

---

# Theorie und Praxis der Diskursforschung

Herausgegeben von  
R. Keller, Augsburg, Deutschland

Seit Mitte der 1990er Jahre hat sich im deutschsprachigen Raum in den Sozial- und Geisteswissenschaften eine lebendige, vielfach interdisziplinär arbeitende empirische Diskurs- und Dispositivforschung entwickelt. Vor diesem Hintergrund zielt die vorliegende Reihe durch die Veröffentlichung von Studien, Theorie- und Diskussionsbeiträgen auf eine weitere Profilierung und Präsentation der Diskursforschung in ihrer gesamten Breite. Das schließt insbesondere unterschiedliche Formen sozialwissenschaftlicher Diskursforschung und Diskursperspektiven angrenzender Disziplinen sowie interdisziplinäre Arbeiten und Debatten ein. Die einzelnen Bände beschäftigen sich mit theoretischen und methodologischen Grundlagen, methodischen Umsetzungen und empirischen Ergebnissen der Diskurs- und Dispositivforschung. Zudem kommt deren Verhältnis zu anderen Theorieprogrammen und Vorgehensweisen in den Blick. Veröffentlicht werden empirische Studien, theoretisch oder methodologisch ausgerichtete Monographien sowie Diskussionsbände zu spezifischen Themen.

**Herausgegeben von**  
Reiner Keller,  
Universität Augsburg

---

Sebastian Kessler

# Die Verwaltung sozialer Benachteiligung

Zur Konstruktion sozialer Ungleichheit  
in der Gesundheit in Deutschland

Sebastian Kessler  
Ulm, Deutschland

Ulm, Universität, Dissertation, 07.06.2016

Theorie und Praxis der Diskursforschung

ISBN 978-3-658-16443-0

ISBN 978-3-658-16444-7 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-658-16444-7

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2017

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer VS ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

## Danksagung

Ich habe in den vergangenen Jahren von so vielen Menschen Unterstützung erhalten, dass es mir gar nicht möglich scheint alle zu nennen, ohne jemals mit dem Haupttext anfangen zu können. Jene, die ungenannt bleiben, mögen mir verzeihen. Mein besonderer Dank gilt Prof. Heiner Fangerau für die Betreuung und intensive Beratung bei der Erarbeitung dieser Schrift. Ihm habe ich die Gelegenheit zu verdanken, dass ich mir das Thema zu eigen machen konnte. Herzlich bedanken möchte ich mich außerdem bei Prof. Reiner Keller. Seine Anregungen und Kommentare waren von unschätzbarem Wert für die Ausarbeitung meiner Analyse. Bedanken möchte ich mich außerdem bei Prof. Christian Lenk, ohne den diese Arbeit nie in dieser Form zum Abschluss hätte kommen können.

Mein Dank gilt weiterhin Ralf Becker, für seine immer währende Bereitschaft zur Diskussion. Er war mir eine verlässliche Hilfe. Für Rückmeldungen, genauso wie für Ablenkungen, wenn diese nötig waren, danke ich weiterhin Frank Kressing, Gisela Badura und Arno Görge. Auch ohne das geistige Sparring mit Debora Frommeld hätte ich mich wohl kaum durch den Dschungel meiner Empirie schlagen können. Christian Weber war schließlich ein zuverlässiger Aufzeiger von inneren Widersprüchen.

Bei meinen Eltern möchte ich mich ganz herzlich für ihre andauernde Unterstützung bedanken. Meine Mutter war für mich eine erkenntnisreiche Kommentatorin. Ihre offen ausgesprochenen Standpunkte waren für mich wertvolle Wegweiser. Die Richtigstellung der Feinheiten der Marx'schen Analyse wird mir unvergessen bleiben. Gleiches gilt für meinen Vater. Bei ihm muss ich mich dafür bedanken, dass er mir erneut die Schönheit korrekten sprachlichen Ausdrucks näher gebracht hat.

Nicht zuletzt bedanke ich mich bei meiner Frau Julia. Sie war nicht nur immer für mich da, sondern auch immer dazu bereit meine Überlegungen mitzudenken und gegen den Strich zu bürsten. Ich hoffe, dass ich ihr etwas von der Motivation, die sie für mich war, zurückgeben kann. Bedanken möchte ich mich schließlich bei Emil und Luise, einfach dafür, dass ihr da seid. Wenn es einen Grund gegeben hat, diese Arbeit zu schreiben, dann wart ihr das.

# I. Inhaltsverzeichnis

<b>II</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>11</b>
<b>III</b>	<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>13</b>
<b>IV</b>	<b>Verzeichnis der Tabellen .....</b>	<b>15</b>
<b>V</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>17</b>
<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>21</b>
1.1	<i>Die Individualisierung der Verantwortung für die Gesundheit in der Bundesrepublik Deutschland.....</i>	<i>28</i>
<b>2</b>	<b>Methode.....</b>	<b>37</b>
2.1	<i>Vokabularanalyse Revisited.....</i>	<i>38</i>
2.2	<i>Begriffsgeschichtliches Grundverständnis.....</i>	<i>40</i>
2.3	<i>Diskursanalytische Basis .....</i>	<i>44</i>
2.4	<i>Synthese: Neufassung der Vokabularanalyse .....</i>	<i>45</i>
2.5	<i>Begrenzung des Erkenntnisinteresses .....</i>	<i>50</i>
<b>3</b>	<b>Quellenkorpus und quantitative Auswertung.....</b>	<b>53</b>
3.1	<i>Wissenschaftliches Textkorpus.....</i>	<i>53</i>
3.2	<i>Politikberatendes Textkorpus.....</i>	<i>59</i>
3.3	<i>Politisches Textkorpus .....</i>	<i>62</i>
<b>Teil I: Die historische Entwicklung des Vokabulars sozialer Ungleichheit in der Gesundheit. Die Entstehung und Übertragung des Konzeptes.....</b>		
<b>4</b>	<b>Skizze der allgemeinen historischen Entwicklung .....</b>	<b>67</b>

<b>5</b>	<b>Ungleichheit im wissenschaftlichen Teildiskurs...71</b>	
5.1	<i>Zwischen Sozialmedizin und Black-Report. Zwei entnazifizierte Diskurspositionen, in denen Herkunftsnarrative der Sozialepidemiologie erzählt werden.....</i>	72
5.2	<i>Ungleichheit im Sinne gesellschaftlicher Differenzen der Prävalenz von Gesundheit und Krankheit .....</i>	80
5.3	<i>Das Konzept Gerechtigkeit im Ungleichheitsvokabular .....</i>	97
5.4	<i>Das Deutungsmuster Eigenverantwortung .....</i>	101
5.5	<i>Zwischenfazit .....</i>	103
<b>6</b>	<b>Ungleichheit in der institutionalisierten Politikberatung.....105</b>	
6.1	<i>Das Deutungsmuster von Unregelmäßigkeiten der Organisation des Gesundheitswesens. Die Semantik eines haushaltspolitischen Primats .....</i>	106
6.2	<i>Das Deutungsmuster sozialer Ungleichheit in der Gesundheit .....</i>	109
6.3	<i>Das Konzept Gerechtigkeit .....</i>	120
6.4	<i>Das Konzept Eigenverantwortung .....</i>	129
6.5	<i>Zwischenfazit .....</i>	131
<b>7</b>	<b>Ungleichheit im politischen Teildiskurs.....135</b>	
7.1	<i>Das Deutungsmuster Ungleichheit im Sinne von Unregelmäßigkeiten der Organisation des Gesundheitswesens .....</i>	136
7.2	<i>Das Deutungsmuster sozialer Ungleichheit in der Gesundheit .....</i>	138
7.3	<i>Das Konzept Gerechtigkeit .....</i>	148
7.4	<i>Das Konzept Eigenverantwortung .....</i>	157
7.5	<i>Zwischenfazit .....</i>	164
<b>Teil II: Die diskursanalytische Ebene sozialer Ungleichheit in der Gesundheit. Die Aneignung und Modifizierung des Wissens um Ungleichheit.....169</b>		
<b>8</b>	<b>Die Verantwortung für die Ungleichheit.....171</b>	
8.1	<i>Kollektivierte Subjektposition: Die gesellschaftliche Verantwortung für die soziale Ungleichheit in der Gesundheit .....</i>	172
8.2	<i>Individualisierte Subjektposition.....</i>	184

8.3 *Hybride Subjektformation: Die gemeinsame Verantwortung zwischen Individuum und Gesellschaft*..... 193  
8.4 *Zwischenfazit* ..... 210

**9 Interventionstypen zur Reduktion der Ungleichheit .....213**

9.1 *Strukturänderung zur Nivellierung der Ungleichheit* ..... 214  
9.2 *Strukturadjustierung zur Regulierung der Ungleichheit*..... 221  
9.3 *Verhaltensänderung zur Regulierung des Individuums* ..... 233  
9.4 *Individuelle Kontrolle der Versicherten* ..... 248  
9.5 *Zwischenfazit* ..... 259

**10 Fazit: Zur historischen Entwicklung des Ungleichheitsvokabulars.....263**

10.1 *Das haushaltspolitische Primat als Rahmen des Ungleichheitsvokabulars* ..... 264  
10.2 *Die Erfolgsgeschichte sozialer Ungleichheit in der Gesundheit. Entwicklung und Übertragung des Deutungsmusters* ..... 265  
10.3 *Die Verantwortung für die Ungleichverteilung von Krankheit und Tod in der Gesellschaft*..... 271  
10.4 *Die Beeinflussung des wissenschaftlichen Wissens über soziale Ungleichheit in der Gesundheit durch die Politikberatung und die Politik* ..... 275

**11 Diskussion: Die Verwaltung der sozialen Ungleichheit .....279**

**12 Quellen- und Literaturverzeichnis .....295**

12.1 *Quellenverzeichnis des wissenschaftlichen Textkorpus* ..... 295  
12.2 *Quellenverzeichnis des politikberatenden Textkorpus* ..... 303  
12.3 *Quellenverzeichnis des politischen Textkorpus* ..... 305  
12.4 *Literaturverzeichnis* ..... 316



## II. Abkürzungsverzeichnis

AEM	Akademie für Ethik in der Medizin
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AMG	Arzneimittelgesetz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BeitrEntlG	Beitragsentlastungsgesetz
BMI	Body-Mass-Index
CDU	Christlich Demokratische Union Deutschlands
CSU	Christlich-Soziale Union in Bayern
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DRG	Diagnoses Related Groups, Diagnosebezogene Fallgruppen
FDP	Freie Demokratische Partei
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRG	Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GVG	Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KVKG	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PDS	Partei des Demokratischen Sozialismus
RVO	Reichsversicherungsordnung
SBEG	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
SGB	Sozialgesetzbuch
SKAG	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SSCI	Social Science Citation Index
WDA	Wissenssoziologische Diskursanalyse
WHO	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation

### III. Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1:</i>	Anzahl der eingeschlossenen Publikationen pro Jahr .....	56
<i>Abbildung 2:</i>	Allgemeine historische Entwicklung .....	67
<i>Abbildung 3:</i>	Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit nach Elkeles und Mielck 1997: 140 .....	91
<i>Abbildung 4:</i>	Zeitstrahl zur Entwicklung des Ungleichheitsvokabulars im wissenschaftlichen Teildiskurs .....	103
<i>Abbildung 5:</i>	Zeitstrahl zur Entwicklung des Ungleichheitsvokabulars im politikberatenden Teildiskurs .....	131
<i>Abbildung 6:</i>	Zeitstrahl zur Entwicklung des Ungleichheitsvokabulars im politischen Teildiskurs .....	164
<i>Abbildung 7:</i>	Zeitstrahl zur Entwicklung der kollektivierten Subjektposition .....	173
<i>Abbildung 8:</i>	Zeitstrahl zur Entwicklung der individualisierten Subjektposition .....	185
<i>Abbildung 9:</i>	Zeitstrahl zur Entwicklung der hybriden Subjektformation..	194
<i>Abbildung 10:</i>	Verbindung der Modellpraktiken mit der Art der Subjektkonstruktion .....	214
<i>Abbildung 11:</i>	Zeitstrahl zur Modellpraxis Strukturänderung zur Nivellierung der Ungleichheit.....	215
<i>Abbildung 12:</i>	Zeitstrahl zur Modellpraxis Strukturadjustierung zur Regulierung der Ungleichheit .....	222
<i>Abbildung 13:</i>	Zeitstrahl zur Modellpraxis Verhaltensänderung zur Regulierung des Individuums .....	234
<i>Abbildung 14:</i>	Zeitstrahl zur Modellpraxis individuelle Kontrolle der Versicherten .....	249
<i>Abbildung 15:</i>	Wissenspolitiken sozialer Ungleichheit in der Gesundheit...	280
<i>Abbildung 16:</i>	Prozesse und Wissenspolitiken .....	281

## IV. Verzeichnis der Tabellen

<i>Tabelle 1:</i>	Liste der Zeitschriften, in denen die eingeschlossenen Beiträge veröffentlicht wurden.....	58
<i>Tabelle 2:</i>	Liste der Autoren, die an mindestens zwei Publikationen beteiligt waren.....	59
<i>Tabelle 3:</i>	Liste der Ratsmitglieder .....	61
<i>Tabelle 4:</i>	Liste der ergänzend analysierten Gesetzgebungsprozessen .....	64
<i>Tabelle 5:</i>	Beispiele von Aspekten, die im Zusammenhang mit der kollektivierten Subjektposition als Argumente für eine gesellschaftliche Verantwortung für die Gesundheit dienen.....	173
<i>Tabelle 6:</i>	Beispiele von Aspekten, die im Zusammenhang mit der individualisierten Subjektposition als Argumente für eine individuelle Verantwortung für die Gesundheit dienen .....	185
<i>Tabelle 7:</i>	Beispiele von Aspekten, die im Zusammenhang mit der hybriden Subjektformation als Argumente für eine geteilte Verantwortung für die Gesundheit dienen .....	194
<i>Tabelle 8:</i>	Maßnahmen der Modellpraxis Strukturänderung zur Nivellierung der Ungleichheit.....	215
<i>Tabelle 9:</i>	Maßnahmen der Modellpraxis Strukturadjustierung zur Regulierung der Ungleichheit .....	222
<i>Tabelle 10:</i>	Maßnahmen der Modellpraxis Verhaltensänderung zur Regulierung des Individuums .....	234
<i>Tabelle 11:</i>	Maßnahmen der Modellpraxis individuelle Kontrolle der Versicherten .....	249

## V. Zusammenfassung

Das historisch gewachsene Wissen um soziale Ungleichheit in der Gesundheit beeinflusst den gesellschaftlichen Umgang mit dieser Ungleichheit. Dieses Wissen ist zu einem Mittel der Verwaltung sozialer Ungleichheit geworden. Diese Entwicklung hat stattgefunden, um dem Damoklesschwert der Kostenexplosion im Gesundheitswesen entgegenzuwirken. Die Wissenspolitik der Ungleichheit wird zu einem Instrument der Regulierung des Lebens in den gesellschaftlichen Ungleichheitsverhältnissen. Die Aufrechterhaltung des Status quo ist so bereits in der Wissenskonstruktion angelegt.

Diese Ergebnisse resultieren aus einer Analyse des Ungleichheitsdiskurses für den Zeitraum von 1975 bis 2009, der sich in einen wissenschaftlichen, einen politikberatenden und einen politischen Teildiskurs aufteilt. Diese drei Teildiskurse formen gemeinsam das Wissen um Ungleichheit. Für diese Untersuchung wurde durch eine Methodenanpassung ein neuer Weg eingeschlagen. Mit der Vokabularanalyse fiel die Wahl auf eine Methode, die sich zwischen der Begriffsgeschichte und der Diskursanalyse positioniert. Diese wurde mit der Anlehnung an die *conceptual history* nach Quentin Skinner, die Begriffsgeschichte nach Rolf Reichardt und Willibald Steinmetz und die Wissenssoziologische Diskursanalyse nach Reiner Keller auf das vorliegende Forschungsinteresse ausgerichtet. Der Fokus liegt auf der Analyse von Wissenspolitiken sozialer Ungleichheit in der Gesundheit durch die Rekonstruktion von Deutungsmustern, Subjektpositionen und diskursiven Modellpraktiken. Durch diese Methode lassen sich Aussagen über die Entstehung Wirkung des Wissens über Ungleichheit treffen.

Die Untersuchung macht auf zwei sprachhistorische Entwicklungen aufmerksam. *Erstens* ist soziale Ungleichheit in der Gesundheit ein heuristisches Konzept der Sozialepidemiologie und der Soziologie, das ab 1975 Verbreitung erlangte und das ab dann einen neuen Blick auf die Wirklichkeit eröffnet. Es lassen sich nun gesellschaftliche Differenzen von Krankheit und Tod identifizieren und als Problem darstellen. Die Generierung dieses Konzeptes beeinflusst die Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und die Auseinandersetzung in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik. Es findet aber keine strikte Übertragung wissenschaftlichen Wissens statt. Vielmehr vollzieht sich eine *zweite*

Entwicklung. Die Akteure in Politikberatung und Politik eignen sich das Konzept an und verändern es dadurch. Damit tritt ein sprachhistorischer Wandel ein, der seinerseits die wissenschaftliche Debatte beeinflusst. Es kommt zu einer Diminuirung der Subjektkonstruktion. Nicht mehr die gesamte Gesellschaft, sondern Institutionen wie die Krankenversicherungen, das Lebensumfeld oder der Einzelne selbst trägt die Verantwortung für die Gesundheit.

Dieser Prozess entfaltet seine Wirkmächtigkeit entlang beider Alternativen, die für den Zusammenhang sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit theoretisch denkbar sind und zu denen die Sozialepidemiologie Belege vorlegt: Entweder führt soziale Ungleichheit zu gesundheitlicher Ungleichheit oder umgekehrt. Entlang der ersten Kausalkette wird die gesundheitliche Ungleichheit symptomatisch verringert ohne an den Wurzeln der sozialen Ungleichheit etwas zu ändern. Über das Setting findet eine Diminuirung der Subjektkonstruktion statt, die bis hin zur Individualisierung der Verantwortung für die Gesundheit führt. Betonte die WHO bei der Genese des Konzeptes Setting im Jahr 1986 noch die Wichtigkeit gesamtgesellschaftlicher Maßnahmen, wie Einkommensumverteilung und gleichstellende Bildung, reduziert sich in der Folge die Verantwortung für die Gesundheit zunehmend auf die im Lebensumfeld (Setting) anzutreffenden Akteure, wie die Schule, den Arbeitgeber oder das Individuum. Aufgrund dieses Wandels werden Interventionen im Lebensumfeld der Risikogruppen vollzogen. Gesamtgesellschaftliche Maßnahmen stehen hingegen nicht zur Debatte, weil die Subjektkonstruktion die gesellschaftliche Verantwortung nicht (mehr) berücksichtigt. Mit dem §20 SGB V werden die Krankenversicherungen und seit 2015 auch die Renten- und Sozialversicherungen zu den Akteuren, die zur Verringerung der sozialen Ungleichheit in der Gesundheit beitragen müssen. Diese Situation ist ein Problem für die Allokation der Mittel im Gesundheitswesen. Die Krankenversicherungen müssen die gesundheitliche Ungleichheit beständig angehen, ohne einen Einfluss auf eine nachhaltige Verringerung der sozialen Ungleichheit zu haben. Hier werden Mittel verausgabt, ohne dass sich die Ursache andauernd beheben ließe.

Die zweite denkbare Kausalkette, nach der gesundheitliche Ungleichheit zu sozialer Ungleichheit führt, individualisiert die Verantwortung für die Gesundheit und trägt zur Entzeitlichung von Krankheit bei. Entlang dieser Alternative hätte jeder vor der Entstehung einer Krankheit gegen sein persönliches Krankheitsrisiko angehen können. Dem Individuum ist damit ein Einfluss auf die Möglichkeiten eines sozialen Aufstiegs oder Abstiegs an die Hand gegeben. Es wird in der Konsequenz zum Verantwortlichen für seine sozial-gesundheitliche Position in der Gesellschaft.

Daraus resultieren neue Formen der Intervention gegen soziale Ungleichheit in der Gesundheit. Diese ist nicht mehr durch eine Solidarisierung der

---

Gesellschaft aufzuheben, sondern durch Verhaltens- und Verhältnisprävention im Lebensumfeld der Risikogruppen. Grundlage dieses sprachhistorischen Wandels sind Änderungen im Zeitgeist. Im Transformationsprozess der reflexiven Moderne seit den 1960er Jahren findet eine Individualisierung sozialer Ungleichheit statt, in dem den Einzelnen die Verantwortung für seine Lage zugeschrieben wird. Es verliert sich der politische Steuerungsoptimismus der 1970er Jahre, der von der Möglichkeit einer politischen Planung der Gesellschaft ausgegangen war. Nach dem Ende des Kalten Krieges ist ab den 1990er Jahren keine Systemalternative vorhanden, so schwindet die Grundlage für die Argumentation, es gäbe über die Intervention im Lebensumfeld hinaus andere Wege der Beeinflussung sozialer Ungleichheit in der Gesundheit.