

Rosenbrock, Rolf

Book Part — Digitized Version

Gesundheitsforschung aus der Defensive: sieben Thesen zur Neubestimmung gesundheitsbezogener Forschung bei regressiver Gesundheitspolitik

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1984) : Gesundheitsforschung aus der Defensive: sieben Thesen zur Neubestimmung gesundheitsbezogener Forschung bei regressiver Gesundheitspolitik, In: Heinz Harald Abholz, Dieter Borgers, Petra Botschafter, Rolf Rosenbrock (Ed.): Wie teuer ist uns Gesundheit?, ISBN 3-88619-113-3, Argument-Verlag, Berlin, pp. 138-146

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/111984>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB). Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Bibliothek und wissenschaftliche Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)
Library and Scientific Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**. More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Rolf Rosenbrock

Gesundheitsforschung aus der Defensive*

Sieben Thesen zur Neubestimmung gesundheitsbezogener
Forschung bei regressiver Gesundheitspolitik

1.

Objektiv wachsender gesellschaftlicher Problemdruck, Zunahme wissenschaftlich nicht mehr zu bestreitender Erkenntnisse und politisch günstige Artikulationsbedingungen führten etwa ab Ende der 60er Jahre zu öffentlichem Bewußtsein folgender Zusammenhänge:

a) Das Krankheitsspektrum verschiebt sich rasch in Richtung auf chronische Verschleißkrankheiten, nur sieben Krankheitsgruppen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartige Neubildungen, zerebrale Gefäßerkrankungen, Bronchitis, Diabetes mellitus, Rheuma, bestimmte Krankheiten der Verdauungsorgane) verursachen zirka drei Viertel sowohl der Morbidität als auch der Mortalität. Das Krankheitseintrittsalter sinkt, für breite Sektoren der Bevölkerung verschlechtert sich der Gesundheitszustand.

b) Bei aller Verschiedenheit weisen die chronisch entstehenden bzw. verlaufenden Volkskrankheiten zwei Gemeinsamkeiten auf:

- Sie sind weder durch medizinische Früherkennung noch durch sonstige medizinische Maßnahmen in größerem Umfang zu verhindern.
- Einmal eingetreten, sind sie nicht mehr kurierbar, die Aufgaben der Medizin reduzieren sich auf Linderung, Symptombekämpfung und Betreuung im weitesten Sinne.

Der erfolgversprechendste Ansatzpunkt für ihre Erforschung und Bekämpfung scheint in einer Sensibilisierung der Betroffenen für die meist lange vor der medizinischen Manifestation wahrnehmbaren Befindlichkeitsstörungen zu liegen.

c) Die wesentlichen Ursachen dieser Krankheiten liegen, soweit sie überhaupt beeinflusbar sind, sämtlich — direkt oder vermittelt — im sozialen und Umwelt-Bereich. Volksgesundheitliche Strategien können deshalb nur in dem Maße wirksam werden, wie sie präventiv und an diesen Faktor ansetzen.

2.

Über einen derart breit formulierten Ansatz hinsichtlich der Notwendigkeit von Prävention herrschte Anfang der 70er Jahre ein fast gesellschafts-

* Überarbeitete Fassung eines Thesenpapiers für die GEW-Fachtagung »Wissenschaft in gesellschaftlicher Verantwortung« vom 23. bis 25 Juni 1983 im Curio-Haus, Hamburg.

weit akzeptierter Konsens. Auf der darunterliegenden Ebene der Umsetzung in praktische und politische Programme blieben allerdings entscheidende Widersprüche verdeckt, die niemals offen ausgetragen wurden:

a) Prävention im Sinne von Beseitigung krankheitsfördernder oder -verursachender Faktoren kann sowohl in der Änderung von (je individuellen) *Verhalten* (nicht rauchen, wenig trinken, viel Bewegung, nicht aufregen) als auch in der Änderung von (gesellschaftlichen) *Verhältnissen* (Abbau körperlicher und seelischer Über- und Fehlbelastungen im Beruf, Verhinderung von Umweltvergiftung, Verbesserung der Reproduktions- und Rekreationsmöglichkeiten) gesehen werden. Weil die Forderung nach Verhaltensänderung nicht mit wesentlich machtbesetzten Positionen, zum Beispiel der betrieblichen Herrschaft, kollidiert, bot sich diese einer Reformpolitik, die nur sehr begrenzt konfliktbereit war, als Kompromißformel an. Forderungen nach Verhältnisänderungen wurden teils in die Welt der Präambeln verbannt, teils zwecks näherer Klärung an die Wissenschaft delegiert. Forderungen nach Verhaltensänderungen blieben, weil sie die sozialen Bedingungen des Verhaltens durchweg nicht berücksichtigten, wirkungsarm wie eh und je.

b) Jede ernsthafte Reflektion über Prävention (in jeder Form) führt zu einer deutlichen Relativierung der Rolle der Medizin für die Gesundheit. Eine daraus resultierende Neubestimmung der Rolle der professionellen Gesundheitsberufe unterblieb in der Praxis fast vollständig. Medizinpolitische Konsequenzen aus der zentralen Rolle der Prävention für die Volksgesundheit wurden nicht gezogen. Die spontane Entstehung neuer Laien- und Selbsthilfe-Bewegungen ist deshalb *auch* eine — unbeabsichtigte — Folge gesundheitspolitischer Halbherzigkeit in den 70er Jahren.

c) Jede seriöse Untersuchung über die sozialen und sozial vermittelten Gefährdungsfaktoren für die Gesundheit der Individuen gelangt zu dem Ergebnis, daß die Faktoren je nach sozialer Sicht und/oder Lebenslage unterschiedlich stark wirksam sind. Die daraus folgende Notwendigkeit schichten- und gruppenspezifischer Gesundheitspolitiken wurde fast nirgendwo in Realität umgesetzt.

3.

Die öffentliche Gesundheitsforschung erlebte unter dieser Konstellation einen qualitativen und quantitativen Aufschwung, dessen Ergebnisse auch unabhängig davon hoch zu veranschlagen sind, daß die staatliche Forschungsförderung häufig als Politikersatz fungierte.

a) In bezug auf Epidemiologie, Belastungs- und Beanspruchungsforschung; zum Beispiel in der Arbeitswelt, sowie schichtenspezifische Gesundheits-/Krankheitsprobleme wurde in dieser Phase begonnen, den Nachholbedarf aufzuarbeiten, der durch die Liquidierung dieser Forschungen bzw. Disziplinen durch den deutschen Faschismus entstanden

war. Dabei wurde teilweise recht zügig ein auch im internationalen Vergleich sehr beachtlicher Standard erreicht. Die auf diesen Gebieten akkumulierten Methoden- und Wissensbestände harren ganz überwiegend noch der Umsetzung. Diese wäre oft nur sowohl gegen mächtige ökonomisch-politische Interessen als auch gegen die standesförmige Repräsentation der medizinischen Profession durchzusetzen.

b) Strukturforschung im Gesundheitswesen im Sinne einer politischen Anatomie der Macht- und Interessenbezüge von Gesundheitspolitik sowohl auf Makro- wie auf Mikro-Ebene erlebte nur zu Beginn der 70er Jahre eine schnelle Blüte. In der Folgezeit konzentrierte sich die Forschung zunehmend auf solche Problembereiche, auf denen im Bündnis mit meist sozialdemokratischen Regierungsstellen und damit unterhalb uneinnehmbar erscheinender Festungen (z.B. Versorgungsmonopol der niedergelassenen Ärzte, Dominanz direkter Kapitalinteressen in der Arzneimittelversorgung und Medizintechnologie) Veränderungen möglich erschienen. Die mächtigen Verhinderer von Fortschritten in der Gesundheitspolitik gerieten damit häufig ebenso aus dem Blickfeld der wissenschaftlichen und politischen Argumentationen wie die konkreten Formen und Mechanismen, mit denen sie ihre Interessen durchsetzten.

c) Unberührt von öffentlichen Diskussionen oder gar Steuerungen blieb während dieser ganzen Phase die gesamte profitorientierte »Gesundheitsforschung«, die quantitativ ein Vielfaches der öffentlichen ausmacht: Jährlich weit über eine Milliarde DM Forschungsaufwendungen allein im Bereich der pharmazeutischen Industrie sowie ähnlich große Geldmengen in der industriellen medizintechnischen Forschung entziehen sich trotz aller wissenschaftlichen Kritik einer öffentlichen Diskussion ihrer gesundheitspolitischen Nutzen-Kalküle. Die finanzielle, personelle und publizistische Dominanz dieser direkt kapitalgetragenen Wissenschaft stand niemals in Frage. Zudem bilden die dort ausgegebenen Gelder ein wichtiges Bindemittel für medizinpolitische Bündnisse, die weit über den Kreis der unmittelbar Begünstigten hinaus die Aufrechterhaltung überkommener Strukturen und Prioritäten politisch, wissenschaftlich und publizistisch absichern.

4.

Die Kluft zwischen den wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Notwendigkeit präventiver Gesundheitspolitiken und den politischen Hindernissen, die zur Umsetzung dieser Erkenntnisse notwendigen politischen Auseinandersetzungen auch durchzustehen, führte zur Suche nach Sowohl-als-auch-Lösungen, die zu Beginn der 70er Jahre noch teuer sein durften, später aber immer mehr unter der politisch als zwingend ausgegebenen Forderung nach »Kostenneutralität« standen.

a) Durchgesetzt wurden Erweiterungen des Versichertenkreises in der

GKV (Landwirte, Rentner, Studenten) sowie einige Ausweitungen der Leistungskataloge medizinischer und pflegerischer Dienstleistungen. Das Grundmuster konservativer Gesundheitspolitik, in welchem eine weitgehend auf ihre naturwissenschaftliche Dimension reduzierte Medizin erst am einzelnen, bereits erkrankten Individuum ansetzt, wurde damit nicht wesentlich verändert.

b) Durchgesetzt wurde ein Schub von staatlichen Normen zur gesundheitsgerechteren Gestaltung der Arbeitswelt (Arbeitssicherheitsgesetz, Maschinenschutzgesetz, Arbeitsstättenverordnung, Chemikaliengesetz, Mutterschutzgesetz, Jugendarbeitsschutzgesetz etc.). Diese Normen trafen zwar noch nicht die zentralen gesundheitlichen Gefährdungstatbestände der Arbeitswelt, sie bilden aber wichtige Ansätze staatlich garantierter Schutz- und Mindestnormen in diesem zentralen Gefährdungsbereich. Die programmatische Integration von Gesundheitspolitik in den Produktionsprozeß beinhaltet darüber hinaus die Chance, Prinzipien der gesundheitsgerechten Gestaltung von Arbeits- und Lebensbedingungen exemplarisch gegen einzelwirtschaftliches Gewinnstreben durchzusetzen. Die Prärogative des Kapitals bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen wurde dabei aber auch in den 70er Jahren ebensowenig in Frage gestellt wie die dominierende Rolle der Gesundheits-Professionals.

c) Unangetastet blieben auch die einkommens- und profitorientierten Akteure und Strukturen der Anbieter von Gesundheitsleistungen. Das Krankenhaus als letztes abhängiges Subsystem des Gesundheitswesens hatte dabei die Rolle des offiziell zugelassenen Prüfelesels zu spielen, dem die Hauptverantwortung für die Kostensteigerung zugewiesen werden konnte und an dem sich trefflich der Streit über die angeblichen Vorteile von Privatisierungsstrategien am Leben erhalten ließ.

d) Weil nicht einmal die politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen der privatwirtschaftlichen Akteure nennenswert verändert wurden, konnte auch ihre Rolle als Definitionsautorität für Gesundheit und Krankheitsbekämpfung nicht angetastet werden, die sie — strukturell bedingt — fast nie im Sinne einer an sozialen Faktoren ansetzenden Prävention nutzen. Die sich zunehmend artikulierende Gesundheits-Forschung aus Epidemiologie und Sozialwissenschaft konnte niemals eine vergleichbar vernehmliche Stimmkraft entwickeln.

5.

Mit der sozialpolitischen Wende seit Beginn der 80er Jahre wird Gesundheitspolitik zunehmend nur noch als Kostenpolitik betrieben. Dies bedeutet nicht nur eine Umgewichtung einzelner Faktoren, sondern einen generellen sozialpolitischen Perspektivenwechsel, in dessen Folge sich zahlreiche, aus den letzten 15 Jahren gewohnte Prioritäten verkehren (werden).

a) Die gegenwärtigen gesundheits- und sozialpolitischen Kürzungen las-

sen sich nicht einfach als vorübergehende oder gar vorübergehend notwendige Einschnitte in das soziale Netz interpretieren. (Das Bild ist verräterisch genug: Was geschieht mit einem Netz, in welches unter Belastung eingeschnitten wird?) Tatsächlich wird der seit der Bismarckschen Sozialgesetzgebung herausgebildete Kompromiß in Produktions- und Sozialpolitik aufgekündigt: Dieser besteht darin, die materielle Reproduktion während der unfreiwilligen Nicht-Lohnarbeit-Phasen im Lebens- und Generationsablauf der nicht-vermögenden Schichten zunehmend durch gesellschaftliche Finanzierungs- und Leistungssysteme abzusichern, während in den Bereichen der Investition und Produktion die Prärogative des Kapitals faktisch unangetastet bleibt. (Der zweite Teil des Kompromisses ist nicht Gegenstand dieser Thesen.) Ein ganzes Bündel von Maßnahmen der letzten Monate und Jahre zielt auf die Auflösung des Kernbestandes des ersten Teils dieses Kompromisses: BAföG-Streichung, Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln, Krankenhaus und Kuren, Rentenversicherungsbeiträge vom Krankengeld, Sozialversicherungspflichtigkeit von Sozialleistungen, öffentliche Diskussion über die Sicherheit von Rentenansprüchen, Kürzungen im Sozialhilfebereich, Einschnitte im Schwerbehindertenrecht, Kürzungen im Bereich von Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe, faktische Zulassung privater Arbeitsvermittlung, Erhöhung von Kita-Beiträgen, Teilrücknahme des bezahlten Mutterschaftsurlaubes etc.pp. fügen sich nahtlos in dieses Bild einer sozialpolitischen Wende, die der Tendenz nach etwas qualitativ anderes ist als lediglich die Rückkehr in die 50er Jahre. Der Bezug zum 19. Jahrhundert mag dabei angesichts des weithin erreichten hohen Niveaus der sozialen Sicherung zunächst befremden; jedoch liegt ein Ziel der gewendeten Tendenz offenbar in der Rückkehr zu Gestaltungsprinzipien in der Sozial- und Gesundheitspolitik, die in den letzten hundert Jahren zunehmend abgebaut worden waren. Dabei werden aus taktischen Gründen auch gesundheitspolitisch offensichtlich unsinnige Maßnahmen ergriffen (bei denen z.B. die zusätzlichen Verwaltungskosten den Einsparungseffekt deutlich überwiegen), wenn sie nur das Ziel (hier: Auflösung des Vollversicherungsschutzes in der Gesetzlichen Krankenversicherung) näher bringen. Die Signalwirkung dieser staatlichen Maßnahmen zum Beispiel auf betrieblicher Ebene in Form der Flächenrodung betrieblicher Sozialleistungen, massenhafter Mißachtung von Beschäftigungsrechten und allgemeiner Einschüchterung ist — auch unter gesundheitspolitischem Aspekt — teilweise verheerend.

b) Zur ideologischen Absicherung dieser Tendenzen dienen neben längst überwunden und vergessen geglaubten Mustern auch Instrumentalisierungen von Argumenten aus der »linken Sozialstaatskritik«. Krankheit als Schicksal, Verantwortlichkeit des einzelnen für seine Gesundheitsrisiken, Rückverweis der sozialen Risiken an die Familie bzw. die kleine Gruppe, Stärkung der Selbsthilfemotivation des einzelnen durch die Ab-

wesenheit gesellschaftlicher Versorgungssysteme, soziale Differenzierung von Leistungsbedarf und Leistungsnachfrage entsprechend der gegebenen sozialen Schichtung, Aktivierung der »Selbstreinigungskräfte des Marktes« sind sämtliche Ideologeme, die sowohl von konservativer Seite als auch von Vertretern »alternativer Sozialpolitik« formuliert werden. Bei gegebenem gesellschaftlichem Machtungleichgewicht und damit vorgezeichneter Entwicklungsrichtung haben die fortschrittsmotivierten Stimmen dabei ungleich geringere Möglichkeiten, den von ihnen gemeinten emanzipatorischen Sinn öffentlich verständlich zu formulieren oder gar durchzusetzen.

c) Die Frage nach Ursachen und gesellschaftlichen Bedingungen für Gesundheit und Krankheit gerät zunehmend aus dem Blickfeld. In der Arbeitswelt, als dem volksgesundheitlich wohl wichtigsten Verursachungsfeld für somatische, psychische und soziale Fehlsteuerungen, dominiert wieder zunehmend unangefochten die kurzfristige einzelwirtschaftliche Betrachtungsweise. Die Angebotsstrukturen von Gesundheitsleistungen werden nicht mehr hinterfragt, sondern — mit Ausnahme des Krankenhauses — gesundheitspolitisch allenfalls hinsichtlich ihrer sichtbarsten Auswüchse milde getadelt. Die konsequente Anwendung der Kostenargumentation ausschließlich auf die Versicherten leistet einem Sozialdarwinismus mit unabhsehbaren Konsequenzen Vorschub.

6.

Weder die Gewerkschaften noch die SPD haben bislang diesem Angriff mit seinen säkular gemeinten Konsequenzen viel mehr als die Forderung nach »sozialer Ausgewogenheit«, »sozialem Augenmaß« und die Beschwerde über das »Abwälzen der Lasten auf die Schultern der kleinen Leute« entgegenzusetzen. Abgesehen davon, daß die Forderung nach »sozialer Ausgewogenheit« die bestehenden Ungleichheiten bereits akzeptiert und deshalb nur schwer mit gewerkschaftlichem Denken in Einklang zu bringen sein dürfte, ist sie unter den gegenwärtigen Bedingungen besonders verhängnisvoll: Wer nur »Ausgewogenheit« fordert, erkennt damit an, daß zur Überwindung der Wirtschaftskrise bei den Sozialleistungen gespart werden muß. Dieser Logik folgend, muß dann bei einer tiefen Krise natürlich besonders viel gespart werden. Da die Krise — für jeden erfahrbar — ernst ist, handelt die derzeitige Regierung — auch in der Logik ihrer scheinbar schärfsten Kritiker — dann richtig, wenn sie »tiefe Schnitte ins soziale Netz« macht. Der grundsätzliche Fehler der Argumentation liegt in der damit vollzogenen Übernahme von Rezepten der theoretisch falschen und in anderen Ländern (GB, USA) auch empirisch hinreichend falsifizierten »angebotsorientierten« Wirtschaftstherapie. Nur wenn begriffen wird, daß staatliche Sozialleistungen nicht nur dem Sozialstaats-Postulat des Grundgesetzes entsprechen, sondern auch Nachfrage schaf-

fen, damit die Binnenkonjunktur stärken und einen Beitrag zum Abbau der Arbeitslosigkeit leisten, kann den derzeitigen regressiven Regierungskonzepten und -maßnahmen auch ideologisch offensiv entgegengetreten werden.

7.

Angesichts der wohl auch in den nächsten Jahren anhaltenden Regression in der sozial- und Gesundheitspolitik stellen sich einer gesellschaftlich verantwortungsvoll agierenden Gesundheitsforschung einige neue und viele alte Aufgaben. Die veränderten Umsetzungschancen legen zum Teil ein »Denken auf Vorrat« und die Produktion von »Konzepten auf Konserve« nahe.

a) Gesundheitsforschung hat in der gegenwärtigen Situation wichtige *Aufklärungsaufgaben* zu erfüllen, indem sie die gesundheitlichen Auswirkungen der Sozialpolitik nach der Wende und in der ökonomischen Krise bei gleichzeitigem technologischen Umwälzungen offenlegt. Hierzu gehören etwa Untersuchungen über

- gesundheitliche Folgen der Anhebung bzw. Wiedererrichtung sozialer und monetärer Barrieren bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheits- und Sozialleistungssystems für unterprivilegierte Gruppen und Schichten,
- gesundheitliche Folgen von Marginalisierung bzw. Ausgrenzung sozialer Gruppen bei Massenarbeitslosigkeit,
- gesundheitliche Verschleißfolgen infolge niveaumäßig gesteigerter Arbeitsbelastung als Konsequenz laufender bzw. schon vollzogener Personalselektion im Betrieb,
- die Veränderung gesundheitlicher Beanspruchungsmuster infolge des Einsatzes neuer Technologien,
- psychomentele Verarbeitungsformen sinkenden Gegenwehrpotentials in den Betrieben,
- physische und psychische Folgen zunehmender Umweltvergiftung und -bedrohung.

Als Querschnittsproblem ergibt sich die Frage nach den Auswirkungen eines sich ausbreitenden Gefühls von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein auf das Gesundheits-/Krankheitsverhalten sowie nach entgegenwirkenden Mobilisierungspotentialen.

b) Fortgeführt werden müssen die Arbeiten zur *Sozialepidemiologie*. In bezug auf die Zusammenhänge zwischen sozialer Schichtung bzw. Lebenslage und Gesundheit/Krankheit ist — trotz aller Fortschritte — der internationale Standard (z.B. in Großbritannien) noch nicht erreicht. Auf der Basis vorliegender Arbeiten zur gesundheitlichen Situation einzelner Beschäftigungsgruppen und bei bestimmten Belastungskonstellationen sind hier verallgemeinerbare Ergebnisse möglich. Denkbar und nützlich

wären auch Berufs- und Lebensverlaufsstudien (Professiographie) sowie Untersuchungen über die schichtenspezifisch unterschiedliche Bedeutung von Gesundheit und die daraus folgenden Lebensweisen.

c) Zunehmende Bedeutung dürften auch Arbeiten zur *Ideologiekritik* gewinnen. Dazu zählen Analysen zum Verfall von Bedeutungsinhalten strategisch zentraler Begriffe. Nur beispielhaft seien genannt:

- Befindlichkeitsstörungen: Während der 70er Jahre standen dieser Begriff und das mit ihm verbundene Konzept für die Sensibilisierung der Betroffenen für ihre eigene Gesundheit und die frühzeitige Artikulation und Thematisierung wahrgenommener Störungen als forschungs- und präventionspolitischer Ansatzpunkt für die Prävention moderner Volkskrankheiten. Nach der Wende sind damit überwiegend gesundheitlich zu vernachlässigende Alltagserscheinungen gemeint, für die das offizielle Gesundheitssystem nicht mehr in Anspruch genommen werden soll. Aus einem Präventionskonzept ist ein Abgrenzungskriterium für nicht mehr erstattungsfähige »Bagatellarzneimittel« geworden.
- Selbsthilfe: In den späten 70er Jahren waren damit autonome Organisationsformen von Betroffenen zur gegenseitigen Unterstützung und zur Durchsetzung von Forderungen gegenüber dem Sozialstaat und den medizinischen Professionals gemeint. Im Zuge der regressiven Sozial- und Gesundheitspolitik wird »Selbsthilfe« zu einem Konzept, mit dem der Sozialstaat sich seiner Verpflichtungen im Wege einfacher Lastenabwälzung auf sozial und gesundheitlich Schwache entledigt.
- Therapiefreiheit: ursprünglich als Schutzraum für die große Grauzone ärztlich-therapeutischer Unsicherheit vor administrativen Übergriffen seitens des Staates und der Krankenkassen gemeint, ist daraus überwiegend eine argumentative Zwingburg zur Absicherung ungebremster Diversifikationsstrategien der pharmazeutischen Industrie geworden.

d) Gesundheitsforschung findet auch in der *Systemanalyse* ein reiches Betätigungsfeld. Die konkreten Funktionsmechanismen der herrschenden Gesundheitspolitik mit ihren vielfältigen und wechselnden Bündnissen und Widersprüchen zwischen den beteiligten Akteuren sind bis heute nur in ihren Grundlinien bekannt. Hier können Forschungen an den Ergebnissen aus den 70er Jahren anknüpfen, um be- und entstehende Widersprüche auf die Möglichkeiten ihrer gesundheitspolitischen Nutzbarmachung hin zu untersuchen. Das Ziel wäre die Auslotung der realen Handlungsmöglichkeiten potentieller Träger gesundheitspolitisch fortschrittlicher Entwicklungen (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, öffentlicher Gesundheitsdienst, gewerkschaftliche Mitglieder der Selbstverwaltungen). Dabei geht es um die Offenlegung der Feinmechanik der Macht in der Gesundheitspolitik mit ihrer Einbettung in die Gesamtökonomie der Gesell-

schaft und die Binnenökonomie des Gesundheitswesens. Auf diese Weise könnten lediglich appellative Programmsätze in bezug auf die »reformorientierten Kräfte« durch konkrete Analysen untermauert bzw. überwunden werden. In Weiterentwicklung der Arbeiten aus den 70er Jahren können — wegen der gewachsenen Kompetenz Kritiker u.a. durch die verstärkte Einbeziehung medizinischen Fachwissens — nunmehr neben der ökonomischen, soziologischen und politikwissenschaftlichen Kritik auch die Inhalte der Medizin sowie die sozialen Funktionen der unterschiedlichen Dienstleistungstypen einbezogen werden.

e) Das *Gesundheitswesen* ist die Arbeitswelt für zirka zwei Millionen Beschäftigte. Strategien der Privatisierung und Marktsteuerung, die Re-Etablierung überwunden geglaubter Herrschaftsstrukturen sowie rascher technologischer Wandel beeinflussen nicht nur die Arbeitssituation, sondern auch Qualität und Quantität der Dienstleistungsproduktion. Gesundheitsforschung könnte hier Wege aufzeigen, mit denen ein Gegeneinander-Ausspielen der Interessen von Produzenten und Benutzern verhindert oder zumindest erschwert werden könnte.

f) Aufmerksamkeit verdienen auch die *neuen Bewegungen* im Gesundheitswesen bzw. auf gesundheitsnahen Politikfeldern. Sie bilden den lebendigsten Teil der sozialen Bewegungen zum Thema »Gesundheit«. Wissenschaftlich und politisch ungelöst sind dabei zum Beispiel die Probleme, die mit der Tendenz der Funktionalisierung dieser Bewegung für sozial-konservative Zwecke zusammenhängen und damit die politische Identität dieser Bewegungen bedrohen.