

Aus dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
der Universität zu Lübeck
Direktor: Prof. Dr. Alexander Katalinic

Priorisierung in der Medizin
**Eine Analyse des nationalen Priorisierungsdiskurses in deutschen Printmedien
zwischen dem 1. Mai 2009 und dem 30. April 2014**

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck

- Aus der Sektion Medizin -

vorgelegt von
Florian Boje Tom Liesching
aus Kiel

Lübeck 2015

1. Berichterstatter:	Prof. Dr. med. Dr. phil. Heiner Raspe
2. Berichterstatterin/Berichterstatter:	Prof. Dr. phil. Christoph Rehmann-Sutter
Tag der mündlichen Prüfung:	3.5.2016
Zum Druck genehmigt. Lübeck, den	3.5.2016
	Promotionskommission der Sektion Medizin

I Inhaltsverzeichnis

I	Inhaltsverzeichnis.....	1
II	Tabellenverzeichnis.....	3
III	Abkürzungsverzeichnis	4
1.	Einführung.....	6
2.	Hintergrund	9
3.	Begriffsbestimmungen	12
3.1	Begriff des Diskurses.....	12
3.2	Begriff der Priorisierung.....	18
3.3	Begriff der Rationierung.....	18
4.	Qualitative Methoden und Verortung der gewählten Methodik	20
5.	Untersuchungsziele und Fragestellungen.....	25
6.	Realisierung der Methodik	30
6.1	Datenkorpus.....	30
6.1.1	Sondierung des Untersuchungsfeldes.....	30
6.1.2	Abstecken des Datenkorpus	31
6.1.3	Fixierung des Datenkorpus.....	35
6.2	Analyse der Situiertheit und Materialität der diskursiven Aussagen	37
6.3	Feinanalyse am einzelnen Diskursfragment	38
6.4	Formulierung des Gesamtergebnisses	41
7.	Ergebnisse	43
7.1	Situiertheit und Materialität.....	43
7.1.1	Datenkorpus	43
7.1.2	Diskursive Ereignisse und Untersuchungszeiträume	44
7.1.3	Feinanalyse am einzelnen Diskursfragment.....	47
7.1.4	Diskursakteure.....	48
7.2	Der Diskurs zwischen dem 1. Mai 2009 und dem 31. Mai 2010	51
7.2.1	Die von Hoppe etablierte Phänomenstruktur	51
7.2.2	Interaktion mit Hoppes Phänomenstruktur	53
7.2.2.1	Ablehnung von Hoppes Phänomenstruktur.....	53
7.2.2.2	Zustimmung zu Hoppes Phänomenstruktur	57
7.2.2.3	Hoppes Interaktion in puncto Zustimmung und Ablehnung.....	58
7.2.3	Darstellung der Phänomenstrukturen der zentralen Akteure	60

7.2.4	Interaktion mit Schmidts Strategien und Taktiken.....	63
7.2.5	Diskurskoalitionen und deren Grundlagen.....	64
7.2.6	Rolle der Printmedien und ihrer Akteure	69
7.3	Narrativ der Diskurs vom 1. Juni 2010 bis zum 30. April 2014.....	73
8.	Zusammenfassung und Beantwortung der Untersuchungsfragen	78
9.	Diskussion	83
9.1	Forschungsperspektive und Methodik.....	83
9.2	Motivation der Akteure	89
10.	Resümee	95
11.	Zusammenfassung	100
12.	Literaturverzeichnis.....	101
13.	Anhang	123
13.1	Verzeichnis der Diskursfragmente nach Tageszeitung.....	123
13.2	Gruppenschlagwortliste Sondierung 1. Mai 2009 bis 31. Mai 2009	129
13.3	Artikelfrequenz Diskursfragmente 1. Mai 2009 bis 31. Mai 2009	130
13.4	Diskursakteure	132
13.5	Allgemeine Erläuterungen	137
13.6	Veröffentlichungen	138
14.	Danksagung	139
15.	Lebenslauf	140

II Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Teiluntersuchungszeiträume.....	45
Tabelle 2: Diskursfragmente nach journalistischer Darstellungsform.....	48
Tabelle 3: Äußerungen der Akteursgruppen nach journalistischer Darstellungsform.....	50
Tabelle 4: Diskursfragmente 1. Mai 2009 bis 31. Mai 2009.....	124
Tabelle 5: Diskursfragmente 1. Juni 2009 bis 31. Mai 2010	126
Tabelle 6: Diskursfragmente 1. Juni 2010 bis 31. Dezember 2010	127
Tabelle 7: Diskursfragmente 1. Januar 2011 bis 31. Dezember 2011.....	127
Tabelle 8: Diskursfragmente 1. Januar 2012 bis 31. Dezember 2012.....	128
Tabelle 9: Diskursfragmente 1. Januar 2013 bis 31. Dezember 2013.....	128
Tabelle 10: Diskursfragmente 1. Januar 2014 bis 30. April 2014.....	128
Tabelle 11: Artikelfrequenz Diskursfragmente 1. Mai 2009 bis 31. Mai 2009	131
Tabelle 12: Diskursakteure: Leserbriefautoren	132
Tabelle 13: Diskursakteure: Ärzte.....	132
Tabelle 14: Diskursakteure: Vertreter von Vereinen oder Verbänden.....	133
Tabelle 15: Diskursakteure: Vertreter von Privatunternehmen.....	134
Tabelle 16: Diskursakteure: Vertreter der Politik	134
Tabelle 17: Diskursakteure: Vertreter der Medien.....	135
Tabelle 18: Diskursakteure: Vertreter der Wissenschaft.....	136
Tabelle 19: Diskursakteure: Übrige	136

III Abkürzungsverzeichnis

AG	<i>Aktiengesellschaft</i>
akad.	<i>Akademisch</i>
Anm.	<i>Anmerkung</i>
AOK	<i>Allgemeine Ortskrankenkasse</i>
ARD	<i>Arbeitsgemeinschaft der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten der Bundesrepublik Deutschland</i>
BÄK	<i>Bundesärztekammer</i>
bzw.	<i>Beziehungsweise</i>
BGM	<i>Bundesgesundheitsminister</i>
BRD	<i>Bundesrepublik Deutschland</i>
DGB	<i>Deutscher Gewerkschaftsbund</i>
DFG	<i>Deutsche Forschungsgemeinschaft</i>
d.h.	<i>das heißt</i>
DW	<i>Die Welt</i>
e.V.	<i>eingetragener Verein</i>
EDV	<i>Elektronische Datenverarbeitung</i>
FAZ	<i>Frankfurter Allgemeine Zeitung</i>
FL	<i>Florian Liesching</i>
FR	<i>Frankfurter Rundschau</i>
ggf.	<i>Gegebenenfalls</i>
G-BA	<i>Gemeinsamer Bundesausschuss</i>
GKV	<i>Gesetzliche Krankenversicherung</i>
Hrsg.	<i>Herausgeber</i>
IQWiG	<i>Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen</i>
KBV	<i>Kassenärztliche Bundesvereinigung</i>
MLP	<i>MLP AG, früher Marscholke, Lautenschläger und Partner AG</i>
n-tv	<i>Nachrichten-Television</i>
o.g.	<i>oben genannt/e</i>
PDF	<i>Portable Document Format</i>
PKV	<i>Private Krankenversicherung</i>
RTL	<i>Radio Télévision Luxembourg</i>

SZ	<i>Süddeutsche Zeitung</i>
TAZ	<i>die tageszeitung</i>
TK	<i>Techniker Krankenkasse</i>
u.a.	<i>unter anderen/m</i>
vgl.	<i>Vergleiche</i>
WDA	<i>Wissenssoziologische Diskursanalyse (nach Reiner Keller)</i>
ZDF	<i>Zweites Deutsches Fernsehen</i>
ZEKO	<i>Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer</i>

1. Einführung

Auf dieser Erde ist die Mehrheit aller Ressourcen begrenzt und einige gelten obendrein als knapp. Dies gilt nicht minder für die Ressourcen, die der medizinischen Versorgung im Gesundheitswesen und dem System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland zur Verfügung stehen (vgl. Fuchs, 2010a:15; vgl. Greiner, 2011:329f; vgl. Schmacke, 2011:2). Mit Blick auf das GKV-System mag man davon ausgehen, dass mit steigendem Alter die Morbidität der Versicherten ebenfalls stark ansteigt. Dies führe zu einer überproportionalen Steigerung der Gesundheitskosten des Einzelnen im Alter („Medikalisierungsthese“). Dem entgegengesetzt steht die Annahme, dass die Morbidität mit steigender Lebenserwartung abnimmt. Prävention und medizinischer Fortschritt könnten den Zeitpunkt des Auftretens chronisch irreversibler Erkrankungen in ein höheres Alter verschieben. Dies würde relativ einem Zugewinn an Gesundheit, einem Zugewinn an gesunden Jahren, entsprechen („Kompressionsthese“). Weder die erstgenannte Medikalisierungsthese noch die folgende Kompressionsthese gelten derzeit als abschließend beantwortet (Nöthen, 2011:665f). Es besteht dennoch Konsens, dass die demografische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt, bei unveränderten Rahmenbedingungen, zu einem drastischen Anstieg der Gesundheitsausgaben führen werden (Beske und Brix, 2011:17; Sachverständigenrat 2011:163f; Oduncu, 2012:359f). Vielfach werden in diesem Kontext ebenfalls eine steigende Erwartungshaltung der Bürger gegenüber der GKV (Katzenmeier, 2005:24), „Defensivmedizin“ (Arnade, 2010:13f) und Erweiterungen des Leistungskataloges (Beske und Brix, 2011:50) genannt, welche zu einer weiteren Erhöhung der Gesundheitsausgaben beitragen würden. Eine Abnahme sozialversicherungspflichtiger Arbeitsverhältnisse und steigende Einkommenserwartungen in medizinischen Berufen könnten das Verhältnis von Einnahmen zu Ausgaben im System ergänzend belasten.

Trotz sicherlich vorhandener Partikularinteressen und Kalkül wird von Beteiligten an der Gesundheitsversorgung bereits gegenwärtig von steigender Arbeitsverdichtung und einem zunehmenden ökonomischen Druck berichtet. Dies belastet auch ärztliche Entscheidungen in medizinischen Fragen. Auch sei ein Vertrauensverlust im Arzt-Patienten-Verhältnis zu beobachten. Einige Akteure im Gesundheitssystem sehen die Ursache hierfür in einer bereits aktuellen Unterfinanzierung des GKV-Systems und in einer daraus resultierenden,

heimlichen Rationierung in der ärztlichen Praxis (vgl. Strech und Marckmann, 2010:1498f; Spitzenverbände, 2011:2; Strech, 2011:16f; Thielscher et al., 2012:297f).

Dissens besteht in der Debatte hinsichtlich der Frage, wie das bestehende Maß der gesundheitlichen Versorgung in Zukunft erhalten werden soll (vgl. Groß, 2010:73f). Die Vorschläge und Reaktionen von politischer Seite und die öffentliche Diskussion wenden den Blick zumeist auf die Einnahmenseite der GKV (Arnade, 2010:15f). Vielfach wird so der Eindruck vermittelt, es sei möglich, allein über die Einnahmenseite der GKV den aktuellen Fragestellungen zu begegnen. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass schon in naher Zukunft der Gesundheitsfonds mit dem fixierten Arbeitgeberbetrag nicht mehr ausreicht, um die benötigten Mittel aufzubringen. Ebenso werde der Ausgleich aus Steuermitteln und/oder durch Zusatzbeiträge insgesamt eine Grenze finden (Schmidt, 2010:275f). Auch die Steigerung der Krankenkassenbeiträge findet zwangsläufig eine Grenze. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung stellt fest, dass bis dato langfristige Finanzierungsreformen nicht angegangen wurden (Sachverständigenrat, 2013:391f).

Die Ausgabenseite der GKV wird von Politikern selten öffentlich bedacht, und wenn, dann mehrheitlich nur mit unverbindlichen Gedanken. Sie verweisen zumeist auf noch vorhandene Rationalisierungspotenziale (Raspe, 2010:874f; Beske, 2012:1083f). Auf eine Angabe von Größenordnungen, eine inhaltliche Konkretisierung, wo und wie diese Rationalisierungsreserven zu mobilisieren seien, wird zumeist verzichtet.

Von Beschäftigten aus Gesundheitsberufen ist seit Jahren kritisch zu vernehmen, dass gegenwärtig eine nicht öffentlich thematisierte, politisch reglementierte Ausgabenbeschränkung über Budgets und Fallpauschalen Eingang in das GKV-System gefunden habe und Patienten zum Teil notwendige Leistungen vorenthalten würden. Es ist von einer impliziten Rationierung die Rede. Demgegenüber werde von politischen Akteuren öffentlich eine bestehende Unterfinanzierung, Leistungseinschränkungen im Gesundheitswesen oder gar eine Rationierung bestritten (Maas, 2004:7; Saarländisches Ärzteblatt, 2012:19; Barjenbruch, 2014:781). Aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive werden viele der sich aus der geschilderten Kontroverse ergebenden Fragestellungen umgangen. Im Rahmen einer möglichen öffentlichen Auseinandersetzung bedürften mannigfaltige Fragestellungen einer Antwort. Werden systematische Einschränkungen von Leistungen der GKV nötig werden? Wenn diese gegenwärtig bereits stattfinden, welche

Indikationen, Diagnosen und Therapien gelten als dringend bzw. was gilt als Bedarf, wer gilt als bedürftig? Inwieweit soll der medizinisch-technische Fortschritt Abbildung im Leistungskatalog finden und nach welchen Kriterien soll dies geschehen? Wie verhält sich die Rolle der Ärzteschaft in diesem Kontext? Um es für die Ärzteschaft überspitzt zu formulieren: Ist der Dualismus, gleichsam Anwalt von Patient und Gesellschaft zu sein, für die Ärzteschaft überhaupt befriedigend praktikierbar? (vgl. Raspe und Jahn, 2013:A1091ff)

Auf wissenschaftlicher Ebene ist die konkrete Diskussion dieser Fragen bereits gegenwärtig. Unterschiedliche Disziplinen, auch unterschiedliche ärztliche Fachdisziplinen beteiligen sich (siehe unter anderen: Fuchs, 2010a:435ff; Huster, 2010:197ff; Marckmann, 2010:867ff; Huster, 2012:565ff; Prenzler, 2012:908ff; Wiese et al., 2012:354ff; Strech, 2014:27ff). Einigkeit besteht, dass keinesfalls ein „Weiter-so“ oder eine alleinige Fokussierung auf die Einnahmenseite des Systems der richtige Weg sei, mit den Entwicklungen umzugehen. Insbesondere der Verweis auf mögliche Rationalisierungspotenziale und die alleinige Steuerung der Ausgabenseite über Budgetierungen reiche hier nicht aus (vgl. Wodarg, 2010:93f).

Hinsichtlich der Ausgabenseite versuchte bereits im Jahr 2000 die Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer (ZEKO) eine öffentliche Debatte über die Entscheidung der Grundlage der Mittelverwendung im Gesundheitssystem anzustoßen. Eingeführt in die Debatte wurde ein Konzept, medizinischen Leistungen unterschiedliche Prioritäten zuzuerkennen, um so eine wesentliche Voraussetzung zu schaffen, die verfügbaren Mittel im Sinne akzeptabler Zuteilungskriterien einzusetzen. Auch sollten so Kernbereiche der medizinischen Versorgung vor einer undifferenzierten Rationierung geschützt werden. Die Entscheidung über die Mittelverwendung könnte ethisch akzeptabel, aber auch praktisch, ökonomisch und rechtskonform umgesetzt werden. Diese Entscheidungen müssten unbedingt nachvollziehbar sein und durch die Wünsche und Interessen aller am Gesundheitssystem Beteiligten mitgestaltet werden. Als substanzieller Vorschlag wird dieses Konzept unter dem Begriff der Priorisierung medizinischer Leistungen wahrgenommen (ZEKO, 2000:1ff; ZEKO 2007c:1ff). Priorisierung als Konzept könne Hilfestellung bei der Beantwortung einer ganzen Reihe der sich aus den genannten Bedingungen ergebenden Fragestellungen leisten (Raspe und Jahn, 2013:A1091ff).

2. Hintergrund

Laut dem Sozialrechtler Welti zeigen die verschiedenen internationalen und nationalen Erfahrungen, dass eine Priorisierung medizinischer Leistungen ein langfristiges, vielschichtiges und anspruchsvolles Unterfangen ist. Innerhalb unseres nationalen sozialetischen und verfassungsrechtlichen Rahmens sollte jeder Priorisierungsdiskussion ein umfassender gesellschaftlicher und damit auch politischer Prozess zugrunde gelegt werden (Welti, 2009:104f; vgl. auch Meyer und Raspe, 2009:114).

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen der DFG-Forschergruppe FOR 655 – Priorisierung in der Medizin (vgl. Wohlgemuth, 2009:1f). Aus unterschiedlichen Forschungsperspektiven und deren Verknüpfung untersuchten Wissenschaftler aus dem gesamten Bundesgebiet in elf Teilprojekten die Problematik der Priorisierung in der Medizin aus philosophischer, rechtlicher und ökonomischer sowie aus empirischer und medizinischer Perspektive. Unsere Arbeit fällt in den Projektbereich B – Fragen zu Knappheit und Priorisierung bei spezifischen Krankheitsbildern, präziser in das Teilprojekt B4 der ersten Förderphase der Forschergruppe: „Das schwedische Modell der Priorisierung medizinischer Leistungen: theoretische Rekonstruktion, europäischer Vergleich und Prüfung seiner Übertragbarkeit“. Die Diskussion um eine Prioritätensetzung im Gesundheitswesen hat in unterschiedlichen Ländern eine individuell lange, intensive und folgenreiche Geschichte (Busse und Hoffmann, 2010:882f). Das Teilprojekt B4 zielte auf mehrere Länderstudien – mit der (sozial)medizinischen, soziologischen und ethischen Rekonstruktion der schwedischen Entwicklung im Bereich der Versorgung von Herzkranken im Hauptfokus, weitere Untersuchungen sind Großbritannien, Dänemark und Holland gewidmet. Die Arbeit im Teilprojekt B4 soll immer im Vergleich zur Situation und Entwicklung unserer Gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik geschehen. Insbesondere da es in Deutschland lange Zeit schwer fiel, der Thematik Priorisierung medizinischer Leistungen öffentliche Aufmerksamkeit zu verschaffen. Die Diskussion hat sich aber in den vergangenen Jahren insbesondere in der Fachwelt deutlich intensiviert (Meyer und Raspe, 2009:73; Raspe und Stumpf, 2012:380f).

Im Jahr 2000 bemühte sich die ZEKO mit ihrer Stellungnahme „Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung: Müssen und können wir uns entscheiden?“, [...] „auch in Deutschland eine öffentliche Diskussion“ (ZEKO, 2000:A-1017) über eine Prioritätensetzung anzustoßen. Wiederholt wurde das

Bemühen im September 2007 durch eine zweite Stellungnahme der ZEKO: „Priorisierungsdiskussion und Prioritätensetzung in Deutschland: Welche Schritte sind notwendig?“ (ZEKO, 2007a). In der Öffentlichkeit wurden die Stellungnahmen so gut wie nicht wahrgenommen.

Bis zum Frühjahr 2009 nimmt der nationale Diskurs verhalten Gestalt an. Es äußerten sich zum Thema die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestags, „Ethik und Recht der modernen Medizin“, der Deutsche Ethikrat und der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Die wissenschaftliche Diskussion intensivierte sich simultan. So fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung seit 2006 einen Forschungsverbund zum Thema „Ethische, ökonomische und rechtliche Aspekte der Allokation kostspieliger biomedizinischer Innovationen“. Im April 2007 nahm die DFG-Forschergruppe FOR 655 die Arbeit an dem Projekt „Priorisierung in der Medizin“ auf.

Mit den Gesundheitspolitischen Leitsätzen der Ärzteschaft 2008, dem sogenannten Ulmer Papier (Deutscher Ärztetag, 2008:1f), und durch die Eröffnungsrede des damaligen Vorsitzenden der Bundesärztekammer Prof. Jörg-Dietrich Hoppe auf dem 112. Ärztetag 2009 in Mainz (Hoppe, 2009:1f) wurde das Thema medienwirksam lanciert und von der Bundesärzteschaft in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gestellt. Die Forderung an die Politik lautete, offen über Priorisierung im Gesundheitswesen zu debattieren und heimliche Rationierung von Leistung(en) und Zuwendung(en) zu vermeiden. Priorisierung sei kein Teufelswerk, sondern sei vielmehr die einzige Methode, die begrenzten Mittel, Kapazitäten und Zeitressourcen gerecht einzusetzen, da die an sich notwendige medizinische Versorgung bereits heute nicht mehr allen Patienten zur Verfügung gestellt werden könne und Rationierung bereits stattfinde (Hoppe, ebenda). Unterstützt und bis heute fortgeführt wird dieses Anliegen von Hoppes Nachfolger Dr. Frank-Ulrich Montgomery (vgl. beispielhaft Montgomery, 2011b:1).

Auch ärztliche Spitzenverbände forderten 2011 in einer Resolution zu dringenden gesundheitspolitischen Problemen, eine Priorisierung medizinischer Leistungen öffentlich zu diskutieren (Spitzenverbände, 2011:2f). 2013 forderte die 124. Hauptversammlung des Marburger Bundes den Bundesgesundheitsminister (BGM) auf, „auch in Deutschland einen systematischen Priorisierungsprozess im Gesundheitswesen in Gang zu setzen.“ (Marburger Bund, 2013:1). Die BÄK hatte bereits im Jahr 2012 eine Arbeitsgruppe zum Thema Priorisierung eingesetzt. Die Arbeitsgruppe berichtete auf den Ärztetagen in

Hannover 2013 und Düsseldorf 2014, ihr Ziel sei es vor allem, das Thema weiterzuentwickeln und den gesellschaftlichen Diskurs voranzutreiben (Bundesärztekammer, 2012:255; Schulze, 2013:1f; Bundesärztekammer, 2014:1). Ähnlich äußern sich wissenschaftliche Vertreter (vgl. beispielhaft Breyer, 2012:652f) und Vertreter anderer gesellschaftlicher Gruppen. Exemplarisch sei an dieser Stelle der ehemalige Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz Zollitsch zitiert: „Sicher ist jedoch, dass zur Bestimmung der zu garantierenden Leistungen [der GKV, Anm. FL] ein öffentlicher Diskurs dringend erforderlich ist.“ (Schlitt, 2010:10)

Findet dieser für notwendig erachtete und universal geforderte öffentliche Diskurs statt? Und wenn ja, wo findet er statt? Welche Akteure, Argumentationen und Veränderungen gestalten seinen Verlauf? Wir entschieden uns, den öffentlichen nationalen Diskurs zur Priorisierung medizinischer Leistungen in Deutschland zu untersuchen.

Ursprung der vorliegenden Untersuchung ist der 112. Deutsche Ärztetag in Mainz im Jahr 2009. Nach Hoppes Eröffnungsreferat unter dem Titel „Verteilungsgerechtigkeit durch Priorisierung – Patientenwohl in Zeiten der Mangelverwaltung“ (Hoppe, 2009:1f) war die mediale Resonanz auf die von ihm dargelegten Bedingungen und ihre Konsequenzen außerordentlich. Unterschiedlichste Akteure nahmen erstmalig mit zum Teil grundverschiedenen Haltungen durch unterschiedliche Medien Stellung. Es gelang Hoppe zu diesem Zeitpunkt, den Diskurs auf nationaler Ebene öffentlich zu machen.

Für uns galt es zunächst, den Diskursbegriff als Bestandteil unseres Forschungsinteresses einzugrenzen, um ihn methodologisch nutzbar zu machen.

3. Begriffsbestimmungen

Um ein eindeutiges Verstehen zu ermöglichen, ist es notwendig, unser Verständnis der Begriffe Diskurs, Priorisierung medizinischer Leistungen und auch Rationierung zu fixieren. Der Diskursbegriff und damit auch unser Diskursverständnis soll im folgenden Kapitel zunächst hergeleitet werden. Hinsichtlich der Begriffe Priorisierung und Rationierung gebrauchen wir die ebenfalls angeführten Definitionen der ZEKO.

3.1 Begriff des Diskurses

Der Begriff des Diskurs findet in der wissenschaftlichen Literatur keine übereinstimmende Verwendung. Vielmehr erfährt der Begriff in verschiedenen Zeitabschnitten und Disziplinen eine unterschiedliche Nutzung und Entwicklung. Diese darf gegenwärtig weder als vollendet noch darf die Bedeutung des Begriffes als vereinheitlicht verstanden werden. Kohlhaas spricht von der „Konjunktur des Diskursbegriffes“. Dieser finde sich in einer Vielzahl konzeptueller und methodischer Zurichtungen. Keinesfalls aber sei er als einheitlicher Begriff zu verstehen (Kohlhaas, 2000:29).

Aktuell ist der Begriff Diskurs vermehrt in der deutschen Öffentlichkeit zu finden, wo er oft synonym im Sinne eines öffentlichen Meinungsstreites oder einer Debatte (vgl. Kerchner, 2006a:9) verwandt wird. So spricht man vom Abtreibungsdiskurs oder dem Diskurs um erneuerbare Energien. Kaschuba beobachtet, dass mit dem Begriff Diskurs in den letzten Jahren fast alles belegt werde, was in irgendeiner Weise zur „öffentlichen Rede“ gehöre (Kaschuba, 2003:235).

Umgangssprachlich steht der Diskursbegriff auch für eine Erörterung oder methodisch aufgebaute Abhandlung. Ähnlich wie in den romanischen Sprachen, denn hier ist der Begriff eine gängige Bezeichnung für ein gelehrtes Referat. Im angelsächsischen Sprachalltag wird der Begriff allgemeiner für ein einfaches Gespräch, eine Unterhaltung zwischen verschiedenen Personen verstanden (vgl. Keller, 2011c:13).

„In den deutschsprachigen Sozialwissenschaften bezeichnete ‚Diskurs‘ lange Zeit eine eher diffuse Angelegenheit. Nicht selten wurde Diskurs mit allgemeinen Kategorien der Sozial- und Geisteswissenschaften gleichgesetzt, etwa mit ‚Sinn‘ oder ‚Kultur‘, oder Diskurs

meinte einfach eine Gesamtheit von Texten, eine Thematik oder eine Kontroverse.“
(Angermüller, 2005:23)

Historisch sieht Nennen die Ursprünge des Begriffes im Italienischen. Es werden mit ihm zunächst schwer zu ertragende, als enervierend empfundene Gesprächsverläufe bezeichnet, bei denen der Wortführer zwischenzeitlich selbst die Orientierung über das Gesagte verliert. Fast konträr wertet Nennen die historische Entwicklung des Begriffes Diskurs in der Rhetorik zum Weg der geglückten und geordneten Rede. Im Diskurs solle die sich in der Sprache artikulierende Vernunft selbst zum Ausdruck kommen. So lässt sich nach Nennen der Begriff des Diskurses in die philosophischen, rhetorischen und theologischen Traditionen der Renaissance verfolgen. Hier erfahre der Diskursbegriff eine besondere Wertschätzung insofern, als eine funktionale Äquivalenz zur Offenbarung nötig geworden war, die zuvor noch die göttliche Allwissenheit allein innehatte. Diskursiv würde nun ein Denken genannt, das linear sukzessiv voranschreite und methodisch, systematisch und begrifflich vonstatten gehe. So erhöht, erweitere diskursives Denken den Horizont des Menschen, da es nach Nennen, dem menschlichen Erkenntnisvermögen, seiner Natur, nicht möglich sei, alle einschlägigen Perspektiven gleichzeitig einzunehmen. Erst die Integration aller entscheidenden Perspektiven lasse ein angemessenes Beurteilungsvermögen in der Sache erwarten (Nennen, 2000:VII).

Schalk hält zusammenfassend drei historische Entwicklungsphasen des Diskursbegriffes fest. Die erste, bereits in der Scholastik nachweisbare, sei die metaphorische Übertragung von lateinisch *discurrere/discursus* auf das menschliche Verstandes- und Vernunftvermögen. Diskurs wird als Metapher aufgefasst: Der Denkprozess vollziehe sich als Gedankenbewegung im Hin- und Herlaufen des Verstandes.

Später finde in den Nationalsprachen die Übertragung des Diskursbegriffes aus dem Gebiet der Logik in die Rhetorik und Sprachtheorie statt. Auch das Gespräch werde in Anlehnung an den Bewegungsprozess des Verstandes metaphorisch zum Diskurs. Hier gehe, so Schalk, zunehmend die terminologische Schärfe des Begriffes verloren und Diskurs könne von hier an auch eine alltägliche mündliche Unterhaltung bezeichnen (Schalk, 1997:56f).

Die dritte Phase nehme die Bedingungen von Sprache und Bedeutung in den Blick. Sprachliche Bedeutung existiere „jeweils nur im weiteren Kontext bestehender Sprachspiele, die entweder die Extension eines sprachlichen Ausdrucks sanktionieren

(Bole, Peirce, Mead) oder gar die Möglichkeit sprachlicher Artikulation eines Gegenstandes reglementieren (Foucault, Lacan).“ (Schalk, 1997:102f)

Schalk bemerkt allgemein: „Von einer einheitlichen Bedeutung des Allerweltswortes ‚Diskurs‘ außerhalb bestimmter philosophischer oder literaturtheoretischer Konzeptionen lässt sich heute kaum noch sprechen. Es ist beruhigend zu erfahren, dass diese momentane Situation durchaus der historischen Entwicklung des Begriffes entspricht.“ (ebenda)

Die Mehrheit der Autoren verweist bei der Verortung des Begriffes ab den 1950er Jahren stets auf die Diskrepanz, welche die Bedeutung des Wortes Diskurs in den Diskurstheorien von Jürgen Habermas und Michel Foucault erfahre (vgl. Schalk, 1997:102f; vgl. Nennen, 2000:VII; vgl. Kerchner, 2006b:33f; vgl. Blatter et al., 2007:47f; vgl. Keller et al., 2011a:11f; vgl. Nonhoff, 2011:63; vgl. Kaschuba, 2012:238). Nennen spricht in diesem Fall von der deutschen Schule der Diskurstheorie als Verbindung zwischen der Kantschen Philosophie und Elementen der anglo-amerikanischen Sprechakttheorie, um im Rahmen einer Theorie des kommunikativen Handelns diskursethische Prinzipien zu ermitteln. Demgegenüber stellt Nennen die französische Schule, die sich weitgehend mit der dritten Entwicklungsphase Schalks deckt, diese sei eng mit der Diskurstheorie Michel Foucaults verknüpft (vgl. Nennen, 2000:VII).

Eine weitere umfassendere Darstellung und ein weiteres Herleiten des Diskursbegriffes in den unterschiedlichen Disziplinen soll an dieser Stelle nicht stattfinden (weiterführend: Burckhart et al., 2000:1f; Nennen, 2000:1f; Angermüller, 2001:1f; Keller, 2011c:14f; Clarke, 2012:183f). Festgestellt wird aber, dass der Diskursbegriff nach Schalk stets als „umbrella term“ verstanden werden müsse. Unter ihm versammelten sich mannigfaltige Theoriekonzeptionen der unterschiedlichsten Disziplinen und somit müsse stets der Kontext über die Begriffsbedeutung entscheiden (Schalk, 1997:56f).

Wir verwenden den Begriff Diskurs im Sinne des von Schalk als dritte Phase bzw. von Nennen als französische Schule bezeichneten Verständnisses. Nonhoff bezeichnet dieses Diskursverständnis als analytisch (vgl. Nonhoff, 2011:63ff) und sieht dieses, wie auch Kohlhaas, wesentlich durch die Großwerke Foucaults diskurstheoretisch begründet (vgl. Kohlhaas, 2000:27ff).

Der Philosoph und Historiker Michel Foucault war der wohl prominenteste Vertreter einer Diskurstheorie. Foucault habe im 20. Jahrhundert, so Keller, im zeitlichen Verlauf seines Werkes unterschiedlich akzentuierte Vorschläge zu einer Theorie und Methodologie des historischen Forschens gemacht. Diese seien allesamt um den Begriff des Diskurses errichtet (vgl. Keller, 2011c:42f). Foucault frage zunächst in der Archäologie des Wissens nach Grundmustern in spezifischen historischen Epochen, die eine Struktur für wissenschaftliche Klassifikationsprozesse vorgeben. Diese seien keine sprachlich-grammatikalischen Muster, sondern auf semantischer Ebene die Regeln der Bedeutungserzeugung einerseits und andererseits die auf institutioneller Ebene eingebetteten Praktiken der Bedeutungserzeugung. So fragt er: Wie werden die Gegenstände des Diskurses geformt, wer ist legitimer Sprecher, wie werden die Begrifflichkeiten geformt, welche rhetorischen Schemata werden eingesetzt und wie formiert sich die Strategie? Was sind die Themen und Theorien des Diskurses? Inwieweit geben sie vor, bessere Problemlösungen zu beinhalten? (ebenda; vgl. Foucault, 1982:1f; vgl. Foucault, 1992:48f)

In der nach den 1960er Jahre ansetzenden neuen Phase seiner Werkentwicklung akzentuiere Foucault, nach Keller, sein Werk neu. Er nähme jetzt Bezug auf die Formationsregeln von Diskursen. Diskurse seien unmittelbar mit Ermächtigungs- und Ausschlusskriterien gekoppelt. Dabei sei für diese Foucaultsche Machttheorie die Annahme zentral, dass in jeder Gesellschaft die Produktion des Diskurses kontrolliert, selektiert und kanalisiert werde. Diskurse können als Legitimität und Ordnung produzierende gesellschaftliche Aussagensysteme betrachtet werden. Als Wissenssystem setzen sie Sinnzuschreibungen, und die Systeme selbst erheben Geltungsanspruch. Die Herrschaft über den Diskurs gleicht einer Kontrollform zur Etablierung und Veränderung der Selbstwahrnehmung der Gesellschaft. Foucault entwerfe so ein ‚konstruktivistisches‘ Diskursverständnis. Seit „Wahnsinn und Gesellschaft“, erschienen 1961, plädiere er für eine Sicht der Wissenschaftsentwicklung, welche weder als fortschreitende Abbildung oder Repräsentation natürlich gegebener Realität noch als sich logisch entfaltender Fortschritt und Optimierungsprozess konzipiert sei. Dagegen betone er die Konstitution der Gegenstände im Sprachgebrauch und natürlich auch in den dispositiven Elementen, Praktiken und Materialitäten, die damit untrennbar verflochten seien (Keller, 2013:70f).

Aktuelle Veröffentlichungen aus den Sozialwissenschaften bauen auf diesem Fundament ihr Diskursverständnis, ihre methodischen Ansätze und Forschungsvorhaben auf. So

verstehen auch Blatter in seinem Übersichtswerk zu Forschungsansätzen und Methoden der qualitativen Politikforschung Diskurse „als Legitimität und Ordnung produzierende gesellschaftliche Aussagensysteme, als Sinnzuschreibungen, Geltungsansprüche und Wissenssysteme“ (Blatter et al., 2007:47f.). Die Herrschaft über den Diskurs sei somit eine Kontrollform zur Etablierung und Veränderung der Selbstwahrnehmung einer Gesellschaft (vgl. ebenda).

Nach Kaschuba, in seiner Einführung in die europäische Ethnologie, „meint ein erweiterter Diskursbegriff heute die Formen und Regeln öffentlichen Denkens, Argumentierens und begründungsnotwendigen Handelns als Grundprinzipien von Gesellschaftlichkeit. Es geht um das Austauschen und Aushandeln im Rahmen von Wissensordnungen, die darüber entscheiden, was wichtig und unwichtig oder richtig und falsch ist, von Werthorizonten, in denen sich gemeinsame oder unterschiedliche Ziele und Interessen herausbilden, von Argumentationsweisen, die ein Ziel oder den Weg dahin dadurch begründen können, dass sie für alle scheinbar einleuchtend und plausibel sind, und schließlich von Kompetenzen, die darüber entscheiden, wer sich wie am Diskurs beteiligen darf.“ (Kaschuba, 2003:235f)

In seiner historischen Diskursanalyse „Streit um die Wehrmacht – Die Debatten um die Wehrmachtausstellungen im Wandel der Generationen“ versteht Seidenschnur Foucaults Diskursverständnis als Interesse an dem „Wissen weniger was gesagt wird, sondern wie es gesagt wird. Im Vordergrund der Analysen Foucaults steht das vorgeprägte Vokabular, die Unterscheidungen, die narrativen Strategien, mit denen Menschen die Welt beschreiben und mit welcher begleitenden Machtinszenierung sie das tun.“ (Seidenschnur, 2010:15f) Er definiert: „Die Gesamtheit dieser Muster nennt Foucault den Diskurs.“ (ebenda)

Hajer versteht abstrakter in seiner Arbeit „Die Kontroverse über das Problem des sauren Regens in den Niederlanden und Großbritannien“ Diskurs als ein „Ensemble von Ideen, Konzepten und Kategorien [...], durch das ein Phänomen mit Bedeutung versehen wird und welches durch ein bestimmtes, identifizierbares Set von Praktiken produziert und reproduziert wird.“ (Hajer, 2010:273)

Für die vorliegende Arbeit gehen wir, basierend auf dem bisher Entwickelten, zunächst von Keller aus: „Diskurse lassen sich als Anstrengungen verstehen, Bedeutungen bzw. allgemeiner: mehr oder weniger weit ausgreifende symbolische Ordnungen zu erzeugen,

zu stabilisieren und dadurch einen verbindlichen Sinnzusammenhang, eine Wissensordnung in sozialen Kollektiven zu institutionalisieren.“ (Keller, 2005:49) Insofern ist nach Keller, zurückgehend auf Foucault, unser Weltwissen „nicht auf ein angeborenes Kategoriensystem rückföhrbar, sondern auf gesellschaftlich hergestellte symbolische Systeme oder Ordnungen, die in und durch Diskurse produziert werden.“ (Keller, 2011a:59) Im Sinne unseres Forschungsinteresses nutzten wir die von Keller unmittelbar aus seinem Diskursverständnis entwickelte Perspektive der Wissenssoziologischen Diskursanalyse (WDA) und legen diese unserer Arbeit zugrunde. Als Grundbegriff der WDA wird der Begriff wie folgt definiert: „Diskurs: Eine nach unterschiedlichen Kriterien abgrenzbare Aussagepraxis bzw. Gesamtheit von Aussageereignissen, die mit Blick auf institutionell stabilisierte gemeinsame Strukturmuster, Praktiken, Regeln und Ressourcen der Bedeutungserzeugung untersucht werden.“ (Keller, 2008:229)

Wem sich an dieser Stelle der Arbeit die Entscheidung für das Diskursverständnis nach Keller und die Perspektive der WDA noch nicht vollständig erschließt, wird gebeten, dies erneut nach der Lektüre der folgenden Kapitel zu bewerten. Daher sei an dieser Stelle angemerkt, dass die Erläuterungen zu Hintergrund, Diskursbegriff, Diskursanalyse, Methodik etc. den Anschein eines chronologischen Vorgehens und Aufbau eines jeden Arbeitsschrittes auf dem Vorherigen vermitteln. Jedoch gilt für die vorliegende Arbeit als WDA im Sinne Kellers: „Generell werden die einzelnen Phasen, insbesondere diejenigen der Literaturlauswertung und Datenerhebung/Datenanalyse selten in streng linearer Reihenfolge umgesetzt. Häufiger sind Wechselbewegungen zwischen den Etappen des Forschungsprozesses.“ (Keller, 2011c:84) Dies gilt im weiteren Sinne für die gesamte qualitative Sozialforschung. Im Gegensatz zu den quantifizierenden Sozialwissenschaften soll nicht initial an der Modellbildung angesetzt werden und es sollen nicht Hypothesen bereits operationalisiert an ein Untersuchungsfeld herangetragen werden. Vielmehr sollen diese in Auseinandersetzung mit dem Feld entdeckt und entwickelt werden. Flick spricht hier, ähnlich der Theorieentwicklung der Grounded Theory Method, nicht von einem streng linearen Vorgehen, sondern eher von einem zirkulär ablaufenden Prozess (vgl. Flick, 2007:122). So ist auch die vorliegende Arbeit nicht in einem linearen Prozess entstanden. Vielmehr liegt ihr ein zirkulärer Entstehungsprozess zugrunde. Wir wollen aber mit der linearen Darstellung eines zirkulären Prozesses unterschiedlichen Kritikpunkten an qualitativen Arbeiten vorbeugen (vgl. Kapitel 9.1). Als zentral gilt es, unsere Entscheidung für das genutzte Diskursverständnis, die Methodik und die damit

verbundenen Ziele von Anfang an offen darzulegen und ebenso im Verlauf stets Folgerungen und letztendlich die Ergebnisse entsprechend darzustellen.

3.2 Begriff der Priorisierung

„Priorisierung ist die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vor anderen. Ihr Gegenteil wird mit Posteriorisierung bezeichnet. Grundsätzlich führt Priorisierung zu einer mehrstufigen Rangreihe. An deren oberen Ende steht, was nach Datenlage und fachlichem wie öffentlichem Konsens als unverzichtbar bzw. wichtig erscheint, am Ende das, was wirkungslos ist bzw. mehr schadet als nützt. Nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen (d. h. Verknüpfungen bestimmter gesundheitlicher Problemlagen mit zu ihrer Lösung geeigneten Leistungen) können priorisiert werden. Generell lässt sich – unscharf – eine ‚vertikale‘ Priorisierung innerhalb eines abgegrenzten Versorgungsbereichs (z. B. Herzkrankheiten und ihre Versorgung) von einer ‚horizontalen‘ (d. h. Priorisierung unterschiedlicher Krankheits- und Krankengruppen bzw. Versorgungsziele) unterscheiden.“ (ZEKO, 2007a:3f)

3.3 Begriff der Rationierung

„Rationierung ist das (vorübergehende oder dauerhafte) Vorenthalten medizinisch notwendiger oder wenigstens nützlicher Leistungen aus Knappheitsgründen. Zur Abgrenzung, Priorisierung als solche führt nicht zwangsläufig zu Rationierung. Explizite Rationierungen erfolgen nach ausdrücklich festgelegten, allgemein verbindlichen Regeln und Kriterien oberhalb der Arzt-Patient-Beziehung. Eine gezielte, explizite Rationierung bietet die Möglichkeit, die vorhandenen Ressourcen gleichmäßig unter Sicherung vordringlicher Bedarfe zu verteilen. Bei impliziten Rationierungen entscheidet hingegen der Arzt oder eine andere Instanz im Einzelfall ohne feste Vorgaben oder nach ökonomischen Steuerungsmechanismen über die Zuteilung medizinischer Leistungen.“ (ZEKO, 2007a:4)

Nach Fixieren dieser grundlegenden Begrifflichkeiten bedarf unsere Arbeit, wie jede wissenschaftlich-empirische Arbeit nach Przyborski und Wohlrab-Sahr, zunächst einer

Klärung grundlegender Fragen und daraus folgender Festlegungen. Was ist das Erkenntnisinteresse und die Fragestellung? Wie positionieren wir uns methodologisch? Welche Erhebungsverfahren nutzen wir? Welche Methodik wollen wir hinsichtlich der Auswertung nutzen? (vgl.: Przyborski und Wohlrab-Sahr, 2008:15)

4. Qualitative Methoden und Verortung der gewählten Methodik

Ähnlich dem Diskursbegriff findet auch der Begriff der Diskursanalyse weder eine einheitliche Verwendung, noch versteht man darunter eine einheitliche Methodologie (für eine einführende Übersicht: Taylor, 2001:5f). „Die methodischen Vorschläge, wie Diskursanalysen durchzuführen sind, bleiben in einem Großteil der Literatur eher unpräzise und implizit. Theoretische Arbeiten und empirische Resultate dominieren demgegenüber.“ (Flick, 2010:431) „Dennoch – wenn Soziologie empirische Wissenschaft, nicht aber Roman oder Reportage sein will, ist der Anspruch an die prinzipielle Offenlegung und Nachvollziehbarkeit der Interpretationsschritte aufrecht zu erhalten. Dies wiederum erfordert eine methodische Systematik des Vorgehens und gilt unabhängig davon, ob subjektive oder kollektive Wissensvorräte bzw. die diese anzeigenden oder dokumentierenden Formen der Entäußerungen untersucht werden.“ (Keller, 2008:274) Im vorliegenden Kapitel soll unsere Entscheidung für die Methodik der WDA nach Keller und dem damit zugrunde gelegten Diskursbegriff verdeutlicht werden.

Ausgangspunkt der Wahl unserer Methodik war zunächst die Entscheidung für eine qualitative Forschungsarbeit. Brüsemeister versteht die Hauptunterschiede zwischen quantitativen und qualitativen Methoden in den Begriffen „Überprüfen“ und „Entdecken“. „Qualitative ForscherInnen stehen am Beginn ihrer Forschung vor einer ganz anderen Situation als quantitative ForscherInnen. Sie haben keine Theorien zur Verfügung, die ihren Untersuchungsgegenstand ausreichend erklären. Sie wollen diese Theorien mit Hilfe von ‚generativen Fragen‘ erst entwickeln; Wissensbestände und Deutungsmuster bestimmter Akteursgruppen gilt es zu rekonstruieren.“ (Brüsemeister, 2008:19ff) Auch nach Flick benötigen „Standardisierte Methoden [...] für die Konzipierung ihrer Erhebungsinstrumente (z. B. ein Fragebogen) eine feste Vorstellung über den untersuchten Gegenstand, wogegen qualitative Forschung für das Neue im Untersuchten, das Unbekannte im scheinbar Bekannten offen sein kann.“ (Flick et al., 2009:17) Hinsichtlich unseres Forschungsinteresses standen uns kaum bekannte Theorien zur Verfügung, die es zu überprüfen gälte. Uns schien ein quantitativer Ansatz, dem die Identifikation und Isolation von Variablen zugrunde liegt, ungeeignet. Flick, wie auch Strauss und Corbin, stellen grundsätzlich infrage, ob es bei bestimmten Untersuchungsfragen überhaupt möglich sei, „Variablen eindeutig zu identifizieren und zu isolieren, weshalb ein

experimentelles Design nicht formuliert werden kann“ (Flick, 2007:26), respektive bestimmte Phänomene nicht mit quantitativen Methoden aufzeigbar seien (vgl. Strauss und Corbin, 1996:5).

Flick folgend und auch Rosenthal und Mayring miteinbeziehend, wollen wir Neues entdecken und daraus empirisch begründete Theorien entwickeln (vgl. Mayring, 2002:19f; vgl. Flick 2007:27; vgl. Rosenthal, 2008:18f). Nach Strauss, Mitbegründer der Grounded Theory Method, die sich in den „letzten vier Jahrzehnten zu einem der am weitesten verbreiteten Verfahren der qualitativ-interpretativen Sozialforschung“ (Strübing, 2008:7) entwickelt hat, können insbesondere Qualitative Methoden „verstehen helfen, was hinter wenig bekannten Phänomenen liegt“ (Strauss und Corbin, 1996:5). Glaser und Strauss haben das wohl bekannteste Instrumentarium zur systematischen Entwicklung von Theorien, ausgehend von der Analyse unbekannter Phänomene, entwickelt: Die Verfahren der Grounded Theory Method bzw. der gegenstandsbegründeten Theoriebildung (vgl. Strauss, 1994; vgl. Strauss und Corbin, 1996; vgl. Glaser und Strauss, 2008). Flick fasst diese an anderer Stelle wie folgt zusammen: Im Gegensatz zum linearen Vorgehen der quantitativen Methoden wird bei qualitativen Arbeiten dem Feld und den Daten Priorität gegenüber theoretischen (Vor-)Annahmen eingeräumt. „Diese sollen nicht an den untersuchten Gegenstand herangetragen, sondern in der Auseinandersetzung mit dem Feld und darin vorgefundener Empirie entdeckt und als Ergebnis formuliert werden.“ (Flick, 2007:124) Nach Mayring soll dies induktiv geschehen und nicht deduktiv an das Material herangetragen werden (Mayring, 2002:19f). Flick spricht weiter davon „Methoden so offen zu gestalten, dass sie der Komplexität im untersuchten Gegenstand gerecht werden können“ (Flick, 2007:27). In der qualitativen Forschung würden Gegenstände eben „nicht in Variablen zerlegt, sondern in ihrer Komplexität und Ganzheit in ihrem alltäglichen Kontext untersucht“ (ebenda).

Ausgehend von den Untersuchungszielen (siehe Kapitel 5), entschieden wir uns für eine qualitative Ausrichtung der Arbeit.

Außer Zweifel existiert auch in der qualitativen Forschung nicht die eine einzige Methode. Eine einheitliche, verbindliche und allseits akzeptierte Methode qualitativer Forschungsansätze würde nach Lamnek sogar dem Selbstverständnis dieser Forschungsrichtung widersprechen (Lamnek, 2010:75). Vielmehr muss der Forschende aus

einer breiten Palette möglicher Methoden, die oft in einem konkreten Forschungszusammenhang entwickelt wurden, selektieren.

Festgelegt auf einen qualitativen Ansatz, orientierten wir uns bezüglich der unter dem Titel „Qualitative Forschung“ zu verortenden Forschungsdesigns an den Vorschlägen von Flick (vgl. Flick, 2007:127f) und Lamnek (vgl. Lamnek, 2010:28f).

Hinsichtlich möglicher Forschungsperspektiven und den grundlegenden Sinnkonzepten als Charakteristika einer Ordnung qualitativer Forschung nach Flick und Lamnek fällt unser Forschungsinteresse unter das Erkenntnisziel der Rekonstruktion sozial geteilter Sinngehalte. Flick und Lamnek verstehen hierunter beispielsweise Deutungsmuster, Erfahrungsräume und Lebenswelten bzw. die Beschreibung der Prozesse der Herstellung vorhandener (alltäglicher, institutioneller oder allgemein: sozialer) Situationen, Milieus und sozialer Ordnung. Für die Interpretation der Daten können entsprechend die Gattungs-, Dokumenten-, Konversations- oder auch die Diskursanalyse dienen (vgl. Flick, 2010:550; vgl. Lamnek, 2010:200). Wir präzisierten unsere Methodik weiter und entschieden uns für eine Diskursanalyse. In „Doing Conversation, Discourse and Document Analysis“ erläutert Rapley Diskursanalyse im Glossar: „People studying discourse are interested in how language is used in certain contexts. The focus is on how specific identities, practices, knowledge or meanings are produced by describing something in just that way over another way. This can mean a focus on languages used in specific instances or interaction, like children playing, or a number of texts on a specific issue, like newspaper reports of a disaster, to a broader, often historical, focus on systems of knowledge, like the medicalization of attention deficit hyperactivity disorder.“ (Rapley, 2007:132) Letztendlich fanden wir unter den möglichen diskursanalytischen Ansätzen mit der Wissenssoziologischen Diskursanalyse nach Keller die passende Forschungsperspektive. Keller geht davon aus, dass „unser Weltwissen nicht auf ein angeborenes, kognitives Categoriesystem rückführbar [ist], sondern auf gesellschaftlich hergestellte symbolische Systeme und Ordnungen, die in und durch Diskurse produziert werden“ (Keller, 2011c:59). Die WDA erforscht diese „gesellschaftlichen Praktiken und Prozesse der kommunikativen Konstruktion, Stabilisierung und Transformation symbolischer Ordnungen“ (ebenda; vgl. auch Keller, 2013:69f) und greift mit ihrem Bezug zur qualitativen Sozialforschung auf deren breites Methodenspektrum zurück. Des Weiteren liegt ihr ein klar definierter Diskursbegriff (siehe Kapitel 3.1) zugrunde, der unmittelbar mit der Forschungsperspektive verbunden ist. Es sollen die Mechanismen der Diskursformation in

Gestalt eingesetzter kommunikativer Gattungen, institutioneller Strukturierungen von Sprecherpositionen, die Ausfüllung dieser Rollen durch tatsächliche Sprecher und die Konstruktion des Wissens und der Welt, die sie dabei vornehmen, untersucht werden. Es geht eben nicht um die Beschreibung der Einmaligkeit diskursiver Ereignisse, sondern vielmehr um das Herausarbeiten typischer Diskursgestalten, allgemeiner Regeln, Aussagen, Subjektpositionen, Entwicklungen und Maßnahmen (vgl. Keller, 2008:272f). „Ihr Forschungsgegenstand ist -mit anderen Worten- die Produktion und Transformation gesellschaftlicher Wissensverhältnisse durch Wissenspolitiken, d.h. diskursiv strukturierte Bestrebungen sozialer Akteure, die Legitimität und Anerkennung ihrer Weltdeutungen als Faktizität durchzusetzen.“ (Keller, 2008:188) Flick versteht die WDA als einen ausdifferenzierten kritischen diskursanalytischen Ansatz im Sinne Michel Foucaults. „Dabei stehen Themen wie Kritik, Ideologie und Macht stärker im Zentrum als bei anderen Versionen der Diskursanalyse.“ (Flick, 2010:430) Die WDA hat sich bereits vielfach in qualitativen Arbeiten bewährt, exemplarisch seien an dieser Stelle genannt: Bechmanns Analyse: „Gesundheitssemantiken der Moderne – Eine Diskursanalyse der Debatten über die Reform der Krankenversicherung“ (Bechmann, 2007), Madeker: „Türkei und europäische Identität – Eine wissenssoziologische Analyse der Debatte um den EU-Beitritt“ (Madedker, 2008) oder Fischer: „Über das Verhältnis von Zahl und Wirklichkeit – Der Umgang mit statistischem Wissen im massenmedialen Diskurs“ (Fischer, 2009).

Hinsichtlich der Methodik gilt für die WDA, dass diese einen Gegenstandsbereich und eine organisierende Perspektive in Abgrenzung zu einer konkreten Methode formuliert. Die WDA wendet verschiedene Forschungsmethoden der Datenerhebung und Datenauswertung an, wie beispielsweise die Analyse kommunikativer Gattungen, teilnehmende Beobachtung oder die Grounded Theory Method. So ist das Vorgehen, ganz im Verständnis qualitativer Forschung, nicht vorab festgelegt, sondern hängt unmittelbar von den Forschungsinteressen, der Fragestellung und den zur Verfügung stehenden Daten ab (vgl. Keller, 2008:263f; 2011a:97f und 148f; 2012:49f).

Für den methodischen Schritt der Feinanalyse als Bestandteil der WDA wählten wir aus der Methodik der qualitativen Sozialforschung das Prozessmodell der induktiven Kategorienbildung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Dies erweiterten wir durch das Kodierparadigma der Grounded Theory Method nach Glaser und Strauss. Die

Begründung hierfür erschließt sich im Verlauf der Arbeit, insbesondere aber in der Präsentation der Daten bzw. der darauffolgenden Feinanalyse (siehe Kapitel 6.3).

5. Untersuchungsziele und Fragestellungen

Trotz der „Offenheit“, (Lamnek, 2005:20f; vgl. auch Mayring, 2002:22; Flick, 2007:27f Rosenthal, 2008:48f) der „Flexibilität“ (Lamnek, 2005:20f) und dem „Verzicht auf die Hypothesenbildung ex ante“ (Hoffmann-Rhiem, 1980:339f), der die qualitative Methodik auszeichnet, ist es notwendig, zu Beginn einer qualitativen soziologischen Untersuchung eine Fragestellung zu entwickeln. Hierbei befindet sich der Forschende immer in einem Wirkungsfeld zwischen dem interessierenden Phänomen, den Quellen und der Neugierde des Forschers (Przyborski und Wohlrab-Sahr, 2008:15).

Die von uns gewählte Forschungsperspektive und Methodik bedient sich der Qualitativen Inhaltsanalyse und auch des Instrumentariums der Grounded Theory Method (siehe Kapitel 6.3). Wir folgen Strauss und Corbin, dass die Fragestellung den Weg weisen soll, einen ganz bestimmten Gegenstandsbereich, den Ort oder Platz an dem Ereignisse stattfinden, Dokumente und das Handeln der Menschen zu untersuchen oder Informanten zu interviewen. So ermögliche die Fragestellung, während des gesamten Forschungsprojekts beim interessierenden Themenschwerpunkt zu bleiben (Strauss und Corbin, 1996:24). Auch Flick erklärt die Formulierung einer Fragestellung vor Beginn der Arbeit am Datenmaterial zu einem zentralen Punkt für den Erfolg qualitativer Forschung. Mit ihrer Hilfe gewinne man Klarheit über das untersuchte Phänomen, begründe die Entscheidung für eine Methodik und man stelle fest ob die gegebene Fragestellung mit der betreffenden Methode zu beantworten sei (Flick, 2007:132f).

Darüber hinaus obliege es, nach Keller, dem Forscher, hinsichtlich der Fragestellung abzuwägen: Einerseits müsse eine Fragestellung zugrunde gelegt werden. Andererseits dürfe diese Fragestellung nicht frühzeitig den Charakter einer Hypothese besitzen und müsse so offen formuliert sein, dass eine Entwicklung ausgehend vom Material möglich bleibe. Nach einer ersten Sondierung des Feldes und den ersten Analysen am Material empfehle sich ein Innehalten mit Reflexion auf Ziele, Fragestellung und Methodik. Gegebenenfalls müsse eingesehen werden, dass die verfolgten Ziele mit der Methodik nicht zu erreichen seien und an der Fragestellung Modifikationen vorgenommen werden müssten (Keller, 2011c:116).

Für die Forschungspraxis schlägt Keller weiter vor, zunächst vor dem Hintergrund des Erkenntnisinteresses theoretisch die Abstraktionsebene eines Diskurses festzustellen. Dies solle thematisch, disziplinspezifisch oder akteurspezifisch erfolgen. Im Anschluss erfolge die Fixierung der Fragestellung (vgl. Keller, 1997:326).

Ergänzend entwickelt Schwab-Trapp in einem Beitrag zum Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse, dass Diskurse verbindliche Deutungen für soziale und politische Ereigniszusammenhänge produzieren würden. Diese Deutungen werden in Konflikten entwickelt. Somit ist Diskursanalyse, die die Entstehung, die Verbreitung und die Institutionalisierung solcher Deutungen untersucht, stets Konfliktanalyse, Analyse öffentlicher Auseinandersetzung und somit auch Prozessanalyse (vgl. Schwab-Trapp, 2006:266f).

„Das Programm der Wissenssoziologischen Diskursanalyse zielt [...] auf die Rekonstruktion der diskursiven Konstruktion der Wirklichkeit. Ein solches Vorhaben impliziert einen Moment des Verstehens und einen Moment des Erklärens, die beide jedoch als miteinander ‚verwickelte‘ Elemente der wissenschaftlichen Rekonstruktion gelten können. Rekonstruiert und verstanden werden sollen zunächst die Erscheinungsweisen und Verläufe der jeweils untersuchten Diskurse. Dieser Schritt der Diskursanalyse richtet sich auf Regeln, Akteure und Inhalte der Diskursproduktion.“ (Keller, 2008:267f) Keller spricht von einer typisierenden Deskription. In Verwicklung mit der Deskription erfolgt der Schritt der Dekonstruktion. In diesem werden die Aussagenereignisse in einem Vorgang interpretativer Erschließung auf allgemeinere Kategorien bezogen, auf Muster befragt, auf Konsistenzen, Implikationen u.a. geprüft (vgl. ebenda). Dies muss zwingend im Verlauf des Diskurses über die Zeit geschehen, denn Diskursanalyse ist stets auch Prozessanalyse (Schwab-Trapp, 2010:176f).

Es bleibt zu bedenken, dass es fast unmöglich ist, in einem einzelnen Forschungsvorhaben einen Diskurs unter den von Keller und Schwab-Trapp beschriebenen Gesichtspunkten in seiner ganzen Länge und Tiefe zu erfassen. „Die Ressourcenausstattungen und vielfach die (Un-)Möglichkeiten des Datenzugangs zwingen zu Einschränkungen im Forschungsprozess. Konkrete Diskursanalysen müssen kapazitätsbedingt Schwerpunktbildungen vornehmen.“ (vgl. Keller, 2011c:65ff)

Sämtliche angeführte Konkretisierungen sollen in Verbindung miteinander als Grundlage für die folgenden Fragestellungen der vorliegenden Arbeit dienen.

Einer Priorisierung medizinischer Leistungen sollte ein gesellschaftlicher und damit auch politischer Prozess zugrunde gelegt werden. Wir wollen die Diskursproduktion mit folgender Fragestellung untersuchen:

(1) Was sind die entscheidenden Ereignisse und wer sind die entscheidenden Akteure des öffentlichen nationalen Priorisierungsdiskurses in Deutschland zwischen dem 112. Deutschen Ärztetag 2009 und dem 113. Deutschen Ärztetag 2010 bzw. erweitert dem 30. April 2014?

Mit der Festlegung auf den nationalen öffentlichen Priorisierungsdiskurs in Deutschland und der zeitlichen Eingrenzung erfolgte die benötigte Konkretisierung der Abstraktionsebene und eine Schwerpunktbildung (siehe oben).

Ergänzend schließt sich die Subfragestellung (1a) an. Für diese nutzen wir den Begriff der Phänomenstruktur, den Keller angelehnt an Schetsche und auch Gerhards (Gerhards, 1992:307-318; vgl. Schetsche, 1996:66) versteht. Keller stellt fest, dass Diskursakteure bei dem Versuch, ihre Anschauungen bestimmter Objekte auf der öffentlichen Agenda zu etablieren, zumeist argumentativ unterschiedliche Elemente benennen müssen. Diese Elemente fügen sich zu einer Gestalt, eine Phänomenstruktur zusammen. Wiederkehrende als Argumente artikulierte Bausteine formen eine Phänomenstruktur. Diskursakteure setzen Bedingungen und bestimmen im Anschluss die Art des sich ergebenden Problems. Es werden Zuständigkeiten und Verantwortung für Bedingungen bzw. das sich ergebende Problem verteilt und schlussendlich Folgen und Handlungsmöglichkeiten abgeleitet. Zumeist liegen ex- oder implizite Wertvorstellungen zugrunde bzw. wird auf diese zurückgegriffen und diese den betreffenden Akteuren zugeteilt. Die Inhalte und die Bausteine einer solchen Phänomenstruktur sind dem Diskursanalytiker naturgemäß nicht vor der Materialanalyse bekannt, sondern müssen aus den Daten erschlossen werden (vgl. Keller, 2007:68 und 99; Keller, 2011c:103). Wir formulierten die Subfragestellung (1a):

(1a) Welcher Argumente bedienen sich die Akteure und welche Phänomenstrukturen werden hieraus konstituiert?

Eine weitere Subfragestellung bezieht sich auf das genannte Verständnis einer Foucaultschen Diskursanalyse nach Flick bzw. im konkreten Fall der WDA nach Keller. Diskursanalyse ist stets Prozessanalyse und Analyse öffentlicher Auseinandersetzung, in diesem Rahmen werden Ideologien legitimiert. Dies führt letztendlich zu Machtausübung, insofern ist Diskurs stets Auseinandersetzung und wir ergänzen als weitere Subfragestellung:

(1b) Wie verändern sich die Argumente und Phänomenstrukturen über den Untersuchungszeitraum und wie bedingen sie sich in dieser Veränderung wechselseitig?

Bestenfalls wird es uns zum Abschluss der Untersuchung möglich sein, eine Entwicklung über die Zeit, mögliche Verbindungen zwischen Argumenten und Phänomenstrukturen zu rekonstruieren und gegebenenfalls Erklärungen anzubieten. Dazu könnten nach Keller beispielhaft Erfolge in der Stabilisierung bestimmter Phänomene sowie Anerkennung der Diskursproduktion bestimmter Akteure, ihrer Interessen sowie damit einhergehende gesellschaftliche Herrschaftsbeziehungen (Keller, 2008:272f; vgl. Keller, 2005:243) zählen. Diese weit gefasste Fragestellung soll die dritte Subuntersuchungsfrage näher bestimmen:

(1c) Lassen sich hinsichtlich der Entwicklung im Untersuchungszeitraum Argumente und/oder Phänomenstrukturen finden, die dominieren und/oder besonders umstritten sind, und werden Deutungsmuster stabilisiert?

Ähnlich dem Begriff der Phänomenstruktur bezieht sich der Begriff des Deutungsmusters auf mögliche Strukturierungselemente von Diskursen. Nach Keller, der wissenssoziologischen Tradition entnommen, erfolgt im Verlauf eines Diskurses die Erzeugung neuer oder die Verknüpfung bereits bestehender allgemeiner Deutungsmuster. Diese seien dann im gesellschaftlichen Wissensvorrat verfügbar. Sie organisieren hiermit Vorstellungen und Modelle angemessenen Handelns und stiften dadurch gemeinschaftlichen Sinn bzw. gemeinschaftliche Realität. Einzelne oder Kollektive von Akteuren sind demnach bestrebt, ihre Phänomenstrukturen vollständig oder partiell als Deutungsmuster im Diskurs zu etablieren. Zwingend geschieht dies dennoch stets in Auseinandersetzung mit bereits vorhandenen Deutungsmustern (vgl. Keller, 2007:104f).

Unser Ziel soll es weiterhin sein, einen jeden Schritt dieser Arbeit nachvollziehbar offenzulegen. Im folgenden Kapitel wird das erste Sondieren des Untersuchungsfeldes sowie die Festlegung und endgültige Zusammenstellung unseres Datenkorpus dargestellt. Im Anschluss werden an Hand der Diskursfragmente die Akteure und ihre Äußerungszeitpunkte festgestellt und eine Antwort auf Fragestellung (1) gegeben. Für die folgende Feinanalyse an jedem einzelnen Diskursfragment erläutern wir unsere Entscheidung für die induktive Kategorienbildung der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring aus dem Instrumentarium der qualitativen Sozialforschung. Diese erweitern wir um Elemente der Grounded Theory Method nach Anselm und Strauss. Hiermit werden Hauptkategorien gebildet, welche die Subfragestellungen (1a), (1b) und (1c) beantworten. Auch erläutern wir, wie die Feinanalyse und die Auswertung im Sinne der typisierenden Deskription und der Dekonstruktion nach Keller erfolgt.

6. Realisierung der Methodik

6.1 Datenkorpus

6.1.1 Sondierung des Untersuchungsfeldes

Die den Diskurs bildenden Fragmente, die empirischen Daten, finden sich nach Keller als einzelne Äußerungen, die für gewöhnlich zeitlich und räumlich verstreut auftreten. Es wird in der Diskursanalyse unterstellt, dass diese einer Struktur unterliegen. Dies soll nach Keller als Suchhypothese für die Zusammenstellung eines Datenkorpus eingesetzt werden (vgl. Keller, 2008:43; Keller, 2011c:83). Strauss und Corbin sehen hier die Fragestellung als wesentlich an. Sie solle den Forscher anhalten, an einem bestimmten Ort, an dem Ereignisse stattfinden, Dokumente zu sammeln und das Handeln der Menschen zu untersuchen (Strauss und Corbin, 1996:1). Flick und Lamnek schlagen grundsätzlich für die diskursanalytische Datenerhebung aus dem Arsenal der qualitativen Sozialforschung Leitfadeninterviews, Beobachtungsmethoden, Aufzeichnung von Interaktionen und Dokumentenanalyse vor (Flick, 2010:550; Lamnek, 2010:200).

Ausgehend von der Annahme, dass die Artikulation eines kompletten Diskurses in einem Fragment ein unwahrscheinlicher Grenzfall sei, empfiehlt Keller weiter die Sondierung des Untersuchungsfeldes vor der Datenerhebung (vgl. Keller, 2011c:86). Die Fragestellung könne hierdurch präzisiert und die Datengrundlage den Erfordernissen angepasst werden. In diesem Kontext müssten auch Fragen der Forschungspraxis gestellt werden, wie beispielhaft: In welchem Format liegen die Daten vor? Sind sie dem Forschenden uneingeschränkt zugänglich? (siehe ebenda)

Wir entschieden uns, eine Sondierung durchzuführen. Ihr Fokus sollte auf dem 112. Deutschen Ärztetag, der vom 19. bis 22. Mai 2009 in Mainz stattfand, liegen. Hier stand das Thema „Priorisierung von medizinischen Leistungen“ im Mittelpunkt. Der Deutsche Ärztetag ist die jährliche Hauptversammlung der Bundesärztekammer und erfährt wie kaum eine andere Tagung im Gesundheitswesen die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit. Präsident des Deutschen Ärztetages, Sitzungsleiter und zugleich Präsident der Bundesärztekammer war zu diesem Zeitpunkt Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe. Seine Rede zur Eröffnung des 112. Deutschen Ärztetages stand unter dem Titel: „Verteilungsgerechtigkeit durch Priorisierung – Patientenwohl in Zeiten der

Mangelverwaltung.“ In dieser äußert er sich wie folgt: „deshalb habe ich das Thema [Priorisierung von medizinischen Leistungen, Anm. FL] jetzt ganz bewusst angesprochen. Ich will eine Diskussion provozieren, in der die Politik Farbe bekennen muss. Und ich will eine Diskussion in der Gesellschaft anstoßen, wie viel diese bereit ist, für Gesundheit auszugeben.“ (Hoppe, 2009)

Unmittelbar vor und nach diesem Ereignis berichteten das Fernsehen, der Hörfunk, digitale Medien und Printmedien über die Vorschläge Hoppes. Es wurde während der Sondierung deutlich, dass schon im Vorfeld des Ärztetages die Presse gezielt auf die Aussagen Hoppes vorbereitet worden war. Dies bestätigte sich bei der Lektüre des Medien-Echos der Bundesärztekammer. In einer Vorpressekonferenz informierte die Bundesärztekammer bereits zwei Wochen vor dem Ärztetag Vertreter der Fachpresse, der Tagespresse und der Nachrichtenagenturen ausführlich über die Schwerpunktthemen (Medien-Echo, 2009:1). Unter vielen zusammengetragenen heterogenen Diskursfragmenten seien hier exemplarisch genannt: die Presseschau der Bundesärztekammer, die Eröffnungsrede des 112. Deutschen Ärztetages, die gesundheitspolitischen Leitsätze der Ärzteschaft (Ulmer Papier) und die Stellungnahmen der ZEKO zum Thema Priorisierung in der Medizin. Wir sichteten Printausgaben und Nachrichtenportale und trugen Artikel verschiedenster Magazine, Tages- und Wochenzeitungen mit lokalem und nationalem Spektrum zusammen. Exemplarisch genannt seien hier wiederum die Frankfurter Allgemeine Zeitung, die taz, Die Welt, die Süddeutsche Zeitung, die Frankfurter Rundschau, der Focus, der Stern, Der Spiegel, die Bildzeitung und Die Zeit. Weiterhin wurden auch TV-Berichte, wie beispielhaft der ARD Tagesschau, der ARD Tagesthemen, des ZDF Heute Journals, des RTL Nachtjournals und der n-tv-Nachrichten gesammelt. Auch die Pressemitteilungen und Statements des GKV-Spitzenverbandes und Informationen des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages wurden in den Prozess der Sondierung aufgenommen.

6.1.2 Abstecken des Datenkorpus

In einer ersten Sichtung der zusammengetragenen Fragmente verschafften wir uns einen Überblick über die sondierten Quellen, um uns im Anschluss dem endgültigen Korpus wie folgt zu nähern.

Zweifelsohne basiert die Mehrheit der diskursanalytischen Arbeiten gegenwärtig auf rein textförmigen Daten. Dennoch unterscheidet Keller weitere mögliche Formate wie Vergegenständlichungen in Objekten sowie beobachtbare soziale Praktiken (vgl. Keller, 2011c:87). Die Auswahl sollte stets der Fragestellung und den Untersuchungszielen folgen. Fragestellung (1) sieht für unseren Fall vor, den nationalen öffentlichen medialen Priorisierungsdiskurs in Deutschland zu untersuchen. Über die öffentliche, die gesellschaftliche Anerkennung einer Problemdeutung in Deutschland entscheidet bis heute letztlich die Berücksichtigung des Themas in den Massenmedien (vgl. beispielhaft Gerhards et al., 1998:87f; Ferree et al., 2002:9f; Schetsche, 2008:57f; Lehmkuhl, 2011:2f). Insofern bedeutet für uns öffentlicher medialer Diskurs, im Sinne unserer Fragestellung, öffentlicher massenmedialer Diskurs.

Weiter entschieden wir uns für die Analyse gedruckter massenmedialer Diskursfragmente, auf die Analyse audiovisueller Daten und sozialer Praktiken wurde bewusst verzichtet, denn nach Schetsche wird eine systematische Rekonstruktion, wenn beispielhaft Fernsehbeiträge mit einbezogen werden, fast unmöglich. Der Verlauf der Berichterstattung in Dokumentenform, etwa in Beiträgen für politische Magazinsendungen, ist nachträglich ebenso schwer nachzuvollziehen wie die Thematisierung in fiktionalen oder hybriden Formaten (vgl. Schetsche, 2008:60). Auch ist nach Schwab-Trapp die Analyse von Printmedien „methodisch besser abgesichert als eine Analyse der Fernsehberichterstattung, die Text- und Bildanalyse aufeinander beziehen muss“ (Schwab-Trapp, 2007:83).

Ferner wurde auf die Möglichkeit, online präsente Medien wie die Nachrichtenportale großer Verlagshäuser und deren digitales Angebot, in den Korpus mit aufzunehmen, verzichtet. Hierfür sprach, dass Printmedien Diskussionen über längere Zeiträume hinweg verfolgen (vgl. ebenda). Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund unserer Untersuchungsziele und des Untersuchungszeitraumes von Bedeutung. Jarren und Donges beleuchten die Charakteristika von Zeitungen, insbesondere im Vergleich zu elektronischen Medien. Sie verweisen auf printmedienspezifische Eigenschaften wie Disponibilität, Archivfunktion, Selbstbestimmung der Rezeption und die größere Informationskapazität von Printmedien, wiederum im Kontrast zu Hörfunk und Fernsehen (Jarren und Donges, 2011:166 und 388). Nicht zuletzt fiel unsere endgültige Entscheidung zugunsten eines Korpus aus printmedialen Diskursfragmenten, da sich vor dem Hintergrund der uns zur Verfügung stehenden Ressourcen auch Verwaltung, Auswertung und Quellensicherung praktikabler gestalten würden.

Wir konzentrierten uns bei der Auswahl des Datenkorpus auf massenmediale Printmedien, die den Diskurs abbilden. Hinsichtlich der Auswahl der Printmedien legten wir das Konzept der opinion-leader media und des Inter-Media-Agenda-Setting zugrunde. Als opinion-leader media gelten „those media with high prestige which are used by other journalists as a source of information and as a frame of reference for their reporting. Opinion-leader media have a trendsetting function, presenting topics and interpretations which set in motion a chain reaction in media.“ (Noelle-Neumann und Mathes, 1987:402) Auch nach dem Konzept des Inter-Media-Agenda-Setting werden in betreffenden Medien veröffentlichte Themen und Sichtweisen zumeist von anderen Medien aufgegriffen und weitergeführt. Zu den Tageszeitungen, die in Deutschland eine Funktion als opinion-leader media bzw. des Inter-Media-Agenda-Setting innehaben, zählen die Süddeutsche Zeitung, die Frankfurter Allgemeine Zeitung, Die Welt und im Sondierungszeitraum die Frankfurter Rundschau (vgl. ebenda; vgl. Noelle-Neumann und Mathes, 1987:391f; vgl. Wilke, 1999:302f; vgl. auch Pfetsch, 2003; vgl. Reinemann, 2003; Meyn, 2004:94; vgl. Schäfer, 2007:84f; vgl. Jarren und Donges, 2011:183).

Im Rahmen der unter diese Konzeptionen fallenden Tageszeitungen beschränkten wir uns auf überregionale Zeitungen. Regionale und lokale Blätter wurden im Rahmen der Fragestellung, einen nationalen Diskurs untersuchen zu wollen, nicht aufgenommen. Wochenzeitungen wie Die Zeit oder das Nachrichtenmagazin Der Spiegel, die auch als opinion-leader media und Agenda-Setting-Media gelten, wurden nicht berücksichtigt. Grundlage dieser Entscheidung war das Auffinden weniger bis keiner Diskursfragmente während der Sondierung und letztendlich die eingeschränkten Ressourcen im Rahmen einer Dissertation.

Als weiteres Argument für die Auswahl von Tageszeitungen als Leitmedien galt, dass politische Entscheidungsträger insbesondere Tageszeitungen für ihre Informationsgewinnung nutzen. Ferner verstehen sie diese ebenso als Kommunikationskanäle und werten sie als relevant für ihre parlamentarische Arbeit (vgl. Herzog et al., 1990:76f; vgl. Wittkämper: 1992:150f; vgl. Pfetsch, 2003; vgl. Alexander, 2013:42f). Um die nötige Breite des politischen Meinungsspektrums abzudecken und nicht selektiv ein Teilspektrum zu bedienen, wurde mit Der Welt ein tendenziell konservatives, mit der Frankfurter Allgemeinen Zeitung ein mitte-rechts, mit der Süddeutschen Zeitung ein mitte-links und mit der taz ein eher links einzuordnendes Blatt in den Datenkorpus

aufgenommen (vgl. Wilke, 1999:314f; vgl. Eilders, 2004:129f; vgl. Madecker, 2008:99f; vgl. Schulz, 2008:103f). Als überregionale Tageszeitung wurde die Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, die im betreffenden Zeitraum in der Auflage sogar die Tagesreichweite des Mutterblattes überschritt, ebenfalls in den Datenkorpus eingeschlossen. In der Sonntagszeitung identifizierte Diskursfragmente wurden mit Blick auf die Auswertung der FAZ zugerechnet.

Nachdem die entsprechenden Printmedien für unsere Untersuchung feststanden, galt es, den Zeitraum der Untersuchung exakt abzustecken.

Die Sondierung hatte gezeigt, dass nach dem Eingangsreferat Hoppes und den Äußerungen des Ärzeparlaments entsprechende Reaktionen in den Printmedien erfolgten. Wir versprachen uns, dass zu diesem Zeitpunkt die Aufmerksamkeit der (politischen) Öffentlichkeit für die Diskursproduktion zur Verfügung stehen würde. Schwab-Trapp spricht in diesem Fall von „Höhen der Diskursproduktion“ und schlägt vor, diese zur Selektion von Untersuchungszeiträumen zu nutzen. So würde der Fokus auf Hauptstationen des zu untersuchenden Diskurses gerichtet und der Weg zur zunehmenden Legitimität neuer Interpretationen nachgezeichnet (Schwab-Trapp, 2010:174f; vgl. Neckel und Schwab-Trapp, 1999:119f).

Startpunkt sollte der 1. Mai 2009 sein. So stellten wir sicher, dass auch die Vorberichterstattungen des 112. Ärztetages im Monat Mai 2009, die wir im Rahmen der Sondierung identifiziert hatten, in den Datenkorpus eingingen.

Endpunkt der Untersuchung war der 31. Mai 2010. Für den Zeitraum von insgesamt vierzehn Monaten sprach zum einen der Einschluss der Wahl des 17. Deutschen Bundestages im September 2009. Es war davon auszugehen, dass die politischen Parteien ihr Profil auch hinsichtlich aktueller gesundheitspolitischer Themen schärfen würden. Wir hofften, dass dies auch im Hinblick auf die Priorisierung medizinischer Leistungen geschehen würde. Zum anderen erhofften wir uns, dass sich nach der Wahl die neu gewählte Bundesregierung hinsichtlich unserer Thematik ein öffentliches Profil zulegen würde. Am Ende des Untersuchungszeitraums steht der 113. Deutsche Ärztetag in Dresden. Hier war zu erwarten, dass der Priorisierung erneut Aufmerksamkeit, auch hinsichtlich der Entwicklungen des vorhergegangenen Jahres, geschenkt werden würde.

Im Anschluss an diesen Zeitraum, beginnend am 1. Juni 2010, wurde eine weitere Datenbanksuche durchgeführt. Diese umfasste die bekannten Tageszeitungen (siehe oben) und endete am 30. April 2014. Die Identifikation der zu diesem Zeitpunkt anzuwendenden Schlagworte erfolgte im Anschluss an die detaillierte Untersuchung von 2009 und 2010. Am Ende sollte eine narrative Skizzierung des Diskursverlaufs vom Ende des Untersuchungszeitraums 2010 bis Ende April 2014 möglich sein. So würde der Gegenwartsbezug der Arbeit sichergestellt und der Verlauf des Diskurses in einem Fünf-Jahreszeitraum erfasst.

Schlussendlich wurde so ein Kompromiss zwischen Wünschenswertem und Realisierbarem unter Sicherstellung eines ausreichenden Maßes an Breite und Tiefe der zugrunde liegenden Daten geschlossen.

6.1.3 Fixierung des Datenkorpus

Wir orientierten uns an den Vorschlägen Donatis hinsichtlich der Identifikation von Diskursfragmenten in Mediendiskursen (vgl. Donati, 2011:170f). In einem ersten Schritt wurden die Ausgaben der fünf ausgewählten Tageszeitungen (SZ, TAZ, DW, FR und FAZ) aus dem Bestand der Niedersächsischen Staats- und Universitätsbibliothek Göttingen im Zeitraum 1. bis 31. Mai 2009 in gedruckter Form einzeln manuell-visuell auf Diskursfragmente durchsucht. Die identifizierten Fragmente wurden chronologisch geordnet und digitalisiert bzw. eingescannt.

Im Anschluss wurde eine Sichtung der Fragmente auf mögliche Schlagworte für die Datenbanksuche wie beispielhaft „Priorisierung“ oder „Ärztepräsident“ vorgenommen. So erarbeiteten wir eine erste Liste von Schlagworten. Das Auftreten der Schlagworte wurde absolut ausgezählt. Kurzum: Welche Schlagworte treten am häufigsten auf? Erweiternd wurden die einzelnen Schlagworte relativ in das Verhältnis zur Trefferwahrscheinlichkeit aller gefundenen Artikel im Mai 2009 gesetzt. So konnten wir feststellen, wie viele der im Monat Mai identifizierten Artikel wir bei einer elektronischen Datenbanksuche mit jedem einzelnen Schlagwort getroffen hätten.

Zusätzlich wurde subjektiv eine zweite Liste mit Schlagworten erstellt. Diese umfasst einschlägige Schlagworte, die wir aus Artikeln im Deutschen Ärzteblatt, in der Eröffnungsrede Jörg-Dietrich Hoppes und in Pressemitteilungen zum 112. Deutschen

Ärztetag wählten. So stellten wir sicher, dass bei der folgenden elektronischen Datenbanksuche im Gesamtzeitraum auch Diskursfragmente erfasst werden, die durch das Raster der Suchbegriffe aus der ersten, induktiv erstellten Liste, nicht erfasst worden wären.

Beide Listen wurden im Anschluss abgeglichen; ähnliche Schlagworte wurden gruppiert. Beispielfhaft wurden „Jörg-Dietrich Hoppe“, „Hoppes“ und „Hoppe“, zu einem Gruppenschlagwort „hoppe“ zusammengefasst. Bei der anschließenden Datenbanksuche werden die Gruppenschlagworte grundsätzlich trunkiert verwendet. So erhält man beispielhaft mit dem trunkierten Gruppenschlagwort „*hoppe*“ alle drei oben genannten Schlagworte.

Diese eine finale Gruppenschlagwortliste wurde im Anschluss in den Datenbanken der Verlagshäuser der SZ (www.sz-archiv.de), der FAZ (<http://fazarchiv.faz.net>) und der Fachdatenbank LexisNexis (www.lexisnexis.com) verwandt. Letztere deckt als Metasuchmaschine DW, FR und TAZ ab. Zunächst wurden erneut, nun datenbankgestützt, im Zeitraum 1. bis 31. Mai 2009 die ausgewählten Zeitungen untersucht. Die Verknüpfung der Gruppenschlagworte erfolgte mit dem booleschen Operator „OR“. So validierten wir die Gruppenschlagwortliste, da alle bereits manuell-visuell identifizierten Artikel in der datenbankgestützten Suche im Mai 2009 wiederentdeckt worden waren. Anschließend wurde die datenbankgestützte Recherche auf den Gesamtzeitraum vom 1. Mai 2009 bis 31. Mai 2010 ausgedehnt und somit der Datenkorpus zusammengestellt.

Wir beschlossen eine Computersoftware als Organisationsform der Daten bzw. für die Verwaltung der Analyse zu nutzen. Kelle nennt drei wesentliche Vorteile des Einsatzes einer elektronischen Datenverarbeitung (EDV). Die höhere Effizienz bei der Datenorganisation spare Ressourcen und ermögliche die Bearbeitung größerer Datenmengen, EDV erzwingt eine Systematisierung von Forschungstechniken und der Forscher werde von mühevollen mechanischen Aufgaben entlastet (Kelle, 2010:499f). Die Entscheidung fiel auf die Software MAXQDA, die zudem durch einen Reader die Offenlegung des gesamten Forschungsprozesses ermöglicht (Kuckartz, 2011). Alle im Rahmen der Schlagwortsuche identifizierten Diskursfragmente wurden in die Software eingelesen. Nichtsdestotrotz liegt die inhaltliche Interpretation der Daten stets beim Forschenden. Ryan resümiert in ihrem Beitrag: „Making visible the coding process: Using

qualitative data software in a post-structural study: Software programs [...] do not do the intellectual work for the researcher, nor do they assume context free analysis; rather they facilitate creative management of multiple data sources and enable researchers to make visible their methodological processes for a more 'trustworthy' study." (Ryan, 2009:158; vgl. zur Nutzung von EDV in Qualitativer Forschung auch Madeker, 2008:104f; Diaz-Bone und Schneider, 2010:457f; Flick, 2010:451f und 2010:110f; Keller, 2011a:103f; Kuckartz, 2012:132f; Gibbs, 2014:289f)

6.2 Analyse der Situiertheit und Materialität der diskursiven Aussagen

Keller fasst unter dieser Überschrift einen ersten wichtigen Untersuchungsschritt (vgl. Keller, 2011a:99f; vgl. auch Kapitel 5), um den Blick auf den situativen Kontext der Aussagen zu richten. Wer produziert wo, wie und für wen eine Aussage? Auch sollen so inszenierte Ereignisse, die als Anlass für die Aussagenproduktion genutzt werden, identifiziert werden (siehe ebenda). Nach Keller ziehen diskursiv inszenierte Ereignisse Aussagenproduktionen von Akteuren nach sich (vgl. Keller, 2011c:99f). Beispielhaft für ein diskursives Ereignis sei in unserer Arbeit die Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, zur Eröffnung des 112. Deutschen Ärztetages genannt.

Innerhalb der Software begannen wir die Analyse mit einem ersten aufmerksamen Lesen und Ordnen der Fragmente zum einen chronologisch nach dem Publikationsdatum und zum anderen nach der publizierenden Tageszeitung.

In einem weiteren Durchlauf durch das Material identifizierten wir diskursive Akteure und fassten diese nach ihrer Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Akteursgruppen, wie zum Beispiel Politiker oder Interessengruppenvertreter, zusammen. Auch Journalisten als Verfasser von Kommentaren oder Meinungen und Autoren von Leserbriefen bilden eigene Akteursgruppen.

Im gesamten Material werden zudem die von Keller so genannten diskursiven Ereignisse identifiziert, chronologisch geordnet und im Rahmen der Kodierung erfasst.

Das Verfahren der Kodierung als Bestandteil der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring bzw. nach Anselm und Strauss wird im folgenden Kapitel 6.3 erläutert. Ziel sollte eine erste Matrix der Diskursfragmente hinsichtlich der o. g. Kategorien über den gesamten

Untersuchungszeitraum sein. Ganz im Sinne einer qualitativen Arbeit kann die Matrix im Folgenden durch weitere Erkenntnisse bzw. Hauptkategorien ergänzt werden.

6.3 Feinanalyse am einzelnen Diskursfragment

Die Feinanalyse am einzelnen Diskursfragment bezieht sich auf die von Keller benannte interpretativ-analytische Erfassung und Rekonstruktion der Aussageninhalte. Dieser Schritt markiere den Unterschied zwischen einer sprachwissenschaftlichen und der hier realisierten sozialwissenschaftlichen Diskursanalyse. Ergebnis solle eine schematisierte Erfassung der Aussagen sein. Im Anschluss können diese als Grundlage der interpretierenden Hypothesenbildung über die Funktionsweisen und Wirkungen eines Diskurses dienen (vgl. Keller, 2011a:97ff, vgl. auch Kapitel 5). Die WDA verfügt als Forschungsperspektive über keine konkrete Methodik für diesen Arbeitsschritt. Diese müsse je nach Datenkorpus bzw. Forschungsinteresse aus der Methodik der qualitativen Sozialforschung ausgewählt werden. Wir entschieden uns, für die Feinanalyse das Prozessmodell der induktiven Kategorienbildung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring zu nutzen. Vorteilhaft ist das streng methodisch kontrollierte Vorgehen dieser Methode, das Material wird schrittweise analysiert. Im Zentrum steht das direkt am Material entwickelte Kategoriensystem, welches eine möglichst gegenstandsnahe Abbildung des Materials ohne Verzerrungen durch Vorannahmen des Forschers ermöglicht. „Ferner solle in der Inhaltsanalyse gelten, dass jeder Analyseschritt, jede Entscheidung im Auswertungsprozeß, auf eine begründete und getestete Regel zurückgeführt werden kann. [...] Die Systematik sollte so beschrieben sein, dass ein zweiter Auswerter die Analyse ähnlich durchführen kann.“ (Mayring, 2002:22f; vgl. Mayring, 2010:43f und 84f)

Nach Mayring, bestätigt durch Kuckartz, müsse für die Inhaltsanalyse, ausgehend von der Fragestellung und den Untersuchungszielen, das Thema der Kategorienbildung vorab theoriegeleitet an das Material herangetragen werden und als Kriterium der Selektion dienen. So würde auch das Abstraktionsniveau der zu bildenden Kategorien festgelegt (vgl. Mayring, 2002:114f; 2010:85; vgl. Kuckartz, 2012:63). Hier deckt sich die Qualitative Inhaltsanalyse mit der WDA. Nach Keller müsse ebenfalls vor jeder Analyse die Abstraktionsebene der Einheit des jeweiligen Diskurses theoretisch festgestellt werden (vgl. Keller, 2011b:71ff). In unserem Fall wurde dieser Schritt bereits durch unsere

Untersuchungsziele, konkretisiert durch die Fragestellungen (1) und (1a), vollzogen. Die Festlegung des Diskursbegriffes, die Fragestellung nach Ereignissen und Akteuren im definierten Zeitraum und die Subfragestellung nach Argumenten und daraus konstruierten Phänomenstrukturen dienen in unserem Fall als Kriterien der Selektion und bilden die notwendige Abstraktionsebene der induktiven Kategorienbildung (siehe Kapitel 6.3).

Im Rahmen der induktiven Kategorienbildung erprobten wir unterschiedliche Herangehensweisen des offenen, axialen und selektiven Kodierens aus dem Repertoire der Grounded Theory Method (vgl. hierfür: Strauss, 1994:56ff und 90ff; Strauss und Corbin, 1996:43ff). Nach mehrfachen Durchgängen durch unterschiedliche Fragmente erwies sich das von Strauss vorgeschlagene Kodierparadigma als fruchtbar. Nach Strauss „erinnert es immer wieder daran, dass Daten nach der Relevanz für die Phänomene, auf die durch eine gegebene Kategorie verwiesen wird, kodiert werden sollten. Hinsichtlich der Relevanz sollte nach Bedingungen, der Interaktion zwischen den Akteuren, den Strategien und Taktiken und den folgenden Konsequenzen kodiert werden.“ (Strauss, 1994:56ff) Dieses Werkzeug nutzten wir im Rahmen der induktiven Kategorienbildung. Mayring selbst setzt die induktive Kategorienbildung als Bestandteil der qualitativen Inhaltsanalyse mit dem offenen Kodieren als wesentliches Element der Grounded Theory Method (vgl. Strauss, 1994; vgl. Strauss und Corbin, 1996; vgl. Thornberg und Charmaz, 2014:153ff) gleich. Jedoch sieht er dies in der Qualitativen Inhaltsanalyse systematischer beschrieben (vgl. Mayring, 2002:114f; Mayring, 2010:83f), allerdings ohne diesen elementaren Schritt der induktiven Kategorienbildung zu präzisieren. Keller weist ebenfalls auf die Methodik der Grounded Theory Method als möglichen methodischen Bestandteil der Feinanalyse der WDA hin (vgl. Keller, 2011a:98 und 105), auch er äußert sich ähnlich wie Mayring nicht konkret zur Durchführung.

Dem Prozessmodell der Inhaltsanalyse folgend wurde Satz für Satz in jedem einzelnen Diskursfragment analysiert. Wenn wir im Fragment Aussagen zu unseren Fragestellungen bzw. unseren Untersuchungszielen zu entdecken glaubten, wurde, Mayring folgend, möglichst nahe an der Textformulierung die erste Kategorie als einzelner Begriff oder Kurzsatz formuliert (vgl. Mayring, 2002:114f; 2010:85f; vgl. Kuckartz, 2012:63f). Für diesen grundlegenden Schritt der induktiven Kategorienbildung der Qualitativen Inhaltsanalyse nutzten wir das Kodierparadigma von Anselm und Strauss. Das Paradigma charakterisiert den Schritt der Kategorienbildung unmittelbar und ist in unserem

Sinne eine willkommene Ergänzung der Forderung der Qualitativen Inhaltsanalyse, einen jeden Schritt nachvollziehbar zu machen. An die betreffende Textstelle im Fragment wurden stets vier Fragen herangetragen: Handelt es sich um eine Bedingung? Was ist die Konsequenz? Wird hier eine Strategie im Umgang mit den Bedingungen vorgeschlagen? Interagiert der Akteur mit einem anderen? Im Anschluss wurde, weiterhin Mayring folgend, das weitere Datenmaterial Zeile für Zeile untersucht. Bei Wiedererfüllen der Selektionskriterien wurde die betreffende Textstelle nun nicht unmittelbar in einer neuen Kategorie subsumiert, sondern zunächst auf ihre Deckung mit bestehenden Kategorien überprüft. Sollten sich Komplet- oder Teilüberschneidungen ergeben, wurde das entsprechende Textstück unter der bereits bestehenden Kategorie abgelegt oder es wurde eine Subkategorie gebildet. Sollte das Textstück unter keiner der bestehenden Kategorien zu verorten gewesen sein, wurde der Systematik folgend eine neue Kategorie gebildet. Dieser Schritt, die Feinanalyse am einzelnen Fragment, war der wesentliche und zeitaufwendigste Schritt der Untersuchung. Die Güte der Forschungsarbeit beruht nach Strauss im Wesentlichen auf der Güte des Kodierverfahrens bzw. dem Arbeitsschritt der Kodierung (vgl. Strauss, 1994:56). Dieser Schritt muss insofern mit höchster Sorgfalt und Genauigkeit durchgeführt werden, da alle weiteren Abstraktionsschritte hierauf aufbauen.

Um von der einzelnen Kategorie auf eine mögliche Phänomenstruktur (siehe Subfragestellung (1a), Kapitel 5) abstrahieren zu können, bildeten wir nach der Feinanalyse Hauptkategorien (vgl. Mayring, 2010:69). Diese ergaben sich erneut aus dem von Strauss und Corbin vorgeschlagenem Kodierparadigma und lassen sich in Hauptkategorien der Bedingungen, der Konsequenzen, der Strategien und Taktiken und der Interaktionen der Akteure untereinander gliedern. An dieser Stelle findet die Abstraktion der Daten statt und es wird somit die Forschungsperspektive der WDA nach Keller eingenommen (siehe Kapitel 4).

An einem Beispiel soll der Prozess der Kodierung erläutert werden. Bei der Illustration werden weitere Begrifflichkeiten eingeführt, die sich erst in den folgenden Kapiteln erschließen, an der jeweiligen Stelle wird darauf hingewiesen.

Am 23. Mai 2009 findet sich auf der Seite vier der TAZ unter der Überschrift „Von Hüftgelenken und Prioritätenlisten“ ein Bericht. Er enthält den Satz: „Bundesärztekammer-Präsident Jörg-Dietrich Hoppe hatte schon vor dem Ärztetag erklärt, die Leistungen für Kassenpatienten würden bereits im Stillen rationiert.“ (TAZ230509S4) Im Rahmen der

Feinanalyse, methodisch der induktiven Kategorienbildung folgend, wird dieser Satz als diskursive Äußerung verstanden und mit einer Kodierung versehen. Nach seinem Erscheinungsdatum fällt er in den ersten Teiluntersuchungszeitraum (für die Einführung von Teiluntersuchungszeiträumen, siehe Kapitel 7.1.2). Die Äußerung ist in einem Bericht zu finden und entspricht somit einer tatsachenbetonten journalistischen Darstellungsform (siehe Kapitel 7.1.3). Die Äußerung wird dem zentralen Akteur Hoppe zugeordnet. Hoppe etabliert unter anderem durch diese Äußerung die Hauptkategorie „(heimliche) Rationierung / Mangelversorgung findet bereits statt“ für die von ihm dargestellte Phänomenstruktur (siehe Kapitel 7.2.1).

6.4 Formulierung des Gesamtergebnisses

„Aus der methodischen Haltung der qualitativen Sozialforschung heraus, kann vor einer Untersuchung nicht [...] empirisch begründet gewusst werden, wie viele unterschiedliche Diskurse in einem spezifischen Untersuchungsfeld vorfindbar sind und durch welche Deutungselemente oder Formationsregeln sie strukturiert werden.“ (Keller, 2011a:113) Entsprechend ist es nicht möglich, vorab ein Gerüst für die Präsentation der Ergebnisse zu entwerfen. Bestenfalls wollten wir für die vorliegende Arbeit unsere Fragestellung(en) beantwortet wissen. Am Ende der Untersuchung sollten wir in der Lage sein, die diskursiven Akteure und ihre Äußerungszeitpunkte zu erfassen. Sollten diese mit ihren ebenfalls herausgearbeiteten Argumenten Phänomenstrukturen entwerfen, würden wir diese im zeitlichen Verlauf darstellen und könnten so aufzeigen, ob sich eine Phänomenstruktur stabilisiert oder auch verändert. Wird sie von weiteren Akteuren übernommen? Übernehmen diese auch Argumente oder gar die gesamte Struktur? Was gilt als Bedingung, was als Konsequenz? Antworten würden wir in den induktiv entwickelten Kategorien finden.

Die WDA bietet für die Präsentation dieser Ergebnisse unterschiedliche Methoden wie die Darstellung der zentralen Phänomenstrukturen, Meta-Narrationen, Interpretationsrepertoires oder die Darstellung der schematisierten Ergebnisse in einer Matrix (vgl. Keller, 2011a:97ff, 103ff, 116ff).

Um unsere Methodik vor den nun folgenden Untersuchungsergebnissen kurz zu rekapitulieren: Primär von Flicks und Lamneks Positionen ausgehend, wählten wir eine qualitative Ausrichtung unserer Arbeit. Flick weiter folgend, entschieden wir uns für eine

Diskursanalyse bzw. für die weiterentwickelte diskursanalytische Perspektive der WDA nach Keller. Im Rahmen der Feinanalyse am einzelnen Diskursfragment als Substrat der WDA, realisierten wir diesen Teil der Diskursanalyse durch die induktive Kategorienbildung der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Im Rahmen der Kategorienbildung wurde von uns auf das Kodierparadigma nach Anselm und Strauss als Handwerkszeug zurückgegriffen. Im Anschluss wurden wiederum nach Mayring Hauptkategorien gebildet. Dies erfolgte in Überschneidung nun erneut mit Kellers Perspektive der WDA, um so letztendlich Phänomenstrukturen und ihre Veränderungen im Sinne unserer Fragestellungen herausarbeiten zu können.

7. Ergebnisse

7.1 Situertheit und Materialität

7.1.1 Datenkorpus

Nach manuell-visueller Durchsicht der Printausgaben der betreffenden Tageszeitungen für den Zeitraum Mai 2009 in der niedersächsischen Staats- und Universitätsbibliothek Göttingen identifizierten wir 32 Diskursfragmente (siehe Anhang, Tabelle 11 und Tabelle 4). Aus diesen Fragmenten wurden die erläuterten zwei Schlagwortlisten heraus erarbeitet (siehe Kapitel 6.1.3). In der Summe standen schließlich 36 Gruppenschlagworte für die Datenbanksuche zur Verfügung (beispielhaft: „Ärztepräsident“, „Rangliste“ und „Mangelversorgung“). Die vollständige Auflistung findet sich im Anhang (siehe Kapitel 13.2). Die Gruppenschlagworte wurden trunkiert in LexisNexis bzw. den Datenbanken der entsprechenden Verlagshäuser für die weitere Suche verwendet. Für den Monat Mai 2009 ergab die datenbankgestützte Suche präzise die 32 bereits für die Entwicklung der Schlagwortsuche manuell-visuell identifizierten Artikel. So validiert verwandten wir die Schlagwortliste für die Recherche im detailliert betrachteten Untersuchungszeitraum vom 1. Mai 2009 bis 31. Mai 2010. Wie erwartet war die Trefferzahl der Datenbanksuche ausgehend von den Schlagworten, den Verknüpfungen und den eingesetzten Trunkierungen sehr hoch, wir erhielten in etwa 3.000 Treffer. Diese wurden einzeln auf ihren Inhalt gesichtet und gegebenenfalls für den Datenkorpus ausgewählt. Bewusst hatten wir uns im Vorfeld für eine breit angelegte Datenbanksuche entschieden und viele Treffer vorhergesehen, um auch Diskursfragmente zu erfassen, die nicht unmittelbar unter die Schlagworte „*priorisier*“ und „*rangliste*“ fallen würden. Entsprechend mussten zunächst alle zufälligen Treffer wie beispielhaft „Frühschoppen“, die man mit dem trunkierten Gruppenschlagwort „*hoppe*“ auch erfasst hatte, ausgeschlossen werden. Im Anschluss wurden Überschneidungen mit anderen Sachgebieten wie, erneut exemplarisch, Priorisierung im Straßenbau, Priorisierung im Rahmen des Zeitmanagements oder Priorisierung in elektronischen Netzwerken ausgeschlossen. Diskursfragmente aus Landkreis- oder Regionalausgaben der betreffenden Tageszeitungen wurden mit der Zielsetzung, den nationalen Diskurs abzubilden, nicht in den Korpus aufgenommen. Die Trefferliste reduzierte sich erheblich. Letztendlich besteht der Datenkorpus für die detaillierte Diskursanalyse aus 68 Diskursfragmenten. Eine Auflistung der Fragmente, der

jeweiligen Tageszeitung und ihres Publikationsdatums findet sich im Anhang dieser Arbeit (Tabelle 4, Tabelle 5). Ferner sind auch die kompletten Diskursfragmente über den MAXQDA-Reader auf dem beiliegenden Datenträger einsehbar.

Das erste untersuchte Fragment unseres Datenkorpus wurde am 9. Mai 2009 veröffentlicht, das letzte untersuchte Fragment erschien am 30. Mai 2010. In der FAZ und DW fanden wir nahezu die dreifache bzw. doppelte Zahl an Diskursfragmenten gegenüber der an dritter Stelle folgenden FR. An vierter Stelle steht die TAZ. Am wenigsten Fragmente finden sich in der SZ, die mit insgesamt fünf Fragmenten, davon eine Kurzmeldung und ein Leserbrief, zum Diskurs beiträgt. Diese Anzahl von Fragmenten ist mit der von uns gewählten Methodik eine aus forschungsökonomischer Perspektive durchaus zu bearbeitende Menge. Insofern waren wir in der Lage, alle identifizierten Diskursfragmente in unseren Datenkorpus aufzunehmen, ohne vorab eine Zufallsauswahl oder inhaltliche Selektionskriterien einführen zu müssen.

7.1.2 Diskursive Ereignisse und Untersuchungszeiträume

Hinsichtlich ihrer Publikationsdaten treten die Diskursfragmente nicht kontinuierlich im zeitlichen Verlauf auf. Die Fragmente gruppieren sich zumeist um Ereignisse mit Bezug zum Gesundheitswesen, wie beispielhaft die Vorstellung des MLP Gesundheitsreports 2009 oder ein Interview mit der damaligen Bundesgesundheitsministerin Schmidt. Auch diese Ereignisse wurden im Rahmen der Analyse kodiert und bilden die Grundlage für die Differenzierung von fünf Teiluntersuchungszeiträumen (siehe Tabelle 1). Die auf den ersten Blick willkürlich erscheinenden Eckdaten dieser Zeiträume finden ihre Begründung hinsichtlich der Erscheinungsdaten betreffender Ereignisse. Ein Resultat unserer Arbeit ist, dass sich Diskursfragmente stets um eben solche Ereignisse gruppieren. Die eingeführte Differenzierung in Teiluntersuchungszeiträume ist Grundlage für die Beantwortung der Subfragestellung (1b): *Wie verändern sich die Argumente und Phänomenstrukturen über den Untersuchungszeitraum und wie bedingen sie sich in dieser Veränderung wechselseitig?* Aussagen und Phänomenstrukturen einzelner Teiluntersuchungsabschnitte können somit im zeitlichen Verlauf untersucht werden.

Zeitraum*	Beginn	Ende	∑ Fragmente	Ereignisse**
I.	01.05.09	26.05.09	32	<ul style="list-style-type: none"> - 112. Deutscher Ärztetag, Mainz - Hauptversammlung der KBV, Mainz - Interview BGM Schmidt, FAZ
II.	27.05.09	17.09.09	13	<ul style="list-style-type: none"> - Studie: „Rationierung in deutschen Krankenhäusern“, Strech et al. - Umfrage: „Priorisierung im Gesundheitswesen“, Allianz AG - Gesundheitsreport 2009, MLP - Studie: Morbiditätsprognose 2050, Beske et al.
III.	18.09.09	16.01.10	3	<ul style="list-style-type: none"> - Wahl zum 17. Deutschen Bundestag - Ernennung Röslers zum BGM
IV.	17.01.10	17.04.10	14	<ul style="list-style-type: none"> - Veröffentlichung: ZDF Politbarometer - Interview Hoppe, FAZ - 8. Berliner Krebskongress, Berlin - 116. Deutscher Internistenkongress, Wiesbaden
V.	18.04.10	31.05.10	6	<ul style="list-style-type: none"> - 113. Deutscher Ärztetag, Dresden

Tabelle 1: Teiluntersuchungszeiträume

* Die Eckdaten der Untersuchungsabschnitte schließen jeweils die an diesem Tag erschienenen Fragmente mit ein.

** Erläuterungen und Quellenangaben zu den Ereignissen im folgenden Text.

Der I. Teiluntersuchungsabschnitt umfasst die folgenden Ereignisse: Den 112. Ärztetag in Mainz, die Jahreshauptversammlung der KBV, die ebenfalls in Mainz stattfand, und auch

ein Interview der damaligen Bundesgesundheitsministerin Schmidt mit der FAZ. Schmidt blieb dem Ärztetag in Mainz mit der Begründung einer wichtigen Konferenz in Genf fern. Das Interview kann als Schmidts Antwort auf die Ausführungen Hoppes auf dem Ärztetag verstanden werden. In diesem I. Abschnitt finden sich 32 der insgesamt 68 untersuchten Diskursfragmente.

Der II. Abschnitt umfasst vier Ereignisse. Am 12. Juni erscheint die Veröffentlichung der Untersuchung „Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern – Ärztliche Einschätzungen aus einer repräsentativen Umfrage“ (Strech et al., 2009:1261). Am 16. Juni erscheint „Priorisierung im Gesundheitswesen – Eine Umfrage der Allianz Deutschland AG“ (Allianz, 2009), am 5. August der „MLP Gesundheitsreport 2009“ (MLP, 2009) und am 25. August 2009 „Morbidityprognose 2050 – Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein des Fritz-Beske-Instituts für Gesundheits-System-Forschung in Kiel“ (Beske et al., 2009). Die Diskursfragmente in diesem II. Teiluntersuchungsabschnitt gruppieren sich zeitlich stets um die Veröffentlichungen der genannten Forschungsarbeiten.

Im III. Teiluntersuchungsabschnitt finden sich insgesamt drei Diskursfragmente. Unterteilt nach der journalistischen Darstellungsform sind es zwei meinungsbetonte und eine direkte journalistische Darstellungsform (für den Begriff der journalistischen Darstellungsform, siehe folgendes Kapitel). In diesem Zeitraum finden am 27. September die Wahl zum 17. Deutschen Bundestag und am 28. November 2009 die Ernennung Philipp Röslers zum Nachfolger Schmidts im Amt des Bundesgesundheitsministers statt.

Im IV. Untersuchungsabschnitt gruppieren sich Diskursfragmente um ein Interview Hoppes mit der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung am 21. Februar 2010, ferner um die Veröffentlichung des ZDF-Politbarometers am 29. Januar, den 29. Deutschen Krebskongress vom 24. bis 27. Februar 2010 in Berlin und den 116. Deutsche Internistenkongress vom 10. bis 14. April in Wiesbaden. Neben Hoppe werden in diesem Zusammenhang weitere Akteure interviewt und mit der Phänomenstruktur Hoppes konfrontiert.

Der V. und letzte Abschnitt umfasst den 113. Deutschen Ärztetag in Dresden vom 11. bis 14. April 2010, es finden sich insgesamt sechs weitere Diskursfragmente, darunter zwei Interviews mit Hoppe in diesem Teiluntersuchungsabschnitt.

7.1.3 Feinanalyse am einzelnen Diskursfragment

Als Ergebnis der induktiven Kategorienbildung vergaben wir insgesamt mehr als 1.700 Kodierungen. Das Gros erfasst diskursive Äußerungen der Akteure. Weiterhin wurden beispielhaft journalistische Darstellungsformen (siehe unten), Ereignisse in den Teiluntersuchungsabschnitten (siehe Kapitel 7.1.2) und auch einzelne Begrifflichkeiten mit Kodierungen versehen.

Die kodierten diskursiven Äußerungen wurden zunächst den fünf Teiluntersuchungsabschnitten zugeordnet. Im jeweiligen Teiluntersuchungsabschnitt erfolgte dann eine Ordnung nach dem sich äßernden Akteur.

Die Diskursfragmente wurden zudem nach ihrer journalistischen Darstellungsform geordnet. Wir legten die Differenzierung journalistischer Darstellungsformen nach La Roche, erweitert durch Schneider und Raue und durch Mast zugrunde (vgl. Scheider und Raue, 2003:59f; Mast, 2004:237; von La Roche, 2013:73f). Unterschieden wurden tatsachenbetonte und meinungsbetonte Darstellungsformen. Tatsachenbetonte journalistische Darstellungsformen sind Kurzmeldungen, Berichte und Nachrichten. Zu den meinungsbetonten Darstellungsformen zählen Leitartikel, Kommentare und Meinungen. Ergänzend führten wir für unsere Untersuchung eine dritte direkte Darstellungsform ein, hierunter systematisierten wir Leserbriefe, offene Briefe und Interviews (siehe Tabelle 2).

Grundlage dieser auf den ersten Blick komplexen Unterteilung ist die Möglichkeit der doppelten Gegenüberstellung von Argumenten und Phänomenstrukturen. Exemplarisch: Schmidt stellt ihre Argumentation, ggf. eine Phänomenstruktur in einem Interview, mit unseren Worten direkt, dar. Wie wird dieses Phänomen dann zunächst mittelbar, tatsachenbetont (nach La Roche, Schneider und Raue und Mast) im medialen Diskurs dargestellt? Im nächsten Schritt erfolgte die zweite Gegenüberstellung: Wie wird Schmidts Argumentation meinungsbetont (erneut nach La Roche, Schneider und Raue und Mast) wiedergegeben?

Tageszeitung	SZ	FAZ	TAZ	FR	DW	Σ
<i>Tatsachenbetonte Darstellungsform</i>						
Kurzmeldungen	1	1	1		2	5
Berichte	2	2	2	3	8	17
Nachrichten		5	2	2	3	12
<i>Meinungsbetonte Darstellungsform</i>						
Leitartikel		1			1	2
Kommentare/Meinungen		5	1	2	2	10
Kritiken		2				2
Reportagen	1					1
<i>Direkte Darstellungsform</i>						
Interviews		4	2	2	2	10
Leserbriefe	1	3		1		5
Offene Briefe		4				4
Gesamtzahl	5	27	8	10	18	68

Tabelle 2: Diskursfragmente nach journalistischer Darstellungsform

Die induktiv gebildeten Kategorien lagen im Anschluss nach Akteur, Untersuchungsabschnitt und journalistischer Darstellungsform geordnet vor. Im nächsten Schritt wurden, dem Prozess der Qualitativen Inhaltsanalyse folgend, Hauptkategorien gebildet, um im Anschluss die Hauptkategorien unter der Prämisse des Kodierparadigmas nach Bedingungen, Konsequenzen, Strategien und Taktiken bzw. Interaktion zwischen den Akteuren zu ordnen.

7.1.4 Diskursakteure

Mit Bezug auf die von Keller geforderte Analyse von Situiertheit und Materialität wurden insgesamt 85 im Diskurs auftretende Akteure identifiziert und kodiert.

Weiterhin ordneten wir die Akteure nach zentralen und nicht zentralen Akteuren. Diese Unterteilung erfolgte mit Hinblick auf die Subfragestellung (1b): *Wie verändern sich die Argumente und Phänomenstrukturen über den Untersuchungszeitraum und wie bedingen sie sich in dieser Veränderung wechselseitig?* Ein zentraler Akteur zeichnet sich in unserem Verständnis durch mehrfache Äußerungen zu verschiedenen Zeitpunkten im Diskursverlauf aus. So kann ein zentraler Akteur Argumente und seine Phänomenstruktur wiederholt darlegen oder verändern.

Zunächst wurden alle Akteure, die sich mehrfach äußern, als zentrale Akteure identifiziert. Einschränkungen dieser Einteilung erfolgten, wenn ein Akteur mehrfach in einem Diskursfragment zu Wort kommt. Dies wird nur als einmaliges Auftreten gewertet, da unwahrscheinlich ist, dass die Argumentation im gleichen Fragment eine Veränderung erfährt.

Ebenfalls als nicht zentral gewertet wurden Akteure, welche nur zu einem Zeitpunkt im Diskurs, allerdings in unterschiedlichen Diskursfragmenten oder auch Dokumenten, zu Wort kommen. Beispielhaft Kurt Beck, damaliger Ministerpräsident von Rheinland-Pfalz, SPD: Dieser äußert sich indirekt am 20. April 2009 in DW, der FR und der FAZ (DW200509S2; FAZ200509S1; FR200509S5). Alle Äußerungen wurden kodiert und ausgewertet. Da diese drei Aussagen die einzigen Aussagen von Beck im gesamten untersuchten Diskursabschnitt darstellen und sich alleinig auf seine Äußerungen im Rahmen des 112. Ärztetages in Mainz beziehen, gilt Beck in unserem Sinne nicht als zentraler Akteur.

Juristische Personen wurden initial ebenfalls kodiert und zunächst auch als eigenständige Akteure gewertet. Im Rahmen des Forschungsprozesses wurde diese Gliederung allerdings wieder verworfen, denn wir stellten fest, dass sich juristische Personen stets durch natürliche Personen äußerten und insofern eine Kodierung keinen Mehrwert versprach.

Ein weitere Einschränkung betrifft Journalisten. Diese verstehen wir nur als zentrale Akteure, wenn sie in meinungsbetonten Darstellungsformen mehrfach zu Wort kommen. So beugen wir vor, dass Journalisten als Verfasser von exemplarisch Berichten und Nachrichten als zentrale Akteure gewertet werden.

Nach dieser Definition gelten von insgesamt 85 auftretenden Akteuren neun als zentrale Akteure, in alphabetischer Reihenfolge: Rudolf Henke, Jörg-Dietrich Hoppe, Stefan

Huster, Andreas Köhler, Georg Marckmann, Andreas Mihm, Frank Ulrich Montgomery, Philipp Rösler und Ulla Schmidt.

Geordnet in ebenfalls neu eingeführten Akteursgruppen äußern sich zumeist zentrale und nicht zentrale Akteure als Vertreter von Verbänden oder der Politik. Wir legten die jeweilige Funktion, in welcher der einzelne Akteur im Diskurs auftritt, für diese Ordnung zugrunde. Montgomery könnte als Facharzt für Radiologie auftreten, ist in unserem Fall allerdings in seiner Funktion als Vizepräsident bzw. später dann als Präsident der BÄK zu werten.

Als Darstellungsformen dominierten die tatsachenbetonten journalistischen Darstellungsformen (siehe Kapitel 7.1.3 und siehe Tabelle 3).

Akteursgruppe	Darstellungsformen*					
	Nicht zentrale Akteure (76)			Zentrale Akteure (9)		
	direkt	tatsachen-orientiert	meinungs-orientiert	direkt	tatsachen-orientiert	meinungs-orientiert
Verbände	1	10	1	7	46	1
Privatunternehmen			1			
Politikvertreter		18		2	30	4
Journalisten			6		4	1
Wissenschaftler	2	16	3	1	4	
Ärzte			4			
Vertreter des G-BA		1				
Leserbriefautoren			5			

Tabelle 3: Äußerungen der Akteursgruppen nach journalistischer Darstellungsform

* Journalistische Darstellungsformen, siehe Kapitel 7.1.3

Die bis dahin erarbeiteten Ergebnisse wurden um die Unterscheidung in zentrale und nicht zentrale Akteure erweitert. Eine Liste aller im Diskurs auftretenden Akteure findet sich im Anhang dieser Arbeit (siehe Tabellen 8 bis 15).

7.2 Der Diskurs zwischen dem 1. Mai 2009 und dem 31. Mai 2010

Die vollständige Auflistung aller Phänomenstrukturen wurde zu Beginn der Arbeit an dieser Stelle angestrebt, würde aber in Gänze den Umfang der Arbeit mehr als verdoppeln. Letztendlich wurde darauf verzichtet und die Darstellung über den beiliegenden Datenträger ermöglicht. Hier sind sowohl die direkten, die tatsachenorientierten und auch die meinungsorientierten Darstellungsformen vollständig einsehbar.

7.2.1 Die von Hoppe etablierte Phänomenstruktur

Hoppe entwirft als einziger Akteur des öffentlichen nationalen Priorisierungsdiskurses in Deutschland eine differenzierte Phänomenstruktur.

Im ersten Teiluntersuchungsabschnitt führt er in direkten Äußerungen fünf Bedingungen an, wobei nur zwei dieser Bedingungen in tatsachenorientierten Diskursfragmenten wiedergegeben werden. Erstens geht Hoppe von einer gegenwärtigen Unterfinanzierung im System der GKV aus. In deren Folge es zweitens bereits gegenwärtig zu einer heimlichen Rationierung von Leistungen im System der GKV komme. Hoppe führt in offenen Briefen und im Interview, in unserer Terminologie also in direkten Darstellungsformen, drei weitere Bedingungen an. Diese werden aber in Berichten, Kurzmeldungen, Nachrichten etc., mit unserer Terminologie in tatsachenorientierten Darstellungsformen, nicht in den jeweiligen Tageszeitungen wiedergegeben. Diese direkt angeführten Bedingungen sind: Die grundlegende Knappheit der Güter im Gesundheitswesen, stattfindende staatliche Eingriffe in das Gesundheitssystem und die Entwicklung, dass die Ärzte nicht mehr in der Lage seien, die stattfindende heimliche Rationierung (als gegenwärtige Bedingung, Anm. FL) ohne fremde Hilfe zu kompensieren.

Hoppe erwartet als unliebsame Konsequenz aus diesen Bedingungen das Absinken des medizinischen Leistungsniveaus in der Zukunft. Dies wird im medialen Diskurs sowohl direkt, also in Interviews, offenen Briefen und Leserbriefen, als auch tatsachenorientiert, das heißt in Berichten, Nachrichten und Kurzmeldungen, wiedergegeben.

Im ersten Untersuchungsabschnitt fordert Hoppe direkt und tatsachenorientiert zwei Strategien im Umgang mit den genannten Bedingungen, um die unliebsamen Konsequenzen zu vermeiden.

Hoppes zentrale Forderung lautet auf Einführung einer Priorisierung medizinischer Leistungen im Sinne der ZEKO. Er konkretisiert sowohl direkt als auch tatsachenorientiert

wie folgt: Priorisierung bedeute eine Einführung von Dringlichkeitslisten und Leistungseinschränkungen, die Patienten müssten also mehr zahlen, wenn sie bestimmte Behandlungen wünschten. Die Ärzte würden grundsätzlich eine Priorisierung ablehnen, diese vor dem Hintergrund der Unterfinanzierung des Systems aber als geordnetes und transparentes Verfahren der gegenwärtig stattfindenden heimlichen Rationierung vorziehen. Ferner wird nur tatsachenorientiert berichtet, dass eine Priorisierung nach Hoppe bzw. der ZEKO bedeute, dass nur noch die Behandlung wichtiger Erkrankungen bezahlt würde.

Auch schlägt Hoppe einen Gesundheitsrat vor, der im vorpolitischen Raum Möglichkeiten einer Priorisierung ausarbeiten und der Politik Vorschläge unterbreiten solle. Dies wird entgegen Hoppes direkter Aussage in Kurzmeldungen, Berichten, Nachrichten, also in tatsachenorientierten journalistischen Darstellungsformen, so wiedergegeben, dass ein Gesundheitsrat die Priorisierungsentscheidungen treffen solle.

In direkten Äußerungen, so in einem Interview mit der FAZ am 11. Mai 2009 oder einem offenen Brief in der FAZ vom 15. Mai 2009, differenziert Hoppe den Vorschlag einer Priorisierung. Er weist auf Bürgerbeteiligung hin, nennt Beispiele anderer Länder, in denen Priorisierung bereits praktiziert werde, erklärt horizontale und vertikale Priorisierung. Ebenso stellt er fest, dass Priorisierung keine Rationierung sei. Diese Differenzierungen finden sich in den tatsachenorientierten journalistischen Darstellungsformen nicht wieder.

Zwei weitere Strategien im Umgang mit den gesetzten Bedingungen, die Hoppe darstellt, werden ebenfalls nicht tatsachenorientiert wiedergegeben. Zum Einen fordert Hoppe eine offene und ehrliche Diskussion über die Mittelverwendung im GKV-System. Er legt in einem offenen Brief die Prämisse zugrunde, dass jegliche Reform nur nach ärztlichen, ethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und sozialen Kriterien erfolgen dürfe. „Eine Prioritätensetzung müsse transparent und öffentlich nachvollziehbar sein. Die medizinischen, qualitativ hochwertigen Versorgungsstandards sollten stets allen Menschen gleichermaßen zugänglich sein.“ (FAZ150509SB1) Zum Anderen fordert Hoppe mehr Mittel für das GKV-System.

In den folgenden vier Teiluntersuchungszeiträumen sedimentieren einige wenige Hauptkategorien und durch Berichte, Nachrichten und Kurzmeldungen etabliert sich die mediale Phänomenstruktur Hoppes im nationalen Priorisierungsdiskurs:

Vor dem Hintergrund einer gegenwärtigen Unterfinanzierung der GKV finde eine heimliche Rationierung statt. In der Konsequenz könne das Leistungsniveau im System der GKV nicht gehalten werden. Die Ärzteschaft lehne diese Entwicklung ab.

Ausgehend von diesen Entwicklungen fordert Hoppe sowohl direkt, als auch tatsachenorientiert wiedergegeben, eine Diskussion über die Mittelverwendung im System der GKV und schlägt in diesem Kontext eine Priorisierung vor. Hoppe erläutert im Verlauf direkt und tatsachenorientiert die horizontale und vertikale Priorisierung als transparentes und geordnetes Verfahren. Tatsachenorientiert werden zumeist zwei zentrale Aspekte aus Hoppes Erläuterungen einer möglichen Priorisierung wiederholt. Zum Einen, dass eine Priorisierung die Einführung von Listen bedeute, nach denen die Patienten nach Dringlichkeit behandelt würden, zum Anderen, dass die GKV bei einer Priorisierung nur noch dringende und wichtige Erkrankungen bezahle.

Allein in direkten journalistischen Darstellungsformen führt Hoppe an, dass ein Gesundheitsrat für mögliche Priorisierungsentscheidungen Vorschläge für die Politik erarbeiten könne. Die Letztentscheidung läge stets aber bei der Politik. Auch ausschließlich direkt äußert Hoppe, dass Priorisierung für alle Menschen und nicht nur für alte Menschen gelte.

Die alternative Idee Hoppes, die GKV nur als eine Grundversorgung zu verstehen, wird ebenfalls nur direkt im vierten Teiluntersuchungsabschnitt von Hoppe aufgeführt und nicht tatsachenorientiert aufgegriffen.

7.2.2 Interaktion mit Hoppes Phänomenstruktur

Im gesamten untersuchten Diskurs lässt sich eine begrenzte Anzahl wiederkehrender stereotyper Muster der Interaktion mit Hoppes Phänomenstruktur feststellen. Diese finden sich sowohl hinsichtlich der Zustimmung als auch der Ablehnung und sie werden von einzelnen Akteuren zum Teil auch mehrfach genutzt.

7.2.2.1 Ablehnung von Hoppes Phänomenstruktur

Wir beginnen mit der Darstellung der Muster, die im Rahmen der Ablehnung einer Priorisierung medizinischer Leistungen verwandt werden. Als verantwortlich für den

Vorschlag der Priorisierung medizinischer Leistungen werden im Diskurs die Ärzteschaft bzw. vielfach der Akteur Hoppe verstanden und die Äußerungen entsprechend adressiert.

Ein stereotypes Muster ist die banale Ablehnung. Am Beispiel des sächsischen Ministerpräsidenten Stanislaw Tillich (CDU) illustriert „man solle nicht ‚Zeit mit Debatten verschwenden über Dinge, die wir nicht brauchen‘“ (FAZ120510S13). Weitere Erläuterungen erfolgen im Rahmen dieses Musters nicht.

Mitunter wird dieses Muster erweitert und Bezug auf einzelne Bestandteile von Hoppes Phänomenstruktur genommen. Dies sind zumeist tatsachenorientiert wiedergegebene Phänomenbestandteile, die im zeitlichen Verlauf sedimentieren (siehe Kapitel 7.2.1). Im folgenden Beispiel illustriert an dem Teilaspekt, dass es im Rahmen einer Priorisierung nach Hoppe zu einer Einschränkung der Leistungen kommen könne: „Der Deutsche Gewerkschaftsbund bezeichnete die Debatte über die Streichung [Priorisierung, Anm. FL] medizinischer Leistungen als ‚maßlos, empörend‘ und ‚eine Beleidigung der anständigen Ärzteschaft‘. Der Ärztetag solle diese Debatte ‚endgültig beerdigen‘. Sie verunsichere Versicherte und Patienten.“ (FR200509S1)

Ein weiteres stereotypes Muster ist die Selektion eines Teilaspektes von Hoppes Phänomenstruktur und dessen negative Konnotation. Auf der Basis der negativen Konnotation dieses Teilaspektes wird im Rückschluss die gesamte Phänomenstruktur abgelehnt, ohne auf weitere Aspekte einzugehen. Ebenso wenig erfolgt in diesem Zusammenhang eine Begründung oder weitere Erklärung der negativen Konnotation des Teilaspektes. Auch in diesem Muster wird zumeist auf tatsachenorientiert wiedergegebene Phänomenbestandteile, die im zeitlichen Verlauf sedimentieren (siehe Kapitel 7.2.1), zurückgegriffen. Hier wird in erster Linie auf die Einführung von Prioritäten- bzw. Dringlichkeitslisten abgestellt, dies negativ konnotiert, um im Rückschluss Hoppes gesamte Phänomenstruktur abzulehnen.

Die Gegner einer Priorisierung nutzen unterschiedliche Formen der negativen Konnotation einer Einführung von Dringlichkeitslisten, so an erster Stelle, dass Dringlichkeitslisten gleichbedeutend mit Rationierung wären. Rationierung aber stünde im Widerspruch zu geltenden Wertvorstellungen. Im Rückschluss stehe damit der gesamte Vorschlag der Priorisierung medizinischer Leistungen im Widerspruch zu geltenden Wertvorstellungen und Priorisierung sei somit abzulehnen. Der dargestellte Widerspruch wird im Folgenden nicht weiter erläutert. So vereint BGM Schmidt beide Schritte in einer Äußerung:

„Schmidt hatte Hoppes Rationierungsforderung menschenverachtend genannt.“ (TAZ220509S7) Oder Kurt Beck (SPD): „Die Ärzte dürften aber keine Diskussion über Rationierung führen, dies sei ein ‚furchtbares Wort, das wir meiden sollten‘.“ (FR200509S5)

Ebenso negativ konnotiert wird die Einführung von Prioritäten- und Dringlichkeitslisten, da diese zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung führen würden. „Herr Hoppe liegt mit seinem Gesundheitsrat völlig daneben“, sagte die gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen, Birgitt Bender. „Die Rabatte, die die AOK jüngst mit den Herstellern von Arzneimitteln ausgehandelt hat, zeigen, dass es Einsparmöglichkeiten gibt, ohne dass Patienten schlechter versorgt werden.“ (DW090509S2)

Ein weiteres Muster der stereotypen Ablehnung selektiert ebenfalls die Einführung von Prioritäten- bzw. Dringlichkeitslisten im Rahmen der von Hoppe vorgeschlagenen Priorisierung medizinischer Leistungen. Die negative Konnotation wird in diesem Fall hergestellt, indem eine Priorisierung unabdingbar zu einer finanziellen Mehrbelastung der Patienten führen würde. Entsprechend müsse der einzelne Patient mehr zahlen. Dies stehe aber im Widerspruch zum Umlageverfahren der GKV. So exemplifiziert Wulf Dietrich, der erste Vorsitzende des Vereins demokratischer Ärzte dieses Muster gleich mehrfach in einem Zitat: „Es läuft auf eine Amerikanisierung hinaus. Auf ein System, in dem nicht mehr alle den gleichen Zugang zu medizinischen Leistungen haben. Und es eröffnet neue Möglichkeiten die Patienten zur Kasse zu bitten. Es soll so viel Geld im Topf der gesetzlichen Krankenversicherung, der GKV, bleiben wie jetzt, aber die Leistungen sollen gekürzt werden. Was fehlt, müssen die Patienten dann aus eigener Tasche bezahlen oder eben über den Umweg einer privaten Versicherung.“ (TAZ200509S6)

Neben der Einführung von Dringlichkeitslisten im Rahmen einer möglichen Priorisierung betreffen weitere selektierte Teilaspekte die Aussage Hoppes, dass es bei einer Priorisierung zur Streichung medizinischer Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV kommen würde. Geschlussfolgert wird, dass Patienten dann vermehrt Kosten selber tragen müssten. Die negative Konnotation erfolgt in diesem Fall durch die Annahme, Teil der Motivation der Ärzte, für eine Priorisierung zu votieren, seien Partikularinteressen. Hoppe wolle so die Arzthonorare erhöhen und auch seine Wiederwahl sichern. „Während Hunderttausende Angst um ihren Job haben, beschwerten sich die Ärzte, dass ein durchschnittliches Honorarplus von zehn Prozent nicht genug sei und fordern zu allem

Überfluss noch Leistungskürzungen und Zuzahlungen.“, so ein Sprecher des GKV-Spitzenverbandes (TAZ230509S4). „Die Vizechefin der SPD-Bundestagsfraktion, Elke Ferner, warf Hoppe eine Politik der sozialen Ausgrenzung vor und sprach von einem ‚erschreckenden Menschen- und Gesellschaftsbild‘ der Ärztefunktionäre. Hoppe wolle eine weitere Erhöhung der Arzthonorare und seine Wiederwahl als Ärztepräsident sichern.“ (DW220509S4)

Ein drittes stereotypes Muster der Ablehnung nutzt ebenfalls die Selektion eines Teilaspektes. In diesem Fall wird nicht auf die Strategien und Taktiken, sondern vielmehr auf die Bedingungen von Hoppes Phänomenstruktur Bezug genommen, wobei im konkreten Falls stets zwei Bedingungen genannt werden. Zum Einen wird die Bedingung Hoppes aufgegriffen, dass das Gesundheitssystem unterfinanziert sei und diese banal negiert. Abzugrenzen ist dieses Muster von der o.g. banalen Ablehnung einzelner Phänomenbestandteile. Im letztgenannten Fall dagegen wird eine Bedingung negiert und damit die Phänomenstruktur ihrer Grundlage bzw. ihrer Sinnhaftigkeit beraubt. Wenn die Bedingung nicht stimmt, dann kann die von Hoppe gefolgerte Konsequenz auch nicht richtig sein. Der ehemalige Präsident der Bundesärztekammer Berlin, Huber, liefert hier ein Paradebeispiel. In zwei Sätzen demonstriert er gleich zwei stereotype Muster der Ablehnung. „Der ehemalige Präsident der Berliner Ärztekammer, Ellis Huber, nannte die Debatte über Sparzwänge [...] dagegen ‚blödsinnig‘. Die Bevölkerung werde verunsichert, ‚damit gruppenegoistisch mehr Geld an Land gezogen werden kann‘.“ (DW200509S2) So selektiert Huber die von Hoppe gesetzte Bedingung, dass das System unterfinanziert sei, und negiert diese. Nach Huber brauche man infolgedessen auch nicht über Strategien wie beispielhaft eine Priorisierung zu debattieren. Im selben Zitat nutzt Huber ebenso das von uns erarbeitete stereotype Muster der negativen Konnotation. Er selektiert die Unterfinanzierung des GKV-Systems, unterstellt den Ärzten finanzielle Interessen und konnotiert insofern Hoppes gesamte Phänomentruktur negativ.

Zum Zweiten wird Hoppes Bedingung der bereits stattfindenden Mangelversorgung / Rationierung als Bedingung selektiert und infrage gestellt. Klaus Theo Schröder, Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, als Vertretung für Schmidt auf dem Ärztetag in Mainz: „Dass Mangelversorgung ‚Realität‘ sei, wie Hoppe behauptet, bestreitet der Staatssekretär: 83 Klinikbetten pro 10 000 Einwohner und 357 niedergelassene Ärzte pro 100 000 Einwohner seien so viel wie kaum woanders. Zur Behandlung der

Kassenpatienten stünden elf Milliarden Euro mehr zur Verfügung als 2008. Es gebe ‚kein Rationierungsproblem‘.“ (FR200509S5)

Genannt wird eine weitere Form der Ablehnung, die allein BGM Rösler nutzt und die insofern nicht als stereotyp gelten kann. Rösler stellt den Adressaten, die Zuständigkeit und damit die Verantwortung von Hoppes Phänomenstruktur infrage. Konkret sieht er seine Person und das Bundesgesundheitsministerium nicht für eine Priorisierungsdiskussion zuständig. „Hoppe forderte Gesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) auf, eine offene Debatte darüber zu führen, welche Patienten und Krankheiten künftig mit welcher Priorität behandelt werden. ‚Diese Entscheidung muss die Politik treffen, nicht die Ärzteschaft.‘ Eine Sprecherin Röslers wies darauf hin, dass es nicht Aufgabe des Ministeriums sei, eine solche Debatte zu führen oder darüber zu entscheiden.“ (FAZ180110S11)

Hoppe äußert sich ebenfalls zur Einnahmenseite der GKV. Seine abstrakte Forderung nach mehr Mitteln wird einheitlich abgelehnt. Wieder wird von unterschiedlichen Akteuren ein Teilaspekt selektiert, dieser negativ konnotiert und so die Ablehnung begründet. Wagner lehnt die Forderung nach mehr Mitteln ab, da er finanzielle Interessen der Ärzte hinter diesen vermutet. Von Seiten der Journalisten wird der Vorschlag abgelehnt, da ihrer Meinung nach die Ärzte keinen Vorschlag zur Gegenfinanzierung anbieten. „Hoppe singt schon seit Jahren das Klagelied der ‚Rationierung‘ und der ‚Wartelistenmedizin‘. Und seit Jahren weigert er sich, einen Vorschlag zu machen, woher das fehlende Geld kommen soll.“ (DW090509S8) Von den nicht zentralen Akteuren wird der Vorschlag abgelehnt, da die Ärzte nicht definieren würden, wofür sie das Geld benötigten.

7.2.2.2 Zustimmung zu Hoppes Phänomenstruktur

Zustimmung zu seinem Vorschlag erhält Hoppe von Montgomery, Köhler und nicht zentralen Akteuren. Auch diese nutzen das bereits bekannte stereotype Muster der Selektion eines Teilaspektes für die Unterstützung von Hoppes Phänomenstruktur.

Hier wird ebenso ein einzelner Teilaspekt selektiert, diesem zugestimmt und damit Hoppes gesamte Phänomenstruktur für richtig erachtet.

Die nicht zentralen Akteure und auch Montgomery selektieren den Teilaspekt, dass Priorisierung ein demokratisches und gerechtes Verfahren sei. „Nach Ansicht des

Hauptgeschäftsführers der Bundesärztekammer, Christoph Fuchs, [...] würde eine Priorisierung medizinischer Leistungen das Gesundheitswesen gerechter machen. Es gebe dann gesellschaftlich anerkannte Kriterien, nach denen die knappen Mittel verteilt werden und nach denen sich Ärzte richten könnten.“ (DW170609S10)

Notwendig sei eine Priorisierung medizinischer Leistungen nach Meinung der nicht zentralen Akteure auch, da das Gesundheitswesen teurer würde. Jürgen Schölmerich, Vorsitzender der deutschen Gesellschaft für Innere Medizin: „Das Gesundheitswesen wird noch teurer werden“, sagt er. Die Aufwendungen für neue Therapien und diagnostische Verfahren werden sämtliche Einsparungen übertreffen, die durch Rationalisierung und staatlich gelenkte Kostensenkung erzielt werden können.“ (FAZ070410SN1)

Festzuhalten ist auch, dass auf weitere Aspekte von Hoppes Phänomenstruktur weit weniger Bezug genommen wird bzw. sie sich kaum im Diskursverlauf wiederfinden. So wird seine abstrakte Forderung mit Bezug auf die Ausgabenseite der GKV, eine offene Debatte über die Mittelverwendung zu führen, von Seiten der zentralen Akteure Montgomery und Henke befürwortet. Beide nutzen das Muster der banalen Zustimmung, Montgomery ferner das Muster der Teilselktion und positiver Konnotation eines Teilaspektes. Laut Montgomery müsse man die Debatte führen, da die Mittel knapp seien. Henke nutzt mehrere Teilaspekte. Seiner Meinung nach sei das System unterfinanziert und eine Streichung medizinischer Leistungen unausweichlich, Priorisierung sei ein geordnetes und transparentes Verfahren. Die entstandene Lücke könne über die PKV oder Eigenfinanzierung geschlossen werden.

„Wenn das Geld nicht reicht, muss man eine Priorisierung der Leistungen erwägen“, sagte Henke. Der Versicherte wisse dann, für welche Fälle er zusätzlich vorsorgen müsse. Nicht jede Therapie müsse im Katalog verankert werden. Auf Dauer könne „nicht alles gemacht werden, was geht.““ (DW190509S2)

7.2.2.3 Hoppes Interaktion in puncto Zustimmung und Ablehnung

Hoppe selbst interagiert im diskursiven Verlauf hinsichtlich seines Vorschlages der Priorisierung medizinischer Leistungen im Sinne der ZEKO mit Schmidt und Rösler. Er nutzt bekannte Muster der Interaktion insofern, als dass er Schmidts Kritik pauschal ablehnt: „Frau Schmidt hat ein wenig überreagiert“, sagte Hoppe. Sie sei offenbar nicht

vollständig informiert.“ (DW220509S4) Ebenfalls antwortet er stereotyp, in dem er die pauschale Ablehnung um einen Teilaspekt erweitert. So finden sich im Interview mit der FAZ vom 21. Februar 2010 beide genannten Muster der Interaktion FAZ: „Sie sind optimistisch, dass Sie die Politik so dazu bringen, über Priorisierung zu sprechen? Hoppe: Ja, auf jeden Fall. Die Diskussion ist zwingend! FAZ: Wo sehen Sie Anzeichen dafür? Hoppe: Das ist zu früh. Dass Minister Rösler jetzt nicht unbedingt sofort mit Priorisierung aufwarten will, das kann man ja verstehen. Aber dass die Debatte unethisch ist, wie er behauptet, das werden wir schnell widerlegen.“ (FAZ21022010S7)

Darüber hinaus setzt sich Hoppe als Einziger inhaltlich mit der Position eines anderen Akteurs auseinander. Schmidts Argumentation, dass eine Priorisierung medizinischer Leistungen nicht mit ihren Wertevorstellungen vereinbar sei, diese unethisch sei, entgegnet er: Schmidt praktiziere bereits selbst eine Priorisierung medizinischer Leistungen nach Hoppes Verständnis, was er am Beispiel der Impfverordnung gegen die neue Influenza A H1N1 („Schweinegrippe“ Anm. FL) illustriert: „Die Priorisierung bei der Entscheidung der Regierung besteht nun darin, dass zunächst Risikogruppen – Menschen mit chronischen Erkrankungen, Schwangere und sogenanntes Schlüsselpersonal für die Gesellschaft, zum Beispiel Beschäftigte im Gesundheitswesen, Polizei, Feuerwehr – geimpft werden sollen, weil die Impfstoffmengen nur sukzessive zur Verfügung gestellt werden können. Ist diese Entscheidung der Bundesregierung nun ‚menschenverachtend‘? Wohl kaum, denn die Ressource Impfstoff ist nun einmal begrenzt verfügbar.“ (FAZ180909S14; vgl. Bundesanzeiger, 2009:2889; vgl. Hoppe, 2012:327f)

Eine weitere, in dem von uns untersuchten Diskursabschnitt einzigartige Form der Interaktion, ist Hoppes Erweiterung seiner Phänomenstruktur bzw. die Betonung von Teilaspekten seiner Phänomenstruktur im diskursiven Verlauf. So erweitert er in seinen direkten Aussagen im III. Teiluntersuchungsabschnitt seine Strategie der Einführung einer Priorisierung medizinischer Leistungen im Sinne der ZEKO um den Teilaspekt, dass Priorisierung für alle Menschen gelte. „Wenn wir uns nach einer Priorisierung aus Kostengründen grundsätzlich gegen eine bestimmte Tumorbehandlung entscheiden, dann gilt diese Entscheidung nicht nur für alte Menschen, sondern für alle.“ (FAZ210210S7)

Neu eingeführt wird auch die Kategorie, dass bei einer Priorisierung alle Kranken bedarfsgerecht behandelt würden: „Jeder wird behandelt, jeder wird versorgt, in der Rangfolge der Dringlichkeit.“ (FAZ180909S14)

Beide Erweiterungen der Phänomenstruktur werden wir als Interaktion, da Hoppe unter anderem von Schmidt -wie oben zu lesen- mit dem stereotypen Muster konfrontiert wird, dass Priorisierungslisten zu einer schlechteren Versorgung von Patienten oder gar einer Verweigerung von Behandlungen führen würden. So Schmidt: „Das entspricht nicht meinem Verständnis vom Sozialstaat. Es wird keinen Prioritätenkatalog für Krankheitsbehandlungen geben. Bei uns hat jeder einen Anspruch darauf, behandelt zu werden. Was wir brauchen, ist eine Bewertung vor allem neuer Diagnose- und Therapieverfahren hinsichtlich Kosten und Nutzen. Da kann es zum Ausschluss von Leistungen kommen, wenn sie nichts nutzen. Aber es wird nicht zu einer Priorisierung von Leistungen nach dem Motto kommen: Herz- und Krebskranke zuerst, die neue Hüfte kann noch ein Jahr warten.“ (TAZ190509S6) Allerdings adressiert Hoppe in diesem Fall nicht unmittelbar Frau Schmidt, wie bei der Priorisierung von Impfungen, sondern erweitert seine direkte Phänomenstruktur, ohne einen Akteur zu adressieren.

7.2.3 Darstellung der Phänomenstrukturen der zentralen Akteure

Hoppe stellt als einziger Akteur seine Phänomenstruktur differenziert dar. Andere Akteure leiten in der Regel einzelne Strategien an Hand einer allein genannten Bedingung ab und differenzieren diese nicht weiter, dies erfolgt zumeist reaktiv.

Hinsichtlich der gemeinsamen Anerkennung von Bedingungen teilen Montgomery, Henke und Köhler Hoppes Bedingungen weitgehend. Alle drei gehen von folgenden Bedingungen aus: Die Mittel im Gesundheitswesen seien grundsätzlich knapp. Zudem sei das Gesundheitswesen gegenwärtig unterfinanziert. Vor diesem Hintergrund würde bereits aktuell eine heimliche Rationierung bzw. eine Mangelversorgung stattfinden.

Köhler wiederholt die bereits von Hoppe angeführte Konsequenz, dass das Niveau im Gesundheitswesen bei gegebenen Bedingungen nicht gehalten werden könne. Weitere zentrale Akteure äußern sich nicht zu möglichen Konsequenzen.

Einzig Henke teilt mit den zwei verbleibenden Hauptakteuren Schmidt und Rösler zwei Bedingungen. Henke, Schmidt und Rösler gehen davon aus, dass das Leistungsniveau der GKV insgesamt gut sei. Auch sei das Gesundheitssystem ein solidarisches System, in dem jeder einzelne, unabhängig von seinem Einkommen, Diagnostik und Therapie erhalte.

Schmidt bemerkt allein, dass die Mittel für die Versorgung aller ausreichen. Rösler stellt ebenfalls nur für sich abstrakt fest, dass Gesundheit ein hohes Gut sei.

Von allen zentralen Akteuren werden vor diesem Hintergrund unterschiedlichste Strategien im Umgang mit den genannten Bedingungen für notwendig erachtet. Der Übersichtlichkeit halber gliederten wir die von allen Akteuren im Gesamtzeitraum vorgeschlagenen Strategien und Taktiken zunächst danach, ob sie die Einnahmen- oder die Ausgabenseite der GKV betreffen. Weiter unterschieden wir konkrete und abstrakte Vorschläge.

Die Ausgabenseite betreffend unterstützt Köhler nebst dem Vorschlag der Priorisierung medizinischer Leistungen im Sinne der ZEKO Hoppes konkrete Forderung, man könne die GKV prinzipiell nur als Grundversorgung verstehen. In diesem Fall müssten die Bürger weitere Leistungen selber dazukaufen.

Weitere konkrete Vorschläge die Ausgabenseite der GKV zu verändern, finden sich im gesamten untersuchten Diskurs nicht.

Mit Bezug auf die Ausgabenseite findet sich die abstrakte Forderung nach einer offenen und ehrlichen Diskussion über die Mittelverwendung im System der GKV. Diese wird neben Hoppe auch von Henke, Köhler und Montgomery gefordert.

Rösler und Schmidt stellen ebenfalls abstrakte Forderungen die Ausgabenseite der GKV betreffend. Es gibt allerdings keine Überschneidungen mit anderen zentralen Akteuren, auch nicht zwischen Schmidt und Rösler.

Schmidt fordert abstrakt, dass Kassenpatienten weiterhin alles medizinisch Notwendige erhalten müssten und ein Leistungsausschluss nur bei bewiesenem Nicht-Nutzen erfolgen dürfe. Dies erläutert sie nicht näher.

Rösler möchte die medizinische Versorgung auf hohem Niveau halten. Er fordert ebenfalls, ohne dies näher zu konkretisieren, mehr Wettbewerb zwischen den Teilnehmern im Gesundheitssystem und den Abbau von Fehlsteuerungen im Gesundheitswesen.

Mögliche Vorschläge die Einnahmenseite der GKV betreffend gliederten wir ebenso in abstrakte und konkrete Forderungen. Im Folgenden zunächst die konkreten Vorschläge:

Henke fordert eine staatlich geförderte Zusatzversorgung nach dem Vorbild der Riesterrente, um die Einnahmensituation der GKV zu verbessern.

Köhler schlägt eine Steuerung der Patientenströme über Zuzahlungstarife vor.

Rösler fordert ein Prämienmodell, um die Einnahmen zu verbessern. Er versteht darunter einen einkommensunabhängigen Krankenkassenbeitrag.

Grundsätzlich findet sich keine Überschneidung von Positionen einzelner zentraler Akteure hinsichtlich der konkreten Strategien, die Einnahmenseite der GKV zu verbessern.

Abstrakt fordern Henke und Montgomery gemeinsam eine Diskussion über die Einnahmenseite der GKV.

Bei den nicht zentralen Akteuren und ebenso den Journalisten finden sich wenig Überschneidungen in den Argumentationen. Es werden alle Bedingungen der zentralen Akteure weitergetragen. Hinzu kommt die Hauptkategorie, dass der G-BA als Entscheidungsgremium eine gute und bewährte Institution sei. Ferner gäbe es aktuell Wirtschaftlichkeitsreserven in Form von Fehlsteuerungen im Gesundheitssystem. Als weitere Bedingung mit Bezug auf den Priorisierungsdiskurs wird festgestellt, dass Leistungseinschränkungen der GKV stets ein unbeliebtes Thema für alle Akteure im Gesundheitswesen seien und somit eine offene Debatte erschwert würde.

Hinsichtlich möglicher Strategien nehmen die nicht zentralen Akteure zumeist auf die Ausgabenseite der GKV Bezug.

Hoppes konkreter Vorschlag einer Priorisierung medizinischer Leistungen wird unterstützt. Hier werden auch Teilaspekte weitergetragen, die sich bei den zentralen Akteuren selten finden. So wird verlangt, dass eine Priorisierung stets transparent und öffentlich nachvollziehbar sein müsse und die Letztentscheidung über Priorisierung stets bei der Politik liege.

Als zweiter konkreter Vorschlag findet sich unabhängig von den zentralen Akteuren die mögliche Einführung von kostensensiblen Leitlinien.

Abstrakt unterstützen die nicht zentralen Akteure hinsichtlich der Ausgabenseite die bekannten Forderungen von Schmidt nach der Finanzierung alles medizinisch Notwendigem sowie der Bewertung von Diagnose- und Therapieverfahren nach Kosten und Nutzen.

Auch Röslers Forderung nach einem Abbau von Fehlsteuerungen im Gesundheitswesen wird befürwortet.

Ebenso findet sich die Forderung nach einer offenen und ehrlichen Diskussion über die Mittelverteilung in der GKV.

Neu taucht die abstrakte Forderung auf, dass grundsätzlich die Ansprüche im GKV-System begrenzt werden müssten.

Auf der Einnahmenseite findet sich die abstrakte Forderung nach mehr Mitteln für das Gesundheitssystem wieder.

Eine Kontrastierung der direkt und tatsachenorientiert dargestellten Phänomenstrukturen anderer zentraler Akteure, neben Hoppe, bot sich nicht an, da es insgesamt nur acht direkte Äußerungen anderer zentraler Akteure, neben Hoppe, gab und sich in diesen keine differenzierten Phänomenstrukturen darstellen (siehe Kapitel 7.1.4).

7.2.4 Interaktion mit Schmidts Strategien und Taktiken

Im medialen Diskurs wird auch mit BGM Schmidt interagiert. Verglichen mit Hoppe stellt Schmidt keine differenzierte Phänomenstruktur im Diskurs dar (siehe vorheriges Kapitel). Die Bestandteile des Kodierparadigmas betreffend wird hinsichtlich der Interaktion zumeist auf Schmidts Vorschläge, wie mit der gegenwärtigen Situation im System der GKV verfahren werden soll, Bezug genommen. Hier werden hauptsächlich zwei Strategien von anderen Akteuren kritisch betrachtet.

Zum einen versichert Schmidt, dass weiterhin alles medizinisch Notwendige finanziert werde und es einen Leistungsausschluss nur bei bewiesenem Nicht-Nutzen gebe solle, wie zum Beispiel: „Schröder [als Stellvertreter für BGM Schmidt auf dem Ärztetag in Mainz 2009 und Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Anm. FL] beruhigte die Kassenpatienten: Auch in Zukunft würden sie alles Notwendige auf der Höhe des medizinischen Fortschritts erhalten – von der Herzverpflanzung bis zur Dialyse.“ (DW200509S2) „Leistungen sollten nur ausgeschlossen werden, wenn sie nachweislich nichts nützten.“ (DW190509S1) Illustriert durch Köhler wird diese Äußerung als „unbegrenztetes Leistungsversprechen“ (FR190509S5) bezeichnet und von zentralen und nicht zentralen Akteuren infrage gestellt. Hoppe, Montgomery und Köhler stellen fest, dass die Mittel im GKV-System begrenzt seien und lehnen daher dieses unbegrenzte Leistungsversprechen ab. Daniel Bahr (FDP), als nicht zentraler Akteur, ergänzt für sich, dass man die GKV im Prinzip nur als Grundversorgung verstehen solle.

Zum anderen wird von nicht zentralen Akteuren im Diskurs beanstandet, dass Schmidt, aber auch Rösler bzw. alle Gesundheitspolitiker sowie Krankenkassenvertreter, sich im öffentlichen Diskurs einer Debatte über Leistungsbeschränkungen im Gesundheitssystem entziehen würden: In der FAZ vom 11. September 2009 aus einem Leserbrief: „Die Bürger müssen wissen, welche Gesundheitsleistungen sie als Versicherte noch erwarten können und auf welche sie in Zukunft ihren Anspruch verlieren werden. Dies erfordert eine wahrscheinlich politisch nicht gewünschte öffentliche Diskussion und eine Abkehr von der Heuchelei, allen alle Wünsche im Gesundheitswesen erfüllen zu können.“ (FAZ110909S18) Oder in einem Kommentar aus der Welt vom 2. Juli 2009: „Vor der eigentlichen Wahrheit scheuen jedoch alle Parteien zurück, denn sie ist absolut nicht wahlkampftauglich. Sie lautet: Künftig wird nicht mehr jeder an jedem medizinischen Fortschritt teilhaben können, wenn die Kosten des Gesundheitssystems erträglich bleiben sollen.“ (DW020709S9)

7.2.5 Diskurskoalitionen und deren Grundlagen

Keller versteht unter dem Begriff der Diskurskoalition eine Gruppe von Akteuren, die im Diskurs dieselbe Position einnehmen, was nicht notwendigerweise strategisch oder bewusst durch die Nutzung von gleichen Argumentationen oder auch Phänomenstrukturen erfolgt (Keller, 2007:64).

Mit Blick auf mögliche Diskurskoalitionen lassen sich keine deckungsgleichen Phänomenstrukturen unterschiedlicher zentraler und nicht zentraler Akteure im von uns untersuchten Diskursabschnitt finden. Einzig die Aussagen von Staatssekretär Schröder, der BGM Schmidt auf dem Ärztetag in Mainz vertritt, stimmen vollständig mit Schmidts Argumenten überein. Im Übrigen finden sich stets Abweichungen hinsichtlich möglicher Phänomenbestandteile einzelner Akteure, ebenso finden sich Akteure, die sich mit ihren Argumentationen vollständig einer diskursiven Koalition entziehen. Wir näherten uns möglichen Koalitionen ausgehend von den Interessengruppen (siehe Kapitel 7.1.4), denen die einzelnen Akteure zugehören.

Vertreter der Ärzteschaft wie Hoppe, Köhler, Henke, Schölmerich sowie Sprecher einzelner Ärztegesellschaften teilen die Bedingungen Hoppes, dass die Mittel im System

der GKV generell knapp und das System gegenwärtig unterfinanziert sei und zudem heimliche Rationierung und Mangelversorgung bereits stattfinde.

Entsprechend wird auch die als negativ gewertete Konsequenz akzeptiert, dass bei gegebenen Bedingungen das Niveau im Gesundheitswesen nicht gehalten werden könne: „Auf der gestrigen Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) äußerte ihr Vorsitzender Andreas Köhler heftige Kritik an den jüngsten Reformen. Die flächendeckende Versorgung in Deutschland sei ernsthaft in Gefahr. Ein ‚unbegrenztes Leistungsversprechen‘ und begrenzte Mittel passten nicht zusammen, sagte Köhler.“ (DW190509S1) Oder Montgomery im Interview mit der Leipziger Volkszeitung, in unserem Fall zitiert in der Welt: „Ein Gesundheitssystem, das allen immer alles verspreche, werde zwangsläufig immer teurer. [...] Und weil alles versprochen wird, aber nicht gehalten werden kann, erfolgt die Rationierung im Stillen – durch Wartelisten für Behandlungen oder deren Verweigerung.“ (DW301210S1)

Auch die genannten Vertreter der Ärzteschaft schlagen als Strategie die Priorisierung medizinischer Leistungen im Sinne der ZEKO vor bzw. verlangen eine offene Debatte über die Mittelverwendung im System der GKV.

Einzelne Ärzte, die unabhängig von Interessenvertretungen in Leserbriefen zu Wort kommen teilen die Bedingung, dass eine heimliche Rationierung bereits stattfinde. Sie fordern ebenfalls eine offene Debatte über die Mittelverwendung im System der GKV. Der Gesundheitspolitik halten sie vor, dass diese sich vor einer solchen Debatte drücke.

Ulrich Weigeldt, Vorsitzender des Deutschen Hausärzterverbandes, Ellis Huber, ehemaliger Vorsitzender der Berliner Ärztekammer, und Wulf Dietrich, Vorsitzender der freien Ärzteschaft und entsprechend auch als Ärztevertreter zu werten, gehen demgegenüber von gänzlich anderen Phänomenstrukturen aus. Ein Beispiel: „Die Debatte über eine mögliche Streichung medizinischer Leistungen für Kassenpatienten aus Geldmangel wird schärfer. Der Chef des mächtigen Deutschen Hausärzterverbandes, Ulrich Weigeldt, wies im Gespräch mit der FR entsprechende Vorschläge von Ärztepräsident Jörg-Dietrich Hoppe zurück. Der Vorstoß diene nur der ‚Vernebelung‘, um nicht über fehlerhafte Strukturen im Gesundheitswesen reden zu müssen. Dazu gehöre, dass es zweieinhalbmal so viele niedergelassene Fachärzte wie Hausärzte gebe. Zu Forderungen nach mehr Finanzmitteln sagte Weigeldt: ‚Man kann nicht sagen: Wir kippen mehr Geld

rein und gucken, wo es ankommt.' Hoppes Rede zum Auftakt des Deutschen Ärztetages bezeichnete er als ‚grauenvoll‘.“ (FR200509S1)

Im von uns untersuchten Diskursabschnitt lehnen alle auftretenden Politiker einheitlich über alle Parteigrenzen hinweg Hoppes Vorschlag einer Priorisierung medizinischer Leistungen ab.

Darüber hinaus äußert sich kein Politiker zu der ärztlichen Forderung nach einer offenen und ehrlichen Debatte über die Mittelverwendung im GKV-System.

Neben den Aussagen Schmidts, wie mit der Ausgabenseite des GKV-Systems verfahren werden solle, finden sich konkrete Vorschläge von politischer Seite nur von Birgitt Bender (Bündnis 90/Die Grünen), diese allerdings nur in einem Bericht in der Welt in zwei Sätzen: „Herr Hoppe liegt mit seinem Gesundheitsrat völlig daneben“, sagte die gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen, Birgitt Bender. „Die Rabatte, die die AOK jüngst mit den Herstellern von Arzneimitteln ausgehandelt hat, zeigen, dass es Einsparmöglichkeiten gibt, ohne dass Patienten schlechter versorgt werden.““ (DW090509S2)

Einen konkreten Vorschlag, die Einnahmenseite betreffend, führt BGM Rösler auf. Er möchte über ein Prämienmodell die Einnahmenseite der GKV stärken. Kein weiterer Politiker nennt konkrete Vorschläge, sprich Strategien und Taktiken, wie die Einnahmen- oder die Ausgabenseite der GKV verändert werden könnte.

Die Phänomenstrukturen von Schmidt und Rösler überschneiden sich in zwei Hauptkategorien, zum einen hinsichtlich der Bedingung, dass es gegenwärtig keine heimliche Rationierung oder Mangelversorgung gebe, zum Anderen hinsichtlich der Strategie, dass die medizinische Versorgung auf dem gegenwärtig hohen Niveau gehalten werden solle.

Ähnlich den Politikern lehnen Krankenkassenvertreter, Vertreter des GKV-Spitzenverbandes und auch der Vorsitzende des G-BA unisono eine Priorisierung medizinischer Leistungen ab. Sie gehen davon aus, dass das Leistungsniveau im System gut sei, es gebe aber Fehlsteuerungen und Wirtschaftlichkeitsreserven. Als Strategie für die Zukunft gelte es, diese zu beseitigen.

In der von uns definierten Gruppe der Wissenschaftler kommen zu Wort: Beske, Höfling, Augsberg, Marckmann, Huster, Gethman-Siefert und der Forschungsverbund Allokation. Sie alle teilen die Bedingung der gegenwärtig stattfindenden heimlichen Rationierung. Weitgehend einheitlich teilen sie auch die Forderung nach einer offenen Debatte über die Mittelverwendung in der GKV. Weitere einzelne Vorschläge wie die Forderung nach kostensensiblen Leitlinien finden neben der einmaligen Nennung keine weitere Aufmerksamkeit im von uns untersuchten Diskursabschnitt.

In den drei im Diskursverlauf vorgestellten demoskopischen Untersuchungen, einer Umfrage der Marktforschungsfirma GfK für die Allianz AG vom 16. Juni 2009, dem MLP Gesundheitsreport, vorgestellt am 5. August 2009, und dem ZDF Politbarometer vom 29. Januar 2010, wird die Meinung der befragten Bürger dargestellt. Diese gehen davon aus, dass es bereits aktuell eine Mangelversorgung gebe. Auch würde es in der Zukunft zu Defiziten in der Versorgung kommen. Als Strategie wird sowohl die Begrenzung der Ansprüche als auch die Forderung nach mehr Mitteln von Seiten der Bürger unterstützt.

Einzelne Akteure fanden keine Zuordnung in eine Interessengruppe, wie beispielsweise der Deutsche Gewerkschaftsbund oder ein einzelner Leserbriefautor. Wie oben in diesem Kapitel aufgeführt, gibt es vielfach Hauptkategorien, welche allein von einem Akteur verfolgt werden.

Bei Betrachtung der Schnittmengen zwischen den Interessengruppen wird deutlich, dass eine pauschale Gegenüberstellung im Sinne von Koalition und Opposition für oder gegen eine Priorisierung medizinischer Leistungen grundsätzlich nicht sinnvoll ist.

Hinsichtlich Hoppes Forderung nach einer Priorisierung im Sinne der ZEKO lässt sich feststellen, dass er Unterstützung von Vertretern der Ärzteschaft, einzelnen Ärzten und Wissenschaftlern erhält. Es wird auch deutlich, dass die einzelnen Akteure unterschiedliche Aspekte einer Priorisierung medizinischer Leistungen betonen und oftmals alternative Strategien anbieten. Diese sehen sie als mit einer Priorisierung vereinbar, sehen teilweise diese Strategien selbst als Priorisierung an.

Neben der Forderung nach einer Priorisierung im Sinne der ZEKO wird auch die abstrakte Forderung nach einer offenen Debatte über die Mittelverwendung in der GKV gestellt.

Hier finden sich ähnliche Interessengruppen, die diese Forderung unterstützen. Adressiert an die Gesundheitspolitik erscheint gemeinschaftlich der Vorwurf, dass sich die Gesundheitspolitik der Diskussion entziehen würde.

Einheitlich abgelehnt wird Hoppes Vorschlag der Priorisierung medizinischer Leistungen oder der offenen Debatte über die Mittelverwendung in der GKV von allen auftretenden Politikern, dem G-BA und den Krankenkassenvertretern. Schmidt, Rösler, weitere Politiker, Krankenkassenvertreter, Journalisten, Hess als Vertreter des G-BA und der DGB lehnen eine Priorisierung ab, allerdings lehnt auch der Vorsitzende des Deutschen Hausärzteverbandes eine Debatte über eine Priorisierung medizinischer Leistungen ab.

Eine alternative Strategie von Seiten dieser Koalition gegen Hoppes Vorschläge zielt abstrakt auf die Mobilisierung von Wirtschaftsreserven und den Abbau von Fehlsteuerungen im Gesundheitswesen. Unterstützt wird dies von Rösler, Krankenkassenvertretern, dem G-BA, dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen und Journalisten.

Ebenso fordern Schmidt und der Bundesverband der Krankenkassen abstrakt, dass weiterhin den GKV Patienten alles medizinisch Notwendige zukommen solle.

Die Strategien beider Koalitionen gründen sich im Wesentlichen auf unterschiedliche Bedingungen, von denen die Akteure ihre Strategien ableiten.

Auf der einen Seite stehen die Fürsprecher einer Priorisierung. Sie gehen davon aus, dass die Mittel grundsätzlich knapp seien, das System unterfinanziert sei und heimliche Rationierung bereits stattfinde. Hier finden sich Hoppe, Henke, Köhler, Montgomery, Journalisten und Wissenschaftler. Aber es finden sich auch demoskopische Untersuchungsergebnisse und Aussagen der Pharmaindustrie, die eine Priorisierung unterstützten und vertreten, dass bei unveränderten Bedingungen das Niveau im Gesundheitswesen nicht gehalten werden könne.

Demgegenüber gruppiert sich die diskursive Opposition um Schmidt, Rösler, Spahn und Krankenkassenvertreter. Sie stützen sich ebenfalls auf im Diskurs veröffentlichte demoskopische Untersuchungen. Die Opposition geht davon aus, dass das Leistungsniveau im Gesundheitswesen aktuell gut sei. Schmidt, Journalisten und auch einige Ärzte gehen weiter davon aus, dass die Mittel zur Versorgung aller ausreichen würden. Schmidt und

Hess wenden sich mit dieser Aussage auch explizit an Hoppe und äußern, dass es keine heimliche Rationierung gebe.

Wie erwähnt sind die beschriebenen Koalitionen der Interessen- oder Akteursgruppen nicht streng zu verstehen. So werden beide Seiten von Journalisten, zu Wort kommenden Bürgern und weiteren einzelnen Akteuren unterstützt.

Dennoch findet im gesamten untersuchten Zeitraum kein Wechsel eines einzelnen Akteurs von der Koalition zur Opposition bzw. vice versa statt.

7.2.6 Rolle der Printmedien und ihrer Akteure

An dieser Stelle der Arbeit werden die Ergebnisse der im Kapitel Feinanalyse am einzelnen Fragment geschilderten doppelten Gegenüberstellung dargestellt. Wesentlich ist hier nach unserer Terminologie die Einteilung in direkte, tatsachenbetonte und meinungsbetonte journalistische Darstellungsformen (siehe auch Kapitel 7.1.3). Unter direkten Darstellungsformen systematisierten wir Leserbriefe, offene Briefe und Interviews von und mit einzelnen Akteuren. Tatsachenbetonte journalistische Darstellungsformen sind Kurzmeldungen, Berichte und Nachrichten. Zu den meinungsbetonten Darstellungsformen zählen Leitartikel, Kommentare und Meinungen.

Zunächst wollen wir für die zentralen Akteure darstellen, ob und in welcher Form die von ihnen direkt dargestellten Phänomenstrukturen auch in den tatsachenbetonten journalistischen Darstellungsformen abgebildet werden. Hier finden sich drei wesentliche Mechanismen.

Zum Ersten findet zwischen der direkten und tatsachenbetonten journalistischen Darstellung eine Reduktion der Phänomenstrukturen durch die Printmedien statt. Bereits die Bedingungen, die Hoppe für seine Phänomenstruktur zugrunde legt, werden von Seiten der Printmedien auf die Teilaspekte der Unterfinanzierung des GKV-Systems und die stattfindende (heimliche) Rationierung / Mangelversorgung reduziert. Weitere Bedingungen, wie exemplarisch Hoppes Annahme, dass das vorrangige Ziel der Gesundheitspolitik ein stabiler Beitragssatz sei, werden überhaupt nicht abgebildet. So beispielhaft Hoppes direkte Äußerung in einem offenen Brief vom 18. September 2009 erschienen in der FAZ: „Durch die letzte Reform des Gesundheitswesens in Gestalt des

„Gesetzliche-Krankenversicherung-Wettbewerbsstärkungsgesetzes“ müsste dann jedem klargeworden sein, dass kein politischer Wille erkennbar ist, die Finanzausstattung der gesetzlichen Krankenkassen strukturell zu verbessern. Das vorrangige Ziel deutscher Gesundheitspolitik bleibt der stabile Beitragssatz.“ (FAZ180909S14)

Die wesentliche Konsequenz, die Hoppe aus den von ihm dargestellten Bedingungen ableitet, ist, dass das Leistungsniveau im Gesundheitswesen nicht gehalten werden könne. Diese Konsequenz findet sich sowohl in den direkten als auch in den tatsachenbetonten Darstellungsformen wieder.

Hinsichtlich der von Hoppe vorgeschlagenen Strategien, wie mit diesen Bedingungen umzugehen sei, werden im ersten Untersuchungsabschnitt alle seine vier Vorschläge in tatsachenbetonten Darstellungsformen wie Kurzmeldungen, Berichten und Nachrichten wiedergegeben. Mit Bezug auf den zentralen Vorschlag Hoppes, einer Priorisierung medizinischer Leistungen, findet als Teilaspekt einer möglichen Priorisierung die Einführung von Dringlichkeitslisten in tatsachenbetonten Äußerungen die deutlichste Resonanz. Weitere Teilaspekte einer möglichen Priorisierung finden dagegen kaum in tatsachenbetonten Darstellungsformen Resonanz, wie etwa Hoppes Erklärungen einer horizontalen oder vertikalen Priorisierung. Oder etwa der Teilaspekt einer möglichen Einführung eines Gesundheitsrates, der Schwerpunkte einer Priorisierung definiert und bei der Erarbeitung von Richtlinien die Politik unterstützen könne, werden nur vereinzelt aufgegriffen. Viele von Hoppe direkt genannte Teilaspekte werden weder tatsachenbetont noch meinungsbetont wiedergegeben. Exemplarisch Hoppes Hinweis, dass Priorisierung keine Rationierung sei oder dass im Rahmen einer Priorisierung alle Kranken bedarfsgerecht behandelt würden und dass nach der Einführung eine Priorisierung für alle Menschen und nicht nur für alte Menschen gelten würde.

Zweitens findet neben der beschriebenen Reduktion eine Kombination von Teilaspekten in der Berichterstattung statt, und zwar vielfach in einer Art und Weise, die den direkten Aussagen, die in einem offenen Brief oder Interview von Hoppe geäußert werden, widersprechen. So stellt Hoppe als wesentliche Bedingung direkt fest, dass eine gegenwärtig bereits stattfindende heimliche Rationierung im GKV-System der Grund sei, warum er stellvertretend für die Ärzteschaft eine Priorisierung befürworte. Als Ursache bzw. Bedingung gibt er eine Unterfinanzierung des GKV-Systems an. In den

tatsachenbetonten Darstellungsformen findet neben der im vorherigen Absatz dargestellten Reduktion darüber hinaus eine Kombination statt. So sei nach Hoppes Darstellung in Kurzmeldungen, Berichten und Nachrichten eine Priorisierung allein nötig, da gegenwärtig eine heimliche Rationierung stattfinde. Erweitert wird dies durch eine Kausalkette. So würde Hoppe feststellen: Das System sei unterfinanziert, daher finde eine heimliche Rationierung statt. Eine Priorisierung lege diese Rationierung über Listen offen. Was nicht auf der Liste stehe, werde gestrichen. In den offenen Briefen und Interviews mit Hoppe findet sich diese Kombination, diese Kausalkette, nicht. Hoppe setzt zwar die Bedingung der Unterfinanzierung der GKV und auch die Bedingung der gegenwärtig stattfindenden heimlichen Rationierung, allerdings möchte er nicht mit einer Prioritätenliste die heimliche Rationierung in eine offene Rationierung überführen. Vielmehr fordert er, um Verteilungsgerechtigkeit in der medizinischen Versorgung zu sichern, von Politik und Gesellschaft, über Priorisierung zu debattieren, um heimliche Rationierung von Leistungen zu vermeiden. Diese Form der Verknüpfung bzw. Kombination setzt sich in den fünf detailliert untersuchten Zeiträumen weiter fort. Beide aufgezeigten Prinzipien, die Reduktion und auch die Kombination, finden sich im narrativ skizzierten Zeitraum 2010 bis 2014 (siehe folgendes Kapitel 7.3). Eine weitere identifizierte Hauptkategorie außerhalb des Kodierparadigmas stellt die beschriebenen Mechanismen von Reduktion und Kombination ebenfalls dar. In dieser kodierten wir über alle Teiluntersuchungsabschnitte alle Bezeichnungen, die für die von Ärztepräsident Hoppe eingeführte Idee der Priorisierung von medizinischen Leistungen verwandt werden. Auch wenn linguistische und grammatikalische Aspekte von Diskursen für „die sozialwissenschaftliche Diskursanalyse weitgehend uninteressant sind“ (Keller, 2006:140), ist es hiermit möglich, Rückschlüsse auf das von Hoppe im Untersuchungszeitraum etablierte Phänomen zu ziehen. So wird mit Bezug auf die von ihm etablierte Phänomenstruktur neben der Priorisierungsdebatte zumeist von einer Rationierungsdebatte gesprochen.

Drittens erfolgt eine Modifikation von Hoppes Phänomenstruktur durch die Printmedien. So beispielhaft, dass nach Hoppe ein Gesundheitsrat Priorisierungsentscheidungen treffen solle. Die Welt schreibt in einer tatsachenbetonten Darstellungsform, in einem Bericht am 9. Mai 2009: „Ärztepräsident Jörg-Dietrich Hoppe hat vorgeschlagen, dass die Krankenkassen nur noch die nötigsten medizinischen Leistungen bezahlen. Welche dies sind, soll ein ‚Gesundheitsrat‘ bestimmen. Die Folge dieses Konzepts wäre, dass Patienten bei leichteren Erkrankungen künftig alles selbst zahlen müssten – wenn sie keine

zusätzliche Privatversicherung haben sollten.“ (DW090509S2) Hoppes direkte Aussagen in Interviews und offenen Briefen besagen dagegen einheitlich, zu lesen in einem Interview Hoppes mit der FR am 11. Mai 2009: „Ein Gesundheitsrat aus Ärzten, Ethikern, Juristen und vor allem auch Patientenvertretern unterbreitet der Politik Vorschläge, die auf dieser Grundlage entscheiden und dann auch die Verantwortung für Leistungseinschränkungen übernehmen muss.“ (FR110509S5)

Auch wird in Kurzmeldungen, Nachrichten und Berichten, also tatsachenbetonten journalistischen Darstellungsformen, wiedergegeben, dass nach Hoppe die GKV in Zukunft nur noch dringende Leistungen übernehmen solle, wie das folgende Zitat zeigt: „Ärztepräsident Hoppe hatte zuletzt mit dem Vorschlag Aufsehen erregt, die gesetzlichen Krankenkassen sollten nur noch dringende Behandlungen bezahlen, die zuvor von einem ‚Gesundheitsrat‘ festgelegt wurden.“ (DW160509S5) Direkt sagt Hoppe: „Denn Priorisierung meint nichts anderes als die ausdrückliche Feststellung einer Vorrangigkeit bestimmter Indikationen, Patientengruppen oder Verfahren vor anderen. Dabei entsteht eine mehrstufige Rangfolge, in der nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen nach Prioritäten angeordnet werden. Jeder wird behandelt, jeder wird versorgt, in der Rangfolge der Dringlichkeit.“ (FAZ180909S14)

In den folgenden Teiluntersuchungsabschnitten II bis IV finden sich in Relation zum ersten Abschnitt in jedem einzelnen weniger tatsachenorientierte Diskursfragmente. Ohne dass ein einheitlicher Begriff verwendet wird, wird mehrheitlich auf die von Hoppe festgestellte Bedingung der stattfindenden Rationierung Bezug genommen, so in Überschriften formuliert „Ärzte beklagen Rationierung“ (FAZ170110S1) oder „Ärzttekammer beklagt Rationierung“ (180110S11). Die tatsachenorientierte Wiedergabe von Hoppes Phänomenstruktur reduziert sich auf die Bedingungen, dass das System unterfinanziert sei und heimliche Rationierung bereits stattfinden würde. Vor diesem Hintergrund fordere Hoppe eine offene und ehrliche Diskussion über die Mittelverwendung in der GKV und schlage konkret die Einführung von Prioritätenlisten vor.

Hinsichtlich der weiteren zentralen Akteure bot sich eine Gegenüberstellung der direkten und tatsachenbetonten Aussagen nicht an, da sich diese entweder ausschließlich direkt oder tatsachenbetont äußern bzw. insgesamt nur wenige Hauptkategorien identifiziert wurden.

Im Sinne der doppelten Gegenüberstellung (siehe Kapitel 7.1.3) untersuchten wir ebenso meinungsbetonte Darstellungsformen. In Leitartikeln, Kommentaren und Meinungen äußern sich Journalisten selbst als Akteure. Wie bereits in Kapitel 7.1.4 beschrieben, gelten diese jedoch nicht als zentrale Akteure, da sich kein Journalist im untersuchten Diskursabschnitt mehrfach äußert.

Von nicht zentralen journalistischen Akteuren werden die Bedingungen der Ärztevertreter wiederholt, dass die Mittel knapp seien, das System unterfinanziert und heimliche Rationierung/Mangelversorgung bereits stattfinde. Aber auch die Bedingung, dass es noch Wirtschaftlichkeitsreserven im GKV-System gebe, wird von journalistischer Seite vertreten.

Ebenso unterstützen Journalisten die Strategien und Taktiken der diskursiven Koalition und Opposition. Es wird eine effizientere Gestaltung der Strukturen im GKV-System gefordert. Ebenso wird eine offene und ehrliche Debatte über die Mittelverteilung in der GKV gefordert. Noch abstrakter fordern die Journalisten, dass die Ansprüche im GKV-System generell begrenzt werden müssten. Interagiert wird in meinungsbetonten Darstellungsformen im Wesentlichen mit Hoppe. Alle seine vier Vorschläge, sowohl die Ein- als auch die Ausgabenseite des GKV-Systems betreffend, werden von Journalisten abgelehnt.

Aber auch mit Bezug auf Rösler und andere Gesundheitspolitiker wird deren unbegrenztes Leistungsversprechen infrage gestellt. So würde sich die Gesundheitspolitik nicht einer offenen Debatte möglicher Leistungsbeschränkungen stellen.

Koalitionen zwischen kommentierenden Journalisten ließen sich im Untersuchungszeitraum nicht entdecken. Auch ließen sich keine Verbindungen zwischen der Zugehörigkeit eines Journalisten zu einem bestimmten Blatt und der von ihm im Diskurs vertretenden Position aufzeigen. So vertritt beispielsweise Carola Sonnet für die FAZ sowohl Positionen von Ärztevertretern als auch von Gesundheitspolitikern.

7.3 Narrativ der Diskurs vom 1. Juni 2010 bis zum 30. April 2014

Im vorliegenden Kapitel 7.3 soll der weitere Verlauf des Diskurses skizziert werden. Startpunkt ist der 1. Juni 2010, der erste Tag unmittelbar nach dem von uns detailliert

betrachteten Analysezeitraum, Endpunkt ist der 30. April 2014. Für die Suche verwendeten wir erneut die bekannten Datenbanken (siehe Kapitel 6.1.3), als Schlagworte wählten wir ausgehend von unseren Ergebnissen zum Einen den Begriff „*priorisierung*“. Ebenfalls verwendeten wir die Begriffe „*rationierung*“, „*mittelverteilung*“, „*mangelverteilung*“ und „*leistungsversprechen*“. Die vier Letzteren wurden, um die Treffermenge überschaubar zu halten, stets in Verbindung entweder mit dem Schlagwort „*hoppe*“ oder „*montgomery*“ verwendet. Alle Schlagworte bzw. Schlagwortkombinationen wurden abermals stets trunziert verwendet.

In der Summe erhielten wir als Treffer 26 Diskursfragmente für den angegebenen Zeitraum, fünf aus DW, dreizehn aus der FAZ, sechs aus der FR und zwei aus der SZ. In der TAZ fanden wir keine weiteren Fragmente (Tabelle 9).

Auf das verbleibende Jahr 2010 entfielen sechs der Fragmente. Wesentlich war ein Interview mit dem im September 2010 neu eingesetzten Leiter des IQWIG und damit neu auftretenden Akteur Windeler. Dieser unterstützt die Hauptkategorien, dass es Wirtschaftlichkeitsreserven und Fehlsteuerungen im Gesundheitssystem gebe. Diese gelte es zu beheben, bevor über Rationierung nachgedacht würde. „Bevor man über die Rationierung medizinischer Leistungen redet, sollte man diese Mittel in die richtigen Bahnen lenken. Es gibt Reserven im System.“ (FR090610S10)

Ebenso führen 2010 Akteure wie Montgomery, Autoren von Leserbriefen und Journalisten die Bedingung fort, dass heimliche Rationierung/Mangelversorgung bereits stattfinde. Erneut wird von journalistischer Seite in einem Artikel zu Hoppes 70. Geburtstag die von ihm dargestellte Phänomenstruktur modifiziert. Danach kritisiere Hoppe in der FAZ am 23. Oktober 2010 eine „Ökonomisierung, warnt vor Rationierung und Zuteilungsmedizin. Wie das System bei steigenden Wünschen und Möglichkeiten mit begrenzten Mitteln zu Rande kommen soll, darauf hat auch er keine schlüssige Antwort.“ (FAZ231010S14) Auf Hoppes substanzielle und zum Teil differenziert dargelegten unterschiedlichen möglichen Strategien, die Einnahmen- und Ausgabenseite der GKV betreffend (siehe Kapitel 7.2.1), wird weder in diesem Fragment noch im gesamten weiter betrachteten Jahr 2010 Bezug genommen.

Für das Jahr 2011 ergab die Schlagwortsuche 16 Fragmente. Am 12. Mai 2011 wird Daniel Bahr als Nachfolger Röslers im Amt des BGM vereidigt. Auf dem 114. Ärztetag in Kiel im

Mai und Juni 2011 wird Montgomery zum Nachfolger Hoppes als Präsident der Bundesärztekammer gewählt. Jörg-Dietrich Hoppe stirbt im November des Jahres 2011.

Auf dem Ärztetag in Kiel vertreten Hoppe sowie Montgomery, wiederholt ihre Phänomenstruktur und die damit einhergehende Forderung nach einer Priorisierung medizinischer Leistungen. Weiterhin begründen sie ihre Forderungen mit der Mittelknappheit, der gegenwärtigen Unterfinanzierung und der daraus resultierenden, bereits stattfindenden heimlichen Rationierung im Gesundheitssystem. Betont wird erneut auch der Aspekt, dass die Letztentscheidung einer möglichen Priorisierung die Politik treffen müsse. Nur so wäre eine Priorisierung gesellschaftlich anerkannt, demokratisch und gerecht. Neu eingeführt wird von Seiten Hoppes der Teilaspekt, dass die Ärztekammer eine Arbeitsgruppe zum Thema Priorisierung einsetzt. „Aber Ärzte sind nicht legitimiert zu rationieren. Das ist auch ethisch nicht vertretbar. Diese Entscheidungen müssen auf höherer Ebene getroffen werden, ‚Der Politik fehle aber der Mut‘, kritisierte Hoppe. Die Ärztekammer werde nun in einer Arbeitsgruppe Vorschläge machen.“ (SZ280511S6) Montgomery fügt einen Teilaspekt, die Forderung einer Einführung eines Gesundheitsrates, an, der der Politik beratend zur Verfügung stehen würde. Ebenfalls zeigt Montgomery eine weitere Strategie im Umgang mit den genannten Bedingungen auf: Wie auch Hoppe in der Vergangenheit fordert er mehr Mittel und eine offene Debatte über die Einnahmenseite der GKV.

Montgomery stellt das unbegrenzte Leistungsversprechen der Politik erneut infrage. Er sowie Hoppe unterstellen der Gesundheitspolitik, dass sie die Priorisierungsdebatte bewusst meiden würde. Wie auch im detailliert untersuchten Gesamtzeitraum unterstützen Journalisten und Vertreter der Wissenschaft die Aussagen Hoppes, dass heimliche Rationierung bereits stattfinde.

Die deutsche Krankenhausgesellschaft tritt in dem von uns definierten Diskurs als neuer Akteur 2011 auf. Ihr neu gewählter Präsident Alfred Dänzer unterstützt die Forderung der Ärzteschaft nach einer Priorisierung. „Dänzer scheut sich nicht, den Ärzten im Verlangen nach einer Priorisierung zuzustimmen. Wenn medizinische Leistungen immer besser und teurer würden, die Nachfrage steige, aber die Mittel dafür nicht mithielten, dann brauche man verlässliche Auswahlverfahren.“ (FAZ011211S18)

Die Opposition in Hinsicht auf eine Priorisierung medizinischer Leistungen besteht 2011 weiterhin aus Politikern und Krankenkassenvertretern. Bahr als neu ernannter BGM lehnt eine Priorisierung medizinischer Leistungen ab. Er nutzt hierfür zwei bekannte stereotype

Muster, zum Einen das Muster der banalen Ablehnung und zum Anderen die Selektion eines Teilaspektes von Hoppes Phänomenstruktur und dessen negative Konnotation. So Bahr: „Meine Aufgabe als Minister wird es sein, die Rahmenbedingungen dafür zu setzen, dass die im Gesundheitswesen Tätigen ihre hohen ethischen Ansprüche umsetzen können“, so beschrieb Bahr sein Amt. Und die FDP werde diese Rahmenbedingungen so setzen, dass sich eine Debatte über eine Rationierung oder eine Einteilung von Leistungen je nach Dringlichkeit (,Priorisierung‘) von allein erledige.“ (FR010611S6) Bahr nutzt also neben der banalen Ablehnung die Selektion eines Teilaspektes einer möglichen Priorisierung und konnotiert diesen negativ, um im Anschluss den gesamten Vorschlag Hoppes abzulehnen. Bahr stellt, ähnlich Schmidt, als Alternative die abstrakte Strategie vor, dass Gesundheitswesen finanziell so auszustatten, dass auch künftig jeder Patient alle notwendigen Behandlungen erhalten könne.

Unterstützung bekommt Bahr vom hessischen Sozialminister Stefan Grüttner (CDU), ebenso ein neuer Akteur, der wie Hess gegenwärtig im GKV-System keine Rationierung ausmachen könne. Grüttner gebraucht so ebenfalls ein erläutertes stereotypes Muster, indem er eine Bedingung von Hoppes Phänomenstruktur und damit die gesamte Struktur infrage stellt. Auch Hess tritt 2011 erneut auf und führt, wiederum ähnlich dem DAK-Vorsitzenden 2009, aus, dass man Rationierung weiterhin verhindern könne, wenn überflüssige Leistungen aus dem Katalog der GKV gestrichen würden und Rationalisierung erfolge.

Im darauffolgenden Jahr 2012 finden sich drei Diskursfragmente. Diese stehen nicht im Zusammenhang mit dem Ärztetag als möglichem diskursiven Ereignis und auch nicht im Zusammenhang mit einem uns bekannten zentralen Akteur. In einem Fragment wird von wissenschaftlicher Seite bestätigt, dass heimliche Rationierung bereits stattfindet. Ein weiterer Artikel stellt die Position des Gesundheitsökonomen Breyer dar, der die Bedingung der stattfindenden heimlichen Rationierung teilt. Als Strategie hiermit umzugehen, nimmt Breyer allerdings keinen Bezug auf den Vorschlag der Priorisierung. Er fordert stattdessen die Erweiterung der Praxisgebühr auf fünf Euro bei jedem Arztbesuch. Im zweiten Artikel äußert sich der Theologe Huber auf dem deutschen Krankenhaustag und fordert: „Wenn trotz Effizienzsteigerung eine Priorisierung nötig werde, müsse nach dem Nutzen einer Behandlung für den Menschen und nicht nach dem Nutzen des Menschen für die Gesellschaft geurteilt werden.“ (FAZ061212S57)

Im Jahr 2013 finden sich vier Diskursfragmente. Wie 2012 tritt hier keiner der von uns als zentral definierten Akteure auf. Auch findet sich keine Äußerung zum Thema Priorisierung im Zusammenhang mit dem Ärztetag 2013 in Hannover. Journalisten und Wissenschaftler fordern in den Fragmenten im Februar, Mai und Juni bei Annahme der Bedingung von steigenden Kosten im GKV-System eine offene Debatte über die Ausgabenseite der GKV. Im Dezember wird im Rahmen eines Kommentars Bezug auf Hoppes Vorschlag der Priorisierung genommen und die Debatte als heikel bezeichnet.

Für die Monate Januar bis einschließlich April 2014 finden sich keine Diskursfragmente unter Anwendung der genannten Suchkriterien.

8. Zusammenfassung und Beantwortung der Untersuchungsfragen

(1) Was sind die entscheidenden Ereignisse und wer sind die entscheidenden Akteure des öffentlichen nationalen Priorisierungsdiskurses in Deutschland zwischen dem 112. Deutschen Ärztetag 2009 und dem 113. Deutschen Ärztetag 2010 bzw. erweitert dem 30. April 2014?

Das wesentliche diskursive Ereignis ist der 112. Deutsche Ärztetag in Mainz und geringfügiger der 113. Deutsche Ärztetag in Dresden. Weitere diskursive Ereignisse treten nicht auf. Auch im erweiterten untersuchten Diskurszeitraum bis einschließlich April 2014 finden sich keine weiteren Diskursereignisse. Im zeitlichen Verlauf nimmt die Zahl der Diskursfragmente bzw. die Intensität des Diskurses ab und er verstummt letztendlich fast vollständig. Ärztepräsident Hoppe ist der entscheidende Akteur im nationalen deutschen Priorisierungsdiskurs im untersuchten Zeitraum. Es finden sich acht weitere Akteure, die mehrfach im Diskurs zu Wort kommen (siehe Kapitel 7.1.4).

(1a) Welcher Argumente bedienen sich die Akteure und welche Phänomenstrukturen werden hieraus konstituiert?

Eine differenzierte Phänomenstruktur vertritt als einziger Akteur Hoppe. Er setzt Bedingungen, leitet von ihm als negativ bewertete, bereits stattfindende Konsequenzen ab und er schlägt Strategien im Umgang mit diesen Entwicklungen vor. So fordert er eine Debatte über die Ausgabenseite bzw. die Mittelverwendung im System der GKV in der Bundesrepublik. Diese soll transparent und nachvollziehbar erfolgen, wobei die qualitativ hochwertigen Versorgungsstandards weiterhin allen Menschen zugänglich sein sollen. Als zentralen Vorschlag führt er das Konzept einer Priorisierung medizinischer Leistungen im Sinne der ZEKO ein und erläutert dieses detailliert.

Von keinem anderen zentralen Akteur neben Hoppe wird eine differenzierte Phänomenstruktur dargelegt. Vereinzelt stellen nicht zentrale Akteure, exemplarisch Sawicki, der ehemalige Leiter des IQWiG, in der FAZ (FAZ120809S10) differenzierte Argumentationen dar. Diese finden im Verlauf des Diskurses keine weitere Repräsentation. Alternativ beschränken sich zentrale Akteure auf einzelne Argumente, im Sinne einzelner

Vorschläge, die abstrakt oder konkret die Ausgaben- bzw. Einnahmenseite des GKV-Systems betreffen. Begründung finden diese Argumente durch teilweise gänzlich andere Bedingungen, als Hoppe für seine Argumentation zugrunde legt. Mit Blick auf die konkreten Vorschläge, die auf diesen Bedingungen aufbauen, finden sich zwischen den zentralen Akteuren dann keine Überschneidungen mehr.

(1b) Wie verändern sich die Argumente und Phänomenstrukturen über den Untersuchungszeitraum und wie bedingen sie sich in dieser Veränderung wechselseitig?

Hinsichtlich des konkreten Vorschlages einer Priorisierung bildet sich eine Koalition zentraler Akteure um Hoppe, die ebenfalls für die Einführung einer Priorisierung medizinischer Leistungen plädieren. Montgomery, Köhler und Henke gehören zu der Koalition. Weitere Unterstützung erhält sein Vorschlag einer Priorisierung von nicht zentralen Akteuren aus unterschiedlichen Akteursgruppen.

Die Opposition, welche eine Priorisierung ablehnt, besteht aus Schmidt und Rösler als zentrale Akteure. Ebenso lehnen ausnahmslos alle Vertreter der Politik und auch Krankenkassenvertreter die Einführung einer Priorisierung medizinischer Leistungen ab.

Huster, Marckmann und Mihm als verbleibende zentrale Akteure sprechen sich nicht für die Einführung einer Priorisierung aus. In differenzierten direkten Aussagen bzw. meinungsorientierten Darstellungsformen fordern sie jedoch, wie auch Hoppe, eine grundsätzliche Diskussion über die Mittelverwendung in der GKV.

Die Unterstützung und die Ablehnung einer Priorisierung erfolgt reaktiv und es finden sich stereotype Muster. Die Koalition um Hoppe selektiert zumeist Teilaspekte aus Hoppes Phänomenstruktur und unterstützt im Rückschluss die gesamte Argumentation.

Die Opposition nutzt neben der banalen Ablehnung ebenso die Selektion von Teilaspekten, um im Rückschluss seine gesamte Phänomenstruktur abzulehnen. Selektiert werden hier zumeist die Teilaspekte, dass eine Priorisierung einer Rationierung gleich käme, Patienten schlechter behandelt würden oder aber es zu einer finanziellen Mehrbelastung der Patienten käme. Alternativ werden auch die Bedingungen von Hoppes Phänomenstruktur infrage gestellt und im Rückschluss dann ebenso seine gesamte Argumentation abgelehnt.

Eine Veränderung oder wechselseitige Bedingung erfährt im untersuchten Diskursabschnitt nur Hoppes Argumentation. Er geht unmittelbar auf Argumente von Schmidt ein und

verändert bzw. erweitert seine Phänomenstruktur um neue Teilaspekte als Reaktion auf inhaltliche Einwände Schmidts. Dies erfolgt in Interviews und offenen Briefen. In Kurzmeldungen, Berichten und Nachrichten findet diese Veränderung kaum Abbildung. Kein weiterer Akteur verändert seine Argumentation im Diskursverlauf, es erfolgt eine Wiederholung der bekannten Argumente.

Weitere Vorschläge Hoppes wie die Frage, die Ausgabenseite der GKV zur Debatte zu stellen, werden nicht diskutiert. Ebenso erfolgen von Seiten der Politik und Vertretern der Krankenkassen keine Vorschläge möglicher alternativer konkreter Strategien, die Ausgabenseite der GKV zu verändern, lediglich wird abstrakt verlangt, Effizienzreserven im Gesundheitswesen zu mobilisieren und keinesfalls notwendige medizinische Leistungen im Rahmen der GKV-Versorgung auszuschließen.

(1c) Lassen sich hinsichtlich der Entwicklung im Untersuchungszeitraum Argumente und/oder Phänomenstrukturen finden, die dominieren und/oder besonders umstritten sind, und werden Deutungsmuster stabilisiert?

Eine Etablierung eines Deutungsmusters im Sinne Kellers findet im gesamten (erweiterten) untersuchten Diskurszeitraum nicht statt. Folglich findet auch keine Veränderung von Deutungsmustern statt.

Hinsichtlich der von Hoppe dargelegten komplexen Argumentation dominiert im Diskurs der Vorschlag einer Priorisierung medizinischer Leistungen. Der Begriff einer Priorisierung wird sowohl von den Befürwortern als auch den Gegnern uneinheitlich verwendet.

Bereits unmittelbar nach Einführung des Begriffes in den nationalen medialen Diskurs stabilisiert sich in Kurzmeldungen, Nachrichten und Berichten bzw. in Interviews, Leserbriefen und offenen Briefen weiterer Akteure eine Darstellung von Priorisierung medizinischer Leistungen, die wesentliche Unterschiede zu der von Hoppe direkt geäußerten Darstellung aufweist. Im medialen Diskurs stabilisiert sich Hoppes Phänomenstruktur wie folgt: Hoppe stelle vor dem Hintergrund der Unterfinanzierung eine bereits stattfindende heimliche Rationierung im System der GKV fest. Er fordere eine Diskussion über die Mittelverwendung in der GKV. Um die Rationierung öffentlich zu machen, schlägt er eine Priorisierung medizinischer Leistungen vor. Diese umfasse eine

Bildung von (Dringlichkeits-)Listen, wem welche Behandlung zuteil werde. Insgesamt führe dies zu einer Einschränkung von Leistungen und wird vielfach mit einer Rationierung gleichgesetzt.

Die Vermittlerrolle der Printmedien trägt durch die erläuterte Reduktion, Kombination und Modifikation wesentlich zu der Etablierung dieser Darstellung Hoppes Phänomenstruktur bei. Im Diskurs werden weit mehr Kurzmeldungen, Berichte und Nachrichten bzw. die entsprechenden Hauptkategorien dargestellt, als Akteure durch Interviews, offene Briefe oder Leserbriefe zu Wort kommen. Viele weitere Bestandteile von Hoppes direkter Phänomenstruktur finden keine Abbildung in den gerade aufgezählten tatsachenorientierten journalistischen Darstellungsformen, wie zum Beispiel weitere Strategien und Taktiken im Umgang mit den von ihm gesetzten Bedingungen. Ebenso differenziert Hoppe seinen Vorschlag der Priorisierung medizinischer Leistungen um weitere Teilaspekte. So finden exemplarisch keine Abbildung in der öffentlichen Darstellung seiner Argumentation, dass nach Hoppe eine Priorisierung keine schlechtere Versorgung von Patienten bedeutete oder dass Priorisierung keine Rationierung sei.

Im weiteren Diskursverlauf bezieht sich nahezu die gesamte inhaltliche Interaktion zentraler Akteure auf Hoppes tatsachenorientierte Phänomenstruktur. Ergo findet diese Interaktion stets vor dem Hintergrund der beschriebenen Reduktion, Kombination und Modifikation durch die Printmedien statt. Zudem interagieren die Vertreter der Presse in meinungsbetonten Darstellungsformen allein mit Bezug auf diese tatsachenorientiert dargestellte Phänomenstruktur.

Wesentlich sind auch die Unterschiede der Stellungnahmen der ZEKO zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der GKV zu der im medialen Diskurs etablierten tatsachenorientierten Phänomenstruktur. Auf diese Stellungnahmen beruft sich Hoppe in seinen direkten Aussagen, er fordert eine Priorisierung im Sinne der ZEKO. Die setzt in ihren Stellungnahmen weder eine (gegenwärtige) Unterfinanzierung noch eine (stattfindende) heimliche Rationierung als Bedingungen einer möglichen Priorisierung voraus. Wie Hoppe differenziert die ZEKO streng zwischen Priorisierung und Rationierung. Eine Priorisierung führe nach Meinung der ZEKO nicht zwingend zu einer Rationierung von medizinischen Leistungen. Auch finden mannigfaltige Kriterien einer möglichen Priorisierung aus ihren Stellungnahmen gar keine Abbildung in dem von uns

untersuchten Diskursabschnitt, beispielsweise die Feststellung der ZEKO, ihre Stellungnahme als eine Einladung zum Diskurs zu verstehen, oder das Verständnis einer Priorisierung als zwingend öffentlichen und politischen Prozess (vgl. auch ZEKO, 2000, 2007a, 2007b und 2007c).

9. Diskussion

Im Diskussionsteil werden zunächst die von uns gewählte Forschungsperspektive, die Methodik und die hiermit einhergehenden Einschränkungen diskutiert. Nach der Entscheidung für einen qualitativen Forschungsansatz, der WDA nach Keller und der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, soll an dieser Stelle ebenfalls deren Realisierung diskutiert werden.

Da sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine uns bekannte Arbeit detailliert mit dem öffentlichen Diskurs der Priorisierung medizinischer Leistungen im Sinne der ZEKO in der Bundesrepublik Deutschland befasst, sind ein Vergleich und eine Einordnung unserer Ergebnisse nur bedingt möglich. Wir entschieden uns, Beziehungen zwischen den Phänomenbestandteilen und mögliche Motivationen einzelner Akteure, auch mit Hinblick auf den extramedialen Diskurs, zu diskutieren.

9.1 Forschungsperspektive und Methodik

Unserer Arbeit liegt ein qualitativer Forschungsansatz zugrunde. Der Diskurs über das Für und Wider, über Gegensätzlichkeit, Notwendigkeit, Ergänzung und Ausschließlichkeit von qualitativen und quantitativen Forschungsansätzen hält aktuell an und soll an dieser Stelle nicht aufgenommen werden (eine differenzierte Einführung ermöglichen unter anderen: Bryman, 1999:35f; Hammersley, 1999:70f; Kelle und Erzberger, 2008:299f; Mayring, 2010:20f; Barbour, 2014:496f).

Ohne Zweifel aber ist gegenwärtig die Frage der Qualitäts- und Gütekriterien für qualitative Forschungsvorhaben noch nicht befriedigend beurteilt. Verschiedene Tendenzen folgen hier entweder den Kriterien quantitativer Forschung: Validität, Reliabilität und Objektivität, wollen eben diese Kriterien für qualitative Verfahren spezifiziert wissen oder lehnen sie überhaupt ab.

Hinsichtlich möglicher Qualitätskriterien für qualitative Arbeiten orientierten wir uns primär an Flick und Steinke (vgl. Mayring, 2002:140; Flick, 2007:1f; Brüsemeister, 2008:32f; Steinke, 2008:319f; Flick, 2010:485f; Hennink et al, 2011:291f). Mit Blick auf

die gewählte Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse orientierten wir uns im Wesentlichen an Mayring und Kuckartz (Mayring, 2010:116f; Kuckartz, 2012:165f).

So stellen wir für unsere Arbeit, eine in der Terminologie der Soziologie primär auf Dokumente (Artikel aus nationalen Tageszeitungen) gestützte qualitative Diskursanalyse, den von Steinke beschriebenen Grundsatz der „Intersubjektiven Nachvollziehbarkeit“ sowie das von Flick geforderte Konzept der „prozeduralen Reliabilität“ ins Zentrum. Ein jeder Schritt soll durch Dokumentation nachvollziehbar sein und so das Zustandekommen der Ergebnisse und ebenso eine Reinterpretation der Daten durch andere Interpreten möglich sein (Flick, 2007:130f; vgl. Steinke, 2008:324f; Flick, 2010:490f).

Um diesen beiden Ansprüchen, der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit bzw. der prozeduralen Reliabilität, zu genügen, stellten wir eingangs sicher, dass die Datenbasis, alle gefundenen Artikel bzw. Diskursfragmente, vollständig zur Verfügung stehen. Mit dem MAXQDA-Reader (auf dem beiliegenden Datenträger vorhanden), können die Diskursfragmente nach Tageszeitung, Erscheinungsdatum, Überschrift und journalistischer Darstellungsform geordnet im Programm selbst vollständig überblickt und eingesehen werden. Des Weiteren findet sich ein Überblick über alle genutzten Artikel und ihre Fundstellen im Anhang der Arbeit.

Um den wesentlichen Schritt der Kodierung nachvollziehbar zu gestalten, wird es durch den Reader möglich, durch die einzelne Kodierung sich unmittelbar im Fragment die betreffende Textstelle anzeigen zu lassen. Auch der darauffolgende Schritt als Teil der qualitativen Inhaltsanalyse, die induktive Kategorienbildung, wird durch den Reader offen gelegt. Mit Auswahl der Kodierung wird nicht nur die Kodierung selbst im Diskursfragment, sondern zugleich auch die zugeordnete Kategorie aufgezeigt. Unserer Methodik folgend sind die Kategorien selbst wiederum in Hauptkategorien gesammelt. Die Hauptkategorien finden sich in der Ordnung des von Strauss und Corbin vorgeschlagenen Kodierparadigmas im Sinne einer Phänomenstruktur angeordnet (siehe Kapitel 6.3). So lässt sich dieser zentrale Schritt von der Kodierung im einzelnen Fragment auf die Ebene der Phänomenstruktur in beide Richtungen offen legen und nachvollziehbar darstellen.

Nach Schwab-Trapp zeigt die WDA die „öffentlich diskutierten und miteinander konkurrierenden Deutungsangebote politischer Akteure für politische Ereignisse und ihre Institutionalisierung zu kollektiv mehr oder weniger geteilten Deutungsvorhaben“

(Schwab-Trapp, 2002:69) auf. Die Limitation wird nach Schwab-Trapp in diesem Kontext ersichtlich. Der Diskursanalyse würden systematisch all jene Aspekte der Wirklichkeit entgehen, die in solchen öffentlichen Auseinandersetzungen entweder erst gar nicht erscheinen oder -aus jedweder Motivation- gar nicht zur Geltung gebracht werden (ebenda, 66f). Für unsere Arbeit bedeutet dies, dass wir im Rahmen der Beantwortung unserer Fragestellungen zwar Positionen, Koalitionen, Interaktionen und Entwicklungen darstellen können, die dahinter stehenden Motive können wir dagegen nicht aufzeigen. Dennoch wollen wir, ausgehend von unseren Ergebnissen und den Ergebnissen anderer Arbeiten, mögliche Motive der beteiligten Akteure für ihre Positionierung im Diskurs zusammentragen (siehe Kapitel 9.2).

Weiter müssen bekannte Einschränkungen der Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse auch für unseren Fall gelten.

Eine Herausforderung besteht darin, den Überblick über die Kodierungen und die Kategorien zu behalten, insbesondere da die Inhaltsanalyse meist mehrere Durchgänge durch das Material erfordert. Auch wir verwarfen vielfältige Kodierungen, Kategorien und sogar mehrmals das bereits erstellte System von Hauptkategorien. Um dennoch den Überblick über die Kodierungen zu behalten, wählten wir mit MAXQDA eine Software zur Datenverwaltung, um auch bei einer vollständigen Neuordnung oder dem erneuten Anlegen von Kategorien den Überblick über die Kodierungen und den damit verbundenen Aufwand in Grenzen zu halten.

Dem Einwand, dass im Rahmen der Inhaltsanalyse die Kategorienbildung oft zu schnell erfolge, wird durch mehrfache Durchsicht der Diskursfragmente begegnet. Auch die Supervision, d.h. die Vorstellung der Codes in der Projektgruppe, sollen diesem Einwand begegnen. Ferner konnten wir letztendlich nahezu alle Textstellen in den Datenkorpus einbinden. So wird sichergestellt, dass vernachlässigte Textstellen nicht möglicherweise Hauptkategorien infrage stellen könnten.

Der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring wird vielfach entgegengehalten, sie sei kein wirklich induktives Verfahren. Dem Text würden Kategorien „übergestreift“ und infolgedessen letztendlich nur nach den vorab bereits selbst festgelegten Kategorien gesucht. Hier wählten wir bewusst die induktive Kategorienbildung als Bestandteil der Qualitativen Inhaltsanalyse. Mayring selbst versteht diese im Sinne der Grounded Theory

Method und weist insbesondere auch auf die Nähe zum offenen Kodieren hin, um das induktive Element sicherzustellen.

Ein weiterer Einwand gegen die Methodik der Qualitativen Inhaltsanalyse ist das Herausbrechen einzelner Textstellen aus dem Kontext, womit der gesamte Text bzw. die Situation zum Beispiel eines Leitfadeninterviews gemeint ist. Auch um diesem Einwand vorzubeugen, entschieden wir uns letztendlich für eine Dokumentenanalyse und gegen alternative Datenformate. Zu Beginn unserer Arbeit ist auch ein Datenkorpus aus Audiodaten, visuellen Daten, audiovisuellen Daten und Leitfaden-Interviews in der Forschergruppe diskutiert worden bzw. sind in unserem Fall in erster Linie Fernsehbeiträge aus diesem zentralen überregionalen Medium zu nennen. Der Einwand, keines dieser möglichen Datenformate zugrunde gelegt zu haben, wurde im Kapitel 6.1.2 bereits reflektiert und die Entscheidung fiel für einen Korpus aus Dokumenten.

Neben der Wahl von Forschungsperspektive bzw. Methodik können gegen die Realisierung unserer Arbeit weitere Einwände geltend gemacht werden, beispielsweise, dass die Kodierung nur durch eine Person (FL) erfolgte. Nicht nur Flick erachtet den Einsatz unterschiedlicher „Kodierer“ als sinnvoll (Flick, 2010:401f). Wir begegneten dieser Einschränkung, die primär eingeschränkten Ressourcen geschuldet ist, wie folgt: Im Rahmen der prozeduralen Reliabilität stellten wir die Nachvollziehbarkeit jeder einzelnen Kodierung sicher. Mit der Entscheidung für die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring wurde zudem ein streng regelgeleitetes Vorgehen gewählt. Ferner wurde der Arbeitsschritt der induktiven Kategorienbildung von uns präzisiert und gleichzeitig durch das Kodierparadigma der Grounded Theory Method transparent gestaltet. Darüber hinaus wurden die vergebenen Kodierungen regelmäßig im Rahmen der Forschergruppe am Institut für Sozialmedizin in Lübeck besprochen und evaluiert.

Ein weiterer Einwand könnte den detailliert untersuchten Zeitraum von 14 Monaten betreffen. Für einen Wandel eines Deutungsmusters mutet dieser Zeitraum kurz an. Schwab-Trapp bemerkt in „Kriegsdiskurse“, einer diskursanalytischen vergleichenden Arbeit über den Krieg am Golf und den Jugoslawienkonflikt, dass einzelne Ereignisse im diskursiven Verlauf eine bedeutsame Abweichung von der gesellschaftlichen Norm markieren können. Ein Moment, eine Debatte, ein diskursives Ereignis könne fundamental das Selbstverständnis einer Gesellschaft infrage stellen und berge damit eine erhöhte

Konflikthaftigkeit (Schwab-Trapp, 2002:61f). Wir mussten die Ressourcen im Rahmen einer medizinischen Dissertation sehr gezielt einsetzen, wohl wissend, wie grundsätzlich unmöglich der Versuch ist, einen Diskurs vollständig zu erfassen. Die Entscheidung fiel auf den Zeitpunkt, als Hoppe an einem Punkt medialer Aufmerksamkeit das Thema Priorisierung medizinischer Leistungen bewusst inszenierte. Wir hofften, dass seine Ausführungen eine Veränderung von gesellschaftlichen Deutungsmustern bedingen würden. Unsere Untersuchung beginnt also bewusst nicht nach den Stellungnahmen der ZEKO, des deutschen Ethikrates oder der Enquete-Kommission des Bundestages und auch nicht nach dem Ulmer Papier der Ärzteschaft, sondern mit dem Ärztetag in Mainz 2009.

Der kurze Untersuchungszeitraum gab uns zudem die Möglichkeit, alle Diskursfragmente vollständig auszuwerten. Wir mussten keine Strategien der (Vorab-)Selektion anwenden und begegnen so einem Vorbehalt, der vielfach qualitativen Arbeiten bzw. ihren Datenkorpora entgegengebracht wird, den Datenkorpus fälschlicherweise zu früh als gesättigt zu betrachten. Auch erweiterten wir den untersuchten Zeitraum durch die Anwendung unserer Methode und Ergebnisse auf den Diskursverlauf bis einschließlich April 2014. Wir stellten so einen aktuellen Bezug sicher und untersuchten letztendlich den Diskurs über einem Zeitraum von fünf Jahren.

Ferner kann man einwenden, dass unser Datenkorpus nicht mehr als fünf überregionale Tageszeitungen einschließt, entsprechend wesentliche Diskursfragmente, wie beispielsweise den Artikel in der Neuen Rhein Zeitung vom 20. April 2009, Seite 14, in welcher Schmidt eine Priorisierung in der Medizin „menschenverachtend“ nennt, nicht beinhaltet. An dieser Stelle hätte die Zusammenstellung des Datenkorpus im Rahmen eines „theoretical-sampling“ (Flick, 2010:158f; vgl. auch Mayring, 2002:103; Keller, 2011a:90) fraglich einen Mehrwert bedeutet. Diesem Einwand ist zu entgegnen, dass entsprechende Fragmente von zentralen Akteuren bestimmt ihren Weg in zumindest eine der von uns ausgewählten Tageszeitungen, die die Funktionen des Inter-Media-Agenda-Setting- und opinion-leader media erfüllen, gefunden hätten. Dies ist im besagten Beispiel aus der Neuen Rhein Zeitung der Fall. Schetsche geht davon aus, dass man sich gerade vor dem Hintergrund des erheblichen zeitlichen und personellen Aufwandes bei medialen Diskursanalysen auf Leitmedien konzentrieren müsse, die eine besondere Rolle im nationalen System spielen (Schetsche, 2008:60).

Unsere Wahl fiel letztendlich auch auf die fünf Tageszeitungen, da diese zusammengenommen das politische Spektrum in der Bundesrepublik repräsentieren (siehe

Kapitel 6.1.2). Wir entschieden uns dagegen, die Bild-Zeitung in unseren Datenkorpus mit aufzunehmen. Renner versteht die Zeitung nicht mehr als opinion-leader und sieht ihren Einfluss auf die politische Meinungsbildung des Lesers als marginal an (Renner, 2003:1f). Wilke versteht die Bild-Zeitung nicht als Leitmedium, da sie als Straßenverkaufszeitung eher bestehende Meinungstrends aufgreife als diese zu setzen (siehe Wilke, 1999:314). Aktuell geht Wilke noch einen Schritt weiter, indem er die Schwierigkeit des Begriffes Leitmedium darstellt. Wenn man Kriterien wie Verbreitung und Reichweite oder Zitierhäufigkeit zugrunde lege, könne man die Bild-Zeitung als Leitmedium verstehen. Wenn allerdings Verbreitung und Reichweite bei der Elite oder die Nutzung der Bild-Zeitung von Journalisten zugrunde gelegt würde, verliere die Bild-Zeitung den Status eines Leitmediums. Dieses Argument wird unterstützt, wenn man die Mediennutzung von Bundestagsabgeordneten oder Pressesprechern als Kriterium für eine Leitmediumfunktion annimmt, hier findet die Bild-Zeitung wenig Beachtung (Wilke, 2009:29f). Ergänzend sieht Wilke ebenfalls keinen Beleg für ein Inter-Media-Agenda-Setting im politischen Bereich durch die Bild-Zeitung (siehe ebenda).

So ermöglichte uns diese vermeintliche Einschränkung, alle Diskursfragmente zu bearbeiten und keine Kriterien der Vorabselektion einführen zu müssen. Wie erläutert konnten wir dadurch vorbeugen, verfrüht den Datenkorpus als gesättigt zu werten. Obendrein war bei der Zusammenstellung der Schlagwortlisten eine manuell-visuelle Sichtung der Printausgaben der Tageszeitungen im Rahmen der gegebenen Ressourcen möglich.

An dieser Stelle könnte man noch einwenden, dass wir, wenn unsere Datenbasis zugrunde gelegt wird, gar nicht in der Lage seien, Aussagen über Phänomenstrukturen weiterer Diskursakteure neben Hoppe zu treffen (Kapitel 7.2.3). Unser Datenkorpus wurde mit Hinblick auf den Priorisierungsdiskurs zusammengestellt, es wird jedoch offensichtlich, dass Frau Schmidt als Gesundheitsministerin stets auch in andere Diskurse im Gesundheitswesen involviert ist. Exemplarisch deckt ihr Interview mit der FAZ (FAZ180509S13) neben dem Priorisierungsdiskurs zwei weitere Diskurse ab: Mit Bezug auf die Einnahmenseite der GKV steht die Finanzierung des Gesundheitsfonds im Mittelpunkt. Auf der Ausgabenseite konkurrieren neben der Priorisierung medizinischer Leistungen die Honorarreform und die Monopolstellung der KBV hinsichtlich der Behandlungsverträge mit den Gesetzlichen Krankenkassen um die mediale Aufmerksamkeit. Insofern muss für unsere Ergebnisse gelten, dass wir mit unseren Daten

nicht beantworten können, ob ein Akteur medial in weiteren Diskursen Stellung bezieht, in welcher Form und mit welcher Intensität er dies tut.

9.2 Motivation der Akteure

Die Frage nach möglichen Motivationen, warum sich die einzelnen Akteure für die dargestellten Positionen und Strategien entscheiden, kann die vorliegende Diskursanalyse nicht beantworten. Nach Willig: „In other words, while discourse analysis is very good at generating insights into how speakers deploy discursive resources and with what effects, it is not very good at telling us what motivates them to do so.“ (Willig, 2014:345; vgl. auch Schwab-Trapp, 2002:69) Auch ist es uns nicht möglich, zwischen Ursache und Wirkung zu differenzieren: Beeinflusst ein Akteur die mediale Darstellung oder wird er durch ebendiese beeinflusst? Gleichfalls wird die schwierige Fragestellung der sachlichen bzw. inhaltlichen Richtigkeit diskursiver Aussagen mit den Ergebnissen unserer Arbeit nicht beantwortet. Die Aussage der Unterfinanzierung des GKV-Systems beispielsweise wird ebenso außerhalb des medialen Diskurses wie auch in Fachkreisen kontrovers diskutiert (vgl. u.a. Schreier et al., 2010:31; Schröder, 2010:1f).

Von unseren Ergebnissen ausgehend lassen sich jedoch Vermutungen hinsichtlich der zugrunde liegenden Motivationen einzelner Akteure und den von ihnen eingenommenen Diskurspositionen anstellen und zusammentragen.

Wie alle Güter, so sind auch die der Medizin begrenzt. Eine Gesellschaft, der Einzelne, der einzelne Arzt, müssen alle stets Entscheidungen abwägen, treffen, verantworten und dadurch Güter verteilen. Es muss stets priorisiert werden. Hoppes Argumentation folgend, finde sich der einzelne Arzt gegenwärtig mehr denn je in einem Spannungsfeld zwischen medizinischer Professionalität und Verwaltung einer (impliziten) Rationierung. Dieser Aspekt ist natürlich mehr oder weniger ein Teil nahezu jeder Profession. Dennoch seien nach Hoppe im Fall der Ärzteschaft gegenwärtig durch „heimliche“ Entscheidungen auf der Makroebene vielfach Entscheidungen auf die Mikroebene verlagert worden. Der Arzt soll, nun mehr denn je, Priorisierungs- und gegebenenfalls – nach unserem und dem Verständnis der ZEKO – sogar Rationierungsentscheidungen (siehe Kapitel 3.3) treffen. So sei er gezwungen, diese im ärztlichen Alltag unmittelbar dem Patienten gegenüber zu verantworten. Beske und Brix sprechen in diesem Fall von dem „Spannungsfeld zwischen

Patientenerwartung, Politikversprechen, forensischen Folgen sowie die Verantwortung für Diagnose und Therapie einerseits und begrenzten Ressourcen andererseits“ (Beske und Brix, 2011:21). Diese Entscheidungen nicht gänzlich allein treffen, verantworten und auch kommunizieren zu wollen, mag als Motivation der Ärzteschaft gelten. Es folgt die Forderung nach einer gesellschaftlichen Diskussion über die Mittelverwendung im System der GKV, um so einen Teil dieser (Priorisierungs-)Entscheidungen und den gesellschaftlichen Weg zu ihnen auf die demokratisch legitimierte Makroebene zu verlagern.

Als weitere Motivation der Ärzteschaft für eine Priorisierung medizinischer Leistungen zu votieren, können finanzielle Interessen vermutet werden. Die ZEKO spricht in ihrer Stellungnahme 2007 davon, dass in der Bundesrepublik für die Honorierung ambulanter ärztlicher Leistungen weniger ausgegeben werde als für Arzneimittel und Krankenhausleistungen. Verglichen mit England komme es hier zu einer relativen und nicht beliebig fortzusetzenden Entwertung der ärztlichen Arbeit (vgl. ZEKO, 2007c:2). Dietrich und auch Schröder argumentieren, dass Hoppe und mit ihm Montgomery die Debatte um eine Priorisierung stets unter der Bedingung führen würden, dass die Mittel in der GKV begrenzt seien und nicht mehr für die Versorgung aller ausreichen würden. Dieser Argumentation folgend wolle man Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV ausschließen, die dann von ärztlicher Seite „privat“ angeboten werden könnten (Schröder, 2010:12f; Dietrich, 2012:3).

Als Ergebnis unserer Arbeit konnten wir darstellen, dass sich Verbandsvertreter der Ärzte wie Henke für Priorisierung aussprechen. Henke mag eine Priorisierung nicht im Sinne der ZEKO, sondern vielmehr als ein anderes Wort für die Einschränkung von Leistungen verstehen um dann, im gleichen Atemzug, unter der Überschrift Priorisierung medizinischer Leistungen seine eigene Forderung nach einer staatlich geförderten Zusatzversicherung nach dem Vorbild der Riester-Rente einzufordern (FR190509S19). Unter der gleichen Überschrift fordert Köhler eine Patientensteuerung über Zuzahlungstarife (siehe ebenda). Diese könne dann zu Einkommenssteigerungen der Ärzteschaft führen, da mehr Mittel (für weniger Leistungen) zur Verfügung stünden. Montgomerys Äußerung im Interview mit Deutschlandradio Kultur kann man ähnlich verstehen: „In dem Moment, in dem die Politik geglaubt hat, über einen Wettbewerb auch die Qualitätsfragen und die Leistungsfragen in der Medizin regeln zu können, hat sie gut ausgebildete, hoch qualifizierte Menschen in ein Wettbewerbssystem gestellt. Und sie

wundert sich jetzt heute, dass diese Menschen dieses Wettbewerbssystem bedienen und beherrschen.“ (Montgomery, 2011a:1f)

Nach Hess würde der Begriff Priorisierung medizinischer Leistungen von vielen Ärzten anders als im Sinne der ZEKO verstanden. „Viele Mediziner seien mit ihren eigenen Verdienstmöglichkeiten nicht zufrieden und fühlten sich zudem durch verschiedenste Reglementierungen eingeschränkt [...]. Alles das führt zu einer großen Unzufriedenheit der Ärzte mit dem System. Und um hier etwas beruhigend zu wirken, gehe ich mal davon aus, wird hier dieses Thema Priorisierung in den Raum gesetzt, um zu sagen, wir müssen, um das System auf Dauer finanzierbar zu halten, hier Leistungen aus dem System rausnehmen.“ (Hess, 2011:1) Die Ärzteschaft könne versuchen, durch eine Priorisierung und den begleitenden Vorschlag der Einrichtung eines Gesundheitsrates mehr Mitspracherecht im Gesundheitswesen zu erlangen. Reimers argumentiert, dass die Ärzteschaft profan mit der Forderung nach Priorisierung nur von der eigenen Verantwortung für die Versorgungsqualität ablenken wolle und mit der Forderung nach der Letztentscheidung bei Priorisierungsfragen durch die Politik dieser den schwarzen Peter zuschiebe (Reimers, 2012:10).

Nach diesem Verständnis hätte sich das Konzept Priorisierung weit von dem Vorschlag der ZEKO entfernt, besonders da Priorisierung im Sinne der ZEKO eben nicht zwangsläufig zu einer (expliziten) Rationierung führe (ZEKO, 2007a:3).

Hinter der unisono erfolgenden Ablehnung einer möglichen Priorisierung von Seiten der Politik können ebenso unterschiedliche Motivationen vermutet werden.

Priorisierung medizinischer Leistungen ist ein Reizthema, mit dem nur fraglich Wählerstimmen gewonnen werden können. So hören viele Bürger, wenn von Priorisierung (auch im Sinne der ZEKO) gesprochen wird, gleichzeitig Rationierung. Nach Groß: „In der breiten Öffentlichkeit herrscht weiterhin die Meinung vor, dass das konditionale Gut ‚Gesundheit‘ keiner Abwägung mit anderen Gütern unterliegen dürfe. Dementsprechend werden Rationierungsmaßnahmen – bzw. das, was darunter verstanden wird – ungeachtet der bestehenden Mittelknappheit derzeit (noch) von der großen Mehrheit der deutschen Bevölkerung abgelehnt.“ (Groß et al., 2010:135) Koch blickt in dieselbe Richtung und sieht nicht allein „Wahl-Marketing“ und „Versprechen der Politik“, sondern die Unmöglichkeit eines rationalen Diskurses um eine Einschränkung medizinischer Leistungen in den Sozialversicherungen der BRD historisch und rechtlich begründet. Dies vor dem „Ausdruck des Selbstversprechens ab initio der zweiten deutschen Republik, des

demokratischen und sozialen Bundesstaats (Art. 20 GG): des Wirtschaftswunderlandes“, da hier das Soziale die sakuläre Religion, sinnstiftend und kollektive Fiktion, „bundesrepublikanischer Sozialmythos“ sei (Koch, 2011:126). Lübke versteht hier auch stets eine „Verbindbarkeit“ von Rationierung und Priorisierung „mit dem dunkelsten Kapitel der deutschen Geschichte“. Politiker und Bürger wollen ihrer Meinung nach von Entscheidungen, die mit diesen Dingen zu tun haben nichts wissen (Lübke, 2010:275f). Entsprechend, nun wieder nach Groß, erfolge die Ablehnung der Politiker als Stellvertreter der Bürger, diese Problematik in der Öffentlichkeit zu thematisieren (Groß et al., 2010:135).

Oberlander et al. arbeiten in ihrem Beitrag im *Canadian Medical Association Journal* einen weiteren Aspekt heraus: Die Diskussion über die Mittelverwendung im GKV-System werde ihrer Meinung nach durch das „political paradox of rationing“ erschwert. In der Evaluation der Einführung des Oregon Health Plans nennen sie als wichtigste Lektion, dass es für die Legislative umso schwieriger und teurer werden könne, Kosten zu kontrollieren, je öffentlicher die Diskussion darüber würde. Dies geschehe, gerade weil „legislators and health ministers are placed in the precarious position of confronting public pressures not to cut services, as well as to include future services.“ (Oberlander et al., 2001:4; vgl. auch Marckmann und Siebert, 2002:1604) Den zu Wort kommenden Politikern im nationalen medialen Diskurs in der Bundesrepublik kann man nun unterstellen, dass die Debatte, entsprechende Zielsetzungen und sich ergebende Entscheidungen bewusst außerhalb der Öffentlichkeit gehalten werden.

In diesem Sinnzusammenhang argumentiert Groß ein weiteres Mal: Eine allein dem Mehrheitswillen unterliegende Entscheidung hinsichtlich der Mittelaufbringung und -verwendung im Gesundheitswesen kann nach wissenschaftlichen und ethischen Prinzipien immer auch zu fragwürdigen Entscheidungen führen. So würde die Mehrheit der Bevölkerung nach Groß eher die steigenden Gesundheitskosten durch staatliche Zuschüsse finanziert wissen, als Kürzungen im Gesundheitswesen zu akzeptieren. Ebenfalls würde die Mehrheit beispielsweise Rauchern mit Verweis auf das Selbstverantwortungsprinzip die Finanzierung einer Krebstherapie verweigern. Auch würde psychischen Erkrankungen nur eine sehr geringe Priorität eingeräumt werden (Müller und Groß, 2009:257ff). Hier könnte also auf politischer Seite die Befürchtung stehen, dass bei einer öffentlichen Debatte unreflektiert die Meinung der Mehrheit etabliert werde (Groß et al., 2010:142).

Gethmann fragt weiter, ob eine solche Debatte von Seiten des Bürgers überhaupt gewünscht sei, und betont den zum Teil vorherrschenden Wunsch nach Delegation und Kompetenzverlagerung entsprechender Fragestellungen auf Personen des Vertrauens (Gethmann, 2001:7f).

Vor dem Hintergrund unserer Ergebnisse ist das Verhalten der Printmedien und ihre dahinterstehende Motivation nicht minder schwierig zu interpretieren.

Hoppe betreibt mit der medialen und politischen Inszenierung den Versuch das Thema und ebenso seine Phänomenstruktur öffentlich zu etablieren. Wird Hoppes Thematik von Seiten der Medien aufgenommen, wird sie zur Nachricht. Wird gegebenenfalls auch seine Argumentation unverändert übernommen, spricht die politische Kommunikation als Teilgebiet der Politikwissenschaften von erfolgreichem „agenda-building“ (zur Übersicht: Schulz, 2008:153f). Warum aber wird Priorisierung zunächst zur Nachricht gemacht? Hier bietet das Fachgebiet der politischen Kommunikation das Gate-Keeper-Modell und die Nachrichtenwerttheorie an (vgl. u.a. erneut Schulz, 2008:88ff; Pontzen, 2013:78f). Das Gate-Keeper-Modell geht auf White zurück und wurde im Verlauf vielfach erweitert (vgl. White, 1950:383ff; Bennett, 2001:307ff; Waldherr, 2008:171ff). Nach diesem Modell lassen sich bestimmte Faktoren identifizieren, welche Ereignisse von Journalisten als Nachrichten in den Medien aufgenommen werden. Welche Faktoren motivieren Journalisten, Hoppes Thematik zur Nachricht werden zu lassen? Das Gate-Keeper-Modell identifiziert „Wertvorstellungen und Sozialisation des einzelnen Journalisten, Quellen der Diskursfragmente, organisatorische Restriktionen (Deadlines etc.), berufsbezogene Ideologien, Eigentümerverhältnisse (Redaktions- bzw. Vertragsrichtlinien) sowie gesetzliche Restriktionen“ (Rhombert, 2009:119). Diese deckten sich jedoch nicht mit unseren Ergebnissen. Teilergebnis unserer Arbeit ist, dass die mediale Repräsentation der Priorisierung medizinischer Leistungen in allen fünf als Qualitätszeitungen geltenden untersuchten Tageszeitungen nahezu einheitlich erfolgt. Insofern ist das Gate-Keeper-Modell mit Bezug auf die Motivation der Medien in unserem Fall nicht dienlich.

Die Nachrichtenwerttheorie legt ähnlich dem Gate-Keeper-Modell unterschiedliche Faktoren zugrunde, welche die Wahrscheinlichkeit steigern, dass aus der Vielzahl der möglichen Nachrichten, die eine Redaktion erreichen, eine letztendlich zur Nachricht wird (siehe u.a. Kepplinger, 1998:19f; Fretwurst, 2008:15f; Schulz, 2008:88f). Hoppes Phänomenstruktur bietet gleich mehrere dieser Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit

deutlich erhöhen, dass sie zu einer Nachricht gemacht wird. Zunächst involviert sie insbesondere mit BGM Schmidt und auch mit Hoppe prominente, einflussreiche Akteure. Als weiterer Faktor ist Priorisierung ein kontroverses Thema mit großer Tragweite. So betrifft die gesetzliche Krankenversicherung über 70 Millionen Versicherte (GKV-Spitzenverband, 2015:23) und berührt nach Schulz entsprechend persönliche Lebensumstände und Bedürfnisse Einzelner (vgl. Schulz, 2008:90). Hoppes Thematik ist damit ein hoher Nachrichtenwert zuzuordnen. Der Nachrichtenwerttheorie weiter folgend, lässt sich auch die erläuterte Reduktion, Kombination und Modifikation verstehen. Diese Schritte können als Steigerung des Nachrichtenwertes verstanden werden. Aufgewertet wird die in Kurzmeldungen, Berichten und Nachrichten dargestellte Phänomenstruktur nach Hoppe gegenüber der direkt von ihm in Interviews und offenen Briefen geäußerten. So trägt Hoppes medial tatsachenorientiert dargestellte Phänomenstruktur weit mehr Faktoren der Nachrichtenwerttheorie in sich, wie zum Beispiel, dass seine Phänomenstruktur durch „Normverstöße“ mit hohem Konfliktpotential an Wert gewinnt. Ein weiterer Faktor ist die Unterstützung des Negativismus-Bias durch die Fixierung der Medien auf negative Ereignisse (Schulz, 2008:69f). Die tatsachenorientiert etablierte Phänomenstruktur gewinnt damit auch gegenüber dem initialen Vorschlag der ZEKO einen höheren Nachrichtenwert im Sinne der Theorie.

10. Resümee

Unsere Ergebnisse beantworten die Untersuchungsfragen vollständig und lassen den öffentlichen nationalen Priorisierungsdiskurs in Deutschland vom 1. Mai 2009 bis 30. April 2014 nachvollziehen. Diskursive Ereignisse und Akteure wurden identifiziert und die von ihnen dargelegten Argumentationen dargestellt. Umstrittene Phänomenbestandteile wurden herausgearbeitet und mögliche, sich auch wechselseitig bedingende Entwicklungen ebenfalls.

Der ausschlaggebende Akteur im nationalen öffentlichen Priorisierungsdiskurs in Deutschland ist bis zu seinem Tod Bundesärztekammerpräsident Hoppe. Er stellt eine Unterfinanzierung des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung und eine daraus resultierende, bereits stattfindende heimliche Rationierung fest. Zentral schlägt er im Umgang mit diesem „Missstand“ zum Ärztetag in Mainz 2009 nebst anderen Vorschlägen den einer Priorisierung medizinischer Leistungen, basierend auf den Vorschlägen der ZEKO, vor. Zustimmung erhält Hoppe im Wesentlichen von Wissenschaftlern und der Ärzteschaft. Dem entgegen erfolgt unisono eine Ablehnung von Politikern und Krankenkassenvertretern, aber auch von einzelnen Ärzten. Es etablieren sich überschaubare stereotype Argumentationsmuster der Ablehnung und der Zustimmung, welche reaktiv wiederholt werden und vielfach gänzlich unabhängig von den Inhalten der Argumentation Hoppes stehen. Insbesondere die von Hoppe festgestellte Bedingung der Unterfinanzierung des GKV-Systems zum Einen und zum Anderen die von ihm festgestellte daraus resultierende, bereits gegenwärtig stattfindende heimliche Rationierung von Gesundheitsleistungen werden dementiert. Auch Hoppes Vorschlag einer Priorisierung medizinischer Leistungen wird in diesem Kontext abgelehnt. Eine inhaltliche Interaktion oder wechselseitige Entwicklung von Argumentationen findet darüber hinaus nicht statt. Die Printmedien selektieren, kombinieren und modifizieren die Phänomenstrukturen und tragen so zu einer Verwässerung des Diskurses bei. Neue Aspekte, von Journalisten, Wissenschaftlern oder anderen Gruppen eingebracht, finden keine Repräsentation. Bis Ende April 2014 verliert der mediale Diskurs kontinuierlich an Intensität, wobei nach wie vor im zeitlichen Verlauf keine Entwicklung von argumentativen Positionen stattfindet. Schlussfolgern lässt sich: Der nationale öffentliche Priorisierungsdiskurs erfährt mit Hoppes Inszenierung um den Ärztetag in Mainz 2009 erstmalig einen Punkt maximaler

medialer und damit auch nationaler öffentlicher Aufmerksamkeit. Erstmals nehmen unterschiedlichste Akteure des Gesundheitswesens und der Öffentlichkeit zu einer Priorisierung medizinischer Leistungen Stellung. Es zeigt sich, dass auch bei den Befürwortern noch keinesfalls Einigkeit über den Begriff, genauer gesagt das Konzept der Priorisierung besteht. Hoppe selbst verweist auf den Vorschlag der ZEKO von 2000 und 2007, verwendet diesen allerdings ebenfalls nicht vollumfänglich im Verständnis der ZEKO.

Die endgültige Klärung der Motivation der einzelnen Akteure, für oder gegen Priorisierung zu votieren, ist weder Ziel noch Ergebnis dieser Arbeit. Unserer Meinung nach, so öffentlich im Diskurs kommuniziert, ist wesentlich ein Rollenkonflikt Teil der Motivation der Ärzteschaft, eine Priorisierung zu fordern. Die Ärzteschaft findet sich, durch die erläuterten Entwicklungen mehr denn je, im Spannungsfeld zwischen eigener Professionalität, gesellschaftlicher Erwartung und einer primär politisch aufgebürdeten Allokationsverantwortung. Hier sehen die Ärzte eine Fehlentwicklung, ihre Kompensationsmöglichkeiten erschöpft und ebenfalls ihre Legitimation nicht gegeben. Die Legitimation sehen sie bei der Politik, erwarten Allokationsentscheidungen von dieser und lehnen ein intransparentes Faktenschaffen ab. Als weitere Motivation von Seiten der Ärzteschaft können finanzielle Interessen und die Stärkung der eigenen Einflussmöglichkeiten im Gesundheitssystem vermutet werden.

Die Motivation, eine Priorisierung abzulehnen, insbesondere von Gesundheitspolitikern und von Krankenkassenvertretern, wird nicht ersichtlich. Es ist zu vermuten, dass die Diskussion nicht gewünscht ist und bewusst unterdrückt wird. Nur so lässt sich bei der ausdifferenzierten inhaltlichen Darstellung des Priorisierungskonzeptes von Seiten Hoppes und anderer Befürworter die Wiederholung der stereotypen Ablehnungsmuster erklären. Motivation der Ablehnung mag weiter sein, dass man mit der komplexen Thematik, die zu unliebsamen Entscheidungen führen kann, nur schwerlich Wählerstimmen gewinnt. Auch wird die Debatte durch Einbeziehung von weiteren gesellschaftlichen Gruppen nicht leichter gestaltet. Bei einigen Akteuren ist auch eine mangelnde Auseinandersetzung mit der Thematik zu unterstellen und damit ebenfalls die einseitige sich nicht entwickelnde, Argumentation zu erklären.

Festzustellen bleibt ferner, dass wesentliche Gruppen, die mittelbar und unmittelbar im System der GKV involviert sind, nur unzureichend im nationalen öffentlichen Diskurs repräsentiert sind, so exemplarisch weitere Beteiligte im Gesundheitswesen wie Pflegende, Patienten, Patientenvertreter und Bürger.

Im weiterhin untersuchten Diskurs, nach dem Ärztetag 2010 bis einschließlich April 2014, kommt der nationale öffentliche Priorisierungsdiskurs in der Bundesrepublik Deutschland nahezu zum Stillstand. Ebenso findet in diesen vier Jahren keine Entwicklung von Positionen statt. Dies steht im Gegensatz zum fachlichen Diskurs in der Ärzteschaft und in der Wissenschaft, hier intensiviert sich die Auseinandersetzung mit dem Konzept Priorisierung deutlich.

Eine Weiterführung und Intensivierung der gesamtgesellschaftlichen Debatte über die Mittelverwendung im System der GKV scheint unbedingt geboten. Denn Allokationsentscheidungen müssen bei begrenzten Ressourcen ständig getroffen werden, so auch im System der GKV. Dies wird paradoxerweise im öffentlich-nationalen Priorisierungsdiskurs nur selten benannt und nicht diskutiert. Demgegenüber, dies wird ebenfalls aus der vorliegenden Arbeit deutlich, werden inkonsequenterweise andere Grundbedingungen gesellschaftlich anerkannt und lassen die Allokationsdebatte im Gesundheitssystem noch brisanter werden, so der kostenintensive medizinische Fortschritt und die demografische Entwicklung.

In der Vergangenheit und Gegenwart praktizierte Methoden im Umgang mit diesen Entwicklungen reichen offensichtlich zur Kompensation nicht aus. Resultat ist eine intransparente und verdeckte Allokation von Ressourcen im Gesundheitssystem, in Teilen auch eine heimliche Rationierung. Allgemeinplätze wie: Ein jeder erhalte, was er benötige, oder: Man könne sich sicher sein, dass ein jeder weiterhin alles medizinisch Notwendige erhalte, besagen bei keiner weiteren Präzisierung zu wenig. Konkreter erscheint auf den ersten Blick der Verweis auf noch vorhandene Effizienzreserven im GKV-System. In der Vergangenheit war die Erschließung dieser Reserven nicht in der Lage, die Situation zufriedenstellend zu bewältigen. Stets gilt bei der Forderung nach mehr Effizienz zu bedenken, dass Prozesse in der Medizin nur eingeschränkt standardisierbar sind, wobei bei beschränkten Mitteln die Notwendigkeit von Allokationsentscheidungen nie umgangen werden kann.

Auch der vielfache Ruf nach mehr Wettbewerb ist kein Allheilmittel. Gerade Entscheidungen hin zu mehr Markt führten in der Vergangenheit zu einer intransparenten, verdeckten Allokation von Ressourcen, in Teilen auch zu heimlichen Rationierungen und zu Fehlsteuerungen. Eine Budgetsteuerung führt vielfach zu pragmatischen, konzeptlosen ad-hoc Entscheidungen, oft nur gelenkt durch den Rahmen des Budgets.

Die geforderte alternative Strategie der Steigerung der Einnahmen der GKV ist unserer Meinung nach nicht unbegrenzt möglich, denn zum Einen sind letztendlich alle Güter begrenzt und zum Anderen führt eine Erhöhung der auf die GKV verwendeten Mittel stets zu einer Lücke in anderen gesellschaftlichen Bereichen.

Der Unmut über diese Entwicklungen ist bei einem Großteil der beteiligten Parteien bereits ersichtlich. Patienten und auch Ärzte beklagen einen Vertrauensverlust in ihrer Beziehung und sowohl niedergelassene als auch angestellte Ärzte eine zunehmende Bürokratisierung und Ökonomisierung in der Medizin.

Im Umgang mit den genannten Bedingungen und unzureichenden, bereits praktizierten, respektive geforderten Strategien ist zudem der normative Charakter einer jeden Allokationsentscheidung zu bedenken. Insofern sollte bei der Entscheidungsfindung immer auch der Weg durch die legitimierten demokratischen Organe geboten sein. Priorisierung ist mitnichten alternativlos. Priorisierung als Konzept kann jedoch im Rahmen der geforderten Diskussion über die Mittelverwendung im System der GKV Antworten geben oder Grundlage einer Debatte mit Bezug auf viele drängende Fragen sein. „Welche Krankheitszustände, Krankengruppen, Leistungen, Indikationen, Bedarfe sind als besonders wichtig und dringend anzusehen?“, „Was sind die zentralen Ziele der ärztlichen Tätigkeit?“, „Wo existieren welche Rationalisierungsreserven, und welche Leistungen sind aus welchen Gründen so verzichtbar?“, „Wie verhalten sich traditionelle ärztliche Pflichten und Tugenden zu der zunehmenden Ökonomisierung und Verrechtlichung der medizinischen Praxis?“ (Auszug aus Raspe und Schulze, 2013:A1091f)

Im Rahmen einer Priorisierungsdebatte wäre es zweifelsohne möglich, den stereotypen Einwänden im nationalen öffentlichen Diskurs inhaltlich-sachlich zu begegnen. Uns erscheinen, um das Konzept Priorisierung für die Diskussion in der Bundesrepublik fruchtbar zu machen, jedoch zunächst andere Schritte notwendig.

Wir wollen einen Einwand des ehemaligen Bundesgesundheitsministers Rösler vorwegnehmen: Niemand verlangt Priorisierungsentscheidungen vom BGM oder seinem Ministerium allein, denn wir verstehen Priorisierung als langwierigen gesamtgesellschaftlichen Prozess. Dieser sollte alle gesellschaftlichen Gruppen mit einbeziehen und ihr sollten Ärzte als Fachleute mit Tat und Rat zur Seite stehen. Die Entscheidungen aber müssen von legitimer Seite getroffen werden. Organisiert werden kann der Weg zu einer Priorisierung in unterschiedlicher Form, der Weg und die folgenden Entscheidungen müssen aber stets transparent gemacht werden.

Hier wird von Fachleuten eine organisierte Form vorgeschlagen. Ein mögliches Forum könnte nach Hoppe ein nationaler Gesundheitsrat darstellen. Alternativen könnten eine Enquetekommission des Deutschen Bundestages, Regierungskommissionen, zu schaffende Strukturen im Rahmen des G-BA oder die Einbeziehung des Deutsche Ethikrats darstellen.

Die Einbeziehung aller beteiligten Akteure und die Entscheidung durch die legitimierten Organe sind oberstes Gebot. Notwendig ist in dem geschilderten Prozess die Information und Einbeziehung der Medien. Im öffentlichen Diskurs gilt es, den Blick für die Notwendigkeit der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen zu schärfen, die Gleichsetzung der Begrifflichkeiten von Priorisierung und Rationierung zu lösen, das Konzept Priorisierung zu erörtern und zu jedem Zeitpunkt Öffentlichkeit und Transparenz zu schaffen, um letztendlich legitimierte, begründete und allgemein anerkannte Entscheidungen zu treffen und diese bei veränderten Bedingungen, wenn notwendig, zu aktualisieren.

11. Zusammenfassung

Eine Priorisierung medizinischer Leistungen ist ein kompliziertes und langwieriges Unterfangen und sollte im Rahmen eines gesamtgesellschaftlichen Prozesses stattfinden. Erfolglos versuchte die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) bereits im Jahr 2000 und 2007, wie auch andere relevante gesellschaftliche Akteure, eine öffentliche Debatte zu initiieren. Dem ehemaligen, verstorbenen Ärztekammerpräsidenten Hoppe gelang dies erstmalig 2009 im Rahmen einer medialen Inszenierung des Themas um den 112. Deutschen Ärztetag in Mainz. Anhand eines Datenkorpus überregionaler Tageszeitungen analysierten wir den nationalen Priorisierungsdiskurs in Deutschland zwischen dem 1. Mai 2009 und dem 31. Mai 2010. Der Zeitraum beinhaltet zwei Ärtetage, den Bundestagswahlkampf und die Wahl zum 17. Deutschen Bundestag als mögliche Kristallisationspunkte einer öffentlichen Debatte. Aufbauend auf diesen Ergebnissen skizzierten wir den Diskursverlauf bis Ende April 2014. Wir nutzten mit der Wissenssoziologischen Diskursanalyse nach Keller eine qualitative Forschungsperspektive, methodologisch realisiert durch die induktive Kategorienbildung der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring und ergänzt durch das Kodierparadigma der Grounded Theory Method nach Strauss. Der ausschlaggebende Akteur im nationalen medialen Priorisierungsdiskurs in Deutschland war Bundesärztekammerpräsident Hoppe. Er stellte eine Unterfinanzierung des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und eine daraus resultierende, bereits heimlich stattfindende Rationierung fest. Im Umgang mit diesem „Misstand“ forderte er auf dem Ärztetag in Mainz eine gesamtgesellschaftliche Diskussion über die Mittelverwendung in der GKV und schlug konkret eine Priorisierung nach den Vorschlägen der ZEKO vor. Neben Zustimmung erfolgte unisono eine Ablehnung durch die Vertreter von Politik, Krankenkassen und auch einzelnen Ärzten. Es etablierten sich überschaubare stereotype Argumentationsmuster der Ablehnung und Zustimmung, welche im Diskursverlauf reaktiv wiederholt wurden. Eine inhaltliche Interaktion oder Entwicklung von Argumentationen fand nicht statt. Die Printmedien selektierten, kombinierten und modifizierten in ihrer Darstellung die Argumentationen und gestalteten so wesentlich den öffentlichen Diskurs mit. Neue Aspekte, von Journalisten, Wissenschaftlern oder anderen Akteuren eingebracht, fanden im untersuchten Zeitraum keine Repräsentation. Bis Ende April 2014 verlor der öffentliche mediale Diskurs kontinuierlich an Intensität und verstummte letztendlich nahezu ganz.

12. Literaturverzeichnis

Alexander N (2013): Politischer Quasi-Journalismus, Politik und Kommunikation, Ausgabe 04/13, 42 - 43

Allianz AG (2009): Allianz Umfrage zum Gesundheitswesen – Mehr Transparenz und Gerechtigkeit, https://www.allianz.com/de/presse/news/studien/news_2009-06-16.html, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Angermüller J (2005): Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse in Deutschland – Zwischen Rekonstruktion und Dekonstruktion, In: Keller R, Hirsland A, Schneider W, Viehöver W (Hrsg.): Die diskursive Konstruktion von Wirklichkeit – Zum Verhältnis von Wissenssoziologie und Diskursforschung, 23 - 48, UVK Verlagsgesellschaft mbH, Konstanz

Angermüller J, Bunzmann K, Nonhoff M (Hrsg.) (2001): Diskursanalyse: Theorien, Methoden, Anwendungen, Argument Sonderband Neue Folge AS 286, Argument Verlag, Hamburg

Arnade J (2010): Kostendruck und Standard – Zu den Auswirkungen finanzieller Zwänge auf den Standard sozialversicherungsrechtlicher Leistungen und den haftungsrechtlichen Behandlungsstandard, Kölner Schriften zum Medizinrecht, Band 5, Reihenherausgeber Katzenmeier C, Springer Verlag, Berlin

Barbour R S (2014): Quality of Data Analysis, In: Flick U: The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis, 496 - 523, SAGE Publications Ltd., London

Barjenbruch M (2014): Die „Ressource Arzt“ ist kostbar – Gegen die Flatrate-Medizin, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 18, A781

Bechmann S (2007): Gesundheitssemantiken der Moderne – Eine Diskursanalyse der Debatten über die Reform der Krankenversicherung, edition sigma, Berlin

Bennett W L (2000): Introduction: Communication and Civic Engagement in Comparative Perspective, *Political Communication*, Vol. 17, Number 4, 307 - 312 (6)

Beske F (2012): Priorisierung im Gesundheitswesen – Möglichkeiten und Grenzen, *Der Urologe*, Volume 51, Issue 8, 1083 - 1084

Beske F, Brix F (2011): Solidarische, transparente und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung im demografischen Wandel durch Priorisierung und Rationierung – Begründung und Vorschläge, *Schriftenreihe / Fritz-Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung*; 121, Schmidt & Klaunig, Kiel

Beske F, Katalinic A, Peters E, Pritzkeleit R (2009): Morbiditätsprognose 2050 – Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig Holstein, *Schriftenreihe / Fritz-Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung*; 114, Schmidt & Klaunig, Kiel

Blatter J K, Janning F, Wagemann C (2007): *Qualitative Politikanalyse – Eine Einführung in Forschungsansätze und Methoden*, VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Breyer F (2012): Implizite versus explizite Rationierung von Gesundheitsleistungen, *Bundesgesundheitsblatt*, Volume 55, Issue 5, 652 - 659

Brüsemeyer T (2008): *Qualitative Forschung – Ein Überblick*, 2. überarbeitete Auflage 2008, VS Verlag für Sozialwissenschaften – GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Bryman A (1999): The Debate about Quantitative and Qualitative Research: A Question of Method or Epistemology, In: Bryman A, Burgess R G: *Qualitative Research*, Volume 1, 35 - 69, SAGE Publications Ltd., London

Bundesanzeiger (2009): Verordnung über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A(H1N1) (Influenzaschutzimpfung-GKV-Leistungspflichtverordnung – ISchGKVLV), 19. August 2009, BAnz. Nr. 124 S. 2889, FNA 2126-13-5

Bundesärztekammer (2012): Beschlussprotokoll des 115. Deutschen Ärztetages in Nürnberg vom 22. - 25.05.2012 - Stand 02.07.2012, URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/115DAETBeschlussprotokollfinal20120702LZ.pdf>, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Bundesärztekammer (2014): Pressemitteilung der Bundesärztekammer, Ärztetag fordert: „Priorisierung enttabuisieren“, Düsseldorf, 30.05.14, URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.10741.12100.12159>, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Burckhart H, Gronke H, Brune J P (2000): Die Idee des Diskurses. Interdisziplinäre Annäherungen, Philosophisch-pädagogisches Forum, Band 2, Eusl-Verlagsgesellschaft mbH, Markt Schwaben

Busse R, Hoffmann C (2010): Priorisierung in anderen Gesundheitssystemen, Bundesgesundheitsblatt, Volume 53, Issue 9, 882 - 889

Clarke A E (2012): Situationsanalyse – Grounded Theory nach dem Postmodern Turn, Herausgegeben und mit einem Vorwort von Reiner Keller, VS Verlag für Sozialwissenschaften – Springer Fachmedien, Wiesbaden

Deutscher Ärztetag (2008): Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft – Ulmer Papier, Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages 2008, URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/UlmerPapierDAET111.pdf>, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Deutscher Presserat (2013): Publizistische Grundsätze (Pressekodex) – Richtlinien für die publizistische Arbeit nach den Empfehlungen des Deutschen Presserates, URL: <http://www.presserat.de/pressekodex/pressekodex>, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Diaz-Bone R, Schneider W (2010): Qualitative Datenanalysesoftware in der sozialwissenschaftlichen Diskursanalyse – Zwei Praxisbeispiele, In: Keller R, Hirsland A, Schneider W, Viehöver W (Hrsg.): Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse, Band 2: Forschungspraxis, 2. Auflage, 457 - 494, Leske + Budrich, Opladen

Dietrich W (2012): Babylonische Sprachverwirrung – oder Täuschung des Bürgers?,
Zeitschrift für eine soziale Medizin, 1/2012, 3-3

Donati P R (2011): Die Rahmenanalyse politischer Diskurse, In: Keller R, Hirsland A,
Schneider W, Viehöver W (Hrsg.): Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse,
Band 1: Theorien und Methoden, 3. erweiterte Auflage, 159 - 192, VS Verlag für
Sozialwissenschaften – Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Wiesbaden

Eilders C (2004): Von Links bis Rechts – Deutung und Meinung in Pressekommentaren,
In: Eilders C, Neidhardt F, Pfetsch B: Die Stimme der Medien – Pressekommentare und
politische Öffentlichkeit in der Bundesrepublik, 129 - 166, VS Verlag für
Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Ferree M M, Gamson W A, Gerhards J, Rucht D (2002): Abortion Discourse – Democracy
and the Public Sphere in Germany and the United States, Press Syndicate of the University
of Cambridge, Cambridge

Fischer D (2009): Über das Verhältnis von Zahl und Wirklichkeit – Der Umgang mit
statistischem Wissen im massenmedialen Diskurs, VS Verlag für Sozialwissenschaften –
GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Flick U (2007): Managing Quality in Qualitative Research, SAGE Publications Ltd.
London

Flick U (2010): Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung, Vollständig überarbeitete
und erweiterte Neuauflage Oktober 2007, 3. Auflage 2010, Rowohlt Taschenbuch Verlag
GmbH, Reinbek bei Hamburg

Flick U, Kardorff E von, Steinke I (2008): Was ist qualitative Forschung? – Einleitung und
Überblick, In: Flick U, Kardorff E von, Steinke I (Hrsg.): Qualitative Forschung – Ein
Handbuch, 6. durchgesehene und aktualisierte Auflage, Rowohlt Taschenbuch Verlag
GmbH, Reinbek bei Hamburg

Foucault M (1982): Die Ordnung des Diskurses: Inauguralvorlesung am Collège de France, 2. Dezember 1970, ungekürzte Ausgabe, Übersetzt von Walter Seitter, Verlag Ullstein GmbH, Frankfurt/M

Foucault M (1992): Archäologie des Wissens, übersetzt von Ulrich Köppen, 5. Auflage, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main

Fretwurst B (2008): Nachrichten im Interesse der Zuschauer – Eine konzeptionelle und empirische Neubestimmung der Nachrichtenwerttheorie, UVK Verlagsgesellschaft mbH, Konstanz

Fuchs C (2010a): Priorisierung aus Sicht der Medizin – Positionsbestimmung der Ärzteschaft zum Thema, In: Lohmann H, Preusker U (Hrsg.): Priorisierung statt Rationierung: Zukunftssicherung für das Gesundheitssystem, 15 - 32, *Economica*, eine Marke der Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Heidelberg

Fuchs C (2010b): Demografischer Wandel und Notwendigkeit der Priorisierung im Gesundheitswesen, *Bundesgesundheitsblatt*, Volume 53, Issue 5, 435 - 440

Gerhards J (1992): Dimensionen und Strategien öffentlicher Diskurse, *Journal für Sozialforschung*, Heft 3/4, 32. Jahrgang, 307 - 318

Gerhards J, Lindgens M (1995): Diskursanalyse im Zeit- und Ländervergleich – Inhaltsanalyse zur Erfassung des öffentlichen Diskurses über Abtreibung in den USA und der Bundesrepublik in der Zeit von 1970 bis 1994, *WZB Discussion Paper FS III 95-105*, Berlin: WZB, 1 - 38

Gerhards J, Neidhardt F, Rucht D (1998): Zwischen Palaver und Diskurs; Strukturen öffentlicher Meinungsbildung am Beispiel der Deutschen Diskussion zur Abtreibung, Westdeutscher Verlag GmbH, Opladen

Gethmann F G (2001): Participatory Technology Assessment. Some Critical Questions, In: Decker M: *Interdisciplinarity in Technology Assessment – Implementation and its Chances and Limits*, 3 - 13, Springer Verlag, Berlin

Gibbs G R (2014): Using Software in Qualitative Analysis, In: Flick U: The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis, 277 - 294, SAGE Publications Ltd., London

GKV-Spitzenverband (2015): Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung – zuletzt aktualisiert: Juni 2015, GKV-Spitzenverband Stabsbereich Kommunikation, Berlin, URL: https://www.gkvspitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2015_q1/GKV_Kennzahlen_Booklet_Q1-2015_300dpi_2015-06-29.pdf, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Glaser B G, Strauss A L (2008): Grounded Theory – Strategien qualitativer Forschung, Aus dem Amerikanischen von Axel T. Paul und Stefan Kaufmann, 1. Nachdruck der 2. korrigierten Auflage 2005, Verlag Hans Huber, Bern

Greiner W (2011): Gesundheitsökonomie: Über die rationale Allokation knapper Ressourcen im Versorgungsalltag, In: Schott T, Hornberg C (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit – 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft, 329 - 343, VS Verlag für Sozialwissenschaften

Groß D (2010): Priorisierung statt Rationierung: Zukunftssicherung für das Gesundheitssystem?, In: Lohmann H, Preusker U (Hrsg.): Priorisierung statt Rationierung: Zukunftssicherung für das Gesundheitssystem, 73 - 92, *Economica*, eine Marke der Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Heidelberg

Groß D, Schäfer G, Westermann S (2010): Möglichkeiten und Grenzen von Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen – Anmerkungen aus medizinethischer Sicht, In: Meyer S, Fischer M G (Hrsg.): Gesundheit und Wirtschaftswachstum: Recht, Ökonomie und Ethik als Innovationsmotoren für die Medizin, 133 - 149, Springer Verlag, Berlin

Hajer M A (2010): Argumentative Diskursanalyse. Auf der Suche nach Koalitionen, Praktiken und Bedeutung, In: Keller R, Hirsland A, Schneider W, Viehöver W (Hrsg.): Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse, Band 2: Forschungspraxis, 4. Auflage, 271 - 298, VS Verlag für Sozialwissenschaften – Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Wiesbaden

Hammersley M (1999): Deconstructing the Qualitative-Quantitative Divide, In: Bryman A und Burgess R G: Qualitative Research, Volume 1, 70 - 83, SAGE Publications Ltd., London

Hennink M, Hutter I, Bailey A (2011): Qualitative Research Methods, SAGE Publications Ltd., London

Herzog D, Rebenstorf H, Werner C, Weßels B (1990): Abgeordnete und Bürger – Ergebnisse einer Befragung der Mitglieder des 11. Deutschen Bundestages und der Bevölkerung, Westdeutscher Verlag GmbH, Opladen

Hess R (2011): Notfallversorgung oder Spitzenmedizin? – Die Diskussion um „Priorisierung“ im Gesundheitswesen, Deutschlandfunk Hintergrund, Archiv, Beitrag vom 28.11.2011, URL: http://www.deutschlandfunk.de/notfallversorgung-oder-spitzenmedizin.724.de.html?dram:article_id=100387, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Hodgetts C, Chamberlain K (2014): Analysing News Media, In: Flick U: The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis, 380 - 393, SAGE Publications Ltd., London

Hoffmann-Rhiem C (1980): Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie – Der Datengewinn, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 32, 339 - 372

Hoppe J D (2009): Verteilungsgerechtigkeit durch Priorisierung – Patientenwohl in Zeiten der Mangelverwaltung, Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, zur Eröffnung des 112. Deutschen Ärztetages, URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/112-DAET-Rede-Hoppe-1905092.pdf>, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Hoppe J D (2012): Priorisierung, In: Thielscher C: Medizinökonomie, Band 1. Das System der medizinischen Versorgung, 327 - 334, Springer Gabler Verlag, Berlin

Huster S (2011): Haben wir ein Recht auf Gesundheit?, Der Onkologe, Volume 17, Issue 3, 197 - 202

Huster S (2012): Vulnerable Patientengruppen und Leistungsbeschränkungen im öffentlichen Versorgungssystem, *Medizinrecht*, Volume 30, Issue 9, 565 - 570

Jarren O, Donges P (2011): Politische Kommunikation in der Mediengesellschaft: Eine Einführung, 3. Grundlegend überarbeitete und aktualisierte Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften – Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Wiesbaden

Kaschuba W (2012): Einführung in die Europäische Ethnologie, 4. aktualisierte Auflage, Verlag C. H. Beck oHG, München

Katzenmeier C (2005): Der Arzt im Spannungsfeld zwischen den Vorgaben der GKV und des Haftungsrechts, Vortrag vor dem 6. Deutschen Medizinrechtstag der Stiftung Gesundheit am 23. September 2005 in Köln zum Thema: Die Verteidigung der Therapiefreiheit, URL: www.stiftung-gesundheit.de, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Kelle U (2010): Computergestützte Analyse qualitativer Daten, In: Flick U, Kardorff E von, Steinke I (Hrsg.): *Qualitative Forschung – Ein Handbuch*, 6. durchgesehene und aktualisierte Auflage, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg

Kelle U, Erzberger C (2008): Qualitative und quantitative Methoden: Kein Gegensatz, In: Flick U, Kardorff E von, Steinke I (Hrsg.): *Qualitative Forschung – Ein Handbuch*, 6. durchgesehene und aktualisierte Auflage August 2008, 299 - 309, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg

Keller R (1997): Diskursanalyse, In: Hitzler R, Honer A (Hrsg.): *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik – Eine Einführung*, 309 - 334, Leske + Budrich, Opladen

Keller R (2005): Wissenssoziologische Diskursanalyse als interpretative Analytik: Zum Verhältnis von Wissenssoziologie und Diskursforschung, In: Keller R, Hirsland A, Schneider W, Viehöver W. (Hrsg.): *Die diskursive Konstruktion von Wirklichkeit*, 49 - 75, UVK Verlagsgesellschaft mbH, Konstanz

Keller R (2007): Diskursforschung – Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen, 3. aktualisierte Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften – GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Keller R (2008): Wissenssoziologische Diskursanalyse – Grundlegung eines Forschungsprogramms, 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften – GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Keller R (2011a): Wissenssoziologische Diskursanalyse, In: Keller R, Hirsland A, Schneider W, Viehöver W (Hrsg.): Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse – Band 1: Theorien und Methoden, 3., erweiterte Auflage, 125 - 158, VS Verlag für Sozialwissenschaften – GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Keller R (2011b): Wissenssoziologische Diskursanalyse – Grundlegung eines Forschungsprogramms, 4. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften – GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Keller R (2011c): Diskursforschung – Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen, 4. aktualisierte Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften – GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Keller R (2012): Zur Praxis der Wissenssoziologischen Diskursanalyse, In: Keller R Truschkat I (Hrsg.): Methodologie und Praxis der Wissenssoziologischen Diskursanalyse, Band 1 Interdisziplinäre Perspektiven, 27-68, VS Verlag für Sozialwissenschaften – Springer Fachmedien, Wiesbaden

Keller R (2013): Kommunikative Konstruktion und diskursive Konstruktion, In: Keller R, Knoblauch H, Reichertz J (Hrsg.): Kommunikativer Konstruktivismus – Theoretische und empirische Arbeiten zu einem neuen wissenssoziologischen Ansatz, 69 - 94, VS Verlag für Sozialwissenschaften – Springer Fachmedien, Wiesbaden

Keller R, Hirsland A, Schneider W, Viehöver W (Hrsg.) (2011): Zur Aktualität sozialwissenschaftlicher Diskursanalyse – Eine Einführung, In: Keller R, Hirsland A Schneider W, Viehöver W (Hrsg.): Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse – Band 1: Theorien und Methoden, 3. erweiterte Auflage, 7 - 33, VS Verlag für Sozialwissenschaften – Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Wiesbaden

Keller R, Schneider W, Viehöver W (2012): Theorie und Empirie der Subjektivierung in der Diskursforschung, In: Keller R, Schneider W, Viehöver W (Hrsg.): Diskurs – Macht – Subjekt – Theorie und Empirie von Subjektivierung in der Diskursforschung, 7 - 21, VS Verlag für Sozialwissenschaften – Springer Fachmedien, Wiesbaden

Kepplinger H M (1998): Der Nachrichtenwert der Nachrichtenfaktoren, In: Holtz-Bacha C, Scherer H, Waldman N (Hrsg.): Wie die Medien die Welt erschaffen und wie die Menschen darin leben, 19 - 38, Westdeutscher Verlag GmbH, Opladen/Wiesbaden

Kerchner B, Schneider S (2006a): „Endlich Ordnung in der Werkzeugkiste“. Zum Potential der Foucaultschen Diskursanalyse für die Politikwissenschaft – Einleitung, In: Kerchner B und Schneider S (Hrsg.) Foucault: Diskursanalyse der Politik – Eine Einführung, 9 - 30, VS Verlag für Sozialwissenschaften – GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Kerchner B, Schneider S (2006b): Diskursanalyse in der Politikwissenschaft. Ein Forschungsüberblick, In: Foucault: Diskursanalyse der Politik – Eine Einführung, 33 - 67, VS Verlag für Sozialwissenschaften – GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Kern A O, Beske F, Lescow H (1999): Leistungseinschränkung oder Rationierung im Gesundheitswesen? – 457 Leser gaben Auskunft darüber, ob und wo nach ihrer Erfahrung im ärztlichen Alltag rationiert wird., Deutsches Ärzteblatt 1999; 96: A-113–117 [Heft 3]

Koch C (2011): Morgens Empörung, abends Systemkonstanz – Zum Umgang mit Jörg-Dietrich Hoppes Vorschlag der medialen Inszenierung von diskursiver Öffentlichkeit, In: Diederich A, Koch C, Kray R, Sibbel R (Hrsg.): Priorisierte Medizin – Ausweg oder Sackgasse der Gesundheitsgesellschaft, 121 - 136, Gabler Verlag – Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Wiesbaden

Kohlhaas P (2000): Diskurs und Modell – Historische und systematische Aspekte des Diskursbegriffs und ihr Verhältnis zu einer anwendungsorientierten Diskursanalyse, In: Nennen H U (Hrsg.): Diskurs – Begriff und Realisierung, 29 - 56, Verlag Königshausen und Neumann GmbH, Würzburg

Kölking H (2007): Entwicklung der Gesundheitswirtschaft in Deutschland, In: Kölking H (Hrsg.): DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft, 1. Auflage, 19 - 37, Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Krake M (2011): Vertretungsberechtigter Geschäftsführer LexisNexis GmbH, Heerdter Sandberg 30, 40549 Düsseldorf, URL: www.lexisnexus.de, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Kuckartz A (2011): Geschäftsführerin der VERBI GmbH, Software Center 3, 35037 Marburg, URL: www.maxqda.de, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Kuckartz U (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, Beltz Juventa Verlag, Weinheim

La Roche W von, Meier K, Hooffacker G (2013): Einführung in den praktischen Journalismus – Mit genauer Beschreibung aller Ausbildungswege Deutschland – Österreich – Schweiz, 19. neu bearbeitete Auflage von Gabriele Hooffacker und Klaus Meier, Springer VS, Wiesbaden

Lamnek S (2005): Qualitative Sozialforschung, 4. vollständig überarbeitete Auflage, Beltz Verlag, Weinheim

Lehmkuhl M (2011): Die Repräsentation der synthetischen Biologie in der deutschen Presse – Abschlussbericht einer Inhaltsanalyse von 23 deutschen Pressetiteln, Institut für Publizistik, FU Berlin, Arbeitsstelle Wissenskommunikation/Wissenschaftsjournalismus, Berlin, URL: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/lehmkuhl-studie-babyklappen-anonyme-geburt.pdf>, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Lohmann H, Preusker U K (2010): Vorwort, In: Lohmann H, Preusker U (Hrsg.): Priorisierung statt Rationierung: Zukunftssicherung für das Gesundheitssystem, V-VI, *Economica*, eine Marke der Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Heidelberg

Lübbe W (2010): Medizinische Ressourcenallokation und die Produktivität der Volkswirtschaft, *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik*, 59(3), 275-83

Maas H J (2004): Beschlussprotokoll des 107. Deutschen Ärztetages vom 18. - 21. Mai 2004 in Bremen, aktualisierte Fassung, URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Beschluesse107.pdf>, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Madeker E (2008): Türkei und europäische Identität – Eine wissenssoziologische Analyse der Debatte um den EU-Beitritt, 1. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften – GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Marburger Bund (2013): Sinnvolle Priorisierung statt heimlicher Rationierung, 124. HV 2013 / Beschluss Nr. 9, URL: [http://www.marburger-bund.de/der-marburger-bund-hauptversammlung/beschluesse/beschluss09](http://www.marburger-bund.de/der-marburger-bund/hauptversammlung/124-marburger-bund-hauptversammlung/beschluesse/beschluss09), Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Marckmann G (2010): Ethische Grundlagen der Priorisierung im Gesundheitswesen, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Volume 53, Issue 9, 867 - 873

Marckmann G, Siebert U (2002): Prioritäten in der Gesundheitsversorgung: Was können wir aus dem „Oregon Health Plan“ lernen?, *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2002;127, 1601–1604

Mast C (2004): *ABC des Journalismus – Ein Handbuch*, 10., völlig neue Auflage, UVK Verlagsgesellschaft mbH, Konstanz

Mayring P (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung – Eine Anleitung zum qualitativen Denken, 5. überarbeitete und neu ausgestattete Auflage, Beltz Verlag, Weinheim

Mayring P (2010): Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken, 11. aktualisierte und überarbeitete Auflage, Beltz Verlag, Weinheim

Medien-Echo (2009): Medien Echo zum 112. Deutschen Ärztetag in Mainz (Auswahl), Ärzte Zeitung Verlags-GmbH

Meyer T, Raspe H (2009): Priorisierung im Gesundheitswesen – eine Diskussion nimmt Fahrt auf, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ), 103 (2009), 73 - 74

Meyn H (2004): Massenmedien in Deutschland, Neuauflage 2004, unter Mitarbeit von Hanni Chill, UVK Verlagsgesellschaft mbH, Konstanz

MLP (2009): MLP Gesundheitsreport 2009, URL: <http://www.mlp-ag.de/#/presse/gesundheitsreport/gesundheitsreport-2009>, Tag des Zugriffs: 30. Juli 2011

Montgomery F U (2011a): „Wir haben eine Dreiklassenmedizin“ – Ärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery über das deutsche Gesundheitswesen, Deutschlandradio Kultur, Tacheles Beitrag vom 27. August 2011, URL: http://www.deutschlandradiokultur.de/wir-haben-eine-dreiklassenmedizin.990.de.html?dram:article_id=154236, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Montgomery F U (2011b): „Wir leben in einer Welt der Salami-Ethik“ – Ärztepräsident Montgomery im Gespräch, Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 26.06.2011, Nr. 25, S. 4, FAZ-Verlag, Frankfurt am Main

Müller S, Groß D (2009): Zur Akzeptanz von Leistungsbegrenzungen im Gesundheitswesen: Strategien, Kriterien und Finanzierungsmodelle unter Berücksichtigung ethischer Aspekte, In: Böcken J, Braun B, Landmann, J (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2009 – Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung, 257 - 279, Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Neckel S, Schwab-Trapp M (Hrsg.) (1999): Ordnungen der Gewalt – Beiträge zu einer politischen Soziologie der Gewalt und des Krieges, Verlag Leske + Budrich, Opladen

Nennen H U (2000): Diskurs – Begriff und Realisierung, Verlag Königshausen und Neumann GmbH, Würzburg

Noelle-Neumann E, Mathes R (1987): The 'Event as Event' and the 'Event as News': The Significance of 'Consonance' for Media Effects Research, European Journal of Communication 2, 391 – 414

Nonhoff M (2011): Diskurs, In: Göhler G, Iser M, Kerner I (Hrsg.): Politische Theorie – 25 umkämpfte Begriffe zur Einführung, 2., aktualisierte und erweiterte Auflage, 63 - 78, VS Verlag für Sozialwissenschaften – Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Wiesbaden

Nöthen M (2011): Hohe Kosten im Gesundheitswesen: Eine Frage des Alters, In: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik 2011, 665 - 675

Oberlander J, Marmor T, Jacobs L (2001): Rationing medical care: Rhetoric and reality in the Oregon Health Plan, CMAJ 2001;164(11), 1583-7

Oduncu F S (2012): Verteilungsgerechtigkeit, Rationierung und Priorisierung – das Gesundheitswesen im Spannungsfeld zwischen Medizin, Ökonomie, Ethik und Recht, Medizinrecht, Juni 2012, Volume 30, Issue 6, 359 - 367

Pfetsch B (2003): Politische Kommunikationskultur – Politische Sprecher und Journalisten in der Bundesrepublik und den USA im Vergleich, 1. Auflage, Westdeutscher Verlag/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Pfetsch B, Adam S (2008): Die Akteursperspektive in der politischen Kommunikationsforschung – Fragestellungen, Forschungsparadigmen und Problemlagen, In: Pfetsch B, Adam S (Hrsg.): Massenmedien als politische Akteure – Konzepte und Analysen, 9 - 26, VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Pontzen D (2013): Politiker in der Medialisierungsspirale? Eine Abgeordneten-Befragung auf Landes-, Bundes- und EU-Ebene, Tectum Verlag, Marburg

Prenzler A (2012): Gerechte Rationierung und die Rolle der Ökonomie, Der Chirurg, Volume 83, Issue 10, 908 - 913

Przyborski A, Wohlrab-Sahr M (2008): Qualitative Sozialforschung – Ein Arbeitsbuch, Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München

Rapley T (2007): Doing Conversation, Discourse and Document Analysis, SAGE Publications Ltd., London

Raspe H (2010): Priorisierung in der medizinischen Versorgung – Unabweisbare Aufgabe, unnützer Luxus oder Spiel mit dem Feuer? Eine sozialmedizinische Position, Bundesgesundheitsblatt, Volume 53, Issue 9, 874 - 881

Raspe H, Schulze J (2013): Ärztlich unterstützte Priorisierung ist notwendig und hilfreich., Deutsches Ärzteblatt 2013; 110(22): A 1091-6

Raspe H, Stumpf S (2012): Priorisierung im Gesundheitswesen 2012 – zum aktuellen Stand der Diskussion, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ), 106 (2012), 380 - 382

Reimers H (2012): Rationierung, Ökonomisierung, Priorisierung oder Was?, In: Zeitschrift für eine soziale Medizin, 1/2012, 3 - 3

Renner K H (2003): „Florida-Rolf“ und Bohlens Lebensbeichte – Zum Agenda-Setting der „Bild-Zeitung“, Vortrag im Rahmen der Veranstaltung Strukturwandel der Öffentlichkeit 2.0 – Mediendemokratie = Medien + Demokratie?, URL: <http://www.bpb.de/veranstaltungen/dokumentation/129698/strukturwandel-der-oeffentlichkeit-2-0>, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Reinemann C (2003): Medienmacher als Mediennutzer – Kommunikations- und Einflußstrukturen im politischen Journalismus der Gegenwart, Böhlau Verlag GmbH & Cie., Köln

Rhomberg M (2009): Politische Kommunikation – Eine Einführung für Politikwissenschaftler, Wilhelm Fink GmbH & Co. Verlags-KG, Paderborn

Rosenthal G (2008): Interpretative Sozialforschung – Eine Einführung, 2. korrigierte Auflage, Juventa Verlag, Weinheim und München

Ryan M (2009): Making visible the coding process: Using qualitative data software in a post-structural study, *Issues in Educational Research* 2009; 19(2), 142-161

Saarländisches Ärzteblatt (2012): Die Ärztekammer informiert: Wahlprüfsteine zur Landtagswahl 2012 – Aussagen der saarländischen Parteien zur Gesundheitspolitik, Saarländisches Ärzteblatt, Ausgabe 03/2012; 12 - 20

Sachverständigenrat (2011): Herausforderungen des demografischen Wandels – Expertise im Auftrag der Bundesregierung, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Bonifatius GmbH Buch-Druck-Verlag, Paderborn

Sachverständigenrat (2013): Gegen eine rückwärtsgewandte Wirtschaftspolitik – Jahresgutachten 2013/14, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Bonifatius GmbH Buch-Druck-Verlag, Paderborn

Schalk H (1997): Diskurs – Zwischen Allerweltswort und philosophischem Begriff, In: Gadamer H-G, Gründer K, Scholtz G, Begründet von Rothacker E: Archiv für Begriffsgeschichte, Band 40, 1997/98, 56 - 104, Bouvier Verlag, Bonn

Schäfer M S (2007): Wissenschaft in den Medien – Die Medialisierung naturwissenschaftlicher Themen, VS Verlag für Sozialwissenschaften – GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Schetsche M (1996): Die Karriere sozialer Probleme – Soziologische Einführung, Oldenbourg Verlag GmbH, München

Schetsche M (2008): Empirische Analyse sozialer Probleme – Das wissenssoziologische Programm, 1. Auflage, Mit einem Beitrag von Ina Schmied-Knittel, VS Verlag für Sozialwissenschaften – GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Schlitt R (2010): Wenn das Geld nicht reicht – Priorisierungs-Debatte ist notwendig: Interview mit Dr. Robert Zollitsch, Der Kassenarzt 2010; 06:10-11

Schmacke N (2011): Rationierung versus Rationalisierung oder Priorisierung, Schriftenreihe Priorisierung in der Medizin FOR 655 Nr. 29 / 2011, URL: <http://www.for655.de>, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Schmitt V H (2010): Priorisierung auf der Makroebene. Das Gesundheitswesen im Ensemble sozialpolitischer Leistungsbereiche, Ethik in der Medizin, Volume 22, Issue 3, 275 - 288

Schneider W, Raue P J (2003): Das neue Handbuch des Journalismus, Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg

Schreier M, Diederich A, Schnoor M (2010): Explorationsstudien zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Kriterien und Präferenzen von Politiker/innen, Schriftenreihe Priorisierung in der Medizin FOR 655 Nr. 24 / 2010, URL: <http://www.for655.de>, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Schröder K T S (2010): Die Priorisierung von Gesundheitsleistungen widerspricht den Grundsätzen unseres Sozialstaates, In: Lohmann H, Preusker U (Hrsg.): Priorisierung statt Rationierung: Zukunftssicherung für das Gesundheitssystem, 1 - 14, *Economica*, eine Marke der Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Heidelberg

Schulz W (2008): Politische Kommunikation – Theoretische Ansätze und Ergebnisse empirischer Forschung, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Ausgabe, Westdeutscher Verlag GmbH, Opladen

Schulze J (2013): TOP VI – Tätigkeitsbericht a) Zwischenbericht der Arbeitsgruppe „Priorisierung im Gesundheitswesen“, 116. Deutscher Ärztetag 2013 in Hannover, URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/DAET116TOPVISchulze.pdf>; Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Schwab-Trapp M (2002): Kriegsdiskurse – Die politische Kultur des Krieges im Wandel 1991 – 1999, 1. Auflage, Leske + Budrich, Opladen

Schwab-Trapp M (2006): Diskurs als soziologisches Konzept – Bausteine für eine soziologisch orientierte Diskursanalyse, In: Keller R, Hirsland A, Schneider W, Viehöver W (Hrsg.): Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse – Band 1: Theorien und Methoden, 2., aktualisierte und erweiterte Auflage, 264 – 285, VS Verlag für Sozialwissenschaften – GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Schwab-Trapp M (2007): Kampf dem Terror – Vom Anschlag auf das World Trade Center bis zum Beginn des Irakkrieges, Eine empirische Studie über die politische Kultur Deutschlands im zweiten Jahrzehnt nach der Wiedervereinigung, Rüdiger Köppe Verlag, Köln

Schwab-Trapp M (2010): Methodische Aspekte der Diskursanalyse am Beispiel 'Kosovokrieg', In: Keller R, Hirsland A, Schneider W, Viehöver W (Hrsg.): Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse – Band 2: Forschungspraxis, 4. Auflage, 171 - 196, VS Verlag für Sozialwissenschaften – GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Seidenschnur T (2010): Streit um die Wehrmacht – Die Debatten um die Wehrmachtsausstellungen im Wandel der Generationen, Tectum Verlag, Marburg

Spitzenverbände (2011): Resolution ärztlicher Spitzenverbände, Berlin 20.10.2011, URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Resolution_201020111.pdf, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Steinke I (2008): Gütekriterien qualitativer Forschung, In: Flick U, Kardorff E von, Steinke I (Hrsg.): Qualitative Forschung – Ein Handbuch, 6. durchgesehene und aktualisierte Auflage August 2008, Oktober 2000, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg

Strauss A (1994): Grundlagen qualitativer Sozialforschung – Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung, Aus dem Amerikanischen von Astrid Hildenbrand, Mit einem Vorwort von Bruno Hildenbrand, Wilhelm Fink Verlag GmbH & Co. Kg, München

Strauss A, Corbin J (1996): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung, Aus dem Amerikan. von Solveigh Niewiarra und Heiner Legewie, Vorwort zur deutschen Ausgabe von Heiner Legewie, Psychologie Verlags Union, Weinheim

Strech D (2011): Priorisierung und Rationierung am Krankenbett: Eine Diskussion empirischer Studien, *Onkologie*, 34 (suppl 1), 16 - 19

Strech D (2014): Rationalisierung und Rationierung am Krankenbett – Normativ-empirische Analyse zum Status quo, *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin*, Volume 109, Issue 1, 27 - 33

Strech D, Danis M, Löb M, Marckmann G (2009): Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern – Ärztliche Einschätzungen aus einer repräsentativen Umfrage, *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2009; 134(24):1261-1266

Strech D, Marckmann G (2010): Wird in deutschen Kliniken rationiert oder nicht?, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 135(30), 1498 - 1502

Strübing J (2008): *Grounded Theory – Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften – GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Taylor S (2001): *Locating and Conducting Discourse Analytic Research*, In: Wetherell M, Taylor S, Yates S J: *Discourse as Data – A Guide for Analysis*, The Open University, 5 - 48, Walton Hall, Milton Keynes, MK7 6AA

Thielscher C, Schüttpelz T, Schütte M (2012): *Quantifizierung der Rationierung in Deutschland*, *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 17(6), 297 - 303

Thornberg R, Charmaz K (2014): *Grounded Theory and Theoretical Coding*, In: Flick U: *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis*, 153-169, SAGE Publications Ltd., London

Truschkat I, Keller R (2013): *Methodologie und Praxis der Wissenssoziologischen Diskursanalyse – Band 1: Interdisziplinäre Perspektiven*, VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien, Wiesbaden

Waldherr A (2008): *Gatekeeper, Diskursproduzenten und Agenda-Setter – Akteursrollen von Massenmedien in Innovationsprozessen*, In: Pfetsch B, Adam S (Hrsg.): *Massenmedien als politische Akteure – Konzepte und Analysen*, 171 - 195, VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Welti F (2009): *Rechtliche Rahmenbedingungen von Priorisierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung*, *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)* 2009; 103: 104-10

Wiese C H R, Schepp C P, Bergmann I, Hinz J M, Graf B M, Lassen C L (2012): *Altersrationierung*, *Der Anaesthesist*, Volume 61, Issue 4, 354 - 362

Wilke J (1999): Leitmedien und Zielgruppenorgane, In: Wilke, J: Mediengeschichte der Bundesrepublik Deutschland, Schriftenreihe Band 361, Bundeszentrale für politische Bildung, 302 - 329, Böhlau Verlag, Köln

Wilke J (2009): Historische und intermediale Entwicklungen von Leitmedien. Journalistische Leitmedien in Konkurrenz zu anderen, In: Müller D, Ligensa A, Gendolla P (Hrsg.): Leitmedien – Konzepte – Relevanz – Geschichte, Band 1, 29 - 52, transcript Verlag, Bielefeld

Willig C (2014): Discourses and Discourse Analysis, In: Flick U: The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis, 341 - 366, SAGE Publications Ltd., London

Wittkämper G W, Bellers J, Grimm J, Heiks M, Sondergeld K, Wehmeier K (1992): Pressewirkungen und Aussenpolitische Entscheidungsprozesse – Methodologische Probleme der Analyse, In: Wittkämper G: Medien und Politik, 150 – 168, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt

Wodarg W (2010): Priorisierung ja, aber transparent und demokratisch – Eine Kritik der impliziten Priorisierung, In: Lohmann H, Preusker U (Hrsg.): Priorisierung statt Rationierung: Zukunftssicherung für das Gesundheitssystem, 93 - 111, Economica, eine Marke der Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Heidelberg

Wohlgemuth W A, Alber K, Bayerl B, Freitag M H (2009): Die DFG Forschergruppe FOR 655: Priorisierung in der Medizin: Eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Gesetzlichen Krankenversicherung, In: Wohlgemuth W A, Freitag M H (Hrsg.): Priorisierung in der Medizin – Interdisziplinäre Forschungsansätze, 1-10, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin

Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (2000): Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden?, URL: <http://www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.53>, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (2007a): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) -Deutsches Ärzteblatt-, URL: <http://www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.53>, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (2007b): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) -Kurzfassung-, URL: <http://www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.53>, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (2007c): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer zur Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) -Langfassung-, URL: <http://www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.53>, Tag des Zugriffs: 6. September 2015

13. Anhang

13.1 Verzeichnis der Diskursfragmente nach Tageszeitung

Diskursfragmente 1. Mai 2009 bis 31. Mai 2009				
Nr.		Titel	Datum	
1	FAZ	Inland in Kürze	22.05.2009 S.4	Kurzmeldung
2	FAZ	Hoppe beklagt Mangelversorgung von Kranken	20.05.2009 S.1	Nachricht
3	FAZ	Schmidt: Gesundheitsfonds braucht mehr Steuergeld	18.05.2009 S.1	Nachricht
4	FAZ	Ich will 25 Milliarden Euro Steuergeld für die Gesundheit	18.05.2009 S.13	Interview
5	FAZ	Hoppes Vorschlag	20.05.2009 S.1	Leitartikel
6	FAZ	Prioritäten setzen	15.05.2009 S.B1	Offener Brief
7	SZ	Ärzte fordern radikalen Wechsel	20.05.2009 S.1	Kurzmeldung
8	SZ	Erwünschte Empörung	22.05.2009 S.6	Reportage
9	TAZ	Ärztetag	20.05.2009 S.6	Kurzmeldung
10	TAZ	Von Hüftgelenken und Prioritätenlisten	23.05.2009 S.4	Bericht
11	TAZ	Ärzte rudern zurück	22.05.2009 S.7	Nachricht
12	TAZ	Keine Dringlichkeitsliste	19.05.2009 S.6	Nachricht
13	TAZ	Die Patienten sollen zahlen	20.05.2009 S.6	Interview
14	TAZ	Körper sind keine Altautos	23.05.2009 S.10	Kommentar
15	DW	Ärztetag: Ulla Schmidt sagt Teilnahme ab	16.05.2009 S.9	Kurzmeldung
16	DW	Ärztepräsident Hoppe: Kassen sollen nur noch das Nötigste zahlen	09.05.2009 S.1	Kurzmeldung
17	DW	„Unbequeme Wahrheiten“	20.05.2009 S.2	Bericht
18	DW	Politik legt Abrissbirne an das Gesundheitssystem	19.05.2009 S.2	Bericht

Diskursfragmente 1. Mai 2009 bis 31. Mai 2009 (fortgesetzt)				
Nr.		Titel	Datum	
19	DW	Gesundheit: „Schmidt will mehr Steuergeld ins System pumpen“	19.05.2009 S.1	Bericht
20	DW	Kassen sollen nur allernötigste Behandlung zahlen	09.05.2009 S.2	Bericht
21	DW	Proteststurm gegen Ärztepräsident	22.05.2009 S.4	Nachricht
22	DW	Die Gier der Ulla Schmidt	19.05.2009 S.6	Leitartikel
23	DW	Hütchenspiel; Die Ärzte und das unendliche Budget	09.05.2009 S.8	Kommentar
24	FR	Wirrwarr auf dem Ärztetag	22.05.2009 S.7	Bericht
25	FR	Schnelle Behandlung nur in dringenden Fällen	20.05.2009 S.5	Bericht
26	FR	Patienten sollen seltener zum Arzt	19.05.2009 S.5	Bericht
27	FR	Mediziner streiten über Rationierung	20.05.2009 S.1	Nachricht
28	FR	Kritik am Diätzwang für Cholesterin-Kranke	12.05.2009 S.9	Nachricht
29	FR	Bei zu hohen Cholesterinwerten braucht man keine Medikamente	18.05.2009 S.5	Interview
30	FR	Der missbrauchte Patient	19.05.2009 S.13	Kommentar
31	FR	Paukenschlag zum Ärztetag	13.05.2009 S.11	Kommentar
32	FR	Der Patient fühlt sich als Schnorrer	26.05.2009 S.34	Leserbrief

Tabelle 4: Diskursfragmente 1. Mai 2009 bis 31. Mai 2009

Diskursfragmente 1. Juni 2009 bis 31. Mai 2010				
Nr.		Titel	Datum	
33	FAZ	Rösler hält an Einführung von Prämien fest	12.05.2010 S.13	Bericht
34	FAZ	Ärzttekammer beklagt Rationierung	18.01.2010 S.11	Nachricht
35	FAZ	Ärzte beklagen Rationierung	17.01.2010 S.1	Nachricht
36	FAZ	Rationierung in Kliniken keine Seltenheit mehr	17.06.2009 S.N2	Nachricht
37	FAZ	Eine verdeckte Rationierung kann niemand bestreiten	07.04.2010 S.N1	Interview
38	FAZ	„Wen wollen wir zuerst behandeln?“	21.02.2010 S.7	Interview
39	FAZ	Ich bin nicht für die Gewinnmarge der Unternehmen zuständig	28.01.2010 S.23	Interview
40	FAZ	Rationierung	30.05.2010 S.30	Kommentar
41	FAZ	Jeder kriegt die Medizin, die er braucht	02.05.2010 S.39	Kommentar
42	FAZ	Röslers Lackmustest	11.03.2010 S.11	Kommentar
43	FAZ	Die Giftpfeile des Dr. Hood	27.02.2010 S.35	Kommentar
44	FAZ	Was darf ein Monat Leben kosten?	17.01.2010 S.51	Kommentar
45	FAZ	Die letzten dreißig Tage sind die teuersten	16.12.2009 S.30	Kritik
46	FAZ	Fällt der Embryonenschutz?	24.07.2009 S.34	Kritik
47	FAZ	Rationierung muss offen gelegt werden	18.09.2009 S.14	Offener Brief
48	FAZ	Unumgängliche Rationierung	12.08.2009 S.10	Offener Brief
49	FAZ	Das Versteckspiel mit der Rationierung	17.07.2009 S.12	Offener Brief
50	FAZ	Minister Rösler steckt den Kopf in den Sand	06.03.2010 S.7	Leserbrief
51	FAZ	Die Zweiklassenmedizin ist längst Realität	11.09.2009 S.18	Leserbrief
52	FAZ	Nichts ist in Ordnung mit der Rationierung	04.09.2009 S.11	Leserbrief
53	FAZ	Deutschland 2050 – alt, krank, teuer	26.08.2009 S.11	Bericht
54	SZ	Zwei-Klassen-Medizin	18.01.2010 S.6	Bericht

Diskursfragmente 1. Juni 2009 bis 31. Mai 2010 (fortgesetzt)				
Nr.		Titel	Datum	
55	SZ	Miserable Stimmung	06.08.2009 S.5	Bericht
56	SZ	Das große Verdrängen	12.02.2010 S.10	Leserbrief
57	TAZ	Nur Notbesetzung geplant	11.05.2010 S.7	Bericht
58	TAZ	Haben wir das weltbeste Gesundheitssystem?	17.04.2010 S.14	Interview
59	DW	Rösler will Arztkosten für alle Versicherten offenlegen	18.10.2010 S.9	Bericht
60	DW	Auch schlechte Schüler sollen Arzt werden können	17.09.2009 S.4	Bericht
61	DW	Ärzte und Bürger sehen schwarz für das Gesundheitssystem	06.08.2009 S.10	Bericht
62	DW	Ärzte sparen aus Kostengründen an medizinischen Leistungen	13.06.2009 S.10	Bericht
63	DW	Jeder Dritte sieht das Gesundheitswesen vor Kollaps	30.01.2010 S.1	Nachricht
64	DW	Gesundheitswesen soll transparenter werden	17.06.2009 S.10	Nachricht
65	DW	Die Bevölkerung ist durchaus bereit, höhere Beiträge zu zahlen	06.05.2010 S.10	Interview
66	DW	Nie gab es so viele Gewinner	03.02.2010 S.10	Interview
67	DW	Die Angst vor der Wahrheit	02.07.2009 S.9	Kommentar
68	FR	Manchem Arzt fehlen die Deutschkenntnisse	08.05.2010 S.10	Interview

Tabelle 5: Diskursfragmente 1. Juni 2009 bis 31. Mai 2010

Diskursfragmente 1. Juni 2010 bis 31. Dezember 2010			
Nr.		Titel	Datum
1	FAZ	Jörg-Dietrich Hoppe 70 Jahre	23.10.2010 S.14
2	DW	Zu klein geraten	26.11.2010 S.1
3	FR	Es gibt Milliarden-Reserven im System	09.06.2010 S.6
4	FR	Verdrehtrauma	11.11.2010 S.25
5	FR	Keiner mag Röslers Reform	26.11.2010 S.6
6	FR	Wir stehen vor einem Pflegekollaps	27.12.2010 S.19

Tabelle 6: Diskursfragmente 1. Juni 2010 bis 31. Dezember 2010

Diskursfragmente 1. Januar 2011 bis 31. Dezember 2011			
Nr.		Titel	Datum
7	FAZ	Ärzte sollen Patienten keine Leistungen aufdrängen	01.06.2011 S.11
8	FAZ	Alfred Dänzer führt die Krankenhausgesellschaft	01.12.2011 S.18
9	FAZ	Ärzte müssen sich mehr in die Politik einmischen	06.06.2011 S.13
10	FAZ	Jörg-Dietrich Hoppe	09.11.2011 S.18
11	FAZ	Grüttner fordert Klinikkooperation	26.05.2011 S.46
12	FAZ	Wir leben in einer Welt der Salami-Ethik	26.06.2011 S.4
13	FAZ	Kurze Meldungen	28.01.2011 S.4
14	SZ	Ärzte und ein hässliches Wort	01.06.2011 S.4
15	SZ	Der Ärzteversteh	01.06.2011 S.5
16	DW	Lautstark in die Offensive	03.06.2011 S.6
17	DW	Was nicht nutzt kann sehr wohl schaden	07.02.2011 S.10
18	DW	Ärzte wollen Ranglisten ausarbeiten	28.05.2011 S.9
19	FR	Loben, schmeicheln, Recht geben	01.06.2011 S.6

Tabelle 7: Diskursfragmente 1. Januar 2011 bis 31. Dezember 2011

Diskursfragmente 1. Januar 2012 bis 31. Dezember 2012			
Nr.		Titel	Datum
20	FAZ	Wir können nicht noch wirtschaftlicher arbeiten	06.12.2012 S.57
21	FAZ	Fünf Euro Praxisgebühr bei jedem Arztbesuch	15.04.2012 S.39
22	FR	Lehren aus dem Göttinger Skandal	15.08.2012 S.10

Tabelle 8: Diskursfragmente 1. Januar 2012 bis 31. Dezember 2012

Diskursfragmente 1. Januar 2013 bis 31. Dezember 2013			
Nr.		Titel	Datum
23	FAZ	Gut gerechnet ist nicht immer gesund	12.06.2013 S.N5
24	FAZ	Krebs kostet 35 Milliarden Euro im Jahr	15.10.2013 S.18
25	FAZ	Die perfekte Krankheit	20.12.2013 S.20
26	DW	Neue Medikamente sind nur selten besser	11.05.2013 S.9

Tabelle 9: Diskursfragmente 1. Januar 2013 bis 31. Dezember 2013

Diskursfragmente 1. Januar 2014 bis 30. April 2014			
Nr.		Titel	Datum
		keine	

Tabelle 10: Diskursfragmente 1. Januar 2014 bis 30. April 2014

13.2 Gruppenschlagwortliste Sondierung 1. Mai 2009 bis 31. Mai 2009

ärztepräsident
gesundheitsversorgung
medizinische UND *leistungen*
rangliste
ärztetag
gesundheitswesen
medizinische UND *nutzen*
rationier
ärztliche UND *versorgung*
grundversorgung
mittelknappheit
begrenzte UND *ressourcen*
hoppe
notwendig UND *leistungen*
staatsmedizin
fachärztliche UND *versorgung*
knappe“ UND “mittel
patientenversorgung
unbegrenzt UND *leistungsversprech*

gesundheitsleistungen
krankenversorgung
pflegerisch UND *versorgung*
unbequeme UND *wahrheit*
gesundheitsmarkt
mangelversorgung
priorisier
verteilungsstreit
gesundheitsrat
medizinisch UND *notwendige*
priorität
warteliste
gesundheitsystem
medizinisch UND *fortschritt*
rangfolge
wunschmedizin
staatlich UND *verordnet*
UND *mangel*

13.3 Artikelfrequenz Diskursfragmente 1. Mai 2009 bis 31. Mai 2009

Artikelfrequenz Diskursfragmente 1. Mai 2009 bis 31. Mai 2009						
Tageszeitung		FAZ	SZ	TAZ	FR	DW
Datum	Wochentag					
01.05.	Freitag	<i>Maifeiertag</i>				
02.05.	Samstag					
03.05.	Sonntag					
04.05.	Montag					
05.05.	Dienstag					
06.05.	Mittwoch					
07.05.	Donnerstag					
08.05.	Freitag					
09.05.	Samstag					KM, BE, KO
10.05.	Sonntag					
11.05.	Montag				IN	
12.05.	Dienstag				NA	
13.05.	Mittwoch				KO	
14.05.	Donnerstag					
15.05.	Freitag	OB				
16.05.	Samstag					KM
17.05.	Sonntag					

Artikelfrequenz Diskursfragmente 1. Mai 2009 bis 31. Mai 2009 (fortgesetzt)						
Tageszeitung		FAZ	SZ	TAZ	FR	DW
Datum	Wochentag					
18.05.*	Montag	IN, NA				
19.05.**	Dienstag			NA	BE	BE
20.05.**	Mittwoch	NA	KM	KM	NA	BE
21.05.**	Donnerstag	<i>Christi Himmelfahrt</i>				
22.05.**	Freitag	KM	RE	NA	BE	NA
23.05.	Samstag			BE, KO		
24.05.	Sonntag					
25.05.	Montag					
26.05.	Dienstag				LE	
27.05.	Mittwoch					
28.05.	Donnerstag					
29.05.	Freitag					
30.05.	Samstag					
31.05.	Sonntag					
Summe	∑ 32	6	2	6	9	9

Tabelle 11: Artikelfrequenz Diskursfragmente 1. Mai 2009 bis 31. Mai 2009

* 18. Mai 2009: Vertreterversammlung der KBV, Mainz; FAZ-Interview mit der Bundesgesundheitsministerin Schmidt

** 19. Mai – 22. Mai 2009: 112. Deutscher Ärztetag, Mainz

FAZ Frankfurter Allgemeine Zeitung; SZ Süddeutsche Zeitung; TAZ die tageszeitung; FR Frankfurter Rundschau; DW Die Welt; KM Kurzmeldung; NA Nachricht; BE Bericht; IN Interview; KO Kommentar, Meinung; RE Reportage; LE Leserbrief; OB Offener Brief

13.4 Diskursakteure

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf die Aufstellung von akad. Titeln verzichtet.

Diskursakteure: Leserbriefautoren		
	Name	Funktion / Ort
1	Gaby Guzeck	Medizinjournalistin
2	Gesine Friedrich	Frankfurt
3	Joachim Ziegenhorn	Rülzheim
4	Susanne Jochheim	Stuttgart

Tabelle 12: Diskursakteure: Leserbriefautoren

Diskursakteure: Ärzte		
	Name	Funktion / Ort
1	Arnold Ganser	Direktor Klinik für Hämatologie/Onkologie, Hannover
2	Arno Zaltenbach	Uhdlingen-Mühlhofen
3	Jürgen Hower	Mühlheim an der Ruhr
4	Heribert Wirtz	Allgemeinmediziner

Tabelle 13: Diskursakteure: Ärzte

Diskursakteure: Vertreter von Vereinen oder Verbänden		
	Name	Funktion
1	Barbara Sickmüller	Stellvertretende Hauptgeschäftsführerin des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie e.V.
2	Wolff Schmiegel	Präsident des Krebskongresses
3	Wulf Dietrich	Vorsitzender des Vereins demokratischer Ärzte
4	Jürgen Schölmerich	Vorsitzender der deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
5	Rudolf Henke	Vorstandsvorsitzender Marburger Bund
6	Ellis Huber	Ehemaliger Präsident der Berliner Ärztekammer
7	Reinhold Schulte	Vorsitzender PKV-Verband
8	Florian Lanz	Pressesprecher des Spitzenverbandes der GKV
9	Andreas Köhler	Vorsitzender der KBV
10	Christoph Fuchs	Hauptgeschäftsführer der BÄK
11	Ulrich Weigeldt	Vorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes
12	Doris Pfeiffer	Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbandes der GKV
13	Martin Grauduszus	Präsident der freien Ärzteschaft
14	Frank Ulrich Montgomery	(Vize-)Präsident der BÄK
15	Jörg-Dietrich Hoppe	Präsident der BÄK

Tabelle 14: Diskursakteure: Vertreter von Vereinen oder Verbänden

Diskursakteure: Vertreter von Privatunternehmen		
	Name	Funktion
1	Hagen Pfundner	Vorstand der Roche Pharma AG
2	Jürgen Schölmerich	Vorsitzender der deutschen Gesellschaft für Innere Medizin
3	Uwe Schröder-Wildberg	Vorstandsvorsitzender der MLP AG
4	Renate Köcher	Meinungsforschungsinstitut Allensbach
5	Klaus Jacobs	Chef des wissenschaftlichen Instituts der AOK
6	Norbert Klusen	Vorstandsvorsitzender der TK

Tabelle 15: Diskursakteure: Vertreter von Privatunternehmen

Diskursakteure: Vertreter der Politik		
	Name	Funktion / Partei
1	Birgitt Bender	Gesundheitspolitische Sprecherin B90 / Die Grünen
2	Philipp Rösler	BGM, FDP
3	Daniel Bahr	Gesundheitspolitischer Sprecher, FDP
4	Horst Seehofer	CDU/CSU
5	Philipp Mißfelder	Vorsitzender der Jungen Union Deutschlands
6	Christine Lieberknecht	Thüringische Gesundheitsministerin, CDU
7	Stanislaw Tillich	Ministerpräsident Sachsen, CDU
8	Jens Spahn	CDU
9	Ronald Pofalla	CDU-Generalsekretär
10	Ulla Schmidt	BGM, SPD
11	Karl Lauterbach	Gesundheitspolitischer Sprecher, SPD
12	Kurt Beck	Ministerpräsident Rheinland-Pfalz, SPD
13	Klaus Theo Schröder	SPD-Staatssekretär
14	Elke Ferner	Vize-Chefin der SPD-Bundestagsfraktion

Tabelle 16: Diskursakteure: Vertreter der Politik

Diskursakteure: Vertreter der Medien		
	Name	Tageszeitung
1	Michael Pawlik	FAZ
2	Nicola Kuhrt	FAZ
3	Joachim Müller-Jung	FAZ
4	Carola Sonnet	FAZ
5	Heike Göbel	FAZ
6	Holger Steltzner	FAZ
7	Andreas Mihm	FAZ
8	Oliver Hoischen	FAZ
9	Christiane Hoffmann	FAZ
10	Stephan Sahn	FAZ
11	Guido Bohsem	SZ
12	Johann Osel	SZ
13	Katja Schmidt	TAZ
14	Barbara Dribbusch	TAZ
15	Michael Bergius	FR
16	Wolfgang Wagner	FR
17	Thomas Exner	DW
18	Dorothea Siems	DW
19	Claudia Ehrenstein	DW
20	Gisela Kirschstein	DW
21	Philipp Neumann	DW
22	Stefan von Borstel	DW
23	Lars-Broder Keil	DW

Tabelle 17: Diskursakteure: Vertreter der Medien

Diskursakteure: Vertreter der Wissenschaft		
	Name	Funktion / Ort
1	Uwe Siebert	Department Chair, Hall in Tirol
2	Günter Neubauer	Direktor Institut für Gesundheitsökonomik, München
3	Friedrich Breyer	Professor, Universität Konstanz
4	Christiane Woopen	Professorin, Universität Köln
5	Georg Marckmann	Professor, Universität Tübingen
6	Daniel Strech	Professor, Medizinische Hochschule Hannover
7	Fritz Beske	Direktor Institut für Gesundheitssystemforschung, Kiel
8	Stefan Huster	Professor, Universität Bochum
9	Peter Oberender	Professor, Universität Bayreuth
10	Jürgen Wasem	Professor, Universität Duisburg-Essen
11	Wolfgang Kersting	Professor, Universität Kiel
12	Annemarie Gethmann-Siefert	Professorin, FU Hagen
13	Martin Kolmar	Professor, Universität St. Gallen
14	Klaus-Dirk Henke	Professor, TU Berlin
15	Wolfram Höfling	Professor, Universität Köln
16	Steffen Augsberg	Professor, Universität des Saarlandes
17	Peter T. Sawicki	Leiter des IQWIG, Köln

Tabelle 18: Diskursakteure: Vertreter der Wissenschaft

Diskursakteure: Übrige		
	Name	Funktion
1	Rainer Hess	Vorsitzender des G-BA, Berlin

Tabelle 19: Diskursakteure: Übrige

13.5 Allgemeine Erläuterungen

Der Aufbau dieser Arbeit folgt den Empfehlungen des Doktorandenmerkblattes der Universität zu Lübeck in der Version vom 3. Juli 2013.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Arbeit in der Mehrzahl der Fälle auf getrennte männliche und weibliche Endungen verzichtet. Wenn nicht anders erwähnt, wird bei Verwendung der männlichen Form die weibliche Form mit eingeschlossen.

In der vorliegenden Arbeit werden Zahlen bis einschließlich dreizehn ausgeschrieben und von 14 an als Ziffern geschrieben.

Einem jeden Diskursfragment des Datenkorpus wurde eine aus drei Teilen zusammengesetzte Abkürzung zugeteilt. Diese Abkürzung wird als Quellenangabe entgegen der Zitierweise im Literaturverzeichnis in der gesamten Arbeit verwendet. Für die einzelne Tageszeitung wird die bekannte Abkürzung aus dem Abkürzungsverzeichnis verwendet. Das Publikationsdatum des einzelnen Artikels wird im Format „ddmmyy“ dargestellt und die betreffende Seite mit „SX“ abgekürzt. Der Artikel „Röslers Lackmustest“ aus der FAZ vom 11. März 2010 Seite elf, wäre demzufolge: „FAZ110310S11“. Wir entschieden uns für diese Art der Quellenangabe, da so die Zuordnung und Orientierung erleichtert wird.

Alle Diskursfragmente finden sich auf dem beiliegenden Datenträger und sind über den MAXQDA-Reader vollständig einsehbar.

13.6 Veröffentlichungen

Liesching F, Meyer T, Raspe H (2012): Eine Analyse des nationalen öffentlichen Priorisierungsdiskurses in deutschen Printmedien, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Volume 106, 389 - 396

Liesching F, Meyer T, Raspe H (2009): „... ziemlich menschenverachtend.“ – Eine Analyse des medialen Priorisierungsdiskurses in Deutschland, Doktorandentag der Universität zu Lübeck, Posterpräsentation, Lübeck

14. Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe. Herr Raspe hat mir mit Aufmerksamkeit und durch Freundlichkeit und Klugheit über den gesamten Zeitraum der Dissertation diese Arbeit ermöglicht und stets mit nötiger Zeit, Geduld und kritischem Blick zur Verfügung gestanden. Ebenso danke ich ihm für die Überlassung der Thematik wie auch für die praktische und finanzielle Unterstützung. All dies hat die Fertigstellung der Arbeit sehr erleichtert.

Meinen Dank möchte ich auch gegenüber Herrn Prof. Dr. Thorsten Meyer ausdrücken, der insbesondere zu Beginn der Arbeit mit viel Zeit, Geduld und kritischem Blick zur Verfügung stand und zusammen mit mir die Frage der Forschungsperspektive und der Methodik ausführlich diskutierte.

Ferner gilt mein Dank der Arbeitsgruppe Priorisierung am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck, Dr. Sabine Stumpf, den Mitarbeitern des Institutes und Herrn Prof. Dr. Katalinic als Direktor.

Bedanken möchte ich mich bei den Mitarbeitern der Zentralen Hochschulbibliothek Lübeck, der Niedersächsischen Staats- und Universitätsbibliothek Göttingen, der Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg und der Universitätsbibliothek Kiel für die Beantwortung vieler einzelner, oft sehr konkreter Fragestellungen bezüglich Recherchemöglichkeiten und die Unterstützung bei der unmittelbaren Umsetzung.

Schlussendlich gilt mein Dank meiner Familie und allen weiteren Personen, insbesondere den Mitgliedern der Universität zu Lübeck, die mir im Verlauf der Arbeit beigestanden haben.

15. Lebenslauf

Florian Boje Tom Liesching

geboren am 17. August 1981

Studium

Studium der Humanmedizin

2008 – 2012 Universität zu Lübeck, Lübeck

2006 – 2008 Eberhard Karls Universität, Tübingen

Baltic Management Studies / Bachelor of Business Administration

2003 – 2004 Fachhochschule Stralsund, Stralsund

Dissertation

Doktorand am Institut für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck

2009 – 2015 Thema der Dissertation: „Eine Analyse des nationalen
Priorisierungsdiskurses in deutschen Printmedien zwischen dem 1.
Mai 2009 und dem 30. April 2014“, Teil des DFG-
Forschungsprojekts FOR655 „Priorisierung in der Medizin“

Berufserfahrung

Arzt in der Facharztweiterbildung Radiologie

Seit 2013 Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und
Neuroradiologie Diakonissenkrankenhaus zu Flensburg, Flensburg

Rettungssanitäter

2005 – 2008 Johanniter Unfall Hilfe, Tübingen; RUF Reisen, Spanien und
Kroatien; Kieler Krankentransport und Rettungsdienst, Kiel

Bankkaufmann

2000 – 2003 Dresdner Bank Lateinamerika AG, Hamburg

Flensburg, den 5. Mai 2016, Florian Liesching