

Rosenbrock, Rolf

Article — Digitized Version

Der Dialog muß jetzt praktisch geführt werden: Gedanken zum Gesundheitstag 1984 in Bremen

Soziale Sicherheit: Zeitschrift für Arbeit und Soziales

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1985) : Der Dialog muß jetzt praktisch geführt werden: Gedanken zum Gesundheitstag 1984 in Bremen, Soziale Sicherheit: Zeitschrift für Arbeit und Soziales, ISSN 0490-1630, Bund-Verlag, Köln, Vol. 34, Iss. 4, pp. 116-119

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122715>

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>.

Der Dialog muß jetzt praktisch geführt werden — Gedanken zum Gesundheitstag 1984 in Bremen

Von Rolf Rosenbrock, Berlin

Gesundheitsbezogene Basisbewegungen sind, vor allem seit der zweiten Hälfte der siebziger Jahre und in fast allen industrialisierten kapitalistischen Ländern, mit unterschiedlicher, aber insgesamt erstaunlicher Dynamik und Stabilität entstanden. Für jemanden, der gesundheitspolitisch engagiert ist und in gewerkschaftlicher Logik denkt, ist dies zunächst einmal ebenso erklärlich wie begrüßenswert. Darüber hinaus gibt es aber auch Aspekte, die zu selbstkritischer Reflexion gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik Anlaß geben wie auch solche, die auf gegenreformerische Potentiale dieser Gesundheitsbewegungen hindeuten.

Erklärlich ist die Entstehung der Gesundheitsbewegung aus der historischen Konstellation einer ausklingenden Reformphase: ernsthafte Reflexionen über die Verschiebung des Krankheitspanoramas zu den medizinisch nicht beherrschbaren chronischen Verschleißerkrankungen, über die systematische Vernachlässigung sozialer Aspekte in Diagnose und Therapie sowie über die Notwendigkeit primärer Prävention führten in den siebziger Jahren zu einer erheblichen Relativierung der Bedeutung der Medizin (in ihrer verkrusteten Form des heutigen Medizinsystems) für die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit. Diese Reflexionen führten aber durchweg nicht zu einer politischen Neubestimmung der Rolle der professionalisierten Gesundheitsberufe und der Strukturen des Medizinbetriebs. Deshalb mußte sich das gewachsene Problembewußtsein und die zunehmende Handlungskompetenz der Kritiker und Opfer des Medizinbetriebs weitgehend außerhalb des Bezugssystems Medizinbetrieb/Soziale Krankenversicherung entfalten. Die spontane Entstehung neuer Ansätze der „Laien“- und Selbsthilfebewegung ist deshalb *auch* eine — unbeabsichtigte — Folge der gesundheitspolitischen Halbherzigkeit der siebziger Jahre.

Begrüßenswert ist die Entstehung dieser Bewegungen zunächst einmal deshalb, weil sich in ihnen wichtige Prinzipien gewerkschaftlichen Denkens wiederfinden. So sind der soziale Gehalt des Selbsthilfe-Gedankens, die Sichtweise von Gesundheitsproblemen aus dem Blickwinkel der jeweils Betroffenen, die Suche nach solidarischen Umgangsformen und Problemlösungen sowie die Aktivierung der gemeinsam Betroffenen als Voraussetzung und Folge des Entwurfs und der Durchsetzung von Problemlösungen ja durchaus gemeinsame Elemente der Gewerkschaften wie der Gesundheitsbewegungen.

Anlaß zur *selbstkritischen Reflexion* gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik ist vor diesem Hintergrund die Frage, warum sich diese Bewegungen fast ausschließlich außerhalb der Gewerkschaften entwickelt haben und heute teilweise dezidiert antigewerkschaftliche Positionen vertreten. Nur zum Teil kann dies mit der (nach wie vor überwiegenden) Herkunft der dort Engagierten aus den (akademischen) Mittelschichten und der Tatsache er-

klärt werden, daß die Arbeitswelt als Ansatzpunkt für gesundheitsbezogene Aktivitäten nur eine randständige Rolle spielt. Vielmehr müßten gerade diese Faktoren ja nicht nur festgestellt, sondern auch erklärt werden können. Dabei stellt sich die Frage, ob die institutionelle Verschmelzung gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik mit der „paritätisch selbstgelähmten“ GKV nicht den Blick auf außerinstitutionelle und nicht-medizinische Aktivitäts- und Mobilisierungsfelder auch dort verstellt hat, wo gesundheitspolitische Handlungs- und Bündnisfelder begehbar wären. Positiv gewendet stellt sich die Frage, wie die *konstruktiven* Impulse der Gesundheitsbewegungen in gewerkschaftliche Gesundheitspolitik aufgenommen und auf diese Weise die verschiedenen Bewegungen miteinander verknüpft werden können.

Erschwert werden solche Überlegungen durch die Tatsache, daß sich heute in Teilen der Gesundheitsbewegungen durchaus *auch* gegenaufklärerische und *gegenreformerische Tendenzen* entwickelt haben, die mit gewerkschaftlichem Denken schwer oder nicht vereinbar sind. Diese sind mit den Stichworten einer Re-Individualisierung von Gesundheitsproblemen, der politisch anspruchslosen Konstruktion „kleiner, heiler Welten“ im Privatleben, der Hinwendung zu esoterischer und quasi-religiöser Weltflucht, der widerstandslosen Hinnahme regressiver und entsolidarisierender staatlicher Gesundheitspolitik und der kritiklosen Hinwendung zu mehr Marktökonomie im Gesundheitswesen umschrieben. Diese vorhandenen, aber keineswegs dominanten Tendenzen erklären sich in erster Linie als Reaktion auf das seit einigen Jahren gewendete sozial- und gesundheitspolitische Klima, in zweiter Linie aus den eingebauten Sackgassen dieser Bewegungen selbst.

Der Gesundheitstag in Bremen im Oktober 1984 gab reichlich Anschauungsunterricht für die Wirksamkeit und das widerspruchsvolle Ineinandergreifen aller vier Aspekte. Die Beschäftigung mit diesem Ereignis ist aber von mehr als nur akademischem Interesse: die knapp 10 000 Teilnehmer (von denen allerdings nur 5 000 zahlten, wodurch die Veranstalter auf einem Schuldenberg von über 80 000 DM sitzenblieben) repräsentieren zweifellos den gesundheitspolitisch aktivsten und innovativsten Teil der Bevölkerung. Neben der Friedens-, Frauen- und Ökologiebewegung weisen die Gesundheitsbewegungen zudem eine hohe Stabilität auf. Nach Berlin (1980, ca. 12 000 Teilnehmer) und Hamburg (1981, ca. 14 000 Teilnehmer) war der Gesundheitstag in Bremen das dritte nationale Treffen dieser Art. Die inhaltliche und organisatorische Gestaltung lag — unter Federführung der Bremer Gruppe — in den Händen der durchweg ehrenamtlichen und nicht-professionellen Gesundheitsläden, die es mittlerweile in über zwanzig Städten der Bundesrepublik gibt. Vorurteile gegen die Organisations- und Handlungsfähigkeit solcher informellen und

dezentralen Strukturen konnten vor dem durchweg übersichtlichen und reibungsarmen Ablauf des Gesundheitstages mit über 650 Veranstaltungen (vom Einzelvortrag über Therapiegruppen, Podiumsdiskussionen, Kulturveranstaltungen und Massenfesten) keinen Bestand haben.

Allerdings zeigt ein Blick auf die inhaltliche und organisatorische Zersplitterung und Instabilität der Mehrzahl der *einzelnen* Gruppen auch, daß von den Gesundheitsbewegungen nicht ein flächendeckender und allgemein zugänglicher Ausgleich für Versorgungs-Defizite des offiziellen Medizinbetriebs erwartet werden kann. Wer solche Vorstellungen äußert, kennt entweder die Realität dieser Bewegungen nicht oder sucht nach demagogischen Vorwänden für den Abbau sozialstaatlicher Sicherungssysteme. Oder beides.

Nichtsdestoweniger beweist die Durchführung von nunmehr drei nationalen und zahlreichen regionalen Gesundheitstagen, daß — in den Worten von E. *Heimann* — eine „soziale Idee“ auch eine „soziale Gestalt“ gefunden hat. Die Gesundheitsbewegungen haben ihre härtesten Belastungsproben sicherlich noch vor sich: ihre unklare politische Position zur derzeitigen Politik des Sozialabbaus auch im Gesundheitswesen macht sie anfällig für Versuche der nicht nur symbolischen Vereinnahmung; und wie die gesundheitsorientierte Sichtweise auf Dauer gegen die dominanten Sogwirkungen der Marktökonomie aufrechterhalten bleiben kann, ist ebenfalls noch nicht ausgemacht. Gegenwärtig und für die absehbare Zukunft ist aber davon auszugehen, daß sich im Gesundheitsbereich eigenständige soziale Bewegungen entwickelt haben und bestehen, mit denen sich gewerkschaftliche Gesundheitspolitik ohne Häme und Berührungsgängste auseinanderzusetzen hat.

Mit Toleranz...

Dies kann allerdings nicht bei Appellen der Gemeinsamkeit und der — immerhin erfreulichen — Teilnahme von Gewerkschaftsvertretern an wichtigen Veranstaltungen stehenbleiben. Vielmehr geben Zustand und Dynamik der gesundheits- und sozialpolitischen Entwicklung insgesamt wie auch Stärken und Schwächen sowohl gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik als auch der Gesundheitsbewegungen hinreichend Anlaß zu einem differenzierten Dialog. Voraussetzung dafür ist sowohl Toleranz auf beiden Seiten als auch die Bereitschaft der Dialogpartner, die jeweiligen Stärken und Schwächen sowie auch die Unvereinbarkeiten von Sichtweisen und Standpunkten offen anzusprechen und dies auch auszuhalten.

Von gewerkschaftlicher Seite ist Toleranz aus zwei Gründen besonders angebracht:

— Die Gesundheitsbewegungen repräsentieren eine Herangehensweise an Probleme von Gesundheit und Krankheit, die, ohne bereits verallgemeinerbare Formen der Organisation gefunden zu haben, den gesundheitlichen Notwendigkeiten des veränderten Krankheitspanoramas besser entspricht als die gängige Behandlung durch den Medizinbetrieb und seine kassenmäßige Finanzierung. Sie repräsentieren damit Ansätze einer *Ge-*

sundheitspolitik, die diesen Namen tatsächlich verdienen würde: die eigenen Bedürfnisse und Körpermeldungen ernster zu nehmen, und zwar weder als nur medizinisch-naturwissenschaftliches Frühwarnsystem noch als neu entdeckte Wehleidigkeit, sondern als praktische Aufforderung, freundlicher mit sich selbst umzugehen und gemeinsam mit Menschen in gleicher Lage nach Möglichkeiten der praktischen (und politischen) Veränderung gesundheitsbeeinträchtigender Verhältnisse in Lebens- und Arbeitswelt zu suchen. Gesundheitsprobleme werden also nicht sämtlich und nicht von vornherein zur „Erledigung“ an den Medizinbetrieb delegiert.

— Die dabei auftauchenden Gefahren einer (in der Konsequenz verheerenden) Geringschätzung sozial- und gesundheitspolitischer Sicherungssysteme, wie sie in Teilen der Gesundheitsbewegungen explizit vertreten wird, ist ebenfalls kein Grund, unter Hinweis auf die offensichtliche Mißbrauchbarkeit (und auch den teilweise bereits praktischen Mißbrauch) solcher Ansätze durch eine Politik des Sozialabbaus den Dialog abubrechen.

Eine solche Haben-wir-doch-immer-schon-gewußt-Haltung vergißt allzu leicht, daß gewerkschaftliche Gesundheitspolitik in den siebziger Jahren ebenfalls nicht in der Lage war (und auch heute nicht in der Lage ist), Vorschläge für eine umfassende und problemgerechte Reform der Gesundheitsversorgung vor dem Mißbrauch durch eine stets allenfalls halbherzige und nie ernsthaft substantielle staatliche Strukturpolitik im Gesundheitsbereich zu schützen.

... Hindernisse des Dialogs ...

Zu einer generellen Haltung des Besserwissens besteht mithin kein Anlaß, zur Suche nach gemeinsamen Ansatzpunkten der Gegenwehr dagegen um so mehr. Freilich treffen solche Bemühungen — das zeigen auch die Versuche auf dem Gesundheitstag — auf schwierige Partner:

1. Die Mehrzahl der gesundheitspolitischen Initiativen sind „Ein-Punkt-Bewegungen“. Dies bringt neben den Vorteilen der hohen Sachkompetenz im jeweiligen Problembereich und der gebündelten Mobilisierung zu diesem Thema meist auch Nachteile hervor. Diese bestehen u. a. in der Verabsolutierung des bearbeiteten Problems, die bis zur Dämonisierung des jeweils identifizierten Gegners reichen kann. Beispiele hierfür fanden sich z. B. bei den Veranstaltungen zum Themenbereich „Datensturm“, in denen die (unbestreitbaren) Gefahren der Sammlung und Verknüpfung von Daten und Merkmalen durch EDV in Medizin und Epidemiologie teilweise so diskutiert wurden, als gäbe es weder Möglichkeiten der Kontrolle und Beschränkung noch einen gesundheitlichen Nutzen solcher Erhebungen. Ähnlich maßstablos erschienen auch manche Diskussionen im Bereich „Gesundheit und Krankheit — eine Frage gesellschaftlicher Verhaltenskontrolle“, in denen ohne Berücksichtigung des gesundheitspolitischen Umfeldes das Schreckbild Orwellscher Totalüberwachung entworfen wurde. Solche für Ein-Punkt-Bewegungen typischen Überzeichnungen mögen den rationalen Dialog manchmal er-

schweren, sie sollten indes nicht von der Erkenntnis abhalten, daß dabei beachtenswerte und mit Sensibilität zu behandelnde Problembereiche angesprochen werden.

2. Die Gesundheitsbewegungen verstehen sich durchaus nicht alle als politische Bewegungen, teilweise lehnen sie, wie z. B. — das war vor dem Bremer Gesundheitstag nie so deutlich zu hören gewesen — weite Teile der Selbsthilfebewegung, den Bezug zur Gesundheitspolitik sogar explizit ab und beschränken sich dezidiert auf individuelle Lebenshilfe. Erst recht gilt dies für die schier unübersehbare Fülle von neuen (und alten) Therapiemethoden auf der Basis von (Auto-)Suggestion, von unkritischer Verherrlichung „natürlicher“ im Gegensatz zu „synthetischen“ Heilmitteln und z. T. antirationalen und mystischen Leitbildern (vor allem in den Veranstaltungen zu „Naturheilkunde“ und „Die alltägliche Gesundheit“). Ein gesundheitspolitischer Dialog fällt schwer, wenn den Trägern und Teilnehmern solcher Veranstaltungen die Frage nach der gesundheitspolitischen Verallgemeinerbarkeit ihrer Ansätze und nach dem resignativen Gehalt ihrer individuellen Rückzugs- und Ausstiegsstrategien selbst nicht mehr zum Problem wird. In diesem Teil des Psychodroms haben das rasche Auf und Ab von Moden sowie die Selbstbescheidung in der Ich-zentrierten Gesundheitsidylle zumindest derzeit Vorrang vor sozialem und gesundheitspolitischem Engagement.

3. Ein — bis auf Ausnahmen — gemeinsames Kennzeichen der Gesundheitsbewegungen ist auf den ersten Blick ihre hohe Toleranz, die sich z. B. in der Bereitschaft ausdrückt, absolut unvereinbare Standpunkte undiskutiert nebeneinander stehenzulassen. Das hat zur Folge, daß die Diskussion gegenüber der Selbstdarstellung eine vergleichsweise geringe Rolle spielt. So angenehm das dadurch erzeugte Klima manchmal sein kann, es hat zur Folge, daß der- oder diejenige, der/die nach Konsequenzen fragt oder auf Widersprüche aufmerksam macht, also diskutieren möchte, oft als Störenfried erscheint und auch so behandelt wird. Das Recht, undogmatisch zu sein, wird dabei oftmals äußerst dogmatisch vertreten. Auf dem Gesundheitstag äußerte sich dieses Verständnis von Toleranz häufig in einer schieren Konsumenten-Haltung bei den Veranstaltungsteilnehmern, die nur schwer zu durchbrechen ist.

4. Die überwiegende Orientierung an den eigenen Bedürfnissen und Problemen ohne weitergehende Analysen und Konzepte des politischen Umfeldes und seiner Beeinflussung steigert die Möglichkeit des politischen Mißbrauchs von Teilen der Gesundheitsbewegungen. Besonders deutlich wurde dies in zwei sonst sehr unterschiedlichen Veranstaltungen:

— Die „neuen“ Therapieformen sind zumindest perspektivisch, vielfach aber auch schon aktuell, Teil des Gesundheitsmarktes. Das heißt, sie verkaufen ihre Waren und Dienstleistungen am Markt zu Marktpreisen. Daß dies zu schichtenspezifisch höchst ungleichen Zugangsmöglichkeiten (Gesundheitsleistungen als Veranstaltung von Angehörigen der Mittelschicht für kaufkräftige Angehörige der Mittelschicht) führt, wird ihnen aufgrund ihrer verkürzten Optik nicht zum Problem, auch nehmen sie nur ungern zur Kenntnis, daß sie sich

dabei voll im Trend einer Gesundheitspolitik bewegen, die „mehr Marktwirtschaft im Gesundheitswesen“ fordert und damit den Abbau sozialstaatlicher Sicherungssysteme vorantreibt.

— Defizite in der Analyse und Positionsbestimmung sozialstaatlicher Sicherungssysteme und der staatlichen Politik in diesem Sektor zeigten sich vor allem aber in den Veranstaltungen, die explizit diesem Themenbereich gewidmet waren. Bis auf wenige, aber wichtige Ausnahmen präsentierten sich Ansätze von Analysen und Strategien, deren Bezug zu aktuellen und mittelfristig absehbaren sozialpolitischen Entwicklungen in der Bundesrepublik durchaus unklar blieb. Ob nun „Krise des Sozialstaats“ als „Krise der anti-ökologischen, der patriarchalischen und der kapitalistischen Herrschaft sowie der westlichen Werte“ (M. Opielka von den Grünen) oder als „Krise des Keynesianischen Sozialcharakters“ (N. Diemer von der Redaktion „Widersprüche“) gekennzeichnet wird — die Bedeutung der gegenwärtig dominanten „angebotsorientierten“ Wirtschaftspolitik mit ihrer Zielrichtung der systematischen Umverteilung von unten nach oben, der zunehmenden Ausgrenzung ganzer Sozialschichten aus dem gesellschaftlichen Reproduktions- und Kommunikationszusammenhang, der Re-Individualisierung sozialer Risiken und der Verschiebung der Machtverhältnisse auf Makro- und (betrieblicher) Mikro-Ebene wurden kaum hinreichend und zutreffend thematisiert. In der Betonung dieser Zusammenhänge läge ohne Zweifel eine wichtige und erfüllbare Aufgabe gewerkschaftlicher Sozial- und Gesundheitspolitiker auf zukünftigen Gesundheitstagen und ähnlichen Veranstaltungen. Ohne eine rationale Analyse der politischen und wirtschaftlichen Interessen und Zusammenhänge steigt die Unklarheit über die Rahmenbedingungen und Folgewirkungen des eigenen Handelns, wächst die Gefahr der politischen Vereinnahmung durch rückwärts gewandte politische Strömungen.

5. Ein weiteres Hindernis des Dialogs zwischen gewerkschaftlichen Gesundheits- und Sozialpolitikern und den Trägern der Gesundheitsbewegungen bildet das teilweise sehr distanzierte bis offen ablehnende Verhältnis der letzteren zu den Formen und zur Handlungslogik großer und arbeitsteiliger Organisationen im allgemeinen und gewerkschaftlicher Interessenorganisationen im besonderen. Diese überwiegend sozialpsychologisch erklärbar Reserviertheit findet reichliche Nahrung z. B. in politischen und Organisationsproblemen der Gewerkschaft selbst, wie sie in den Medien wiedergegeben werden. Dies führte z. B. dazu, daß auf einer Großveranstaltung zum Thema „Arbeit macht krank — Arbeitslosigkeit macht nicht gesund“ ein erheblicher Teil der Diskussionszeit mit der Erörterung von Problemen gewerkschaftseigener Wohnbaugesellschaften verbraucht wurde.

Diese Schwierigkeiten und Hindernisse eines offenen und toleranten Dialogs sind weder verallgemeinerbar noch unveränderlich. Es wäre verfehlt, sie in Form von Vorurteilen zur Grundlage von Überlegungen und Diskussionen über mögliche Formen und Inhalte produktiver Zusammenarbeit zu machen. Ein solches Vorgehen

würde nicht nur die Arbeit gewerkschaftlich orientierter bzw. zumindest gewerkschaftsoffener Teile der Gesundheitsbewegung übersehen, sondern auch die gemeinsame gesundheitliche Zielsetzung allzu leicht aus dem Auge verlieren.

... überwinden

Die Frage, wie die innovatorischen und gesundheitlich fruchtbaren Impulse der Gesundheitsbewegungen von gewerkschaftlicher Politik aufgenommen und in diesem Rahmen politisch und organisatorisch umgesetzt werden können, ist zweifellos kompliziert und kann nur in der Praxis beantwortet werden. Die mancherorts z. B. zu beobachtende Öffnung von Gewerkschafts- und Kasseneinrichtungen für Selbsthilfegruppen (Zurverfügungstellung von Räumen und organisatorische Unterstützung) ist sicher ein erster Schritt, greift jedoch insgesamt zu kurz.

Wichtiger erscheint es, sich auf die gesundheitspolitischen Ausgangspunkte der Gesundheitsbewegungen zu besinnen und von dort aus nach möglichen Strategien und Bündnissen zu fragen. Diese Ausgangspunkte waren und sind jene Defizite, die durch die verkrusteten und profiablen Strukturen des Medizinbetriebs aufrechterhalten werden: Vernachlässigung der Prävention sowie der sozialen Problemlagen, aus denen Krankheit resultiert und zu denen Krankheit führt; Unterbewertung der psychischen, emotionalen und kollektiven Bedürfnisse im Umkreis von Krankheitsentstehung und Krankheitsbewältigung. Der derzeitige Medizinbetrieb mit der in ihm dominanten Form der physiologischen Organverwaltung steht der Bewältigung dieser Probleme und der Befriedigung dieser Bedürfnisse durchweg fremd gegenüber. Hier findet eine leistungssteuernde Strukturpolitik im Gesundheitswesen zahlreiche Ansatzpunkte: Einflußnahme auf Ärzteausbildung, Gebührenordnung sowie Organisationsformen gesundheitlicher und medizinischer Versorgung; Verknüpfung der Sphären der Krankheitsentstehung mit den Systemen der Versorgung und ihrer Finanzierung; gesundheitspolitische Steuerung in den Bereichen Arzneimittel und Krankenhaus etc. pp. Eine Gesundheitspolitik, die an diesen Problemen ernsthaft und offensiv arbeitet und damit die inhaltlich neuen Anstöße der Gesundheitsbewegungen aufnimmt, wird — gleichsam als beabsichtigte Nebenwirkung — die glaubwürdigste und deshalb wirkungsvollste Überzeu-

gungsarbeit auch bei den heute noch gewerkschaftsfernen Teilen der Gesundheitsbewegungen leisten können.

Angesichts der zunehmenden Reduktion von Gesundheitspolitik auf schiere Kostenreduzierung um jeden Preis und des Vordringens eines Menschenbildes, das den Kranken und Schwachen als individuellen Versager oder Drückeberger sieht, liegt im möglichen, aber schwierigen Bündnis zwischen Arbeiter- und Gesundheitsbewegungen eine wichtige sozialpolitische Chance.

Bäcker, G.: Entprofessionalisierung und Laisierung sozialer Dienste — richtungweisende Perspektive oder konservativer Rückzug?, in: WSI-Mitteilungen Nr. 10/1979.

Badura, B.: Volksmedizin und Gesundheitsvorsorge, in WSI-Mitteilungen Nr. 10/1978.

Beywl, W., H. Brombach: Neue Selbstorganisationen — zwischen kultureller Autonomie und politischer Vereinnahmung, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, Nr. 11/1984.

Göpel, E.: Gesundheitsbewegung wohin? Beitrag zur Fortsetzung einer Diskussion, in: Arbeit, Frauen, Gesundheit, Argument-Sonderband AS 107, Berlin 1983.

Grottian, P., E. Lütke: Berliner Sozialstationen — konservative Subsidiaritätspolitik oder qualitativer Umbau des Sozialstaates? in: Wie teuer ist uns die Gesundheit? Argument-Sonderband AS 107, Berlin 1983.

Heimann, E.: Soziale Theorie des Kapitalismus (1929), Suhrkamp, Frankfurt/Main 1980.

Hauß, F., F. Naschold, R. Rosenbrock: Grundzüge einer leistungssteuernden Strukturpolitik im Gesundheitswesen, in: Soziale Sicherheit Nr. 10/1981.

Labisch, A.: Die Wiederaneignung der Gesundheit — zur sozialen Funktion des Gesundheitsbegriffs, in: Wie teuer ist uns die Gesundheit? Argument-Sonderband AS 113, Berlin 1984.

Rosenbrock, R.: GKV und Prävention — 13 Thesen und Genthesen, in: Soziale Sicherheit Nr. 1/1985.

Rosenbrock, R.: Selbsthilfe und Marktökonomie — Unheimliche Begegnungen der dritten Art, in: Ambulante Gesundheitsarbeit, Argument-Sonderband AS 102, Berlin 1983.

Trojan, A. u. a.: Wissen ist Macht, Fischer alternativ, Frankfurt 1985 (im Erscheinen).

Windhoff-Héritier, A.: Selbsthilfeorganisationen — eine Lösung für die Sozialpolitik der mageren Jahre? in: Soziale Welt Nr. 1/1982.