Schwerpunkt V: Forschungspolitik und Gesundheitsaufklärung in Dienste der Betroffenen

Arbeitsgruppe V B: Analyse der Forschungsprogramme der Bundesministerien für Jugend, Familie und Gesundheit und für Forschung und Technologie und die Strategien staatlicher Gesundheitspolitik

Volker Ronge: Zur Funktion von Gesundheitsforschungspolitik

I

Der Staat in einer kapitalistischen Gesellschaft[1] handelt vorwiegend *substitutiv* und *reaktiv*; er tendiert dazu, inaktiv zu bleiben, weil Aktivität allzu oft fiskalische und legitimatorische Kosten, häufig in vorweg unabsehbarer Höhe, hat. Entsprechend bedarf es schon massiven Anstoßes, um den Staat zum Handeln-oder zur Veränderung seines eingefahrenen Handelns-zu bewegen. Staatliche Aktivität beginnt regelmäßig "kurz vor zwölf", d.h., sachlich gesehen, erst bei eingetretener *Krise*. Sie bezweckt dann die Behebung der Krise, stellt Krisenmanagement dar. Das Krisenmanagement erhält seine *Bedingungen* durch die Spezifik der ihm vorgebenen Krise sowie dadurch, daß der Staat einer kapitalistischen Gesellschaft als Träger des Krisenmanagements weder mehr tun kann noch will, als die vorliegende Krise zu "beheben" — wobei unter "beheben" auch das Verschieben von Problemen in andere Lebensbereiche oder das Abschieben in die Latenz zu verstehen ist (beides kann sogar fast als die Regel angesehen werden). Schließlich wird die staatliche Handlungslogik nicht allein durch Problem-, sondern auch durch Selbstbezug, d.h. durch interne und externe Stabilisierungs-sowie Legitimationserfordernisse, bestimmt.

Ich stelle diese allgemeine Charakteristik des kapitalistischen Staates, die Andeutung seiner Funktion, seiner Handlungsrationalität, seiner Handlungsmöglichkeiten, thetisch an den Anfang, weil jeder Entwurf von Handlungsstrategien, welche den Staat beteiligen, funktionalisieren oder tangieren, diese *allgemeinen* Bedingungen staatlicher Aktivität zu berücksichtigen hat, will er realistisch sein.

Weder soll damit behauptet werden, daß sich historisch nichts "bewegt", noch daß es sinnlos wäre, im Hinblick auf die ohnehin erfolgende "Bewegung" *reform*politische Forderungen zu artikulieren und diese an (ebenfalls keineswegs geleugnete) reformpolitische Initiativen von gesellschaftlichen "Kräften" oder zumindest an den guten Willen von Politikern und Administratoren anzuknüpfen. Es

sei nur eindringlich davor gewarnt, Forderungen losgelöst davon zu formulieren und zu erheben, daß jede *einzelne "policy"*, also auch Gesundheitspolitik und Gesundheitsforschungspolitik, ihre Bedingungen durch die *Staatstätigkeit insgesamt* — also die Funktionen des Staates, seine Kompetenzen, seine Ressourcen, seine Kapazitäten, seine Handlungslogik (jeweils in ihren Möglichkeiten und Grenzen) — gesetzt bekommt.

II

Ich habe hier nicht zur Gesundheitspolitik insgesamt, sondern speziell zur *Gesundheitsforschungspolitik* zu sprechen. Das Bedingungsgefüge, das sich schon der Gesundheitspolitik mitteilt, wird damit noch weiter verengt. Wir müssen nun nämlich spezielle Funktionen, Kompetenzen, Ressourcen und Rationalität der *Forschungspolitik* — in einem strengen, wohl überlegten Sinne — "berücksichtigen"[2].

Das Selbstverständnis dieser Arbeitsgruppe wird durch die Vorstellung — weicher formuliert: die Hypothese — einer "zunehmenden staatlichen Organisierung der Forschungspolitik im Gesundheitsbereich" zum Zwecke "aktiver sozial- und gesundheits- [illegible] cher Interventionen" geprägt. Ich möchte zu diesem Selbst- [illegible] ändnis zwei ausführlichere Bemerkungen machen.

.. Die Hypothese, daß wir zur Zeit eine zunehmende staatliche Organisierung der Forschungspolitik im Gesundheitsbereich "erle- [illegible] en", erscheint mir zweifelhaft. Sie wird abgeleitet daraus, daß in jüngster Zeit im Bereich von Forschung und Administration überhaupt und erstmalig von *Gesundheits*forschungspolitik die Rede ist und auf dieses Thema bezogen eine Reihe politischer Äußerungen erfolgt sind, in deren Kern das "Programm der Bundesregierung zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978 bis 1981" steht, welches 1978 publiziert wurde und in einem "Diskussionsentwurf" von 1976 einen Vorläufer hatte.

Statt aber von einem derartigen politischen Programm stracks auf die soziale Realität zu schließen, muß man zunächst fragen, welche Funktion ein Program in der Politik hat. Man sieht einem Programm leider nicht unmittelbar an, ob es

— zukünftiges Handeln "programmiert", d.h. *Steuerungsfunktion* hat, oder

— Aktivität nur suggeriert, d.h. *Legitimationsfunktion* hat.

Wir sind als Sozialwissenschaftler in der unangenehmen Lage, daß wir politische Programme in der Regel nicht an von diesen selbst unabhängigen empirischen Informationen messen Können. Was wir *über* die Politik wissen, erfahren wir allein oder doch vorwiegend *von* dieser. Weil wir aber generell wissen, daß Politik nicht nur aus problembezogenem Handeln besteht, sondern auch aus dessen Legitimation[3] — die auch noch und gerade Inaktivität "abdecken" muß

—, sollten wir gegenüber den Informationen, insbesondere Selbstdefinitionen, aus politischen Programmen skeptisch sein.

Wir erleben seit Ende der sechziger Jahre in der BRD in allen Politikbereichen eine Programmflut. Es gibt nahezu keinen Politikbereich mehr, für den inzwischen nicht die gesetzliche Verpflichtung besteht, regelmäßig Berichte und Programme zu erstellen und zu publizieren. Über alle möglichen Probleme werden heute Enqueten angefertigt. Eine ganze Reihe von Problemen oder Sozialsektoren unterliegt einer institutionalisierten Dauerbeobachtung und -berichterstattung. Aus dieser Berichts- und Programmflut folgt aber mitnichten eine entsprechende Vermehrung oder Verdichtung an politischer Aktivität. Fast ist die gegenteilige Vermutung plausibel: Berichts- und Programmflut kaschieren verminderte Aktivität[3a] — wobei hinter der Aktivitätsverminderung selbstverständlich bewegende Kräfte, darunter nicht zuletzt auch Mittelknappheit, stehen.

Für die Forschungspolitik insgesamt scheint mir jedenfalls die These nicht abwegig zu sein, daß zunehmendes Ausmaß und zunehmende Differenzierung der Problematik nicht die Begleiterscheinung vermehrter und differenzierter Politikanstrengungen bilden, sondern eher im umgekehrten Verhältnis dazu stehen. Ich nehme an, daß dies für die Gesundheitsforschung nicht nur ebenso, sondern sogar im besonderen Maße, gilt.

2. Ich habe eingangs behauptet, staatliches Handeln sei nichts als "Krisenmanagement". Darin liegt gar keine negative Bewertung. Denn ebenso wie die Krise "produktiv" wirken und ausgehen kann, so Kan Krisenmanagement Fortschritt bringen, Reform darstellen. Dies zu betonen ist wichtig gegen die verbreitete Vorstellung, daß man zwischen reaktiver und progressiver Politik analytisch differenzieren könne: *Reaktives Handeln kann durchaus in der Sache progressiv sein.* Und da ich hinsichtlich des Staates im Kapitalismus von geradezu struktureller Reaktivität ausgehe, kann ich mir inhaltliche Progressivität überhaupt nur als einen von mehreren — nämlich den positiv zu bewertenden —, mittels Krisenmanagement (und mithilfe weiterer sozialer "Kräfte") zustandegebrachten, Ausgang aus der Krise vorstellen.

Mit diesem der Staatstheorie entstammenden Hinweis auf staatliche Reaktivität möchte ich auch einer — wohl aus einer problematischen organisationstheoretischen Analogie resultierenden — Fehlinterpretation vorbeugen: Wenn hinter neuformulierter Gesundheitspolitik und dem Beginn von Gesundheitsforschungspolitik der Zweck "aktiver sozial- und gesundheitspolitischer Interventionen" vermutet wird, so darf das nicht so verstanden werden, als wären die politischen Instanzen interventionistisch aus Passion. Reform- oder reaktionspolitischer Überschwang politischer Agenturen bildet, so weit ich sehe, eine seltene historische Ausnahme.[4]

Wenn die Politik sich des Gesundheitswesens annimmt, wenn tatsächlich zu diesem Zweck spezielle Forschungsförderung anläuft, dann liegen vielmehr mit Sicherheit krisenhafte Probleme schon zutage.

Man braucht diese Probleme ja auch nicht mit der Lupe zu suchen. Freilich ergibt sich aus der Problemflut noch keineswegs, welche Probleme die politischen Instanzen speziell perzipieren und anvisieren. Um deren wirklich gemeinte Probleme — aus einer Sammlung aller möglichen Probleme, mit welcher die Politik legitimationswirksam ihr Problembewußtsein zu demonstrieren versucht — herauszufiltern, ist die erwähnte Idee einer *Aktivitätshemmung* des Staates[5] hilfreich.

Wie die privat-kapitalistische Ökonomie, so stellt sich nämlich auch das Gesundheitswesen zunächst als relativ autonomer, selbstregulierter Sozialbereich dar, als, mit anderen Worten, *vor-staatlich.* Die für das Gesundheitswesen typische Versicherungsstruktur ist ja nicht-staatlicher, privatrechtlicher Natur. Aus der Perspektive des aktivitätsgehemmten Staates sind nicht Krisenphänomene *im* Gesundheitswesen interessant, sondern nur, oder doch vorwiegend, solche *des* Gesundheitswesens — und, d.h., *Probleme der Selbststeuerung* der Gesamtsphäre. Das Krisenmanagement des Staates, inklusive entsprechender Forschungspolitik, wird sich deshalb folgerichtig vorwiegend auf diese Selbststeuerung richten und versuchen, *sie wieder herzustellen.*[6]

Liest man mit dieser Hypothese das Gesundheitsforschungsprogramm der Bundesriegerung, so muß von den darin gleichgewichtig genannten drei großen Forschungs- und Forschungsförderungsfeldern, nämlich

— der Gesundheitsforschung
— der Krankheitsforschung und
— der Strukturforschung,

das letzte als das zentrale erscheinen. *Strukturforschung* ist, in der offiziellen Formulierung, "Forschung zur strukturellen Verbesserung des *Gesundheitswesens*". Mit Hilfe dieser Forschung geht es um die Refunktionalisierung derjenigen (erschütterten) Strukturen, die für die Selbstregulierung des Gesundheitswesens (oder -systems) sorgen, damit der Staat sich aus diesem sozialen Bereich möglichst schnell wieder zurückziehen kann, der ihm, bei Dauerregulierung, nur ungewollte Kosten und Legitimationslasten aufbürden würde. Um welche Probleme im einzelnen es bei der Strukturforschung für das Gesundheitswesen geht, bezeichnet das entsprechende Förderungsprogramm mehr oder minder deutlich:

"— der starke Kostenanstieg und die damit verbundene volkswirtschaftliche Belastung,
— unzulängliche Zusammenarbeit und unzweckmäßige Auf-

gabenverteilung in verschiedenen Bereichen und Einrichtungen des Gesundheitswesens,
— organisatorische Mängel und unrationelle Betriebsabläufe in den Versorgungseinrichtungen,
— eine unzureichende Umsetzung des Fortschritts in Medizin und Technik in die Praxis der gesundheitlichen Versorgung,
— ein nicht bedarfsgerechtes Lesitungsangebot. . ."[7]

Auch die ins Auge gefaßten konkreten Forschungsfelder des Bundes-Gesundheitsforschungsprogrammes sind aufschlußreich. Es handelt sich dabei um:

"1. Forschung zur Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitseinrichtungen
2. Forschung zur Organisation und Funktionserfüllung der gesetzlichen Krankenversicherung
3. Forschung zur Planung der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen
4. Forschung zur Verbesserung des gesundheitspolitischen Steuerungsinstrumentariums"[8]

Die gesundheits*forschungs*politische Perspektive ist demnach genau dieselbe, die schon zuvor in der Gesundheitspolitik zu einer Reihe von Strukturgesetzen für das Gesundheitswesen (Krankenhausfinanzierungsgesetz, Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz, Krankenversicherungsweiterentwicklungsgesetz) sowie zur — das Entlastungsinteresse des Staates klar ausdrückenden — Institutionalisierung einer Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (§405a RVO) geführt hat.

Bundeskanzler Schmidt hat m.E. keine Verschleierung andersartiger Absichten der Bundesregierung betrieben, als er noch kurz vor der Verabschiedung des Kostendämpfungsgesetzes die Selbstverwaltung der Krankenkassen sowie die autonome Aushandlung von Preisen und Leistungen zwischen Krankenkassen und Ärzteverbänden in den Vordergrund hob:

". . . abwegig ist der Vorwurf, dieses Kostendämpfungsgesetz bringe eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens. Das Gegenteil davon ist wahr; denn das Gesetz will, daß die Beteiligten in sehr weitgehender Selbstverantwortung die einzelnen Probleme lösen, weil sie dazu nach unserer Auffassung sehr viel besser in der Lage sind, als irgendeine staatliche Ministerialbürokratie . . ."[9]

III

Ich möchte hieran die vielleicht ketzerische Bemerkung anschließen, daß m.E. diese nicht einfach als "betriebswirtschaftlich" charakterisierbare Reorganisation des Gesundheitswesens mit staatlicher Hilfe, für die der Staat seinerseits auch auf wissenschaftliche Beratung zurückgreift, sprich: Forschungsförderungsmittel einsetzt,

sowohl ein legitimer wie, was die Finanzen angeht, überfälliger Zweck ist. Die Kommission für wirtschaftlichen und sozialen Wandel hatte in ihrem Schlußbericht völlig zu Recht konstatiert:

> "Die Anforderungen, die sich aus dem Ziel der umfassenden Gesundheitssicherung ergeben, können nur im Rahmen der wirtschaftlichen Möglichkeiten erfüllt werden. Hierzu ist festzustellen, daß bereits jetzt die finanzielle Belastung durch Gesundheitsleistungen ein erhebliches Ausmaß erreicht hat."[10]

Mir kommt es hier nur darauf an, daraus die Mahnung abzuleiten, sich auch Gedanken über die Legitimität und Erforderlichkeit eines organisatorisch wie kostenmäßig "rationalen" Gesundheitswesens zu machen. Es wäre fatal, wenn die auf dieser Tagung erhobenen Postulate inhaltlich-medizinischer Natur die erwähnten institutionellen, "politik-logischen" und fiskalischen Rahmenbedingungen einfach ignorieren würden. Diese sind jedenfalls zu *berücksichtigen*; wenn man sie dennoch zwar nicht ignoriert, aber doch überwinden möchte, dann darf das weder *pauschal* geschehen, noch darf es *unbegründet* bleiben.

> "Kein Bereich der Gesellschaft, auch nicht das Gesundheitswesen, darf sich verselbständigen und seine Kosten autonom festsetzen wollen. Niemand darf sich aus dem Gesamtzusammenhang des Verteilungsgefüges lösen."[11]

Der Gesundheits(forschungs)politiker kommt nicht darum herum zu lernen, was beispielsweise — und mit erheblichen Widerständen — auch dem Umweltpolitiker klargemacht werden mußte, nämlich die Abstimmung mit anderen gesellschaftlichen Interessen und politischen Zielsetzungen:[12]

> "daß eine Abwägung zwischen dem Wünschbaren und dem Finanzierbaren in allen Lebensbereichen . . . stattfinden muß. Dies bedeutet keine Festschreibung des Status quo, sondern 'nur' eine Begründungspflicht, warum man für einen Bereich — und damit zwangsläufig zu Lasten anderer Bereiche innerhalb oder außerhalb des Gesundheitswesens — die Inanspruchnahme von mehr gesamtwirtschaftlichen Ressourcen für erforderlich hält."[13]

Es gehört nämlich nicht viel dazu, Forderungen zu erheben. Das gilt auch für solche zugunsten anderer — was zwar moralischer ist, aber ebensowenig schwierig. Die wissenschaftliche Autorität, die ohnehin zweifelhaft ist, sollte nicht durch die bloße Artikulation von Forderungen verschlissen werden. Forderungen müssen vielmehr, wie berechtigt und dringlich sie auch seien oder erscheinen mögen, "eingepaßt" werden: in soziale *Handlungsstrukturen*, wozu die Möglichkeiten und Grenzen staatlichen Handelns im Kapitalismus zählen, wie in den Komplex aller politischen Forderungen. Die

wissenschafltiche Leistung kann sich allein darauf beziehen. Die Aufgabe ist nicht, Forderungen zu erheben, sondern zu zeigen, wie die Forderungen, die man selbst aufstellt oder andere erheben, unter Berücksichtigung des sozialen Handlungsraumes und unter Abwägung mit allen anderen Forderungen Befriedigung finden können. Man muß, mit anderen Worten, "issue-vergleichend" argumentieren.

Ich scheue mich nicht, konkret zu werden. In der offiziellen Ankündigungsschrift dieser Tagung steht als Programm zu lesen, daß "die gegenwärtige Situation der gesundheitlichen Versorgung unter dem Gesichtspunkt der *bedürfnisorientierten Bedarfsanalyse*" neu durchdacht werden solle. Und weiter:

> "Mit dieser Aufgabenstellung sind die für die Formulierung gesundheitspolitischer *Forderungen* entscheidenden Fragen verknüpft: In welchen Bereichen kann eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung durch eine *Ausweitung der Leistung*, eine *Vermehrung des Personals*, *eine Vergrößerung der Institution* und *Zunahme von Investitionen* erreicht werden?"

Damit jedermann klar wird, was damit gemeint ist, wird auch gleich die Gegenposition benannt, der gegenüber man sich profilieren will: eine Diskussion nämlich, die "unter dem Gesichtspunkt einer restriktiven Kosten- und Verteilungsdiskussion und unter Vernachlässigung der notwendigen qualitativen Veränderungen des Gesundheitswesens" geführt wird.

Ich möchte eindringlich davor warnen, derartige Forderungen unter konsequenter Ignorierung von existenten Knappheiten, seien sie allgemein-sozialer oder systemspezifischer Natur, aufzustellen. Die "praktische" Irrelevanz ist in diesen Forderungen eingebaut! Eine wissenschaftliche Beratung, die über *Handlungsressourcen* und *-restriktionen* der Beratungsadressaten, hier der staatlichen Politik, wie über andere Bedürfnisse und Interessen großzügig hinwegsieht, stellt bestenfalls Selbstbefriedigung dar. Ein emphatisches Selbstverständnis — die Autorität wissenschaftlicher Kompetenz — hilft darüber ebensowenig hinweg wie ein emphatischer Praxisbezug — die Zusammenarbeit mit, beispielsweise, den Gewerkschaften.

Anmerkungen

1 Hierzu aus einer Unmenge möglicher Literaturhinweise nur drei aus unterschiedlichen Kontexten stammende: N. Luhmann, Politische Verfassungen im Kontext des Gesellschaftssystems, in: Der Staat 1973 S. 1ff. (Teil I) und S. 165ff. (Teil II). be 167f.; W. Semmler, Private Produktion und öffentlicher Sektor, in: V. Brandes et al. (Hrsg.), Handbuch 5: Staat, Frankfurt/Köln 1977, S. 277ff.; V. Hauff, Unternehmen und Staat als Partner bei der Bewältigung von Zukunftsaufgaben, in: Bulletin des BPA 1979, S. 213ff.

2 Auf die nicht abwegige Möblichkeit, daß die Gesundheitsforschungspolitik als Kompensierung einer fehlenden Gesundheitspolitik fungiert, sei hier nicht weiter eingegangen.

3 Vgl. N. Luhmann, Legitimation durch Verfahren, Neuwied/Berlin 1969; M. Edelman, Politik als Ritual, Frankfurt 1976 V. Ronge, Forschungspolitik als Strukturpolitik, Münche 1977, S. 130ff.

3a Die folgende Pressemeldung bedarf wohl keines Kommentars: "Unter dem Motto 'Forschung für den Bürger' hat Bundesforschungsminister Volker Hauff eine neue Aufklärungsaktion gestartet, die deutlich machen soll, daß die Forschungspolitik gerade auch auf die konkrete Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen vieler Bürger zielt. In einer Startauflage von 50 000 Exemplaren werden in einer Informatinsmappe 76 Forschungsprojekte und -ergebnisse aus 'bürgernahen' Bereichen, wie Verkehr, Arbeitswelt, Gesundheit und Umwelt vorgestellt." (SZ v. 8.2.1979, S. 8).

4 Die Übernahme der Bundesregierung durch die SPD am Ende der sechziger Jahre bildet wohl einen derartigen Fall.

5 Andere Autoren sprechen von der "verfassungsrechtlichen und politischen Selbstbeschränkung des demokratischen Verfassungsstaates": F.W. Scharpf et al., Politikverflechtung, Kronberg 1976, S. 15. Hauff unterstellt die "Forderung nach der Subsidiarität staatlicher Maßnahmen": aaO (Anm. 1), S. 215. Vgl. zur Subsidiarität auch R. Herzog, Allgemeine Staatslehre, Frankfurt 1971, S. 147ff.

6 Die "Zurückhaltung" des "intervenierenden" Staates ist im Fall der Gesundheitspolitik zwar auch aus komplexitäts- und informationstheoretischen Gründen verständlich, aber doch vorwiegend durch die Absicht motiviert, nicht in (Dauer-)Konflikte zwischen sozialen Gruppen einbezogen zu werden und die Last der Konfliktlösung übernehmen zu müssen. Würde man formal-organisations-theoretischer argumentieren, so würden viele weitere Fälle in den Blick kommen, in denen die staatlichen Instanzen sich eher darauf beschränken, institutionelle Interaktionen für andere herzustellen oder zu fördern, d.h. also zu vermitteln, als sich selbst zum Teil bzw. Partner der Interaktion zu machen (vgl. auch die "prozedurale Steuerung" bei C. Offe, Berufsbildungsreform, Frankfurt 1975, S. 264ff.). Es sei nur ein Beispiel aus dem Bereich der Forschungspolitik erwähnt. D. Mowery und N. Rosenberg (The influence of market demand upon innovation: a critical review of some recent empirical studies, in: Research Policy 1979, S. 102ff.—149—) empfehlen dem Staat die folgende innovationspolitische Strategie: "intelligent policies must be directed at *institutional aspects* of the innovation process, working to *encourage the interaction* of users and producers, as well as the iterative interaction between more basic and applied research enterprises. (. . .) More generally, policies directed toward *increasing both the frequency and the intimacy of interactions* among these separate participant groups may prove to be particularly rewarding." (Hervorhebungen von mir; VR)

7 BMFT (Hrsg.), Program der Bundesregierung zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978 bis 1981, Bonn 1978, S. 32.

8 Ebd., S. 39. Der BMFT-Leistungsplan "Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit" für die Planperiode 1978—1982 (Bonn 1978) hat, in typischer Verschleierungsmanier, eine andere Gliederung gewählt, in der "Strukturforschung" nicht mehr eigens erscheint, sondern in andersartigen Teilprogammen "untertaucht." Diese Tatsache macht eine Finanzistatistische Validierung meiner These unmöglich. Es sei aber wenigstens ein Indiz erwähnt: Wenn man die Projektförderung zugrundelegt (die Zurechnung der sog. institutionellen Förderung zu einzelnen Politikprogrammen ist ohnehin problematisch), so entfällt der absolut größte Förderbetrag im Planjahr 1979 auf die "Entwicklung von Technologien zur Verminderung der Patienten belastung und zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen" (Aktivität 06.02.02). Hierin äußert sich deutlich der finanzpolitische Entlastungsversuch. (Abgesehen davon könnte diese Förderung von Technologie natürlich auch subventionspolitisch interpretiert werden, worauf ich aber hier nicht abstelle.)

9 H. Schmidt, Beitrag zur Konsolidierung der Kosten im Gesundheitswesen, in: Bulletin des BPA 1977, S. 679ff. (681). Zum Funktionieren der Konzertierten Aktion siehe etwa SZ v. 16.3.79, S. 25 sowie v. 4.3.80, S. 17.

10 Kommission für wirtschaftlichen und sozialen Wandel, Schlußgutachten, Ms. 1976, Kapitel XI, Tz. 55. Siehe auch Schmidt, aaO (Anm 9).

11 Schmidt, aaO (Anm. 9), S. 680.

12 Vgl. G. Hartkopf, Möglichkeiten und Grenzen der Umweltpolitik, in: Bulletin des BPA 1979, S. 309ff.

13 H. Ehrenberg, Zwischen Wünschbarem und Finanzierbarem, in: Das Parlament v. 21.4.1979, S. 1.

Rainer Hohlfeld und Ernst von Kardorff: Gesundheitsforschung — Reform oder Legitimation? Ein Protokoll

Vorwort

Als Diskussionsgrundlage hatten wir für die Teilnehmer ein Strukturierungspapier vorbereitet, das vier Themenkomplexe umfasste:

I. Strategien staatlicher Forschungspolitik im Gesundheitswesen
II. Institutionelle Randbedingungen für die Forschung im Gesundheitswesen
III. Strukturanlayse und Kritik staatlicher Forschungsprogramme im Gesundheitswesen
IV. Institutionelle und organisatorische Perspektiven einer kritischen Gesundheitsforschung

Bei der Darstellung haben wir uns an diesen analytischen Rahmen gehalten, in den wir die einzelnen Argumente der Diskussion einbezogen haben.