

II. DIE GESUNDHEITSSYSTEME DER BEIDEN STAATEN

In diesem Kapitel sollen die beiden Gesundheitssysteme und ihre Entwicklung im Hinblick auf die in Kapitel III untersuchten Problembereiche dargestellt und analysiert werden. Aus diesem Zuschnitt ergibt sich – neben der Beschreibung des grundsätzlichen Systemcharakters – die Einschränkung der Thematik auf das öffentliche Gesundheitswesen, die Ärzte und das Krankenhauswesen. Die drei Elemente prägen die Umsetzung von Gesundheitspolitik. Mit diesen Bereichen kommt der Patient in erster Linie in Berührung, sie bestimmen die Art der präventiven und kurativen Versorgung.

1 DIE ALLGEMEINE ENTWICKLUNG DER SYSTEME

1.1 BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND – DAS TRADITIONELLE KASSENSYSTEM ALS PRÄGENDER FAKTOR DES DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESENS

Das deutsche Gesundheitswesen ist in erster Linie gekennzeichnet durch die Entwicklung des Krankenkassenwesens, das im Kaiserreich eingeführt wurde und während der Weimarer Zeit und unter dem Nationalsozialismus bis in die Bundesrepublik wenig verändert weiterbestand. Trotz der politischen Umbrüche zeichnete es sich durch eine hohe Kontinuität aus.¹

Die in Deutschland im Rahmen der Bismarckschen Sozialgesetzgebung 1883 eingerichtete Krankenversicherung hatte im Unterschied zu den britischen Verhältnissen nur wenige Vorläufer in Selbsthilfeeinrichtungen oder freiwilligen Zusammenschlüssen von Arbeitern zur gegenseitigen Absicherung.² Mit dem Krankenversicherungsgesetz wurde die Versicherungspflicht für Arbeiter unter einer bestimmten Einkommensgrenze eingeführt, die Beiträge teilten sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer (anfangs $\frac{1}{3}$ und $\frac{2}{3}$); die Leistungen der Kassen umfaßten zunächst Heilbehandlung sowie Krankengeld bis maximal 13 Wochen. 1883 erfaßte die Krankenversicherung etwa 10 Prozent der Bevölkerung.³

¹ Vgl. ALBER, Gesundheitswesen, S. 19; TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 385–6.

² Vgl. zum geringen Prozentsatz der vor der Einführung der Krankenversicherung abgesicherten Personen TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 386, der von ca. 5 Prozent der Bevölkerung ausgeht; vgl. hierzu auch RITTER, Sozialversicherung, S. 31.

³ TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialpolitik, S. 169; ALBER, Gesundheitswesen, S. 25; LABISCH, Homo Hygienicus, S. 153–4; vgl. auch DÖRING, Entwicklungstendenzen, S. 62–3.

Ein wichtiges Kennzeichen des deutschen Systems war neben der Versicherungspflicht die Vielzahl der Kassen, die sich in die unterschiedlichen Formen der Betriebskrankenkassen, Ortskassen und freien Hilfskassen gliederten. Insgesamt gab es 1885 rund 17 500 verschiedene Versicherungsträger, die allerdings durchschnittlich nur wenig mehr als 200 Mitglieder hatten.⁴ Die Selbstverwaltungsorgane solcher kleinen Kassen hatten anfänglich noch eine enge Beziehung zu ihren Mitgliedern; oft beschäftigte eine Kasse nur einen Vertragsarzt für ihre Mitglieder. Die Verwaltungsorgane bestanden zu zwei Dritteln aus Vertretern der Arbeitnehmer, zu einem Drittel der Arbeitgeber. Die Krankenkassen entwickelten sich in den nächsten Jahrzehnten zu einer Domäne der Sozialdemokraten, denen die Selbstverwaltungsorgane der Kassen oft die einzige Möglichkeit zu einem beruflichen Aufstieg boten, blieb ihnen doch ansonsten im Kaiserreich eine Tätigkeit in der Staatsverwaltung verwehrt.⁵

Während der folgenden Jahrzehnte dehnte sich einerseits der Mitgliederkreis der Kassen aus. Beispielsweise wurden Familienangehörige der Versicherten mitversichert; eine Kann-Leistung, die die Hälfte der Kassen ihren Mitgliedern bereits um 1900 gewährte. Wochenhilfe für die Frauen der Versicherten kam während des Ersten Weltkriegs hinzu. Zudem wurden nun auch weitere Gruppen der Gesellschaft in die Krankenversicherung integriert, beispielsweise 1914 die Land- und Forstarbeiter sowie die Diensthilfen.⁶ Mit dem Ansteigen der Versichertenzahl ging andererseits die Anzahl der Kassen zurück; dennoch blieb die grundsätzliche Pluralität des deutschen Krankenversicherungswesens bestehen.

Den Krankenkassen als Kostenträgern standen im deutschen System damals im wesentlichen die Ärzteschaft als Anbieter von Gesundheitsleistungen gegenüber, die Leistungen der Krankenhäuser spielten bei Einführung der Krankenversicherung noch keine maßgebliche Rolle bei der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung.⁷ Das deutsche Gesundheitswesen war von Anfang an von Auseinandersetzungen zwischen den Akteuren Ärzteschaft und Krankenkassen gekennzeichnet, wobei es vor allem um Arzthonorare, Kassenzulassungen und die freie Arztwahl der Patienten ging.⁸

⁴ TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 389; Tennstedt erläutert am Beispiel Leipzigs, daß es in dieser Stadt 1885 18 verschiedene Ortskrankenkassen, unter anderem für Metallarbeiter, Buchbinder etc. und daneben 41 Betriebskrankenkassen gab; vgl. auch ALBER, Gesundheitswesen, S. 25–6.

⁵ TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 390; vgl. hierzu auch ausführlich DERS., Soziale Selbstverwaltung, Band 2, S. 53–60; vgl. auch IMMERGUT, State, S. 58–9.

⁶ Vgl. RITTER, Sozialstaat, S. 85–7; TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialpolitik, S. 170; DERS. Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 395; vgl. zu den Leistungen für Schwangere und Mütter ausführlich Kap. III, 4.1.1.

⁷ Vgl. hierzu ausführlich die folgenden Abschnitte über Ärzte und Krankenhauswesen S. 82 und S. 101.

⁸ Vgl. TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 394.

Während der Weimarer Republik weitete sich der Versichertenkreis der Krankenkassen weiter aus, gleichzeitig stieg die Inanspruchnahme der Kassen insgesamt erheblich an – bei starker finanzieller Belastung der Krankenversicherung als Folge des Ersten Weltkrieges und der Hyperinflation.⁹ Aus den ständigen Konflikten der Krankenkassen mit den niedergelassenen Ärzten erwuchs in den 1920er Jahren ein innovatives Element der Gesundheitsversorgung, das besonders in Berlin stark ausgebaut wurde und großen Anklang fand: die Kassen selbst richteten Ambulatorien ein, in denen Ärzte zur Versorgung der Mitglieder angestellt wurden. In solchen Ambulatorien arbeiteten mehrere Ärzte zusammen – meist auf ein Fachgebiet konzentriert –, so daß sich für die Krankenkassen auch eine aufwendige Ausstattung mit Geräten lohnte.¹⁰ In den letzten Jahren der Weimarer Republik verloren die Kassen jedoch zunehmend an Boden. Nach langer Auseinandersetzung mit der Ärzteschaft sah sich der Gesamtverband deutscher Krankenkassen 1931 gezwungen, einer auch von der Präsidentialregierung Brüning getragenen Neuordnung zuzustimmen. Danach ging der Sicherstellungsauftrag für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung von den Kassen auf die Kassenarztverbände über; die ärztlichen Leistungen wurden nun von den Kassen durch eine Kopfpauschale abgegolten.¹¹

Im „Dritten Reich“ beschnitt die NS-Regierung den Einfluß der den Nationalsozialisten verhaßten „roten“ Kassen systematisch, während die Ärzte ihre Machtstellung im wesentlichen behaupten konnten. Zunächst wurde bereits ein großer Teil der Krankenkassenmitarbeiter aufgrund ihrer politischen Einstellung entlassen. Die Nationalsozialisten lösten dann bereits im Laufe des Jahres 1933 die Selbstverwaltungsorgane der Kassen auf und unterstellten die Krankenkassen dem Führerprinzip.¹²

Nach dem Zweiten Weltkrieg mußte das Gesundheitswesen zunächst die Folgen des Krieges wie das starke Ansteigen verschiedener Infektionskrankheiten, die Folgen der Unterernährung und die zahllosen hygienischen Probleme bewältigen. In der Regierungserklärung des bayerischen Ministerpräsidenten Hans Ehard vom Januar 1947 hieß es beispielsweise:

Die große Zunahme der Bevölkerung und die Tatsache der ungeheuren Überbelegung allen Wohnraums infolge der großen Ausfälle durch Vernichtung von Hunderttausenden von Wohngebäuden, außerdem die Erschwerung aller hygienischen Maßnahmen lassen das Gesundheitswesen noch wichtiger werden als früher.¹³

⁹ TENNSTEDT, Soziale Selbstverwaltung, Band 2, S. 116–7; DERS., Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 396–7. Die Leistungen der Sozialversicherung wurden vor allem auf Druck der Gewerkschaften insgesamt stark ausgebaut; vgl. RITTER, Sozialstaat, S. 108.

¹⁰ Vgl. zu den Ambulatorien ausführlich, TENNSTEDT, Soziale Selbstverwaltung, Band 2, S. 150–80.

¹¹ TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 402; vgl. zu den Folgen der Verordnungen von 1931 unten, S. 82.

¹² Vgl. zu den Ärzten unten, S. 82; vgl. sonst RITTER, Sozialstaat, S. 136; TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 406.

¹³ Stenographischer Bericht über die 3. Sitzung des Bayerischen Landtags am 10. 1. 1947, S. 39;

Den Krankenkassen gelang in dieser Zeit der schnelle selbständige Neuaufbau ihrer Verwaltung und die Wiederaufnahme ihrer Leistungen. Dies geschah im wesentlichen, ohne daß es auf Seiten der deutschen Verwaltungen substantielle Konzepte für eine Neuordnung gegeben hätte.¹⁴ Die Bewältigung der Nachkriegsprobleme erschwerte Neuansätze, wenn sie nicht von den Besatzungsmächten energisch in Angriff genommen wurden.

In der Tat wurden von Seiten der Alliierten unterschiedliche Überlegungen angestellt, wie das deutsche Gesundheitswesen in Zukunft gestaltet werden sollte. In den westlichen Besatzungszonen wurde die traditionelle Struktur der Sozialversicherung nach 1945 beibehalten. Vom alliierten Kontrollrat war zwar 1946/47 ein Entwurf für eine Neuordnung der Sozialversicherung entstanden, die eher an dem englischen Modell orientiert war und eine Einheitsversicherung vorsah. Besonders in der sozialdemokratischen Partei und den Gewerkschaften hatten solche Reformpläne zahlreiche Befürworter. Dennoch scheiterte das Modell. Neben zunehmenden Zwistigkeiten zwischen den Alliierten war dafür der deutsche Widerstand verantwortlich, der sich besonders in konservativen und liberalen Kreisen manifestierte.¹⁵ Dahinter stand nicht zuletzt die Haltung, daß die Sozialversicherung als eine der wenigen deutschen Errungenschaften gesehen wurde, auf die man stolz sein könne und die deshalb erhalten bleiben müsse.¹⁶ Durch das Fortbestehen der traditionellen Krankenkassen beruhte das deutsche Gesundheitssystem damit weiterhin auf dem Konzept der Bildung von Risikogemeinschaften gleicher sozialer Gruppen in einer Fülle verschiedener Krankenkassen. In der Bundesrepublik blieb somit das Versicherungssystem mit seinen Hauptkennzeichen erhalten: Die Versicherungspflicht war auf bestimmte schutzbedürftige Bevölkerungskreise beschränkt, man führte keinen Gesundheitsdienst für alle ein, und es bestand weiterhin eine Vielzahl von Versicherungsträgern.¹⁷

Die erste Hälfte der 1950er Jahre war im wesentlichen von der Rekonstruktion der Sozialversicherung in ihrer Institutionenvielfalt bestimmt. 1951 wurde auch die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung wieder eingeführt, aller-

vgl. zur ähnlichen Situation in Nordrhein-Westfalen WOELK, *Geschichte*; SONS, *Gesundheitspolitik*.

¹⁴ TENNSTEDT, *Sozialgeschichte der Sozialversicherung*, S. 410; KIRCHBERGER, *Public-Health Policy*, S. 207–8. Kirchberger äußert sich zu dem Problem folgendermaßen: „The situation of health policy in the Western occupation zones is characterised by the word reconstruction. This does not immediately make clear, however, what was to be rebuilt and what was not (or rather, what was to be built differently). Health policy in the sense of conceptual ideas did not exist on the part of political authorities.“

¹⁵ Vgl. zu den Auseinandersetzungen um die künftige Form der Sozialversicherung ausführlich HOCKERTS, *Sozialpolitische Entscheidungen*, S. 51–85.

¹⁶ HOCKERTS, *Sozialpolitische Entscheidungen*, S. 49, macht dies an einer Rede Adenauers deutlich. Vgl. zum Scheitern der Einheitsversicherung auch BALDWIN, *Politics*, S. 186–207; REIDEGELD, *Sozialversicherung*; ABELSHAUSER, *Erhard*.

¹⁷ Vgl. HOCKERTS, *Vorsorge*, S. 225.

dings nun mit Parität zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern.¹⁸ Der Wiederaufbau geschah, wie Hockerts treffend formuliert hat,

in dreifacher Abgrenzung gegen nationalsozialistische Zentralisierungs- und Kollektivierungstendenzen, in Abwehr des Umbaus zur Einheitssozialversicherung, wie er nach Kriegsende von alliierter und teilweise auch gewerkschaftlicher Seite in die Wege geleitet wurde, schließlich auch in Abgrenzung von den neuen Mustern des britisch-skandinavischen Welfare State.¹⁹

Diese Richtungsentscheidung war maßgeblich von der CDU-geführten Bundesregierung unter Adenauer bestimmt worden. Die CDU wollte sich als konservative Partei von sozialistisch geprägten Entwürfen des Sozialstaates absetzen, wie man sie in Großbritannien und den skandinavischen Staaten erblickte. Da auch in den folgenden Wahlperioden bis 1966 die CDU den Regierungschef stellte, änderte sich an dieser grundsätzlichen Richtung kaum etwas.

Die Bedeutung der gesetzlichen Krankenkassen im bundesdeutschen Gesundheitssystem nahm weiterhin zu, da mittlerweile der überwiegende Teil der Bevölkerung in ihnen pflichtversichert war (72 Prozent im Jahr 1949; 10 Jahre später bereits 85 Prozent).²⁰ Der Mitgliederkreis der Kassen bestand sowohl aus Arbeitern und Angestellten bis zu einer gewissen Einkommensgrenze als auch aus nichterwerbstätigen Gruppen, von denen die Rentner die größte bildeten. Im Rahmen der Familienversicherung waren Ehefrauen und Kinder bei den Arbeitnehmern mitversichert. Den Kassen standen als Anbieter medizinischer Leistungen in der ambulanten Versorgung die Ärzte und in der stationären Versorgung die Krankenhäuser gegenüber. Die niedergelassenen Kassenärzte waren in der Bundesrepublik sowohl auf Landes- wie auf Bundesebene in Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert und konnten als selbstverwaltete und autonome Partner mit den Kassen verhandeln. Aufgrund der fortbestehenden Strukturen blieb für das deutsche Gesundheitswesen auch in den 1950er und 1960er Jahren eine beständige Auseinandersetzung der organisierten Interessengruppen kennzeichnend. Die Akteure im Gesundheitswesen, die Krankenkassen, die Verbände der Ärzteschaft, die Träger der Krankenhäuser sowie staatliche Institutionen auf Bundes- und Landesebene verfolgten dabei durchwegs unterschiedliche Interessen, was zu andauernden Konflikten und Reibereien führte. Vor allem die beständige Auseinandersetzung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den privaten Leistungsanbietern, insbesondere den Ärzteverbänden, bestimmte die Gesundheitspolitik der Bundesrepublik über Jahre.

¹⁸ TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 414–5. Dies bedeutete eine erhebliche Entmachtung der Arbeitnehmerschaft. Die Neubesetzung der Selbstverwaltungsorgane führte zusammen mit anderen Veränderungen zu einer Entpolitisierung der Krankenkassenverwaltungen.

¹⁹ HOCKERTS, Sozialpolitik, S. 363–4; vgl. hierzu auch ZAPF, Development, S. 132.

²⁰ TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 422; vgl. zur Struktur des bundesdeutschen Systems ALBER, Gesundheitswesen; SCHEUCH, Gesundheitswesen.

Das gesamte deutsche Gesundheitssystem erfuhr trotz zahlreicher Kontinuitäten aus der Vorkriegszeit in den 1950er Jahren auch einige wichtige Veränderungen, die die weitere Entwicklung entscheidend beeinflussten. So festigte das Kassenarztgesetz von 1955 die im deutschen System – verglichen mit anderen Ländern – starke Stellung der Ärzte endgültig, indem es den Ärzten das Monopol der ambulanten Versorgung zugestand. Dadurch verschoben sich die Machtverhältnisse nicht nur zu Ungunsten der Kassen.²¹ Auch der öffentliche Gesundheitsdienst verlor an Bedeutung. Während die Ärzteschaft ihre Position ausbauen konnte, wurde das öffentliche Gesundheitswesen in seinen Kompetenzen beschnitten und gab immer mehr Aufgabenbereiche ab. Gleichzeitig mißglückten Reformversuche, die dem öffentlichen Gesundheitswesen neue Aufgaben zugewiesen hätten, wie das Gesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge, das 1956 endgültig aufgegeben wurde.²²

Das Scheitern eines weiteren Projektes prägte ebenfalls das bundesdeutsche Gesundheitswesen.²³ Die Bundesregierung strebte im Rahmen der sogenannten Sozialreform, die die gesamten Sozialversicherungsleistungen auf eine einheitliche neue Grundlage stellen sollte, eine Struktur- und Gesamtreform des Krankenkassenwesens durch das Krankenversicherungsneuregelungsgesetz (KVNG) an. Der geplanten Neuregelung im Krankenkassenwesen, die Arbeitsminister Theodor Blank 1958 vorstellte, gingen die Rentenreform 1957, die Reformierung der Krankenversicherung der Rentner sowie die Einführung der Lohnfortzahlung für Arbeiter im Krankheitsfall voran.²⁴ Das neue Gesetz zur Krankenversicherung sollte die Tendenz zum Versorgungsstaat wieder bremsen und vor allem durch Selbstbeteiligung die Leistungen der Krankenkassen stärker auf schwere Krankheitsfälle konzentrieren. Dieses Vorhaben stieß auf heftigen Widerstand in der SPD wie auch in den gewerkschaftlichen und Arbeitnehmerkreisen der CDU, die sich gegen den Abbau von Leistungen wehrten. Gleichzeitig strebte das neue Gesetz durch staatliche Honorarfestlegungen eine bessere Kontrolle über die Ausgaben im Gesundheitswesen an. Die Verhandlungsautonomie zwischen Ärzten und Kassen sollte weitgehend aufgehoben werden.²⁵

²¹ Vgl. WANEK, Machtverteilung, Struktur, S. 133; sowie FRERICH und FREY, Handbuch, Band 3, S. 76.

²² Vgl. SÜSS, Gesundheitspolitik, S. 65; vgl. zum Scheitern dieses Gesetzes ausführlich den Abschnitt über den öffentlichen Gesundheitsdienst, S. 66–8.

²³ Vgl. zur Genese und zum Scheitern des KVNG umfassend REUCHER, Reformen; sowie TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 418–9; LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 152–3; ROSEWITZ und WEBBER, Reformversuche, S. 172–83.

²⁴ Vgl. zur Krankenversicherung der Rentner REUCHER, Reformen, S. 65–85; zur Lohnfortzahlung für Arbeiter im Krankheitsfalle EBENDA, S. 86–98.

²⁵ Vgl. hierzu auch das Kapitel über Ärzte, S. 82; sowie NASCHOLD, Kassenärzte, S. 222–64; zu den heftigen Diskussionen um die Selbstbeteiligung in den Bundestags-Ausschüssen für Gesundheitswesen, Arbeit und Sozialpolitik vgl. PA, III 1002 A1 und A2 passim.

Sowohl im Regierungslager als auch bei der Opposition war der die Arbeit am Gesetzentwurf nachhaltig blockierende, umstrittenste Punkt die Frage der Zuzahlungen der Kassenpatienten. Gleichzeitig opponierten einerseits die Kassenverbände, andererseits die Ärzte gegen alle Änderungen, die ihren Status beschnitten hätten. Der vehemente Widerstand der Ärzteschaft, die auf jeden Fall eine staatliche Kontrolle ihrer Honorarverhandlungen verhindern wollte, trug nicht unwesentlich zum Scheitern des Gesetzes bei, das endgültig 1961 im sozialpolitischen Ausschuß des Bundestages zu Fall kam.²⁶ Statt dessen wurden einzelne Leistungsverbesserungen aus der Gesamtreform herausgenommen und umgesetzt, ohne ein wirksames Instrument der staatlichen Ausgabensteuerung einzufügen. Es gelang auch 1963 bei einem erneuten Reformversuch Blanks nicht, das Krankenkassenwesen auf eine neue konzeptionelle Grundlage zu stellen. Abermals wurden in den folgenden Jahren lediglich die Leistungen der Kassen durch Einzelgesetze ausgedehnt, insbesondere durch die Einbeziehung der Vorsorge in den Jahren 1965 und 1971.²⁷

Neben den ständigen Auseinandersetzungen zwischen Kassen, Leistungsanbietern und Staat kennzeichneten auch Strukturprobleme, die aus dem föderalen Aufbau der Bundesrepublik herrührten, das westdeutsche Gesundheitswesen. Die Verhältnisse waren von Anfang an durch eine starke Verschränkung der Zuständigkeiten von Bund und Ländern geprägt. Der Bund konnte über internationale Abkommen und die Mitgliedschaft in supranationalen Organisationen – das betraf vor allem die Beziehungen zur Weltgesundheitsorganisation – sowie bei Maßnahmen zum Schutz der Zivilbevölkerung in eigener Regie entscheiden.²⁸ Alles andere fiel in den Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung; das heißt, die Länder hatten die Befugnis, Gesetze zu erlassen, solange der Bund nicht tätig wurde. Das Initiativrecht des Bundes war allerdings noch weiter eingeschränkt: Nur wenn ein Bedürfnis nach einer bundesgesetzlichen Regelung bestand, weil die Angelegenheit durch die Gesetzgebung einzelner Länder nicht wirksam geregelt werden konnte, sollte der Bund eingreifen (Art. 72 Abs. 2 Grundgesetz). An dieser Einschränkung scheiterte 1964 zum Beispiel das vom Bund initiierte Jugendzahnpflegegesetz. Obwohl der Bundesrat das Gesetz grundsätzlich begrüßte, bestritt er die Notwendigkeit eines *Bundesgesetzes* und lehnte dieses daher ab.²⁹

In den Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung fiel auch die Seuchenbekämpfung. Von seinem Gesetzgebungsrecht machte der Bund hier durch das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1953 sowie durch das

²⁶ REUCHER, Reformen, S. 178–81; vgl. zum Verhalten der Ärzteschaft auch ESCHENBURG, Staatsführung.

²⁷ TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 420–1; vgl. zum Ausbau der Kassenleistungen auf dem Gebiet der Vorsorge besonders das Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, Kap. III, 4.

²⁸ Vgl. BERNHARDT, Zuständigkeiten, S. 6.

²⁹ Vgl. MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 438.

Bundesseuchengesetz von 1961 Gebrauch;³⁰ danach konnten die Länder auf diesen Gebieten nicht mehr gesetzgeberisch tätig werden. Die konkurrierende Gesetzgebung galt ferner für die Zulassung zu den ärztlichen Berufen und den sonstigen Heilberufen sowie die Regelung der Beziehungen zwischen den einzelnen Trägern des Gesundheitswesens³¹. In der Zuständigkeit des Bundes verblieb die gesetzliche Krankenversicherung. Hier konnte der Bund regulierend eingreifen, der Spielraum der Länder blieb beschränkt. Die solchermaßen zwischen Bund und Ländern aufgesplitterten Kompetenzen behinderten zahlreiche Gesetzesvorhaben.³²

Gerade im öffentlichen Gesundheitswesen hätten die Länder eine relativ große Gestaltungsfreiheit gehabt. Allerdings nutzten sie ihren Handlungsspielraum selten konsequent aus. Als Ausnahme kann Nordrhein-Westfalen gelten, wo sich, wie in den folgenden Kapiteln noch deutlich werden wird, der öffentliche Gesundheitsdienst relativ rege zeigte.

Von verschiedenen Organisationen wurde die Untätigkeit der Länder auf diesem Gebiet bemängelt. Die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege beispielsweise beklagte Mitte der fünfziger Jahre, daß noch kein freiwilliger unentgeltlicher Blutspendendienst von den Ländern durchgeführt werde, daß die Schulzahnpflege nicht funktioniere und daß es in der Schulgesundheitspflege an Ärzten und Etatmitteln fehle. Versuche des Bundes, in das öffentliche Gesundheitswesen einzugreifen, wurden von den Ländern jedoch vielfach aus prinzipiellen Erwägungen abgelehnt.³³

Hinzu kam, daß das Gesundheitswesen auch auf Bundesebene unter seiner organisatorischen Zersplitterung litt. Die Belange der Sozialversicherungen und mit ihr die Krankenkassen fielen in die Zuständigkeit des Arbeitsministeriums. Fragen der öffentlichen Fürsorge, der Zulassung zu ärztlichen Berufen, der Hygiene, der übertragbaren Krankheiten, der Gesundheitsfürsorge, des Verkehrs mit Arzneimitteln und Giften, Fragen der Lebensmittelhygiene, Ausbildung von Tierärzten etc. wurden in der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums bearbeitet.³⁴ In den meisten Ländern zeigte sich eine ähnliche Aufteilung. In Bayern unterstanden zum Beispiel das öffentliche Gesundheitswesen und die Gesundheitsverwaltung dem Innenministerium, für die Kran-

³⁰ Vgl. BGBl. 1953, Teil I/1, S. 700–6: Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. 7. 1953.; BGBl. 1961, Teil I/1, S. 1012–29: Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (Bundesseuchengesetz) vom 18. 7. 1961.

³¹ Der Bund erließ 1961 eine Bundesärzteordnung; Bayern war beispielsweise auf diesem Gebiet bereits seit 1946 wiederholt gesetzgeberisch tätig geworden. Vgl. Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, S. 3–4; Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt 1945/46, S. 193–196: Bayerisches Ärztesgesetz vom 25. 5. 1946.

³² Vgl. ALBER, Gesundheitswesen, S. 17–8; dies wird vor allem im Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge deutlich werden, vgl. Kap. III, 4.

³³ BayHStA, NL Soenning Ordner AB, Blauer Plan für das Gesundheitswesen vom 8. 12. 1956; vgl. auch MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 438.

³⁴ BAK, B 142/647, Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, Entwurf 1953.

kenversicherung, Arbeits- und Gewerbemedizin war das Arbeitsministerium zuständig.³⁵ Lediglich in den Stadtstaaten West-Berlin, Bremen und Hamburg gab es einen Senator für Gesundheitswesen. In den übrigen Ländern unterstand die Abteilung für Gesundheitswesen wie in Bayern dem Innenministerium, außer in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen, wo die Gesundheitsverwaltung dem Sozialministerium untergeordnet war.³⁶ Zu wichtigen Einrichtungen entwickelten sich daher sowohl die Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder wie auch die Arbeitsgemeinschaft der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder. Beide tagten mindestens einmal jährlich und wurden in dem zersplitterten Gesundheitswesen zu bedeutenden, übergreifenden Beratungs- und Entscheidungsgremien, was besonders im Kapitel über die Bekämpfung der Kinderlähmung deutlich wird.³⁷

Weitere Institutionen auf Bundesebene waren zum einen das Bundesgesundheitsamt, das 1952 als neue Bundesbehörde geschaffen wurde. Es hatte drei Institute mit einer langen Tradition unter sich, das Max-von-Pettenkofer-Institut, das vor allem mit Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege, Sammlung statistischer Materialien, Vorbereitung von Gesundheitsgesetzen, aber auch mit Lebensmittelhygiene beschäftigt war, das Robert-Koch-Institut, das sich der Erforschung von Infektionskrankheiten widmete sowie das Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene.³⁸

Zum anderen verfügte die Bundesregierung und insbesondere die Gesundheitsabteilung des Bundesinnenministeriums über ein beratendes Organ, den Bundesgesundheitsrat, der nach einem Beschluß der Bundesregierung vom September 1950 gebildet wurde. Er sollte die Bundesregierung bei der Vorbereitung von Gesetzesvorhaben unterstützen und stand allen Bundesministern beratend zur Seite. Die 80 Mitglieder des Bundesgesundheitsrates, Experten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens und Gesundheitspolitiker, wurden auf Vorschlag des Bundesinnenministers berufen. Eine Vollversammlung des Gremiums tagte nur zweimal im Jahr, während die einzelnen Ausschüsse zu verschiedenen Themenbereichen öfter zusammentraten. Letztere sollten zwar ein Votum abgeben, hatten aber keine Entscheidungsvollmachten.³⁹

Das Fehlen eines Bundesgesundheitsministeriums und die Aufspaltung zwischen Sozial- und Innenministerium wurde auch in der Ministerialverwaltung kritisch gesehen; gegenüber einer Integration der getrennten Teilbereiche war man allerdings aufgrund der deutschen Tradition skeptisch:

³⁵ Vgl. KOCK, Landtag, Band 1, S. 296–310.

³⁶ BAK, B 142/647, Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, Entwurf 1953.

³⁷ Vgl. BAK, B 142/703–708, passim; sowie unten Kap. III, 2.

³⁸ DANIELS, Bundesgesundheitsamt, S. 9–11, vgl. auch BAK, B 142/691, Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland.

³⁹ BAK, B 142/691, Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, Verwaltung und Organisation.

Die Schwierigkeiten entsprechend des Beispiels anderer Staaten auch in Deutschland zu einem Gesundheitsministerium zu kommen, liegen in der historischen Entwicklung, die unbeabsichtigt den Großteil des therapeutischen Sektors und zwar 80% der ambulanten Therapie als eine Funktion der Sozialversicherung unter einen anderen Generalaspekt gestellt hat als den der Gesundheitsverwaltung. Dies ist nach dem 1. Weltkrieg mit der Schaffung eines Arbeitsministeriums sehr stark fixiert worden.⁴⁰

Die Aufteilung des deutschen Gesundheitswesens, das schon seit Ende des 19. Jahrhunderts zwischen Sozialversicherung und öffentlichem Gesundheitsdienst getrennt war, wurde als determinierend empfunden, eine grundlegende Reform nicht gewagt. Innenminister Lehr faßte 1952 zusammen:

Das Gebiet der Sozialhygiene steht dem Versicherungsgedanken fern, in anderen Ländern ist dies integriert. Es ist daher sehr schwierig, in Deutschland die Arbeit an der Gesundheitserhaltung der Bevölkerung in einem Gesundheitsministerium zusammenzufassen. [...] Es bleibt somit nur die Möglichkeit eines Gesundheitsministeriums im eingeschränkten Sinne, also etwa innerhalb des Umfanges meiner Gesundheitsabteilung.⁴¹

Das Fortbestehen der strukturellen Probleme wurde Anfang der sechziger Jahre immer deutlicher und von Organisationen wie der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege immer wieder öffentlich kritisiert:

Die Bedeutung einer zielbewußten Gesundheitspolitik wird in zahlreichen anderen Ländern (Belgien, Holland, Frankreich, Italien, Luxemburg) anerkannt. Dies findet seinen besonderen Ausdruck darin, daß in diesen Ländern die Angelegenheiten des Gesundheitswesens von einem Gesundheitsministerium vertreten werden. Es stellt sich die Frage, weshalb in der Bundesrepublik die Bedeutung der Volksgesundheit für den Staat nicht die gleiche Wertung erfährt und eine ihr entsprechende Institution findet.⁴²

Die geforderte Institution, ein zentrales Bundesgesundheitsministerium, wurde schließlich im November 1961 errichtet. Es ging im wesentlichen aus der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums hervor.⁴³ Das Bundesgesundheitsministerium übernahm vom Innenministerium die Abteilung für Gesundheitswesen mit den Unter-Abteilungen Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Zulassung zu ärztlichen Berufen, Verkehr mit Arzneimitteln, Gesundheitsstatistik, internationales Gesundheitswesen, sowie Fragen der Raumordnung und des Naturschutzes. Hinzu kam das Bundesgesundheitsamt, die Kompetenzen für Wasserangelegenheiten aus dem Ministerium für Atomkernenergie, die Zuständigkeiten für Schlachtvieh- und Fleischbeschau, Milcherzeugnisse sowie die gesundheitliche Ernährungsmittelberatung aus dem Ernährungs- und

⁴⁰ BAK, B 142/773, Bundesministerium des Innern an Staatssekretär des Bundeskanzleramtes, 10. 2. 1952.

⁴¹ BAK, B 142/773, Bundesministerium des Innern an Staatssekretär des Bundeskanzleramtes, 10. 2. 1952.

⁴² BAK, B 142/5082 Besprechung im Referat IV des Innenministeriums 4. 9. 1961, Anlage Resolution der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege.

⁴³ BERNHARDT, Zuständigkeiten, S. 7. Auch in einigen Ländern, in denen bisher dem Gesundheitswesen wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, zeigten sich nun neue Initiativen. In Bayern konstituierte sich beispielsweise 1962 ein gesundheitspolitischer Arbeitskreis der CSU. Vgl. BayHStA, NL Soenning Ordner B 8, Dr. Soenning an Dr. Hass, 15. 7. 1965.

Landwirtschaftsministerium.⁴⁴ Allerdings verblieb die Krankenversicherung weiterhin im Ressort des Sozialministeriums, so daß von einer grundlegenden Reformierung des gesamten Gesundheitswesens nicht die Rede sein konnte. Dennoch erhielt die Gesundheitspolitik in den 1960er Jahren durch die Umstrukturierung neue Impulse. Erste Gesundheitsministerin wurde Elisabeth Schwarzhaupt, die sich zuvor vor allem in der Familien- und Frauenpolitik engagiert hatte und der die Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche ein besonderes Anliegen war.⁴⁵

Während sich die Umgestaltung der Krankenversicherung im wesentlichen auf Gesetze beschränkte, die die Leistungen der Versicherungen ausbauten, scheiterten weitere Vorhaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes am Widerstand der Länder im Bundesrat und machten in der Folge eine Gesetzgebung auf gesundheitsfürsorgerschaftlichem Gebiet praktisch unmöglich.⁴⁶ Das Gesundheitsministerium konnte in diesem Bereich nur Koordinationsfunktionen wahrnehmen.⁴⁷ Die oben geschilderten strukturellen Probleme bestanden im wesentlichen fort.

Innerhalb der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums bzw. des Gesundheitsministeriums und anderer Behörden gab es einige Personen, die die Entwicklung des Gesundheitswesens der 1950er und 1960er Jahre nachhaltig beeinflussten und in den unterschiedlichen Problembereichen, die im folgenden angesprochen werden, eine wichtige Rolle spielten. Jene Protagonisten sollen daher kurz vorgestellt werden.

Hier ist zunächst Franz Redeker zu nennen, der die Abteilung Gesundheitswesen im Innenministerium in den ersten Jahren der Bundesrepublik leitete. Redeker, 1891 geboren, war in den 1920er Jahren als Stadt- und Kreisarzt tätig, wurde 1930 Obermedizinalrat in Osnabrück und arbeitete in der Zeit des Nationalsozialismus als Medizinaldezernent beim Polizeipräsidium in Berlin.⁴⁸ Seit 1930 gab er zudem die *Zeitschrift für Gesundheitsverwaltung und Gesundheitsfürsorge* (später: *Der öffentliche Gesundheitsdienst*) heraus. Unmittelbar nach dem Krieg übernahm er die Leitung des Hauptgesundheitsamtes in Berlin, bevor er 1949 als Leiter der Gesundheitsabteilung ins Bundesinnenministerium wechselte. In dieser Position und später als Präsident des Bundesgesundheitsamtes sah er sich in der Fortsetzung einer guten, erfolgreichen Tradition des deutschen öffentlichen Gesundheitswesens und des „preußischen Physikus“. Eine Neuordnung des Gesundheitswesens sowie eine kritische Ausein-

⁴⁴ BAK, B 142/5082, Adenauer an die Bundesminister, 29. 1. 1962.

⁴⁵ Vgl. SALENTIN, Elisabeth Schwarzhaupt. Auch nach ihrem Ausscheiden aus dem Ministeramt engagierte sich Elisabeth Schwarzhaupt weiterhin auf ähnlichen Gebieten. Sie wurde Vorsitzende des Bundestagsausschusses für Nichtehelichenrecht.

⁴⁶ Vgl. hierzu unten den Abschnitt über den Öffentlichen Gesundheitsdienst, S. 64.

⁴⁷ Vgl. auch BAK, B 142/5082, Strobel über Gesundheitsministerium, 1969.

⁴⁸ SCHRÖDER, In Memoriam; SCHABEL, Soziale Hygiene, S. 433; LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 474–6.

andersetzung mit dem Erbe der NS-Zeit lagen ihm fern.⁴⁹ Zwar kämpfte er beispielsweise für eine liberale Fassung des Geschlechtskrankengesetzes und setzte sich für eine starke Beteiligung des öffentlichen Gesundheitswesens in der Vorsorge ein, dennoch verlor das öffentliche Gesundheitswesen mehr und mehr an Boden, wogegen er offenbar nichts zu unternehmen vermochte.

Eine ebenso prägende Figur war in den 1950er Jahren sicherlich Wilhelm Hagen, der bis Mitte 1956 im Innenministerium dem Referat für Gesundheitsfürsorge vorstand.⁵⁰ Er initiierte neben dem Gesetzentwurf zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge auch Projekte zur Säuglings- und Mütterfürsorge und war zudem bei der Formulierung der Entwürfe zum Geschlechtskrankengesetz entscheidend beteiligt. Hagen war Verfechter eines umfassenden öffentlichen Gesundheitsdienstes, wollte insbesondere die Gesundheitsämter in ihren Aufgabenbereichen stärken und stellte sich gegen eine weitere Ausbreitung der Kompetenzen der freien Ärzteschaft. 1893 geboren, war Hagen in Augsburg aufgewachsen und hatte in Erlangen, München und Freiburg Medizin studiert. Nach seinem Studium trat er 1921 eine Stelle als Kreiskommunalarzt des Landkreises Lennep im Bergischen Land an.⁵¹ Dort wurde er mit den Problemen der Nachkriegsverelendung, der hohen Kindersterblichkeit und der Tuberkulose konfrontiert. Von 1923–1925 hatte Hagen eine Stelle als Stadtarzt in Höchst am Main inne.⁵² 1925 übernahm er die Leitung der Kinder- und Jugendfürsorge der Stadt Frankfurt am Main, gleichzeitig war er an der dortigen Pädagogischen Akademie Dozent für Schulgesundheitspflege.⁵³ Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten verlor Hagen seinen Posten. Nachdem ein Emigrationsversuch gescheitert war, gelang es ihm schließlich, sich in der Praxis seines verstorbenen Vaters in Augsburg niederzulassen.⁵⁴ Hier arbeitete er, bis er 1940 als deutscher Amtsarzt nach Warschau dienstverpflichtet wurde, wo er unter anderem bei der Einrichtung des Ghettos eine sehr umstrittene Rolle spielte.⁵⁵

⁴⁹ Dies wird besonders deutlich in seinem Aufsatz „Magister in Physica“, wo er auf 20 Seiten auf die ehrenvolle Tradition des Physikus seit der Antike eingeht. Für die Zeit des Nationalsozialismus, mit der er sich nur auf einer Seite beschäftigt, nimmt er – fälschlich – für die Amtsärzte in Anspruch, daß sie die einzig standhaften in der Zeit des Nationalsozialismus gewesen seien: „Kein Amtsarzt stand unter den Ärzten, die in Nürnberg oder sonstwo vor dem Richter standen. [...] Ein Physikus jedoch war es, der als einziger schon 1931/32 vor der aufkommenden Erb- und Rassenlehre warnte. Ein Physikus war es, der den Reichsgesundheitsführer in seinem Dienstzimmer stellte und Protest gegen das einsetzende Irrenmorden erhob.“ Mit diesen sehr zweifelhaften Aussagen war für Redeker das Kapitel NS beendet. Vgl. REDEKER, *Magister*, insbesondere S. 193.

⁵⁰ Vgl. BAK, Organigramm des Bundesministeriums des Innern.

⁵¹ Vgl. HAGEN, Auftrag, S. 15–23.

⁵² HAGEN, Auftrag, S. 90; DERS., *Gesundheitsfürsorge einer Industriestadt*, S. 54–88.

⁵³ Vgl. z. B. Veröffentlichungen aus den Jahren 1927 bis 1929 zu den Themen gesundheitliche Jugendfürsorge, Gesundheitszustand der Frankfurter Kinder, zur Säuglingssterblichkeit, zu gesundheitlichen und sozialen Folgen problematischer Wohnsituationen.

⁵⁴ HAGEN, Auftrag, S. 130–8.

⁵⁵ Vgl. hierzu ausführlich CAUMANN und ESCH, *Fleckfieber*.

Von 1943 bis zum Kriegsende diente er als Arzt bei der 6. Armee. Nach dem Krieg wurde Hagen von Franz Redeker in das Referat für Gesundheitsfürsorge im Bundesinnenministerium geholt.⁵⁶ Darüber hinaus lehrte er an der Universität Bonn Gesundheitsfürsorge und engagierte sich auch stark auf internationaler Ebene: Er reiste für das Ministerium zu Kongressen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und verfaßte in deren Auftrag eine Übersicht über den Stand der Fürsorge für Mutter und Kind in Europa.⁵⁷ Hagens Gesetzentwurf zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge, mit dem er vor allem dem öffentlichen Gesundheitswesen zahlreiche Aufgaben in der Prävention zuweisen wollte, scheiterte allerdings bereits innerhalb des Innenministeriums. 1956 schied Hagen aus dem Ministerium aus und wurde Präsident des Bundesgesundheitsamtes.

Als weitere wichtige Person, die die Gesundheitspolitik auf Bundesebene in der zweiten Hälfte der 1950er Jahre bis Mitte der 1960er Jahre nachhaltig mitgestaltete, ist Josef Daniels anzusehen. 1910 geboren, arbeitete er nach seiner Approbation 1936–39 im Gesundheitsamt Hechingen und war nach dem Heeresdienst ab 1941 am Institut für Fleckfieber und Virusforschung in Krakau tätig. Nach dem Krieg war er zunächst Referent im Innenministerium von Südwürttemberg, dann Leiter des Gesundheitsamtes Tübingen, Referent in der Gesundheitsabteilung des nordrhein-westfälischen Innenministeriums, schließlich Präsident der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf, bevor er von 1959 bis 1964 im Bundesinnenministerium bzw. später im Bundesgesundheitsministerium und danach bis 1969 als Präsident des Bundesgesundheitsamtes wirkte.⁵⁸

Nur wenige leitende Gesundheitspolitiker in den Anfangsjahren der Bundesrepublik konnten auf eine politisch so standhafte Haltung während der Zeit des Nationalsozialismus verweisen wie beispielsweise Bruno Harms. Während der 1920er Jahre war er in Berlin Stadtarzt, wurde 1933 entlassen und überdauerte die nationalsozialistische Zeit dann als praktischer Arzt. Harms avancierte 1946 zum Stadtrat für Gesundheitswesen beim Berliner Magistrat, bevor er 1949–53 Präsident des Robert-Koch-Instituts für Hygiene und Infektionskrankheiten wurde.⁵⁹

Typisch für die Gesundheitspolitiker der Nachkriegszeit sind eher Lebensläufe wie die von Franz Klose oder Hans Harmsen, deren Karrieren relativ ungebrochen verliefen. Klose, 1887 geboren, war zunächst Militärarzt im Ersten Weltkrieg und baute dann in den 1920er Jahren im Gesundheitsamt Kiel eine

⁵⁶ Vgl. BAK, Organigramm des Bundesministerium des Innern.

⁵⁷ Vgl. HAGEN, Gesundheitsfürsorge. Kollegheft; DERS., Auftrag, S. 240–3; sowie BAK, B 142/4043, Bericht für die WHO über die Fürsorge für Mutter und Kind in neun europäischen Staaten, Entwurf.

⁵⁸ SCHABEL, Soziale Hygiene, S. 417.

⁵⁹ SCHABEL, Soziale Hygiene, S. 423.

umfassende Säuglingsvorsorge auf.⁶⁰ Seine Karriere wurde durch den Nationalsozialismus keineswegs unterbrochen: 1936 habilitierte er in Sozialhygiene, 1939–45 war er beratender Hygieniker bei der Armee. 1946 wurde er schließlich Professor für Hygiene an der Universität Kiel, 1952 baute er das Bundesgesundheitsamt auf und war dessen erster Präsident, bis er als Nachfolger Redekers 1954 Ministerialdirektor im Bundesministerium des Innern wurde.⁶¹ Auch Klose gelang es in dieser Zeit nicht, den öffentlichen Gesundheitsdienst und dessen Aufgabenbereich zu stärken. Nach seiner Pensionierung war er weiterhin auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege sehr rege, z. B. als Mitbegründer und Präsident der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege.

Hans Harmsen war zwar nicht auf der Ebene der Bundespolitik tätig, konnte aber in den 1950er Jahren als akademischer Lehrer das Gesundheitswesen nachhaltig beeinflussen. 1899 geboren, promovierte er bei dem prominenten Sozialhygieniker Grotjahn über „Die französische Sozialgesetzgebung im Dienste der Bekämpfung des Geburtenrückgangs“, wurde Leiter des Referats Gesundheitsfürsorge im Centralausschuß für die Innere Mission in Berlin, später Geschäftsführer der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und Mitarbeiter am Hygienischen Institut in Berlin. 1939 habilitierte er sich und war auch während des Zweiten Weltkriegs als Hygieniker und Wissenschaftler tätig, wobei er stark in die eugenischen Maßnahmen des Nationalsozialismus verwickelt war.⁶² Bereits 1946 wurde er aber von den englischen Besatzungsbehörden wieder als Professor für Soziale Hygiene in Hamburg eingesetzt und später zum Leiter der Akademie für Staatsmedizin in Hamburg ernannt, die für die Ausbildung der Amtsärzte für die britische Besatzungszone zuständig war. Harmsen avancierte so zu einer bestimmenden Figur in der öffentlichen Gesundheitspolitik wie auch der Sozialhygiene der frühen Bundesrepublik.

Die meisten Karrieren der bundesdeutschen Gesundheitspolitiker sind im wesentlichen durch Kontinuität während der Jahre des Nationalsozialismus gekennzeichnet.⁶³ Da aus der eigenen Lebensperspektive die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und des gesamten deutschen Gesundheitswesens auch unter dem Nazi-Regime offenbar als durchaus positiv gesehen wurde und man zumindest der Meinung war, das Gesundheitswesen habe die NS-Zeit unbeschadet überstanden, gab es von diesen Politikern in der Bundesrepublik

⁶⁰ Vgl. hierzu Kap. III, 4.

⁶¹ LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 437–8; vgl. auch die Karriere von Otto Buurmann, der nach 1945 in Nordrhein-Westfalen einer der führenden Gesundheitspolitiker war; SCHLEIERMACHER, Traditionen, S. 273–4.

⁶² Vgl. zu seinem Werdegang SCHLEIERMACHER, Sozialethik, S. 58–65.

⁶³ Vgl. insgesamt zum Problem der Kontinuitäten im öffentlichen Dienst, GARNER, Public Service Personnel; vgl. für den öffentlichen Gesundheitsdienst SCHMACKE, Individualisierung, S. 183.

kaum Impulse für einen Neuanfang oder Vorschläge für grundsätzliche Reformen des bundesdeutschen Systems. Die Neuordnung und Verstaatlichung des öffentlichen Gesundheitswesens durch die Nationalsozialisten von 1934 wurde von diesen Gesundheitspolitikern als positiv wahrgenommen,⁶⁴ während alternative Formen wie die Entwicklung einer *Community Care*, eine stärkere Kommunalisierung des Gesundheitswesens oder eine Verbindung von sozialen und medizinischen Diensten nicht thematisiert wurden; solche Vorschläge kamen lediglich von sozialdemokratischer Seite.

1.2 GROSSBRITANNIEN – EINFÜHRUNG UND STRUKTURPROBLEME DES „NATIONAL HEALTH SERVICE“

Eine Krankenversicherung (*National Health Insurance*), wurde in Großbritannien erstmals 1911 eingeführt. Sie galt allerdings nur für Arbeiter unterhalb einer bestimmten Lohngrenze; Familienmitgliedern und Kindern wurde keine medizinische Versorgung zugestanden. Zunächst umfaßte die Versicherung nur weniger als ein Drittel der Bevölkerung, 1938 waren dann immerhin 43 Prozent der Bevölkerung über die *National Health Insurance* erfaßt.⁶⁵

Zuvor war die Absicherung vor Krankheiten in erster Linie genossenschaftlich organisiert. Vor allem Handwerker und Facharbeiter gehörten den sogenannten *Friendly Societies* an und sicherten sich mit ihren Beiträgen gegen Krankheit ab. Die privaten oder genossenschaftlichen Versicherungsgemeinschaften spielten auch im gesellschaftlichen Leben eine wichtige Rolle.⁶⁶ Daneben gab es gewerkschaftliche Organisationen, die ihre Mitglieder ebenfalls gegen Krankheitsrisiken schützten. All diese Vereinigungen hatten meist zur Versorgung ihrer Beitragszahler Verträge mit Ärzten über sogenannte *Club Practice*, einige Stunden, in denen die Ärzte dann die Mitglieder behandelten. Große Vereinigungen beschäftigten selbst Ärzte.⁶⁷ Die Formen der freiwilligen Absicherung bestanden auch nach der Einführung der staatlichen Krankenversicherung fort, da sie als *Approved Societies* im neuen Versicherungssystem anerkannt wurden. Das neue Versicherungssystem zeichnete sich so durch eine Vielzahl von unabhängigen Versicherungsgesellschaften aus. Zudem versuch-

⁶⁴ Vgl. hierzu ausführlich unten Abschnitt 2.1.

⁶⁵ Vgl. zu den Schwierigkeiten bei der Einführung der National Health Insurance ausführlich GILBERT, *Evolution*, S. 289–399; zur Umsetzung und den Problemen mit der Ärzteschaft EBENDA, S. 400–47; zur Entwicklung der National Health Insurance insgesamt außerdem DERS., *Policy*, S. 255–304; vgl. zudem RITTER, *Sozialversicherung*, S. 94, LEWIS, *Providers*, S. 326.

⁶⁶ Vgl. zur Geschichte der *Friendly Societies* in den letzten Dekaden des 20. Jahrhunderts ausführlich GOSDEN, *Self-Help*, S. 77–114.

⁶⁷ Vgl. zur *Club Practice* unten, S. 92; GOSDEN, *Self-Help*, S. 113. Die Leeds Amalgamated Friendly Society beschäftigte beispielsweise 1883 einen eigenen Arzt, der auch in den Räumen der Society praktizierte. Vgl. zu der Entstehung von Medical Clubs auch HODGKINSON, *Origins*, S. 602–10.

ten die nicht in die staatliche Versicherung aufgenommenen Familienmitglieder, sich durch freiwillige Formen der Absicherung gegen Krankheitsfälle zu wappnen.⁶⁸

Wie unten im Kapitel über die kommunalen Gesundheitsbehörden ausführlich beschrieben wird,⁶⁹ entwickelte sich seit der Jahrhundertwende und verstärkt seit den 1920er Jahren in Großbritannien ein aktives öffentliches Gesundheitswesen. Die örtlichen Gesundheitsbehörden boten auf gemeindlicher Ebene medizinische Versorgung für besonders gefährdete Gruppen der Bevölkerung an, also insbesondere für Schwangere, Säuglinge und Kinder, aber auch für Tuberkulosekranke. Diese Dienste wurden zwar bis in die 1940er Jahre stark ausgebaut, die Unterschiede zwischen den einzelnen Regionen blieben jedoch erheblich.⁷⁰

Im Jahre 1919 war nach langen Auseinandersetzungen ein Gesundheitsministerium gegründet worden, das sowohl die Verwaltung der staatlichen Krankenversicherung wie auch die Koordinierung der Aktivitäten der örtlichen Gesundheitsbehörden im Gesundheitsbereich übernahm.⁷¹ Damit war im Gegensatz zu Deutschland eine Behörde geschaffen, die öffentliches Gesundheitswesen und Krankenversicherung vereinte.

In Großbritannien gab es bis nach dem Zweiten Weltkrieg – bis zur Einführung des staatlichen Gesundheitsdienstes (*National Health Service/NHS*) – ein Nebeneinander von verschiedensten Absicherungsformen sowie von unterschiedlichen Trägern der medizinischen Versorgung. Dabei waren besonders Frauen benachteiligt, die – wenn sie nicht selbst versicherungspflichtig arbeiteten – als Familienmitglieder keinen Schutz in der *National Health Insurance* genossen. Für Schwangere bestand zudem nur eine sehr unzureichende und regional unterschiedliche Versorgung, auch wenn hier die lokalen Gesundheitsbehörden mit Hebammendiensten und Vorsorgeangeboten für Schwangere und Säuglinge einen Ausgleich zur mangelnden ärztlichen Betreuung schufen.⁷² Insgesamt bestand so im englischen Gesundheitssystem eine sehr ungleichmäßige Versorgung der Bevölkerung. Im Krankenhaussystem, das ungenügend ausgebaut war, und in der fachärztlichen Versorgung, die für große Teile der Bevölkerung nicht zugänglich war, zeigten sich die größten Defizite des englischen Gesundheitssystems.⁷³

Es hatte bereits nach dem Ersten Weltkrieg Vorschläge zu einer durchgreifenden Neustrukturierung des Gesundheitssystems gegeben. Hier ist beson-

⁶⁸ WEBSTER, *Health Services*, Band 1, S. 11.

⁶⁹ Vgl. unten, S. 72.

⁷⁰ WEBSTER, *Health Services*, Band 1, S. 5–9; ausführlich auch FRAZER, *History*.

⁷¹ GILBERT, *Policy*, S. 98–132.

⁷² Zu den Unzulänglichkeiten der ärztlichen Versorgung LOUDON, *Death*, S. 231–3; sowie ausführlich im Kapitel über Schwangeren- und Säuglingssterblichkeit, Kap. III, 4.1.2.

⁷³ TITMUS, *Problems*, S. 66–73; KLEIN, *Politics*; vgl. hierzu auch ausführlich den Abschnitt über das Krankenhauswesen, unten S. 109.

ders der sogenannte *Dawson Report* zu erwähnen, der bereits 1920 den Aufbau eines integrierten, kommunalen Gesundheitsdienstes empfahl. Dies wurde jedoch damals noch für utopisch und unrealisierbar erklärt. Während der 1930er Jahre gab es dann innerhalb des Gesundheitsministeriums wiederholt Überlegungen, das Gesundheitswesen zu reformieren, die aber zunächst nicht umgesetzt wurden.⁷⁴ Erst die Situation während des Zweiten Weltkrieges brachte den Aufbau eines umfassenden Gesundheitsdienstes in den Bereich des Vorstellbaren.⁷⁵ 1938/39 wurde das Gesundheitswesen erheblich umstrukturiert, um die erwarteten Kriegsfolgen besser auffangen zu können, und der sogenannte *Emergency Medical Service* gegründet. Im Gesundheitsministerium fürchtete man vor allem eine hohe Zahl an verwundeten Zivilpersonen durch Luftangriffe und begann deswegen, die Krankenhausversorgung umzuorganisieren und auszubauen. Zusätzliche Krankenhausbetten wurden geschaffen und verstärkt medizinisches Personal eingestellt.⁷⁶ Die Effektivität der Zentralisierung und Umorganisation des gesamten Krankenhauswesens während des Krieges schien zu belegen, daß die Krankenhäuser auch nach Kriegsende einer einheitlichen Regionalverwaltung unterstellt werden sollten.⁷⁷

Weitere wichtige Schritte auf dem Weg zum NHS waren die verschiedenen Entwürfe über eine Neuordnung der gesamten sozialen Absicherung in Großbritannien. Hier ist zunächst der Bericht des *Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Service* unter Sir William Beveridge aus dem Jahr 1942 zu nennen, der als Beveridge-Plan bezeichnet wurde.⁷⁸ Die ihm früher zugeordnete Bedeutung als wichtigstes Konzept der Wohlfahrtsstaatsplanung ist zwar mittlerweile von der Forschung modifiziert worden, dennoch ist der Beveridge-Plan als ein entscheidender Schritt in Richtung des NHS zu werten.⁷⁹ Allerdings muß man auch sehen, daß von Seiten der der *Labour Party* angehörenden *Socialist Medical Association* (SMA) bereits 1933 ein umfassendes Programm für einen staatlichen Gesundheitsdienst vorgelegt worden war, der

⁷⁴ Consultative Council of Medical and Allied Services: Interim Report [Dawson Report]; vgl. auch WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 20–2.

⁷⁵ WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 16.

⁷⁶ Vgl. hierzu ausführlich TITMUS, Problems, S. 73–86; vgl. auch ABEL-SMITH, Hospitals, S. 424.

⁷⁷ ECKSTEIN, Health Service, S. 113.

⁷⁸ BEVERIDGE, Social Insurance; vgl. zu Beveridge selbst HARRIS, William Beveridge; vgl. allgemein zur Entwicklung der britischen Sozialpolitik während des Zweiten Weltkriegs HARRIS, Aspekte.

⁷⁹ Vgl. zum allgemein überschätzten Einfluß des Beveridge-Plans auf die Entwicklung der Wohlfahrtsstaaten RITTER, Sozialstaat, S. 147–8. Auf das Gesundheitssystem hatte der Beveridge-Plan höchstwahrscheinlich nur eine begrenzte Wirkung, da z.B. eine Neuordnung des Krankenhauswesens bereits 1941 im Ministerium diskutiert wurde und schon vor der Veröffentlichung des Beveridge-Plans wichtige Initiativen eingeleitet wurden; vgl. ECKSTEIN, Health Service, S. 133–4.

ebenfalls keine Selbstbeteiligung sowie eine vom Staat angestellte Ärzteschaft vorgesehen hatte.⁸⁰

Das von William Beveridge, einem liberalen Politiker, entworfene zukunftsweisende Konzept schlug vor, die ganze Bevölkerung in ein neues, einheitliches Sozialversicherungssystem einzubinden. Der Plan traf auf eine ungeheure öffentliche Resonanz.⁸¹ Mit Hilfe eines einzigen Beitrags sollten die Bürger künftig in den Genuß umfassender Leistungen kommen – Unfallversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung. Das System der Einheitsversicherung ohne Bedürftigkeitsprüfung sollte eine Grundversorgung der gesamten Bevölkerung auf der Basis von niedrigen Beträgen ermöglichen.⁸² Damit verbunden war die Planung eines umfassenden Gesundheitsdienstes, eines *National Health Service*. Beveridge favorisierte eine in kommunalen Gesundheitszentren angestellte und staatlich besoldete Ärzteschaft, die Neuordnung des Krankenhauswesens ließ er offen. Der NHS sollte im wesentlichen kostenlos sein, lediglich Zuzahlungen zu Krankenhausaufenthalten oder Hilfsmitteln wie Brillen, Prothesen etc. kamen in Frage, ohne daß dies im Beveridge-Plan näher ausgeführt wurde.⁸³

Die britische Koalitionsregierung der Kriegszeit akzeptierte grundsätzlich den Vorschlag des Beveridge-Reports, einen umfassenden nationalen Gesundheitsdienst aufzubauen. Im Gesundheitsministerium war man jedoch weniger begeistert, da man sich kaum vorstellen konnte, die Ärzteschaft davon zu überzeugen, Angestellte der Kommunalbehörden zu werden. Der Beveridge-Report bewirkte dennoch, daß die Planungen mit neuer Intensität betrieben wurden. Doch zeigten sich sowohl hinsichtlich der Neuorganisation der Krankenhäuser wie auch bei der Integration der Ärzte rasch große Schwierigkeiten, die die Pläne wieder ins Stocken geraten ließen.⁸⁴

In einem 1944 vom Gesundheitsministerium veröffentlichten Weißbuch wurden die Pläne für einen staatlichen Gesundheitsdienst schließlich nochmals konkretisiert. Dennoch blieb der Regierungsstandpunkt recht vage. Grundsätzlich sollte der Gesundheitsdienst zwar umsonst sein, aber Zuzahlungen wurden weiterhin offen gelassen.⁸⁵ Inwieweit lokale Behörden das Krankenhauswesen verwalten oder eine neue Verwaltungsebene geschaffen werden sollte, blieb ebenfalls ungeklärt. Eine staatlich angestellte Ärzteschaft wurde im Weißbuch von 1944 als nicht verwirklichtbar eingeschätzt; so sollten einerseits

⁸⁰ ECKSTEIN, Health Service, S. 107.

⁸¹ Der Report war binnen kurzem ausverkauft und wurde mehrfach nachgedruckt; vgl. BALDWIN, Politics, S. 116–8; vgl. zu den Prinzipien des Beveridge-Plans auch WILLIAM ROBSON, Welfare State, S. 24–6.

⁸² BEVERIDGE, Social Insurance, § 30, S. 23–6; § 300, S. 187–90.

⁸³ BEVERIDGE, Social Insurance, § 426–39, S. 243–50.

⁸⁴ WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 36–51.

⁸⁵ MINISTRY OF HEALTH, National Health Service 1944, S. 9; zu diesem White Paper auch ECKSTEIN, Health Services, S. 136–9; WILLCOCKS, Creation, S. 25–6.

herkömmliche Einzelpraxen weiterbestehen, andererseits setzte der Bericht auf die Einrichtung von Gruppenpraxen und hoffte, die Ärzte auf diesem Wege für die Mitarbeit in kommunalen *Health Centres* gewinnen zu können.⁸⁶

Die Verhandlungen mit den Akteuren des Gesundheitswesens blieben auch nach der Veröffentlichung des Weißbuchs zäh; die Vorstellungen von Konservativen und Labour-Politikern hinsichtlich des zu schaffenden Gesundheitsdienstes divergierten mehr und mehr. 1945 brach schließlich die Kriegscoalition zwischen Labour und Konservativen endgültig auseinander.⁸⁷ Bei den Neuwahlen errang die *Labour Party* mit ihrem Programm eines neuen Wohlfahrtsstaates einschließlich eines *National Health Service* eine überwältigende Mehrheit, während die Konservativen, deren Bekenntnis zur Reformierung des Sozialsystems wesentlich vager geblieben war, eine Niederlage hinnehmen mußten.⁸⁸

Nach der Regierungsbildung unter Premierminister Clement Attlee stand fest, daß nun ein umfassendes, neues Gesundheitssystem eingeführt werden würde.⁸⁹ Sehr unerwartet kam die Ernennung Aneurin Bevans zum Gesundheitsminister. Aneurin Bevan, 1897 geborener Bergarbeitersohn aus Wales, hatte sich in seiner Partei hochgearbeitet. Er galt gleichermaßen als Kämpfer wie als begnadeter Redner. Sehr schnell erarbeitete er einen Gesetzesentwurf für den NHS.⁹⁰ Es gelang ihm, die Verstaatlichung sowohl der *Voluntary Hospitals*⁹¹ als auch der bisherigen kommunalen Krankenhäuser durchzusetzen und beide unter ein neues Verwaltungsschema zu stellen. Gegen eine Unterordnung unter die bereits bestehenden Kommunalbehörden hatten die Krankenhausverwaltungen heftig opponiert. Bei der Durchsetzung und tatsächlichen Einführung des NHS, bei der er insbesondere mit den Vertretern der Ärzteschaft zu kämpfen hatte, spielte Bevan die entscheidende Rolle.⁹² George Godber, damaliger Mitarbeiter im Gesundheitsministerium und späterer Leiter der Medizinalabteilung, äußerte sich rückblickend:

The relief one felt when the new Government came in and someone as radical and as strong as Nye [Kurzform für Aneurin] Bevan took over the negotiations and could say, 'Look, what you're proposing is allright, except we must go further in this respect. We

⁸⁶ MINISTRY OF HEALTH, *National Health Service 1944*, S. 14–9, 26–33.

⁸⁷ WILLCOCKS, *Creation*, S. 26–8; besonders zum Widerstand der Ärzte ECKSTEIN, *Health Service*, S. 140–55.

⁸⁸ Vgl. zum Sieg der Labour Party PELLING, *Labour Governments*, S. 16–34; DERS., *Labour Governments. Determinants*, S. 255; ADDISON, *Road*, S. 261–9; MORGAN, *Labour*, S. 32–44.

⁸⁹ Vgl. zu den Vorhaben der Regierung Attlee allgemein ADDISON, *Road*; MORGAN, *Labour*; MORGAN, *People's Peace*; ATTLEE, *As It Happened*; HENNESSY, *Attlee Governments*, zu Attlee selbst HARRIS, *Attlee*.

⁹⁰ Vgl. zu Bevan als Gesundheitsminister ausführlich FOOT, *Bevan*, S. 102–217; sowie CAMPBELL, *Nye Bevan*, S. 165–85.

⁹¹ Traditionell gemeinnützige Einrichtungen, die zuvor ihre Patienten meist umsonst behandelt hatten; vgl. S. 109.

⁹² Vgl. HESS, *Sozialpolitik*, S. 307; sowie unten S. 95.

must take over the ownership of the hospitals'. And given that there was going to be a health service for everybody, that's the crucial decisions of 1946. Because it went right across the board.⁹³

Der *National Health Service*, der schließlich am 5. Juli 1948 von der Labour-Regierung unter Attlee und dem Gesundheitsminister Bevan eingeführt wurde, bot allen Bürgern des Staates eine kostenlose umfassende Gesundheitsvorsorge und medizinische Therapie an.⁹⁴ Die Verantwortung für den NHS lag beim Gesundheitsministerium.

Der NHS war dreigeteilt in *Regional Hospital Committees*, die das Krankenhauswesen verwalteten, die *Executive Councils*, denen die *General Medical Services*, also die ärztliche Versorgung der Bevölkerung, unterstanden, sowie die *Local Health Authorities*, die die lokalen Gesundheitsdienste leiteten (siehe Diagramm 1). Auf alle drei Bereiche wird in den folgenden Abschnitten noch ausführlich eingegangen. Die dreiteilige Struktur des Gesundheitsdienstes führte in den folgenden Jahren zu erheblichen Schwierigkeiten.⁹⁵

Das Gesundheitsministerium selbst hatte in der Anfangsphase des NHS zunächst strukturelle Probleme zu bewältigen. Zum einen verlor das Ministerium bereits 1950 Kabinettsstatus,⁹⁶ was seine Position in Verhandlungen mit dem Finanzministerium auf der einen und der Ärzteschaft auf der anderen Seite deutlich schwächte und zudem einen Abbau an Personal nach sich zog. Zum anderen hatte das Ministerium stets Probleme bei der internen Zusammenarbeit zwischen den administrativen und den medizinischen Zweigen seiner Verwaltung. Die Entscheidungskompetenzen waren in den folgenden Jahren keineswegs klar verteilt. Der medizinische Zweig unterstand dem *Chief Medical Officer* (CMO). Einige Personen, die dieses Amt bekleideten, werden im folgenden noch vorgestellt.⁹⁷ Was dem Ministerium grundsätzlich fehlte, war eine gute Forschungs- und Entwicklungsabteilung sowie ein eigenes statistisches Amt. Erst 1955 wurde eine größere statistische Abteilung eingerichtet.⁹⁸

Eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit Problemen der medizinischen Forschung spielte für das Ministerium das bereits 1913 gegründete *Medical Research Council* (MRC, vormals *Medical Research Committee*), das sich seit den 1920er Jahren vor allem der biomedizinischen Grundlagenforschung widmete.⁹⁹ Es wurde allerdings 1919 nicht dem damals gegründeten Gesundheits-

⁹³ Wellcome Library, Contemporary Medical Archives Centre, GG/201 Interview mit George Godber am 27. 6. 1980 (British Oral Archive of Political and Administrative History).

⁹⁴ Vgl. KLEIN, Politics, S. 1; HESS, Sozialpolitik, S. 311.

⁹⁵ DAUNTON, Payment, S. 207; BANKS, Administrative Divisions.

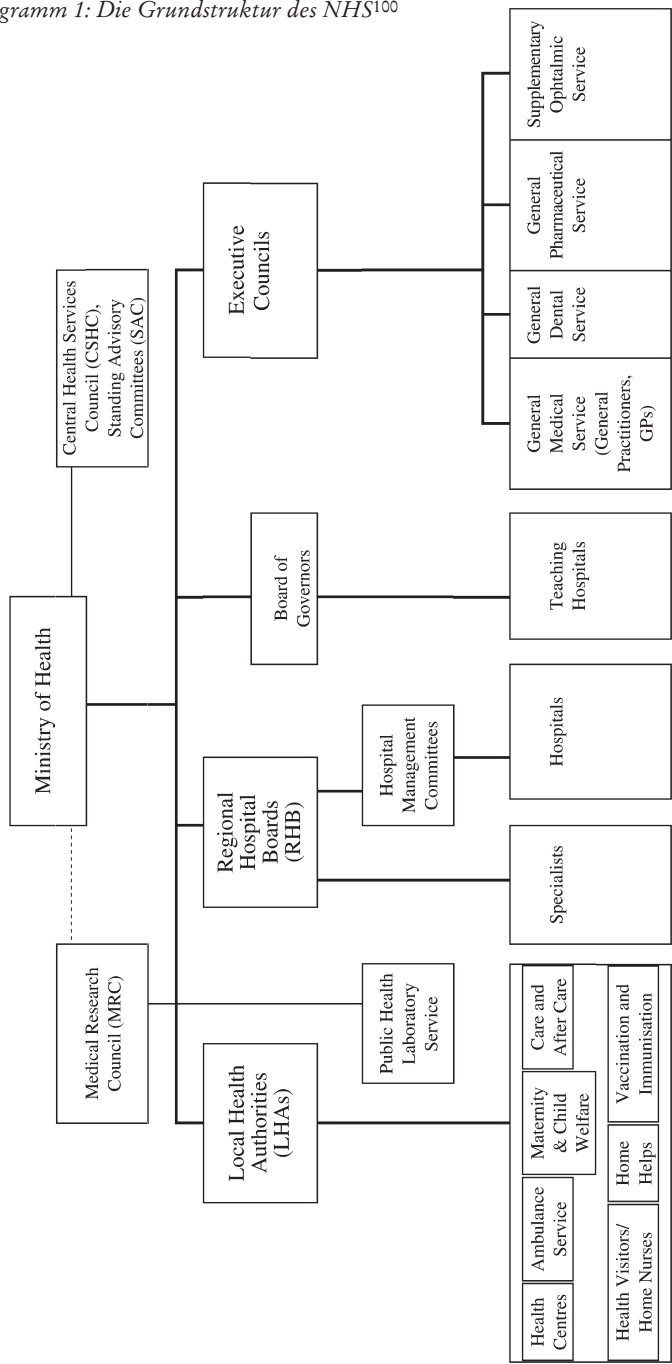
⁹⁶ Dies bedeutete, daß der Gesundheitsminister bei Kabinettsbesprechungen nicht mehr automatisch zugegen war, sondern nur zugezogen wurde, wenn es der Premierminister bzw. die anderen Kabinettsmitglieder für nötig hielten.

⁹⁷ Siehe unten, S. 56.

⁹⁸ WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 238–9.

⁹⁹ BRYDER, Tuberculosis, S. 1; vgl. zur Grundlagenforschung des MRC AUSTOKER, Walter Morley Fletcher.

Diagramm 1: Die Grundstruktur des NHS¹⁰⁰



ministerium unterstellt, sondern behielt seine Eigenständigkeit und kooperierte in den folgenden Jahren lediglich mit diesem. In den 1930er Jahren bemühte sich das MRC, einen umfassenden, landesweiten Labordienst einzurichten, den *Public Health Laboratory Service*. Dieser etablierte sich rasch zu einer wichtigen und von den kommunalen Behörden vielgenutzten Einrichtung. Der Labordienst wurde deswegen 1946 in den neugegründeten NHS einbezogen, fachlich unterstand er bis 1960 weiterhin direkt dem MRC.¹⁰¹ Das Ergebnis war eine engere Kooperation zwischen MRC und Gesundheitsministerium. Gerade in Fragen der Poliomyelitisimpfung und der Therapie und Prophylaxe der Tuberkulose hatte das MRC wichtige Funktionen inne.¹⁰²

Die mit dem NHS-Gesetz geschaffenen Beratungsgremien, insbesondere das *Central Health Services Council* (CHSC) und die *Standing Advisory Committees* (SAC), sollten eine zentrale beratende Rolle für das Gesundheitsministerium spielen. Beide Organe waren verpflichtet, das Ministerium zu beraten, konnten aber theoretisch auch selbst die Initiative ergreifen und Berichte publizieren.¹⁰³ Die Effektivität und Kreativität dieser Beratungsgremien ist allerdings als äußerst begrenzt einzuschätzen; sie wurden zunehmend seltener zu wichtigen Entscheidungen hinzugezogen. Dieser Bedeutungsverlust spiegelt sich auch in der Einberufung von externen Expertenkommissionen durch die Minister, sobald gravierende Themen zu eruieren waren, beispielsweise das *Cranbrook Committee*, um den *Maternity Service* zu untersuchen, obwohl eigentlich ein *Standing Maternity and Midwifery Committee* vorhanden war.¹⁰⁴

Das Hauptproblem in den ersten Jahren stellten jedoch die finanziellen Schwierigkeiten dar. Die Kosten des NHS waren anfangs stark unterschätzt worden. Die Diskrepanz zwischen Prognose und tatsächlicher Entwicklung war so groß, daß – verstärkt durch die allgemein prekäre wirtschaftliche und finanzielle Situation des Landes – die enorm steigenden Ausgaben des Gesundheitssektors schnell als völlig unkontrollierbar eingeschätzt wurden.¹⁰⁵ Zudem war man von der Annahme ausgegangen, die Gesundheitsausgaben würden bei einer besseren Versorgung der Bevölkerung zurückgehen.¹⁰⁶

¹⁰⁰ Nach WEBSTER, *Health Services*, Band 2, S. 788.

¹⁰¹ BRYDER, *Public Health Research*, S. 75–80.

¹⁰² Hierauf ist in den nächsten Kapiteln noch einzugehen.

¹⁰³ WEBSTER, *Health Services*, Band 1, S. 241–3. Für England und Wales wurden in folgenden Bereichen *Standing Advisory Committees* eingerichtet: Dental, Pharmaceutical, Ophthalmic, Nursing, Maternity and Midwifery, Cancer, Tuberculosis, Mental Health sowie ein allgemeines *Medical Advisory Committee*, das sich mit medizinischen Fragen generell und Fragen des Krankenhauswesens auseinandersetzte. Viele Mitglieder erschienen allerdings zu selten. Die Arbeit in den Kommissionen blieb an zu wenigen Personen hängen, was kaum zu inspirierenden Ergebnissen verhalf.

¹⁰⁴ WEBSTER, *Health Services*, Band 1, S. 144–5.

¹⁰⁵ ECKSTEIN, *Health Service*, S. 216–8; WEBSTER, *Health Services*, Band 1, S. 133–43; BRIGGS, *Achievements*; vgl. hierzu auch unten Tabelle 7, S. 123.

¹⁰⁶ Vgl. LEWIS, *Providers*, S. 339.

Diese Fehlkalkulationen ließen den NHS von Beginn an in eine Krise geraten und führten zu ständigen Kämpfen zwischen dem Finanz- und dem Gesundheitsministerium. Um die Ausgaben etwas zu begrenzen, wurden bereits 1949 Selbstbeteiligung in Form einer Rezeptgebühr eingeführt. Obwohl Bevan Zuzahlungen grundsätzlich ablehnte, mußte er diese Maßnahme tolerieren. Als sich die Finanzkrise ausweitete und weitere Gebühren für die Patienten eingeführt werden sollten, trat der Minister nach langem, heftigen Streit im April 1951 zurück.¹⁰⁷ Die Dauerkontroverse um die hohen Kosten des NHS ebte erst ab, als ein unabhängiges Komitee, das *Guillebaud Committee*, dem NHS 1956 bescheinigte, daß die Kosten lediglich inflationsbedingt so stark angestiegen seien und keine nennenswerte Kostenexplosion vorliege. Vielmehr empfahl das Gremium größere Investitionen, vor allem im Krankenhaussektor.¹⁰⁸

Als weiteres, langfristiges Problem erwies sich der ständige Kampf mit der Ärzteschaft um eine bessere Honorierung ihrer Leistungen; darauf wird im Abschnitt über die Ärzte noch ausführlich eingegangen.¹⁰⁹

Nach Bevans Rücktritt wechselten in den nächsten 15 Jahren die Minister für Gesundheit sehr häufig, was einer Kontinuität innerhalb der Gesundheitspolitik nicht förderlich war und es den Ministern nur selten ermöglichte, eigene Initiativen zu entwickeln.¹¹⁰ Dadurch erhielten die kontinuierlich arbeitenden Staatssekretäre und *Chief Medical Officers* eine erhebliche Bedeutung – auf einzelne Personen wird im folgenden noch eingegangen. Als besonders herausragende Minister sind neben Aneurin Bevan, unter dem der NHS eingeführt wurde, die konservativen Minister Iain Macleod, der das Amt immerhin von 1952–1956 innehatte, Derek Walker-Smith (1957–1960) sowie Enoch Powell zu nennen, der von 1960 bis 1963 amtierte.

Macleod, selbst Sohn eines Arztes, wurde im Mai 1952 von Churchill ernannt und hatte anfangs schwierige Aufgaben zu meistern, insbesondere die Folgen der Einführung bzw. Erhöhung der unpopulären Zuzahlungen. Innerhalb des Kabinetts besaß er kaum Einfluß, da er nicht ständiges Mitglied war, sondern nur bei entscheidenden Themen hinzugebeten wurde. Auch er lag ständig im Kampf mit dem Finanzministerium. Ihm wird stabilisierender Einfluß zugeschrieben; grundsätzlich stand er dem Prinzip des Gesundheitsdienstes sehr positiv gegenüber und sah es als seine Aufgabe, den NHS zu befrieden. Macleod hatte aber auch in den Jahren seines Amtes eine Phase der Ruhe im NHS vorgefunden; der Kampf mit der Ärzteschaft um die Honorare war

¹⁰⁷ WEBSTER, *Health Services*, Band 1, S. 143–5, 165–6; vgl. auch JONES, *Health*, S. 121.

¹⁰⁸ Guillebaud Report.

¹⁰⁹ Vgl. unten, S. 99.

¹¹⁰ WEBSTER, *Health Services*, Band 1, S. 178, S. 202–3, auf Bevan folgten noch die Labour-Minister Marquand und McNeil. Unter der konservativen Regierung übernahm 1951 zunächst Crookshank das Amt. 1952 wurde er durch Macleod ersetzt, der immerhin vier Jahre diesen Posten innehatte. Ihm folgten wieder in kurzen Abständen die Minister Turton und Vosper.

vorübergehend ausgestanden, andere Gesetzesmaßnahmen standen nicht an. Unter seiner Ägide wurde die Bekämpfung der Tuberkulose mit Impfungen und Röntgenreihenuntersuchungen intensiviert; vor einer Kampagne gegen das Rauchen, das damals als bedeutende Gesundheitsgefahr identifiziert wurde, schreckte er aber zurück.¹¹¹

Nach Macleod gab es zwei rasche Wechsel, bevor Derek Walker-Smith von 1957 bis 1960 wieder etwas Stabilität in das Ministeramt brachte. Walker-Smith, von der Ausbildung Jurist, konzentrierte sich während seiner Amtszeit besonders auf die Neuordnung der psychiatrischen Versorgung und die Regulierung der pharmazeutischen Industrie.¹¹²

Enoch Powell, der von der Öffentlichkeit wie auch von seinen Mitarbeitern als äußerst tatkräftig eingeschätzt wurde, prägte in seiner Amtszeit zwischen 1960 und 1963 den NHS stark. Unter ihm gelang ein Ausbau des Dienstes; ebenso wurde die Sanierung der psychiatrischen Krankenhäuser bzw. die Umgestaltung dieses Gesundheitsdienstes maßgeblich von ihm angestoßen.¹¹³ Unter seiner Verantwortung wurde insbesondere die Langzeitplanung im Krankenhaussektor in die Tat umgesetzt. Diese Neuregelung, die man im Ministerium bereits seit längerem diskutiert hatte, war mehr als überfällig, da die Krankenhäuser jahrelang vernachlässigt worden waren.¹¹⁴ Gleichzeitig setzte Powell auf einen Ausbau der *Community Care*, wenngleich es hier eher bei einem rhetorischen Bekenntnis blieb.

Unter den Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums sind an dieser Stelle einige hervorzuheben, denen im weiteren Verlauf der Arbeit besondere Bedeutung zukommt, allen voran die *Chief Medical Officers* (CMOs).

Sir Wilson Jameson war Leiter der Medizinalabteilung von 1940 bis 1950. Bevor er ins Ministerium eintrat, lehrte er *Public Health* an einer Universität.¹¹⁵ Ihm gelang es, gute Beziehungen sowohl zu den Ärzteverbänden als auch zur Verwaltung zu etablieren. Am Aufbau des NHS hatte Jameson einen erheblichen Anteil, nicht nur nach Einschätzung seiner Kollegen im Ministerium.¹¹⁶ Jameson hatte sich besonders für die Impfkampagne gegen Diph-

¹¹¹ Vgl. zu Macleod als Gesundheitsminister SHEPHERD, Iain Macleod, S. 78–102.

¹¹² WEBSTER, Health Services, Band 2, S. 32–3.

¹¹³ Vgl. zu Powell als Gesundheitsminister SHEPHERD, Enoch Powell, S. 227–43.

¹¹⁴ Vgl. hierzu Wellcome Library, Contemporary Medical Archives Centre, GG/201 Interview mit George Godber am 27. 6. 1980 (British Oral Archive of Political and Administrative History).

¹¹⁵ Vgl. zu Jameson PATER, Making, S. 177–8.

¹¹⁶ Vgl. ein Interview mit George Godber, dem späteren *Chief Medical Officer*, der Jamesons Rolle als tragend einschätzte: „Well I think Wilson Jameson provided the kind of links with all sides of the medical profession and the kind of understanding of how health services might best evolve.“ Wellcome Library, Contemporary Medical Archives Centre, GG/201 Interview mit George Godber am 27. 6. 1980 (British Oral Archive of Political and Administrative History). Jamesons Engagement für das öffentliche Gesundheitswesen war aber auch in der Öffentlichkeit anerkannt.

therie engagiert und war der erste Gesundheitspolitiker, der – in einer Radio-sendung – öffentlich über Geschlechtskrankheiten und deren Bekämpfung sprach.¹¹⁷

Ihm folgte als CMO in den Jahren 1950 bis 1960 Sir John Charles, der bei der Einführung des NHS ebenfalls eine tragende Rolle gespielt hatte. Jameson hatte ihn bereits 1944 ins Ministerium geholt. Zuvor war Charles *Medical Officer of Health* in Newcastle gewesen und hatte insbesondere Erfahrung im Krankenhauswesen gesammelt.¹¹⁸

Ab 1960 war George Godber als CMO eine der entscheidenden Persönlichkeiten im Gesundheitsministerium; er hatte diesen Posten bis 1973 inne.¹¹⁹ Godber stieß in den 1960er Jahren die Erarbeitung eines Krankenhausplan an und wurde zu einem tatkräftigem Kämpfer für alle Belange der öffentlichen Gesundheit, auch bei der Neuformulierung der *Community Care*. Die Arbeit am *Hospital Programme* bezeichnete er später als eines seiner wichtigsten Projekte. Er engagierte sich zudem für die Fluorisierung des Trinkwassers, ein Projekt, das allerdings an der zögernden Haltung des damaligen Gesundheitsministers, Enoch Powell, scheiterte.

Ein weitere wichtige Persönlichkeit stellte Sir Weldon Dalrymple-Champneys dar, der von 1940 bis 1970 im Gesundheitsministerium arbeitete, unter anderem als *Deputy Chief Medical Officer*. Sein Interesse galt vor allem dem Gebiet der Epidemiologie und der Infektionskrankheiten, in den 1950er Jahren besonders der Polio-Bekämpfung.¹²⁰

Das britische Gesundheitswesen prägten in den 1950er und 1960er Jahren vor allem reformorientierte Politiker, die an der Konzeption des neuen NHS in den 1940er Jahren mitgewirkt hatten. Aus dieser Tradition heraus verhielten sie sich im wesentlichen offen gegenüber neuen Ansätzen. Dies stand ganz im Gegensatz zu den meisten bundesdeutschen Gesundheitspolitikern, die auf Grund ihrer eigenen Lebensgeschichte die Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens positiv bewerteten und die sehr problematischen Folgen des Nationalsozialismus nicht sehen wollten. Letztere fühlten sich daher meist verpflichtet, die Traditionen des deutschen Gesundheitswesens gegen grundsätzliche Reformideen zu verteidigen.

Trotz der zahlreichen Probleme und Defizite, mit denen der NHS in den Anfangsjahren zu kämpfen hatte, entwickelte sich der Gesundheitsdienst zu einer äußerst wichtigen und hochgeschätzten staatlichen Einrichtung, die von den britischen Bürgern fast ausnahmslos bejaht wurde.¹²¹ Auch die konservati-

¹¹⁷ Vgl. hierzu ausführlich unten, Kap. III, 3.2.2.

¹¹⁸ PATER, Making, S. 176.

¹¹⁹ Vgl. Wellcome Library, Contemporary Medical Archives Centre, GG/201 Interview mit George Godber am 27. 6. 1980 (British Oral Archive of Political and Administrative History).

¹²⁰ Wellcome Library, Contemporary Medical Archives Centre, GC 139, F 22.

¹²¹ Vgl. z. B. die Diskussion im britischen Parlament zum 10. Jahrestag des NHS; British Parlia-

ven Regierungen übernahmen nach 1951 den staatlichen Gesundheitsdienst und führten ihn weiter, ohne wesentliche Reformen durchzuführen. Bei der Debatte im Unterhaus zum 10jährigen Jubiläum des NHS wurde 1958 der Gesundheitsdienst von allen Seiten gepriesen. Wie sehr diese Einrichtung inzwischen zur britischen Tradition geworden ist, zeigt, daß sogar die konservative Premierministerin Margaret Thatcher, deren Einstellung zu staatlichen Sozialleistungen bekanntermaßen äußerst negativ war, den NHS im Jahr 1989 mit den Worten pries: „The National Health Service is at its best without equal.“¹²²

mentary Papers, Band 592, Sp. 1382–1506, Session 30. 7. 1958; vgl. auch JONES, Health, S. 423–5.

¹²² Zitiert nach CARRIER und KENDALL, Introduction, S. 1; vgl. zu der Entwicklung des *Welfare System* in Großbritannien unter der Regierung Thatcher, JUDGE, *British Welfare State*.

2 ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN

2.1 BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND – DER NIEDERGANG DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENSTES

Unter dem öffentlichen Gesundheitswesen im allgemeinen versteht man in der Bundesrepublik Deutschland eine Vielzahl von Einrichtungen und Ämtern auf Bundes- und Landesebene sowie in den Regierungsbezirken und Kommunen, die mannigfachen Aufgaben nachgehen. Mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst im engeren Sinne, von dem dieser Abschnitt handeln soll, sind dagegen in erster Linie die Gesundheitsämter gemeint. Diese Einrichtungen spielen in den Anfangsjahren der Bundesrepublik bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, besonders im Bereich der Prävention, noch eine wichtige Rolle, die sie mittlerweile weitgehend verloren haben.¹

Der öffentliche Gesundheitsdienst in Deutschland entwickelte sich einerseits aus den Aufgaben der staatlichen Sanitätspolizei und -aufsicht. Andererseits hatte er eine starke kommunale Tradition, die aus der städtischen Gesundheitsfürsorge in der Zeit der Industrialisierung hervorging und die Ausprägung des öffentlichen Gesundheitsdienstes entscheidend beeinflusste.² Medizinpolizeiliche und sanitäre Aufgaben nahm vor der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert in Preußen der sogenannte Kreisphysikus als staatliche Sanitätsaufsicht wahr.³ Die städtische Gesundheitsfürsorge war – meist unabhängig von der staatlichen Gesundheitspflege – in erster Linie für besonders gefährdete oder an schweren Krankheiten leidende Bevölkerungsgruppen zuständig. Die kommunale Fürsorge konzentrierte sich daher auf Mutter und Kind, die Schulgesundheitspflege sowie auf die Fürsorge für chronisch Kranke, z.B. für Tuberkulosepatienten.⁴ Begleitet wurde diese Entwicklung vom Aufstieg der Sozialhygiene

¹ BESKE, Öffentlicher Gesundheitsdienst, S. 353; LABISCH, Gesundheitsdienst, S. 142–3; vgl. auch HECKER et al., Grundriß, S. 29–34. Zur geschwundenen Bedeutung des öffentlichen Gesundheitswesens vgl. aktuelle soziologische Untersuchungen des Gesundheitswesens, die diesen Zweig gar nicht mehr erwähnen; z.B. ALBER, Gesundheitswesen.

² Zur Entwicklung des städtischen Gesundheitswesens ausführlich FREVERT, Krankheit; LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 22–7; LABISCH, Homo Hygienicus, S. 170–80. In den Beschreibungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes aus den 1950er und 1960er Jahren findet man immer wieder den Rekurs auf den Stadtphysikus als Vorgänger des Amtsarztes; vgl. REDEKER, Magister; KNOCH, Amtsarzt.

³ Vgl. LABISCH, Entwicklungslinien, S. 29–31; LABISCH, Homo Hygienicus, LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 10–18.

⁴ Zur Entwicklung der kommunalen Gesundheitspolitik STÜRZBECHER, Medizinische Versorgung S. 246–50; RITTER, Sozialstaat, S. 96; GOERKE, Großstadtmedizin; WITZLER, Großstadt; LABISCH, Entwicklungslinien, S. 32–4; LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 36–7; zum Aufbau der Säuglingsfürsorge z.B. STÖCKEL, Säuglingsfürsorge; zum Aufbau der Geschlechtskrankenberatung SAUERTEIG, Krankheit; zur Tuberkulosefürsorge CONDRAU, Lungenheilstalt; vgl. hierzu jeweils eingehender die entsprechenden Abschnitte des III.

als medizinischer Disziplin, die sich der Erforschung und Betreuung gefährdeter Gruppen mit Hilfe gesundheitspolitischer und präventiver Maßnahmen verschrieben hatte. Hier wurden Erkrankungen in erster Linie in ihrem gesellschaftlichen Kontext betrachtet, also beispielsweise im Zusammenhang mit dem Leben in der Großstadt, mit schlechten Wohnbedingungen oder Alkoholumismus.⁵

Um 1900 wurden – zumindest in Preußen – in das Berufsbild des vormalig gänzlich sanitätspolizeilich orientierten Kreisphysikus auch gesundheitsfürsorgerische Aspekte einbezogen: Es entstand der Beruf des Kreisarztes.⁶ Die kommunale Gesundheitsfürsorge entwickelte sich parallel dazu in den einzelnen Städten und Regionen sehr unterschiedlich weiter. Einen besonderen Aufschwung erlebte dieser Zweig des Gesundheitswesens in der Weimarer Zeit. Insbesondere in den Städten wurden umfassende gesundheitsfürsorgerische Dienste aufgebaut mit neuen Berufssparten wie dem Fürsorge- und Vorsorgearzt und der Gesundheitsfürsorgerin. Als Beispiel für die Expansion dieser Dienste kann die sogenannte GESOLEI dienen, eine Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen, auf der 1926 in Düsseldorf die vielfältigen Angebote der kommunalen Gesundheitsfürsorge in Deutschland präsentiert wurden.⁷ In den 1920er Jahren kamen viele der auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge tätigen Kommunalärzte und -ärztinnen aus dem sozialdemokratischen bzw. sozialistischen Milieu; auch viele jüdische Ärzte waren in dieser Profession zu finden.⁸ Zahlreiche dieser Ärzte verbanden politische Ideale mit der Arbeit für bedürftige oder gefährdete Gruppen der Gesellschaft.

Kennzeichnend für die deutsche Entwicklung blieb außerdem, daß die Fürsorge- und Beratungsstellen des öffentlichen kommunalen Gesundheitsdienstes stets nur präventiv tätig wurden. Die Abgrenzung von kurativer und präventiver Medizin verstärkte sich in den 1920er Jahren, als vor allem die ärztlichen Standesvertretungen darum kämpften, daß in den Einrichtungen etwa der

Kapitels dieser Arbeit: v.a. Tuberkulose, Kap. III, 1.2.1; sowie Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, Kap. III, 4.1.1.

⁵ Als zentrale Werke zur Sozialhygiene sind insbesondere die Arbeiten von Grotjahn zu nennen, v.a. GROTIJAHN, Soziale Pathologie; vgl. zu Grotjahn selbst WEINDLING, Soziale Hygiene, S. 6–20; zur Entwicklung der Sozialhygiene im Zusammenhang mit kommunaler Gesundheitspolitik VÖGELE, Sozialgeschichte; WEYER-VON SCHOULTZ, Stadt; WITZLER, Großstadt; WEINDLING, Hygienepolitik; zu Sozialhygiene und Geschlechtskrankheiten vgl. unten, Kap. III, 3.1; zu Sozialhygiene und Tuberkulose Kap. III, 1.1.

⁶ LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 47–52; LABISCH, Entwicklungslinien, S. 35.

⁷ Vgl. z. B. für München RUDLOFF, Wohlfahrtsstadt; vgl. LABISCH, Gemeinde, S. 95–7, LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 70–3, vgl. auch ECKART, Gesundheitspflege, S. 216; WEINDLING, Health, S. 350–6; SACHSE, Mütterlichkeit, S. 203–7.

⁸ GROSSMANN, Reforming Sex, S. 138–9; vgl. z. B. auch LEIBFRIED und TENNSTEDT, Kommunale Gesundheitsfürsorge, über den Berliner Stadtarzt Dr. Georg Loewenstein, der sich auf dem Gebiet der kommunalen Fürsorge und bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten stark engagiert hatte, 1933 entlassen wurde und 1938 nach England, später in die USA auswandern mußte.

Geschlechtskrankenberatung oder der Säuglingsfürsorge auf keinen Fall behandelt wurde, sondern die Therapie den niedergelassenen Kassenärzten bzw. den Krankenhäusern vorbehalten blieb.⁹ Die Trennung zwischen kurativer und präventiver Medizin war im deutschen Gesundheitswesen durch die wichtige Stellung der Kassen, die damals Therapien grundsätzlich nur bei Krankheit bezahlten, aber keinerlei vorbeugende Maßnahmen unterstützten, besonders stark ausgeprägt.

Das Nebeneinander von städtischen Gesundheitsämtern und staatlicher Gesundheitsaufsicht bestand währenddessen fort. Ende der 1920er Jahre, während der Weltwirtschaftskrise, geriet das öffentliche Gesundheitswesen ebenfalls in die Krise. Besonders die Finanzierung der zahlreichen städtischen und staatlichen Einrichtungen wurde problematisch; eine Reformierung und Vereinheitlichung erschien unabdingbar. Mit einer Vereinheitlichung und Zusammenlegung der bestehenden Gesundheitsdienste wollte man die Kosten senken. Gerade die Stadtärzte warnten davor, daß sie durch eine amtsärztliche Tätigkeit mit Gutachtenwesen sowie ordnungs- und medizinalpolizeilichen Aufgaben der eigentlichen Gesundheitsfürsorge nur noch in sehr begrenztem Umfang nachgehen könnten.¹⁰ Die kommunalen Spitzenverbände kämpften weiter um eine Kommunalisierung des Gesundheitswesens; die Medizinalverwaltung plädierte für eine Verstaatlichung. Eine Entscheidung über die künftige Neuordnung des öffentlichen Gesundheitswesens fiel jedoch bis zur nationalsozialistischen Machtübernahme nicht.¹¹

1933 wurde zunächst ein Großteil der Kommunalärzte als „nicht arisch“ bzw. auf Grund ihrer politischen Gesinnung aus ihren Stellen entlassen, was letztlich das Ende der „linken“ kommunalen Gesundheitsfürsorge bedeutete.¹² Die Nationalsozialisten setzten sofort nach der Machtergreifung die Zentralisierung des öffentlichen Gesundheitswesens um, mit deren Hilfe sie insbesondere ihre erb- und rassenbiologischen Ziele durchsetzen wollten. In diese Richtung wies bereits das im Juli 1933 erlassene *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*.¹³

Durch das *Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens* vom 3. Juli 1934 wurden die kommunalen Gesundheitsämter verstaatlicht und mit den staatlichen zusammengefaßt. Allen Gesundheitsämtern wurden sowohl die

⁹ STÜRZBECHER, Medizinische Versorgung, S. 249; vgl. zur Trennung Prophylaxe/Therapie unten die Kapitel zur Säuglingsvorsorge und zu den Geschlechtskrankheiten, Kap. III, 3.2.1 sowie Kap. III, 4.1.1.

¹⁰ LABISCH, Entwicklungslinien, S. 38.

¹¹ Zu den widerstreitenden Interessen der Medizinalbeamten und der Kommunalärzte sowie den Entwicklungen in den Jahren 1931/32 ausführlich LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 99–116.

¹² ECKART, Gesundheitspflege, S. 218; GROSSMANN, Reforming Sex, S. 138; vgl. hierzu auch die Ausführungen im Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, Kap. III, 4.1.1; sowie im Kapitel über Geschlechtskrankheiten, Kap. III, 3.2.1.

¹³ Hierzu ausführlich LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 235–6.

Aufgaben der Gesundheitsfürsorge als auch des Gesundheitsschutzes zugewiesen; sie waren damit zuständig für die Gesundheitspolizei, Erb- und Rassenpflege, Mütter- und Kinderberatung, die Fürsorge für Tuberkulöse, Geschlechtskranke und körperlich Behinderte, die gesundheitliche Volksbelehrung und die Schulgesundheitspflege.¹⁴ Wie in den Kapiteln über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge und Geschlechtskrankheiten noch zu zeigen sein wird, verbanden die Nationalsozialisten mit den gesundheitsfürsorgerischen Aufgaben zahlreiche selektierende Maßnahmen entlang ihrer rassehygienischen Prinzipien.¹⁵ Letztlich trug das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens dazu bei, den öffentlichen Gesundheitsdienst zu schwächen, indem es kommunale Traditionen aus der Weimarer Zeit beendete und sowohl die Ausbildung der Kreis- und Kommunalärzte wie auch deren Verdienstmöglichkeiten beschnitt.¹⁶ Die „klassischen“ Aufgaben der Gesundheitsfürsorge wurden in den Dienst der nationalsozialistischen Ideologie gestellt und das öffentliche Gesundheitswesen stark diskreditiert.

In den ersten Nachkriegsjahren waren die Institutionen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens zunächst mit der Bekämpfung von verschiedensten Gesundheitsgefahren beschäftigt, die durch Armut, Wohnungsnot und Mangelernährung hervorgerufen worden waren.¹⁷ Strukturelle Reformen des Gesundheitswesens wurden nicht gewagt. Versuche einer Neuordnung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und einer Reformierung des Vereinheitlichungsgesetzes durch einen Entwurf, der in der Britischen Zone erarbeitet worden war, vertagte der Länderrat 1948.¹⁸ In der Bundesrepublik wurde das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens beibehalten, aber in den einzelnen Ländern unterschiedlich gehandhabt. Die gesetzlich festgelegten Zuständigkeiten galten weiterhin, lediglich die Wortwahl hatte sich etwas geändert. Den Gesundheitsämtern oblagen damit im wesentlichen dieselben Aufgaben wie 1934, lediglich die „Erb- und Rassenpflege“ war durch „Erbpflege einschließlich Eheberatung“ ersetzt worden. Das Gesundheitsamt war nach wie vor nicht berechtigt, Kranke zu behandeln.¹⁹ In Bayern wie auch im späteren Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Saarland und Niedersachsen (bis 1978) unterstanden die Gesundheitsämter als staatliche Sonderbehörden dem

¹⁴ FEDERHEN, *Grundlegende Gesetze*, S. 10; vgl. zum Inhalt ausführlich TRÜB, *Grundlage*, S. 333–44; vgl. zur endgültigen Durchsetzung des Vereinheitlichungsgesetzes LABISCH und TENNSTEDT, *Weg*, S. 281–313; vgl. zu den Gesundheitsämtern im Nationalsozialismus auch VOSSEN, *Gesundheitsämter*.

¹⁵ Vgl. hierzu auch RITTER, *Sozialstaat*, S. 133–35.

¹⁶ LABISCH und TENNSTEDT, *Weg zum Gesetz*, S. 322–7; vgl. auch SCHWOCH, *Gesundheits- und Fürsorgestellen*.

¹⁷ Vgl. STRALAU, *Gesundheitswesen*, S. 163–4; HAGEN, *10 Jahre*; SONS, *Gesundheitspolitik*; LABISCH und WOELK, *Gesundheit*, S. 3; vgl. zu den Nachkriegsproblemen auch die Abschnitte zur Vorgeschichte in Kap. III, 1, Kap. III, 3 und Kap. III, 4.

¹⁸ MANGER-KOENIG, *Gesundheitsdienst*, S. 435.

¹⁹ HECKER et al., *Grundriß*, S. 32.

Land, während sie in den anderen Bundesländern wieder kommunal organisiert wurden.²⁰ Diese unterschiedliche Verwaltung der Gesundheitsämter bedeutete eine weitere Schwächung des öffentlichen Gesundheitswesens. Auch die Belastungen aus der Zeit der Nationalsozialismus, als gerade die Gesundheitsämter mehr und mehr die selektierenden und rassistischen Maßnahmen des nationalsozialistischen Unrechtsstaates unterstützt hatten, wirkten kaum als günstige Grundlage für einen Neubeginn. Ein Neuanfang zusammen mit einer kritischen Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Vergangenheit wurde damals nicht gewagt.²¹ Gleichzeitig gelang es auch nicht, sozialmedizinische Ansätze in der Wissenschaft neu zu beleben. Sie führten in der Bundesrepublik ein Schattendasein und waren durch ihre angebliche Nähe zur DDR wie auch zum Nationalsozialismus diskreditiert. Die engagierten Sozialmediziner der Weimarer Zeit waren zudem fast ausnahmslos emigriert oder vertrieben worden.²²

Verschiedene Versuche, den öffentlichen Gesundheitsdienst neu zu gestalten, so z. B. in einer von Otto Buurmann 1950 vorgelegten Dienstordnung, fanden kaum Gehör.²³ Buurmann, der sich aktiv für eine Reformierung und bessere Ausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes einsetzte, bemängelte in einer 1952 vor der Konferenz der Gesundheitsminister gehaltenen Rede, die als Denkschrift veröffentlicht wurde, das starke Überwiegen der kurativen Medizin in Westdeutschland.²⁴ Die Ausgaben für präventive Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens betrügen nur einen Bruchteil der Ausgaben der Kassen für Heilverfahren. Aber auch innerhalb der öffentlichen Haushalte machten die Ausgaben für das öffentliche Gesundheitswesen nur einen geringen Anteil aus:²⁵

Schließlich möchte ich noch sagen, daß meine Ausführungen freimütig zeigen sollten, wie stiefmütterlich Fragen der gesundheitlichen Gefahrenabwehr in Deutschland behandelt werden. [...] Wir Medizinalbeamten und Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens würden uns unseren Staatsmännern zu größtem Dank verpflichtet fühlen, wenn sie jede Gelegenheit benutzen würden, das gesundheitspolitische Denken und Handeln der verantwortlichen Frauen und Männer in Parlamenten, Ausschüssen und Gemeindevertretungen

²⁰ HÜNERBEIN, Gesundheitsamt 1952, S. 69–70; vgl. zur Diskussion um die Kommunalisierung der Gesundheitsämter in Nordrhein-Westfalen WOELK, Geschichte, S. 293–8.

²¹ Vgl. zu den selektierenden Maßnahmen während der NS-Zeit im Bereich der Schwangeren- und Säuglingsvorsorge wie auch der Geschlechtskrankenfürsorge unten, Kap. III, 4.1.1 bzw. Kap. III, 3.2.1. Hierzu allgemein LABISCH, Entwicklungslinien, S. 43. Von Labisch wird hier insbesondere auf einen Artikel von Redeker, dem Leiter der Abteilung Gesundheitswesen im Innenministerium, verwiesen, der 1949 in der Zeitschrift der Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens erschien: REDEKER, Magister; vgl. zu den Folgen des Nationalsozialismus in der Sozial- und Präventionsmedizin SCHMACKE, Individualisierung, S. 179–80.

²² HOFMANN und SCHWARTZ, Public Health, S. 7.

²³ MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 435.

²⁴ BUURMANN, Gesundheitspolitik; vgl. zu Buurman SCHLEIERMACHER, Traditionen, S. 267, 273–5.

²⁵ BUURMANN, Gesundheitspolitik, S. 26, 32–3.

in dem Sinne zu bestimmen, daß Vorbeugen besser und billiger ist als Heilen und daß wir jetzt wirklich in allen Ländern der Bundesrepublik ernster an die Arbeit gehen sollten, neben der Beseitigung oder Verhinderung von Notständen im Krankenhaussektor Einrichtungen zu schaffen oder zu verbessern, um den gesicherten Erkenntnissen einer von allen Ländern der Welt verstandenen vorbeugenden Gesundheitsfürsorge Rechnung zu tragen.

Der öffentliche Gesundheitsdienst in der Bundesrepublik war in den 1950er Jahren durch einen zunehmenden Bedeutungsverlust gekennzeichnet; nach jahrelangen Kompetenzkämpfen mußten viele Aufgaben an die niedergelassenen Ärzte abgegeben werden.²⁶ So wurde beispielsweise die traditionell dem Gesundheitsamt obliegende Prophylaxe für Schwangere und Säuglinge – worauf im entsprechenden Kapitel noch ausführlich einzugehen ist – schließlich 1965 durch ein Gesetz in die Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen und dem Arbeitsbereich der freien Ärzteschaft übertragen.²⁷

Versuche, dem öffentlichen Gesundheitswesen verstärkt sozialmedizinische und fürsorgerische Aufgaben zuzuweisen, wie das ein Gesetzentwurf der Gesundheitsabteilung des Bundesinnenministeriums zum Thema „Vorbeugende Gesundheitsfürsorge“ Anfang der 1950er Jahre noch versucht hatte, scheiterten an der Furcht vor einer vermeintlichen Nähe zu autoritärer „Staatsmedizin“ und an rechtlichen Problemen. Als der Bundestag gleichzeitig mit der Verabschiedung des Mutterschutzgesetzes 1953 das Bundesinnenministerium beauftragte, einen Gesetzesentwurf vorzubereiten, der eine weitergehende Für- und Vorsorge für alle Mütter sicherstellen sollte, insbesondere aber für die nichterwerbstätigen, die vom Mutterschutzgesetz nicht erfaßt wurden, traten sofort große rechtliche Schwierigkeiten zutage.²⁸ Der Staatssekretär im Innenministerium, Ritter von Lex, äußerte sich im September 1952 folgendermaßen:

Für diese vorbeugende Gesundheitsfürsorge eine ausreichende gesetzliche Grundlage zu schaffen, ist eines der schwierigsten Probleme der Gesundheitspolitik. Besonders die dafür erforderlichen Eingriffe in die persönliche Rechtssphäre bedürfen sorgfältiger Überlegung.²⁹

Die rechtlichen Probleme waren vor allem darin begründet, daß im Grundgesetz die Gesetzgebungskompetenz für den Bereich des Gesundheitswesens nicht eindeutig geregelt war. Art. 74 GG, der die sogenannte konkurrierende

²⁶ LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland S. 135–8; MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 439–41.

²⁷ LABISCH, Gesundheitsdienst, S. 154 und BGBl. 1965 I, Gesetz zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung, S. 917; vgl. ausführlich das Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, Kap. III, 4.3.

²⁸ BAK, B 142/979, Innenminister an Präsidenten des Deutschen Bundestages vom 23. Juni 1953.

²⁹ In der Antwort auf eine Parlamentarische Anfrage in der 230. Sitzung des Deutschen Bundestages vom 17. September 1952; vgl. BAK, B 142/979, Brief Innenminister an Präsidenten des Deutschen Bundestages vom 23. Juni 1953.

Gesetzgebung regelte, sah eine Beteiligung des Bundes im Gesundheitssektor für die Seuchengesetzgebung, Berufszulassung und das Arzneimittelrecht vor (Art. 74 Nr. 19 GG) sowie für die „öffentliche Fürsorge“ (Art. 74 Nr. 7 GG). Im Fall konkurrierender Gesetzgebung bestand Länderzuständigkeit nur solange und soweit der Bund nicht tätig wurde, wobei die Verwaltungshoheit bei den Ländern verblieb.³⁰ Ob ein Bundesgesetz über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge verfassungsrechtlich zulässig war, hing also von der Auslegung des Begriffs „öffentliche Fürsorge“ ab, die jedoch umstritten war. Nach dem Vorbild des Gesetzes zur Änderung des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes, bei dem man eine Zuständigkeit des Bundes mit der Fürsorgeklausel des Art. 74 Nr. 7 GG begründet hatte, wollte man auch beim Gesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge vorgehen.³¹ Dennoch blieb eine erhebliche rechtliche Unsicherheit, wie weit die Kompetenzen des Bundes im Bereich der Gesundheitsfürsorge gingen und ob sie hierfür ausreichten.

Zudem gab es eine weitere Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Geltung des Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, das 1934 unter der nationalsozialistischen Herrschaft in Kraft getreten war und nach dem die Gesundheitsämter verschiedene Aufgaben im Bereich der Vor- und Fürsorge wahrnahmen.³² Ob dieses Gesetz, das von den Besatzungsmächten nicht aufgehoben worden war und weiter galt, nun als Bundes- oder Landesrecht anzusehen sei, war ungeklärt.³³ Ob die Tätigkeiten der Gesundheitsämter durch Bundesrecht geregelt werden konnte, war ebenfalls unklar.

Trotz dieser schwierigen Lage entwickelte damals Wilhelm Hagen im Bundesinnenministerium einen Entwurf für ein Gesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge. Er formulierte 1953 folgende Richtlinien für die Zukunft des öffentlichen Gesundheitswesens, an denen auch das neue Gesetz orientiert sein sollte:

Die Vorsorge für die Erhaltung und Sicherung der Gesundheit durch vorbeugende Gesundheitsfürsorge ist Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes, dessen Organe die Gesundheitsämter sind. Die vorbeugende Gesundheitsfürsorge umfaßt insbesondere:

1. Die Fürsorge für das keimende Leben, die Schwangerschaft, das Wochenbett und die Stillzeit der Frau.
2. Die Fürsorge für Säuglinge und Kleinkinder.
3. Die Fürsorge für Kinder und Jugendliche.

Die Gesundheitsfürsorge zu Verhütung und Bekämpfung ansteckender und die Gemeinschaft gefährdender Volkskrankheiten wird durch besondere Gesetze geregelt. Die Aufbringung der Kosten für die vorbeugende Gesundheitsfürsorge erfolgt gemeinsam von Gemeinden und Ländern unter Gewährung eines Zuschusses des Bundes.³⁴

³⁰ Art. 72 GG; LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 130.

³¹ BAK, B 142/4042, Entwurf zu einer Begründung zum Gesetz über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge für Mütter, Kinder und Jugendliche, Januar 1956.

³² RGBl. 1934 I, S. 531.

³³ MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 440.

³⁴ HAGEN, Vorbeugende Gesundheitsfürsorge, S. 112–3.

Das Gesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge scheiterte 1956 jedoch neben den rechtlichen Unklarheiten schon an Uneinigkeiten innerhalb der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums. Die überwiegende Mehrheit der Ministerialbeamten hielt den Hagenschen Gesetzentwurf auch in einer stark überarbeiteten Fassung von 1956 für noch zu „gesundheitsamtfreundlich“. Die Kritiker forderten, daß man die Aufgaben der Gesundheitsämter noch deutlicher auf die Beratung beschränken und der freien Ärzteschaft mehr Aufgaben überlassen solle.³⁵

Eine weitere wichtige Ursache für das Scheitern dieser Ansätze war die Begehrlichkeit der niedergelassenen Ärzteschaft, die bereits 1951 auf dem Ärztetag eine stärkere Beteiligung an der Gesundheitsvorsorge gefordert hatten.³⁶ Nachdem den Ärzten im Kassenarztgesetz von 1955 die Sicherstellung der ambulanten Versorgung zugesprochen worden war, wollten sie nun die Vorsorgeleistungen für Schwangere und Säuglinge ebenfalls zur ärztlichen Aufgabe erklären lassen.³⁷ Eine Entschließung des Bundestags zum Gesetz über das Kassenarztrecht hatte bereits 1955 in diese Richtung gewiesen und festgestellt,

daß das Anliegen des Arztes sich mit der Heilung nicht erschöpft. Es ist vielmehr mit der Verhütung von Krankheit und der Festigung und Verbesserung des Gesundheitszustandes notwendig und untrennbar verbunden. Der Bundestag ersuchte in dieser Entschließung die Bundesregierung, der Gesundheitsvorsorge innerhalb der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung das besondere Augenmerk zuzuwenden und dazu in der Sozialreform Vorschläge zu machen.³⁸

Nach dem Inkrafttreten des Kassenarztrechtsgesetz von 1955 sahen sich die niedergelassenen Ärzte weiterhin stets in einem Kampf zwischen „Staatsmedizin“ und „freier Ärzteschaft“. Eine stärkere Stellung der Ärzte gegenüber der „Großbürokratie“ in Form des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Krankenkassen würde ihren Beruf wieder zu einem „profilierten, allein sich selbst verantwortlichen wirklich frei praktizierenden Arzt mit institutionellem Charakter“ machen, hieß es in einer Untersuchung von 1957, die die Argumente der niedergelassenen Ärzte aufnahm. Dieser „permanente Spannungszustand“ zwischen den niedergelassenen Ärzten und dem öffentlichen Gesundheitsdienst trug in den folgenden Jahren entscheidend zum Scheitern der Neuordnung des letzteren bei.³⁹

Weitere Versuche, den öffentlichen Gesundheitsdienst neu zu ordnen, entstanden im Zusammenhang mit der von der Bundesregierung seit 1955 verstärkt verfolgten „Sozialreform“. ⁴⁰ In diesem Zusammenhang sollte das Kran-

³⁵ BAK, B 142/4043, Vermerk über die Besprechung des Entwurfes eines Gesetzes über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge für Mütter, Kinder und Jugendliche mit den beteiligten Referaten am 24. Februar 1956.

³⁶ MANGER-KOENIG, Öffentlicher Gesundheitsdienst, S. 436.

³⁷ Vgl. NASCHOLD, Kassenärzte, S. 139; vgl. ausführlich zum Kassenarztgesetz unten S. 86.

³⁸ Zitiert nach MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 437.

³⁹ DOERKS, Spannungsfeld, S. 710–3.

⁴⁰ Vgl. hierzu oben, S. 38 bzw. 68.

kenversicherungsrecht neu geregelt werden; aber auch eine Neuordnung des Gesundheitswesens insgesamt wurde in Betracht gezogen. 1955 faßten die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister der Länder den Beschluß, daß die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens in jedem Fall im Zusammenhang mit der Sozialreform berücksichtigt und neu definiert und sie selbst an den Verhandlungen beteiligt werden müßten. Es sei Anliegen der Länder, die Aufgaben der öffentlichen Gesundheitsfürsorge überall wirksam zu erfüllen. Diese sollten in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft gelöst werden.⁴¹

Dieses Thema stand ab 1955 im Vordergrund der politischen Debatte. Dabei wurde nun auf verschiedensten Ebenen auch das Problem der Prävention von Krankheiten intensiv diskutiert. Anfangs schien es noch offen, ob die Leistungen der Vorsorge gemeinsam von der gesetzlichen Krankenversicherung und den Kassenärzten oder teilweise vom öffentlichen Gesundheitsdienst übernommen werden sollten.⁴² Zur Integration des öffentlichen Gesundheitsdienstes gab es verschiedene Vorschläge. Die Unkeler Arbeitstagung, ein Beratungsgremium des Arbeitsministeriums, plädierte 1955 beispielsweise für einen starken Ausbau der öffentlichen Schulgesundheitspflege, die zu einer ärztlichen und zahnärztlichen Betreuung Jugendlicher im Entwicklungsalter erweitert werden sollte, sowie für einen Ausbau der öffentlichen Beratungsstellen. Ende der fünfziger Jahre ging die Tendenz allerdings dahin, Vorsorgeregungen im Zusammenhang mit der Neuregelung des Kassenrechts in die Leistungen der Krankenversicherungen aufzunehmen.⁴³

In eine gänzlich andere Richtung zielten die Vorschläge des SPD-Sozialpolitikers Walter Auerbach, der sich in zahlreichen Schriften mit der Sozialreform auseinandersetzte.⁴⁴ Er schlug eine Zusammenfassung der Leistungen der Versicherungsträger wie auch des öffentlichen Gesundheitswesens in einer „Sozialgemeinde“ vor, die auf kommunaler Ebene verwaltet werden sollte.⁴⁵ Er plädierte grundsätzlich für einen umfassenden „Gesundheitsdienst“ und eine bessere Zusammenarbeit zwischen kurativer und präventiver Medizin und kritisierte in diesem Zusammenhang besonders die Haltung der deutschen Ärzteschaft:

Eine eigentliche Gesundheitsvorsorge gibt es in Deutschland bisher nicht. Ursächlich spielt unter den Hemmnissen eine wesentliche Rolle die Haltung der praktizierenden Ärzte, die gegenüber den Einrichtungen der Krankenversicherung wie gegenüber dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eine Haltung steter Abwehr gegen vermeintliche oder tatsächliche Versuche zu Einbrüchen in den Bereich der ambulanten Behandlung nie

⁴¹ DANIELS, Sozialreform 1956, S. 161.

⁴² DANIELS, Sozialreform 1956, S. 163; vgl. auch ROSEWITZ und WEBBER, Reformversuche, S. 108–12; LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 144–5.

⁴³ Neuordnung der sozialen Leistungen, S. 1038–9; vgl. auch DANIELS, Sozialreform 1956, S. 167, 170; DERS., Sozialreform 1958, S. 51; MÄNGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 438.

⁴⁴ Vgl. z. B. AUERBACH, Modell; AUERBACH et al., Sozialplan; AUERBACH, Beiträge.

⁴⁵ AUERBACH, Modell, S. 109.

überwunden haben. Spannungen zwischen praktizierenden Ärzten und öffentlichen Einrichtungen gibt es auch in anderen Ländern. Trotzdem ist in vielen westlichen und nördlichen Ländern die Verlagerung der Arbeit auf eine praktisch alle Schichten der Bevölkerung erfassende Gesundheitserziehung, Gesundheitspflege, Gesundheitsvorsorge zu großen Teilen erfolgt.⁴⁶

Auerbach bemängelte zudem, daß die Diskussionen zur Sozialreform auf dem Gebiet der Krankenversicherung zu sehr der Leitvorstellung verhaftet seien, Menschen vor dem wirtschaftlichen Risiko Krankheit zu schützen.⁴⁷

Ein Gesundheitsdienst hätte beratende Aufgaben bei der Pflege der Gesundheit [...]. Er hätte mit dem öffentlichen Medizinalwesen zusammenzuarbeiten und gesundheitsförderische Maßnahmen zu fördern. [...] Der Gesundheitsdienst müßte im Rahmen der heilenden Medizin ärztliche Hilfe, Krankenhaushilfe, Versorgung mit notwendigen Medikamenten, sonstigen Heil- und Hilfsmitteln und Kuraufenthalte umfassen.⁴⁸

Die Ärzte selbst sollten nach Auerbach stärker zusammenarbeiten, am besten in Gesundheitszentren und, ähnlich wie in Großbritannien, mit einer Grundvergütung und zusätzlichen Kopfpauschalen entlohnt werden.⁴⁹ Solch richtungsweisende Vorschläge, wie sie Auerbach in seinem Werk „Sozialplan für Deutschland“ ausarbeitete, hatten in der Bundesrepublik gegen den vehementen Widerstand der Ärzteschaft kaum Chancen. Innerhalb der Ministerien wollte man von solchen „sozialistischen Experimenten“ ebenfalls nichts wissen.

Im Bundesarbeitsministerium bestand schon 1955 der Plan, die Krankenversicherungsleistungen auf die Vorsorge auszudehnen, sogenannte „Vorsichtsuntersuchungen“ in die Leistungen der Kassen zu integrieren und damit die Prophylaxe dem öffentlichen Gesundheitsdienst im wesentlichen zu entziehen. Die Richtlinien zu den zukünftigen Leistungen sollten dann Krankenkassen und Kassenärzte gemeinsam bestimmen.⁵⁰ Solche Neuordnungspläne entsprachen den Wünschen der niedergelassenen Ärzte und fanden in den nächsten Jahren breite politische Unterstützung. Das Prinzip individueller Vorsorge anstelle einer vom öffentlichen Gesundheitsdienst organisierten Prophylaxe setzte sich endgültig im Zuge der Vorbereitung des Krankenversicherungsneuordnungsgesetzes (KVNG) durch.⁵¹ Auch wenn dieses Vorhaben 1961 scheiterte und die zukünftige rechtliche Gestaltung des Gesundheitswesens im Hinblick auf die Vorsorge weiterhin unklar blieb, war eine gesundheitspolitische Gesetzgebung im Sinne einer Neufassung oder Ausweitung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes nicht mehr durchsetzbar. Bundesgesetzliche

⁴⁶ AUERBACH et al., Sozialplan, S. 37.

⁴⁷ AUERBACH et al., Sozialplan, S. 27.

⁴⁸ AUERBACH, Modell, S. 109.

⁴⁹ Vgl. AUERBACH et al., Sozialplan, S. 38, S. 46–7.

⁵⁰ DANIELS, Sozialreform 1956, S. 171.

⁵¹ LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 151; vgl. auch SCHMACKE, Individualisierung, S. 183, der davon spricht, daß gruppen- und bevölkerungsbezogene Prävention zunehmend zum Anachronismus wurde.

Regelungen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge wurden schließlich dadurch weiter erschwert, daß der Bundesrat das Jugendzahnpflegegesetz 1964 ablehnte und sich auf eine sehr restriktive Haltung gegenüber dem Bund festlegte.⁵² Die Prophylaxe für Schwangere wurde schließlich in einem einzelnen Gesetz 1965 in die Leistungen der Krankenkassen integriert, andere Vorsorgeuntersuchungen einschließlich der Säuglingsuntersuchungen 1971. Damit war die Vorsorge dem öffentlichen Gesundheitsdienst weitgehend entzogen und lag nunmehr in Händen der niedergelassenen Ärzteschaft.⁵³

Währenddessen bot der öffentliche Gesundheitsdienst in den 1950er Jahren in den einzelnen Ländern ein sehr unterschiedliches Bild.⁵⁴ Während sich z. B. in Nordrhein-Westfalen ein relativ aktives öffentliches Gesundheitswesen entwickelte, das sowohl in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wie auch in der Schwangerenvorsorge zahlreiche Initiativen entwickelte, war dies in anderen Ländern keineswegs der Fall. In Bayern wurden in den 1950er Jahren beispielsweise trotz der noch relativ hohen Säuglingssterblichkeit in strukturschwachen Gebieten die Mütterberatungen keineswegs intensiviert.⁵⁵ Im Sozialpolitischen Ausschuß des bayerischen Landtags beklagten außerdem verschiedene Abgeordnete, daß es zu wenig Gesundheitsämter gebe, die sich um Landgemeinden kümmern. Der Landtagsabgeordnete Leonhard Deininger (CSU) hob hier besonders das Gesundheitsamt Regensburg hervor, das in einem stark agrarisch geprägten Landkreis 124 Gemeinden zu betreuen habe.⁵⁶

Insbesondere in den 1960er Jahren wirkte sich die finanzielle Unattraktivität des Amtsärztstandes immer stärker auf den Nachwuchs aus:

Zwischen ‚honorierter Praxis‘ und ‚öffentlichem Dienst‘ klafft bereits eine solche einkommensmäßige Lücke, daß der öffentliche Dienst an Wirksamkeit zu verlieren droht. Ende 1959 orientierte sich die Diskussion um den angemessenen Maßstab der Honorierung der freien Praxis noch am ‚Oberregierungsrat‘, heute [1967] nähert sich der Maßstab schon der Position eines Staatssekretärs an.⁵⁷

Ärzten erschien es seit den sechziger Jahren sicherlich nur noch wenig lukrativ, sich für eine Stelle im öffentlichen Gesundheitsdienst zu bewerben; in einer eigenen Praxis ließ sich beträchtlich mehr verdienen. Zum anderen hatten auch die Tätigkeiten des Amtsarztes, die sich – nach dem Verlust der Vorsorge-Zuständigkeit Mitte/Ende der 1960er Jahre – fast nur noch auf Begutachtung und seuchenmedizinische Aufgaben erstreckten, für junge Ärzte an Attraktivität

⁵² MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 438; vgl. auch oben, S. 39.

⁵³ Vgl. hierzu wie auch zu den Folgen der gescheiterten Reform ausführlich das Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, Kap. III, 4.3.

⁵⁴ DANIELS, Sozialreform 1958, S. 50.

⁵⁵ Vgl. dazu die in den Berichten über das Bayerische Gesundheitswesen genannten Zahlen über Mütterberatungen. Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 61 (1953), S. 123; 63 (1955), S. 121; 67 (1959), S. 121.

⁵⁶ Archiv des Bayerischen Landtags, Protokoll der 32. Sitzung des Ausschusses für Sozial- und Gesundheitspolitik am 29. 4. 1960.

⁵⁷ NASCHOLD, Kassenärzte, S. 139.

verloren. Im öffentlichen Gesundheitsdienst verblieben zunächst nur noch der Schulgesundheitsdienst und Impfkampagnen; doch auch letztere nur noch teilweise, da Massenimpfungen 1970 per Gesetz dem Leistungsbereich der Krankenkassen übertragen wurden. Durch den Funktionsverlust büßte der öffentliche Gesundheitsdienst auch an Ansehen ein.⁵⁸

All dies führte spätestens in den 1970er Jahren zu zahlreichen unbesetzten Amtsarztstellen und einer Überalterung im öffentlichen Gesundheitswesen. 1974 gab es beispielsweise in ganz Bayern 71 staatliche und drei kommunale Gesundheitsämter, wofür insgesamt 493 ärztliche Planstellen zur Verfügung standen; davon waren allerdings 61 unbesetzt.⁵⁹ Auch das Altersprofil der Ärzte war meist sehr ungünstig.⁶⁰ Aus den bundesdeutschen Zahlen läßt sich ablesen, daß die Gesundheitsämter kaum ausgebaut wurden, ihre Anzahl blieb

Tabelle 1: Gesundheitsämter und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Bundesrepublik⁶¹

<i>Jahr</i>	Zahl der Gesundheits- ämter	Einwoh- ner pro Gesundheits- amt	Hauptamtliche Ärzte in Gesundheits- ämtern	Hauptamtliche Ärzte pro Gesundheits- amt	Einwohner pro hauptamt- lichen Arzt
1951	478	105 600	1591	3,3	31 519
1952	488	104 300	1699	3,5	29 956
1953	487	105 700	1704	3,5	30 209
1954	491	105 800	1746	3,6	29 757
1955	492	106 800	1830	3,7	28 700
1956	500	106 600	1868	3,7	28 543
1957	500	108 000	1855	3,7	29 107
1958	502	108 800	1913	3,8	28 545
1959	499	110 500	1909	3,8	28 875
1960	502	111 100	1928	3,8	28 934
1961	503	112 500	1979	3,9	28 595
1962	503	113 800	2049	4,1	27 939
1963	503	115 000	2032	4,0	28 477
1964	504	116 200	2079	4,1	28 180
1965	503	117 900	2114	4,2	28 050

⁵⁸ Der Entzug der Kompetenzen machte sich außerdem darin bemerkbar, daß die Berichte der Gesundheitsverwaltungen kaum noch sozialmedizinisch oder epidemiologisch relevante Ergebnisse oder neue Ansätze lieferten; vgl. HOFMANN und SCHWARTZ, Public Health, S. 10–1; LABISCH, Gesundheitsdienst, S. 154.

⁵⁹ Vgl. Gesundheitsprogramm der Bayerischen Staatsregierung 1974, S. 210–1.

⁶⁰ Man war deswegen vielerorts gezwungen, Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie schulärztliche Untersuchungen, sogar teilweise auf niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte zu übertragen.

⁶¹ Einschließlich West-Berlin; LABISCH-ZIESMANN und LABISCH, Personalsituation S. 64; eigene Berechnungen.

seit 1956 in etwa gleich. Bei wachsender Bevölkerung stieg die Zahl der von einem Gesundheitsamt betreuten Personen an (sofern überhaupt noch von einer Betreuung die Rede sein kann). Die Anzahl der hauptamtlichen Ärzte erhöhte sich bis 1965 leicht, blieb aber im Verhältnis zur wachsenden Bevölkerung etwa gleich. Bedenkt man, daß gerade die gutachterlichen Aufgaben der Amtsärzte zunahmen, wird deutlich, daß bei dieser dünnen Personaldecke an Aufgaben im fürsorgerischen Bereich kaum noch zu denken war.

Der öffentliche Gesundheitsdienst verlor so in den ersten beiden Jahrzehnten nach Gründung der Bundesrepublik seine Bedeutung bei der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung fast völlig.⁶² Alle Versuche einer Revitalisierung und Verfolgung alternativer Konzepte scheiterten in dieser Zeit; die Dominanz der niedergelassenen Ärzte und der Kassen wuchs.

2.2 GROSSBRITANNIEN – DIE „LOCAL HEALTH AUTHORITIES“

Dem öffentlichen Gesundheitsdienst in Deutschland entsprechen in Großbritannien im wesentlichen die kommunalen Gesundheitsbehörden, die *Local Health Authorities* (LHAs). Das öffentliche Gesundheitswesen entwickelte sich auch in Großbritannien aus verschiedenen Traditionssträngen. Zum einen gab es seit Mitte des 19. Jahrhunderts starke Bemühungen um eine Verbesserung der sanitären Zustände in Großbritannien, die sich im *Public Health Act* von 1848 niederschlugen, der in erster Linie auf einen Ausbau der Wasserversorgung und Kanalisation zielte. In den folgenden Dekaden wurden die sanitären Zustände insbesondere in den Arbeitervierteln der großen Städte zum Thema der öffentlichen Diskussion. Vor allem der Report der *Royal Sanitary Commission* führte dazu, daß die *Public Health Acts* der Jahre 1872 bis 1875 verabschiedet wurden. Dabei entstanden 1872 die *Sanitary Authorities*, kommunale Einrichtungen, die von da an einen wichtigen Part im Ausbau eines öffentlichen Gesundheitswesens spielten und die man mit der deutschen Institution des Kreisarztes vergleichen kann. Diese waren für das Angebot öffentlicher Gesundheitsdienste verantwortlich und mußten die sogenannten *Medical Officers of Health*, die in ihrer Funktion etwa den deutschen Amtsärzten entsprechen, beschäftigen.⁶³

Eine weitere Traditionslinie ist auf die um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert wachsende Besorgnis um die Gesundheit der Nation zurückzuführen. Insbesondere die hohe Säuglingssterblichkeit wurde nun als Problem wahrgenommen, dem nur mit gesundheitsfürsorgerischen Aktivitäten beizukommen

⁶² Vgl. z. B. JANTZEN, Gesundheitsdienst, S. 170, der von einem Austrocknen des öffentlichen Gesundheitsdienstes spricht.

⁶³ LEATHARD, Health Care, S. 2–4; HAM, Health Policy, S. 7–11; vgl. als Einzelstudie WELSHMAN, Municipal Medicine; vgl. insgesamt zur Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens in Großbritannien, FRAZER, History.

war.⁶⁴ Die Kommunen begannen verstärkt, Frauen als sogenannte *Health Visitors* einzustellen. Solche Frauen nahmen verschiedene Aufgaben in der Gesundheitserziehung wahr und besuchten vor allem Mütter mit neugeborenen Kindern.⁶⁵ Auch wohltätige Organisationen und kommunale Vereine beschäftigten nun *Health Visitors*. Dieser Beruf kam aus der Tradition der *Sanitary Inspectors*, die schon in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in einigen englischen Städten eingestellt worden waren und vor allem in der Gesundheitserziehung der armen Bevölkerungsschichten wirken sollten. Das Berufsbild des *Health Visitors* war ganz anders als das der deutschen Fürsorgerin und lässt sich mit letzterem nicht gleichsetzen.⁶⁶ Zur selben Zeit wurden in vielen Städten Beratungsstellen für Mütter mit Säuglingen und kleinen Kindern eingerichtet.

In den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts wurden die Tätigkeiten der Kommunalverwaltungen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge fester etabliert, unter anderem durch den *Birth Notification Act* von 1907, der es den bei den lokalen Gesundheitsbehörden angestellten *Health Visitors* ermöglichte, alle Neugeborenen zu besuchen. Im gleichen Jahr markierte zudem der *Education Act* den Beginn eines schulärztlichen Dienstes.⁶⁷ Dabei verbanden die Kommunalverwaltungen die hygienisch-sanitären Aufgaben der *Medical Officers of Health* mit den fürsorgerischen Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung. Bis zum Ersten Weltkrieg hatten dann die meisten größeren Städte ein Beratungszentrum für Mütter mit Kleinkindern, das von den Kommunen, manchmal auch von wohltätigen Organisationen unterhalten wurde, sowie eine oder mehrere weibliche *Health Visitors*, die die Mütter zu Hause besuchten.⁶⁸ Daneben entwickelten die kommunalen Gesundheitsbehörden auch gesundheitsfürsorgerisches Engagement in anderen Bereichen, z.B. für Tuberkulose. Bereits 1911 erhielten die Lokalverwaltungen Zuschüsse für den Bau von Tuberkulose-Sanatorien, ab 1921 hatten sie die Tuberkulosefürsorge und -therapie dann in ihrer alleinigen Verantwortung und betrieben in eigener Regie Tuberkulose-Krankenhäuser und -Sanatorien für das Gros der Erkrankten.⁶⁹

Während des Ersten Weltkriegs verstärkten sich die Aktivitäten auf dem Gebiet der Gesundheitspflege. Die Zahl der bei den Lokalverwaltungen angestellten *Health Visitors* beispielsweise stieg zwischen 1914 und 1918 von ca. 600 auf

⁶⁴ Hierzu ausführlich das Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, Kap. III, 4.1.2; DAVIN, *Imperialism*, S. 10–11; MAXWELL, *Children*, S. 229–30; vgl. auch RITTER, *Sozialversicherung*, S. 86.

⁶⁵ DINGWALL et al., *Introduction*, S. 185; vgl. auch DINGWALL, *Collectivism*, S. 296–300.

⁶⁶ OWEN, *Health Visiting*, S. 93; vgl. insgesamt DAVIES, *Health Visitor*; HALE, *History*; DINGWALL, *Collectivism*, S. 293–6.

⁶⁷ Vgl. HAM, *Health Policy*, S. 9–10.

⁶⁸ RING, *Health Education*, S. 11–12; LEWIS, *Social History: Infant Welfare*, S. 463–4; vgl. hierzu ausführlich das Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge Kap. III, 4.1.2.

⁶⁹ CONDRAU, *Lungenheilstalt*, S. 99–100; vgl. hierzu ausführlich unten das Kapitel über Tuberkulose, Kap. III, 1.

2600, die Anzahl der Säuglingsberatungsstellen von 600 auf 1300.⁷⁰ Die 1920er Jahre waren vom Aufstieg und erheblichen Ausbau des kommunalen Gesundheitswesens geprägt. Infolge des 1918 erlassenen Gesetzes über *Maternity and Child Welfare* waren nun die Kommunalbehörden verpflichtet, ein breiteres Angebot an Gesundheitsfürsorge für Schwangere, Mütter, Säuglinge und Kinder anzubieten.⁷¹ Die LHAs betrieben nun nicht nur *Infant Welfare Clinics* (Sprechstunden für Mütter mit Säuglingen) und *Ante-natal Clinics* (Sprechstunden für Schwangere), sondern beispielsweise auch *Maternity Homes* (Geburtshäuser), in denen Mütter entbinden konnten.

1929 wurden den kommunalen Gesundheitsbehörden die Krankenhäuser zugewiesen, die bis dahin dem Armenrecht unterstanden, was einen weiteren starken Ausbau des lokalen Gesundheitswesens gleichkam. Durch den *Midwives Act* von 1936 stellten die LHAs zudem Hebammen an, die nun den Schwangeren einen umfassenden Geburtshilfedienst anboten.⁷² Diese Erweiterung der kommunalen präventiven Dienstleistungen in Großbritannien hing auch damit zusammen, daß dort ein wesentlich geringerer Prozentsatz der Bevölkerung als in Deutschland krankenversichert war, nämlich nur die selbst versicherten, arbeitenden Personen, also in erster Linie Männer. Frauen und Kinder, die in der Weimarer Republik mitversichert waren, genossen in Großbritannien keinen Versicherungsschutz.⁷³ Sie waren deswegen im wesentlichen auf die Angebote der örtlichen Gesundheitsbehörden angewiesen. So entwickelte sich in Großbritannien ein relativ leistungsstarkes kommunales Gesundheitswesen, das im Gegensatz zum deutschen Kassensystem sowohl auf Prävention wie auch auf Therapie ausgerichtet war.

Zudem verfügte das öffentliche Gesundheitswesen durch das 1919 geschaffene Gesundheitsministerium über eine Zentralinstanz, die die Vorgehensweise in den einzelnen kommunalen Behörden koordinieren konnte.⁷⁴ In Großbritannien entstand – im Gegensatz zu Deutschland – kein Dualismus zwischen den sanitären Aufgaben der *Medical Officers of Health* und den fürsorglichen Aufgaben der kommunalen Gesundheitsbehörden. Hier war vielmehr die Abgrenzung zur niedergelassenen Ärzteschaft sehr schwierig. Da die Einrichtungen der *Local Health Authorities* auch therapierten, sahen die niedergelassenen Ärzte, die sogenannten *General Practitioners* (GPs), in den *Medical*

⁷⁰ DWORK, War, S. 211; DAVIN, Imperialism, S. 43.

⁷¹ PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, Maternity and Child Welfare, England and Wales, Februar 1958.

⁷² Vgl. zu den Krankenhäusern unten, S. 110; hierzu auch ABEL-SMITH, Hospitals, S. 368; zu den Hebammen LOUDON, Death, S. 209.

⁷³ Zum englischen Krankenversicherungssystem RITTER, Sozialversicherung, S. 94.

⁷⁴ PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, Maternity and Child Welfare, England and Wales, Februar 1958.

Officers of Health und den gesamten lokalen Gesundheitsbehörden eine unliebsame Konkurrenz.⁷⁵

Welche Rolle die Lokalverwaltungen unter dem neuen NHS spielen sollten, war Gegenstand einer langandauernden Diskussion. In ihren Vorstellungen lehnten sich die NHS-Planungen anfangs an den sogenannten *Dawson Report* an, der bereits 1920 eine einzige Organisationsform für *Primary Health Care*, die soziale und medizinische Grundversorgung auf kommunaler Ebene, gefordert hatte, aber damals kaum auf Gehör gestoßen war: In sogenannten *Primary Health Centres* sollten ärztliche und kommunale Gesundheitsdienste integriert werden.⁷⁶ Ein Entwurf der *Labour Party* von 1943 hatte noch angestellte Ärzte in den neu zu schaffenden Gesundheitszentren unter Verwaltung der Lokalbehörden gefordert.⁷⁷ Der Regierungsentwurf für den NHS von 1944 enthielt bereits eine Abschwächung; nun sollte eine erweiterte Kommunalbehörde, die sogenannte *Joint Authority*, für die Planung der *Health Centres* zuständig sein, wo zumindest ein Teil der GPs arbeiten würde. Separate Einzelpraxen sollten jedoch weiterhin erlaubt werden.⁷⁸ Ein Überblick über den neuen NHS aus dem Jahr 1946 verwies dann noch etwas vager auf die wichtige Rolle der Gesundheitszentren, die die Angebote der Ärzte und der Lokalverwaltungen besser koordinieren sollten.⁷⁹

Dem Neuaufbau solcher Zentren fehlte es aber von Beginn an Unterstützung, da die niedergelassene Ärzteschaft, wie unten noch ausführlich dargestellt wird, heftig gegen die Anstellung in den *Health Centres* protestierte und dem ganzen Programm sehr skeptisch gegenüberstand.⁸⁰ Da Gesundheitsminister Aneurin Bevan es nicht wagte, das Vorhaben gegen den Willen der Ärzte-Lobby umzusetzen, erwies sich eine zügige Entwicklung von Gesundheitszentren als unmöglich. Bevan mußte letztlich große Zugeständnisse an die niedergelassenen Ärzte machen, um sie zu einer Zusammenarbeit mit den LHAs zu bewegen. Die *General Practitioners* wurden schließlich im neuen NHS anstelle der lokalen Gesundheitsbehörden einer neuen Verwaltungsstruktur, den *Executive Councils*, unterstellt; das Projekt der kommunalen *Health Centres* verlor seine Bedeutung, ehe es richtig begonnen hatte.⁸¹

Hinzu kamen die Finanzprobleme des NHS, die Neubauten in den nächsten Jahren praktisch verhinderten.⁸² In einem Bericht des *Central Health Services Council* hieß es bereits 1950, daß das Ministerium unter den momentanen schwierigen ökonomischen Bedingungen kaum ein „ambitious scheme“ für

⁷⁵ LINDSEY, *Socialized Medicine*, S. 366; vgl. zur eingeschränkten Tätigkeit der Allgemeinärzte vor 1948 auch unten, S. 92.

⁷⁶ Dawson Report; vgl. auch WEBSTER, *Health Services*, Band 1, S. 373.

⁷⁷ LABOUR PARTY, *National Service for Health*, S. 16–7.

⁷⁸ MINISTRY OF HEALTH, *A National Health Service*, S. 17, 26–32.

⁷⁹ MINISTRY OF HEALTH, *National Health Service Bill*, S. 9.

⁸⁰ Vgl. zur Haltung der Ärzte unten, S. 94.

⁸¹ SCOTT, *Contribution*, S. 188–90.

⁸² Vgl. ECKSTEIN, *Health Service*, S. 248–9.

Gesundheitszentren einführen könne.⁸³ Das Gremium entwickelte deswegen einen sehr vagen Langzeitplan für die Errichtung solcher Zentren, während für die Zwischenzeit lediglich eine bessere Zusammenarbeit zwischen LHAs und niedergelassenen Ärzten gefordert wurde.

Eine bessere Integration der beiden Bereiche verhinderte das Scheitern des Gesundheitszentren-Ansatzes. Die früher kommunal verwalteten Krankenhäuser wurden im NHS der zentralen Verwaltung der *Regional Hospital Boards* unterstellt. In Bereichen, wo die lokalen Gesundheitsverwaltungen vormals einen umfassenden Service angeboten hatte, kam es nun zu einer Dreiteilung zwischen Krankenhausverwaltung, niedergelassenen Ärzten und Angeboten der *Local Health Authorities* – für letztere eine starke Beschneidung ihrer Kompetenzen.⁸⁴

Dennoch nahmen die Kommunalbehörden auch unter dem neuen NHS zahlreiche wichtige Aufgaben wahr: Sie boten weiterhin *Maternity and Child Services* an, beschäftigten *Health Visitors*, Schwestern für die Hauspflege und Haushaltshilfen. Sie waren also besonders mit Prophylaxe und der Nachsorge für Patienten befaßt.⁸⁵ Außerdem mußten die LHAs Krankentransportmöglichkeiten bereitstellen. Dieser neue Dienst wurde stark in Anspruch genommen. Der Auf- und Ausbau eines funktionierenden Krankentransportwesens dauerte während der 1950er Jahre an, da es in diesem Bereich zuvor nur sehr unzulängliche Möglichkeiten gegeben hatte.⁸⁶

Die vordringlichste Aufgabe der LHAs lag in den präventiven Diensten, bei denen die *Health Visitors* weiterhin eine entscheidende Rolle spielten. Dieser Beruf veränderte sich durch den *National Health Service Act* in mehrfacher Weise. Insbesondere mußten nach einer Richtlinie des Gesundheitsministeriums nun alle *Health Visitors* ein bestimmtes Training nachweisen; diejenigen, die diese Ausbildung nicht hatten, durften nur mit einer ministeriellen Sondergenehmigung arbeiten.⁸⁷ 1948 waren noch 1409 *Health Visitors* mit einem Dispens beschäftigt, 1957 hatte sich ihre Anzahl auf 616 reduziert. Die meisten Kommunalbehörden gaben ihren Mitarbeitern die Möglichkeit und finanzielle Unterstützung zum Besuch entsprechender Weiterbildungskurse.

Der Arbeitsbereich der *Health Visitors* weitete sich über die bisherige Arbeit mit Säuglingen und Schwangeren hinaus aus: Sie kümmerten sich nun stärker auch um heranwachsende Kinder bzw. alte Menschen. Zudem verbanden *Health Visitors* ihre Tätigkeit häufig mit speziellen Aufgaben, so als Tuberku-

⁸³ PRO, MH 133/69, General Health Services Council, Report of the Committee on Health Centres 1950.

⁸⁴ Die Folgen werden besonders im Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge deutlich; vgl. unten, Kap. III, 4.3.2. Vgl. hierzu auch oben den Strukturplan des NHS, Diagramm 1, S. 53.

⁸⁵ ECKSTEIN, Health Service, S. 207.

⁸⁶ LINDSEY, Socialized Medicine, S. 367–8.

⁸⁷ Annual Report of the Central Health Services Council, 1957, S. 163.

losefürsorgerin oder in der Geschlechtskrankenpflege.⁸⁸ Eine Kommunalbehörde beschrieb 1952 die Tätigkeit der *Health Visitors* folgendermaßen:

Routine duties undertaken by health visitors include the following: home visiting of children from the fifteenth day to five years of age, visiting of notified diseases in the pre-school child, staffing of child welfare sessions, ante-natal, post-natal and immunisation clinics. Special duties include investigation of circumstances governing accidents in the homes, cases of mechanical suffocation, cases of alleged neglect and deaths of pre-school children from whatever cause. Pre-school children discharged from hospital are 'followed-up'. The aged and infirm are visited where necessary.⁸⁹

Auch bei dieser Berufsgruppe barg die neue Dreiteilung des NHS Probleme; die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten gestaltete sich oftmals schwierig, wenngleich die Erfahrungen in den Regionen ganz unterschiedlich waren.⁹⁰ Über Ausbildung und Aufgaben der *Health Visitors* blieben trotz allem Unklarheiten bestehen, so daß 1953 ein Komitee unter dem Vorsitz von Sir Wilson Jameson eingesetzt wurde, um deren Aufgaben genauer zu bestimmen. Der Bericht wurde 1956 veröffentlicht. Die Ausbildung sollte nach den Vorstellungen des Komitees etwa vier Jahre umfassen, mit integrierten Kursen in Schwesternausbildung, *Public Health* sowie einer kurzen Ausbildung in Schwangerschaftsbetreuung.⁹¹ Der *Jameson Report* forderte vor allem eine engere Zusammenarbeit mit den GPs, um trotz des Scheiterns der *Health Centres* auf lokaler Ebene eine Art Grundversorgung mit gut koordinierten Diensten zu erreichen. Die Umsetzung dieser Vorschläge dauerte allerdings sehr lange; erst 1959 erließ das Ministerium hierzu eine neue Richtlinie.⁹²

Die *Medical Officers of Health*, die vor der Einrichtung des NHS eine zentrale Rolle in der kommunalen Gesundheitsfürsorge und der medizinischen Versorgung innehatten, konnten ihre Position nicht halten.⁹³ Durch den Verlust der Krankenhäuser und das Scheitern der Gesundheitszentren verloren viele Kommunalbehörden und mit ihnen ihre leitenden Personen, die *Medical Officers*, den Anreiz für großes Engagement. Die meisten Untersuchungen der 1950er Jahre empfahlen zudem, die *Medical Officers* in verschiedenen Funktio-

⁸⁸ Zur Erweiterung der Aufgaben des Health Visitors, MINISTRY OF HEALTH, National Health Service Bill, S. 15; dazu auch LINDSEY, *Socialized Medicine*, S. 371; sowie die Anmerkungen im Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, Kap. III, 4.3.2.

⁸⁹ PRO, MH 112/90, County Borough of Sunderland. Special Survey of Local Health Services provided under the National Health Services Acts, 1952.

⁹⁰ Im Cumberland County Council wurde die schlechte Zusammenarbeit zwischen Health Visitors und GPs bemängelt und insbesondere die Feindseligkeit der GPs gegenüber den Frauen beklagt. Vgl. hierzu PRO, MH 112/76, Cumberland County Council, 22. 12. 1952. Aus dem Sunderland County Council wurde im selben Jahr eine gute Zusammenarbeit zwischen Local Health Authority und GPs bestätigt. Vgl. zu positiven Erfahrungen PRO, MH 112/90, County Borough of Sunderland. Special Survey of Local Health Services provided under the National Health Services Acts, 1952.

⁹¹ Jameson Report, S. X–XI.

⁹² WEBSTER, *Health Services*, Band 1, S. 374.

⁹³ EASTWOOD, *Life*, S. 41–8.

nen durch niedergelassene Ärzte zu ersetzen. Im *Cranbrook Report* wurde an-geraten, sie in den Vorsorgesprechstunden für Schwangere und Säuglinge durch den GP zu ersetzen, da letzterer mehr praktische Erfahrung habe.⁹⁴ Im *Jameson Report* wurde der GP als „clinical leader of the domiciliary health services team“ bezeichnet, dem die *Health Visitors* in Zukunft stärker zuarbeiten sollten.⁹⁵ So verloren die *Medical Officers of Health* mehr und mehr ihre Aufgaben in der Gesundheitsfürsorge und präventiven Medizin, was ihren Beruf nicht attraktiver machte.⁹⁶

Ein weiterer wichtiger Bereich der kommunalen Gesundheitsbehörden war die häusliche Krankenpflege durch die sogenannten *District* oder *Home Nurses*. Vor der Einrichtung des NHS wurden diese Angebote vor allem von karitativen Organisationen geleistet und von den Kommunen finanziell unterstützt. Nach 1948 beschäftigten bereits die Hälfte aller LHAs ihre eigenen Schwestern.⁹⁷ Auch hier weitete sich der Fokus der Tätigkeit: Die Patienten wurden unter dem NHS auf Grund der knappen Kapazitäten früher aus den Krankenhäusern entlassen und bedurften wesentlich länger einer häuslichen Pflege. Die Anzahl der beschäftigten Schwestern stieg dementsprechend von 7700 1948 auf über 10000 im Jahr 1958.⁹⁸ Problematisch blieb in diesem Bereich die Koordination zwischen den Krankenhäusern und den LHAs, die zu wenig Informationen über die entlassenen Patienten bekamen.⁹⁹ Außerdem stieg die Zahl der alten Menschen, die häusliche Pflege in Anspruch nahmen, während der 1950er Jahre erheblich an.

Sogenannte *Home Helps*, Haushaltshilfen, wurden ebenfalls von den Lokalbehörden beschäftigt. In den 1920er Jahren standen diese vor allem Müttern mit Neugeborenen zur Verfügung. Bereits während des Zweiten Weltkriegs wurde ihr Aufgabengebiet ausgeweitet: Sie kümmerten sich nun auch um Kranke, die sich nicht selbst versorgen konnten. Obwohl von Gesetz wegen hierzu nicht verpflichtet, boten alle Lokalbehörden diesen Dienst an oder unterstützten wohltätige Organisationen darin, da eine sehr starke Nachfrage bestand. Auch hier traten im Laufe der 1950er Jahre alte und pflegebedürftige Personen als Patienten in den Vordergrund. Als Haushaltshilfen setzte man vor allem auf teilzeitbeschäftigte Frauen. Ihre Zahl stieg von ca. 8000 im Jahr 1948 auf über 40000 im Jahr 1958. Für den *Home Help Service* durften die lokalen Behörden im Gegensatz zu anderen Leistungen je nach Finanzkraft der Betreu-

⁹⁴ Cranbrook Report, S. 42–3.

⁹⁵ Jameson Report, S. VIII.

⁹⁶ Vgl. ausführlich EASTWOOD, Life.

⁹⁷ MINISTRY OF HEALTH, National Health Service Bill, S. 15; vgl. auch MINISTRY OF HEALTH, National Health Service 1958, S. 156.

⁹⁸ LINDSEY, Socialized Medicine, S. 372–3; allgemein zur Geschichte der District Nurses DINGWALL et al., Introduction; vgl. zur Überlastung der Krankenhäuser unten, S. 115; zu den Zahlen MINISTRY OF HEALTH, National Health Service 1958, S. 157.

⁹⁹ Vgl. zum Beispiel einen Bericht des Cumberland County Council an das Ministry of Health; PRO, MH 112/76 Cumberland County Council, 22. 12. 1952.

ten Gebühren verlangen. Gerade die Alten und chronisch Kranken, die diese Dienste in Anspruch nahmen, konnten jedoch kaum für die Leistungen bezahlen.¹⁰⁰

Die Verfügbarkeit von Hebammen, die seit 1936 von den Lokalbehörden angestellt wurden, war bereits vor Einführung des NHS in den ländlichen Regionen Großbritanniens gut. Nach 1948 büßten die Hebammen etliche Funktionen ein, da nun alle Frauen kostenlosen Zugang zu ärztlicher und klinischer Betreuung erhielten. Insbesondere die niedergelassenen Ärzte waren sehr interessiert an Geburtshilfe, da sie hierfür gesondert vergütet wurden. Weil auch die Anzahl der Klinikgeburten – diese standen den Frauen unter dem NHS nun ebenfalls kostenfrei offen – erheblich stieg, entbanden die Hebammen wesentlich weniger Frauen selbständig. Meist arbeiteten sie mit einem niedergelassenen Arzt zusammen und fühlten sich mitunter zur *Maternity Nurse* degradiert. Die Koordination zwischen Hebammen und GPs gestaltete sich vor allem deshalb sehr problematisch, da sich beide Professionen gegenseitig als heftige Konkurrenz wahrnahmen.¹⁰¹

Die in den 1920er und 1930er Jahren stark frequentierten Sprechstunden der lokalen Gesundheitsbehörden für Schwangere, die von den *Medical Officers of Health* mit den Hebammen und Schwestern geleitet worden waren, verloren nach der Einführung des NHS etwas an Popularität. Da den Frauen nun auch die Leistungen der Ärzte und Krankenhäuser offenstanden, bevorzugten viele werdende Mütter eine Vorsorge in den Kliniken oder den Arztpraxen. Die Leistungen der LHAs beschränkten sich zunehmend auf Angebote wie Schwangerschaftsgymnastik, Mütterschulung, Kurse in Säuglingspflege und andere ergänzende Leistungen. In der Säuglings- und Kindervorsorge, die in den 1950er Jahren gerade für die älteren Kinder ausgebaut wurde, waren jedoch die Kinderberatungen weiterhin relativ gut frequentiert, hier spielten auch die Hausbesuche der *Health Visitors* eine entscheidende Rolle.¹⁰²

Die LHAs betrieben neben den genannten Vorsorgeeinrichtungen und -angeboten noch weitere, eher der sozialen Vor- und Fürsorge für Säuglinge und Kinder gewidmete Einrichtungen, wie etwa *Mother and Child Homes* für unverheiratete Mütter.¹⁰³ Die meisten lokalen Gesundheitsbehörden unterstützten schon existierende Heime für Mütter und Kinder der wohlthätigen Organisationen, z.B. der Heilsarmee oder der *Church of England Moral Welfare*

¹⁰⁰ MINISTRY OF HEALTH, National Health Service 1958, S. 160–3.

¹⁰¹ Vgl. zur Entwicklung bei den Hebammen MINISTRY OF HEALTH, National Health Service 1958, S. 146–7.

¹⁰² Vgl. zur Entwicklung der Schwangeren-, Säuglings- und Kindervorsorge allgemein wie auch zu den Entwicklungen bei den Hebammen und in den Sprechstunden der LHAs ausführlich unten, Kap. III, 4.4.

¹⁰³ PRO, MH 55/1509, Unmarried Mothers and Baby Homes, passim. Vgl. zu diesem Problem, das hier nicht ausführlich behandelt werden kann LEWIS und WELSHMAN, Issue.

Association. Andere LHAs richteten eigene Heime ein.¹⁰⁴ Schwangerenvorsorge für die dort wohnenden Mädchen wurde von einem niedergelassenen Arzt geleistet, Säuglingsvorsorge vom angestellten Personal, meist einer Hebamme.¹⁰⁵ Impfprogramme liefen ebenfalls über die LHAs, worauf im Kapitel über Kinderlähmung noch ausführlich eingegangen wird.¹⁰⁶ Anfang der 1950er Jahre wurde insbesondere die Impfung gegen Diphtherie propagiert und Kinder in den Gesundheitsbehörden gegen diese Krankheit geimpft.¹⁰⁷

Auf dem Feld der Gesundheitsaufklärung waren die *Local Health Authorities* in den 1920er und 1930er Jahren Pioniere gewesen. In Zusammenarbeit mit dem von ihnen gegründeten und finanziell unterstützten *Central Council for Health Education* hatte man zahlreiche recht erfolgreiche Aufklärungskampagnen veranstaltet. Unter dem NHS wurden zwar ebenfalls Aktionen, beispielsweise für Röntgenreihenuntersuchungen¹⁰⁸ oder Impfprogramme gestartet, diese wurden aber insgesamt als wenig erfolgreich beurteilt. Charles Webster schätzt die vormals große Bedeutung der LHAs in der Gesundheitsaufklärung als deutlich sinkend ein; viele wichtige zeitgenössische Themen wie die Gefährlichkeit des Rauchens, Alkoholmißbrauch, Aufklärung über Krebs oder auch Familienplanung seien aus Angst vor kontroversen Reaktionen kaum aufgegriffen worden.¹⁰⁹

Den *Local Health Authorities* gelang es unter dem NHS kaum, ihr umfassendes Programm für präventive Medizin adäquat auszubauen, obwohl die kommunalen Gesundheitsbehörden auf diesem Gebiet in den 1920er Jahren gerade im Vergleich zu Deutschland sehr fortschrittlich gewesen waren. Der Schwerpunkt des NHS auf kurativer Medizin wurde in der Nachkriegszeit bemängelt, ohne daß ein großer Nachholbedarf im Bereich der Vorsorgemedizin ausgemacht worden wäre.¹¹⁰ Dies ist im Zusammenhang mit der stets angespannten Finanzlage des gesamten NHS zu sehen:

After considering what is meant by 'preventive health' and how far its promotion is a matter of direct concern to the National Health Service [...], we conclude that, [...] we know of no wide fields in which large sums of money might be expended at the present moment in order to bring the preventive health services 'into line' with the curative services. To this extent, we would say those who have criticised the Health Service for spending far too much on disease and far too little on prevention have tended to overstate their case.¹¹¹

¹⁰⁴ PRO, MH 55/2347, Meeting at High Leigh of the Standing Conference of the Church of England Council for Social Work, 2.–4.5.1962.

¹⁰⁵ PRO, MH 55/1510, Maternity Homes Survey, Entwurf 1960.

¹⁰⁶ Vgl. zur Impfung gegen Poliomyelitis unten, Kap. III, 2.4.2.

¹⁰⁷ LINDSEY, *Socialized Medicine*, S. 385–6.

¹⁰⁸ Vgl. hierzu das Kapitel zur Tuberkulose, Kap. III, 1.4.2.

¹⁰⁹ WEBSTER, *Health Services*, Band 1, S. 377.

¹¹⁰ So zum Beispiel im Guillebaud Report, der Kosten und Leistungen des NHS untersuchte; Guillebaud Report, S. 202.

¹¹¹ Guillebaud Report, S. 262.

Insgesamt konnten die kommunalen Gesundheitsbehörden ihre Aufgaben und Ziele unter dem NHS kaum weiterentwickeln; eine Kooperation mit den anderen Zweigen des NHS gelang nicht.¹¹² Während ihre medizinischen und präventiven Angebote an Relevanz verloren, entwickelten sich die LHAs stärker zu sozialen Dienstleistern, z.B. in der Altenpflege. 1959 wurden den LHAs durch den *Mental Health Act*, der die gesamte Versorgung psychisch Kranker neu organisierte, neue Aufgaben zugewiesen. In diesem Zusammenhang wurde immer wieder ein Ausbau der *Community Care* gefordert, die seit Ende der 1950er Jahre in der Gesundheitspolitik zum wichtigen Schlagwort avanciert war. Man diskutierte erneut über eine Zusammenfassung und den Ausbau der sozialmedizinischen Dienste auf kommunaler Ebene. Entsprechende Vorhaben scheiterten allerdings vorwiegend an finanziellen Problemen.¹¹³

Als Anfang der 1960er Jahre das Krankenhauswesen durch einen auf die nächsten 15 Jahre ausgerichteten Plan neu gestaltet werden sollte, richtete sich die Aufmerksamkeit wieder auf die kommunalen Gesundheitsdienste.¹¹⁴ Der damalige Gesundheitsminister, Enoch Powell, betonte stets, wie wichtig eine funktionierende *Community Care* als Ergänzung des auszubauenden Krankenhaussektors sei. Auch für die LHAs wurde nun ein Langzeitplan für die nächsten zehn Jahre entworfen, der 1963 dem Parlament vorgestellt wurde.¹¹⁵ Er enthielt eine Zusammenstellung der bei einer Umfrage in allen *Counties* ermittelten Pläne für die zukünftige Gestaltung der lokalen Gesundheitsdienste. Die LHAs planten – wie das Krankenhauswesen – einen starken Ausbau ihrer Leistungen und wollten zahlreiche Neubauten, insbesondere auf dem Sektor der Altenpflege und der Versorgung von Behinderten, erreichen.¹¹⁶ Die *Medical Officers of Health*, die durch den NHS zahlreiche ihrer Funktionen verloren hatten, sahen in dem integrierten Aufbau einer kommunalen Gesundheitsversorgung neue Chancen für sich und ihre Institutionen. Statt dessen war der Bereich der *Local Health Authorities* in den nächsten Jahren stets der erste, in dem Investitionen gekürzt wurden, da der Neu- und Umbau von Krankenhäusern Priorität genoß und die Ressourcen des NHS aufzehrte. Von dem ehrgeizigen Plan, die Gesundheitsdienste in den Kommunen auszubauen und zu integrieren, blieb in den nächsten Jahren nur wenig bestehen.¹¹⁷

Angesichts dieser Situation sahen die Lokalbehörden eine Entwicklungsperspektive in Richtung *Community Care* allenfalls in einer besseren Zusammenarbeit zwischen Ärzten und LHAs mit dem Ziel einer Integration der jeweili-

¹¹² WEBSTER, *Health Services*, Band 1, S. 373–4.

¹¹³ WEBSTER, *Health Services*, Band 2, S. 110–20.

¹¹⁴ Vgl. hierzu unten, S. 117.

¹¹⁵ MINISTRY OF HEALTH, *Development of Community Care*; vgl. auch MINISTRY OF HEALTH, *Health and Welfare Services* 1962, S. 10.

¹¹⁶ MINISTRY OF HEALTH, *Health and Welfare Services* 1962, S. 2.

¹¹⁷ WEBSTER, *Health Services*, Band 2, S. 110, 126.

gen Dienste und Versorgungsangebote.¹¹⁸ Eine wirkliche Integration zu einer *Primary Health Care* gelang jedoch kaum.¹¹⁹ Ab Mitte der 1960er Jahre wurden zwar verstärkt Gesundheitszentren gebaut, dennoch konnten die LHAs auch über die neuen Organisationsformen verlorenes Terrain im Gesundheitswesen nicht wettmachen.¹²⁰

Durch die Dreiteilung des *National Health Service* und das Scheitern der *Health Centres* verloren die *Local Health Authorities* viele ihrer Aufgaben; ihre vormalige Bedeutung konnten sie trotz zahlreicher Reformversuche der kommunalen Gesundheitsfürsorge nicht wiedererlangen. Bei der grundlegenden Umgestaltung des NHS im Jahr 1974 wurden ihre Aufgaben schließlich den neugeschaffenen *Health Authorities* übertragen und die alte Verwaltungsstruktur aufgelöst.¹²¹ Diese Entwicklung verstärkte die Tendenzen zu einer Krankenhauszentrierung des britischen Systems und verminderte die Bedeutung von präventiver Medizin.¹²²

¹¹⁸ DAVID ALLEN, *Health Services*, S. 209.

¹¹⁹ Zu den Problemen in den wenigen bestehenden *Health Centres* vgl. unten, S. 97.

¹²⁰ JOHN ROBSON, Großbritannien, S. 121.

¹²¹ ALBER, Großbritannien, S. 544–6.

¹²² JOHN ROBSON, *Entwicklung*, S. 135; allgemein DAVIES, *Hospital-Centered Health Care*.

3 DIE ÄRZTE

3.1 BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND – DIE DOMINANTE POSITION DER NIEDERGELASSENEN ÄRZTE IM GESUNDHEITSSYSTEM¹

Die ambulante Versorgung der Bevölkerung fiel in Deutschland überwiegend in den Aufgabenbereich der niedergelassenen Ärzteschaft. Da der größte Teil der Bevölkerung bereits in den 1920er Jahren bei den gesetzlichen Krankenkassen versichert war, hatten die meisten niedergelassenen Ärzte eine Kassenzulassung, waren also „Kassenärzte“, und bezogen ihr Einkommen auch hauptsächlich aus den Abrechnungen über die Kassen. Niederlassen konnten sich sowohl Allgemeinärzte als auch Fachärzte mit einer speziellen Zusatzausbildung, was das deutsche System deutlich vom britischen unterschied.

Die Ärzte hatten bereits während der Weimarer Republik und in der Zeit des Nationalsozialismus ihre Stellung im Gesundheitswesen gegenüber den Krankenkassen stärken und den Sektor der ambulanten Behandlung im wesentlichen für sich reklamieren können. Wichtige Schritte waren dabei die Notverordnungen aus den Jahren 1931 und 1932 gewesen. Damals übernahmen die neu geschaffenen Kassenärztlichen Vereinigungen die Verantwortung dafür, die ärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Die Vereinigungen erhielten nun von den Krankenkassen Gelder für die Leistungen der Ärzte nach Pauschalen, verteilten jene an die einzelnen Kassenärzte und erhielten das Recht, gegen Ärzte disziplinarisch vorzugehen. Die Kontrolle der Kassenärzte oblag seitdem den Vereinigungen, nicht mehr direkt den Krankenkassen. Verhandlungen über Honorare fanden zwischen den Kassenverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen statt, die einzelnen Kassen konnten nicht direkt eingreifen. Auch die Niederlassungsbeschränkungen wurden neu formuliert: Pro 600 Versicherte durfte sich nun ein Kassenarzt niederlassen, vorher war das erlaubte Verhältnis 1:1000 gewesen.²

Die Ärzte verwalteten über die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Interessen nun weitgehend selbst; die Kassen hatten durch diese Regelung Macht und Einfluß eingebüßt. Bis 1931/32 hatten sie das Recht gehabt, Ambulatorien und andere Einrichtungen für ihre Mitglieder zu betreiben und selbst Ärzte anzustellen. Da der Sicherstellungsauftrag der ärztlichen Betreuung nun von den

¹ Dieser Abschnitt konzentriert sich auf die niedergelassenen Ärzte, da diese in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik eine zentrale Position innehatten; zudem war die gesamte ambulante Versorgung der Bevölkerung ihr Aufgabenbereich. Die angestellten Krankenhausärzte spielten eine wesentlich geringere Rolle, deswegen wird in diesem Abschnitt nicht auf sie eingegangen. Vgl. zu den Krankenhäusern in der Bundesrepublik ab S. 101.

² PA, II 165 A 1, Begründung zur Neuregelung des Kassenarztrechts zum Entwurf vom 31. 10. 1952; vgl. auch GÖCKENJAN, Lohnsklaven, S. 31–3; ROSEWITZ und WEBBER, Reformversuche, S. 18–20; ALBER, Gesundheitswesen, S. 33–40. Vgl. zur Selbsteinschätzung der Ärzte in der Weimarer Republik SEIDEL, Kassenarzt.

Kassen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen übergang, waren die niedergelassenen Ärzte einem Monopol in der ambulanten Behandlung näher gerückt.³ Die Nationalsozialisten stützten diese Entwicklung im Gesundheitswesen, beschnitten die Rechte der Krankenkassen weiter, lösten insbesondere die kassen-eigenen Ambulatorien auf und verbesserten so die Stellung der Ärzte zusätzlich. Ihr Behandlungsmonopol und ihre erstarkte Stellung konnten die Ärzte während des Dritten Reiches behaupten.⁴

Die ärztlichen Standesorganisationen, die bis zum Ende der nationalsozialistischen Herrschaft auf Reichsebene bestanden hatten – die Reichsärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung –, wurden 1945 vom Alliierten Kontrollrat aufgelöst.⁵ Nach Kriegsende versuchten die Ärzte aber sofort, sich wieder zu organisieren und ihren Wunsch nach Selbstverwaltung durchzusetzen. Sie bemühten sich zunächst darum, auf Landesebene Ärztekammern zu bilden und offiziell anerkennen zu lassen. Die Verwaltungen der Westzonen standen diesen Bestrebungen zunächst positiv gegenüber, da sie angesichts der großen gesundheitlichen Probleme und der Seuchengefahr nach dem Krieg an einem funktionierenden Gesundheitswesen stark interessiert waren. So verzichteten die Besatzungsbehörden zunächst auf Reformen und versuchten, die Strukturen der ärztlichen Verwaltung ebenso wie die der Sozialversicherung möglichst aufrechtzuerhalten oder – wenn nötig – wiederherzustellen.⁶ Die Ärzte rechneten fast überall in den Westzonen bereits 1945 mit Hilfe der Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Honorare mit den Krankenkassen ab.⁷ Auch die Entnazifizierungsmaßnahmen der Militärregierungen trafen die freie Ärzteschaft, die überproportional stark in der NSDAP und anderen nationalsozialistischen Vereinigungen vertreten gewesen war, zumindest in der britischen und amerikanischen Besatzungszone kaum, da die Alliierten der medizinischen Versorgung der Bevölkerung Priorität einräumten.⁸

Als die Alliierten dann doch die Schaffung einer Einheitssozialversicherung erwogen und der Alliierte Kontrollrat 1946 hierzu einen Entwurf vorlegte,

³ WANEK, Machtverteilung, S. 103–4.

⁴ Vgl. oben, S. 35; außerdem GÖCKENJAN, Lohnsklaven, S. 34; zur Auflösung der Ambulatorien als „rote“ Einrichtungen der Kassen unter den Nationalsozialisten auch GROSSMANN, Reforming Sex, S. 141–3.

⁵ Vgl. DEPPE, Charakter, S. 99.

⁶ Vgl. GERST, Neuaufbau, S. 195; TOPPE, Wiedererrichtung, S. 16; WASEM et al., Westliche Besatzungszonen, S. 488–9; sowie BERGER, Sozialversicherungsreform.

⁷ PA, II 165 A 1, Begründung zur Neuregelung des Kassenarztrechts zum Entwurf vom 31. 10. 1952.

⁸ Zum starken Engagement der Ärzteschaft im Nationalsozialismus, worauf hier nicht näher eingegangen werden kann, vgl. z.B. KATER, Doctors; KUDLIEN, Ärzte; LIFTON, Ärzte; JÄCKLE, Ärzte; zur Entnazifizierung GERST, Neuaufbau, S. 198–9; für Bayern TOPPE, Wiedererrichtung, S. 25; vgl. auch SCHAGEN und SCHLEIERMACHER, Rahmenbedingungen, S. 483–4. 1946 wurde beispielsweise lediglich über 39 niedergelassene Ärzte in Bayern ein Berufsverbot verhängt.

wehrte sich gerade die niedergelassene Ärzteschaft vehement dagegen.⁹ Die Ärztevertreter hätten dann nicht mehr mit einer Vielzahl von Kassen, sondern nur noch mit einem einzigen Versicherungsträger verhandeln müssen. Dies hätte aber den erreichten Status der Ärzte gefährdet und ihre Position bei Honorarverhandlungen verschlechtert.¹⁰ Das Vorhaben scheiterte jedoch – wie schon oben gezeigt – vor allem am Widerstand der Vertreter und Organisationen des westdeutschen Gesundheitswesens.¹¹ Als nach der ersten Bundestagswahl die Parteien des konservativen und liberalen Lagers die neue bundesdeutsche Regierung stellten, setzte sich erwartungsgemäß das alte Kassensystem mit den in der Endphase der Weimarer Republik formierten und im „Dritten Reich“ verfestigten Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen wieder durch.

Die Selbstverwaltungsorgane und Verbände der Ärzteschaft nahmen in der Bundesrepublik im wesentlichen ihre bereits vor 1945 bestehenden Aufgaben wieder wahr.¹² Die Landesärztekammern hatten sich schon während der Besatzungszeit erneut als auf Zwangsmitgliedschaft basierende Körperschaften des öffentlichen Rechts etabliert, die vor allem die Aufsichtspflicht über die Ärzte wahrnahmen. Die Bundesärztekammer war dagegen lediglich als Koordinierungsorgan der Landesärztekammern gegründet worden, also kein direkter Nachfolger der Reichsärztekammer. Den Kassenärztlichen Vereinigungen mußten alle Kassenärzte zwangsweise beitreten. Sie bestanden zunächst als „Abrechnungsstellen“ in Verbindung mit den Landesärztekammern. In der Bundesrepublik fungierten sie als Interessenvertreter der Kassenärzte gegenüber den Kassen, hatten aber auch Kontrollfunktionen gegenüber der Ärzteschaft. Unter den Berufsverbänden der Mediziner ist insbesondere der 1949 wiedergegründete Hartmannbund zu nennen, der vor allem wirtschaftspolitische Interessen der niedergelassenen Ärzte vertrat; im Marburger Bund waren die angestellten und verbeamteten Ärzte organisiert.¹³

Ihren Anspruch auf das ambulante Behandlungsmonopol überwachten die Ärzte in den 1950er Jahren scharf, verteidigten ihre Stellung und konnten in der Politik meist mit Unterstützung rechnen.¹⁴ Als die AOK 1951 beispielsweise

⁹ HOCKERTS, Vorsorge, S. 227; vgl. hierzu oben, S. 36.

¹⁰ Vgl. z. B. für die bayerischen Ärzte BayHStA, StK 113647, Dr. Robert Steidle an Ministerpräsident Ehard vom 11. 1. 1947.

¹¹ Zum Scheitern dieser Pläne HOCKERTS, Sozialpolitische Entscheidungen, S. 51–85.

¹² Zu den Arztverbänden ALBER, Gesundheitswesen, S. 71–4; EICHHORN, Health Services, S. 290.

¹³ Zum Marburger Bund GELSNER, Marburger Bund.

¹⁴ Vgl. z. B. die Stellungnahme des Hartmannbundes zur Neuregelung des Kassenarztesrechtes des Bundes: „§ 368 a) [...] Der Hartmannbund [...] erwartet, daß der kassenärztliche Auftrag vor der Konkurrenz der Eigeneinrichtungen der Kassen geschützt wird. [...] 368 d, Absatz 1. Eigeneinrichtungen der Kassen passen nicht in die unserer Verfassung gemäße Sozial- und Wirtschaftsordnung. Sie stellen eine unlautere Konkurrenz der öffentlichen Hand gegenüber dem freien Beruf dar. [...] Wir halten es für richtig, daß diese Regelung auf keinen Fall zum Nachteil der Kassenärzte erfolgen darf“; PA, II 165 A2, Anlage zum Ausschußproto-

eine Zahnklinik in Nürnberg wieder errichten wollte, die 1933 geschlossen worden war, stellte sich das bayerische Staatsministerium des Innern auf die Seite der Zahnärzte. Mit der Begründung, daß solche Einrichtungen letztlich den Zahnarztberuf als freien Beruf gefährdeten, wurde die Eröffnung der Zahnklinik verhindert:

Bei Errichtung von Zahnkliniken der Sozialversicherungsträger muß sich aber zwangsläufig eine Entwicklung anbahnen, die in einer Beseitigung des zahnärztlichen Berufs als freier Beruf enden wird. In solchen Zahnkliniken werden die behandelnden Zahnärzte als Angestellte der Krankenkasse tätig, deren Bezahlung nicht nach persönlicher Leistung, sondern nach Tagewerken erfolgt. Ohne dabei das Können und die Tüchtigkeit der angestellten Zahnärzte in irgendeiner Weise in Zweifel zu ziehen, kann eine Entlohnung nach anderen Grundsätzen nicht erfolgen. Kraft seiner Tätigkeit als Angestellter wird ein solcher Zahnarzt niemals in das bei jeder ärztlichen Tätigkeit unerläßliche Vertrauensverhältnis zum Patienten kommen, das nun einmal erste Voraussetzung für eine ersprißliche und im Interesse der Patienten gelegene ärztliche und zahnärztliche Tätigkeit ist. Bei der hohen Zahl der Pflichtversicherten und den erleichterten Möglichkeiten der freiwilligen Mitgliedschaft wird, wenn dem Beispiel der AOK Mittelfranken die anderen Krankenkassen folgen, für eine freiberufliche zahnärztliche Tätigkeit der Boden entzogen sein. Von den Kassen angestellte Zahnärzte können wohl nicht mehr als Interessenvertreter der Patienten, sondern nur als solche der Kassen angesehen werden. [...] Den Bedenken, die seitens der kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns gegen die Wiedererrichtung der kasseneigenen Zahnklinik in Nürnberg vorgetragen worden sind, muß sich daher das bayerische Staatsministerium des Innern anschließen.¹⁵

Immer wieder wurde von den Ärzten darauf hingewiesen, daß „echtes Arztum“ nur in einer freien ärztlichen Berufsausübung bestehen könne. Plausible Erklärungen für diese Ansichten blieben die Ärzte zwar schuldig; ihre Position, nur ein freier Arzt könne das Vertrauen seiner Patienten erwerben und eine angemessene medizinische Versorgung garantieren, fand aber in der Bundespolitik während der 1950er Jahre starke Zustimmung.¹⁶ Den Ärzten gelang es, sich selbst als nicht-kommerzielle Berufsgruppe darzustellen und die freie ärztliche Praxis als Wert der westlichen Gesellschaft hochzuhalten.¹⁷ In der Be-

koll der gemeinsamen Sitzung der Ausschüsse für Sozialpolitik und für Fragen des Gesundheitswesens am 9. 9. 1954, Vorschläge des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund e.V.) zum Entwurf eines Gesetzes über das Kassenarztrecht.

¹⁵ BayHStA, MInn vorl. Nr. M 132, Band 2, bayerisches Staatsministerium des Innern an das bayerische Landesversicherungsamt, 12. 5. 1951.

¹⁶ Vgl. zur Ideologiebildung der Ärzteschaft und dem Ideal des „eigentlichen Arztseins“ NASCHOLD, Kassenärzte, S. 103–5. Vgl. zur Position der Ärzte z. B. PA, II 165 B1, passim (Stellungnahmen der Ärzte zum Kassenarztrecht); vgl. auch BayHStA, StK 113653, Sonderdruck aus dem Bayerischen Ärzteblatt von 1952. Mit ähnlichen Argumenten wurde Ende der fünfziger Jahre in Bayern auch die Errichtung staatlicher Krebsberatungsstellen abgelehnt. Hier unterstützte zudem der Landesgesundheitsrat die Belange der niedergelassenen Ärzte und empfahl die Gründung einer Arbeitsgemeinschaft zur Krebsbekämpfung, die dann bei der Landesärztekammer eingerichtet wurde. Vgl. SOENNING, Wächter, S. 70–1; MURKEN, Gesundheitspolitik, S. 24–5.

¹⁷ RIDDER, Ideological Influences, S. 334.

gründung eines Entwurfs der Bundesregierung zu einem neuen Kassenarztesgesetz hieß es 1952 beispielsweise:

Oberster Grundsatz für die Neuregelung des Kassenarztesrechtes muß die ständige Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Versicherten sein [...]. Notwendig hierfür sind die Vertiefung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Versicherten und die Förderung enger vertrauensvoller Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenkassen. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, daß die ärztliche Versorgung um so besser und wirkungsvoller ist, je mehr die eigene Verantwortung aller Beteiligten, der Versicherten, der Krankenkassen und ihrer Verbände, der Ärzte und ihrer Vereinigungen geweckt wird. Staatliche Regelung und staatlicher Zwang können gerade auf diesem Gebiete niemals so fruchtbare Ergebnisse zeitigen wie die Selbstverantwortung der Beteiligten.¹⁸

Die Bundesregierung setzte bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung also im wesentlichen auf die freie Ärzteschaft und unterstützte deren Monopolanspruch auf die ambulante Behandlung. Dies wird besonders deutlich beim Scheitern des Gesundheitsfürsorgegesetzes, das ursprünglich eine stärkere Einbindung des öffentlichen Gesundheitswesens zumindest in die ambulante Vorsorge gefordert hatte.¹⁹ Die „Gesundheitsamt-Lastigkeit“ der Entwürfe wurde damals selbst innerhalb der Gesundheitsabteilung des Ministeriums scharf kritisiert und führte bereits dort zum Scheitern des Vorhabens.

Die Ärzte forderten zur selben Zeit – auf dem Ärztetag von 1951 – eine Ausweitung ihrer Tätigkeiten und wollten zusätzlich zur ambulanten Therapie auch die medizinische Vorsorge gänzlich übernehmen.²⁰ Generell kämpften sie Anfang der 1950er Jahre um eine wirtschaftliche Besserstellung und um eine Ausweitung ihrer Verdienstmöglichkeiten, da die Ärztezahlen seit 1945 stark gestiegen und die Gesamthonorare der Kassen, die nun auf wesentlich mehr Ärzte verteilt wurden, im Verhältnis dazu wenig angewachsen waren.²¹ Sie forderten zudem ein neues bundesweites Gesetz, das die Beziehungen zu den Kassen und ihre eigene Standesorganisation neu regeln und ihnen die erwünschte Monopolstellung in der ambulanten Behandlung zusprechen sollte.

Das Gesetz zum Kassenarztesrecht, das schließlich 1955 verabschiedet wurde, griff bei der Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Kassen im wesentlichen auf die Notverordnungen von 1931/32 zurück und schuf eine Kassenärztliche Bundesvereinigung als Körperschaft öffentlichen Rechts. Der Bundesregierung erschien der Rückgriff auf die Regelungen von 1931/32 sinnvoll, da man sich so ein Gleichgewicht zwischen Kassen und Kassenarztvereinigungen erhoffte.²² Außerdem übertrug das Gesetz endgültig die Sicherstel-

¹⁸ PA, II 165 A 1, Begründung zur Neuregelung des Kassenarztesrechts zum Entwurf vom 31. 10. 1952.

¹⁹ Vgl. hierzu ausführlich den Abschnitt über Schwangerenvorsorge in der Bundesrepublik, die in dieses Gesetz einbezogen werden sollte, unten Kap. III, 4.3.1.

²⁰ Vgl. MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 436.

²¹ Vgl. zu den Forderungen der Ärzteschaft BAK, B 142/773, Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern an den Bundeskanzler, 24. 8. 1951.

²² In der Begründung eines Regierungsentwurfs für das neue Kassenarztesrechts hieß es über die

lung der ambulanten Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung, obwohl die Krankenkassen vehement dagegen protestiert hatten; eigene Einrichtungen der Kassen waren nun nicht mehr möglich.²³ Das Gesetz stärkte und bestätigte im wesentlichen die Machtposition der niedergelassenen Ärzte in der Bundesrepublik und muß als ein wichtiger Schritt zur Gestaltung des bundesrepublikanischen Gesundheitswesens angesehen werden.²⁴ Es verminderte zudem, wie von den Ärzten gefordert, die erlaubte Verhältniszahl von Versicherten und Arzt; nun konnte sich pro 500 Krankenkassenmitglieder ein Arzt niederlassen. Das Kassenarztgesetz regelte weiterhin die Honorierung der Ärzte: Der Modus der Einzelleistungsabrechnung wurde ebenfalls möglich, zu dem die meisten Kassen innerhalb der nächsten Dekade übergingen.

Nach 1955 wurde man sich in der Bundesregierung offenbar schnell darüber klar, daß mit dem Gesetz nicht das erhoffte Gleichgewicht zwischen Krankenkassen und Ärzten, sondern vielmehr ein Ungleichgewicht zugunsten der Ärzte eingetreten war.²⁵ Im Krankenversicherungsneuregelungsgesetz (KVNG), mit dem im Rahmen der Sozialreform das gesamte Krankenversicherungsrecht verändert werden sollte und mit dem sich die Bundesregierung seit 1958 befaßte, versuchte die Bundesregierung, die Stellung der Kassenärztlichen Vereinigungen wieder zu beschneiden. Die Honorarsätze sollten nun nicht mehr von den Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Kassen verhandelt werden, sondern direkt vom Ministerium bestimmt werden; gleichzeitig sollte den Ärzten jedoch die lange geforderte Einzelleistungsvergütung endgültig auch in der Praxis zugestanden werden.²⁶ Die Ärzteschaft wehrte sich trotz der Zugeständnisse vehement gegen die partielle Einschränkung ihrer freiberuflichen Tätigkeit. Die Ärztevertreter gingen massiv und sehr polemisch gegen diese Neuregelung vor, wandten sich unter anderem direkt an den Bundeskanzler und trugen mit ihren

Verordnungen von 1931/32: „Diese durch die Initiative und entscheidende Mitwirkung des Reichsarbeitsministeriums geschaffene Regelung hat die Zwistigkeiten zwischen Ärzten und Krankenkassen und ihren Organisationen beendet, die verständnisvolle Zusammenarbeit nachhaltig gefördert, den Arbeitsfrieden hergestellt und auf Dauer gesichert und die schöpferischen Kräfte der Selbstverwaltung dem Wohle der Versicherten dienstbar gemacht.“ PA, II 165 A 1, Begründung zur Neuregelung des Kassenarztrechts zum Entwurf vom 31. 10. 1952. Daß diese Verordnung sich kaum in der Praxis bewährt hatte, da mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten die Selbstverwaltung der Kassen praktisch ausgeschaltet war, wurde damals nicht wahrgenommen. Vgl. hierzu DÖHLER und MANOW, Strukturbildung, S. 38.

²³ Zu den Protesten der Kassen z. B. PA, II 165 A 2, Anlage zum Ausschußprotokoll der gemeinsamen Sitzung der Ausschüsse für Sozialpolitik und für Fragen des Gesundheitswesens am 9. 9. 1954, Schreiben der Vereinigungen der Ortskrankenkassenverbände an die Mitglieder des Deutschen Bundestages, 15. 6. 1954. Das Gesetz in BGBl. I, 1955, S. 513.

²⁴ Zur Bedeutung des Kassenarztrechts ROSEWITZ und WEBBER, Reformversuche, S. 22; WANEK, Machtverteilung, Struktur, S. 133–4; RIDDER, Ideological Influences, S. 328; STANGE, Verpaßte Reform, S. 294.

²⁵ DÖHLER und MANOW, Strukturbildung, S. 39.

²⁶ REUCHER, Reformen, S. 104, 111–2.

Aktivitäten zum Scheitern des Gesetzes bei.²⁷ Die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen wurden also weiterhin durch das Gesetz von 1955 geregelt; die Machtstellung der Ärzte blieb unangetastet.

Ein weiterer wichtiger Punkt in der Entwicklung der ambulanten Versorgung der Bundesrepublik Deutschland war schließlich die Niederlassungsfreiheit der Ärzte: 1960 hob das Bundesverfassungsgericht die festgeschriebenen Verhältniszahlen für die Niederlassung von Kassenärzten als verfassungswidrig auf.²⁸ Nun hatte jeder Mediziner grundsätzlich das Recht, sich als Kassenarzt dort niederzulassen, wo er wollte. Zwar bemühten sich die Kassenärztlichen Vereinigungen, vakante Arztstellen in unterversorgten Gebieten zu besetzen; Gemeinden oder Landkreise warben mitunter sogar mit verschiedenen Vergünstigungen um einen Kassenarzt. Dennoch führte die Niederlassungsfreiheit dazu, daß die Ärztezahl in der Bundesrepublik zwar wuchs, aber sehr ungleich verteilt blieb.²⁹ In Bayern waren beispielsweise im sicherlich attraktiven Regierungsbezirk Oberbayern 1961 700 Ärzte mehr als 1958 niedergelassen (die Zahl stieg von 3176 auf 3890), in den weniger attraktiven Regionen Oberpfalz und Niederbayern blieb die ohnehin schon geringe Zahl dagegen etwa gleich (bei 620 bzw. 640 Ärzten).³⁰

Insgesamt stieg die Zahl der Ärzte in der Bundesrepublik schon während der 1950er Jahre an – ein Trend, der sich in den 1960er und 1970er Jahren noch verstärkte. Dies war vor allem durch einen starken Anstieg der Fachärzte bedingt,

Tabelle 2: Ärzte und Fachärzte in der Bundesrepublik Deutschland³¹

<i>Jahr</i>	<i>1953</i>	<i>1954</i>	<i>1955</i>	<i>1956</i>	<i>1957</i>	<i>1958</i>	<i>1959</i>	<i>1960</i>	<i>1961</i>
Allgemein- ärzte	44 147	45 078	44 231	44 053	44 426	43 833	44 222	44 505	44 451
Fachärzte	21 133	21 758	23 371	24 246	26 199	27 214	28 563	30 098	31 724
Ärzte insgesamt	68 909	70 348	70 902	71 814	74 101	74 536	76 448	78 287	80 320

²⁷ NASCHOLD, Kassenärzte, S. 240–9, der die Strategien der Ärzteschaft ausführlich analysiert. Zu den anderen Gründen des Scheiterns vgl. oben, S. 66–68.

²⁸ FRERICH und FREY, Handbuch, S. 74; WANEK, Machtverteilung, Struktur, S. 134.

²⁹ Ärztliche und zahnärztliche Versorgung, S. 881; SCHAGEN, Versorgung, S. 219–20.

³⁰ Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 66 (1958), S. 112; 69 (1961), S. 102. Die sehr unterschiedliche Verteilung der Ärzte bestätigt auch eine Erhebung von 1968, die sich allerdings lediglich auf die Kassenärzte bezog. Vgl. Ärztliche und zahnärztliche Versorgung, S. 876. Die geringste Ärztedichte wiesen folgende Landkreise auf: In Karlstadt (Unterfranken) kamen auf einen Kassenarzt 2731 Einwohner, in Roding (Oberpfalz) war das Verhältnis 1:3253, in Parsberg (Oberpfalz) 1:2975, in Neumarkt (Oberpfalz) 1:2961 und in Bogen (Niederbayern) 1:2651. Hier kann man tatsächlich von einem akuten Ärztemangel sprechen, der auch in den Jahresberichten der Gesundheitsämter immer wieder beklagt wurde; vgl. hierzu z. B. StA München, Gesundheitsämter 5410 und 5412.

³¹ Bundesministerium für Gesundheitswesen, Gesundheitswesen 1963, S. 264.

wie aus der obigen Tabelle deutlich wird. Aber auch die niedergelassenen Fachärzte verteilten sich sehr ungleichmäßig in den verschiedenen Regionen der Bundesrepublik und konzentrierten sich eher in urbanen Zentren.³² Mitte der siebziger Jahre versuchte dann der Bund auf Grund der weiterhin ungleichen Verteilung die Niederlassung von Kassenärzten wieder gesetzlich zu steuern.³³ Die Kassenärztlichen Vereinigungen mußten nun Bedarfspläne erstellen. Als Anreize für eine gleichmäßigere Verteilung waren Umsatzgarantien, Honorarzuschüsse und günstige Darlehen sowie Zulassungssperren in den bereits besser versorgten Zonen vorgesehen.³⁴

Eine weitere wichtige Entwicklung, die sich schon in den 1950er Jahren andeutete, war die Einbeziehung der Gesundheitsvorsorge in die Tätigkeit der niedergelassenen Ärzte. Da alle Versuche gescheitert waren, die medizinische Vorsorge zumindest teilweise dem öffentlichen Gesundheitswesen zu überantworten, wurden diese Aufgaben ab Mitte der sechziger Jahre schließlich den niedergelassenen Ärzten in einer Reihe von Gesetzen zur Ausweitung der Kassenleistungen zugestanden.³⁵ Dies trug zum weiteren Ausbau der dominierenden Stellung der Kassenärzte bei. Aber nicht nur die Position der Ärzte unter den Akteuren des Gesundheitswesens wurde zunehmend gestärkt, auch ihre wirtschaftliche Stellung besserte sich seit den 1960er Jahren erheblich. Bis 1955 mußten die Krankenkassen lediglich sogenannte „Kopfpauschalen“ pro Patient abrechnen, wodurch eine starke Erhöhung der Honorare ausgeschlossen war. Trotz des Scheiterns des KVNG, das eigentlich eine Einzelabrechnung in Verbindung mit Preiskontrollen des Ministeriums einführen sollte, gingen viele Kassen (zunächst die Betriebskrankenkassen) auf Grundlage der gesetzlichen Festlegung von 1955 in den folgenden Jahren zur Einzelleistungsabrechnung über.³⁶ Ohne die regulierenden Maßnahmen, die das KVNG vorgesehen hatte, bedeutete dies vor allem, daß die Verdienstmöglichkeiten der Ärzte erheblich gesteigert wurden. Die Kassen wiederum konnten die Änderung der Abrechnungsmodalitäten, auf die die Ärzte schon lange gedrängt hatten, dank ihrer steigenden Finanzkraft in den sechziger Jahren umsetzen. Die Gründe für den größeren finanziellen Spielraum der Kassen sind vor allem bei den steigenden Krankenkasseneinnahmen durch allgemein bessere Löhne und geringe Arbeitslosigkeit zu suchen.

³² In einer Strukturanalyse der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zeigte sich auch in den 1970er Jahren noch das Mißverhältnis zwischen einzelnen Regionen: In Oberbayern kamen beispielsweise 2715 Einwohner auf einen Fachkassenarzt, in Niederbayern 4272 und in der Oberpfalz 3881. Vgl. Gesundheitsprogramm 1974, S. 154. Vgl. auch ALBER, Gesundheitswesen, S. 69–70.

³³ BGBl. 1976, Teil I/3, S. 3871–7: Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechtes vom 28. 12. 1976.

³⁴ WANEK, Machtverteilung, Struktur, S. 135, 142–5.

³⁵ Vgl. zum Scheitern des Krankenversicherungsneuregelungsgesetzes oben S. 38 f.

³⁶ FRERICH und FREY, Handbuch, S. 76.

Diese Regelung führte zu einem überproportionalen Anstieg der Einkommen der Ärzte gegenüber anderen Berufsgruppen.³⁷ Auf Grund der Entwicklungen waren wesentlich mehr Ärzte in der Lage, sich gewinnbringend niederzulassen. Das wiederum trug zusammen mit der Niederlassungsfreiheit zu einem Anwachsen der Ärztezahlen und gleichzeitig zu ihrer Ungleichverteilung bei. Die Patienten hatten im deutschen System im wesentlichen freie Arztwahl: sie konnten in jedem neuen Quartal mit einem Krankenschein der Krankenkasse einen von ihnen ausgewählten Arzt aufsuchen; zu weiteren Ärzten mußten sie überwiesen werden. Normalerweise suchten die Patienten ihren Hausarzt auf, der sie dann gegebenenfalls an Fachärzte überwies. Man konnte jedoch auch mit dem Krankenschein direkt einen solchen aufsuchen.

In der Bundesrepublik Deutschland war die ambulante Versorgung der Bevölkerung gänzlich in die Hände der niedergelassenen Ärzteschaft übergegangen und wurde auf diese Weise stark individualisiert. Diese Entwicklung brachte grundsätzliche Probleme mit sich.³⁸ Der Patient konnte die medizinischen Leistungen individuell bei Ärzten seiner Wahl abrufen, was für ihn den Vorteil einer persönlichen Beziehung zu seinem Arzt brachte. Allerdings gab es im bundesdeutschen System durch die starke Konzentration auf den Arzt keine alternativen ambulanten Dienste, die soziale mit medizinischen Leistungen verknüpfen und diese niedrigschwellig und breit anbieten konnten. In der Arztpraxis wiederum ließen sich sinnvolle sozialmedizinische und präventive Angebote kaum durchführen – die Individualisierung der Versorgung brachte ein Schwergewicht der medizinischen und kurativen Leistungen mit sich. Gerade die präventive Medizin wurde durch die langen Kämpfe um die Zuständigkeiten im deutschen Gesundheitswesen jahrzehntelang vernachlässigt. Nachdem die Prophylaxe ab Mitte der 1960er Jahre den niedergelassenen Ärzten übergeben wurde, zeigte sich die Problematik der individualisierten Medizin deutlich. Zum einen fehlte die Verbindung mit sozialen Diensten, wie sie in anderen Ländern selbstverständlich war; zum zweiten hing die Qualität der Vorsorge sehr stark vom individuellen Engagement des einzelnen Arztes ab, der zudem meist in Sozialmedizin kaum Erfahrung hatte. Möglichkeiten, den Standard von Prophylaxe und Therapie in der einzelnen Praxis zu kontrollieren, gab es kaum.³⁹

³⁷ Hierzu und zum folgenden WANEK, Machtverteilung, Struktur, S. 135–7.

³⁸ Vgl. hierzu KIRCHBERGER, Public-Health Policy, S. 190–3; RIDDER, Ideological Influences, S. 330–1.

³⁹ Ausführlich zu den Problemen der Präventivmedizin in der Bundesrepublik SCHMACKE, Individualisierung, insbesondere S. 181–2; ABHOLZ, Prävention; ABHOLZ, Möglichkeiten; grundsätzlich auch KIRCHBERGER, Public-Health Policy, S. 192. Vgl. hierzu auch das Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, Kap. III, 4.3. Erst in den 1980er und 1990er Jahren gab es in der Bundesrepublik ein zunehmendes Engagement im Bereich „Public Health“. Nun versuchte man, Gesundheitsförderung, Prävention wie auch Epidemiologie wieder stärker in die Medizin einzubeziehen und soziale und medizinische Dienste zu integrieren. Dabei ging man allerdings über das alte Konzept des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Auch bei anderen sozialmedizinischen Aufgaben, die der Ärzteschaft durch ihr Monopol in der ambulanten Versorgung ebenfalls zugefallen waren, wie z.B. seuchenhygienische Kontrollfunktionen in der Geschlechtskrankenfürsorge, ergaben sich große Probleme. Die Verbindung von Kontrollfunktionen, also z.B. der Nachforschung nach Kontaktpersonen bei Geschlechtskranken, mit der individualmedizinischen Betreuung in der Praxis des niedergelassenen Arztes erwies sich als undurchführbar.⁴⁰ Ein großes Problem blieb die Fortbildung der niedergelassenen Ärzte, auf die wegen der Selbstverwaltung kein Einfluß von staatlicher Seite genommen werden konnte. Zudem war der Informationsaustausch zwischen stationärem und ambulanten Sektor, wie allgemein die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, durch die strikte Trennung dieser Bereiche mangelhaft.⁴¹

3.2 GROSSBRITANNIEN – DIE „GENERAL PRACTITIONERS“ UND IHRE FUNKTION UNTER DEM NHS

Anders als in Deutschland gab es in Großbritannien schon vor der Einführung des NHS eine starke Trennung zwischen Fachärzten (*Consultants, Specialists*) und Allgemeinärzten (*General Practitioners, GPs*).⁴² Fachärzte waren vor 1948 teilweise in Krankenhäusern angestellt oder arbeiteten ohne Entlohnung in *Voluntary Hospitals*; meist lebten sie von privaten Klinikpatienten oder ihrer Privatpraxis. Ihre Anzahl war im Verhältnis zur Bevölkerung sehr gering. Da sie darauf angewiesen waren, ihr Einkommen im wesentlichen durch Privatpatienten zu finanzieren, ließen sie sich fast ausschließlich in großen Städten mit entsprechenden Einkommensmöglichkeiten, insbesondere in London, nieder. Ihre Dienste waren so regional äußerst ungleichmäßig verteilt.⁴³

Nach der Einführung des NHS wurden die meisten Fachärzte in den Krankenhäusern mit festen Gehältern angestellt und kümmerten sich dort sowohl um die ambulante wie auch um die stationäre Versorgung der Patienten, worauf unten im Abschnitt über das Krankenhauswesen noch genauer eingegangen wird.⁴⁴ Niedergelassene Fachärzte gab es in Großbritannien unter dem NHS nicht mehr. Die vorher zum Teil praktizierte Kombination von Teilzeitarbeit in Krankenhaus und Allgemeinpraxis war nicht mehr möglich, wodurch sich die

und der öffentlichen Gesundheitspflege hinaus und orientierte sich stark an dem in den USA und Großbritannien bestehenden Lehrfach „Public Health“. Vgl. hierzu ausführlich GERHARDT, Gesundheit.

⁴⁰ Vgl. hierzu Kap. III, 3.3.1.

⁴¹ RIDDER, *Ideological Influences*, S. 345–6.

⁴² Hierzu ausführlich, HONIGSBAUM, *Division*.

⁴³ ECKSTEIN, *Health Service*, S. 37–40, 59–60; es gab allerdings auch einige Fachärzte, die zur Hälfte im Krankenhaus arbeiteten und ansonsten eine Allgemeinpraxis betrieben; MINISTRY OF HEALTH, *Field of Work of the Family Doctor*, S. 40.

⁴⁴ Vgl. unten, S. 114.

Trennung zwischen Fachärzten und Allgemeinärzten in Großbritannien verschärfte. Der Zugang zur Facharztbehandlung war den Patienten nur noch über den niedergelassenen Allgemeinarzt möglich.⁴⁵ Dies hing mit dem Organisationsprinzip des NHS zusammen. Grundsätzlich wurde man als Patient in den NHS aufgenommen, indem man sich bei einem Allgemeinarzt in eine Patientenliste eintragen ließ und somit registriert war. Die Wahl des GP stand den Patienten frei, auch Wechsel waren grundsätzlich erlaubt, wenngleich diese Möglichkeit selten wahrgenommen wurde. Fachärztliche Leistungen bzw. stationäre Behandlung vermittelte ausschließlich der GP, bei dem man registriert war. Dieser überwies die Patienten dann an fachärztliche Dienste weiter; eine Ausnahme waren die Behandlungsangebote bei Geschlechtskrankheiten, die man direkt aufsuchen konnte.⁴⁶ Die sozialmedizinischen und präventiven Dienste der lokalen Gesundheitsbehörden konnten die Patienten dagegen unabhängig von ihrem Allgemeinarzt in Anspruch nehmen.

Auch die Allgemeinärzte, die schon vor der Einführung des NHS den Großteil der niedergelassenen Ärzte ausmachten, waren vor 1948 sehr unregelmäßig über England und Wales verteilt gewesen. In reichen Kleinstädten, etwa solchen mit Kurbetrieb, stieß man auf zahlreiche Praxen, in ländlichen Gegenden mit schwierigeren Bedingungen war ihre Anzahl selten ausreichend. Auch in Arbeiterstädten- und -vierteln gab es nicht genügend Allgemeinärzte. Diese Ungleichverteilung war vor allem ökonomischen Problemen geschuldet: Ärzte in Arbeitervierteln verdienten meist wesentlich weniger als ihre Kollegen in reicheren Gegenden, da sie auf Privatpatienten verzichten mußten. Ihr Gehalt setzte sich aus den Vergütungen der *National Health Insurance* sowie Zahlungen aus verschiedenen anderen Hilfsorganisationen, Fonds oder sogenannten *Clubs* zusammen, die nicht staatlich versicherten, bedürftigen Personen über geringe Beiträge zumindest eine medizinische Grundversorgung ermöglichten.⁴⁷ Die GPs waren dadurch in diesen Gegenden in ihrer professionellen Freiheit stark eingeschränkt, denn bestimmte Therapien und Hilfsmittel wurden von den unterschiedlichen Hilfsvereinen nicht gezahlt.⁴⁸

⁴⁵ Vgl. MINISTRY OF HEALTH, *Field of Work of the Family Doctor*, S. 40; auch HONIGSBAUM, *Division* S. 301–13.

⁴⁶ MINISTRY OF HEALTH, *National Health Service Bill*, S. 10; ALBER, *Großbritannien*, S. 585–6.

⁴⁷ JOHN ROBSON, *Entwicklung*, S. 133. Die *Clubs* waren ursprünglich meist von Gewerkschaften initiierte Vereine; die Mitglieder zahlten wöchentliche Beiträge und erhielten dafür medizinische Versorgung. Hierfür stellten diese Vereine dann einen Arzt an. Oft betrieben die Ärzte für ein paar Stunden in der Woche *Club Practice*, meist in wenig attraktiven Räumlichkeiten. Je nach Organisationsgrad war die Qualität der Leistungen unterschiedlich. Vgl. zur Absicherung allgemein auch oben, S. 47.

⁴⁸ ECKSTEIN, *Health Service*, S. 61–2; LINDSEY, *Socialized Medicine*, S. 152. Im Süden Englands kamen auf einen Arzt nur etwa 1500 Personen; dennoch konnten dort die Ärzte von den reicheren Patienten, die oftmals privat zahlten, gut leben. In Arbeitervierteln mußten dagegen manche Ärzte über 5000 Personen versorgen; vgl. auch PATER, *Making*, S. 167.

Als Familienärzte konnten die GPs vor 1948 nur in den wenigsten Fällen wirken. Die Krankenversicherung bezahlte im Gegensatz zu Deutschland nur die Behandlung der versicherten Arbeitnehmer; die Versicherungsleistungen erstreckten sich nicht auf Ehefrauen und Kinder. Sogenannte „bad risks“, also z. B. Behinderte oder chronisch Kranke, hatten vor 1948 oftmals gar keinen Zugang zur Allgemeinpraxis des Arztes, auch nicht über die Hilfsvereine.⁴⁹ Dafür entwickelten sich parallel kommunale Gesundheitssysteme für Schwangere, Kinder und Tuberkulosekranke, auf die die niedergelassenen Allgemeinärzte wiederum keinen Einfluß hatten. Aus diesem Blickwinkel eröffnete die Einführung des NHS sicherlich vielen niedergelassenen Ärzten, insbesondere wenn sie ihre Praxis in ärmeren Gegenden unterhielten, neue Möglichkeiten in der Versorgung der Patienten, wie dies Richard Titmuss zusammengefaßt hat:

No discussion of personal freedom in the field of medicine can be concluded without mention of the doctor's freedom to serve his patients according to their medical needs. The Act of 1946 greatly enlarged this freedom – particularly in respect to the treatment of women and children, the old, the disabled and chronically ill, and the middle-income groups in the community. No longer did the doctor have to ask himself whether the patient could afford this or that treatment; whether the patient could afford this drug or that special service.⁵⁰

Dennoch stellte sich die Ärzteschaft zunächst entschieden gegen die Einführung des NHS und war in den folgenden Kämpfen einer der heftigsten Widersacher der Labour-Regierung, wie oben dargestellt.⁵¹ Dabei spielte vor allem der organisatorische Zusammenschluß der Ärzte, die 1832 gegründete *British Medical Association* (BMA), die zunächst als professionelle Organisation gegründet worden war und später zunehmend die politischen Interessen der Ärzte gegenüber dem Staat vertrat, eine entscheidende Rolle. Ihr gehörten zu Beginn des Jahrhunderts etwa 50 Prozent der registrierten Ärzte an, der Anteil stieg in den 1950er Jahre auf über 70 Prozent.⁵² Auch aufgrund des hohen Organisationsgrades trat die BMA als bedeutendste Repräsentantin der Ärzteschaft auf. Die Vereinigung war in lokale Unterorganisationen gegliedert, die ihre Vertreter zu einem jährlichen Gesamttreffen entsandten, und publizierte eine Fachzeitschrift, das *British Medical Journal*. Die wichtigsten Funktionen

⁴⁹ TITMUSS, National Health Service, S. 173.

⁵⁰ TITMUSS, National Health Service, S. 169–70.

⁵¹ Vgl. HONIGSBAUM, Health, S. 96–100. Allerdings gab es auch eine wichtige Gruppe unter den Ärzten, die Socialist Medical Association (SMA), die seit 1931 eine Unterorganisation der Labour Party war und in den 1930er und 1940er Jahren vehement für ein sozialistisches, öffentliches Gesundheitswesen kämpfte. Die SMA favorisierte die Einführung von Health Centres und opponierte gegen den von Bevan eingeschlagenen Kompromißkurs, der versuchte, die gesamte Ärzteschaft mit Zugeständnissen zur Teilnahme am neuen NHS zu bewegen; vgl. zur Geschichte der Socialist Medical Association, auf die in diesem Rahmen nicht eingegangen werden kann, ausführlich JOHN STEWART, Battle.

⁵² Vgl. zur Geschichte der British Medical Association GREY-TURNER und SUTHERLAND, History, Band 1 und 2; BARTRIE, Themselves Writ Large; vgl. auch ECKSTEIN, Pressure Politics, S. 45.

hatte das geschäftsführende *Executive Council* inne; zahlreiche Komitees engagierten sich in der Forschung. Die Verwaltung der Organisation hatte ihren Sitz in London.⁵³ Während die BMA im wesentlichen eine Vertreterin der Interessen der GPs war, hatten sich die Fachärzte stärker in den sogenannten *Royal Colleges* der einzelnen Fachrichtungen organisiert.⁵⁴

In der Frage der allgemeinärztlichen Versorgung unter dem NHS kam es zu großen Auseinandersetzungen zwischen der BMA als Ärztevertretung und dem Gesundheitsministerium. Erstere fürchtete vor allem, daß die Ärzte nun ein Gehalt vom Staat beziehen sollten und bei den kommunalen Gesundheitsbehörden angestellt würden. Wie in Deutschland fühlten sich die niedergelassenen Ärzte jedoch als unabhängige Profession.⁵⁵ Im wesentlichen wollten die britischen Ärztevertreter folgende Prinzipien durchsetzen: keine bezahlte, angestellte Ärzteschaft, freie Arztwahl sowie freie Wahl zwischen privater Behandlung und Behandlung unter dem NHS, Niederlassungsfreiheit für Ärzte, freie Entscheidung der Ärzte für oder gegen eine Teilnahme am neuen Gesundheitssystem sowie eine adäquate Vertretung der Ärzteschaft in allen Verwaltungsorganen innerhalb des NHS.⁵⁶

Schon 1920 war der *Dawson Report* mit seiner Untersuchung über die künftige Gestalt des britischen Gesundheitssystems zu der Überzeugung gekommen, daß die GPs in die Organisation der kommunalen Gesundheitszentren integriert werden sollten. Sogenannte *Primary Health Centres*, in denen die GPs, Schwestern, Fürsorgerinnen und technisches Personal arbeiteten, sollten sich in Zukunft um die gesamte Grundversorgung der Bevölkerung kümmern.⁵⁷ Diese Vorstellungen von *Health Centres* mit angestellten Ärzten und einer Organisation der Ärzte unter Lokalverwaltungen wurden zumindest teilweise in den Regierungsentwurf von 1944 für ein neues Gesundheitswesen aufgenommen, allerdings war weiterhin die Möglichkeit freier Praxis vorgesehen.⁵⁸ Die BMA opponierte vehement gegen die Vorschläge, obwohl es damals nach einer Umfrage unter den niedergelassenen Ärzten keine eindeutige Gegnerschaft gegen das Weißbuch der Regierung gab.⁵⁹ Eine Unterstellung der Ärzte unter die Lokalverwaltungen sowie die direkte Zahlung von Gehältern an die GPs sollte verhindert werden; statt dessen wurde für alle niedergelassenen Ärzte eine Vergütung nach Kopfpauschalen angestrebt. Die BMA favorisierte eine gemein-

⁵³ GREY-TURNER und SUTHERLAND, *History*, Band 2, S. 2–12; ECKSTEIN, *Health Services*, S. 123.

⁵⁴ ECKSTEIN, *Pressure Groups*, S. 50; ALBER, *Großbritannien*, S. 579.

⁵⁵ GREY-TURNER und SUTHERLAND, *History*, Band 2, S. 46.

⁵⁶ BARTRIP, *Themselves Writ Large*, S. 251; vgl. zur Haltung der Ärzte allgemein SMITH, *Slide*, zu den Strategien der BMA insgesamt ausführlich, ECKSTEIN, *Pressure Groups*.

⁵⁷ Vgl. *Dawson Report*.

⁵⁸ MINISTRY OF HEALTH, *A National Health Service 1944*, S. 30–4; vgl. auch ECKSTEIN, *Health Service*, S. 137–9.

⁵⁹ BARTRIP, *Themselves Writ Large*, S. 242–3.

same Verwaltung des Arzt- und Krankenhauswesens unter den *Regional Hospital Boards*.⁶⁰

Im *NHS Act* wurde dann 1946 ein neues Verwaltungsorgan für die *General Practitioners* geschaffen, die *Executive Councils*, um durch die Einbindung der niedergelassenen Ärzte in die Krankenhausverwaltung keine neuen Probleme zu schaffen. Hieraus resultierte die Dreiteilung des neuen NHS, aus der später zahlreiche Schwierigkeiten erwuchsen.⁶¹ Die Vergütung nach Kopfpauschalen – also jährliche Beträge pro Patient – wurde den Ärzten letztlich zugestanden; das Ministerium verzichtete auf ein „basic salary“.⁶² Die *Health Centres* blieben als zu fördernde Einrichtungen der LHAs im Gesetz. Die kommunalen Gesundheitsbehörden konnten diese in alleiniger Trägerschaft ausschließlich für ihre eigenen Dienste betreiben oder aber in Zusammenarbeit mit den GPs. Praktikabel war allerdings nur eine Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten.⁶³ Doch auch nach der Verabschiedung des NHS-Gesetzes dauerten die heftigen Streitigkeiten um die Umsetzung des neuen Gesundheitssystems zwischen BMA und der Labour-Regierung, in erster Linie Gesundheitsminister Bevan, an. Letzten Endes widersetzten sich die Ärzte trotz verschiedener Streikandrohungen der Einführung des NHS im Juli 1948 aber nicht und schlossen sich dem neuen System an.⁶⁴

Die Fachärzte, die in das Krankenhauswesen integriert wurden, akzeptierten die Vorgaben des neuen Gesundheitssystems, also Gehälter und Anstellungen in den Kliniken, im wesentlichen ohne größere Kämpfe. Für sie stellte das neue System eine größere finanzielle Sicherheit dar als ihre früheren Beschäftigungsmöglichkeiten; ihnen wurden aber auch hinsichtlich der Gehälter große Zugeständnisse gemacht, da ihre Mitarbeit für den Anspruch des neuen Gesundheitsdienstes, eine erstklassige Behandlung für alle zu bieten, essentiell war.⁶⁵ Die Fachärzte wurden zudem direkt von der regionalen Verwaltung der Krankenhäuser, den *Regional Hospital Boards* angestellt, nicht von den Verwaltungen der einzelnen Kliniken.

Unter dem neuen NHS wurden die Fachärzte in fünf Kategorien eingeteilt – an der Spitze die *Consultants*,⁶⁶ dann die *Senior Hospital Medical Officers*, *Senior*

⁶⁰ PATER, Making, S. 167; HONIGSBAUM, Division, S. 301.

⁶¹ NHS Act 1946, Teil IV, General Medical and Dental Services; vgl. auch HONIGSBAUM, Division, S. 301. Zur Struktur des NHS siehe auch Diagramm 1, S. 53, sowie zu den großen Problemen, die die Dreiteilung schuf, insbesondere den Abschnitt über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, Kap. III, 4.4.

⁶² ECKSTEIN, Pressure Groups, S. 98–100; ECKSTEIN, Health Service, S. 197.

⁶³ NHS Act 1946, Teil III, Abschnitt 21.

⁶⁴ ECKSTEIN, Health Service, 161–3; BARTRIP, Themselves Writ Large, S. 256–8; WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 124.

⁶⁵ WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 305.

⁶⁶ Im englischen Sprachgebrauch wird der Terminus *Consultant* im übrigen oft synonym für *Specialist*, also Facharzt im allgemeinen, verwendet, was nicht unbedingt zur begrifflichen Klarheit beiträgt.

Registrars, Registrars und *House Officers* – je nach Ausbildungsgrad und Alter abgestuft bezahlt. Für *Consultants* war es möglich, auch im Vergleich zu ihrem früheren Verdienst ein sehr respektables Einkommen zu erzielen. Weitverbreitet war damals die Ansicht, Bevan habe die Fachärzte, ohne die er den neuen Service nicht hätte aufbauen können, mit finanziellen Angeboten „gekauft“. ⁶⁷

Im NHS unterstanden die GPs nun 138 *Executive Councils*. Die Mitglieder dieser Beiräte sollten ursprünglich ausschließlich vom Ministerium ernannt werden, aber bereits 1949 wurde der BMA in einer Änderung des *NHS Acts* zugestanden, neben anderen Gruppen selbst Mitglieder der *Executive Councils* zu benennen. Jedes *Council* hatte 25 Mitglieder, acht wurden von der jeweiligen Lokalbehörde, sieben von den niedergelassenen Ärzten, drei von den Zahnärzten, zwei von den Apothekern und fünf vom Ministerium bestimmt. ⁶⁸

Die GPs wurden von den *Executive Councils* je nach der Anzahl der Patienten, die sich in ihre Liste eingetragen hatten, bezahlt. Die Funktion dieser Gremien beschränkte sich auch in den folgenden Jahren auf organisatorische und koordinierende Aufgaben. Die Zahl der Patienten pro Arzt war zunächst auf 4000 begrenzt, dies führte zur Entstehung von riesigen Einzelpraxen. Die eigentliche von den Planern anvisierte Gründung von Gruppenpraxen wurde durch die Bezahlungsform nach Anzahl der Patienten eher behindert. 1952 senkte man die Höchstzahl der Patienten deswegen auf 3500 und führte Zuschläge für bis zu 1500 Patienten ein, um Großpraxen entgegenzusteuern. Zudem wurden Gruppenpraxen nun finanziell begünstigt. ⁶⁹

Eines der wichtigsten Ziele des NHS war die bessere Verteilung der Allgemeinärzte in ganz Großbritannien und die verbesserte Versorgung der Bevölkerung mit allgemeinmedizinischen Diensten. ⁷⁰ Sogenannte *Medical Practices Committees* sollten daher die ärztliche Zulassung steuern. Sie hatten das Recht, bestimmte Regionen für Neuzulassungen zu sperren bzw. in anderen Gegenden auf die Einrichtung neuer Arztpraxen hinzuwirken. ⁷¹ Bei den Verhandlungen über den NHS war dies zunächst von der Ärzteschaft scharf bekämpft worden, da es ihre Niederlassungsfreiheit einschränkte. Während der 1950er Jahre versuchten die Ärzte dann allerdings, dieses System zu instrumentalisieren, indem sie durch Sperrung bestimmter Regionen die Konkurrenz eindämmten. So blieb auch Ende der 1950er Jahre die Anzahl der Patienten pro Arzt sehr hoch. Besonders in ländlichen Regionen versorgten die meisten GPs noch über 3000 Patienten. ⁷² Im Gegensatz zur Bundesrepublik Deutschland

⁶⁷ ECKSTEIN, Health Service, S. 182–3.

⁶⁸ ECKSTEIN, Health Service, S. 193; WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 348.

⁶⁹ WEBSTER, Health Services, Band 2, S. 11; DERS., Health Services, Band 1, S. 349–50; TITMUS, National Health Service, S. 156; ALBER, Großbritannien, S. 587.

⁷⁰ LINDSEY, Socialized Medicine, S. 152.

⁷¹ WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 354–5; vgl. auch TITMUS, National Health Service, S. 162.

⁷² WEBSTER, Health Services, Band 2, S. 12.

blieb in Großbritannien die Arztdichte auch nach der Einführung des NHS relativ niedrig.⁷³

Tabelle 3: Niedergelassene Ärzte (GPs) in Großbritannien⁷⁴

Jahr	1952	1954	1956	1958	1960	1962	1964
Anzahl der niedergelassenen Ärzte	17 298	18 513	19 180	19 685	19 928	20 325	20 246
Patienten pro Arzt	2 431	2 293	2 272	2 267	2 287	2 304	2 362
Fachärzte ⁷⁵	10 581	11 152	11 756	12 060	12 645	13 446	14 160

Obwohl die Gesundheitszentren eine prominente Rolle bei der Planung des NHS gespielt hatten, fand eine praktische Umsetzung der Pläne, in ihnen unter Mitarbeit der GPs *Primary Health Care* zu konzentrieren, zunächst kaum statt. Zum einen blockierte der Widerstand der Ärzteschaft oftmals die Einrichtung neuer Zentren; zum anderen verhinderte die Geldknappheit des NHS, dessen Hauptausgaben in den Krankenhausbereich flossen, den Ausbau neuer, moderner Zentren in größerem Ausmaß. Neue *Health Centres* entstanden – wenn überhaupt – in den 1950er Jahren fast nur im Rahmen neuer Siedlungsprojekte. Bis 1960 wurden lediglich zehn neue *Health Centres* in England und Wales eröffnet.⁷⁶ Das ganze Konzept hatte sich als Fehlschlag erwiesen, da auch in den wenigen bestehenden Zentren Rivalität zwischen den GPs sowie eine schlechte Zusammenarbeit zwischen den Diensten der LHAs und den Ärzten das Bild bestimmten. Dagegen wuchs in den 50er Jahren der Trend zu Gruppenpraxen mit mehreren GPs, da diese Form der Praxis seit 1952 finanziell begünstigt wurde. 1958 waren nur noch 32 Prozent der niedergelassenen Ärzte allein tätig. Diese Entwicklung wurde zunehmend als Ersatz für das gescheiterte Gesundheitszentren-Programm akzeptiert.⁷⁷

Bei der Einführung des NHS konnten die Patienten zunächst ihren Arzt frei wählen, indem sie sich auf dessen Liste einschrieben, und ebenso auch wieder wechseln. Auf Druck der BMA wurden jedoch bereits 1950 bürokratische Hürden vor den Arztwechsel gelegt sowie eine schriftliche Zustimmung des behandelnden Arztes verlangt. Dies führte dazu, daß die Patienten kaum noch den Arzt wechselten.⁷⁸

⁷³ Vgl. ALBER, Großbritannien, S. 578.

⁷⁴ Annual Abstract of Statistics 94 (1957), S. 60; 97 (1960), S. 55; 102 (1965), S. 54.

⁷⁵ Im Annual Abstract of Statistics als Medical and Dental Staff der Hospital Services aufgeführt; Teilzeitbeschäftigte wurden nicht mitgezählt.

⁷⁶ Zum Problem der Health Centres, WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 380–6; sowie SCOTT, Contribution.

⁷⁷ WEBSTER, Health Services, Band 2, S. 12.

⁷⁸ TITMUS, National Health Service, S. 139.

Unter dem NHS wurde damit die Arbeit der GPs, auch *Family Doctors* genannt, zum eigentlich zentralen Element für die Versorgung der Bevölkerung. Aus Sicht des Gesundheitsministeriums war der niedergelassene Allgemeinarzt zum einen die erste Anlaufstelle der Kranken und begleitete den Patienten im Idealfall durchs ganze Leben, zum zweiten vermittelte er fachärztliche und klinische Behandlung, drittens konnte er am besten die Angebote der kommunalen Gesundheitsbehörden vermitteln und zuweisen.⁷⁹ Auch ein vom Gesundheitsminister eingesetztes Komitee unter Sir Henry Cohen, das den Zustand des Allgemeinärztlichen Dienstes unter dem neuen NHS und insbesondere die Bezahlung der GPs evaluieren sollte, betonte in seinem 1954 veröffentlichten Report die außerordentlich wichtige Rolle der niedergelassenen Allgemeinärzte im englischen Gesundheitssystem.⁸⁰

Dennoch wies gerade dieser Bereich des NHS große Probleme auf. Am negativsten wirkte sich wohl die Trennung zwischen Allgemeinmedizin und Fachärzten aus. Während letztere sich durch ihre klinische Tätigkeit ständig weiterbilden konnten, waren die Allgemeinärzte im britischen System im wesentlichen isoliert. Eine Gruppe von GPs bemängelte, daß der Allgemeinarzt nur noch Patienten sortiere: die einen schicke er ins Krankenhaus, die anderen in Sprechstunden der lokalen Gesundheitsbehörden, den Rest stelle er mit einer Verschreibung zufrieden.⁸¹ Viele Allgemeinärzte beklagten außerdem, daß ihr Status innerhalb der Profession stark gesunken sei, seit sie kaum noch mit den Krankenhäusern und Fachärzten in Verbindung stünden. Ihnen wurde auch die Betreuung eigener Patienten in Krankenhausstationen erschwert. Vor der Einführung des NHS hatten viele GPs Patienten in Kleinkrankenhäusern, sogenannten *Cottage Hospitals*, betreut oder dort selbst therapiert. Durch die Umorganisation des gesamten Krankenhauswesens wurden die kleinen, oft schlecht ausgestatteten *Cottage Hospitals* meist geschlossen und standen den GPs nicht mehr zu Verfügung.⁸²

Das Verhältnis zwischen den Fachärzten und Ärzten verschlechterte sich zunehmend. Ein wichtiger Grund hierfür war auch die Auseinandersetzung um die Qualifikation für Geburtshilfe und Schwangerenbetreuung.⁸³ Allgemeinärzte sollten ursprünglich nur Geburtshilfe betreiben, wenn sie bestimmte Qualifikationen vorweisen konnten. Die BMA wehrte sich vehement gegen diese Vorschriften; letztlich konnten alle Allgemeinärzte Geburtshilfe praktizieren und wurden lediglich – je nach Qualifikation – unterschiedlich bezahlt. Dies erzeugte auf Seiten der Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe, die den Standard in ihrem Fach sinken sahen, großen Ärger. Der Präsident des *Royal College*

⁷⁹ MINISTRY OF HEALTH, *Field of Work of the Family Doctor*, S. 9.

⁸⁰ Vgl. Cohen Report.

⁸¹ WEBSTER, *Health Services*, Band 2, S. 15.

⁸² HONIGSBAUM, *Division*, S. 302; vgl. auch LINDSEY, *Socialized Medicine*, S. 125.

⁸³ Hierauf wird im Kapitel über Säuglings- und Schwangerenvorsorge noch ausführlich eingegangen; vgl. unten, Kap. III, 4.4.

of *Obstetricians* bezeichnete die *General Practitioners* in diesem Zusammenhang als „absolute shame“ und „a misuse of the word obstetrician“.⁸⁴

Der Mangel an Aufstiegsmöglichkeiten und Fortbildung ebenso wie die wenigen Gelegenheiten zur Zusammenarbeit mit Spezialisten führte bei vielen GPs zu Unzufriedenheit und geringem Engagement.⁸⁵ Verschiedene Untersuchungen, insbesondere der vielbeachtete Artikel eines australischen Beobachters, J.S. Collings, kritisierten den Zustand der allgemeinärztlichen Praxis vehement. Insbesondere in Industrieregionen sei der Standard der medizinischen Versorgung indiskutabel.⁸⁶ Charles Webster beschreibt den durchschnittlichen Tagesablauf eines niedergelassenen Arztes in einer Industrieregion folgendermaßen:

A conscientious single-handed practitioner working from a converted workman's cottage in an industrial town conducted between 40 and 55 consultations each day. On a busy day he saw 42 patients in three hours. In addition he made 25 domiciliary visits each day and gave out 50 certificates each week. His holidays comprised one half-day each week, plus an annual summer break. Apart from abandonment of direct billing of non-insured patients, and some change in prescribing habits, this routine was little different from experience recorded in similar places during the depression.⁸⁷

Ein weiteres Problem blieb die Bezahlung der niedergelassenen Ärzte. Nachdem diese nun im wesentlichen über Kopfpauschalen vergütet wurden, wie von der Ärzteschaft gefordert, kämpfte die BMA als deren Vertreterin ständig um eine Erhöhung dieser Beträge. Die den Vergütungspauschalen zugrunde liegenden Berechnungen des Ministeriums beruhten auf den Ergebnissen des sogenannten *Spens Committee*, das 1946 entsprechende Vorschläge gemacht hatte und dessen Bericht neben dem Ministerium im Grunde auch die Ärztevertreter zugestimmt hatten.⁸⁸ In der praktischen Umsetzung und bei der Anpassung der Beträge an gestiegene Lebenskosten und Inflation gingen die Meinungen jedoch weit auseinander. Dies führte bereits 1949/1950 zu heftigen Auseinandersetzungen zwischen der BMA und dem Ministerium. Sogar ein Streik bzw. Austritt der Ärzte aus dem NHS wurde angedroht, was aber bereits im Vorfeld an der Uneinigkeit im Lager der Ärzte scheiterte, die keineswegs alle von einem solchen Vorgehen überzeugt waren. Den Ansprüchen der Ärzte stand die angespannte Finanzlage der Regierung entgegen, die die Ausgaben in diesem Bereich des Gesundheitswesens kaum steigern konnte und wollte. Schließlich wurde der Streit durch den Schiedsspruch eines unabhängigen Gremiums entschieden, der den Ärzten schließlich doch eine erhebliche Erhöhung ihrer Vergütung brachte.⁸⁹ Da das Ministerium versäumte, die Bezüge auch in den folgenden Jahren den steigenden Preisen anzupassen, kam es 1956/1957 abermals

⁸⁴ HONIGSBAUM, Division, S. 303; Präsident war 1943–47 Sir Eardley Holland.

⁸⁵ GREY-TURNER und SUTHERLAND, History, S. 130–2.

⁸⁶ Vgl. WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 356.

⁸⁷ WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 357.

⁸⁸ Spens Report; vgl. auch ECKSTEIN, Health Service, S. 197.

⁸⁹ ECKSTEIN, Pressure Groups, S. 135–47; LINDSEY, Socialized Medicine, S. 127–9.

zu einem heftigen Konflikt. Die Ärzte drohten erneut mit Streik und forderten eine 24-prozentige Erhöhung ihrer Vergütung. Diese Auseinandersetzung führte ein weiteres Mal zur Einsetzung einer Kommission (*Pilkington Committee*), die die Vergütung der Ärzte und Zahnärzte untersuchte und 1960 schließlich eine Anhebung der Bezüge und Veränderungen im Zahlungsmodus empfahl. Gleichzeitig wurde nun ein ständiger Ausschuß eingerichtet, der die Bezahlung der Ärzte laufend den steigenden Kosten anpassen und eine angemessene Bezahlung garantieren sollte.⁹⁰ Das System, die Ärzte aus einem Pool, in den die Kopfpauschalen der Patienten einbezahlt wurden, insgesamt zu vergüten, bestand dennoch im wesentlichen bis 1966 fort, wobei die Bezahlung der Ärzte und die Modalitäten ihrer Vergütung ein steter Streitpunkt zwischen Ärzteschaft und Gesundheitsministerium blieben.⁹¹ Im Gegensatz zur Bundesrepublik Deutschland konnten die niedergelassenen Ärzte in Großbritannien nicht von einem starken Einkommensanstieg profitieren.

Anfang der 1960er Jahre wurde auch die allgemeinärztliche Versorgung – wie die anderen Zweige des NHS – evaluiert und ein Programm für die nächsten 10 bis 15 Jahre entwickelt.⁹² Gefordert wurde vor allem, die Isolierung der GPs von den anderen Bereichen der Medizin aufzubrechen:

It is generally agreed that the separation which has developed between general practice and the hospital service is undesirable. It has led to isolation of family doctors from medical work inside hospitals.⁹³

Durch bessere Möglichkeiten zur Weiterbildung für GPs, eine stärkere Förderung von Gruppenpraxen sowie eine bessere wissenschaftliche Aufarbeitung des Feldes der Allgemeinmedizin sollte der Isolierung abgeholfen werden. Außerdem wollte man endlich auch die Trennung zwischen den Angeboten der lokalen Gesundheitsbehörden und der GPs aufheben, indem die niedergelassenen Ärzte stärker in den Gesundheitszentren der Kommunen mitarbeiten sollten.⁹⁴ Mitte der 1960er Jahre wurde mit dem verstärkten Bau dieser Zentren die Allgemeinmedizin ansatzweise umstrukturiert und mit zusätzlichen Ausbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten der Beruf des Allgemeinmediziners etwas attraktiver gestaltet.⁹⁵ Dennoch mißlang es letztlich unter dem NHS, die Allgemeinärzte in ein sinnvolles, funktionierendes Konzept einer *Community Care* zu integrieren.

⁹⁰ LINDSEY, *Socialized Medicine*, S. 140–51; WEBSTER, *Health Services*, Band 2, S. 158–62.

⁹¹ WEBSTER, *Health Services*, Band 2, S. 162–5; ALBER, *Großbritannien*, S. 589–90. Durch die Family Doctor Charter von 1966 wurde das Bezugssystem auf eine neue Grundlage gestellt: Die Kopfpauschalen machten nunmehr etwas weniger als die Hälfte der Einkünfte eines GPs aus, der Rest setzte sich aus verschiedenen Vergütungen und Zulagen je nach Aufwand der Praxis zusammen.

⁹² MINISTRY OF HEALTH, *Field of Work of the Family Doctor*; vgl. auch GREY-TURNER und SUTHERLAND, *History*, S. 130.

⁹³ MINISTRY OF HEALTH, *Field of Work of the Family Doctor*, S. 40.

⁹⁴ MINISTRY OF HEALTH, *Field of Work of the Family Doctor*, S. 39–40, 57.

⁹⁵ JOHN ROBSON, *Großbritannien*, S. 121.

4 DAS KRANKENHAUSWESEN

4.1 BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND –
DEZENTRALE ORGANISATION UND KOSTENEXPLOSION

Das bundesdeutsche Krankenhauswesen war – im Gegensatz zu Großbritannien, wo seit 1948 alle Krankenhäuser dem staatlichen NHS unterstanden – durch eine Vielzahl von Organisationsformen und Betreibern geprägt.¹ Ein großer Teil der Krankenhäuser wurde von der öffentlichen Hand, insbesondere den Kommunen, betrieben. Die städtischen Hospitäler hatten ihre Wurzeln in der Armenpflege; sie waren in vielen Städten seit der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert stark ausgebaut und zu kommunalen Krankenhäusern für alle Bürger entwickelt worden.² Dazu kamen die freigemeinnützigen Krankenhäuser, meist Einrichtungen kirchlicher Träger oder verschiedener Wohlfahrtsverbände, die ebenfalls auf eine lange Tradition zurückblicken konnten. Diese Kliniken waren privatrechtlich organisiert, wirtschafteten nach dem Kostendeckungsprinzip und erlangten so den Status der Gemeinnützigkeit.³ Schließlich gab es noch Privatkliniken, die rein gewinnorientiert arbeiteten, ihre Vorläufer in Sanatorien und privat betriebenen Kurkliniken hatten und auch in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg verstärkt das Feld von Kur- und Rehabilitationseinrichtungen abdeckten.⁴

Ein weiteres wichtiges Kennzeichen des bundesdeutschen Klinikwesens bestand darin, daß die stationäre Versorgung der Kranken in Deutschland schon in der Zeit der Weimarer Republik von der ambulanten grundsätzlich getrennt worden war.⁵ Bereits 1931 war der Sicherstellungsauftrag für ambulante Versorgung von den Krankenkassen auf die kassenärztlichen Vereinigungen übergegangen. Zuvor hatten die Kassen auch direkt mit Krankenhäusern Verträge über die ambulante Behandlung von Patienten abschließen können. Die Hospitäler hielten jedoch zum Teil an ihrer früheren Praxis fest, insbesondere als nach 1945 die Rechtslage relativ unklar war, und rechneten ihre ambulanten Leistungen direkt mit den Krankenkassen ab.⁶ Im Kassenarztgesetz von 1955 wurden die beiden Sektoren dann endgültig getrennt, und der ambulante Bereich ging gänzlich an die Kassenärzte über.⁷ Ein weiteres Charakteristikum des deutschen Systems war, daß die bei den gesetzlichen Krankenkassen versicherten Patienten zur stationären Behandlung von einem Kassenarzt eingewiesen wer-

¹ DEPPE, Bundesrepublik, S. 38–9; KÜHN, Entwicklungsbedingungen, S. 121.

² Vgl. LABISCH, Stadt und Krankenhaus; LABISCH und SPREE, Kommunalisierung.

³ Vgl. LABISCH und TENNSTEDT, Allgemeine Krankenhäuser; KÜHN, Entwicklungsbedingungen, S. 128.

⁴ Vgl. SHORTER, Heilanstalten; zu der Struktur des bundesdeutschen Krankenhaussektors auch JUNG, Political Values, S. 294–7.

⁵ LIGHT, Values, S. 625.

⁶ ROSEWITZ und WEBBER, Reformversuche, S. 36–40, 90.

⁷ BGBl. I 1955, S. 513.

den mußten, also nicht selbst über eine solche Therapie entscheiden konnten. Nur im Notfall oder als Privatpatient bestand direkter Zugang zur Krankenhausbehandlung.⁸

Die Interessenverbände der Krankenhausträger erreichten im Gegensatz zu den Standesorganisationen der Ärzte im bundesdeutschen Gesundheitssystem nur eine geringe Machtstellung, was vor allem in ihrer heterogenen Zusammensetzung begründet war. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden im Bereich der Krankenhäuser zunächst Arbeitsgemeinschaften der Träger auf Landesebene gegründet, so in Bayern im Jahr 1947, woraus 1950 die bayerische Krankenhausgesellschaft hervorging.⁹ Auf Bundesebene entstand 1949 die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der zum einen die kommunalen Spitzenverbände, die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege sowie der Verband deutscher Privatkankeanstalten angehörten.¹⁰ Die Interessen der verschiedenen Träger (Gemeinden, Stiftungen, Wohlfahrtsverbände, private Krankenanstalten) waren jedoch in vielen Fragen sehr unterschiedlich gelagert, so daß sich die Krankenhausgesellschaft oftmals in einer schwierigen Verhandlungsposition befand.¹¹ Zudem war der Verband nicht weisungskompetent gegenüber einzelnen Krankenhäusern oder Trägern.

Nach dem Zweiten Weltkrieg standen die Krankenhäuser vor großen Problemen. Durch den Krieg waren viele Anstalten völlig zerstört, mußten wiederaufgebaut und neu ausgestattet werden. Für die Krankenhausträger bedeutete dies einen enormen finanziellen Aufwand. Die Finanzierung der Krankenhäuser beruhte weiterhin in erster Linie auf der Bezahlung ihrer Leistungen durch die Pflegesätze (pauschale Kostenerstattung für Krankenhausbehandlung) der gesetzlichen Krankenversicherung. Nachdem diese seit Mitte der 1930er Jahre nicht mehr hatten angehoben werden dürfen, wurden sie 1948 einige Monate freigegeben. Doch bereits 1949 wurde wieder eine strenge Preisbindung für die von den Krankenhausträgern mit den Kassen ausgehandelten Pflegesätze eingeführt.¹² Dabei rechnete das Krankenhaus pauschal pro Tag

⁸ DEPPE, Bundesrepublik, S. 38–41; ALBER, Gesundheitswesen, S. 110–1. In Notfällen oder zu Zeiten, wo die Arztpraxen geschlossen waren, konnten (und können) Patienten direkt die Ambulanzen der Krankenhäuser aufsuchen.

⁹ Ihr gehörten der bayerische Städteverband, der Landkreisverband Bayern, der Verband der Landgemeinden Bayerns, die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Bayern, die Arbeitsgemeinschaft der Privatkankeanstalten, die Bezirksverbände und der bayerische Staat – vertreten durch das Kultusministerium – an. Vgl. BayHStA, StK 113681, Arbeitsgemeinschaft für das Krankenhauswesen in Bayern an bayerische Staatskanzlei vom 30. 10. 1950.

¹⁰ Zu den kommunalen Spitzenverbänden gehörten der Deutsche Städtetag, der Deutsche Städte- und Gemeindebund, der Deutsche Landkreistag, der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und die Landesverbände der Krankenhausgesellschaft. BAK, B 142/876, Deutsche Krankenhausgesellschaft an Bundesminister des Innern, 10. 9. 1957; vgl. auch ALBER, Gesundheitswesen, S. 79–80.

¹¹ WANKE, Machtverteilung, Struktur, S. 146–8.

¹² BUURMANN, Gesundheitspolitik, S. 54–5; W. ADAM, Aufgaben, S. 59–60; FRERICH und

und Patient ab. Allerdings konnten durch die beschränkte Pflegesatzhöhe die in den Krankenhäusern tatsächlich entstandenen Kosten nicht gedeckt werden. Anfang der 1950er Jahre finanzierten die Pflegesätze nur ca. 60 Prozent der laufenden Betriebskosten. Daher mußten die Träger der Krankenhäuser vermehrt Mittel zuschießen und versuchten ständig, auf eine Anhebung der Pflegesätze hinzuwirken. Eine deutliche Erhöhung der Tagessätze hätte jedoch für die in den 1950er Jahren ebenfalls finanziell bedrängten gesetzlichen Krankenkassen zu einer Einschränkung der anderen Leistungen führen müssen. Daher lehnten die Kassen entsprechende Vorschläge immer wieder entschieden ab und forderten vielmehr eine stärkere Beteiligung der öffentlichen Hand.¹³

In der bundesdeutschen Gesundheitsverwaltung sah man aber kaum eine andere Möglichkeit als die Notlage der Krankenhäuser durch höhere Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherer zu lindern.

Die wirtschaftliche Not der Krankenhäuser habe letzten Endes ihren tieferen Grund in den Schwierigkeiten, unter denen unsere noch nicht wieder gesundete Sozialversicherung leidet,

hieß es 1952 im Protokoll einer Sitzung der leitenden Medizinalbeamten.¹⁴ Die Neuregelung der Krankenhausfinanzierung in der Bundespflegesatzverordnung von 1954 bestätigte daher ausdrücklich, daß die Krankenkassen nicht verpflichtet waren, kostendeckende Sätze an die Krankenhäuser zu zahlen. Die Pflegesätze sollten sich zwar an den tatsächlichen Kosten orientieren, wurden jedoch durch festgelegte Abzüge gleichzeitig deutlich herabgesetzt.¹⁵ Bis Anfang der siebziger Jahre bestand die fehlende Kostendeckung fort, ebenso wie die finanzielle Notlage der Krankenanstalten.¹⁶

Aufgrund dieser Probleme mußten die Träger der Krankenhäuser vermehrt Mittel zuschießen. Leider sind zuverlässige Überblickszahlen über Leistungen der Träger, Zuschüsse der Gemeinden, der Länder und des Bundes kaum zu erhalten, da die meisten Krankenhäuser auf Gemeindeebene verwaltet wurden und die Zuschüsse von Kommune zu Kommune ganz unterschiedlich gehandhabt wurden. Einige wenige Angaben lassen sich dennoch machen:

FREY, Handbuch, S. 74; WASEM et al., Westliche Besatzungszonen, S. 499; vgl. als Einzelstudie auch BERGER, Kosten, S. 300.

¹³ MÜLLER und SIMON, Steuerungsprobleme, S. 329; vgl. zu der grundsätzlichen Haltung der Kassen, die auch darin begründet war, daß sie gegen die anderen Akteure des Gesundheitswesens noch weniger kostenreduzierende Mittel in der Hand hatten, KÜHN, Entwicklungsbedingungen, S. 249.

¹⁴ BAK, B 142/703, Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten am 29./30. 4. 1952 in Bad Pyrmont; vgl. auch BayHStA, StK 113681, bayerisches Staatsministerium des Innern an Bundesinnenminister Hoegner, 17. 8. 1951.

¹⁵ MÜLLER und SIMON, Steuerungsprobleme, S. 329–30.

¹⁶ Das Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes von 1972 verpflichtete die Krankenkassen dazu, kostendeckende Pflegesätze zu zahlen; BGBl. 1972 I, S. 1009–17: Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 29. 6. 1972; vgl. auch WANEK, Machtverteilung, Struktur, S. 146.

Bundesweit wurden für 1955 etwa 200 Millionen DM reine Bauinvestitionen der Gemeinden für den Krankenhausbereich errechnet. Gegenüber den Ausgaben der Kommunen waren die Zuschüsse der Länder für diesen Bereich in den 1950er Jahren gering. 1955 beliefen sich die Zuschüsse der Länder für die Gemeinden im Krankenhauswesen in der ganzen Bundesrepublik auf etwa 30 Millionen DM.¹⁷ In den 1960er Jahren stiegen bundesweit die Ausgaben der Kommunen wie auch die staatlichen Zuschüsse für die öffentlichen Krankenhäuser erheblich: Insgesamt stiegen diese von 2800 Millionen 1962 auf 4600 Millionen im Jahr 1967. Der Hauptteil der Ausgaben (um die 70 Prozent) fiel auf die laufenden Kosten. Aber auch die Bautätigkeit der Gemeinden verstärkte sich seit Beginn der 1960er Jahre. Die Ausgaben in diesem Bereich verdoppelten sich von 1961 bis 1965.¹⁸ Über die Investitionen und Ausgaben der freigemeinnützigen Träger lassen sich kaum genaue Aussagen treffen. Die Darlehen der Gemeinden und der Länder stiegen aber auch bei diesen Körperschaften in den 1960er Jahren stark an. Hier spielten die staatliche Darlehen und Zuschüsse eine wichtigere Rolle, Investitionen der Gemeinden waren im Verhältnis dazu geringer.

Als Beispiel seien hier noch einige Zahlen über die Entwicklung der kommunalen Zuschüsse zum Krankenhauswesen in Bayern angeführt.

Tabelle 4: Ausgaben der Gemeinden in Bayern für Gesundheitswesen und Krankenhausbau (in Millionen DM)¹⁹

<i>Jahr</i>	<i>1950</i>	<i>1956</i>	<i>1959</i>	<i>1962</i>	<i>1967</i>	<i>1971</i>
Ausgaben für das Gesundheitswesen insgesamt	122	305	444	630	1011	1322
Ausgaben für das Krankenhauswesen (mit Personalausgaben)	–	218	328	466	779	1060
davon Investitionen (Bauinvestitionen, Neuanschaffungen von beweglichem Vermögen, Grunderwerb)	–	44	68	110	200	194

¹⁷ TETZLAFF, Krankenanstalten, S. 211. Dies entspricht in etwa den Zahlen aus der bayerischen Staatskanzlei: 1954 erhielt die bayerische Krankenhausgesellschaft beispielsweise lediglich eine Million DM für Investitionen im Krankenhausbereich, 1956 nochmals denselben Betrag; vgl. BayHStA, StK 113683, Landesgesundheitsrat an Ministerpräsident Hoegner vom 18. 7. 1955.

¹⁸ Vgl. hierzu und zum folgenden Staatliche und kommunale Ausgaben, S. 389.

¹⁹ Zusammengestellt nach: Statistisches Jahrbuch für Bayern 24 (1952), S. 332; 26 (1958), S. 266; 27 (1961), S. 258; 28 (1964), S. 293; 29 (1969), S. 298–299; 1972 (ohne Bandzählung), S. 310–311. Da die Ausgaben im „Gesundheitswesen“ in jedem Statistischen Jahrbuch vollkommen unterschiedlich zusammengefaßt werden, kann diese Tabelle lediglich eine Tendenz zeigen. Die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen wurden 1950 definiert als Gesundheitswesen und Jugendpflege, 1956 nur Gesundheitswesen, 1959 Gesundheitswesen und Jugendhilfe, 1962 Gesundheitspflege, 1967 Gesundheitswesen, Sport und Leibesübun-

Die Investitionen der bayerischen Kommunen in das Krankenhauswesen (für Bauten und für neuen Grunderwerb) stiegen von 44 Millionen DM im Jahr 1956 auf 110 Millionen DM 1962 bzw. 200 Millionen im Jahr 1967. Auch hier bestätigt sich der bundesweite Trend, daß die Ausgaben der Kommunen für das Gesundheitswesen, und insbesondere für den Krankenhausbau, sich im Laufe der fünfziger Jahre bereits langsam erhöhten, um dann in den 1960er Jahren stark anzuwachsen.

Trotz erheblicher und wachsender Zuschüsse von Seiten der Träger baute sich im deutschen Krankenhauswesen während der 1950er und 1960er Jahre ein großes Defizit auf, das sich Ende der 1960er Jahre jährlich auf ca. eine Milliarde DM belief.²⁰ Die Probleme blieben bestehen: Einerseits bekamen die Krankenhäuser bei Investitionen in Bauten und technische Ausrüstung keine kostendeckenden Zuschüsse von Kommunen und Ländern; die Höhe der Zuschüsse variierte vielmehr stark nach deren finanzieller Lage. Andererseits mußten die Krankenkassen den Krankenhäusern nach wie vor keine kostendeckenden Pflegesätze zahlen, so daß auch bei den Betriebskosten Defizite entstanden.

Die Debatte über kostendeckende Pflegesätze dauerte während der 1950er und 1960er Jahre an.²¹ Auch Initiativen einiger Krankenhausträger, mit den Kassen über ein Einzelabrechnungssystem zu einer Steigerung der dringend benötigten Einnahmen zu kommen, blieben ohne Erfolg, da die Kassen vor allem die Verwaltungsmehrkosten fürchteten.²² Bei den Verhandlungen zwischen Krankenhausträgern und Kassen war der Einfluß der Politik gering, obwohl auf Länderebene immer wieder versucht wurde zu vermitteln.²³ Eine bundesweit geregelte Bedarfsplanung des Krankenhauswesens gab es in den 1950er und 1960er Jahren nicht.²⁴ Dies lag vor allem an rechtlichen Problemen: Die Bundesregierung hatte nach dem Grundgesetz keine Kompetenzen, um in die Krankenhausplanung einzugreifen. Lediglich eine ausreichende Zahl an Betten für übertragbare Krankheiten waren zu sichern bzw. Infektionsabteilungen einzurichten.²⁵

Aber auch auf Länderebene waren die Zuständigkeiten nicht eindeutig gere-

gen, 1971 Gesundheitswesen. Demgemäß können die Zahlen nur als grobe Richtwerte dienen.

²⁰ Bundesministerium für Gesundheitswesen: Bericht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten 1969, BT-DS V/4230; W. ADAM, Aufgaben, S. 61; vgl. auch WANEK, Machtverteilung, Struktur, S. 146.

²¹ ROSEWITZ und WEBBER, Reformversuche, S. 172–8.

²² BayHStA, MArb 2981, Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Krankenkassenverbände an das bayerische Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge vom 17. 2. 1953.

²³ Z.B. das bayerische Wirtschaftsministerium, das zumindest eine gleichmäßige Behandlung sämtlicher Krankenhäuser forderte; BayHStA, StK 113681, Rundschreiben des bayerischen Staatsministeriums für Wirtschaft und Verkehr vom 30. 9. 1953.

²⁴ MÜLLER und SIMON, Steuerungsprobleme, S. 331–2.

²⁵ BAK, B 142/875, Bundesinnenministerium, Referat IV 3 an Referat VbI, 14. 1. 1954; B 142/704, Sitzung der Arbeitsgemeinschaft für Medizinalbeamte am 18.–20. 3. 1954, Bericht über die Notlage der Krankenanstalten.

gelt. Man bemühte sich zwar in den einzelnen Bundesländern, Zuschüsse an gewisse Auflagen zu binden. 1951 schlug das bayerische Innenministerium zum Beispiel vor, eine Reihe kleiner und kleinster Krankenhäuser, die ihre Kostenträger stark belasteten, in Altersheime, Kinderkrippen oder Kindergärten umzuwandeln und statt dessen zentral gelegene Krankenhäuser für mehrere Landkreise zu errichten, die dann die Kranken auch nach den „Erkenntnissen der modernen Medizin“ behandeln könnten.²⁶ Allerdings standen Maßnahmen der Länderregierungen im Krankenhausbereich vor der Schwierigkeit, daß Planungen zur Errichtung oder Erweiterung von Krankenhäusern mit dem Selbstverwaltungsrecht der Gemeinden und Kreise kollidierten.²⁷ Die Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten wies 1954 darauf hin, daß die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Krankenhauswesens unzureichend seien:

Die Arbeitsgemeinschaft hält eine verbindliche Regelung der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenanstalten für erforderlich. [...] Die bestehenden gesetzlichen Verpflichtungen reichen in den meisten Ländern zu einer Regelung des Krankenhauswesens nicht mehr aus. Nach geltendem Recht ist die öffentliche Hand nur in wenigen Sonderfällen zur Bereitstellung von Krankenhausbetten verpflichtet.²⁸

Daher forderte man eine gesetzliche Neuregelung des Krankenhauswesens mit folgenden verbindlichen Regelungen:

- a) Festsetzung der Pflegesätze nach Leistung der Krankenhäuser
- b) Zuschüsse aus öffentlicher Hand für den laufenden Betrieb, Nachholbedarf und Neubau von Krankenhäusern
- c) Festlegung einer Vorhaltepflcht für allgemeine Krankenhausbetten durch die öffentliche Hand entsprechend der Bevölkerungsdichte und -struktur.²⁹

Umfassende Krankenhausplanungs- und -finanzierungsgesetze auf Länderebene entstanden jedoch nicht.³⁰ Von den Ländern wurde dies nicht als notwendig erachtet. Ihre Tätigkeit beschränkte sich in den 1950er Jahren vielmehr auf die Gewährung von Zuschüssen und Hilfestellungen. Es bestand keine Absicht, in die Zuständigkeiten und die Verantwortung der Träger der Krankenhäuser einzugreifen. Die Länder sollten sich darauf beschränken, die kommunalen Selbstverwaltungskörperschaften zu unterstützen; so äußerte sich zumindest der niedersächsische Sozialminister Rudolph 1958. Die Leistungen des Bundes im Krankenhauswesen beliefen sich im wesentlichen auf zeitlich be-

²⁶ BayHStA, StK 113681, bayerisches Staatsministerium des Innern an Bundesinnenminister Hoegner vom 17. 8. 1951.

²⁷ BayHStA, StK 113683, bayerisches Staatsministerium des Innern an den Bayerischen Landtag vom 9. 1. 1952.

²⁸ BAK, B 142/704 1), Sitzung der Arbeitsgemeinschaft für Medizinalbeamte am 18.–20. 3. 1954, Bericht über die Notlage der Krankenanstalten.

²⁹ BAK, B 142/704 1), Sitzung der Arbeitsgemeinschaft für Medizinalbeamte am 18.–20. 3. 1954, Bericht über die Notlage der Krankenanstalten.

³⁰ In Bayern wurde beispielsweise ein Krankenhausplanungs- und -finanzierungsgesetz immer wieder von der SPD gefordert. Entsprechende Pläne scheiterten jedoch wiederholt. Vgl. Archiv des Bayerischen Landtags, Protokoll der 70. Sitzung des Ausschusses für Sozial- und Gesundheitspolitik am 29. 6. 1966.

grenzte Investitionszuschüsse, die hauptsächlich zur Deckung des kriegsbedingten Nachholbedarfs dienen sollten.³¹

Auch in den 1960er Jahren versuchten die Länder weiterhin, durch gezielte Zuschüsse die Lage der Krankenanstalten zu verbessern. In Bayern wurde beispielsweise ein Krankenhausplan erarbeitet, den die Landesregierung 1965 vorstellte; da er jedoch nicht mit einem Finanzierungsgesetz verbunden war, blieben die finanziellen Verpflichtungen des Freistaats weiterhin unklar.³² In Niedersachsen wurden Zweckverbände gebildet, die die Krankenhausfinanzierung zwischen Trägern und Land besser abstimmen sollten.³³ Verschiedene Reformversuche auf Bundesebene, so auch eine Neufassung der Bundespflege-satzverordnung im Zusammenhang mit dem Krankenversicherungsneurege-lungsgesetz, scheiterten dagegen.

Eine neue Grundlage erhielt die Krankenhausfinanzierung erst durch das Bundesgesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser von 1972, das auch die Krankenhauspflegesätze neu regelte.³⁴ Erst durch eine Grundgesetz-änderung von 1969 war ein Eingreifen des Bundes in das Krankenhauswesen möglich geworden.³⁵ Bund und Länder mußten nun gemeinsam für alle Inve-stitionskosten aufkommen, die Krankenkassen waren verpflichtet, kostende-kende Pflegesätze zu zahlen (duals Finanzierungssystem). Das Gesetz legte zudem fest, daß jedes Bundesland einen Krankenhausbedarfsplan zu erstellen hatte, der als Grundlage für die Verteilung von Bundes- und Landeszuschüssen bzw. Darlehen dienen sollte. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz ermög-lichte einerseits den Krankenanstalten, ihre enormen finanziellen Defizite ab-

³¹ BAK, B 142/707, Niederschrift der 1. Sitzung des Arbeitsausschusses der für das Gesund-heitswesen zuständigen Minister und Senatoren zur Überprüfung der Gesundheitsgesetz-gebung, 10.–11. 9. 1958.

³² Vgl. zum Krankenhausplan in Bayern Gesundheitsprogramm 1974, S. 180. Der 1965 vorgelegte Krankenhausplan wurde von den Sozialdemokraten heftig kritisiert. Die SPD-Abgeordnete Hedwig Westphal wies in einer Sitzung des Sozialausschusses insbesondere darauf hin, daß in vielen Großstädten in Bayern die Kliniken überlastet seien, da man sie mit Pa-tienten von außerhalb belegt habe. Dies sei wiederum darauf zurückzuführen, daß in den letzten Jahren in manchen Kreisstädten Stadt- und Kreiskrankenhäuser nebeneinander ge-baut worden seien, beide mit verhältnismäßig geringer Bettenzahl und ohne die notwendige moderne Einrichtung. Vgl. Archiv des Bayerischen Landtags, Protokoll der 70. Sitzung des Ausschusses für Sozial- und Gesundheitspolitik am 29. 6. 1966.

³³ BAK, B 142/707, Niederschrift der 1. Sitzung des Arbeitsausschusses der für das Gesund-heitswesen zuständigen Minister und Senatoren zur Überprüfung der Gesundheitsgesetz-gebung, 10.–11. 9. 1958.

³⁴ Vgl. BGBl. 1972 I, S. 1009–17: Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 29. 6. 1972. Vgl. zur Interpretation des Gesetzes Gesundheitspolitik (I), S. 60–1; vgl. zur Bedeutung des Gesetzes auch JUNG, Poli-tical Values, S. 297–8.

³⁵ Damit wurde der Bund ermächtigt, Gesetze zur wirtschaftlichen Sicherung und zur Rege-lung der Pflege zu erlassen; MÜLLER und SIMON, Steuerungsprobleme, S. 333; KÜHN, Ent-wicklungsbedingungen, S. 352–3, bezeichnet die Grundgesetzänderung als „politischen Durchbruch“.

zubauen, führte aber andererseits in den nächsten Jahren schnell zu einer Kostenexplosion im Krankenhaussektor.³⁶

Die Anzahl der Krankbetten stieg trotz der finanziellen Engpässe der 1950er und 1960er Jahre in der Bundesrepublik deutlich an und entsprach damit in etwa dem Bevölkerungswachstum; die Zahl der Krankbetten pro 10000 Einwohner schwankte nur leicht. Gleichzeitig verringerte sich die durchschnittliche Verweildauer der Kranken, von 36,2 Tagen im Jahr 1938 auf 29,1 Tage 1957 und 28,2 Tage 1961.³⁷

Die verschiedenen Krankenhaussträger – die öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten – betrieben dabei meist unterschiedliche Klinikformen. Während große, sogenannte Akut-Krankenhäuser vorwiegend von öffentlichen und freigemeinnützigen Betreibern unterhalten wurden, konzentrierten sich die privaten Träger auf den Bereich der sogenannten Sonderkrankenhäuser, die Rehabilitation oder Kuren für chronisch Kranke anboten. Bereits in den 1950er Jahren begann die Zahl der privaten Krankenanstalten zu wachsen, während die Zahl der öffentlich betriebenen leicht absank.³⁸ Deutlich wird aus der folgenden Übersicht zudem, daß es sich bei den privaten Betrieben meist um kleine Einrichtungen handelte, während die öffentlichen Krankenhäuser im wesentlichen Großkliniken waren und meist noch expandierten.

Tabelle 5: Krankenanstalten in der Bundesrepublik Deutschland (ohne West-Berlin) nach Trägern³⁹

Jahr	Krankenanstalten insgesamt			Öffentliche Krankenanstalten		Freigemeinnützige Krankenanstalten		Private Krankenanstalten	
	An-stalten	Plan-mäßige Betten	Betten auf 10 000 Einwohner	An-stalten	Plan-mäßige Betten	An-stalten	Plan-mäßige Betten	An-stalten	Plan-mäßige Betten
1953	3306	513 104	104	1402	291 849	1241	193 480	663	27 775
1955	3397	539 250	105	1367	300 932	1294	207 547	736	30 771
1957	3405	553 725	105	1349	306 647	1260	212 138	796	34 940
1959	3461	567 266	107	1357	313 944	1252	215 225	852	38 097
1961	3476	564 061	104	1351	313 832	1245	209 176	880	41 053

³⁶ WANEK, Machtverteilung, Struktur, S. 146–50; vgl. zur Planung und Organisation des Krankenhauswesens nach dem Gesetz von 1972 ausführlich FRANCKE, Rechtsfragen; vgl. zum Kostenanstieg und den damit zusammenhängenden Problemen auch REINERS, Stationäre Versorgung.

³⁷ BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEITSWESEN, Gesundheitswesen 1963, S. 260.

³⁸ ALBER, Gesundheitswesen, S. 78–9; vgl. zum Trend der Privatisierung auch DEPPE, Bundesrepublik, S. 39.

³⁹ Ab 1959 mit Saarland; nach BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEITSWESEN, Gesundheitswesen 1963, S. 258; sowie BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEITSWESEN, Gesundheitswesen 1968, S. 447.

Der Trend zur Konzentration ist bei den öffentlichen Krankenanstalten schon in den 1950er Jahren zu beobachten. In den 1960er Jahren verstärkte sich diese Entwicklung hin zu größeren Einheiten nochmals. Die Zahl der Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten ging von 1961 mit 1970 solcher Anstalten auf 1817 im Jahr 1966 zurück; gleichzeitig stieg die Zahl der Großkrankenhäuser mit mehr als 500 Betten deutlich an.⁴⁰ Ein weiterer Trend, der sich ebenfalls besonders in den 1960er Jahren durchsetzte, bestand in der Spezialisierung der Krankenhäuser: Allgemeinbetten wurden in Spezialbetten von Fachabteilungen umgewandelt, also etwa für Chirurgie, Gynäkologie, Radiologie, Urologie oder HNO-Krankheiten. 1961 gab es in der Bundesrepublik noch 782 allgemeine Krankenhäuser ohne Fachabteilungen; ihre Zahl sank bis 1966 auf 592.⁴¹ Auch in den einzelnen Bundesländern läßt sich dieser Trend beobachten: Der Anteil der Fachbetten lag 1961 bei 55,6 Prozent und 1968 bereits bei 59,2 Prozent. Dazu kam noch ein in etwa gleichbleibender Anteil von 34,8 Prozent bzw. 34,7 Prozent an Betten in Sonderkrankenhäusern. Diese Anstalten umfaßten Krankenhäuser für Tuberkulose, Psychiatrie, Suchtkranke, Rehabilitation sowie Kurkrankenhäuser und Krankenabteilungen der Justizvollzugsanstalten.⁴²

Der Trend zur Konzentration und Spezialisierung wurde in der Bundesrepublik Deutschland weniger durch konkrete gesundheitspolitische Planung als vielmehr durch allgemeine medizinische und wirtschaftliche Tendenzen hervorgerufen. Bei der verbesserten Medizintechnik und dem ständig wachsenden Apparatebedarf lohnten sich kleine Krankenhäuser immer weniger, daher bemühten sich die Kostenträger, Kliniken zu erweitern, ihre Häuser auf bestimmte Gebiete zu spezialisieren und unrentable Krankenhäuser zu schließen. Die Kleinkrankenhäuser verfügten vor allem über Allgemeinbetten, hier war eher Pflege möglich, moderne Diagnostik und Therapie konnten jedoch kaum angeboten werden. Solche Krankenanstalten hielten sich – wie die Zahlen über die Allgemeinbetten und Fachbetten zeigen – vor allem in den strukturschwachen Gebieten, da hier kaum in neue Projekte investiert wurde.⁴³

4.2 GROSSBRITANNIEN – ZENTRALE ORGANISATION UND MANGELNDE INVESTITIONEN

Das Krankenhaussystem in Großbritannien litt vor der Einführung des NHS an großen Defiziten, sowohl was die Ausstattung der Häuser, das Personal als auch die adäquate Versorgung der Bevölkerung betraf. „There is no hospital system“, kommentierte eine Untersuchung des britischen Krankenhauswesens

⁴⁰ BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEITSWESEN, Gesundheitswesen 1968, S. 444; vgl. hierzu auch EICHHORN, Health Services, S. 300; BREDEMANN, Krankenhaus, S. 147–8; KÜHN, Entwicklungsbedingungen, S. 131–2.

⁴¹ BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEITSWESEN, Gesundheitswesen 1968, S. 444.

⁴² Vgl. Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 76 (1968), S. 24.

⁴³ Vgl. LINDNER, Milchpfennig, S. 241–52.

von 1946 und sprach von einer willkürlichen Entwicklung des Sektors in den letzten Dekaden.⁴⁴

Zwei Gruppen von Krankenhäusern bestimmten die britische Entwicklung. Zum einen die *Voluntary Hospitals*; die ältesten dieser gemeinnützigen Einrichtungen konnten auf eine bis in das Mittelalter reichende Geschichte zurückblicken. Solche Kliniken finanzierten sich ursprünglich aus Spenden und behandelten Patienten umsonst. In England gab es eine Vielzahl von ganz unterschiedlich verwalteten Einrichtungen dieser Art. Die Finanzierung wurde im 20. Jahrhundert zunehmend problematisch, da der Unterhalt durch Modernisierung und Einführung neuer medizinischer Techniken immer kostspieliger wurde und kaum noch auf der organisatorischen Basis von Spenden und wohltätigen Vereinen zu betreiben war. Ebenso schwierig war die teure Anstellung von Ärzten als Vollzeitkräften. Gerade in kleineren *Voluntary Hospitals* auf dem Land arbeiteten die Ärzte meist auf Honorarbasis; eine umfassende medizinische Versorgung konnte so nicht geleistet werden.⁴⁵ Ende des 19. Jahrhunderts hatten die *Voluntary Hospitals* in England und Wales noch 88 Prozent ihrer Einkünfte aus Spenden bezogen. Bis in die 1930er Jahre änderte sich die Finanzierung jedoch substantiell, da die stark ansteigenden Kosten nicht mehr allein über Spenden getragen werden konnten. Es entwickelten sich verschiedene Schemata, nach denen die Patienten Gebühren für die Krankenhausbehandlung zahlten, meist fortlaufende niedrige Beträge, die sie dann im Bedarfsfall zu einer Klinikbehandlung berechtigten.⁴⁶ Die Qualität der Behandlung in den *Voluntary Hospitals* war sehr unterschiedlich. Die wenigen großen, sogenannten *Teaching Hospitals* in Großbritannien, die auch Medizinstudenten ausbildeten und vor allem in London angesiedelt waren, hatten einen sehr hohen Standard. In den meisten anderen *Voluntary Hospitals* war jedoch die Versorgung der Patienten höchst unzureichend; für die Patienten stand selten ein ausreichendes Diagnose- und Behandlungsinstrumentarium zur Verfügung.⁴⁷

Zum anderen entstanden seit Ende des Ersten Weltkriegs zahlreiche Krankenhäuser, die von den Kommunen unterhalten wurden, insbesondere in den Fachgebieten Geburtshilfe und Tuberkuloseerkrankungen. Beide Bereiche wurden während der 1920er Jahre mit Staatsgeldern stark gefördert. Die meisten Allgemeinkrankenhäuser der öffentlichen Hand unterstanden in den 1920er Jahren jedoch noch den Bedingungen des *Poor Law*, d. h. sie waren Patienten vorbehalten, die Armenunterstützung erhielten.⁴⁸ 1929 wurden diese

⁴⁴ NUFFIELD PROVINCIAL HOSPITALS TRUST, *Hospital Surveys*, S. 3–4.

⁴⁵ Vgl. WEBSTER, *Health Services*, Band 1, S. 2–3.

⁴⁶ ABEL-SMITH, *Hospitals*, S. 384–90; LEATHARD, *Health Care*, S. 6–8; WEBSTER, *Health Services*, Band 1, S. 4; vgl. auch DAUNTON, *Payment*, S. 191.

⁴⁷ NUFFIELD PROVINCIAL HOSPITALS TRUST, *Hospital Surveys*, S. 5–6; vgl. auch ABEL-SMITH, *Hospitals*, S. 365.

⁴⁸ ABEL-SMITH, *Hospitals*, S. 352–6; LEATHARD, *Health Care*, S. 5; vgl. zu den neuen Aufgaben der LHAs oben S. 72.

Einrichtungen dann teilweise den LHAs unterstellt und waren damit auch anderen Patienten ohne Bedürftigkeitsprüfung zugänglich. Seitdem expandierte auch dieser Sektor; 1938 verfügten die öffentlichen Krankenhäuser der lokalen Gesundheitsbehörden in England und Wales über insgesamt 72 500 Betten.⁴⁹

Trotz des expandierenden Krankenhaussektors blieb der Zugang zu den Kliniken für den Normalpatienten in den 1920er und 1930er Jahren sehr eingeschränkt. Die regionale Verteilung der Krankenhäuser war höchst ungleichmäßig; während in London ca. zehn Betten auf 1000 Einwohner kamen, waren es in Südwales nur fünf. Bei den öffentlichen Krankenhäusern entschieden zudem oft Bezirksgrenzen über das Recht auf Behandlung: „Some patients lived in sight of hospitals in which they would not be allowed treatment.“⁵⁰ Die *Voluntary Hospitals* waren völlig überlastet und hatten meist lange Wartelisten. Eine Behandlung durch Spezialisten war hier oft gar nicht möglich, da nicht genügend Fachärzte zur Verfügung standen.⁵¹

Unter dem NHS wurde nun die gesamte Krankenhausstruktur einer neuen Organisationsform unterstellt und verstaatlicht. Damit machten die Krankenanstalten mit ca. 500 000 Beschäftigten bei weitem den größten Teilbereich des neu gegründeten staatlichen Systems aus.⁵² Für die Patienten bedeutete der NHS eine erhebliche Verbesserung. Umfassende und kostenlose Behandlung im Krankenhaus sowie durch Fachärzte war nun für alle garantiert. Der NHS wurden wegen der finanziellen und personellen Dominanz des Krankenhaussektors auch in erster Linie als ein „National Hospital Service“ gesehen.⁵³

Die Krankenhäuser unterstanden nun alle dem Gesundheitsministerium. Organisiert wurden die Kliniken über die *Regional Hospital Boards*. Diese regionale Zusammenfassung und Verwaltung der Krankenhäuser hatte ihren Vorläufer im *Emergency Medical Service* der Kriegszeit gehabt, so daß die Einführung der neuen Verwaltungsorganisation nicht zu starke Widerstände hervorrief.⁵⁴ Die Forderung, das Krankenhauswesen zu vereinheitlichen, war bereits in den Jahren zuvor angesichts der unkoordinierten und schlechten Entwicklung dieses Sektors immer wieder erhoben worden. Außerdem hatten die Kriegsfolgen einen starken Einfluß auf die Neuorganisation des Klinikwesens. Unter dem Eindruck des sich verschärfenden Bombenkrieges hatte man Anfang der 1940er Jahre mit hunderttausenden notwendigen Hospitalbetten gerechnet und eine umfassende neue Krankenhausstruktur geschaffen. Dem

⁴⁹ WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 6; ALBER, Großbritannien, S. 536.

⁵⁰ POWELL, Ghost, S. 258; vgl. auch ECKSTEIN, Health Service, S. 57.

⁵¹ ABEL-SMITH, Hospitals, S. 358; WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 257.

⁵² WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 121; PATER, Making, S. 169; vgl. zu den Streitigkeiten um die Verstaatlichung und zur Durchsetzung HONIGSBAUM, Health, S. 172–83.

⁵³ KLEIN, Politics, S. 7.

⁵⁴ WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 16–34. Eckstein verweist darauf, daß gerade unter dem Wartime Emergency Service die großen Mängel des britischen Gesundheitswesens, insbesondere des Krankenhaussektors, deutlich zu Tage traten; ECKSTEIN, Health Service, S. 87–98; vgl. auch BRIGGS, Making Health, S. 386.

Wartime Emergency Service waren sowohl die *Voluntary Hospitals* als auch die öffentlichen Krankenhäuser unterstellt und das gesamte System in 11 Regionen aufgeteilt worden. Hierauf konnte sich dann die Neuorganisation unter dem NHS stützen.⁵⁵

Die 1948 neu geschaffenen *Regional Hospital Areas* mußten im Durchschnitt eine Bevölkerung von drei bis vier Millionen Personen versorgen. Den größten Streit bei der Gebietseinteilung gab es um die *South Western Metropolitan Region*, die sich sehr weit in den Westen erstreckte. Andere Aufteilungen waren weniger umstritten: Der Vorschlag, den Großraum London in vier sogenannte *Metropolitan Regions* aufzuteilen, stieß beispielsweise in der Verwaltung der Londoner Krankenhäuser auf große Zustimmung. Lediglich das *London County Council*, die Zentralverwaltung der Stadt London, wehrte sich gegen die Aufgliederung und damit das Ende seiner eigenen Zuständigkeit.⁵⁶

Den *Regional Hospital Boards* unterstanden die *Hospital Management Committees*, 1948 380 an der Zahl, die mit der direkten Verwaltung und Kontrolle der Krankenhäuser betraut waren.⁵⁷ Die Zuständigkeiten der Körperschaften waren jedoch untereinander nicht ausreichend abgegrenzt, so daß es in vielen Regionen in den nächsten Jahren zu Kompetenzkonflikten zwischen den *Regional Hospital Boards* und den *Hospital Management Committees* kam.⁵⁸ Lediglich die *Teaching Hospitals*, die am besten ausgestattet unter den *Voluntary Hospitals*, wurden nicht in die regionale Krankenhausverwaltung integriert. Ihnen wurde eine Sonderstellung im neuen System eingeräumt: sie wurden durch sogenannte *Boards of Governors* verwaltet, die wiederum direkt dem Gesundheitsministerium unterstanden.⁵⁹ So konnten sie über ihre Ausgaben auch direkt mit dem Ministerium verhandeln.⁶⁰ In London gab es 1948 26 dieser Krankenhäuser mit insgesamt ca. 14 600 Betten, in den übrigen Regionen 10 solcher Einrichtungen mit insgesamt ca. 11 800 Betten.⁶¹ Die gesonderte Verwaltung, die den *Teaching Hospitals* als Ausbildungszentren der Medizinstudenten einen privilegierten Status zuerkannte, schuf viele Probleme. Insbe-

⁵⁵ Zum Emergency Medical Service ausführlich TITMUSS, *Health Services*, S. 54–97; HONIGSBAUM, *Health*, S. 17–21.

⁵⁶ WEBSTER, *Health Services*, Band 1, S. 268–70. Bei der South Western Metropolitan Region wurde während der 1950er Jahre von verschiedenen Kreisverwaltungen eine andere Aufteilung gefordert, erst 1959 wurde dann mit dem Wessex RHB eine neue Region etabliert.

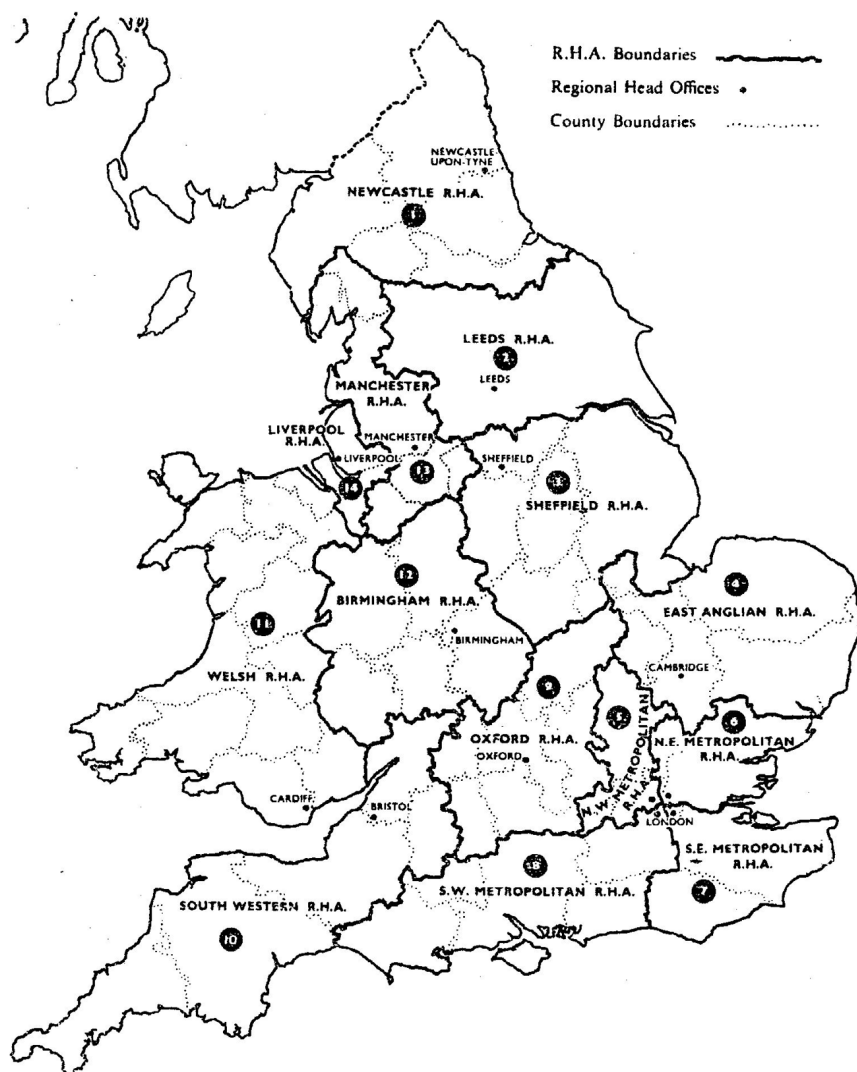
⁵⁷ PRO, MH 91/1, *The Grouping of Hospitals and the Appointment of Hospital Management Committees*, September 1947; vgl. auch KLEIN, *Politics*, S. 45. Vgl. hierzu und zum folgenden auch das Organisationsschema des NHS, Diagramm 1, S. 53.

⁵⁸ WEBSTER, *Health Services*, Band 1, S. 274–82; vgl. zu den Problemen innerhalb der Committees und Boards durch die Unkenntnis mancher Mitglieder auch TITMUSS, *Hospital*, 119–20.

⁵⁹ MINISTRY OF HEALTH, *National Health Service. The Development of Consultant Services* 1950, S. 9.

⁶⁰ Vgl. z. B. PRO, MH 98/230 *passim*.

⁶¹ MINISTRY OF HEALTH, *National Health Service. The Development of Consultant Services* 1950, S. 38.

Abbildung 1: „Regional Hospital Areas“ in England und Wales⁶²

⁶² Nach MINISTRY OF HEALTH, National Health Service. The Development of Consultant Services 1950, S. 39.

sondere die Koordination zwischen den *Regional Hospital Boards* und der Verwaltung der *Teaching Hospitals* bei der Aufnahme von Kranken funktionierte in manchen Regionen kaum.⁶³

Ein wichtiger Unterschied zum deutschen System bestand darin, daß unter dem NHS die ambulante Facharztbehandlung nur bei Spezialisten im Krankenhaus möglich war und nur über einen Besuch bei einem niedergelassenen Allgemeinarzt vermittelt werden konnte. Niedergelassene Fachärzte gab es nicht. Eine strenge Trennung des ambulanten und stationären Sektors zwischen niedergelassenen Ärzten einerseits und Krankenhäusern andererseits wie in der Bundesrepublik Deutschland war also in Großbritannien grundsätzlich nicht gegeben. Alle Kliniken betrieben sogenannte *Out-patient-departments*, in denen Patienten sich ambulant fachärztlich versorgen lassen konnten.

Vor der Einführung des NHS war die Versorgung mit Fachärzten (*Consultants/Specialists*) in Großbritannien sehr schlecht gewesen. In den *Voluntary Hospitals* standen nur wenige vollbezahlte Facharztstellen zur Verfügung, die meisten dieser Ärzte arbeiteten schlecht bezahlt oder ehrenamtlich in den Krankenhäusern und verdienten ihr Auskommen über eine Privatpraxis. Diese Situation verursachte eine sehr unregelmäßige Verteilung der Fachärzte in Großbritannien. Nach der Einführung des NHS, der die Krankenhäuser verstaatlichte, konnten nun wesentlich einfacher neue volle und halbe Stellen für Fachärzte geschaffen werden. Man versuchte, die Verteilung innerhalb Großbritanniens besser zu regeln. Fachärzte mit voller Anstellung sollten nun stationäre wie auch ambulante Patienten in den *Out-patient-departments* der Krankenhäuser behandeln. Mitunter gehörten auch Hausbesuche zu ihrem Aufgabenbereich. *Consultants* hatten zudem die Möglichkeit in kleineren Krankenhäusern jeweils halbe Stellen wahrzunehmen oder nur als *Visiting Consultant* zu agieren.⁶⁴

Eine Ausnahme im britischen System blieb die Versorgung der Geschlechtskranken, die direkten Zugang zu Fachärzten über spezielle Behandlungszentren für Geschlechtskranke hatten.⁶⁵ Tuberkulosekrankenhäuser, die mit der gesamten Tbc-Therapie von den allgemein-medizinischen Krankenhäusern bisher separiert gewesen und den lokalen Gesundheitsbehörden untergeordnet gewesen waren, wurden nun zusammen mit den anderen Krankenhäusern in den NHS eingegliedert und der Verwaltung der *Regional Hospital Boards* unterstellt. In diesem Bereich strebte das Gesundheitsministerium eine zunehmende Integration der Tuberkulosekliniken, -abteilungen und -fachärzte in Abteilungen der Inneren Medizin unter der Fachbezeichnung *Diseases of the Chest* an:

⁶³ WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 271–4.

⁶⁴ MINISTRY OF HEALTH, National Health Service. The Development of Consultant Services 1950, S. 5–7.

⁶⁵ Vgl. hierzu ausführlich das Kapitel über Geschlechtskrankheiten, Kap. III, 3.

It is undesirable that the treatment of tuberculosis should be divorced from the treatment of other medical conditions of the chest, even if separate institutions or wards are used.⁶⁶

Hier wird deutlich, daß – im Gegensatz zur Bundesrepublik – die zentrale Verwaltungsstruktur des NHS bei Entwicklungen wie in der Tuberkulosetherapie, wo die Krankheit durch neue Medikamente ihr Erscheinungsbild rasch änderte, eine schnelle Reaktion auf Neuerungen und eine Umorientierung der zur Verfügung stehenden Kapazitäten ermöglichte.

Das große Problem im britischen Krankenhauswesen blieben jedoch während der 1950er Jahre, wie in der Bundesrepublik, die Kosten, die vor Einführung des NHS stark unterschätzt worden waren.⁶⁷ Gleichzeitig herrschte von Anfang an – und darin unterschieden sich die britischen Verhältnisse wieder von den deutschen – ein erheblicher Bettenmangel. Mit der Garantie der freien Krankenhausbehandlung waren viele Kliniken bereits 1948 überlastet. Aus einem Londoner Krankenhaus richtete man folgende Klage an den Gesundheitsminister:

I am getting rather worried about the position of the Emergency Bed Service which is running into the troubles we foresaw when we last met. When you called here last March we were running at the rate of about 400 cases a week which was very high for those days. We have now been doing more and more work ever since mid August and have touched the 1225 mark. This produces serious trouble. [...] the real problem is the fact that we can only admit about 110 acute cases a day after which the hospitals are full and anything over this has to be refused. As we are now getting anything between 120 and 170 cases daily this is a serious matter.⁶⁸

Das Problem bestand in den nächsten Jahren fort. Im Sommer 1949 schrieb der *Daily Express*:

Five thousand Doctors believe that unless Mr. Bevan takes immediate and effective action to cope with the problem of providing hospital beds for acute cases the National Health Service is in grave danger of breaking down completely next winter.⁶⁹

Eine besonders schlimme Herausforderung erlebten die Krankenhäuser vor allem in London im Winter 1952, als durch Grippewellen die Zahl der akuten Fälle die Kapazitäten der Krankenhäuser dramatisch überstieg.⁷⁰ Generell blieb das englische Krankenhauswesen auf Dauer durch Wartelisten und lange Wartezeiten gekennzeichnet. 1950 waren auf Wartelisten 531 000 Personen eingetragen, 1960 immer noch 466 000 Personen, seit 1960 stiegen die Zahlen dann sogar wieder an.⁷¹ In den 1950er Jahren mußten minder dringende Fälle

⁶⁶ MINISTRY OF HEALTH, National Health Service. The Development of Consultant Services 1950, S. 22. Vgl. zu dieser Entwicklung auch das Kapitel über Tuberkulose, vgl. Kap. III, 1.4.

⁶⁷ WEBSTER, Health Services, S. 133–43.

⁶⁸ PRO, MH 99/29, King Edward's Hospital an Sir Wilson Jameson, Ministry of Health, 23. 11. 1948.

⁶⁹ PRO, MH 99/29, Ausschnitt aus dem Daily Express, 3. 6. 1949.

⁷⁰ PRO, MH 99/29, Bericht über den London Emergency Bed Service 1953.

⁷¹ Annual Abstract of Statistics 94 (1957), S. 60; 97 (1960), S. 55; 102 (1965), S. 54.

wie Mandeloperationen mitunter bis zu 18 Monate auf ihre Operation warteten.⁷²

Infolge der hohen und bei weitem unterschätzten Unterhaltskosten wurde in den 1950er Jahren trotz des Kapazitätsmangels kaum in neue Krankenhausbauten investiert. 1949/50 standen für Neubau- und Instandsetzungsinvestitionen lediglich 8,6 Millionen Pfund zur Verfügung, der Betrag stieg bis 1955/56 nur auf 11,5 Millionen Pfund an. Dadurch blieben die englischen Krankenhäuser in ihrem Bauzustand weiterhin stark überaltert; viele der Gebäude stammten noch aus viktorianischer Zeit. Mit den alten Bauten waren jedoch gleichzeitig erhöhte laufende Kosten durch Instandsetzungen und ständige Reparaturen verbunden. Bis 1955 entstanden daher überhaupt keine Neubauten, die Investitionen wurden für den Ausbau der bestehenden Gebäude und der medizinischen Infrastruktur verwandt, z. B. für die Einrichtung von Operationssälen. Im Vergleich zu den laufenden Kosten des Krankenhauswesens, die 1949/50 206 Millionen Pfund betrugen und bis 1955/56 auf 305 Millionen anstiegen, beliefen sich die Neuinvestitionen auf verschwindend geringe Beträge.⁷³

Zur Erhöhung der laufenden Kosten trugen vor allem die steigenden Personalzahlen im Krankenhaussektor bei. Mit verstärktem Personaleinsatz versuchte man, die vorhandenen Betten besser zu nutzen und so den dringenden Bedarf und die gestiegene Nachfrage zu befriedigen. Viel stärker als in der Bundesrepublik Deutschland versuchte man auf Grund der finanziellen Probleme, durch schnellere Entlassung und bessere Ausnutzung der Betten die Zahl der behandelten Patienten zu steigern.⁷⁴ Entsprechend argumentierte auch das Gesundheitsministerium im Jahr 1959:

It cannot therefore be said that there has been no increase in our bed resources although it is true that it is only now that the first new hospitals are going up. One of the striking developments in the past few years has been the more effective use of the beds we have. This is illustrated by the fact that the number of patients discharged rose by about 33%, much more than the increase on the number of beds.⁷⁵

Auch im Rückblick bewertete man im Ministerium die bessere Auslastung der bestehenden Baulichkeiten als einzigen Spielraum der 1950er Jahre:

In these circumstances it was necessary to concentrate on work which would add to the efficiency of existing hospitals, such as the improvement of diagnostic facilities and oper-

⁷² ECKSTEIN, Health Service, S. 238. Besonders schlimm war die Lage der Tuberkulosepatienten, die ebenfalls monatelang auf einen Behandlungsplatz warten mußten, wobei sich ihr Zustand oftmals sehr verschlimmerte. Vgl. hierzu ausführlich das Kapitel über Tuberkulose, Kap. III, 1.4.

⁷³ WATKIN, National Health Service, S. 59; WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 259; ALBER, Großbritannien, S. 594.

⁷⁴ Vgl. LINDSEY, Socialized Medicine, S. 282–284. Dies zeigt sich auch im Maternity Service, wo die Frauen zwar zunehmend in der Klinik entbanden, aber dafür nur noch wesentlich verkürzte Klinikaufenthalte hatten.

⁷⁵ PRO, MH 99/120, Ministry of Health an Mrs. Tucker, 1959.

ating theatres, the expansion of out-patients facilities and the increase of staff accommodation.⁷⁶

Die hohen und steigenden Ausgaben des NHS während der ersten Jahre, die vor allem von den steigenden laufenden Kosten des Krankenhaussektors verursacht wurden, standen ständig unter scharfer Kritik.⁷⁷ Aus diesem Grund wurde bereits 1954 eine Untersuchung der Kosten des NHS durch das sogenannte *Guillebaud Committee* (nach dem Vorsitzenden C.W. Guillebaud) anberaunt. Das Komitee bestätigte jedoch, daß die Ausgaben im Krankenhaussektor nicht unverhältnismäßig gestiegen, sondern vor allem durch die steigende Inflation bedingt seien.⁷⁸ Die Personalaufstockung, die ebenfalls einen Anstieg der Kosten zur Folge hatte, sei für ein Funktionieren des NHS unerlässlich gewesen. Zu ähnlichen Ergebnissen war auch eine Untersuchung von Richard Titmuss und Brian Abel-Smith über die Kosten des NHS aus dem Jahre 1956 gekommen, die bei inflationsbereinigten Beträgen dem NHS zwischen 1948 und 1954 einen nur mäßigen Kostenanstieg bescheinigte.⁷⁹

Für den Krankenhaussektor empfahl das *Guillebaud Committee* 1956 eine Erhöhung der Investitionsbeträge für Bauten auf ca. 30 Millionen Pfund jährlich, da die Bausubstanz vieler Krankenhäuser durch den geringen Erhaltungsaufwand in einem sehr schlechten Zustand und durch die verschwindend geringe Zahl an Neubauten eine enorme Bedarfsücke entstanden sei.⁸⁰ Ende der 1950er Jahre verstärkte daraufhin das Gesundheitsministerium die Investitionen in Krankenhäuser: 1960/61 wurden 25 Millionen Pfund zur Verfügung gestellt, 1961/62 bereits 31 Millionen Pfund.⁸¹ Trotz steigender Ausgaben blieb die Struktur des stationären Sektors dennoch den Anforderungen nicht gewachsen.

Um das Krankenhauswesen auf eine neue Grundlage zu stellen, wurden Anfang der 1960er Jahre die einzelnen *Regional Hospital Boards* wie auch die *Boards of Governors* der *Teaching Hospitals* aufgefordert, einen Plan für den Ausbau und die Modernisierung des Krankenhaus- und Facharztwesens in den nächsten 15 Jahren in ihrer Region aufzustellen.⁸² Der hieraus erstellte Krankenhausplan sah für die nächsten Jahre einen erheblichen Ausbau des gesamten Sektors vor. Die Kliniken sollten in Zukunft stärker auf große Distrikt-Krankenhäuser konzentriert werden, die jeweils ca. 600 bis 800 Betten und alle

⁷⁶ MINISTRY OF HEALTH, Hospital Plan, S. 2.

⁷⁷ ABEL-SMITH und TITMUSS, Cost, S. 64; vgl. auch WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 133–43, 258.

⁷⁸ Guillebaud Report, S. 46.

⁷⁹ ABEL-SMITH und TITMUSS, Cost, S. 62–5.

⁸⁰ Guillebaud Report, S. 249.

⁸¹ LINDSEY, Socialized Medicine, S. 302.

⁸² PRO, MH 90/83, Note of Meeting, 20. 12. 1960, zwischen dem Gesundheitsminister und den Vorsitzenden der Regional Hospital Boards; für die Teaching Hospitals vgl. z.B. den Plan des United Oxford Hospitals, PRO, MH 89/295, passim; vgl. auch WATKIN, National Health Service, S. 60; LEATHARD, Health Care, S. 50.

Fachabteilungen umfassen sowie für etwa 100 000 bis 150 000 Einwohner zur Verfügung stehen sollten.⁸³

The district general hospital will provide (apart from psychiatry and regional specialties) the great majority of the beds which are needed, and as they are developed a large number of the existing small hospitals will cease to be needed.⁸⁴

Der Plan sah ursprünglich den Bau von über 90 neuen Krankenhäusern und den Umbau zahlreicher anderer Einrichtungen für die folgenden 15 Jahre vor, mußte aber auf Grund der hohen Kosten bereits Mitte der 1960er Jahre wieder eingeschränkt werden.⁸⁵ Eine Konzentrationsbewegung bestimmte aber dennoch – wie in der Bundesrepublik Deutschland – das Krankenhauswesen in den 1960er Jahren, da die staatlichen Investitionen vor allem dem Ausbau der Großkrankenhäuser zugute kamen. Im Unterschied zu Westdeutschland war dieser Trend aber staatlich geplant und wurde bereits in den 1970er Jahren wieder umgesteuert, da nun erneut kleine Krankenhäuser verstärkt gefördert wurden. Insgesamt stieg zudem in Großbritannien die Anzahl der Krankenhausbetten lediglich bis 1956 an, blieb dann bis Ende der 1950er Jahre auf gleichem Niveau bestehen, um in den 1960er Jahren wieder abzusinken.⁸⁶

Tabelle 6: Krankenhausbetten und Patienten in Großbritannien (in 1000)⁸⁷

<i>Jahr</i>	<i>1950</i>	<i>1952</i>	<i>1954</i>	<i>1956</i>	<i>1958</i>	<i>1960</i>	<i>1962</i>	<i>1964</i>
Krankenhausbetten	453	473	482	483	483	479	474	472
Jährlicher Patienten- durchlauf (Entlassungen bzw. Tod)	3068	3414	3630	3739	3889	4136	4391	4725
Personen auf Wartelisten	531	500	474	431	443	466	469	499

⁸³ MINISTRY OF HEALTH, Hospital Plan, S. 6–7; vgl. auch ALLSOP, Health Policy, S. 56; WATKIN, National Health Service, S. 60–1.

⁸⁴ MINISTRY OF HEALTH, Hospital Plan, S. 7.

⁸⁵ MINISTRY OF HEALTH, Hospital Plan, S. 13; ALLSOP, Health Policy, S. 55.

⁸⁶ ALBER, Großbritannien, S. 595.

⁸⁷ Annual Abstract of Statistics 94 (1957), S. 60; 97 (1960), S. 55; 102 (1965), S. 54.

5 SYSTEMUNTERSCHIEDE DER WOHLFAHRTSSTAATEN

In der Bundesrepublik Deutschland und in Großbritannien entwickelten sich nach dem Zweiten Weltkrieg zwei höchst verschiedene Gesundheitssysteme. Viele der Unterschiede lassen sich aus der stark divergierenden Ausrichtung der Sozialstaaten in beiden Ländern ableiten.¹ In der Bundesrepublik bestimmte die gegenseitige Sicherung innerhalb bestimmter Solidargruppen den Charakter des sozialen Systems. Dies begünstigte eine starke Position der Verbände und Akteure des Gesundheitswesens, die Reformen blockieren konnten und heute noch blockieren. Die starke Konzentration des bundesdeutschen Gesundheitswesens auf die Therapie läßt sich im Ansatz ebenfalls aus dieser Formierung ableiten: Die Krankenkassen waren grundsätzlich an Unterstützung bei Arbeitsausfall sowie an Rehabilitation interessiert. Dabei beschränkte sich die Solidarität innerhalb der Kassen meist auf eine abgegrenzte Gruppe von Arbeitnehmern, in der Mehrzahl männlichen Geschlechts. Breitgefächerte präventive Maßnahmen lagen dem Krankenkassengedanken grundsätzlich fern und erlangten im bundesdeutschen System erst spät praktische Bedeutung. Der NHS in Großbritannien dagegen wurde als staatlicher Gesundheitsdienst aus Steuermitteln finanziert und stand allen Bürgern im wesentlichen ohne Beiträge zur Verfügung. Dabei tauchten ganz andere strukturelle Probleme als in der Bundesrepublik auf. Die Finanzierung über eine niedrige einheitliche Umlage führte zu einer ständigen Finanzknappheit und starken Abhängigkeit vom Staatshaushalt. Dies erwies sich als äußerst hemmend für Innovationen und Investitionen, was besonders im Krankenhauswesen zutage trat. Andererseits gab es im Gesundheitswesen eine wesentlich stärkere Betonung der Prävention, da ein auf die gesamte Bevölkerung ausgerichtetes System dem Aspekt der generellen Verhütung von Krankheiten wesentlich näher stand als das Kassensystem.

Die Differenzen der beiden Staaten in den 1950er Jahren kann man mit Hilfe von Sozialstaatsmodellen genauer konturieren. Hier bietet sich am ehesten die Typisierung nach Esping-Andersen an, der zur theoretischen Diskussion in den vergangenen Jahren wesentliche, innovative Beiträge geleistet hat.² Esping-Andersen wandte sich von der Kategorisierung der Sozialstaaten nach der Höhe ihrer Ausgaben bzw. Steuern sowie nach dem Grad der politischen Mobilisierung der Arbeiter ab, die in den meisten Untersuchungen zur Unterscheidung von Wohlfahrtsstaaten verwandt worden waren, sich aber gerade für die Nachkriegszeit nur noch als bedingt sinnvoll erwiesen.³ Neue Maßstäbe der

¹ Vgl. zu den unterschiedlichen Entwicklungen z.B. RITTER, Sozialstaat, S. 147–51, 156–61; BALDWIN, Politics, S. 127–34, 196–200.

² Vgl. zu dieser Einschätzung Esping-Andersens BUSSEMAKER und KERSBERGEN, Gender, S. 11–2.

³ Vgl. zum Befund, daß die Entwicklung der Programme der sozialen Sicherheit von der Stärke der Arbeiterparteien nach dem Zweiten Weltkrieg weitgehend unabhängig waren, ALBER,

Unterscheidung wurden entwickelt:⁴ Zum einen orientierte sich Esping-Andersen am Maß der sogenannten *De-commodification*, also der Entflechtung sozialer Rechte und Leistungen aus dem Arbeitsmarkt, zum zweiten an der Auswirkung des Wohlfahrtsstaates auf die soziale Schichtung der Gesellschaft und drittens analysierte er das Ineinandergreifen von Staat, Markt und Familie.⁵

Der bundesdeutsche Sozialstaat wird (in einer Gruppe mit Österreich, Frankreich und Italien) als korporatistischer Wohlfahrtsstaat eingeordnet, der sich im wesentlichen an der Festschreibung von Statusunterschieden sowie an einem traditionellen Familienmodell orientierte. Demnach wurde das Prinzip der Subsidiarität großgeschrieben; der Staat sollte auch theoretisch nur einspringen, wenn die Kapazitäten der Familie erschöpft waren. Die „de-commodification“ der sozialen Rechte war durch die Bindung der Höhe vieler Sozialleistungen an die Höhe der Beiträge und damit an die Höhe des Einkommens, insbesondere bei den Renten, relativ gering.⁶ Großbritannien dagegen gehört nach diesem Modell, zumindest in den 1950er Jahren, zur Gruppe der „social democratic welfare states“ (wie auch, als Paradebeispiel, die skandinavischen Staaten).⁷ In diesen Staaten wurden staatliche Zuwendungen nach dem Prinzip des Universalismus verteilt (vgl. hierzu insbesondere den Beveridge-Plan mit seiner Schwerpunktlegung auf gleiche Beiträgen zu einer Einheitsversicherung und auf gleiche Leistungen für alle). Gleichzeitig wurde die *De-commodification* der sozialen Rechte und Leistungen sehr weit vorangetrieben.⁸ Dies implizierte sowohl niedrige Beiträge als auch hohe Leistungsstandards, die auch für die in das System einbezogenen Mittelklassen attraktiv sein mußten, wofür gerade der NHS ein gutes Beispiel darstellt. Allerdings sind in Großbritannien im Verhältnis von Staat und Markt auch viele Aspekte des dritten Typs der Wohlfahrtsstaaten zu finden, den Esping-Andersen als den „liberalen Wohlfahrtsstaat“ bezeichnet und insbesondere in den USA und Kanada identifiziert hat.

Armenhaus, S. 157; BALDWIN, Politics, S. 7. Zu den Interpretationen, die sich stark an den Zusammenhängen von politischer Mobilisierung orientierten und dabei vor allem auf die Entstehungsphase der Wohlfahrtsstaaten Bezug nahmen, insbesondere die umfangreichen und aufschlußreichen Arbeiten von Peter Flora und Jens Alber; z.B. FLORA und ALBER, Modernization; FLORA et al., Entwicklung; FLORA und HEIDENHEIMER, Historical Core; FLORA und HEIDENHEIMER, Development; ALBER, Armenhaus; KAIM-CAUDLE, Social Policy.

⁴ ESPING-ANDERSEN, Three Worlds, S. 32.

⁵ Vgl. zur *de-commodification* ESPING-ANDERSEN, Three Worlds, S. 35–54 („the outstanding criteria for social rights must be the degree to which they permit people to make their living standards independent of pure market forces“); zum Schichtungssystem S. 55–78; zur Einordnung nach der Beziehung Markt-Staat-Familie S. 26–32.

⁶ ESPING-ANDERSEN, Three Worlds, S. 21–7.

⁷ ESPING-ANDERSEN, Three Worlds, S. 27–8.

⁸ ESPING-ANDERSEN, Three Worlds, S. 53–4; vgl. zu dieser Einschätzung des britischen Wohlfahrtsstaates nach dem Zweiten Weltkrieg – mit Einschränkungen – auch BALDWIN, Politics, S. 116–34.

Für die jüngere Zeit, nach Thatchers Reform der Sozialleistungen, wird Großbritannien durchwegs diesem dritten Modell zugeordnet, das sich durch geringe, an einer Bedürftigkeitsprüfung ausgerichtete Sozialleistungen sowie eine starke Orientierung an liberalen Marktgesetzen auszeichnet.⁹

Auch wenn die europäischen Sozialstaaten in ihrer historischen Entwicklung eher als Mischformen verschiedener Muster zu interpretieren sind, lassen sich mit Hilfe des Modells einige Strukturen der Gesundheitssysteme in den 1950er Jahren deutlicher herausarbeiten. In der Bundesrepublik als korporatistischem System des Sozialstaats prägte die Vielzahl der gesetzlichen Krankenkassen, die auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen (also Arbeiter, Angestellte, bestimmte Berufe) ausgerichtet waren, das Gesundheitswesen.¹⁰ Die Krankenkassen, ihre Verbände und die anderen nichtstaatlichen Akteure, die Gesundheitsleistungen anboten, also die Ärzteverbände und Krankenhausgesellschaften, nahmen im korporatistischen Sozialstaat Bundesrepublik eine äußerst bedeutende Stellung ein. Sie konnten autonom untereinander verhandeln und widersetzten sich regelmäßig Steuerungsversuchen des Staates. Die Leistungen der Krankenkassen orientierten sich am traditionellen Familienmodell: Frauen und Kinder waren über den „Familienernährer“ mitversichert, dessen Arbeitsfähigkeit durch Unterstützung bei Arbeitsausfall und Rehabilitation erhalten werden sollte. Präventive Leistungen mit einem universalistischen Charakter, die auch Nichtversicherte einbezogen hätten, gab es in der Bundesrepublik kaum. Trotz dieser Charakteristika muß man das deutsche Gesundheitssystem eher als Mischform der Modelle betrachten: In der Krankenversicherung hingen die Leistungen nicht von den Beiträgen ab; es fand so eine Umverteilung zwischen gut verdienenden und schlecht verdienenden Personen statt. Insofern sind durchaus auch universalistische Elemente zu finden. Der Modellcharakter sollte ohnedies nicht überbewertet werden, historische Zusammenhänge spielen bei der Entwicklung des Systems eine ebenso wichtige Rolle. Wie Hans Günter Hockerts hervorgehoben hat, war in der Bundesrepublik, die stets versuchte, sich von der DDR und vom Nationalsozialismus abzugrenzen, eine „staatlich-herrschaftliche Aufladung des Gesundheitsbegriffs unmöglich“ – auch dies schwächte entschieden die präventive Medizin. Dies haben auch die vorangegangenen Abschnitte des Kapitels immer wieder deutlich vor Augen geführt.¹¹

Der NHS in Großbritannien war als staatlicher, steuerfinanzierter Gesundheitsdienst konzipiert worden, der allen Wohnbürgern eine kostenlose umfassende Gesundheitsvorsorge und medizinische Therapie bot. Das Prinzip des Universalismus bestimmte hier nachdrücklich das Gesundheitssystem. Das Hauptproblem stellten beim NHS die finanziellen Schwierigkeiten dar. Der

⁹ ESPING-ANDERSEN, *Three Worlds*, S. 26–7; vgl. hierzu auch LANGAN und OSTNER, *Geschlechterpolitik*, S. 30.

¹⁰ Vgl. zu diesem Befund auch HOCKERTS, *Vorsorge*, S. 225.

¹¹ HOCKERTS, *Einführung*, S. 15.

Gesundheitsdienst wurde über eine relativ niedrige Umlage aus dem Steueraufkommen finanziert und befand sich dadurch von Anfang an in großen finanziellen Schwierigkeiten. Andererseits sollte der NHS aber attraktive, umfassende Leistungen für alle Bürger bieten und insbesondere die Mittelklassen ansprechen. Diese Diskrepanz zwischen Sollvorstellungen und tatsächlichen finanziellen Möglichkeiten begleitete den NHS auch in den folgenden Dekaden. Gleichzeitig führte der universalistische Ansatz des Gesundheitsdienstes zu einer starken Betonung präventiver Aspekte und zu einer guten Verbindung von sozialen und medizinischen Leistungen.

Neben den strukturellen Unterschieden müssen auch die Kosten der Gesundheitssysteme in den Blick genommen werden. Dabei ist zu beachten, daß sich die verfügbaren Zahlen zu den Ausgaben kaum vergleichen lassen: Für die Bundesrepublik Deutschland kann man für den untersuchten Zeitraum als aggregierte Daten nur auf die Ausgaben der *Krankenkassen* zurückgreifen (also *ohne* Ausgaben des öffentlichen Gesundheitswesens, Beihilfezahlungen für Beamte, Krankenhausinvestitionen der Kommunen etc.). Für ein Jahr, 1979, rechnen die Autoren der großen, von Peter Flora herausgegeben vergleichenden Studie über europäische Wohlfahrtsstaaten vor, daß die Ausgaben der Krankenkassen 5,8 Prozent des Bruttosozialproduktes betrugen. Nahm man die Ausgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Beihilfezahlungen für Beamte und einen Teil der Investitionen in den Gesundheitsbereich hinzu, ergaben sich dagegen 8,1 Prozent des BSP. In diesem Jahr waren also die tatsächlichen Ausgaben für das bundesdeutsche Gesundheitswesen um ca. 40 Prozent höher als die reinen Krankenkassenausgaben.¹² Daran läßt sich ermessen, daß die Ausgaben in der Bundesrepublik insgesamt stets deutlich höher lagen, als die unten aufgelisteten Zahlen es erscheinen lassen. Genaue jährliche Berechnungen gibt es wegen der schwer zu erfassenden unterschiedlichen Kostenträger (Länder, Krankenkassen, Kommunen, Gemeinnützige Organisationen) nicht.

Die Ausgaben für den NHS umfaßten dagegen stets alle Bereiche des Gesundheitswesens, einschließlich der Investitionen. Insofern ist der höhere Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt in Großbritannien in den 1950er Jahren nur sehr vorsichtig als tatsächliche Mehrausgabe zu interpretieren. Legt man einen 40-prozentigen Aufschlag zu Grunde, ist ab 1960 ein Gleichstand bei den Ausgaben zu beobachten, ab 1962 übertrafen die Ausgaben des deutschen Systems die des britischen.

Das Absinken bzw. die Stagnation der Ausgaben im Gesundheitsbereich in Großbritannien verweist auf die stete Finanzknappheit des englischen Systems im Untersuchungszeitraum. Dies beeinflusste die Gesundheitspolitik bei vielen Entscheidungen ebenso sehr wie die zuvor aufgezeigten strukturellen Faktoren.

¹² FLORA et al., Growth, Band 4, S. 262.

Tabelle 7: Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt¹³

<i>Jahr</i>	Anteil der Ausgaben für den NHS am Bruttosozialprodukt Großbritanniens	Anteil der Krankenkassen- ausgaben am Bruttosozialprodukt Westdeutschlands
1950	3,7%	1,8%
1952	3,3%	1,8%
1954	3,0%	2,0%
1956	3,1%	2,0%
1958	3,2%	2,2%
1960	3,4%	2,4%
1962	3,4%	2,6%
1964	3,4%	2,7%
1966	3,6%	3,3%
1968	3,8%	3,6%

Auch verschiedene andere Entwicklungen lassen sich mit Modellen aus der Wohlfahrtsstaatsforschung nicht erklären. Ein Phänomen zeigt sich beispielsweise in beiden Systemen: Wie in den vorangegangenen Abschnitten dargestellt, nahmen die Ärzte als wichtigste Lobbygruppe jeweils eine äußerst starke Stellung ein. Für Westdeutschland wurden die Ärzte sogar als „innere Strukturklammer des bundesdeutschen Gesundheitswesens“ bezeichnet.¹⁴ Dies hatte erhebliche Folgen für die Umsetzung der Gesundheitspolitik, wie in den nächsten Kapiteln eingehend gezeigt werden kann. Im englischen System war die Ausrichtung auf die Ärzteschaft nicht ganz so stark wie im bundesdeutschen, dennoch wurden dieser Gruppe im NHS, der eigentlich nach ganz anderen Prinzipien ausgerichtet war, erstaunlich viele Zugeständnisse gemacht und zahlreiche Aufgaben übertragen. Auch in Großbritannien erlitt der Präventivbereich mit dem Bedeutungsverlust der LHAs gegenüber der Individualmedizin in der ärztlichen Praxis eine deutliche Schwächung. Die Dominanz der Ärzteschaft in den beiden unterschiedlichen Systemen ist wohl nur mit globaleren Einflüssen zu erklären, wie in diesem Fall mit dem noch ungebrochenen Glauben an medizinischen Fortschritt in den 1950er und 1960er Jahren, der sich zumindest in der westlichen Welt mit einem enormen Prestige der modernen, zunehmend technisierten Individualmedizin verband.¹⁵

Die Typifizierung von Wohlfahrtsstaaten wurde außerdem spätestens seit den 1980er Jahren wegen ihrer Vernachlässigung des Gender-Aspekts stark kritisiert, allerdings vorwiegend in der anglo-amerikanischen Literatur, während

¹³ FLORA et al., Growth, Band 4, S. 325, 393.

¹⁴ KÜHN, Entwicklungsbedingungen, S. 231. Kühn spricht von einer „mittelstandskonservierenden Eigenschaft“ des bundesrepublikanischen Gesundheitswesens, das sich stark an den Interessen der niedergelassenen Ärzteschaft ausrichtete; vgl. EBENDA, S. 225.

¹⁵ Vgl. z.B. SEIDLER und LEVEN, Geschichte, S. 258–264; SCHMACKE, Individualisierung, S. 180–185.

die deutsche Forschung hier deutlich weniger Beiträge lieferte.¹⁶ Gleichzeitig entwickelten sich feministische Deutungsmodelle, die jedoch kaum auf die etablierte Wohlfahrtsstaatstypisierung rekurrierten.¹⁷ In den 1990er Jahren entstanden dann einige fruchtbare Versuche, Typisierungen sinnvoll zu kombinieren und weiterzuentwickeln.¹⁸ Wenn man die strukturellen Unterschiede der beiden Gesundheitssysteme in den 1950er und 1960er Jahren hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf Frauen und Männer betrachtet, was in den Kapiteln über Geschlechtskrankheiten und Schwangeren- und Säuglingsvorsorge eine wichtige Fragestellung bilden wird, kann man auf verschiedene Analysen zurückgreifen:

Einer geschlechtergeschichtlichen Analyse folgend kann die Bundesrepublik für die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg dem sogenannten patriarchalen Modell des Wohlfahrtsstaates zugeordnet werden. Sie wies also in der Konstruktion der Sozialleistungen und im Arbeitsmarkt ein System auf, das auf die Unterstützung des Haupternährers der Familie, des Mannes, zugeschnitten war.¹⁹ In diesem Sinne wird die staatliche Wohlfahrtspolitik mit dem Mann als deren primären Nutznießer als Perpetuierung der Geschlechterdifferenz verstanden.²⁰ Im bundesdeutschen System ist analog auch das Gesundheitswesen stark auf den männlichen Hauptverdiener zugeschnitten; Frauen (und Kinder) waren gegen Krankheit meist über ihre Männer bzw. Väter mitversichert. Dies hatte zwangsläufige Auswirkungen auf die Art der Leistungen. Daß der bundesdeutsche Staat beispielsweise die Prävention für Schwangere bzw. Säuglinge und Kleinkinder erst sehr spät, Ende der 1960er Jahre, berücksichtigte, läßt sich sicherlich nicht nur auf diesen Faktor zurückführen, die generelle Ausrichtung

¹⁶ Vgl. SAINSBURY, Introduction, S. 1–2; KREISKY und SAUER, Geschlechterverhältnisse, S. 26–7; als anglo-amerikanische Arbeiten z.B. ORLOFF, Gender and the Social Rights; ORLOFF, Gender in the Welfare State; SCOCOL und RITTER, Gender; KOVEN und MICHEL (Hrsg.), Mothers; LEWIS, Gender; LEWIS (Hrsg.), Women; PEDERSEN, Family; BOCK und THANE (Hrsg.), Maternity. Vgl. zu den deutschen Arbeiten OSTNER, Arm; LANGAN und OSTNER, Geschlechterpolitik; KICKBUSCH und RIEDMÜLLER (Hrsg.), Frauen; KICKBUSCH und RIEDMÜLLER, Perspektiven; KULAWIK, Wohlfahrtsstaat.

¹⁷ Vgl. zu dieser Kritik HANEY, Engendering, S. 748; BUSSEMAKER und KERSBERGEN, Gender, S. 9.

¹⁸ Als eine der wichtigsten Interpretationen für die Nachkriegszeit ist der Sammelband von SAINSBURY (Hrsg.), Gendering, zu nennen; darin v.a.: GUSTAFSSON, Childcare; DALY, Comparing; HOBSON, Solo Mothers. Aber auch in der deutschen Literatur gibt es einige Arbeiten, die die Typisierung von Esping-Andersen unter dem Gender-Aspekt untersuchen; vgl. LANGAN und OSTNER, Geschlechterpolitik. Viele dieser Arbeiten beziehen sich allerdings auf die Zeit vor dem Zweiten Weltkrieg, so daß sie für die vorliegende Untersuchung kaum herangezogen werden können; vgl. z.B. PEDERSEN, Family oder KOVEN und MICHEL (Hrsg.), Mothers.

¹⁹ Vgl. THANE, Wohlfahrt, S. 7; LEWIS, Models, S. 78; MEYER, German and British Welfare State, S. 65.

²⁰ THANE, Wohlfahrt, S. 7–8; ORLOFF, Gender in the Welfare State, S. 53–4; OSTNER, Arm, S. 8–10.

der Krankenkassenleistungen auf die Wiederherstellung von Arbeitskraft dürfte aber eine wichtige Rolle gespielt haben.

Nicht nur die Bundesrepublik, auch Großbritannien entspricht in vielen Bereichen des Sozialstaats bis heute einem „starken Ernährer-Modell“. Britische Frauen haben ebenfalls oftmals eine diskontinuierliche Erwerbstätigkeit und verfügen über keine eigenständige soziale Absicherung.²¹ Im Sektor Gesundheitswesen zeigt sich diese Problematik für Großbritannien jedoch gerade nicht, insofern ist hier dieser Erklärungsansatz wenig zielführend. Frauen konnten von den breiten, kaum durch Kontrollmechanismen eingeschränkten Angeboten in Therapie und Prävention stärker als in Westdeutschland profitieren, worauf besonders in den Kapiteln über Geschlechtskrankheiten sowie die Schwangeren- und Säuglingsvorsorge zurückzukommen ist.²²

Andere Ansätze gehen in der Interpretation des Wohlfahrtsstaats etwas differenzierter vor als das Interpretationsmuster des „patriarchalen Staates“; beispielsweise das Modell des „partnerschaftlichen Staates“, das stärker auf die Rolle der Frauen bei der Durchsetzung ihrer Rechte im Wohlfahrtsstaat rekurriert und besonders hinsichtlich der Problematik der Mutterschaft angewandt wurde.²³ Für Großbritannien und Deutschland wurde in diesem Zusammenhang die Theorie entwickelt, daß sich in den 1920er Jahren im „schwachen“ britischen Staat eine stärkere Frauenbewegung mit größerer Durchsetzungsfähigkeit entwickeln konnte, während im „starken“ deutschen Staat die Frauenbewegung relativ schwach blieb, gleichzeitig dabei aber schon sehr früh ein wesentlich besserer, insbesondere finanzieller Schutz für Kinder und Mütter entstand. Mutterschutz wurde in Deutschland Ende des 19. Jahrhunderts eingeführt, gefolgt von der Familienwochenhilfe im Ersten Weltkrieg. In Großbritannien gab es dagegen Familienbeihilfen erst nach dem Zweiten Weltkrieg; Mutterschutz im deutschen Sinne existierte nicht.²⁴ Dieser Unterschied wird dahingehend interpretiert, daß sich im deutschen Kaiserreich die größere Interventionswilligkeit des Staates mit Fraueninteressen verband, die in nationale Interessen integrierbar waren, also insbesondere eine Bevölkerungspolitik zur Förderung gesunden Nachwuchs. Deutlich wird dabei aber erneut die partiku-

²¹ OSTNER, Arm, S. 9.

²² Allerdings war das Sozialsystem in Großbritannien in anderen Bereichen ebenfalls stark auf eine Abhängigkeit der Frauen bezogen. Die Vorstellung, daß erwachsene Frauen im allgemeinen von ihren Männern finanziell abhängig seien, prägte auch in Großbritannien die Gesetzgebung der 1940er und 1950er Jahre, insbesondere hinsichtlich der weiblichen Altersvorsorge und der Berechnung der Renten; vgl. LEWIS, Dealing, S. 30; LANGAN und OSTNER, Geschlechterpolitik, S. 30–2; DIGBY und STEWART, Welfare, S. 13–4. Beveridge wurde in diesem Zusammenhang später von Feministinnen vorgeworfen, er habe in seinem Wohlfahrtsstaats-Plan den Frauen einen unabhängigen Status verweigert. LEWIS, Dealing, S. 19. Diese Kritik wurde in jüngster Zeit wieder relativiert, vgl. THANE, Wohlfahrt, S. 13.

²³ THANE, Wohlfahrt, S. 15; ORLOFF, Gender in the Welfare State, S. 57.

²⁴ KOVEN und MICHEL, Mothers; DIGBY und STEWART, Welfare, S. 11; ORLOFF, Gender in the Welfare State, S. 58; vgl. auch LEWIS, Dealing, S. 31–2; LEWIS, Models, S. 86; sowie THANE, Women.

laristische Ausrichtung des deutschen Wohlfahrtsstaates (Leistungen nur für eine Gruppe, die der abhängig beschäftigten Frauen) sowie die starke Verflechtung von Sozialleistungen mit dem Arbeitsmarkt. In Großbritannien wurde dagegen bereits in den 1920er Jahren auf ein breites Angebot an sozialmedizinischen bzw. präventiven Leistungen Wert gelegt. Diese unterschiedliche Ausrichtung prägte auch noch in den 1950er Jahren den Charakter der beiden Gesundheitssysteme stark.²⁵

In Großbritannien wurden also soziale und medizinische Leistungen sowie kurative und präventive Medizin zu einer wesentlich einheitlicheren Gesundheitspolitik verbunden als in der Bundesrepublik. In Westdeutschland war das Kassensystem traditionell stärker auf medizinische, therapeutische Leistungen ausgerichtet, der präventive Aspekt blieb eher dem öffentlichen Gesundheitswesen vorbehalten. Diese Trennung wurde durch die unterschiedliche Organisationsstruktur – z. B. die Verwaltung über Gesundheitsministerium einerseits und Arbeitsministerium andererseits – noch vertieft. Eine zunehmende Schwächung des öffentlichen Gesundheitswesens brachte eine Marginalisierung der sozialen, präventiven Medizin in der Bundesrepublik mit sich.²⁶ Dem stand in Großbritannien ein System gegenüber, das die verschiedenen Aspekte der Gesundheitspolitik strukturell gut integrieren konnte. Allerdings ergaben sich in der Praxis durch die extreme Finanzknappheit ständig Probleme der Prioritätensetzung, die eine Verbindung von sozialen und medizinischen Leistungen erheblich beeinträchtigten.

²⁵ Vgl. hierzu ausführlich das Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge Kap. III, 4.

²⁶ Rosenbrock charakterisiert diese Entwicklung treffend als Reduktion der Gesundheitspolitik auf Krankenversorgungspolitik. Vgl. ROSENBROCK, Gesundheitssicherung, S. 3.