulabschluss (Mittlere Reife)
- Polytechnische Oberschule
- Fachhochschulreife (Fachoberschule)
- Abitur/Allgemeine Hochschulreife
- Anderer Schulabschluss
- Schule beendet ohne Abschluss
- Noch keinen Schulabschluss

4.7 Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?

(Bitte kreuzen Sie nur den höchsten erreichten Abschluss an)

- Lehre (beruflich-betriebliche Ausbildung)
- Berufsfachschule, Handelsschule (beruflich-schulische Ausbildung)
- Fachschule (Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie)
- Fachhochschule, Ingenieurschule
- Universität, Hochschule
- Anderer Ausbildungsabschluss
- Kein beruflicher Abschluss (und nicht in der Ausbildung)
- Noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende/r, Student/in)

4.8 Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat.

- | | |
|--|---|
| Ja, Vollzeit (35 Stunden pro Woche und mehr) <input type="checkbox"/> | Nein, Hausfrau/Hausmann <input type="checkbox"/> |
| Ja, Teilzeit (15 bis 34 Stunden pro Woche) <input type="checkbox"/> | Nein, Student/in (ohne Nebenbeschäftigung) <input type="checkbox"/> |
| Ja, Teilzeit oder stundenweise (weniger als 15 Stunden pro Woche) <input type="checkbox"/> | Nein, zurzeit in Elternzeit oder sonstiger Beurlaubung <input type="checkbox"/> |
| Ja, aber zurzeit krankgeschrieben/ arbeitsunfähig <input type="checkbox"/> | Nein, Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente <input type="checkbox"/> |
| Ja, in betrieblicher Ausbildung <input type="checkbox"/> | Nein, Altersrente (ohne Nebenbeschäftigung) <input type="checkbox"/> |
| Ja, Wehr-/Zivildienstleistender <input type="checkbox"/> | Nein, arbeitslos/erwerbslos <input type="checkbox"/> |


Sonstiges  _____

4.9 Haben Sie jemals eine Tätigkeit im Gesundheitswesen ausgeübt?


- Ja, früher
- Ja, derzeit
- Nein

Falls nein, bitte weiter mit Frage 4.11

4.10 Wenn ja, in welchem Bereich waren oder sind Sie beschäftigt?

- Patientenversorgung (z.B. Arzt/Ärztin, Pflege, Arzthelfer/in, Physiotherapeut/in)
- Verwaltung (z.B. Krankenkasse, Krankenhaus)
- Forschung
- Sonstiges  _____

4.11	Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand in der letzten Woche beschreiben?				
	sehr gut	gut	zufrieden stellend	weniger gut	schlecht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.12	Haben Sie in den <u>letzten 3 Monaten</u> Ärzte aufgesucht? Geben Sie bitte an, wie häufig. <i>Bitte lassen Sie Zahnärzte und Heilpraktiker <u>unberücksichtigt</u>.</i>	
	Ja, Zahl aller Arztbesuche in den letzten 3 Monaten	 _____
	Nein, keinen Arzt in Anspruch genommen	<input type="checkbox"/>

4.13	Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung, deretwegen Sie mindestens einmal im Quartal einen Arzt aufsuchen oder regelmäßig Medikamente einnehmen?
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

4.14	Gibt es in Ihrer näheren Umgebung Menschen (z.B. Verwandte, Nachbarn), die an einer chronischen Erkrankung leiden, deren Krankheits- und Behandlungsverlauf Sie direkt miterleben?
	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

4.15	In welcher Krankenversicherung/Krankenkasse sind Sie versichert?	
	private Krankenversicherung (als Vollversicherung)	<input type="checkbox"/>
	oder gesetzliche Krankenkasse (z.B. AOK, Barmer, BKK), und zwar:	
	Selbst gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/>
	als Familienmitglied mitversichert	<input type="checkbox"/>
	oder anderes (z.B. Beihilfe, Heilfürsorge, Künstlersozialkasse)	<input type="checkbox"/>
	Wenn sie gesetzlich versichert sind:	
	Haben Sie eine private Zusatzversicherung (z.B. Chefarztbehandlung im Krankenhaus, Zahnbehandlung, Einzelzimmer im Krankenhaus)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Bitte prüfen Sie nun noch einmal, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Wir bitten Sie, den Fragebogen im beigefügten Rückumschlag an das Institut für Sozialmedizin in Lübeck zurückzusenden. Das Porto übernehmen wir!

Anhang 1.2 *Informationsschreiben und Einladung interessierter Surveyresponder*



Im Focus das Leben
Universität zu Lübeck

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Frau/Herr

Institut für Sozialmedizin

Direktor Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe

Ansprechpartner:

Dipl.-Soz. Sabine Stumpf

Universität zu Lübeck

Institut für Sozialmedizin

Ratzeburger Allee 160 (Haus 50)

23538 Lübeck

Tel.: +49 451 500-5825

Fax: +49 451 500-5872

e-mail: sabine.stumpf@uk-sh.de

12. März 2010

BÜRGERKONFERENZ „WAS IST UNS WICHTIG IN DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG? – WIE KÖNNEN WIR ÜBER PRIORITÄTEN ENTSCHEIDEN?“

Sehr geehrte Frau/Sehr geehrter Herr,

Ende letzten Jahres hatten wir Ihnen wie 2.999 anderen Bürgerinnen und Bürgern Lübecks einen Fragebogen zum Thema „Was ist mir wichtig in der medizinischen Versorgung?“ zugesandt. Sie waren so freundlich, sich an dieser Befragung zu beteiligen. Zusätzlich äußerten Sie Interesse daran, selbst an der angekündigten Bürgerkonferenz teilzunehmen. Für beides danken wir Ihnen sehr herzlich!

Heute soll es nun konkret werden. Auf den beiliegenden Seiten informieren wir Sie ausführlicher als bisher über die vorgesehenen Termine der Konferenz, ihren Ablauf, ihre Gründe und Ziele und über das angestrebte schriftliche „Bürgervotum“.

Wir sind dankbar, dass die Bürgerkonferenz von der Universität und der Stadt Lübeck, unterstützt wird. Unser Bürgermeister, Herr Saxe, hat uns zugesagt, die Teilnehmer der Konferenz am Abend des 07. Mai persönlich im Rathaus zu empfangen.

Die Lübecker Bürgerkonferenz wird zwischen Mai und Juli dieses Jahres an vier Wochenenden in einem Seminarraum der Universität in der Königstraße 42 stattfinden. Wir hoffen, dass die Ergebnisse der intensiven Diskussionen zwischen Ihnen und den anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern am Schluss zu einer von Ihnen allen mitgetragenen schriftlichen Stellungnahme führen. Dies wird nur gelingen, wenn Sie an sämtlichen vorgesehenen Terminen teilnehmen können. Deshalb bitten wir Sie noch einmal, Ihre Teilnahmemöglichkeit zu prüfen und ggf. baldmöglichst auf dem beiliegenden Rückantwortformular zu bestätigen. Wir bitten Sie auch, uns dort Ihre Telefonnummer anzugeben. Bitte sagen Sie uns, wann wir Sie tagsüber oder abends am besten erreichen können, um eventuell noch offene Fragen persönlich zu klären.

Insgesamt haben sich mehr als 100 Personen für eine aktive Teilnahme an der Konferenz interessiert. Höchstens 24 können teilnehmen. Am Schluss wird das Los entscheiden müssen. Seien Sie also bitte nicht enttäuscht, wenn es der Zufall anders bestimmt, als Sie es sich gewünscht haben. Wir werden Sie in jedem Fall über den Fortgang und natürlich auch über die Ergebnisse der Konferenz auf dem Laufenden halten, wenn Sie dies möchten.

Wir hoffen sehr, dass Sie weiter mitmachen wollen und können. Im Fall einer positiven Rückantwort werden wir uns in Kürze wieder bei Ihnen melden. Für Rückfragen stehen Ihnen gerne Frau Dipl.-Soz. Sabine Stumpf (Tel. 500-5825) und Professor Raspe (Tel. 500-5871) zur Verfügung.

Mit besten Grüßen

Prof. Heiner Raspe

Dipl.-Soz. Sabine Stumpf

Informationsblatt zur Lübecker Bürgerkonferenz Mai-Juli 2010

**„Was ist uns wichtig in der medizinischen Versorgung –
und wie können wir über Prioritäten entscheiden?“**

Priorität, die (lat. prior = der Vordere) bezeichnet im Allgemeinen den Vorrang einer Sache, eines Bewertungsmaßstabes oder einer Person gegenüber einer anderen. Dies kann sowohl im zeitlichen als auch im bedeutungsmäßigen Sinn interpretiert werden. Die Einstufung der Priorität einzelner Aufgaben wird als Prioritätensetzung oder Priorisierung bezeichnet.

Quelle: www.wikipedia.de

Priorisierung: warum und wozu?

Stellen Sie sich vor, Sie gewinnen morgen eine Million Euro im Lotto: Würden Sie dann nicht auch überlegen, was Sie damit als erstes, zweites, drittes ... letztes machen würden? So ähnlich erging es dem Staat Norwegen, als vor seinen Küsten Ende der 1970er Jahre Öl gefunden wurde. Seither ist Norwegen sehr reich – und doch war es das erste Land, dessen Regierung eine Kommission einsetzte, um über Prioritäten in der medizinischen Versorgung nachdenken zu lassen.

Heute beginnen wir in Deutschland über Prioritäten nachzudenken, weil die Mittel für die medizinische Versorgung unserer Bevölkerung knapp zu werden drohen. „Mittel“ meint vieles: nicht nur Geld, sondern auch Ärzte und Pflegekräfte, Krankenhausbetten und Arztpraxen, Zeit in Sprechstunden, Rehaplätze, Impfstoffe usw.

Allerdings: Richtig knapp war und ist das Geld bei uns eigentlich nicht. 2007 standen den gesetzlichen Krankenkassen (wie AOK, Barmer, DAK, TK usw.) rund 145 Milliarden Euro zur Verfügung, 2010 sollen es 174 Milliarden sein, ein Zuwachs von 20 % in vier Jahren. Not sieht anders aus! Richtig ist aber zweierlei: 1. die Mittel sind begrenzt und werden es bleiben, und 2. die Ausgaben laufen wieder einmal den Einnahmen der Kassen davon. In diesem Jahr rechnen die Krankenkassen mit einem Defizit von mehreren Milliarden Euro. Dahinter stehen Probleme auf der Einnahmeseite (u.a. durch Billigjobs, Arbeitslosigkeit) und Probleme auf der Ausgabenseite (Alterung der Bevölkerung, medizinischer Fortschritt, Zunahme chronischer Krankheiten, veränderte Erwartungen von Ärzten und Patienten).

Priorisieren sollte man also, wenn man zu viel oder zu wenig Mittel zur Verfügung hat (aber eigentlich auch, wenn alles gerade einmal im Lot ist). Denn wenn man nicht gerade im Paradies lebt, ist es in fast jeder Lage sinnvoll zu überlegen und aufzuschreiben: was ist mir, was ist uns besonders wichtig, worauf können wir am ehesten verzichten. Und um sich das klar zu machen, braucht man Kriterien. Und um die geht es uns besonders!

Kriterium, das (griechisch: Gerichtshof; Richtmaß) ist ein Merkmal, das bei einer Auswahl zwischen Personen oder Gegenständen, Eigenschaften, Themen usw. (und eben auch Prioritäten!) wichtig für die Entscheidung ist.

Quelle: www.wikipedia.de

Aber: Prioritäten im Licht von sorgfältig diskutierten Kriterien zu überlegen und aufzuschreiben heißt nicht, sie schon umzusetzen, durchzusetzen oder gar zu erzwingen. Prioritäten kann und soll man in Ruhe erarbeiten. Man überlegt, berät, arbeitet „am grünen Tisch“; das Ergebnis ist in der Regel ein Schriftstück. Ganz anders geht es zu, wenn man „rationiert“. Dann teilt man Rationen aus, dann ist schon über Wichtiges und Unwichtiges entschieden worden, dann wird gehandelt, und es werden nur noch die wichtigsten Bedürfnisse

abgedeckt. Priorisierung ist von Rationierung also genau zu unterscheiden. Rationierung setzt Priorisierung voraus. Priorisierung bereitet Entscheidungen vor, sie trifft sie nicht und setzt sie schon gar nicht um.

Ein Grundübel der zurzeit beginnenden deutschen Diskussion ist es, dass Rationierung gehört wird, wenn von Priorisierung gesprochen wird.

Bürger-„Konferenz“: was muss man sich darunter vorstellen?

Konferenz, die (lat.: confero, d. h. zusammentragen, vergleichen) ist eine Tagung, eine (mehrtägige) Zusammenkunft von Personen, die sich ernsthaft, genau und ausführlich über ein bestimmtes Thema besprechen wollen. Dafür tragen sie Material oder Informationen zusammen und vergleichen und bewerten diese gemeinsam.

Quelle: www.wikipedia.de

Am Ende einer Konferenz steht oft eine schriftliche Verlautbarung oder Vereinbarung: Eine Friedenskonferenz endet hoffentlich mit einem Friedensvertrag, eine UN-Klimakonferenz mit einer Vereinbarung zum Klimaschutz. Andere Konferenzen (z.B. Schul- oder Zeugniskonferenzen) enden wenigstens mit einem Protokoll.

Konferenzen müssen organisiert werden, man wird zu ihnen eingeladen und nimmt an ihnen freiwillig teil: Sie laufen geordnet und nach bestimmten Regeln ab. Dafür sorgt ein Leiter oder (wie in unserem Fall) ein Moderator (Herr Jens-Peter Dunst, Hamburg).

Wieso „Bürger“-Konferenz?

Wir alle sind Bürger der Bundesrepublik Deutschland, des Landes Schleswig-Holstein, der Stadt Lübeck. Damit sind Rechtsverhältnisse und besondere Rechte und Pflichten angesprochen. Reden wir von „Mitbürgern“, dann denken wir an gleichgewichtige Beziehungen zwischen uns und anderen. Im „Bürger“ steckt aber noch mehr: man erinnere sich an das „bürgerliche Engagement“, an „Bürgerforen“ vor und nach der Wiedervereinigung oder an die „bürgerlichen Tugenden“. Bürger sind (und sollen sein) Menschen, die das Gemeinwohl im Blick haben, sie können ihre eigenen Interessen zurückstellen und sehen nicht zuerst aufs Geld. Bürger sind bereit, andere als Gleiche anzuerkennen, einander friedlich zuzuhören, vernünftige Gesichtspunkte vorzubringen und zur Kenntnis zu nehmen, sich zu verständigen und zu einigen.

Die Bundesärztekammer (Berlin) hat den Vorschlag gemacht, einen nationalen Gesundheitsrat zu gründen, „der gesundheitspolitische Priorisierungsentscheidungen vorbereitet“. Als mögliche Teilnehmer wurden Ärzte, Politiker und Patientenvertreter genannt. Natürlich sind Patienten auch Bürger (und besonders schutzbedürftige), aber es gibt Bürger, die noch nicht oder nicht mehr Patienten sind. Dennoch haben sie als Mitglieder einer Krankenkasse, als Steuerzahler oder allgemein als Mitglieder unserer Gesellschaft auch Wünsche, Erwartungen, Vorstellungen; auch sie denken darüber nach, wie die medizinische Versorgung bei uns weiterentwickelt werden soll. Wenn sie ihre Überlegungen dann in die Öffentlichkeit bringen, stellt das eine Form von Bürgerbeteiligung sehen.

Eine Bürgerkonferenz ist also eine längere Besprechung unter kranken wie gesunden Menschen, die sich auf ein bestimmtes Thema einlassen und sich dabei den oben genannten Werten und Haltungen verpflichtet fühlen. An einer Bürgerkonferenz teilzunehmen, ist Ausdruck eines besonderen Engagements. Man schenkt anderen und dem Gemeinwesen etwas.

Ein solches Bürgerengagement hat in Lübeck eine lange, gute und segensreiche Tradition.

Wie funktioniert die Bürgerkonferenz?

Die Bürgerkonferenz zum Thema „Priorisierung in der medizinischen Versorgung“ wird vom Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck organisiert. Prof. Raspe und seine Kollegen beschäftigen sich mit Fragen der Priorisierung schon seit mehr als 10 Jahren.

Die Konferenz findet an vier Wochenenden zwischen Mai und Juli dieses Jahres statt. Die vorgesehenen Termine sind der 7. und 8. sowie der 28. und 29. Mai, der 18. und 19. Juni und der 2. bis 4. Juli. Eine Sitzung beginnt jeweils am Freitag um 14.00 Uhr. Am Freitagabend ist jeweils ab 19.00 Uhr ein gemeinsames Abendessen vorgesehen. Am Samstag soll es dann von 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr weitergehen. Am letzten Wochenende haben wir vorsorglich noch die Hälfte des Sonntags mit eingeplant. Somit sind insgesamt neun Tage für die Bürgerkonferenz vorgesehen.

Die Teilnehmer treffen sich an diesen Tagen in den Räumen des Instituts für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung in der Königstraße 42 in der Lübecker Innenstadt. Die Bushaltestelle „Katharineum“ ist etwa 50 Meter entfernt. Weitere Linien sind an der Haltestelle „Königstrasse“ (ca. 300 Meter zu Fuß) zu erreichen. Der Zugang zu den Räumen ist leider nicht barrierefrei. Es gibt aber genug helfende Hände, um eventuelle Schwierigkeiten zu bewältigen.

Vermutlich werden sich für die Diskussion von Unterthemen kleinere Gruppen bilden müssen. In diesen, vor allem aber in der gesamten Gruppe, wird dann frei über alle Ihnen wichtigen Themen gesprochen, beraten, geurteilt und entschieden werden. Sie, die Teilnehmer bestimmen, was wie besprochen wird. Um sich zu verschiedenen für Sie wichtigen Themen beraten zu lassen, können Sie sich von außerhalb Experten einladen und ins „Kreuzverhör“ nehmen. Auch über diese Themen und Personen entscheiden Sie als Gruppe – mit Hilfe eines erfahrenen Moderators (s.o.).

Am Anfang wird Prof. Raspe eine Einführung geben; dabei werden Sie auch über die Ergebnisse der Befragung der 3.000 Lübecker informiert, an der Sie teilgenommen hatten. Von rund 1.400 haben wir verwertbare Antworten bekommen. Von diesen wollen 80%, dass in einer demokratischen Gesellschaft die Bürger an wichtigen Entscheidungen im Gesundheitswesen beteiligt werden.

Was sind die Ziele der Bürgerkonferenz?

Aus Sicht der Veranstalter könnte die Konferenz verschiedene Ziele verfolgen. Sie werden als Teilnehmer der Konferenz weitere finden.

Uns geht es erstens darum, das Thema als solches in die Öffentlichkeit zu bringen. Wir glauben, dass man bei uns jetzt intensiver über Priorisierung sprechen muss - auch gegen den Widerstand der Politik und vieler Krankenkassen. Daher soll es auch Pressemitteilungen und am Ende eine Pressekonferenz geben. Wir wären dankbar, möglichst viele von Ihnen könnten und würden an ihr teilnehmen.

Zweitens weiß bisher in Deutschland keiner, nach welchen Kriterien Bürger über Prioritäten in der medizinischen Versorgung entscheiden wollen. Welche Merkmale sind Ihnen besonders wichtig? Welche kommen gar nicht in Frage? Sind die einzelnen Kriterien immer gleich wichtig oder ändert sich ihr Gewicht, wenn es z.B. um Kinder und nicht um Senioren geht oder um Schwerkranke oder um Vorsorgeuntersuchungen? Und schließlich: wie stehen die ausgewählten Kriterien zueinander? Beeinflussen sie sich gegenseitig? Hier betreten Sie mit Ihren Beratungen echtes Neuland.

Drittens wird die Bürgerkonferenz zeigen, dass Bürger sich äußern und einmischen wollen und können. Sie melden damit einen Anspruch auf Bürgerbeteiligung für alle folgenden öffentlichen Diskussionen an; sie sichern Bürgern sozusagen einen Platz – z.B. im oben erwähnten Gesundheitsrat (sollte es ihn denn geben).

Schließlich hoffen wir, dass es Ihnen gelingen wird, den Verlauf und die Ergebnisse Ihrer Beratungen in einem sogenannten Bürgervotum aufzuschreiben. Sie alle werden sich aktiv an den Diskussionen beteiligen.

Einige von Ihnen werden es sich zutrauen, die Überlegungen und Urteile Ihrer Gruppe aufzuschreiben. Wenn Sie es wünschen, können wir Ihnen einen Sekretär zur Verfügung stellen, der nach Ihren Vorstellungen und Vorgaben arbeitet. Mit diesem Bürgervotum werden Sie dann die deutsche Diskussion mitgestalten können. Wir sind sicher, dass es weit über Lübeck hinaus Gehör finden wird.

Schließlich ermutigen Sie Bürger an anderen Orten, sich um das Thema zu kümmern, ihre Vorstellungen auszudrücken und auf Beteiligung zu drängen.

An wen kann ich mich mit weiteren Fragen wenden?

Leiter und Einladender der Konferenz ist Professor Heiner Raspe. Er wurde 1945 in Lübeck geboren. 1965 verließ er Lübeck, er kam 1989 zurück. Seither ist er Direktor des Instituts für Sozialmedizin unserer Universität. Sollten Sie weitere Fragen zur der Konferenz haben, wenden Sie sich bitte an ihn (Tel. 500-5871) oder an Frau Dipl.-Soz. Sabine Stumpf, Tel. 500-5825, E-Mail: sabine.stumpf@uk-sh.de. Die Postanschrift lautet: Institut für Sozialmedizin, Ratzeburger Allee 160 (Haus 50), 23538 Lübeck. Frau Stumpf ist für alle organisatorischen Fragen zur Bürgerkonferenz verantwortlich.

Muss ich an der Bürgerkonferenz teilnehmen? Was habe ich davon?

Natürlich MÜSSEN Sie NICHT teilnehmen; Ihre Teilnahme an der Bürgerkonferenz ist völlig freiwillig. Wir wenden uns an Sie, weil Sie uns in Ihrem Fragebogen dazu die Möglichkeit gegeben haben.

Mit Ihrer Teilnahme schenken Sie einem Thema und Ihren Mitbürgern etwas von Ihrer Zeit und Ihren Überlegungen – aber vielleicht haben Sie auch selbst etwas davon. Sie vertiefen sich in ein aktuelles Thema und kommen dabei mit gleichgesinnten Mitbürgerinnen und Mitbürgern in Kontakt. Sie haben die Möglichkeit, sich durch Experten informieren zu lassen und mit Ihrem Bürgervotum etwas zu schaffen, was bleiben wird. Auch wenn man den Einfluss der Lübecker Bürgerkonferenz nicht überschätzen sollte: das Buch zur Dresdener Bürgerkonferenz „Streitfall Gendiagnostik“ aus dem Jahr 2003 hat Einfluss auf die folgende deutsche Diskussion gehabt. Soviel, dass wir diesem Beispiel nach 7 Jahren folgen wollen.

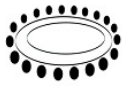
Sollten Ihnen Fahrkosten entstehen, werden wir diese gerne übernehmen. Auch für mögliche Verdienstaufschläge an den Freitagen werden wir geradestehen. Schließlich sind Sie an allen Tagen selbstverständlich unser Gast; wir werden für anständiges Essen und Trinken sorgen (auch wenn es Alkoholisches erst bei den Abendessen nach getaner Arbeit geben wird). Wie schon gesagt, wird die Stadt Lübeck uns alle am ersten Freitagabend im Rathaus empfangen. Auch dies ist eine Anerkennung Ihres Bürgerengagements. Für den Oktober 2010 ist ein Treffen geplant, in dem wir auf den Verlauf und die Ergebnisse der Konferenz vor einem Lübecker Publikum zurückblicken können. Sicher wissen wir alle dann auch schon mehr über die Reaktionen auf unser gemeinsames Wagnis.

Was muss ich tun, um an der Bürgerkonferenz teilzunehmen?

Wenn Sie weiterhin an der Bürgerkonferenz teilnehmen möchten und können, senden Sie bitte das Antwortformular im beiliegenden Rückumschlag baldmöglichst an uns zurück. Das Porto wird von uns bezahlt. Bitte teilen Sie uns auch eine Telefonnummer mit und sagen uns, wann Sie am besten erreichbar sind. Damit wir Ihre und unsere Fragen persönlich klären können, möchten wir Sie gerne telefonisch kontaktieren. Am Ende wird das Los über die endgültigen Teilnehmer der Konferenz entscheiden.

Zum Abschluss noch ein Hinweis auf die Fußball-Weltmeisterschaft

Unsere Bürgerkonferenz fällt in den Zeitraum der Fußball-Weltmeisterschaft. Sollte ein Länderspiel der deutschen Nationalmannschaft während unserer Tagungstermine stattfinden, können Sie gemeinsam entscheiden, ob und wie wir uns die Übertragung ansehen. Sicher finden wir eine Möglichkeit, die alle zufrieden stellt.



BÜRGERKONFERENZ
LÜBECK 2010

„Was ist uns wichtig in der medizinischen Versorgung?
– Wie können wir über Prioritäten entscheiden?“

Wenn Sie **an der Bürgerkonferenz teilnehmen** möchten und können, kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen auf dieser Seite an und teilen Sie uns freundlicherweise eine Telefonnummer mit, unter der wir Sie erreichen können.

Erklärung zur Teilnahme an der Lübecker Bürgerkonferenz:

- An der geplanten Bürgerkonferenz zum Thema „Was ist uns wichtig in der medizinischen Versorgung? – Wie können wir über Prioritäten entscheiden?“ **möchte ich gerne teilnehmen.**

Die Konferenz findet an vier Wochenenden in Lübeck statt. Die Termine sind **07.-08. Mai, 28.-29. Mai, 18.-19. Juni und 02.-04. Juli**. Alle Teilnehmer treffen sich jeweils freitags zwischen 14.00 Uhr und 19.00 Uhr (mit anschließendem gemeinsamen Abendprogramm), samstags zwischen 9.00 Uhr und 17.00 Uhr und am Sonntag, den 04. Juli, zwischen 10.00 Uhr und 16.00 Uhr.

Ich bin damit einverstanden, dass ein Mitarbeiter des Instituts für Sozialmedizin mich anruft, um eventuell entstandene Fragen persönlich zu klären. Meine Kontaktdaten (Anschrift und Telefonnummer) werden ausschließlich zu diesem Zweck verwendet.

Ich wurde darüber informiert, dass die **Teilnahme an der Konferenz freiwillig** ist.

Meine Telefonnummer lautet:

Am besten bin ich unter dieser
Nummer zu folgenden Zeiten zu
erreichen:

Wenn Sie **nicht an der Bürgerkonferenz teilnehmen möchten**, informieren wir Sie gerne trotzdem weiterhin über deren Verlauf. Teilen Sie uns dazu bitte mit, ob Sie an weiteren Informationen interessiert sind und an welche Adresse wir diese senden dürfen.

- Ich möchte nicht an der Bürgerkonferenz teilnehmen, möchte aber **über deren Verlauf und Ergebnisse informiert werden**. Meine Adresse für die Zusendung von Informationsmaterial lautet:

- Ich möchte **nicht an der Bürgerkonferenz teilnehmen**, und möchte auch **nicht über deren Verlauf und Ergebnisse informiert werden**.

Name _____ Vorname _____

Datum _____ Unterschrift _____

Anschließend senden Sie dieses Formular bitte im beiliegenden Rückumschlag ans Institut für Sozialmedizin zurück. Der Versand ist für Sie selbstverständlich kostenlos.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihr Interesse.

Anhang 1.3 *Einladung der Bürgerkonferenzteilnehmer*

Im Focus das Leben
Universität zu Lübeck

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Frau/Herr

Institut für Sozialmedizin

Direktor Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe

Ansprechpartner:

Dipl.-Soz. Sabine Stumpf

Universität zu Lübeck

Institut für Sozialmedizin

Ratzeburger Allee 160 (Haus 50)

23538 Lübeck

Tel.: +49 451 500-5825

Fax: +49 451 500-5872

e-mail: sabine.stumpf@uk-sh.de

22. April 2010

EINLADUNG ZUR ERSTEN LÜBECKER BÜRGERKONFERENZ

Sehr geehrte Frau/Sehr geehrter Herr,

für Ihr Interesse an der ersten Lübecker Bürgerkonferenz zum Thema „Was ist uns wichtig in der medizinischen Versorgung – wie können wir über Prioritäten entscheiden?“ möchten wir uns noch einmal ganz herzlich bedanken. Die Teilnehmer der Konferenz stehen nun fest, und wir freuen uns, Ihnen mitteilen zu können, dass das angekündigte Los auf Sie gefallen ist.

Am Freitag den 07. Mai um 14.00 Uhr möchten wir nun gerne mit Ihnen gemeinsam die Lübecker Bürgerkonferenz eröffnen. Dazu treffen wir uns gegen 13.45 Uhr im Seminarraum des Instituts für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung in der Königsstraße 42 in der Lübecker Innenstadt. Das Institut befindet sich schräg gegenüber dem Katharineum und ist gut über die gleichnamige Bushaltestelle „Katharineum“ erreichbar. Am Abend des 7. Mai wird unser Bürgermeister, Bernd Saxe, uns im Rathaus empfangen; anschließend möchten wir Sie gerne noch zu einem gemeinsamen Abendessen einladen. Wir würden uns freuen, wenn Sie alle daran teilnehmen könnten. Den Ablauf der Bürgerkonferenz entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Zeitplan.

Für die Verpflegung und die Arbeitsmaterialien während der Bürgerkonferenz sorgen selbstverständlich wir. Sie brauchen also nichts weiter mitzubringen.

Sollten Sie Zugang zum Internet und eine Email-Adresse haben, würden wir uns freuen, wenn Sie uns diese mitteilen. Senden Sie dafür einfach eine Email an sabine.stumpf@uk.sh.de.

Bevor es am 7. Mai losgeht, werden wir Ihnen noch einmal einen Brief mit weiteren Informationen zu den Inhalten der Bürgerkonferenz schicken. Sollten Sie Rückfragen haben, stehen Ihnen weiterhin gerne Frau Dipl.-Soz. Sabine Stumpf (Tel. 500-5825) und Professor Raspe (Tel. 500-5871) zur Verfügung.

Wir freuen uns auf eine erfolgreiche Bürgerkonferenz mit Ihnen.

Mit besten Grüßen

Prof. Heiner Raspe

Dipl.-Soz. Sabine Stumpf

Anhang 1.4 *Informationsschreiben an Teilnehmer unmittelbar vor der Konferenz*



Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Frau/Herr

Institut für Sozialmedizin

Direktor Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe

Ansprechpartner:

Dipl.-Soz. Sabine Stumpf

Universität zu Lübeck

Institut für Sozialmedizin

Ratzeburger Allee 160 (Haus 50)

23538 Lübeck

Tel.: +49 451 500-5825

Fax: +49 451 500-5872

e-mail: sabine.stumpf@uk-sh.de

3. Mai 2010

INFORMATIONSMATERIAL ZUR LÜBECKER BÜRGERKONFERENZ

Sehr geehrte Frau/sehr geehrter Herr,

am kommenden Freitag wird es ernst: Die erste Lübecker Bürgerkonferenz „Was ist uns wichtig in der medizinischen Versorgung – wie können wir über Prioritäten entscheiden?“ beginnt. Heute möchten wir Ihnen gerne noch etwas genauer sagen, was **uns** bei dem Thema beschäftigt.

Dabei gehen wir davon aus, dass eine Bürgerkonferenz andere Schwerpunkte hat als eine Beratungsrunde von medizinischen Fachleuten. Die Profis können sich in fachliche Einzelheiten vertiefen: Ist Medikament A oder Medikament B bei Krankheit X vorzuziehen? Bürger können sich auf andere – übergeordnete – Fragen konzentrieren: Welche Kriterien wollen Sie gelten lassen? Gelten sie immer? Wie spielen sie zusammen? Wer soll wie zur Festlegung von Prioritäten kommen? Wie sind die Diskussions- und Abstimmungsprozesse zu gestalten?

Eine Bürgerkonferenz zeichnet sich dadurch aus, dass Sie – die Bürger – selbst bestimmte Schwerpunkte und Fragestellungen Ihrer Beratung auswählen werden. Alle bisher und im Anhang aufgeführten Fragen sollen Beispiele geben aber nichts vorwegnehmen.

Damit Sie auf einer gemeinsamen Basis miteinander diskutieren können, möchten wir eine Art Lexikon für die Bürgerkonferenz erstellen. Hier sollen wichtige Begriffe erklärt werden. Das Lexikon wollen wir laufend erweitern. Ein paar Begriffe haben wir schon einmal aufgeführt. Für die Weiterentwicklung benötigen wir jedoch Ihre Hilfe. Bitte teilen Sie uns mit, wenn Ihnen noch Begriffe, Fragen usw. einfallen, die Sie gerne geklärt haben möchten.

Es wäre schön, wenn Sie die Gelegenheit fänden, das Informationsmaterial schon vor der Konferenz einmal durchzuschauen. Sollten Sie Fragen dazu haben, können diese am ersten Tag der Bürgerkonferenz gemeinsam besprochen werden. Sie können uns aber auch vorher einfach eine Email schreiben.

Am 7. Mai treffen wir uns um 13.45 Uhr in unserem Sitzungsraum in der Königsstr. 42, schräg gegenüber dem Katharineum. Wir freuen uns darauf und sind auf Sie und Ihre Beratungen gespannt.

Mit herzlichen Grüßen

Heiner Raspe

Sabine Stumpf

Diskussionsanstöße zur Lübecker Bürgerkonferenz 2010

„Was ist uns wichtig in der medizinischen Versorgung – wie können wir über Prioritäten entscheiden?“

Zuerst eine **WARNUNG!** Der folgende Text ist das Ergebnis eines Versuches, Ihren Diskussionen und Beratungen „Anstöße“ zu geben. Uns liegt daran, Ihnen noch einmal das Thema der Konferenz vor Augen zu führen. Um Sie kurz vor der Bürgerkonferenz nicht zu sehr zu strapazieren, haben wir uns um Knappheit bemüht. Viele Fragen wurden nur angerissen, viele Probleme bloß angedeutet. So ist alles zu knapp und manches fast unverständlich geworden. Dennoch bitten wir Sie, den Text einmal zu überfliegen. Legen Sie ihn zwischendurch ruhig weg; vielleicht finden Sie später noch einmal Zeit, ihn in die Hand zu nehmen. Er soll, wie gesagt, nur Anstöße geben. Manches wird Ihnen einleuchten, anderes Ihnen fremd vorkommen. Und Sie werden selbst Fragen und Antworten dort entwickeln, wo es um für Sie wichtige Fragen geht. Wenn der Text dabei hilft, hätte er seinen Hauptzweck erfüllt.

Auf welchen Ebenen können Prioritäten für die medizinische Versorgung diskutiert werden?

Im Allgemeinen unterscheidet man drei Ebenen:

1. **Klinische Priorisierung** (in der unmittelbaren Patientenversorgung)
Hier betrifft eine Entscheidung über Prioritäten jeweils einzelne konkrete Patienten. Sie äußert sich zum Beispiel in der Zuteilung eines bestimmten Platzes auf einer Warteliste. Wir kennen dies aus der Transplantationsmedizin: Wer bekommt die nächste zur Verfügung stehende Niere?
2. **Priorisierung innerhalb der medizinischen Versorgung**
In Deutschland stehen für die Gesundheitsversorgung umfangreiche Mittel zur Verfügung: also vor allem Geld, aber auch Ärzte, Pflegekräfte, Krankenhausbetten, Zeit usw. Die Kosten dafür werden hauptsächlich von den Versicherten und ihren Arbeitgebern getragen. Weiteres Geld kommt vom Staat; in diesem Jahr wohl bis zu 16 Milliarden Euro. Das was jedes Jahr verfügbar ist, soll möglichst sinnvoll und gerecht verteilt werden. Deshalb sollte darüber nachgedacht werden, welche Leistungen bei welchen Patientengruppen wichtiger sind und welche weniger wichtig. Nicht alles, was medizinisch machbar ist, kann und soll von der Allgemeinheit getragen werden. Priorisierung auf der Ebene der medizinischen Versorgung bedeutet, dass verschiedene Erkrankungen, Patienten(gruppen) und medizinische Maßnahmen in Reihenfolge eingeordnet werden. An deren oberen Ende steht das, was besonders wichtig ist. Am unteren Ende stehen die Dinge, die weniger wichtig bis vollständig verzichtbar sind.
3. **Priorisierung oberhalb der medizinischen Versorgung**, d.h. *zwischen* medizinischer Versorgung und anderen Politikzielen
Die Gesundheitsversorgung ist nur eine von vielen Aufgaben, für die die Politik in Deutschland Mittel zur Verfügung stellen muss. Jeder Euro kann nur einmal ausgegeben werden. Was der medizinischen Versorgung zu Gute kommt, fehlt eventuell in den Bereichen Bildung, Verkehr, Polizei, Renten oder Arbeitsplatzförderung. Auf dieser Ebene beinhaltet Priorisierung also die Abwägung zwischen verschiedenen politischen Zielen.

Aus Sicht der Sozialmedizin ist die Priorisierung auf der zweiten Ebene („innerhalb der medizinischen Versorgung“) besonders wichtig und schwierig. Hierüber wurde in anderen Ländern intensiv nachgedacht. Es ist vorgeschlagen worden, jeder Priorisierung wenige Grundprinzipien voran zu stellen.

Welche Grundprinzipien können/sollen/müssen beachtet werden, wenn priorisiert wird?

Fast immer werden die Prinzipien **Menschenwürde** und **Gerechtigkeit** zuerst genannt.

Die Würde des Menschen ist nach unserem Grundgesetz (Artikel 1) unantastbar. Jeder Bürger besitzt unabhängig von persönlichen Merkmalen (wie Alter, Geschlecht, Religionszugehörigkeit, sozialem Stand, politischer oder sexueller Orientierung) die gleiche Würde, den gleichen Wert und ist Träger der gleichen **Grundrechte**. Das bedeutet unter anderem, dass niemand aufgrund persönlicher Merkmale benachteiligt werden darf. Dieses Diskriminierungsverbot gilt auch für den Bereich der medizinischen Versorgung. So wäre es bei uns undenkbar, den Zugang zur medizinischen Versorgung ungleich zu gestalten und etwa für Alte oder Arme oder „teure“ Kranke zu beschränken. Auch Personen mit einer Behinderung oder einer chronischen Erkrankung sollten weder vorrangig noch nachrangig behandelt werden.

Dies kann unter dem Gesichtspunkt von (ausgleichender) **Gerechtigkeit** ein Problem werden. Unterschiedliche Patienten(gruppen) haben einen ganz unterschiedlichen **Bedarf** an medizinischer Versorgung. Manche Kranke befinden sich zudem in sehr ungünstigen Lebensumständen und/oder können sich selbst kein Gehör verschaffen. Sollte man diese und andere Nachteile ausgleichen? In Schweden z.B. sind die Menschen besonders zu berücksichtigen, die ihre Wünsche und Rechte nicht selbst vertreten können.

Angenommen, man spräche sich für eine bevorzugte Behandlung von Akut- und Schwerkranken aus: wie weit ginge die Bevorzugung? Soll man sehr kranken Patienten Mittel fast unbegrenzt zur Verfügung stellen auch wenn sie dadurch vielleicht nur noch wenig Linderung oder kurze Zeit gewinnen können? Wie weit reicht die **Solidarität** (auch sie wird unter Grundprinzipien von Priorisierung aufgeführt) mit denen, denen es schlechter geht als den Gesunden und denen, die in sicheren Verhältnissen leben?

Ein weiteres Grundprinzip könnte man in der Berücksichtigung der **Kosten** einer Behandlung sehen. Welche Rolle dürfen und sollen Kosten oder das **Kosten-Nutzen-Verhältnis** spielen? Häufig wird auch auf die Bedeutung der **Wünsche und der Mitentscheidungsrechte** der Bürger hingewiesen. Wo sind ihre Grenzen? Soll das Prinzip **Eigenverantwortung/Eigenbeteiligung** ein Gegengewicht bilden?

Vielleicht sind Ihnen die genannten Grundprinzipien unterschiedlich wichtig? Vermutlich sind weitere zu nennen?

Welche Eigenschaften von Patienten, Erkrankungen oder Behandlungsmethoden sollen zur Entscheidung über Prioritäten herangezogen werden?

Neben solchen Grundprinzipien, die Ihrer Meinung nach stets eingehalten werden sollten, wird auch über **Priorisierungskriterien** diskutiert. Dabei geht es um drei verschiedene Arten von Merkmalen:

1. **Eigenschaften der Erkrankung:** Wie schwer ist die Erkrankung im Augenblick? Wie stark ist der Patient durch sie eingeschränkt? Welche Folgen und Risiken sind zu spüren bzw. zu befürchten?
2. **Eigenschaften der Behandlungsmethode:** Wie groß sind die Chancen auf eine Verbesserung der Beschwerden? Welche Art von Nutzen – und für wen – soll berücksichtigt werden? Welche Belastungen und Risiken bringt die Behandlung mit sich? Ist der Nutzen wissenschaftlich nachgewiesen? Wie ist das Verhältnis zwischen möglichem Nutzen und Schaden und voraussichtlichen Kosten?
3. **Eigenschaften von Patienten(-gruppen):** Wie alt ist der Patient? Wie ist sein individueller Lebensstil? Hat er eine große gesellschaftliche oder familiäre Verantwortung?

1. Eigenschaften der Erkrankung

Sollten wir nach der augenblicklichen Schwere der Erkrankung priorisieren?

Häufig wird betont, dass schwere Erkrankungen im Vergleich zu leichteren Krankheiten vorrangig behandelt werden sollen. Dabei denkt man unwillkürlich an Krankheiten, die lebensbedrohlich sind, die Patienten stark in ihrem alltäglichen Leben einschränken oder sie hier und jetzt vom sozialen Leben ausschließen. Was genau gilt als schwere Erkrankung, was als eher leichte? Sollen auch Folgen für andere Personen berücksichtigt werden (z.B. für Angehörige von Demenzkranken)?

Sollten wir nach den Risiken für Krankheitsfolgen in der Zukunft priorisieren?

Manche Krankheiten können heute ganz harmlos aussehen und sich doch erheblich auf das zukünftige Leben des Patienten auswirken. Das gilt z.B. für einige bösartige Erkrankungen, für die heute Vorsorgeuntersuchungen angeboten werden (Brustkrebs, Hautkrebs, Darmkrebs usw.). Aber auch Herzinfarkte und Schlaganfälle haben unscheinbare Vorläufer. Sie sind im frühen Stadium für die Betroffenen nicht bemerkbar, können aber in absehbarer Zeit ernste Folgen haben. Soll man solchen Vorbeugemaßnahmen hohe Priorität einräumen? Auch dann, wenn die Folgen nicht lebensbedrohlich sind, erst nach langen Jahren und insgesamt nur selten eintreten?

2. Eigenschaften der Behandlung und Behandlungsmethoden

Sollten wir nach der Chance auf Besserung der Beschwerden bei einzelnen Betroffenen priorisieren?

Demnach sollte eine Behandlung umso eher durchgeführt werden, je größer die Chancen sind, dass sich Krankheitserscheinungen und Krankheitsfolgen durch sie bessern. Welche Risiken, z.B. durch Nebenwirkungen, kann man dafür in Kauf nehmen? Müssen die Chancen die Risiken überwiegen?

Sollten wir nach Nutznießern und der Art und Häufigkeit des zu erwartenden Nutzens priorisieren?

Behandlungen können neben den Patienten selbst auch für andere Personen nützlich sein, z.B. für Angehörige (s.o.) oder bei Impfungen auch für gesunde Personen in der Umgebung der Geimpften. Sollte man auch solche Folgen einer Behandlung bei der Priorisierung berücksichtigen?

Sollten wir nach der Zahl der Nutznießer und nach der Summe des Nutzens priorisieren?

Behandlungsmethoden können für unterschiedlich viele Patienten einen unterschiedlich großen Nutzen in Aussicht stellen. Auf der einen Seite hilft die Medizin, man denke wieder an die Nierentransplantation, nur wenigen Kranken, diesen aber durchgreifend. Auf der anderen Seite kann man sich auch einen kleinen Nutzen für sehr viele Personen vorstellen (z.B. Prophylaxe beim Zahnarzt). Dann könnte es sein, dass die Summe der kleinen häufigen Nutzen die Summe der großen seltenen Nutzen aus Sicht der Gesellschaft übersteigt.

Sollten wir nach der Güte der wissenschaftlichen Belege priorisieren?

Um Wirksamkeit und Nutzen von Behandlungen zu untersuchen, werden wissenschaftliche Studien durchgeführt. Manchmal können sie verlässlich zeigen, dass eine Behandlung wirksam ist, ein anderes Mal sind ihre Ergebnisse unsicher; dann wieder sind die Studienergebnisse unglaubwürdig. Manchmal ist eine Behandlungsmethode auch (noch) gar nicht wissenschaftlich untersucht worden. Nach diesem Kriterium sollten solche Behandlungsmethoden vorrangig eingesetzt werden, die sich in mehreren wissenschaftlichen Untersuchungen überzeugend als wirksam erwiesen haben. Wie geht man aber mit Behandlungsmethoden um, die (noch) nicht in Studien überprüft worden sind? Wie ist es, wenn ein Arzt und ein Patient (oder mehrere, viele Ärzte und Patienten) gute Erfahrungen mit einer Behandlung gemacht haben, deren Wirksamkeit sich in wissenschaftlichen Untersuchungen nicht erhärten ließ?

Sollten wir nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis priorisieren?

Behandlungen, die einen großen Nutzen erwarten lassen und verhältnismäßig geringe Kosten verursachen sollten demnach vorrangig angewandt werden. Wie groß sollte der Nutzen mindestens sein, um überhaupt

Anhang 1.5 *Liste der an der Bürgerkonferenz beteiligten Personen*

Name*	Position zum Zeitpunkt der Bürgerkonferenz	Funktion
Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe	Direktor des Instituts für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck	Initiator und Organisator der Bürgerkonferenz, Projektleiter
Sabine Stumpf	Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck	Organisatorin der Bürgerkonferenz, Projektmitarbeiterin
Prof. Dr. Silke Schicktanz	Professorin für Kultur und Ethik der Biomedizin am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen	Beraterin der Organisatoren, Expertin (siehe Anhang 1.7), „Sekretärin“ der Bürger während der Arbeit am Bürgervotum
Prof. Dr. Thorsten Meyer	Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck und Schweizer Paraplegiker Forschung, Guido A. Zäch-Institut, Nottwil (Schweiz).	Mitinitiator der Bürgerkonferenz, Experte (siehe Anhang 1.7), „Sekretär“ der Bürger während der Arbeit am Bürgervotum
Jens-Peter Dunst	Moderator, Coach und Berater, MCS Deutschland (Hamburg)	Moderator
Sarah Hecker	Doktorandin am Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck	Moderationsassistentin, „Sekretärin“ der Bürger während der Arbeit am Bürgervotum
Dr. Mirjam Hauschildt	Doktorandin bei Silke Schicktanz, Universitätsmedizin Göttingen	Protokollantin

* Alle Namen mit aktuellen Titeln (Mai 2014).

Anhang 1.6 *Liste der Publikationen für den Büchertisch***Stellungnahmen, Bücher- und Fachzeitschriftenbeiträge**

- Ahlert, M.; Kliemt, H. 2009. Priorisierung. Gerechtigkeit bei der Zuweisung von Spenderorganen. In: Deutsches Ärzteblatt 106(36): 1724-1726.
- Alber, K.; Kliemt, H.; Nagel, E. 2009. Priorisierung. Selbstverantwortung als Kriterium kaum operationalisierbar. In: Deutsches Ärzteblatt, 106(26): 1361-1363.
- Bayerl, B.; Friedrich, D.; Wohlgemuth, W.A. 2009. Priorisierung. Individuelle Rangfolgen – Kosten einsparen oder Qualität verbessern? In: Deutsches Ärzteblatt 106(17): 820-822.
- Bühring, P. 2010. Priorisierung in Psychiatrie und Psychotherapie. Gegen heimliche Rationierung. In: Deutsches Ärzteblatt PP(3):103.
- Deutsches Ärzteblatt 2010. Priorisierung. Fachleute sehen Handlungsbedarf. In: Deutsches Ärzteblatt 107(8): 307.
- Deutsches Ärzteblatt 2010: Interview mit Philipp Rösler „Ich kann nicht mehr Geld versprechen, aber ein faireres System“. In Deutsches Ärzteblatt PP(3): 107-110.
- Diederich, A.; Winkelhage, J.; Schnoor, M.; Schreier, M. 2009. Priorisierung. Öffentlicher Diskurs erforderlich. In: Deutsches Ärzteblatt 106(14): 654-656.
- Dörner, K. 2005. Medizin als Menschendienst statt als Marktdienstleistung. Berliner Medizinethische Schriften. Beiträge zu ethischen und rechtlichen Fragen der Medizin Heft 57. Berlin: Humanitas Verlag.
- Friedrich, D.R.; Buyx, A.; Schöne-Seifert, B. 2009. Priorisierung. Marginale Wirksamkeit als Ausschlusskriterium. In: Deutsches Ärzteblatt 106(31-32): 1562-1564.
- Fuchs, C.; Nagel, E.; Raspe, H. 2009. Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint? In: Deutsches Ärzteblatt 106(12): 554-557.

11. Nagel, E.; Fuchs, C. (Hrsg.) 1998. Rationalisierung und Rationierung im deutschen Gesundheitswesen. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
12. Osterloh, F. 2010. 113. Deutscher Ärztetag. Mit offenen Armen. In: Deutsches Ärzteblatt 107(19): 893-895.
13. Raspe, H.; Meyer, T (Gastherausgeber) 2009. Schwerpunkt: Priorisierung im Gesundheitswesen – eine Diskussion nimmt Fahrt auf. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 103(2).
14. Raspe, H.; Meyer, T. 2009. Priorisierung. Vom Schwedischen Vorbild lernen. In: Deutsches Ärzteblatt 106(21): 1036-1039.
15. Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland für soziale Ordnung 1994. Mündigkeit und Solidarität. Sozialethische Kriterien für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
16. Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland zur Armut in Deutschland 2006. Gerechte Teilhabe. Befähigung zur Eigenverantwortung und Solidarität. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
17. Schickanz, S.; Naumann, J. (Hrsg.) 2003. Bürgerkonferenz: Streitfall Gendiagnostik. Ein Modellprojekt der Bürgerbeteiligung am bioethischen Diskurs. Opladen: Leske + Budrich.
18. Schöne-Seifert, B., Buyx, A.M.; Ach, J.S. (Hrsg.) 2006. Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen. Paderborn: Mentis.
19. Spiegelberg, P. 2010. Ohne gesellschaftlichen Diskurs geht es nicht. In: Deutsches Ärzteblatt 107(7): 266.
20. Stüwe, H. 2010. Gesundheitsökonomien. Keine Angst vor dem bösen Wort. In: Deutsches Ärzteblatt PP(4): 158.
21. Swedish Government Official Reports 1995:5. Priorities in health care Ethics, economy, implementation. Final report from the Swedish Parliamentary Priorities Commission. Stockholm 1995.
22. Wohlgemuth, W.A.; Freitag, M.H. (Hrsg.) 2009. Priorisierung in der Medizin: Interdisziplinäre Forschungsansätze. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
23. ZEKO 2000. Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? In: Deutsches Ärzteblatt, 106(15): 1017-1023.
24. ZEKO 2007. Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In: Deutsches Ärzteblatt, 104(40): 2750-2754.

nach Teilnehmerhinweis hinzugefügt:

25. Preusker, U.K. 2004. Offene Priorisierung als Weg zu einer gerechten Rationierung? In: G+G Wissenschaft 4(2): 16-22

Beiträge aus Wochen- und Tagespresse

1. Ärztezeitung 2009: „Priorisierung erhitzt nicht nur die Gemüter von Ärzten. Wer soll welche Leistungen bekommen? Da gehen die Meinungen in der Gesellschaft weit auseinander“. Druckausgabe vom 03.06.2009.
2. Der Spiegel 2009: Spiegel-Streitgespräch zwischen Jörg-Dietrich Hoppe und Peter Sawicki: „Ärzte würden zu Polizisten“. Heft 29: 110-113.
3. Der Tagesspiegel.de 20.07.2009: „Es kann legitim sein, teure Medizin zu verweigern“. Interview mit Reinhard Merkel. URL: <http://www.tagesspiegel.de/politik/deutschland/medizinethiker-es-kann-legitim-sein-teure-medizin-zu-verweigern/1561284.html>; Zugriff September 2013.
4. Die Zeit 2009: „Medizin am Limit: Welche Behandlung sollen wir uns noch leisten? Wir weigern uns, über diese zentrale Frage zu diskutieren“ von Harro Albrecht. Druckausgabe 51 vom

- 10.12.2009.
5. FAZ.NET 02.05.2010: „Jeder kriegt, was er braucht. Von wegen!“ von Carola Sonnet. URL: <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/medizinische-versorgung-jeder-kriegt-was-er-braucht-von-wegen-11281.html>; Zugriff September 2013.
 6. FAZ.NET 20.05.2009: „Ärztetag in Mainz: Wir Ärzte sind heute machtlos“ von Michael Feld. URL: <http://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin/aerztetag-in-mainz-wir-aerzte-sind-heute-machtlos-1800145.html>; Zugriff September 2013.
 7. Frankfurter Rundschau-online 13.03.2010: „Diagnose: Glück gehabt?“ von Dr. med. Bernd Hontschik. URL: <http://www.fr-online.de/wissenschaft/diagnose-glueck-gehabt-,1472788,3085294.html>; Zugriff September 2013.
 8. Frankfurter Rundschau-online 17.01.2010: „Ärztetage-Chef: Heimliche Rationierung“. URL: <http://www.fr-online.de/politik/aerztetage-chef-heimliche-rationierung,1472596,3247652.html>; Zugriff September 2013.
 9. Frankfurter Rundschau-online 21.01.2010: „Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung: Die Dämme brechen Anfang April“. URL: <http://www.fr-online.de/politik/zusatzbeitrag-zur-krankenversicherung-die-daemme-brechen-anfang-april,1472596,3223786.html>; Zugriff September 2013.
 10. Süddeutsche.de 05.08.2009: „Wenig Vertrauen in Gesundheitspolitik“ von Johann Osel. URL: <http://www.sueddeutsche.de/politik/713/483162/text/print.html>; Zugriff September 2013.
 11. SWR 2009: Druckversion eines Interviews mit Georg Marckmann: „Was wir Patienten brauchen... Wer soll über eine gerechte Verteilung entscheiden?“ URL: <http://www.swr.de/wissen/mensch-alltag/gesundheitsystem-priorisierung/-/id=42823>; Zugriff Mai 2010.
 12. Welt-Online 09.05.2009: Wie Ärztetage-Chef Hoppe Krankheiten priorisieren will. URL: <http://www.welt.de/politik/article3706462/Wie-Aerztetage-Chef-Hoppe-Krankheiten-priorisieren-will.html>; Zugriff September 2013.

Anhang 1.7 *Liste der Experten für die Befragung während der Bürgerkonferenz*

Tabelle 26: Liste der Experten, die sich zur Befragung bereit erklärt hatten

Name*	Position zum Zeitpunkt der Bürgerkonferenz	Thema/Disziplin
von den Teilnehmern befragt:		
Prof. Dr. Silke Schicktanz	Professorin für Kultur und Ethik der Biomedizin am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen	Methode Bürgerkonferenz
Prof. Dr. Thorsten Meyer	Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck und Schweizer Paraplegiker Forschung, Guido A. Zäch-Institut, Nottwil (Schweiz).	Priorisierungspraxis und -theorie
Prof. Dr. Christoph Rehmann-Sutter	Professor für Theorie und Ethik in den Biowissenschaften am Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung, Universität zu Lübeck	Ethik
Prof. Dr. Jörg Carlsson	Deutscher Kardiologe aus Kalmar (Schweden), in Schweden am Prozess der Priorisierung beteiligt	Priorisierung in Schweden
Prof. Dr. Jens-Martin Träder	Praktizierender Allgemeinmediziner und Honorarprofessor für Allgemeinmedizin an der Universität zu Lübeck	Medizin
Prof. Dr. Dr. Eckard Nagel	Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität zu Bayreuth und Chefarzt und Leiter des Transplantationszentrums, Klinikum Augsburg	Status quo im aktuellen Gesundheitssystem
Prof. Dr. Claudia Landwehr	Institut für Politikwissenschaft, J.W. Goethe-Universität Frankfurt a.M.	Politikwissenschaft
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, Hochschule Neubrandenburg	(Sozial-)Recht
nicht von den Teilnehmern eingeladen:		
Dr. Dagmar Lüthmann	Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck	Evidenz und klinische Studien

* Alle Namen mit aktuellen Titeln (Mai 2014).

Anhang 1.8 *Priorisierungsspiel: Mikro-Ebene*

1

Priorisierung – (k)ein Kinderspiel?**Hüftgelenkerkrankungen und künstliches Hüftgelenk**

In vielen Ländern müssen Patienten mehr oder weniger lang auf einen Operationstermin für ein künstliches Hüftgelenk warten.

Stellen Sie sich eine orthopädische Krankenhausabteilung vor, die Wartezeiten vor einer Gelenkersatzoperation nicht vermeiden kann. Auf der Warteliste stehen die vier unten genauer beschriebenen Patienten. Sie warten alle seit acht bis 12 Wochen auf einen OP-Termin.

Überraschend sagt ein lange angemeldeter Patient seinen OP-Termin ab. Andere gesundheitliche Probleme hätten sich in den Vordergrund geschoben...

Welcher bzw. welche der vier PatientInnen sollte Ihrer Meinung nach zuerst nachrücken?

Alle vier leiden an erheblichen Hüftschmerzen links mehr als rechts; sie humpeln und bewegen sich nur noch begrenzt außerhalb ihrer Wohnung und werden gelegentlich nachts durch Schmerzen wach. Draußen können sie noch etwa 15 Minuten gehen, dann müssen sie – schmerzbedingt - eine längere Pause machen. Wenn der Orthopäde die Hüfte untersucht, geht das auch nicht schmerzlos ab. Die Röntgenbilder passen zu den Beschwerden der Patienten und den Untersuchungsbefunden der Ärzte. Kein Patient braucht eine besondere und besonders teure Hüftgelenkprothese. Für jeden Fall kann man mit großer Sicherheit von einem Erfolg des Gelenkersatzes ausgehen. Hierzu gibt es überzeugende wissenschaftliche Untersuchungen. Alle vier warten sehnsüchtig auf die Operation und haben eine schriftliche Einwilligungserklärung unterzeichnet.

2

Fall 1: Frau M. ist 55 Jahre. Seit 10 Jahren leidet sie an entzündlichem Gelenkrheuma. Trotz zahlreicher Medikamente hat diese Erkrankung nach den Händen und Fingern immer mehr Gelenke befallen. Frau M. musste ihren Beruf als Verkäuferin aufgeben und kümmert sich nun nach ihren Möglichkeiten um ihren Mann und ihren achtjährigen Enkel. Jetzt hat die Krankheit auch das linke Hüftgelenk stark angegriffen. Auch die rechte Seite ist (weniger schlimm) betroffen. Eine Operation auf der linken Seite wird helfen: sie ist mit einem gering erhöhten allgemeinen OP-Risiko verbunden und bedarf einer längeren Anschlussheilbehandlung (Reha) in einer Spezialklinik. Allerdings wird sie die anderen Gelenke nicht bessern; es bleibt bei erheblichen Schmerzen und Behinderungen und einer im Vergleich zu Gesunden verringerten Lebenserwartung (bedingt durch das Gelenkrheuma). Frau M. wird sich nach der OP freier und länger außerhalb ihrer Wohnung bewegen, einkaufen und am für sie wichtigen Rheumafunktionstraining teilnehmen können. An eine Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit ist nicht zu denken.

Fall 2: Herr B. ist 60; seine Hüftgelenkserkrankung geht auf eine rasch zunehmende Zerstörung des Gelenkkopfes zurück; im Hintergrund steht ein mehrjähriger Alkoholmissbrauch, den er weitgehend verbergen konnte. Jetzt ist er nach einer Entzugsbehandlung seit 12 Monaten „trocken“. Er ist als leitender Angestellter in einem mittelständischen Unternehmen tätig; er muss nicht viel herumlaufen, in letzter Zeit benutzt er im Betrieb häufiger einen Gehstock. Herr B. ist verheiratet und hat zwei noch schulpflichtige Kinder. Durch die OP wird er seine alter Beweglichkeit und Belastbarkeit fast wieder erreichen können. Ein überdurchschnittliches OP-Risiko ist nicht zu befürchten. Eine stationäre Nachbehandlung ist nach Meinung von Herrn B. unnötig; für so etwas habe er „keine Zeit“. Auch sein Orthopäde hält sie für verzichtbar.

Fall 3: Herr Z. ist 79. Er leidet an einem langsam aber sicher zunehmenden Verschleiß seines linken Hüftgelenks. Er hindert den langjährigen Rentner an der Ausübung seiner Hauptbeschäftigungen (Gärtnern, Tischlern und unentgeltlich für die Kirchengemeinde arbeiten) und trübt seine Lebensfreude erheblich. Die Hilfe seiner jüngeren Frau kann er bei zunehmender depressiver Verstimmung schlecht annehmen. Herr Z. ist außerdem herzkrank und hat mehrere behandlungsbedürftige Risikofaktoren (Übergewicht, Bluthochdruck, Zucker). Vor drei Jahren kam es zu einem ersten Herzinfarkt; seine weitere Lebenserwartung ist eingeschränkt. Insofern ist die OP bei ihm mit einem erhöhten Risiko verbunden; die von ihm und seinen Ärzten angestrebte Anschlussheilbehandlung böte mit einer längeren Nachsorge die Chance, auch die Risikofaktoren zu beeinflussen.

Fall 4: Frau D. ist 52; ihre Gelenkerkrankung ist Folge einer (angeborenen) geringen Belastbarkeit aller Gelenkknorpel. Jetzt ist zuerst das linke Hüftgelenk schlecht geworden. Sie hat erhebliche Schmerzen und kann sich nur noch schwer an ihrem Arbeitsplatz bewegen. Frau D. hängt sehr an ihrem Beruf als Medizinisch-Technische Assistentin in einem Großlabor; sie muss den ganzen Tag auf den Beinen sein. Sie ist alleinstehend. Die OP wird im Bereich der jetzt zuerst betroffenen Hüfte durchgreifend helfen; sie ist risikoarm und bedarf keiner längeren Nachbehandlung; eine ambulante Reha am Wohnort wäre ausreichend und kostengünstiger. Wann andere Gelenke operationsbedürftig werden, ist nicht abzusehen. Weitere Eingriffe sind aber in den nächsten 10 Jahren zu erwarten.

3

Welcher Patientin, welchem Patienten würden Sie als erster/m den freigewordenen OP-Platz anbieten wollen? Welcher/m als letzter/m?

Welche Merkmale der Personen, der Krankheiten und der für notwendig gehaltenen Behandlungen sind für Sie maßgebend? Vielleicht hilft eine schriftliche Auflistung?

Welche der vier Fälle sind für Sie besonders schwierig voneinander abzugrenzen, warum?

Brauchen Sie, um sicherer entscheiden zu können, weitere Informationen? Wenn ja, welche?

Würden Sie den ersten Fall anders einordnen, wenn die Patientin statt an einem chronischen Gelenkrheuma an einer bösartigen Erkrankung litte, die das Hüftgelenk befallen hat? Sie würde mit einer deutlich kürzeren Lebenserwartung einhergehen und eine deutlich teurere Hüftprothese und Operation erfordern.

Gibt es Merkmale der anderen Patienten, deren Veränderung zu einer ganz anderen Einordnung führen würde?

Oder gibt es eine ganz andere Lösung des Problems? Soll man losen oder die Patienten sich einigen lassen oder ?

Anhang 1.9 *Priorisierungsspiel: Meso-Ebene***Priorisierung – (k)ein Kinderspiel? 2****Priorisierung innerhalb der medizinischen Versorgung**

Stellen Sie sich vor, sie gehörten zur Regierung eines Landes. Die Gesundheitsversorgung in Ihrem Land ist schon ähnlich gut wie bei uns.

Aufgrund überraschend hoher Steuereinnahmen im letzten Jahr stehen Ihnen in diesem 100 Millionen Euro mehr für Ausgaben im Bereich der medizinischen Versorgung zur Verfügung. Nun können Sie zusammen mit anderen Regierungsmitgliedern, Politikern und Bürgervertretern vorschlagen, wofür das zusätzliche Geld eingesetzt werden sollte.

Es soll der weiteren Verbesserung der medizinischen Versorgung der verschiedenen Personengruppen dienen – im Kontext der Versorgung der gesamten Bevölkerung. Fachleute haben Ihnen fünf Vorschläge ausgearbeitet. Sie beziehen sich auf unterschiedliche medizinische Ziele (z. B. Vorbeugung, Verbesserung der Krankheitsfolgen oder Behandlung am Lebensende) und können sich unterschiedlich gut auf wissenschaftliche Untersuchungen stützen. Auch die Beschaffungs- und Folgekosten nicht immer klar...

Bitte beraten Sie zuerst in fünf Kleingruppen à zwei Personen je einen der Vorschläge. Tragen Sie dann „Ihren“ Vorschlag (A, B, C, D oder E) und Ihre Einschätzungen dem Rest der Gruppe vor.

Achten Sie bitte auf die in den Vorschlägen behandelten Kriterien. Welche sind Ihnen besonders wichtig? Wie spielen sie zusammen? Gibt es weitere Kriterien, die zu berücksichtigen wären?

Gibt es Informationen, die Ihnen in den kurzen Texten fehlen? Wenn ja, welche - warum?

In der Gesamtgruppe könnte man dann diskutieren, welchem Vorschlag man – aus welchen Gründen – den Vorzug geben wollte und welcher zuletzt zu berücksichtigen wäre.

Käme eine Bürgerbefragung in Betracht? Wer sollte die endgültige Entscheidung vorbereiten, wer sie treffen?

Vorschlag A: Programm zur Früherkennung von Prostatakrebs

Was soll gemacht werden?

Finanzierung eines Screening-Programms zur Früherkennung von Prostatakrebs. Bisher wird nur die Tastuntersuchung bezahlt. Für die Bestimmung des sog. PSA-Wertes (siehe unten) muss man als Gesunder selbst aufkommen.

Was ist Prostatakrebs?

Der Prostatakrebs ist ein bösartiger Tumor an der männlichen Vorsteherdrüse (Prostata). Je früher eine bereits bestehende Erkrankung erkannt wird, desto besser sind die Aussichten auf vollständige Heilung. Prostatakrebs verursacht erst im fortgeschrittenen Stadium Beschwerden.

Was ist „Screening“ auf erhöhtes PSA?

Für ein Screening (screen = Filter) würden alle Männer z.B. zwischen 50 und 69 zu einer PSA-Bestimmung eingeladen. PSA steht für Prostata-spezifisches-Antigen. Der Labortest aus dem Blut richtet sich auf ein von den Drüsenzellen gebildetes Eiweiß, das auf Tumoren hinweisen kann. Wenn man an Prostatakrebs erkrankt ist, ist dieser Wert meist erhöht.

Wer ist betroffen?

Männer! Der Prostatakrebs ist eines ihrer häufigen und schwerwiegenden Krankheiten. Pro Jahr wird sie bei uns bei über 63.000 Männern festgestellt (25 % aller männlichen Krebsfälle). Über 11.000 Männer versterben jedes Jahr an diesem Tumor (Anteil an allen Krebstodesfällen ca. 10 %). Das durchschnittliche Alter bei Diagnosestellung liegt bei 69 Jahren. Der Krebs wächst meist langsam. Lange nicht jeder Tumor ist oder wird lebensbedrohend. Etwa die Hälfte aller Prostatakarzinome würde zu Lebzeiten der Betroffenen nicht auffällig werden. Die Betroffenen sterben mit dem Krebs aber nicht an dem Krebs.

Was kann durch das Screening erreicht werden? Ist der Nutzen wissenschaftlich nachgewiesen?

Experten sind sich nicht einig, ob ein Screening-Programm sinnvoll ist. Dazu müssten der Test klare Ergebnisse bringen und die Frühtherapie wirksam sein. Findet sich im Blut eines Mannes ein erhöhter PSA-Wert, folgt in der Regel eine etwas unangenehme aber wenig riskante Punktion der Prostata mit einer Nadel. Dabei wird sich bei etwa einem Drittel der mit der Punktion untersuchten Männer unter dem Mikroskop ein Karzinom finden. Andersherum: man findet bei vielen Männern erhöhte PSA-Werte, obwohl sie keinen bösartigen Tumor haben. Es ist ungeklärt, in welchen Fällen man die Prostata vollständig (durch eine Operation oder Bestrahlung mit zahlreichen unerfreulichen Nebenwirkungen) entfernen muss oder die weitere Entwicklung abwarten kann. Daher neigen die meisten Urologen dazu zur Sicherheit die Behandlung durchzuführen. Nach zwei internationalen Studien zeichnet sich kein dramatischer Vorteil für dieses aktive Vorgehen ab. Unter günstigen Annahmen schätzt man, dass von ca. 1400 Männern, die sich den PSA-Wert bestimmen lassen, einem durch Früherkennung und Frühtherapie das Leben gerettet werden kann. Dagegen muss man die vielen halten, die keinen Nutzen haben, unnötig punktiert und unnötig operiert/bestrahlt werden.

Was kostet die Maßnahme?

Die Kosten für ein Programm zum Prostata-Screening können nicht genau bestimmt werden. Einen Anhaltspunkt gibt vielleicht ein Seitenblick auf das Brustkrebscreening für Frauen im Alter von 50 bis 69. Es kostet im Augenblick etwa 150 Millionen Euro jährlich und soll in der Endausbaustufe bei mehr als 70%iger Beteiligung der Frauen rund 400 Millionen kosten.

Vorschlag B: Die Finanzierung „biologischer“ Medikamente

Was soll gemacht werden?

Finanzierung neuartiger Medikamente, die gezielt in biologische Prozesse eingreifen – vor allem bei Tumor- und Entzündungserkrankungen.

Um welche Erkrankungen und Medikamente handelt es sich?

Solche Medikamente sind u. a. für den häufigen Darm- und den seltenen Nierenkrebs sowie für chronisches Gelenkrheuma und eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung (auch für eine schwere Augenerkrankung) entwickelt und genutzt worden. Die Medikamente sind kompliziert aufgebaut und beeinflussen zielgenau biologische Vorgänge in der Tumorentstehung bzw. der Unterhaltung chronischer Entzündungen. Ihre (gentechnische) Herstellung ist aufwendig.

Wer ist betroffen?

Die genannten Krankheiten sind schwerwiegend; sie gefährden ohne Behandlung das Leben oder die Selbständigkeit oder das Augenlicht der Betroffenen. Die bisher bekannten Behandlungsmethoden sind wirksam, lassen aber noch Wünsche offen. Die Zahl der möglichen Nutznießer der neuen Medikamente ist je nach Grundkrankheit unterschiedlich groß. Von den entzündlichen Erkrankungen sind weniger als 2 % der Bevölkerung betroffen. Die genannten Krebserkrankungen und weitere Karzinome betreffen größere Bevölkerungsgruppen.

Was kann durch die Medikamente erreicht werden?

Sie sind klar wirksamer als die bisher eingesetzten – bei ähnlich häufigen oder schweren Nebenwirkungen. Allerdings führen auch sie nicht zu Heilungen. Bei den bösartigen Erkrankungen verlängern sie das Leben um wenige Monate im Vergleich zur bisherigen Behandlung – bei besserer Lebensqualität; bei den entzündlichen Erkrankungen bessern sie die Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit, verlangsamen die Schädigung der Gelenke bzw. des Darms und scheinen das erhöhte Sterblichkeitsrisiko zu senken. Setzt man die Biologika ab, dann flammen die Entzündungen nach mehreren Wochen wieder auf.

Ist der Nutzen wissenschaftlich nachgewiesen?

Zu allen genannten Anwendungsgebieten liegen mehrere Studien sehr guter Qualität vor. In ihnen sind Patienten mit und ohne Biologika-Therapie verglichen worden. Die Zuteilung zu den beiden Gruppen erfolgte nach dem Zufallsprinzip („randomisierte klinische Studie“). Auch wenn man nicht ganz sicher sein kann, dass von der Industrie alle Studien vollständig veröffentlicht wurden: es gibt kaum Zweifel an Wirksamkeit und Nutzen der neuen Medikamente. Vermutlich ist der wahre Nutzen etwas geringer als behauptet.

Was kosten die Medikamente?

Die Behandlungskosten übersteigen 20.000 Euro pro Jahr. Will man (bei Rheuma) im Vergleich zur bisherigen Behandlung ein mehr Lebensjahr in guter Qualität gewinnen, dann muss man zusätzlich rund 30.000 Euro aufwenden.

Vorschlag C: Schonende Behandlung von Herzklappenfehler

Was soll gemacht werden?

Einführung einer neuen Methode zur schonenden (minimalinvasiven) Behandlung von Herzklappenfehlern

Was sind Herzklappenfehler?

Das Herz pumpt mit jedem Schlag Blut einerseits durch die Lungen und andererseits durch alle Organe, die Muskeln, Haut usw. Wie jede Pumpe ist auch das Herz mit seinen vier Kammern und zwei Ausflüssen darauf angewiesen, dass die dort vorhandenen Ventile (= Herzklappen) nicht zu eng und nicht undicht sind. Ein hoher Anteil der sog. Herzklappenfehler entsteht im Verlauf des Lebens; ihre Häufigkeit nimmt mit dem Alter zu. Herzklappenfehler beginnen stumm. Bis Beschwerden auftreten und behandlungspflichtig werden, können Jahre vergehen. Dann verursachen sie Atemnot, Erschöpfbarkeit, Herzrhythmusstörungen u.a.; unbehandelt führen sie zum vorzeitigen Tod. Früher konnte man Klappenfehler nur am offenen Herzen korrigieren; zur Operation war immer eine Herz-Lungen-Maschine notwendig. Behandlungen von Herzklappenfehlern waren damit aufwendige und bei älteren Patienten auch riskante Operationen.

Was ist eine „minimalinvasive“ Operation?

Heute kann man beschädigte Herzklappen (im Bereich des linken Herzens) durch künstliche ersetzen, ohne den Brustkorb weit zu eröffnen und Herz- und Lungenfunktion überbrücken zu müssen. Dies geschieht meist über einen Draht, der über eine Schlagader (von der Leiste aus) zum Herz geschoben wird. Er trägt die ganz eng zusammengerollte künstliche Klappe, die unter Röntgenkontrolle in die richtige Position gebracht wird. Dort setzt sie sich fest und entfaltet sich von selbst.

Wer ist von Herzklappenfehlern betroffen?

Klappenfehler auf der linken Seite betreffen vielleicht 5 % aller 75+-Jährigen. Die Herzklappenfehler sind daher ein häufiger Anlass für Operationen am offenen Herzen. Mit der neuen Technik kann alten und sehr kranken Patienten geholfen werden, die früher als nicht operierbar galten. Eingriffe bei 90-Jährigen sind nicht ganz selten.

Was kann durch die Maßnahme erreicht werden?

Die herkömmliche OP ist zwar sehr erfolgreich, aber auch aufwendig, belastend und (besonders für Senioren) riskant. Die neue Methode verzichtet auf die Öffnung des Brustkorbs; der Eingriff erfolgt am schlagenden Herzen. Der Patient kann früher aus dem Krankenhaus entlassen werden, es entstehen keine großen Narben. Und: mit ihr können Patienten, die früher gar nicht operiert werden konnten, heute behandelt werden.

Ist der Nutzen wissenschaftlich nachgewiesen?

Die unmittelbaren Vorzüge und Erfolge der neuen Methode sind schlagend. Man kann Patienten helfen, die früher ihrem Schicksal überlassen blieben. Die Methode hat aber auch (u.a. tödliche) Risiken. Dazu liegen noch keine belastbaren Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien vor. Über die Langzeithaltbarkeit der neuen Klappen weiß man noch zu wenig.

Was kostet die Maßnahme?

Ein großer Eingriff kostet etwa 15.000 Euro. Die Kosten der neuen Methode liegen überraschenderweise im gleichen Bereich. Das liegt an den noch sehr teuren Spezialklappen. Mit der zur Verfügung stehenden Summe könnten mehr herzchirurgische Abteilungen in die Lage versetzt werden, das neue Verfahren zu nutzen.

Vorschlag D: Frührehabilitation in Krankenhäusern

Was soll gemacht werden?

Investitionen in die flächendeckende Versorgung mit Einheiten zur Frührehabilitation in Krankenhäusern.

Was ist Frührehabilitation?

Rehabilitation zielt darauf, die Funktionsfähigkeit einer Person so gut wie möglich wiederherzustellen oder zu erhalten. Mit Funktionsfähigkeit ist all das gemeint, was dazu dient, den Alltag zu Hause, im Beruf und in der Freizeit zu bewältigen – unabhängig und selbstbestimmt. Lange Zeit wurde Reha für Krankenhauspatienten nur im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt. Mittlerweile gibt es gute Gründe dafür, Rehabilitation früh schon im Krankenhaus zu beginnen und eng mit der Akutbehandlung zu verbinden. Das erscheint zweckmäßig z.B. bei chronisch Rheuma-, Lungen- oder Herzkranken, die wegen einer akuten Verschlechterung stationär aufgenommen werden mussten.

Wer ist betroffen?

Der Bedarf von Frührehabilitation im Krankenhaus wird auf 3-5 von 100 stationären Patienten geschätzt. Viele dieser Kranken leiden an mehr als einer Krankheit. Ein Patient mit Schlaganfall hat oft noch einen Bluthochdruck und eine Zuckerkrankheit und evtl. noch Gedächtnis- und Hüftgelenksprobleme. Solche Patienten sollten möglichst sofort nach dem Ereignis mit der Frührehabilitation beginnen. Dies gilt auch für alte (geriatrische) Patienten. Auch hier ist eine räumliche und zeitliche Trennung von Akutbehandlung und Reha unsinnig.

Was kann durch die Frührehabilitation erreicht werden?

Bei den genannten Erkrankungen bzw. Kranken kann Frühreha den Erfolg der Akutbehandlung aufnehmen, sichern und erweitern, z.B. durch Krankengymnastik, Sprachtherapie, psychologische Verfahren, Schulung. Im Krankenhaus ist die Bewegung der Patienten häufig sehr eingeschränkt. Dadurch können sich viele für den Alltag wichtige Funktionen unnötig verschlechtern. Frührehabilitation hilft, diese Funktionen aufrecht zu erhalten oder zu verbessern. Sie kann auch Komplikationen im Behandlungsverlauf vermeiden, wie z.B. Lungenentzündungen, die Bildung von Blutgerinnseln oder Druckgeschwüren.

Ist der Nutzen wissenschaftlich nachgewiesen?

Für Schlaganfallpatienten und in der Geriatrie (=Altersmedizin) ist es gut belegt, dass mit Frührehabilitation bessere Behandlungsergebnisse und Alltagsfunktionen erreicht werden können. Bisher sind Abteilungen zur Frührehabilitation an Akutkrankenhäusern selten, mit deutlichen regionalen Unterschieden.

Was kostet die Frührehabilitation?

Für die direkten Kosten der Frührehabilitation liegen keine belastbaren Angaben vor. Notwendig ist auf jeden Fall ein Team aus Vertretern verschiedener Gesundheitsberufe (Fachärzte für Rehabilitationsmedizin, Krankengymnasten, Ergotherapeuten (= Therapeuten für Alltagsfunktionen), Sprachtherapeuten, Ernährungsfachleute, Pflegekräfte, Psychologen). Sie brauchen eigene Behandlungsräume und Behandlungsmittel. Das erfordert zuerst Investitionen, dann laufende Aufwendungen. Wir schätzen, dass sich mit den o. g. Mitteln wenigstens 100 neue Abteilungen für Frühreha auf den Weg bringen lassen. Dies sollte bisher unterversorgten Regionen zu Gute kommen.

Vorschlag E: Bau von Hospizen

Was soll gemacht werden?

Aufbau von zusätzlichen Hospizen zur Versorgung unheilbar schwer erkrankter und sterbender Patienten.

Was ist ein Hospiz?

Ursprünglich sollte ein Hospiz eine „Herberge“ für sterbensranke Menschen und ihre Angehörigen sein. Heute deckt der Begriff "Hospiz" ein umfassenderes Konzept: Sterbensranke Menschen sollen, wenn Sie es wünschen, in ihrer letzten Lebensphase daheim bleiben und auch dort medizinisch-pflegerisch versorgt werden können. Neben besonderen Einrichtungen (eigenes Gebäude, eigene Krankenstation) braucht man also auch ambulante Dienste. Immer geht es um eine umfassende, schonende und respektvolle Betreuung mit dem Ziel die letzte Lebensphase zu erleichtern und dem Betroffenen Selbstbestimmung zu ermöglichen. Dabei sollen auch die Angehörigen einbezogen werden. Die Behandlung der Krankheitssymptome (z.B. Schmerz, Atemnot, Unruhe) tritt im Hospiz in den Vordergrund, die der Krankheit selbst in den Hintergrund.

Wer ist betroffen?

Jährlich sterben in Deutschland insgesamt rund 800.000 Menschen. 95 Prozent der Bevölkerung äußern den Wunsch, zu Hause sterben zu können – tatsächlich sterben aber rund 70 Prozent in Krankenhäusern oder Pflegeheimen. Dies legt es nahe, neben stationären Einrichtungen, wo die Patienten ihre letzte Lebensphase verbringen können, auch ambulante Hospizdienste aufzubauen. Diese können den Patienten zu Hause versorgen und betreuen.

Was kann durch zusätzliche Hospize erreicht werden?

Bislang gibt es in Deutschland etwa 160 stationäre Hospize mit im Mittel 10 Betten. Zusätzlich stehen 1 500 ambulante Hospizdienste zur Verfügung. Die Anzahl der Menschen, die fachlich ausgewiesene Hospiz-Dienste in Anspruch nehmen möchten, ist deutlich höher als die Zahl der verfügbaren Plätze. Zudem befinden sich die meisten Einrichtungen in Ballungsräumen, z.B. Großstädten. Zusätzliche Hospize und ambulante Dienste könnten die Versorgungssituation in ländlicheren Gebieten verbessern.

Ist der Nutzen wissenschaftlich nachgewiesen?

Im strengen Sinne nicht, wir kennen keine vergleichende Studie mit einer Zufallszuteilung schwerkranker Patienten zu einem Hospiz oder zur üblichen Behandlung im Krankenhaus. Für Hospize sprechen aber die Erfahrungen der Palliativmedizin, die Wünsche der Kranken und ihrer Angehörigen und ethische Gesichtspunkte. Ökonomisch kann man mit Hospizen (außer Arbeitsplätzen) nichts gewinnen.

Was kosten Hospize?

Die Kosten für den Bau und Unterhalt eines Hospizes lassen sich nur schwer abschätzen. Sie ergeben sich im Wesentlichen aus ihrer Größe und Ausstattung. Ein Hospiz mit 10 Plätzen und Gemeinschafts- und Behandlungsräumen, Gästezimmern für Angehörige, Bibliothek usw. würde in etwa 2,5 Millionen Euro kosten. Zehn Prozent der Bau-Kosten fallen jährlich für den laufenden Betrieb einer solchen Einrichtung an (also ca. 250.000 Euro). Der Unterhalt eines ambulanten Dienstes ist sicher weniger aufwendig.

Anhang 2 **DATENERHEBUNG UND -AUSWERTUNG**Anhang 2.1 ***Dauer und Bezeichnung der Tonbandtranskripte***

Aufgrund des unterschiedlich großen Umfangs an Plenumsarbeit an den einzelnen Konferenztagen und durch die beschriebenen technischen Probleme ergaben sich die in Tabelle 27 dargestellten Tonbandlängen.

Tabelle 27: Dauer der Tonbänder der einzelnen Konferenztage

Bezeichnung für Ergebnisdarstellung	Konferenztag	Dauer des Tonbands: HH:MM:SS
BüKo 1. WE, Fr.	Freitag, 07.05.2010	03:50:24
BüKo 1. WE, Sa.	Samstag, 08.05.2010	04:41:17
BüKo 2. WE, Fr.	Freitag, 28.05.2010	04:00:20
BüKo 2. WE, Sa.	Samstag, 29.05.2010	06:07:10
BüKo 3. WE, Fr.	Freitag, 18.06.2010	03:48:53
BüKo 3. WE, Sa.	Samstag, 19.06.2010	06:04:57
BüKo 4. WE, Fr.	Freitag, 02.07.2010	01:41:11
BüKo 4. WE, Sa.	Samstag, 03.07.2010	02:44:21
BüKo 4. WE, So.	Sonntag, 04.07.2010	04:47:00
	Gesamt	37:42:33

Anhang 2.2 ***Transkriptionsregeln***

Die Transkription soll einfach und ökonomisch sein. Es geht bei unserer Analyse nicht um die letzten „feinsprachlichen“ Differenzen und der Text sollte auch einigermaßen lesbar sein. Es kommt also nicht sklavisch auf jede kleine Betonung und jedes „hmmm“ an, vermerkt werden sollte dies aber jeweils an Stellen, wo es wichtig und auffällig ist, lange Pausen oder Unsicherheiten widerspiegelt etc..

Hier die Grundlagen unserer Transkriptionsweise:

1. Bei Sprecherwechsel bitte eine Leerzeile einfügen
2. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Auch wiederholte und abgebrochene Wörter werden transkribiert Dialekt wird in der Verschriftung möglichst ins Schriftdeutsche übersetzt, z.B. „ist“ statt „is“, „wenig“ statt „wenich“

Beispiel: Wir wollen gerne mit Ihnen heute darüber sprechen / ähm / ja welche Betreuungsangebote, Behandlungsangebote Sie überhaupt kriegen, medizinische, pflegerische, auch vielleicht im Alltag / ähm / Sie bekommen

3. Besonders aussagekräftige Dialektausdrücke, die evtl. auch schwer zu übersetzen sind, werden mit aufgenommen

z. B. „das war so ein richtiger Dösbaddel“

4. Die Satzzeichensetzung entspricht weitestgehend rhetorischen Gesichtspunkten und dient vorwiegend dazu, den Text zu strukturieren und lesbar zu machen. Der grammatische Verwendungszweck ist dem untergeordnet.

5. Werden Stimmveränderungen wahrgenommen, z.B. beim Simulieren und Nachspielen fremder Positionen oder eigener Gedanken, werden diese in Anführungszeichen gesetzt und in den dahinter stehenden Klammern kommentiert, z.B. „So geht das nicht.“ (imitiert Stimmlage des Ehemannes)
6. Deutliche, längere Pausen (mehr als 3 Sekunden) werden durch Auslassungspunkte ... und die ungefähre Länge der Pause in Klammern (5. Sek.) markiert.
7. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichung gekennzeichnet.
8. Zustimmungende oder bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
9. Lautäußerungen der sprechenden Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa lachen oder seufzen), werden in Klammern notiert.
10. Nicht Verstandenes oder schwer verständliche Äußerungen werden in Klammern gesetzt und mit einem Fragezeichen gekennzeichnet
z. B.: „die sollte man alle mal ins Arbeitslager stecken, (mal sehen ?) wie schnell die wieder gesund werden“
„die haben eine Urlaubsfahrt nach (? unverständlich) gemacht“
11. Wenn ganze Textpassagen oder Sätze unverständlich sind, bitte in Klammern angeben, wie lang der nicht verständliche Text ungefähr ist.
z.B.: „Später haben die alle so um mich herum gestanden und (? Zwei Wörter unverständlich).“
„Man sollte nicht so viel über die Priorisierung sprechen! Viel besser (? Satz unverständlich).“
„Und dann haben die mir da gesagt dass sie mich nicht behandeln können. (? Passage unverständlich)“
12. Alle Angaben, die den Rückschluss auf eine befragte Person (Namen, Arbeitgeber, erlauben und Orte werden nicht anonymisiert.

Bedeutung der Zeichen

/äh/ /ähm/ = Planungspausen

(Ereignis) nicht-sprachliche Handlungen, z.B. (Schweigen)(zeigt auf ein Bild) (zustimmendes Gemurmel)

(lachend) Begleiterscheinungen des Sprechens

unterstrichen = auffällige Betonung, auch Lautstärke: sicher

gedehnt = auffälliges Dehnen eines Wortes: s i c h e r

[unterbricht] = Äußerung eines zweiten Sprechers, die den Redefluss des vorhergehenden beendet oder unterbricht

[gleichzeitig] = Äußerung eines zweiten Sprechers, die den Redefluss des ersten nicht unterbricht

Anhang 2.3 *Liste der Pseudonyme der Teilnehmer mit Eigenschaften laut Stratifizierung*

Tabelle 28: Eigenschaften der Teilnehmer der Lübecker Bürgerkonferenz

Pseudonym/ID	Gruppe lt. Tabelle 14	Eigenschaften im Hinblick auf die oben beschriebenen Stratifizierungskriterien
TN 1	10	Alter ≤ 54 Jahre, Nähe zum Gesundheitswesen, Realschulabschluss, weiblich
TN 2	24	Alter ≥ 55 Jahre, Nähe zum Gesundheitswesen, Abitur, weiblich
TN 3 (nach 1. Wochenende ausgeschieden)	14	Alter ≥ 55 Jahre, Nähe zum Gesundheitswesen, Hauptschulabschluss, männlich
TN 4	14	Alter ≥ 55 Jahre, Nähe zum Gesundheitswesen, Hauptschulabschluss, männlich
TN 5	6	Alter ≤ 54 Jahre, Nähe zum Gesundheitswesen, Abitur, männlich
TN 6	18	Alter ≥ 55 Jahre, Nähe zum Gesundheitswesen, Abitur, männlich
TN 7	20	Alter ≥ 55 Jahre, Nähe zum Gesundheitswesen, Hauptschulabschluss, weiblich
TN 8	10	Alter ≤ 54 Jahre, Nähe zum Gesundheitswesen, Realschulabschluss, weiblich
TN 9	10	Alter ≤ 54 Jahre, Nähe zum Gesundheitswesen, Realschulabschluss, weiblich
TN 10	18	Alter ≥ 55 Jahre, Nähe zum Gesundheitswesen, Abitur, männlich
TN 11	5	Alter ≤ 54 Jahre, keine Nähe zum Gesundheitswesen, Abitur, männlich
TN 12	15	Alter ≥ 55 Jahre, keine Nähe zum Gesundheitswesen, Realschulabschluss, männlich
TN 13 (zum 4. Wochenende nicht erschienen)	3	Alter ≤ 54 Jahre, keine Nähe zum Gesundheitswesen, Realschulabschluss, männlich
TN 14	12	Alter ≤ 54 Jahre, Nähe zum Gesundheitswesen, Abitur, weiblich
TN 15	21	Alter ≥ 55 Jahre, keine Nähe zum Gesundheitswesen, Realschulabschluss, weiblich
TN 16	13	Alter ≥ 55 Jahre, keine Nähe zum Gesundheitswesen, Hauptschulabschluss, männlich
TN 17	15	Alter ≥ 55 Jahre, keine Nähe zum Gesundheitswesen, Realschulabschluss, männlich
TN 18	3	Alter ≤ 54 Jahre, keine Nähe zum Gesundheitswesen, Realschulabschluss, männlich
TN 19	4	Alter ≤ 54 Jahre, Nähe zum Gesundheitswesen, Realschulabschluss, männlich
TN 20	6	Alter ≤ 54 Jahre, Nähe zum Gesundheitswesen, Abitur, männlich

Anhang 2.4 *Liste und Daten der Teilnehmerinterviews*

Tabelle 29: Liste der Interviews vor und nach der Bürgerkonferenz

Interviewpartner	Interview Prä		Interview Post	
	Datum	Dauer	Datum	Dauer
TN 4			05.12.2011	00:44:56
TN 5	04.05.2010	00:23:01	24.02.2011	00:26:33
TN 6	03.05.2010	00:33:57	23.03.2011	00:37:50
TN 7	03.05.2010	00:30:50	24.02.2011	01:00:37
TN 8	05.05.2010	00:24:30	24.05.2011	00:49:19
TN 9			14.06.2011	00:35:44
TN 10	05.05.2010	00:17:58	13.03.2011	00:46:19
TN 12			30.11.2011	00:39:59
TN 14	03.05.2010	00:19:42	23.02.2011	00:40:12
TN 15			13.12.2011	00:43:36
TN 17	30.04.2010	01:00:25	23.02.2011	01:23:58
TN 18	04.05.2010	00:27:16	09.05.2011	00:45:33
TN 20			13.02.2011	01:16:46
Gesamt	N = 8	03:57:39	N = 13	11:25:22

Anhang 2.5 *Leitfaden: Interviews vor der Bürgerkonferenz*

Leitfaden für Interviews mit einigen Teilnehmern im Vorfeld der Bürgerkonferenz zu folgenden Themenbereichen:

- Die Bürgerkonferenz wird uns alle viel Zeit kosten und auch bestimmt recht anstrengend. Was **reizt Sie an dem Thema** und an der Teilnahme?
 - gibt es einen persönlichen Bezug zur Thematik?
 - Sind Sie schon einmal persönlich oder mittelbar mit „Priorisierung“ in Kontakt gekommen? Haben Sie z.B. schon einmal gemerkt, dass etwas knapp war?
- Welchen Informations-/Wissensstand haben die Teilnehmer unmittelbar vor der Konferenz
 - Haben Sie sich **selbstständig** über das Thema „Priorisierung in der medizinischen“ Versorgung **informiert**? Wenn ja, wo?
 - Was verbinden Sie mit dem Thema? Was verstehen Sie darunter?
 - Was wird Ihrer Ansicht nach auf der Bürgerkonferenz diskutiert?
- Wie könnte Ihrer Meinung nach Priorisierung in Deutschland aussehen?
 - Was sind **mögliche Kriterien** der Priorisierung aus Ihrer Sicht?
 - **Wer soll** über Prioritäten im Gesundheitswesen **entscheiden**?
- **Wozu ist Priorisierung gut?**
- Was sagt das **Umfeld**?
 - haben Sie in Ihrem Umfeld von der Teilnahme erzählt?
 - Wie haben die Leute reagiert?
 - Tauschen Sie sich inhaltlich aus?
- Die Bürgerkonferenz als Methode der Bürgerbeteiligung
 - Was wissen Sie über die Methode der Bürgerkonferenz?
 - Welche Wirkung/Welchen Einfluss kann eine solche Bürgerkonferenz haben?
 - Wer kann davon profitieren und wie?
 - Ist die Bürgerkonferenz Ihrer Ansicht nach sinnvoll? Warum/Warum nicht?
- Welche **persönlichen Erwartungen** bestehen hinsichtlich des Verlaufs und der Ergebnisse der Konferenz?
 - Was erwarten Sie sich selbst von der Teilnahme?
 - Was ist ein mögliches Ergebnis der Konferenz (inhaltlich)?
- **Einstellung zu unterschiedlichen Priorisierungskriterien**
 - In der Befragung haben wir unterschiedliche Kriterien der Priorisierung genannt und Sie gebeten, dazu Stellung zu beziehen. Ich lese Ihnen nun noch einmal alle Kriterien vor. Bitte sagen Sie mir, ob es Ihnen sinnvoll erscheint, danach zu priorisieren und welchen Stellenwert das Kriterium jeweils haben sollte.
 - Schwere der Erkrankung
 - Wissenschaftlicher Nachweis
 - Größe des Nutzens
 - Kosten-Nutzen-Verhältnis
 - Lebensstil
 - Verantwortung für die Familie
 - Gesellschaftliche Verantwortung
 - Bevorzugte Behandlung von Kindern
 - Alter erwachsener Patienten
 - Unterschiedliche Formen von Nutzen

Anhang 2.6 *Leitfaden: Interviews nach der Bürgerkonferenz*

Einführung / Narrative Elemente	Die Bürgerkonferenz liegt bereits einige Zeit hinter uns. Wenn Sie sich noch einmal daran zurück erinnern: <ul style="list-style-type: none"> • Wie haben Sie persönlich die Bürgerkonferenz erlebt? • Was ist Ihnen besonders im Gedächtnis geblieben? Was wirkt noch nach? • Würden Sie die Bürgerkonferenz insgesamt als Erfolg werten? (politisch/persönlich) → Fazit? • Was bedeutet Erfolg? • Was waren besonders positive Dinge/was besondere Schwierigkeiten?
Bürgerrolle	Zunächst etwas genauer zu Ihrer eigenen Person und den anderen Teilnehmern
Beweggründe für Teilnahme	<ul style="list-style-type: none"> • Warum haben Sie an der Büko teilgenommen? Was waren Ihre persönlichen Ziele? Haben Sie diese erreicht? • Können Sie sich vorstellen, aus welchen Gründen andere nicht zur Teilnahme bereit waren?
bürgerschaftliche Kompetenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Das Wort des Jahres 2010 war „Wutbürger“. Damit sind insbesondere die Menschen gemeint, die sich an den Protesten gegen Stuttgart 21 beteiligt haben. Haben Sie sich während der Bürgerkonferenz auch als „Wutbürger“ gefühlt? • Was unterscheidet denn die Teilnehmer der Bürgerkonferenz von „Wutbürgern“? • Welche Eigenschaften waren aus Ihrer Sicht besonders wichtig für das Gelingen der Bürgerkonferenz?
Bürgerbeteiligung allgemein	Es wird in letzter Zeit ja in vielen Bereichen zunehmend über Bürgerbeteiligung gesprochen
Bedeutung und Begründung	<ul style="list-style-type: none"> • Was halten Sie generell davon, dass Bürger an politischen u. gesellschaftlichen Prozessen beteiligt werden? • Warum sollte man Bürger an politischen Entscheidungen beteiligen? • Welche Auswirkungen kann Bürgerbeteiligung Ihrer Ansicht nach haben? • In welchen Bereichen ist sie vielleicht besonders wichtig oder sinnvoll? • Auf welche Art sollte man Bürger beteiligen?
Auswirkungen der Bürgerkonferenz:	Nun würde ich gerne noch einmal etwas genauer auf einige Auswirkungen zu sprechen kommen, die die Bürgerkonferenz unter Umständen hatte. (auch wenn das ggf. eine Wiederholung ist)
Änderung der Rolle / Sozialisationsfunktion	Zunächst würde ich gerne noch einmal von Ihnen wissen, wie sich die Teilnahme für Sie persönlich ausgewirkt hat. <ul style="list-style-type: none"> • Welche persönlichen Auswirkungen/Folgen der Konferenz haben Sie selbst festgestellt?
bürgerschaftliche Kompetenzen	<ul style="list-style-type: none"> • Hat sich für Sie persönlich die Teilnahme gelohnt? Falls ja: Inwiefern? • Was hat dafür den Ausschlag für Ihre Bewertung gegeben?
Besondere Schwierigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Aspekte fanden Sie herausfordernd/schwierig? (Inhalt, fremde Leute, Zeitaufwand, Moderation, Organisatoren) • Wie war das für Sie persönlich, sich mit der Priorisierungsthematik zu beschäftigen?
Politische Ziele	Solche Bürgerbeteiligungsverfahren sollen ja möglichst auch politisch wirken. <ul style="list-style-type: none"> • Was könnten politische Ziele der Bürgerkonferenz gewesen sein? • Inwieweit sind diese erreicht worden?
Ergänzung Expertensicht	Häufig werden ja an politischen Prozessen auch Experten beteiligt, z.B. als Berater. <ul style="list-style-type: none"> • Welchen zusätzlichen Beitrag können Bürger leisten? • Welchen Beitrag hat aus Ihrer Sicht die Lübecker BüKo geleistet?
Legitimationsfunktion	<ul style="list-style-type: none"> • Wie glauben Sie, hat sich die Bürgerkonferenz auf die Debatten im Gesundheitswesen insgesamt ausgewirkt?

	<ul style="list-style-type: none"> • Gab es politischen Einfluss?
Vermeidung, warum?	<p>Die Politik vermeidet ja immer noch eine Debatte, aber so langsam kommt etwas in Schwung.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was glauben Sie, warum wird die Debatte in der Öffentlichkeit / von Politik und Kostenträger nicht schon länger geführt
Priorisierungsdebatte	<p>Wie ist denn Ihre persönliche Ansicht dazu?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was halten Sie generell von der Debatte um Priorisierung in der medizinischen Versorgung? • Wie hat sich in Ihrer Ansicht dazu durch die Konferenz etwas verändert?
Kontakt im Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> • Unterhalten Sie sich in ihrem Umfeld über die Bürgerkonferenz oder ihre Inhalte? • Wie reagieren Personen in Ihrem Umfeld darauf?
Sozialisationsfunktion: Inhaltlich	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn Sie jemanden in Ihrem Umfeld von der Konferenz erzählen, wie erklären Sie dann Priorisierung?
Grundwerte/ Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Was halten Sie von der Auflistung der Grundwerte und Kriterien im Votum? Finden Sie sich da wieder? Möchten Sie etwas ergänzen?
Wichtigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Aspekte sind Ihnen dabei besonders wichtig?
FAZIT	Gibt es noch Aspekte, die Ihnen wichtig waren und die Sie gerne loswerden möchten? Was war vielleicht auch kritisch zu bewerten?

Anhang 2.7 ***Presse- und Medienspiegel zur Bürgerkonferenz***

09.07.2010	Ärztzeitung	„Was ist Priorisierung und wie könnte sie umgesetzt werden? Bürger üben den Ernstfall“	„Was ist Priorisierung und wie könnte sie umgesetzt werden? Bürger üben den Ernstfall“	Bericht nach Vorstellung des Votums auf Pressekonferenz (auch Inhalte)		Fachzeitschrift
09.07.2010	Ärztzeitung; Online-Kommentar	„Bürger sind klüger, als Politiker denken“	„Bürger sind klüger, als Politiker denken“	Kommentar zum Beitrag am gleichen Tag		Fachzeitschrift
13.07.2010	Homepage der Bertelsmann Stiftung; Rubrik: Vitalizing Democracy	Nominierung der Lübecker Bürgerkonferenz für den „Reinhard Mohn Prize 2011“	Nominierung der Lübecker Bürgerkonferenz für den „Reinhard Mohn Prize 2011“	Nominierung und Projektbeschreibung		Online, überregional
30.07.2010	Online-Portal „www.aktive-buergerschaft.de“	„Schleswig-Holstein: Lübecker Bürgerkonferenz zum Gesundheitswesen“	„Schleswig-Holstein: Lübecker Bürgerkonferenz zum Gesundheitswesen“	kurze Ankündigung und Verlinkung auf der Homepage		Online, überregional
Aug. 2010	Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt	Titelthema: „Lübeck leistet Pionierarbeit: Priorisierung ist für die Bürger kein Tabu“	Titelthema: „Lübeck leistet Pionierarbeit: Priorisierung ist für die Bürger kein Tabu“	Bericht nach Vorstellung des Votums auf Pressekonferenz (auch Inhalte)		Fachzeitschrift
03.08.2010	Onlineauftritt des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Bayern und Niederbayern	„Mehr Bürgerbeteiligung wagen: Lübecker Bürgerkonferenz zum Gesundheitswesen“	„Mehr Bürgerbeteiligung wagen: Lübecker Bürgerkonferenz zum Gesundheitswesen“	kurze Ankündigung und Verlinkung auf der Homepage		Online, überregional
19.08.2010	HTA-Newsletter – Evaluation medizinischer Intervention	„Was ist den Bürgern wichtig? Erste Bürgerkonferenz zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung“	„Was ist den Bürgern wichtig? Erste Bürgerkonferenz zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung“	kurzer Bericht über BüKo	Text: Stumpf	Veröffentlichung einer Institution
29.08.2010	Onlineauftritt des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin	Lübecker Bürgerkonferenz zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung	Lübecker Bürgerkonferenz zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung	kurze Notiz und Link zum Bürgervotum		Online, überregional
25.10.2010	FAZ	„Präimplantationsdiagnostik – Die Qual der Wahl“	„Präimplantationsdiagnostik – Die Qual der Wahl“	als positives Beispiel für Bürgerbeteiligung am Rande erwähnt		überregionale Zeitungen
04.11.2010	Deutsche Apotheker Zeitung	„Votum zur Priorisierung kann von Bürgern kommen“	„Votum zur Priorisierung kann von Bürgern kommen“	Bericht über wiss. Symposium im Okt. 2010		Fachzeitschrift
27.11.2010	Lübeckische Blätter	„Votum der Lübecker Bürgerkonferenz“	„Votum der Lübecker Bürgerkonferenz“	Bericht nach Vorstellung des Votums auf Pressekonferenz		Regionale Zeitungen
Dez. 2010	Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt	„Verdienstvolle Bürgerkonferenz aber auch Risiken in der Debatte“	„Verdienstvolle Bürgerkonferenz aber auch Risiken in der Debatte“	Bericht über wiss. Symposium im Okt. 2010		Fachzeitschriften

Dez. 2010	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie	„Priorisierung und Psychotherapie – was ist zu beachten?“	als positives Beispiel für Bürgerbeteiligung zur Priorisierung beschrieben		Veröffentlichung einer Institution
Dez. 2010	Bertelsmann-Stiftung Health Policy Monitor	Bottom-up priority setting: The Lübeck project	Beschreibung des Projekts, Link zum Bürgervotum		Veröffentlichung einer Institution
16.12.2010	Zahnärztliche Mitteilungen	„Priorisierung: Im Bann schwerer Entscheidungen“	als positives Beispiel für Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen erwähnt		Fachzeitschrift
20.01.2011	DIE ZEIT	„Falsche Solidarität? Die Bürger müssen diskutieren, wofür ihre Krankenkassenbeiträge ausgegeben werden sollen – sonst entscheiden Politik und Pharmabranche“	als positives Beispiel für Bürgerbeteiligung am Rande erwähnt		überregionale Zeitungen
18.02.2011	Deutsches Ärzteblatt	„Über Priorisierung sprechen – insbesondere mit den Betroffenen“	Bericht über BüKo und Präsentation der Ergebnisse und Inhalte	Text: Stumpf, Raspe	Fachzeitschrift
29.04.2011	ÖkoTest	„Gesetzliche Krankenkasse. Der verkaufte Patient“	als positives Beispiel für Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen erwähnt	Zitat aus Interview mit Raspe	Fachzeitschrift
25.08.2011	Ärzte Zeitung	„Der steinige Weg zur Priorisierung“	BüKo als eine Quelle für normative Grundlage der Priorisierung genannt		Fachzeitschrift
Mai 2011	Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt	„Ich würde alles noch einmal genau so machen“ – Interview mit dem scheidenden Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Jörg Dietrich Hoppe	als positives Beispiel für Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen erwähnt		Fachzeitschrift
Mai 2011	Newsletter „Gerechte Gesundheit“	„Priorisierungsdebatte reloaded. Über die Schwierigkeit, eine Rangfolge zu erstellen“	als positives Beispiel für Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen erwähnt	Beitrag über Vortrag von Raspe	Veröffentlichung einer Institution
Aug. 2011	Forschung & Lehre	Vorbild? Über die Priorisierungsdiskussion in Schweden und was wir von ihr lernen können	als positives Beispiel für Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen erwähnt	Text: Stumpf, Meyer, Raspe	Fachzeitschrift
Okt. 2011	Frankfurter Forum: Diskurse	„Priorisierung, Rationierung – Lösungssätze: Priorisierung medizinischer Leistungen“	als positives Beispiel für Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen erwähnt	Abdruck eines Vortrags von	Fachzeitschrift

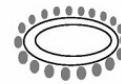
08.10.2011	Österreichisches Gesundheitswesen	gen in Schweden: Was können wir lernen? „Was Priorisierung kann: Die Diskussion wird nicht geführt“	rungsfragen beschrieben als positives Beispiel für Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen beschrieben	Raspe Interview mit Raspe	Fachzeitschrift
Nov. 2011	Rheinisches Zahnärzteblatt	„Der steinige Weg zur Priorisierung“ (Nachdruck aus Ärztezeitung vom 25.08.2011)	BüKo als eine Quelle für normative Grundlage der Priorisierung genannt		Fachzeitschrift
April 2012	Fachzeitschrift: Die Rehabilitation	„Allgemeine Risiken und Chancen der Priorisierung“	als positives Beispiel für Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen erwähnt		Fachzeitschrift
01.07.2012	Ethik-Komitee der Kath. St.-Johannes-Gesellschaft	„Ethische Orientierungshilfe zum Thema Priorisierung“	als positives Beispiel für Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen erwähnt		Veröffentlichung einer Institution
2012	Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit, Schleswig-Holstein. Jahrbuch 2011/2012	Beitrag: „Ergebnisse der Versorgungsformung münden in Strategempfehlungen: Forschen, entwickeln, beraten“	als positives Beispiel für Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen erwähnt	Koautor: Raspe	Veröffentlichung einer Institution
30.04.2013	österreichisches Onlineportal MedOnline	„Bürgerkonferenzen als Lösung?“	als positives Beispiel für die Methode der Bürgerkonferenz beschrieben	Beitrag über Vortrag von Stumpf	online, überregional
Sep. 2013	niedersächsisches Ärzteblatt	„Offen über Priorisierung sprechen. Vortragsabend diskutiert die Rolle von Bürgern, Gesundheitsberufen und der Legislative“	als positives Beispiel für Bürgerbeteiligung zu Priorisierungsfragen erwähnt	Beitrag über Vortrag von Stumpf	Fachzeitschrift

Anhang 2.8 ***Programm des wissenschaftlichen Symposiums zur
Bürgerkonferenz***

Hintergrund	Programm	Referenten
In unserem Gesundheitssystem verstärkt sich das Ungleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgabenerfordernissen, z. B. durch die bekannte demographische Entwicklung und die Expansion eines kostenintensiven medizinischen Fortschritts. Nicht alles Machbare kann auch geleistet werden. Mehr und mehr stellt sich daher die grundsätzliche Frage: Was soll in der Medizin Priorität haben?	8.30 – 9.25 Registrierung 9.30 – 9.40 Einführung	Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe Institut für Sozialmedizin Universität zu Lübeck
In Deutschland wird eine öffentliche Diskussion um genau diese Prioritätensetzung gescheut, auch weil sie mit Rationierung verwechselt wird. Bisher ist kaum bekannt, welche Vorstellungen die Öffentlichkeit zu dieser Fragestellung hat – aber gerade ihr kommt in dieser Diskussion eine besondere Bedeutung zu. Eine öffentliche Debatte zum gerechten Umgang mit begrenzten Ressourcen kann von den Perspektiven der Bürger profitieren und die Akzeptanz bzw. Legitimation von wichtigen politischen Entscheidungen fördern.	Die Bürgersicht 9.40 – 10.20 Bürgerkonferenz als deliberatives Verfahren 10.20 – 10.35 Ergebnisse des Lübecker Bevölkerungssurveys	SprecherIn der Lübecker Bürgerkonferenz Lübeck
Vor diesem Hintergrund fand im Frühjahr 2010 in der Hansestadt Lübeck eine Bürgerkonferenz zum Thema Priorisierung in der Medizin statt. Ihr Resultat ist ein Bürgervotum, das eine Diskussion wichtiger Grundwerte und Kriterien zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung umfasst.	Moderation: 17.00 – 17.15 Schlusswort	Prof. Dr. jur. Felix Welti Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management Hochschule Neubrandenburg
Das wissenschaftliche Symposium „Was ist den Bürgern wichtig?“ reflektiert die Ergebnisse der Lübecker Bürgerkonferenz und ordnet sie in den Kontext der Auseinandersetzung mit dem Thema Priorisierung ein. Dazu wurden herausragende Repräsentanten verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen gebeten, die Ergebnisse der Bürgerkonferenz kritisch zu hinterfragen und den Stellenwert des Bürgervotums herauszuarbeiten.	Die Perspektiven der Wissenschaften 11.30 – 12.00 Das Bürgervotum aus Sicht der Versorgungsepidemiologie	Prof. Dr. theol. Peter Dabrock Fachbereich Evangelische Theologie - Sozialethik/Bioethik Philipps Universität Marburg
	Mittagspause 13.30 – 14:00 Das Bürgervotum aus Sicht der medizinischen Ethik 14:00 – 14:30 Das Bürgervotum aus Sicht der Evidenzbasierten Medizin 14.30 - 15.00 Das Bürgervotum aus Sicht des Sozialrechts	Prof. Dr. phil. Thomas Kohlmann Institut für Community Medicine Universität Greifswald
	Pause 15.45 - 16:15 Das Bürgervotum aus Sicht der Gesundheitsökonomie 16.15 – 17.00 Wortwechsel: „Die Bedeutung des Lübecker Bürgervotums für die Priorisierungsdiskussion in Deutschland“	Dr. phil. Thorsten Meyer Institut für Sozialmedizin Universität zu Lübeck
		Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. theol. Eckhardt Nagel Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften, Universität Bayreuth
		Prof. Dr. med. Peter Sawicki Direktor des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Köln
		Prof. Dr. rer. nat. Silke Schicktanz Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin Universität Göttingen
		Prof. Dr. med. Bettina Schöne-Seifert Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin Universität Münster
		Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem Lehrstuhl für Medizinmanagement Universität Duisburg/Essen

Anhang 2.9 *Fragebogen zur Befragung der Votumsempfänger*

UNIVERSITÄT ZU LÜBECK


BÜRGERKONFERENZ
LÜBECK 2010

Kurzfragebogen zur Lübecker Bürgerkonferenz

Sehr geehrte Damen und Herren,

Wir bitten Sie herzlich, diesen Fragebogen auszufüllen und damit unser Projekt zur Evaluation und Einschätzung der Lübecker Bürgerkonferenz zu unterstützen. Ziel des Projekts ist die Identifikation von Potentialen, aber auch Grenzen und Risiken der Bürgerbeteiligung in der Debatte um Priorisierung in der Medizin.

Der Fragebogen enthält drei Fragenkomplexe:

1. zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung und zur deutschen Debatte darüber,
2. zur Lübecker Bürgerkonferenz und ihrem Produkt – dem Bürgervotum und
3. zu Ihrer Person.

Bitte beantworten Sie den Fragebogen auch dann, wenn Ihnen das Bürgervotum oder das Projekt der Bürgerkonferenz nicht bekannt sind! Ihre Antworten sind dennoch hilfreich und wichtig für das Projekt!

Herzlichen Dank im Voraus für Ihre Mühe!



Priorisierungsdebatte in Deutschland

1.

Die Debatte über Priorisierung in der medizinischen Versorgung wird heute zunehmend auch in Deutschland geführt. Häufig geht es dabei um die Frage, ob überhaupt öffentlich über Priorisierung gesprochen werden soll. Wie beurteilen Sie selbst diese Frage?

(Mehrere Antworten sind möglich.)

Die Diskussion um Priorisierung in der medizinischen Versorgung ist ...

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ... vermeidbar | <input type="checkbox"/> ... nicht zu vermeiden |
| <input type="checkbox"/> ... nicht wünschenswert | <input type="checkbox"/> ... zu begrüßen |
| <input type="checkbox"/> ... unethisch | <input type="checkbox"/> ... ethisch geboten |
| <input type="checkbox"/> ... nicht notwendig | <input type="checkbox"/> ... notwendig |
| <input type="checkbox"/> ... nicht machbar | <input type="checkbox"/> ... längst überfällig |
| <input type="checkbox"/> ... gefährlich | <input type="checkbox"/> ... öffentlich nicht vermittelbar |
| <input type="checkbox"/> ... zu kompliziert | <input type="checkbox"/> ... wirkungslos |

Sonstiges, und zwar _____


Bitte begründen Sie hier kurz Ihre Antwort(en): _____

2. Wird auch in Ihrem Umfeld über Priorisierung diskutiert? Wenn ja, seit wann?

- ja, bereits seit mehr als 2 Jahren ja, seit weniger als zwei Jahren nein

3.	<p>Unter dem Begriff der „Priorisierung“ werden ganz unterschiedliche Konzepte und Vorschläge diskutiert. Welche der folgenden Aussagen treffen aus Ihrer Sicht zu? (Mehrere Antworten sind möglich.)</p> <p>Priorisierung...</p> <p><input type="checkbox"/> ... trifft Entscheidungen über das Vorenthalten (nützlicher) medizinischer Leistungen (ist also ein anderer Ausdruck für Rationierung)</p> <p><input type="checkbox"/> ... liefert als rein gedankliches Bewertungs- und Ordnungsverfahren Informationen für spätere Zuteilungsentscheidungen, ohne die Entscheidungen vorweg zu nehmen</p> <p><input type="checkbox"/> ... kann dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung effizienter zu gestalten (Rationalisierungsreserven zu finden und zu nutzen)</p> <p><input type="checkbox"/> ... führt zu einer zunehmend ökonomischen Betrachtung der Gesundheitsversorgung</p> <p><input type="checkbox"/> ... gefährdet die Ausrichtung der Medizin auf die Fürsorge und Hilfe für Kranke und Notleidende</p> <p><input type="checkbox"/> ... kann helfen, Wichtiges und Unwichtiges unabhängig von ökonomischen Überlegungen festzustellen</p> <p><input type="checkbox"/> ... kann ein Gegengewicht zur zunehmenden Ausrichtung an wirtschaftlichen Gesichtspunkten bilden</p> <p><input type="checkbox"/> ... gefährdet die Solidarität im Gesundheitswesen</p> <p><input type="checkbox"/> ... bietet die Möglichkeit, die Werte und Maßstäbe im Gesundheitswesen (z. B. Solidaritätsprinzip) auf gesellschaftlicher Ebene zu bekräftigen und sich ihrer (selbst) zu versichern</p> <p><input type="checkbox"/> ... führt zur Zwei-Klassen-Medizin</p> <p><input type="checkbox"/> ... führt zur Benachteiligung der ohnehin schon von Ungleichheit bedrohten Gruppen</p> <p><input type="checkbox"/> ... ermöglicht es, die Behandlung bedarfsgerecht auf einzelne Patientengruppen zuzuschneiden</p> <p><input type="checkbox"/> ... dient nur dazu, bisherige Kassenleistungen in den privaten Sektor zu verschieben</p> <p><input type="checkbox"/> ... wird von einigen Personen oder Gruppen vorgeschlagen, um die Forderung nach mehr Mitteln im Gesundheitswesen zu rechtfertigen</p> <p><input type="checkbox"/> ... soll geographische und soziale Ungleichmäßigkeiten in der Versorgung ausgleichen und so zu einer gerechteren Verteilung der Mittel im Gesundheitswesen beitragen</p> <p><input type="checkbox"/> ... kann den Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen eine Orientierungshilfe sein</p> <p><input type="checkbox"/> ... verringert die Bedeutung medizinischer (z. B. ärztlicher) Bewertungen und Entscheidungen im individuellen Einzelfall</p> <p><input type="checkbox"/> ... schränkt die Freiheit der Entscheidungsträger im Gesundheitswesen ein</p> <p><input type="checkbox"/> ... findet bereits heute ganz selbstverständlich im Gesundheitswesen statt</p> <p><input type="checkbox"/> ... dient der Einsparung von Mitteln im Gesundheitswesen</p> <p><input type="checkbox"/> ... ist ein Instrument zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung</p> <p><input type="checkbox"/> ... dient der Steigerung der Versorgungsqualität</p> <p><input type="checkbox"/> ... gefährdet das Vertrauen in die Gesundheitsversorgung und zwischen den beteiligten Personen</p> <p><input type="checkbox"/> ... kann das Vertrauen in die Gesundheitsversorgung und zwischen den beteiligten Personen stärken</p> <p><input type="checkbox"/> ... erhöht den Druck, die Wirksamkeit von medizinischen Leistungen wissenschaftlich nachzuweisen</p> <p><input type="checkbox"/> ... und daraus resultierende Rangreihen können helfen, neue Behandlungsmethoden direkt im Vergleich mit bereits bestehenden zu bewerten und einzuordnen</p> <p>Sonstiges, und zwar  _____</p> <p>Sonstiges, und zwar  _____</p>
-----------	--

4. Es ist vorgeschlagen worden, eine Kommission zu bilden, die Priorisierungsvorschläge erarbeiten soll. Wenn eine solche Kommission gebildet würde: Wer sollte aus Ihrer Sicht darin über die Vorschläge mitentscheiden, wer sollte eine Beratungsfunktion ausüben, wer sollte nicht beteiligt sein?

Vertreter folgender Gruppen...	Mit- entscheidung	Beratungs- funktion	keine Betei- ligung
Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztenschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenhausleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegepersonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht-ärztliche Therapeuten (z. B. Psychologen, Physiotherapeuten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht in Verbänden organisierte Patienten/Kranke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenorganisationen, Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versicherte (Mitglieder der Krankenversicherungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versichertenverbände, Verbraucherorganisationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht in Verbänden organisierte Bürger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bürgerverbände, Nicht-Regierungs-Organisationen (NGOs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharma- und Gesundheitsindustrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Politiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirchen, religiöse Gemeinschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ökonomen (Wirtschaftsexperten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juristen (Rechtsexperten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naturwissenschaftler (z. B. Biologen, Chemiker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialwissenschaftler (z. B. Politologen, Soziologen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geisteswissenschaftler (z. B. Ethiker, Philosophen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wenn man Bürgerinnen und Bürger in die Priorisierungsdebatte einbinden möchte, welche Methoden eignen sich aus Ihrer Sicht am besten dafür?
(Mehrere Antworten sind möglich.)

formale, demokratische Beteiligungsrechte genügen (aktives/passives Wahlrecht, Petitionsrecht, etc.)

Bevölkerungsumfragen, Erhebung von Bedürfnissen, Meinungen und Präferenzen der Bürger


direkte Beteiligung von Patienten-, Versicherten- bzw. Verbrauchervertretern in Entscheidungsgremien

Beratungen und Diskussionen unter Bürgern mit Expertenbeteiligung (z. B. Bürgerforen, Planungszellen, Bürgerkonferenzen)

Information der Bürger durch Expertenvorträge u. Podiumsdiskussionen, Fragestunden



Beteiligung von organisierten Gruppen (z. B. Selbsthilfegruppen, Verbraucherverbände)

Information der Bürger über Massenmedien, Informationsbroschüren, das Internet

Sonstiges, und zwar 


Lübecker Bürgerkonferenz

6. Haben Sie – abgesehen von unserem Brief mit dem Bürgervotum im Sommer 2010 – schon einmal etwas von der Lübecker Bürgerkonferenz gehört?

nein ja  falls ja, auf welchem Wege? 

7. Im Sommer 2010 haben wir das Votum der Lübecker Bürgerkonferenz postalisch verschickt. Haben auch Sie es erhalten? Falls ja: wie sind Sie damit umgegangen?

(Mehrere Antworten sind möglich.)

- ich erinnere mich nicht, es erhalten zu haben
- mein Amtsvorgänger hat es erhalten, mir ist das Votum nicht bekannt
- mein Amtsvorgänger hat es erhalten und es mir weiter gegeben
- ich habe es erhalten und gelesen
- ich habe es erhalten, es aber nicht gelesen
- ich habe es an Kollegen/Mitarbeiter weitergegeben
- ich habe es an andere weitergegeben, und zwar  _____

Falls Ihnen das Votum der Lübecker Bürgerkonferenz nicht bekannt ist, bitte weiter mit Frage 10

8. Welche Aspekte im Bürgervotum sind aus Ihrer Sicht...

... überhaupt nicht gelungen?  _____

... gut gelungen?  _____

... relevant für die Priorisierungsdiskussion?  _____

9. Wie beurteilen Sie das Votum der Lübecker Bürgerkonferenz insgesamt?

- sehr schlecht eher schlecht eher gut sehr gut weiß nicht kenne es nicht

10. Glauben Sie, dass die folgenden Ziele der Bürgerkonferenz erreicht wurden?

	nein, ganz und gar nicht	eher nein	eher ja	ja, voll und ganz	weiß nicht
Anregung einer öffentlichen Debatte über Priorisierung in der medizinischen Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergänzung von Expertenmeinungen durch qualifizierte Bürgerbeiträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bürgern eine Stimme in der Diskussion um die Zukunft der Gesundheitsversorgung geben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demonstrieren, dass Bürger willens und in der Lage sind, sich an Priorisierungsfragen zu beteiligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Wie beurteilen Sie das Projekt der Lübecker Bürgerkonferenz insgesamt?

- sehr schlecht eher schlecht eher gut sehr gut weiß nicht kenne das Projekt nicht

12. Halten Sie eine Bürgerkonferenz grundsätzlich für eine gute Methode, Bürgerinnen und Bürger an gesellschaftlichen und politischen Entscheidungen zu beteiligen?

- nein, ganz und gar nicht eher nein eher ja ja, voll und ganz weiß nicht kenne die Methode nicht

13. Welchen in der Diskussion um Bürgerbeteiligung aufgeführten Gründen für oder gegen Bürgerkonferenzen stimmen Sie zu?
(Mehrere Antworten sind möglich.)

Bürgerkonferenzen...

... führen zu informierter Meinungsbildung durch intensive Einarbeitung und Beratung der Teilnehmer

... können die Meinungen von Experten durch qualifizierte eigene Beiträge ergänzen

... bergen Gefahren der Manipulation von außen

... bieten Bürgern die Möglichkeit, sich aktiv an sie betreffenden Entscheidungsprozessen zu beteiligen

... sind nicht aussagekräftig, da sie nur eine kleine, nicht demographisch repräsentative Auswahl von Bürgern beteiligen

... informieren Politiker und andere Entscheidungsträger über die Perspektive der Bürger

... sind rein symbolische Veranstaltungen, die keinen politischen Einfluss haben werden


... können öffentliche Diskurse anregen


... tragen dazu bei, die Akzeptanz von politischen u. gesellschaftlichen Entscheidungen zu steigern

... haben keinerlei Effekt

... sind zu aufwändig und teuer

Sonstige Argumente

Pro:  _____

Contra:  _____

Angaben zu Ihrer Person

14. In welchem Jahr wurden Sie geboren?	15. Sie sind...
 19 <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

16. Was sind Sie von Beruf?	17. In welchem Bereich sind Sie tätig?
 _____	 _____

18. In welcher Form sind Sie im Allgemeinen an gesundheitspolitischen Diskussionen oder Entscheidungen beteiligt?
(Mehrere Antworten sind möglich.)

politische Gremienarbeit (z. B. als Ministerialzugehöriger, Vertreter einer Krankenkasse, eines Patienten- oder Berufsverbandes)

Teilnahme an Ethik- oder Beratungskommissionen (z. B. Enquete-Kommission, deutscher Ethikrat)

Teilnahme am öffentlichen Diskurs z. B. durch eigene Medienbeiträge, öffentliche Vorträge

Vertretung der Interessen von Patientenorganisationen, Berufs- oder Industrieverbänden


Politikberatung als Experte bzw. Sachverständiger

wissenschaftliche Beiträge zum Thema

aktive Parteiarbeit

Nutzung allgemeiner Beteiligungsrechte, z. B. Wahl-, Petitions-, Demonstrations- oder Anhörungsrechte

keine aktive Beteiligung zu gesundheitspolitischen Fragen

Sonstiges, und zwar  _____

Anhang 2.10 ***Adressatenauswahl für die Befragung von Votumsempfängern***

Prinzipiell sollten im Rahmen der Befragung der Votumsempfänger alle Personen einen Fragebogen erhalten, denen 2010 das Bürgervotum zugesandt worden war. Einige dieser Personen hatten jedoch in der Zwischeneit ihre berufliche Position gewechselt. Daher wurden für jede Akteursgruppe Regeln für die Bestimmung der anzuschreibenden Personen aufgestellt. Diese sind in Tabelle 30 zusammengefasst. In den Fällen, in denen der Fragebogen an Amtsnachfolger der damaligen Adressaten gesandt wurde, enthielt das Anschreiben einen Hinweis: „Wir hatten im Herbst 2010 Ihrem Amtsvorgänger, dem damaligen ... das Votum der Lübecker Bürgerkonferenz zugesandt.“

Tabelle 30: Regeln für Versand des Fragebogens an die Empfänger des Bürgervotums

Akteursgruppe	Regel für Auswahl der Adressaten: Fragebogen geht an...
Ministerien	... alle derzeitigen Minister
politische Parteien	... die heutigen Vorsitzenden
Ärzttekammern	... die heutigen Präsidenten u. zusätzlich alle damaligen Empfänger
Kassenärztliche Vereinigungen	... die derzeitigen Vorsitzenden
Patientenverbände	... alle derzeitigen Vorsitzenden
GKV- und PKV- Vertreter	... die aktuellen Vorstände (ehemalige Vorstände teilweise schwer nachzuverfolgen, daher werden sie nicht angeschrieben)
Vertreter wiss. Fachgesellschaften	... die derzeitigen Vorsitzenden u. zusätzlich alle damaligen Empfänger
wissenschaftliche Institute	... alle damaligen Empfänger, sofern noch in der früheren Institution beschäftigt
Mitglieder der DFG FOR655	... alle damaligen Empfänger, sofern noch in der früheren Institution beschäftigt
Institutionen pers.	... alle im Jahr 2010 angeschriebenen persönlichen Kontakte
Klinikdirektoren Uni Lübeck	... alle damaligen Direktoren, die noch an der Universität oder dem Universitätsklinikum Lübeck beschäftigt sind
interessierte Bürger, die nicht an der Bürgerkonferenz teilnehmen konnten	... alle damaligen Empfänger des Bürgervotums
Sponsoren und Unterstützter der BüKo	... alle im Jahr 2010 angeschriebenen Sponsoren und Unterstützer
geladene Gäste und Referenten Symposium	... alle geladenen Gäste und Referenten des Symposiums
Experten BüKo	... alle zur Befragung eingeladenen Experten der Bürgerkonferenz
weitere Interessenten BüKo	... alle Interessenten, von denen eine Postanschrift vorliegt oder recherchiert werden konnte

Anhang 3 EXPERTENDISKURS ZUR PRIORISIERUNG

Anhang 3.1 *Bewertung der Priorisierungsdebatte in Fachkreisen*

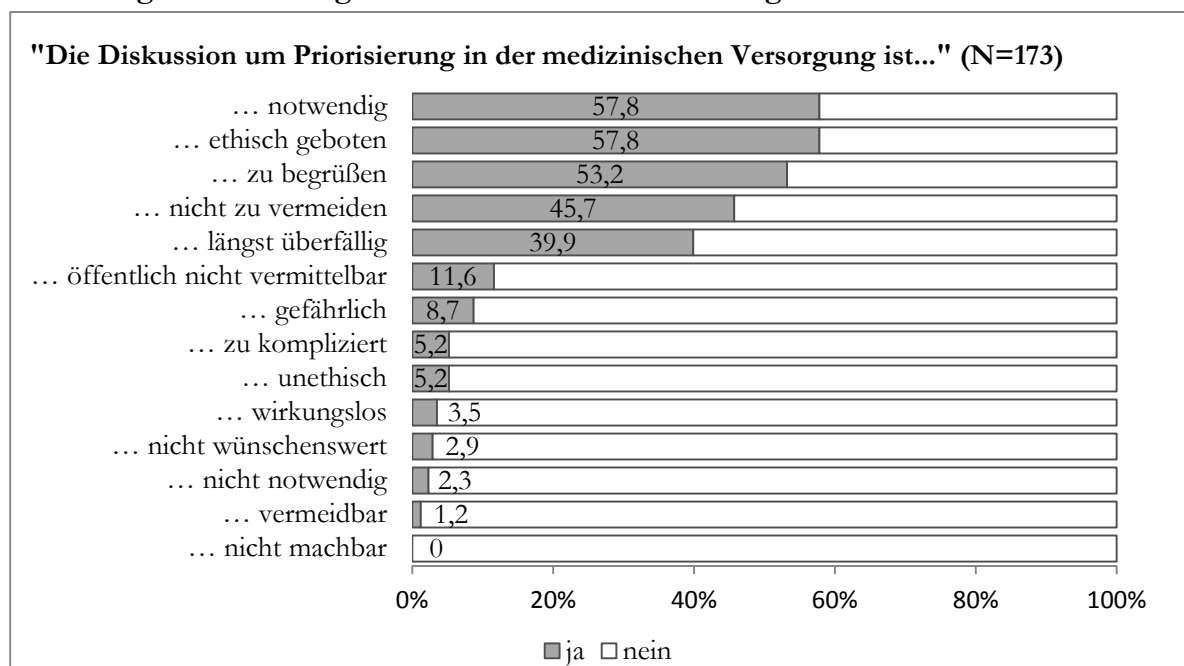
In der im Herbst 2012 durchgeführten Befragung der Votumsempfänger wurden diese auch nach ihrer Auffassung des Priorisierungsbegriffs und nach ihrer Bewertung einer Priorisierungsdebatte in Deutschland befragt. Eine Mehrheit der Befragten gab an, bereits über längerfristige Erfahrungen mit der Priorisierungsthematik zu verfügen: 68,3 % waren in ihrem beruflichen Umfeld „seit mehr als 2 Jahren“ – also auch bereits zum Zeitpunkt der Bürgerkonferenz – mit dieser Thematik konfrontiert (vgl. Tabelle 31). Die meisten Befragten scheinen eine solche Debatte insgesamt auch für wichtig zu halten, wie die hohen Zustimmungsraten zu den positiv besetzten Items in Abbildung 11 zeigen.

Tabelle 31: "Wird in Ihrem Umfeld bereits über Priorisierung diskutiert?"

Ausprägung	Häufigkeit	Prozent
nein	37	22,6
ja, seit weniger als zwei Jahren	15	9,1
ja, seit mehr als zwei Jahren	112	68,3
Gesamt	164	100,0

N=174; Anteil fehlender Werte: 5,7 %

Abbildung 11: Bewertung einer öffentlichen Priorisierungsdiskussion



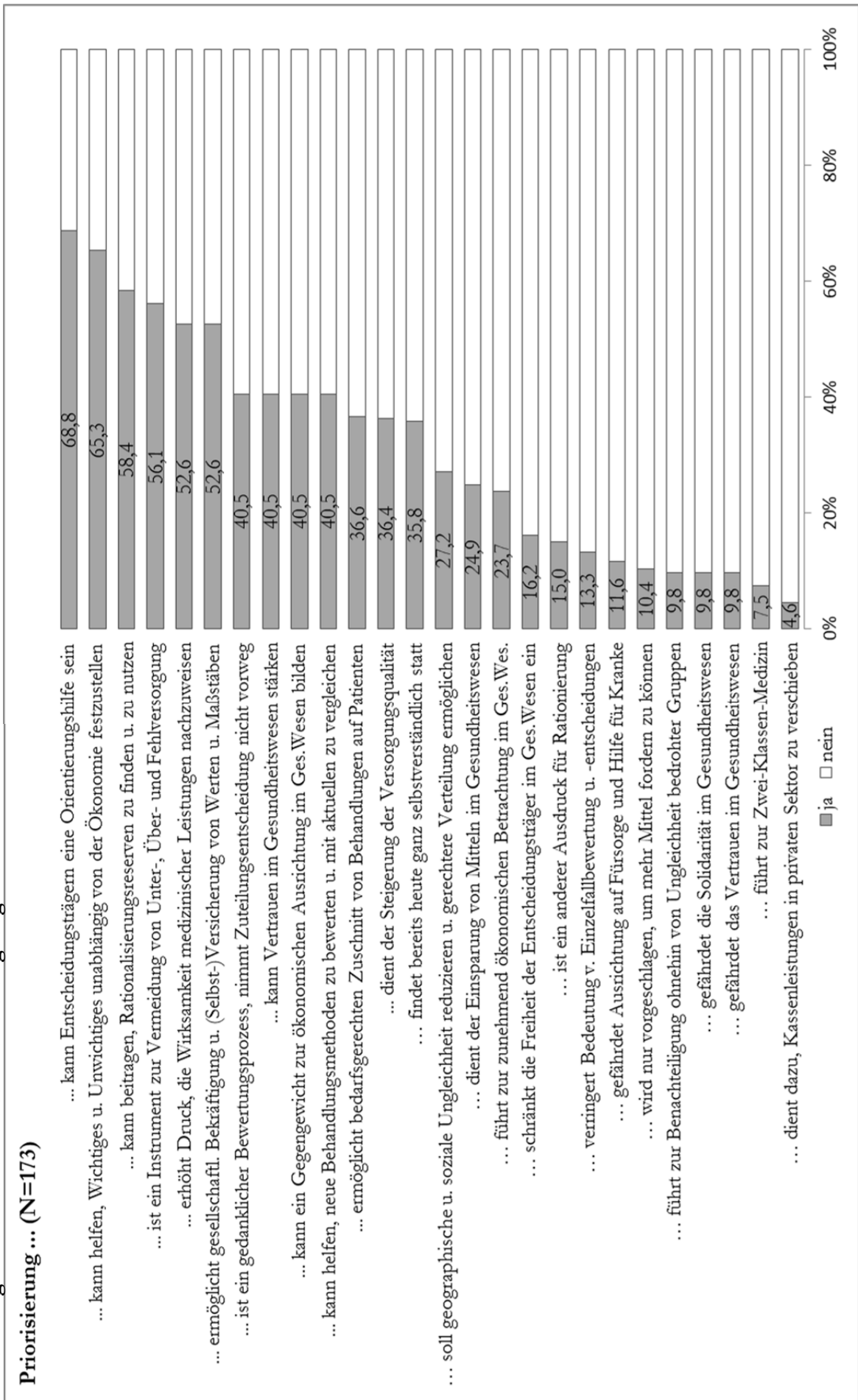
N(Gesamt)=174; Anteil fehlender Werte (Listenweise): 0,6 %

Die einzelnen Items zur Bewertung der Priorisierungsdiskussion wurden aus Publikationen, Interviews oder sonstigen öffentlichen Stellungnahmen verschiedener Akteure zur Priorisierung abgeleitet. Sie decken die unterschiedlichen bis zum Sommer 2012 in Deutschland identifizierbaren Perspektiven auf die Priorisierungsproblematik ab.

Anhang 3.2 *Vielfältige Verständnisse des Priorisierungsbegriffs*

Dies gilt auch für die in dargestellten Items zu den unterschiedlichen Konzepten und Vorschlägen, die mit dem Priorisierungsbegriff verknüpft werden können. Auch diese Antwortkategorien sind aus der Literatur entwickelt worden. Zwar beziehen sich die Items mit den höchsten Zustimmungsraten fast alle auf ein Verständnis des Priorisierungsbegriffs, wie es in Abschnitt 4.3.3.5 beschrieben wird. Aber auch Items, denen möglicherweise ein abweichendes Verständnis zu grunde liegt, werden von bis zu 25 % der Befragten befürwortet. So sind 24,6 % der Antwortenden der Ansicht, Priorisierung diene primär zur Einsparung von Mitteln im Gesundheitswesen, 16,2 % finden, Priorisierung schränke die Entscheidungsfreiheit der Akteure im Gesundheitswesen ein und 15,0 % verstehen Priorisierung als Euphemismus für Rationierung. Auch hier zeigt sich also kein einheitliches Konzept von Priorisierung, obwohl die meisten Befragten angaben, bereits seit längerem an der Priorisierungsdebatte teilzunehmen.

Abbildung 12: Verständnis des Priorisierungsbegriffs



Anhang 4 LISTE DER PUBLIKATIONEN UND VORTRÄGE DER AUTORIN (BIS 2014)

Publikationen

Zeitschriftenbeiträge

Hofstetter, K., **Stumpf, S.**, Framke, S., Raspe, H. (2014) M. Gaucher und Imiglucerase 2009/2010: Was leitet eine plötzlich erzwungene Priorisierung? *Das Gesundheitswesen*; (eFirst: 26.03.2014).

Stumpf, S., Hecker, S., Raspe, H. (2014) Kriterien für die Priorisierung medizinischer Leistungen im Licht eines regionalen Surveys – Ergebnisse und methodologische Fragen. *Das Gesundheitswesen*; 76(4): 221-231.

Friedrich, D.R., **Stumpf, S.**, Alber, K. (2012) Stakeholderpartizipation und Priorisierung – eine Betrachtung des normativen Status quantitativer und qualitativer Methoden. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*; 106(6): 412-417.

Raspe, H., **Stumpf, S.** (2012) Priorisierung im Gesundheitswesen 2012 – zum aktuellen Stand der Diskussion. Editorial. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*; 106(6): 380-382.

Stumpf, S., Raspe, H. (2012) Deliberative Bürgerbeteiligung in der Priorisierungsdebatte: Welchen Beitrag können Bürger leisten? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*; 106(6): 418-425.

Stumpf, S., Meyer, T., Raspe, H. (2011) Priorisierung in der Medizin – Vorbild Schweden? In: *Forschung & Lehre* 8: 592-593.

Stumpf, S., Raspe, H. (2011) Über Priorisierung sprechen – insbesondere mit den Betroffenen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 108(7) 2011, A-316-317.

Beiträge in Sammelbänden

Raspe, H., **Stumpf, S.** (2013) Kriterien und Verfahren zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Ergebnisse und methodische Herausforderungen. In: Böcken, J., Repschläger, U. (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2013*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, im Erscheinen.

Monographien

Raspe, H., **Stumpf, S.**, Brinkmeier, K. (2014) *Priorisierung in der medizinischen Versorgung am Beispiel der kardiologischen Anschlussrehabilitation: Problemstellungen – Modellentwicklung – Lösungen*. Lage: Jacobs-Verlag.

Herausgeberschaften

Stumpf, S., Raspe, H. (Hg.) (2014) *Die Lüneburger Bürgerkonferenz zur Priorisierung in der medizinischen Versorgung: „Was ist uns wichtig – und wie können wir über Prioritäten entscheiden?“*. Lage: Jacobs-Verlag.

Raspe, H., **Stumpf, S.** (Gastherausgeber) (2012) Schwerpunkt: Priorisierung im Gesundheitswesen 2012 - zum aktuellen Stand der Diskussion. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 106(6).

Vorträge

Kongressbeiträge

Stumpf, S., Raspe, H., Brinkmeier, K. *Eine Priorisierungsleitlinie für die AR nach ACS – Praxisrelevanz und Anwendungsmöglichkeiten?* 41. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V., 22.-24. Mai 2014.

Stumpf, S. *Bewertung gesundheitsökonomischer Priorisierungskriterien in der deutschen Priorisierungsdiskussion.* Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, 12.-14. September 2012, Essen.

Stumpf, S. *Bürgerkonferenz zur Priorisierung in der Medizin: Was können wir von Bürgern lernen?* Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, 20.-22. Oktober 2011, Köln.

Stumpf, S. *Citizens' Conference on priority-setting in health care – potential contributions and challenges.* Presented at the ECPR Joint Sessions, 12.-17. April 2011, St. Gallen.

Stumpf, S. *Priority-setting in health care – what is important for the (potentially) affected?* Presented at the Conference on Justice in Modern Health Care. Perspectives for the 21st Century, 28.-30. März 2011, Bochum.

Stumpf, S., Hecker, S., Meyer, T., Raspe, H. *Priorisierungskriterien aus Bevölkerungssicht.* Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, 22-24 Sep. 2010, Berlin.

Eingeladene Vorträge

Stumpf, S. *Priorisierung in der medizinischen Versorgung – Auseinandersetzung mit einem strittigen Thema.* Bündnis 90 Die Grünen: Bundesarbeitsgemeinschaft Soziales, Arbeit, Gesundheit, 05. Juli 2014, Berlin.

Stumpf, S. *Priorisierung – geben die Bürger mit?* 131. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 27. März 2014, Berlin.

Stumpf, S. *Brauchen wir eine Debatte über Priorisierung in der medizinischen Versorgung?* 20. Tagung des Konvents der leitenden Krankenhauschirurgen, 10. Januar 2014.

Stumpf, S. *Ergebnisse der Lünecker Bürgerkonferenz zum Thema Priorisierung.* Mittelbegrenzung und Priorisierung in der Medizin. Vortragsveranstaltung des Niedersächsischen Forschungsnetzwerks Bioethik: Die „wünschenswerte“ Rolle von Bürgern, Gesundheitsberufen und Gesetzgeber, 23. Juli 2013, Hannover.

Stumpf, S. *Die Lünecker Bürgerkonferenz: Modellprojekt zur Bürgerbeteiligung am Priorisierungsdiskurs.* Gesundheitspolitisches Forum, 27. März 2013, Wien.

Stumpf, S. *Bürgerdeliberation zur Priorisierung: die Lünecker Bürgerkonferenz.* Vortrag beim Round-Table der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen Lippe, 05. Februar 2013, Dortmund.