

IV. ZUSAMMENFASSUNG UND EINORDNUNG

Wer die Gesundheitspolitik in Großbritannien und der Bundesrepublik Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg vergleicht, stößt auf divergierende Strukturen, unterschiedliche kulturelle Traditionen, aber auch ähnliche Entwicklungen. Der Vergleichsansatz hat dazu beigetragen, die jeweiligen Charakteristika genauer zu erfassen und hat sowohl für die Gesundheitssysteme als auch für verschiedene Problembereiche der Gesundheitspolitik ein sehr umfassendes Bild der beiden Länder ermöglicht. Als ein wichtiges Element ist die Prägekraft bestimmter Strukturen immer wieder deutlich hervorgetreten, die ihrerseits Traditionen und Pfadabhängigkeiten kreieren konnten.

Zunächst muß hier auf die Trennung zwischen präventiver und kurativer Medizin verwiesen werden, die in Deutschland zwischen Kassensystem und öffentlichem Gesundheitsdienst wesentlich ausgeprägter war als innerhalb des britischen NHS. Erst Mitte der 1960er Jahre begann in der Bundesrepublik eine Integration beider Aspekte, allerdings dann innerhalb der Krankenkassenleistungen. Dies beeinflusste viele Bereiche der Gesundheitspolitik. Die Beratungsstellen für Geschlechtskranke oder Tuberkulosekranke beispielsweise, die in Deutschland stets nur Beratungscharakter hatten, konnten in Großbritannien kurative und präventive Elemente verbinden, womit sie eher den Bedürfnissen der Patienten entsprachen. Besonders deutlich trat dies bei den *VD-Centres* zu Tage, die sich trotz mancher Klagen der Patienten einer großen Akzeptanz erfreuten, während die deutschen Geschlechtskrankenberatungsstellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Untersuchungszeitraum im wesentlichen auf Kontrollfunktionen reduziert wurden. Beratung ohne Behandlung war im Zeitalter der Chemotherapeutika nicht mehr nötig und unattraktiv für die Patienten. Die unter dem NHS als *Chest Clinics* bezeichneten Tuberkuloseambulanzen konnten in Großbritannien relativ patientenfreundlich arbeiten, da ihre Leistungen Prävention, Beratung und Therapie integrierten. In der Bundesrepublik ergaben sich für Tbc-Kranke durch die Trennung von Beratung und Heilstellenvermittlung, die in den öffentlichen Beratungsstellen stattfanden, Diagnostik und ambulanter Therapie bei Ärzten sowie stationärer Therapie in Heilstätten wesentlich kompliziertere Zuständigkeiten.

Auch die generelle Separierung der medizinischen von sozialen Leistungen ist ein Charakteristikum, welches das bundesdeutsche vom britischen Gesundheitswesen abhebt. In der Bundesrepublik Deutschland verblieben soziale Leistungen meist in anderen Sektoren des Wohlfahrtsstaates. Sie waren z. B. direkt an Arbeitsverhältnisse gekoppelt und wurden nicht mit medizinischen Leistungen verknüpft. Deutlich wurde dies besonders in der Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, wo ein im europäischen Vergleich weitreichender Mutterschutz für eine bestimmte Gruppe von Frauen – die abhängig Beschäftigten – dem völligen Fehlen von Prophylaxe für *alle* Schwangeren gegenüber-

stand. Eine Integration von Elementen sozialer und medizinischer Prävention über das öffentliche Gesundheitswesen gelang in der Bundesrepublik weder auf diesem Gebiet noch in anderen Bereichen. Im Gegenteil, die medizinische Prävention ging dem öffentlichen Gesundheitsdienst weitgehend verloren und wurde seit Mitte der 1960er Jahre der Ärzteschaft übertragen. Dadurch verstärkte sich der Mangel an sozialen Elementen sowohl in der Prävention als auch in der generellen medizinischen Versorgung. Grundsätzlich fiel in allen Bereichen der westdeutschen Gesundheitspolitik eine Konzentration auf individualisierte Therapie auf, bedingt vor allem durch die Ausrichtung der Kassen auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, während Prävention und soziale Dienste zu den vernachlässigten Elementen des deutschen Systems gehörten.

In Großbritannien konnte dagegen der NHS soziale und medizinische Dienste generell besser integrieren, obwohl auch hier Probleme durch die organisatorische Aufspaltung innerhalb des neuen Gesundheitssystems entstanden. Für Schwangere gab es beispielsweise ein relativ gutes Präventionsangebot mit medizinischen und sozialen Leistungen, die gemeinsam durch den Gesundheitsdienst organisiert wurden. Der Aspekt eines an das Arbeitsverhältnis der Frau gekoppelten Mutterschutzes mit umfangreichen Schutzbestimmungen und finanziellen Zuschüssen stand dagegen in Großbritannien nie im Vordergrund. Auch bei anderen Problemen ist für den NHS stets eine Kombination von sozialen und medizinischen Diensten charakteristisch; so auch in der Tuberkulosefürsorge, wo neben Prävention, Diagnostik und Therapie auch Rehabilitation und Nachsorge in sozialen Einrichtungen dem britischen Gesundheitsdienst unterstanden. Allerdings konterkarierte die stete Überlastung des NHS diese Angebotsstruktur. Besonders im Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge wurde deutlich, daß in der Praxis die fünfminütigen Untersuchungen in den Schwangerensprechstunden, denen meist eine zweistündige Wartezeit der Frauen vorausging, keineswegs eine umfassende Betreuung erbringen konnten. Während des Untersuchungszeitraums verschlechterte sich zudem die Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche durch die Dreiteilung des NHS, insbesondere durch die Trennung von lokalen Gesundheitsbehörden und Krankenhausverwaltung. Letztlich entwickelte sich auch hier eine Dominanz der medizinischen Dienste und hier insbesondere des Krankenhausesektors.

Großbritannien und die Bundesrepublik näherten sich während des Untersuchungszeitraums in der Art ihres Angebots an – in Richtung eines von medizinischen und klinischen Leistungen dominierten Gesundheitswesens. Eine solche Entwicklung entsprach dem Trend der Zeit hin zu einer individualisierten, technisierten Medizin, der die ganze westliche Welt in den 1950er und 1960er Jahren prägte. Dennoch waren die Unterschiede zwischen beiden untersuchten Ländern weiterhin deutlich – sowohl was die vom Gesundheitswesen angebotenen sozialen Dienste generell anging als auch den Grad der Integration der verschiedenen Bereiche.

Daß die Integration kurativer und präventiver sowie medizinischer und sozialer Leistungen im bundesdeutschen System so wenig gelang, läßt sich in erheblichem Maße auf die enge Bindung des Gesundheitsangebotes an die Arbeitswelt zurückführen. Die Wiederherstellung von Arbeitsleistungen als oberste Maxime bedeutete eine völlig andere Herangehensweise an viele Probleme als im britischen System. Dies führte dazu, daß bei den bundesdeutschen Krankenkassen die Angebote sehr viel stärker auf einen männlichen Hauptverdiener zugeschnitten waren als beim NHS, der zumindest versuchte, die Belange verschiedener Patienten-Gruppen zu berücksichtigen. Dieses Merkmal wurde in Westdeutschland durch die grundsätzliche Fokussierung auf kurative Aspekte verstärkt und trug zum völligen Fehlen von Präventionsangeboten für Schwangere bei. Auch bei der Tuberkulosefürsorge zeigte sich die Ausrichtung der Gesundheitspolitik auf die Wiederherstellung der Arbeitsleistung immer wieder. Damit verbunden waren erhebliche organisatorische Probleme durch die primäre Zuständigkeit der Rentenversicherung und die schwierige Abstimmung mit Krankenkassen bzw. Sozialfürsorgeträgern. Das Zuschneiden der Angebote auf die Bedürfnisse bestimmter Patienten-Gruppen gehörte nicht zu den Stärken des deutschen Gesundheitssystems. Hier prägte das seit Ende des 19. Jahrhunderts bestehende Krankenversicherungssystem seinerseits bestimmte Traditionen, die erheblichen Einfluß auf die Umsetzung von Gesundheitspolitik hatten.

In Großbritannien machte man sich dagegen durchaus Gedanken, wie zum Beispiel schwangere Frauen oder bestimmte Problemgruppen wie Prostituierte oder Immigranten mit speziellen Angeboten besser erreicht werden konnten. Viele der vom Gesundheitsministerium eingesetzten Beratungskomitees beschäftigten sich mit eben diesen Fragen. Dennoch scheiterte die Umsetzung solcher Ansätze meistens – entweder an finanziellen oder an Koordinationsproblemen. In der Bundesrepublik Deutschland dagegen entstanden vergleichbare Konzepte noch nicht einmal ansatzweise.

Ein deutlicher struktureller Mangel im britischen Gesundheitssystem, der immer wieder hervortrat, war die ständige Finanzknappheit und die starke Abhängigkeit vom Staatshaushalt. Dies führte dazu, daß kaum investiert werden konnte und ein dringend nötiger Ausbau der unzureichenden Infrastruktur des Systems unterblieb, was in Großbritannien bis heute höchst ungünstig fortwirkt. Bis Mitte der 1960er Jahre hatte dies immer wieder groteske Mißstände für die Patienten zur Folge, wie etwa Anfang der 1950er Jahre bei der Behandlung von Tuberkulosekranken, die wegen der langen Wartezeiten mitunter den Beginn ihrer Behandlung nicht mehr erlebten. Die grundsätzlich bessere Angebotsstruktur und größere Flexibilität des britischen Systems stieß so schnell an ihre Grenzen.

Derartige Probleme traten in der Bundesrepublik Deutschland kaum zutage, obwohl man Anfang der 1950er Jahre nicht gerade in finanziellem Überschuß lebte. Offenbar verhalten die zahlreichen Träger und Organisationen im westdeutschen Gesundheitssystem, die sich sonst eher als inflexible Struktur zeig-

ten, zu einem deutlich größeren finanziellen Spielraum. Zwar litten auch in Deutschland die Krankenhäuser unter finanziellen Defiziten, dennoch ermöglichte die dezentrale Planung mehr Neu- und Umbauten als eine zentrale Finanzkontrolle zugelassen hätte. Den Patienten kam diese bessere Infrastruktur und Ausstattung zugute, was sich gerade bei der Tuberkulosebehandlung zeigte. Sie erhielten wesentlich schneller als in Großbritannien eine umfassende, individuelle Therapie. Die stärkere Effizienzkontrolle im britischen System unter den Bedingungen einer permanenten Finanzkrise ließ somit oft eine Orientierung am Wohl der Patienten in der Praxis nicht zu, während in der Bundesrepublik Deutschland unkoordinierte Investitionen den Patienten letztlich zu besseren Angeboten verhalfen.

Neben unterschiedlichen strukturellen Prägungen und einer dementsprechend differierenden Gewichtung kurativer, präventiver und sozialer Elemente des Gesundheitssystems spielte auch der Aspekt der Steuerungskompetenzen und -möglichkeiten eine wichtige Rolle für die Ausrichtung der Gesundheitspolitik in Großbritannien und der Bundesrepublik.

Hier gab es auf deutscher Seite erhebliche Probleme zwischen der Vielzahl an Akteuren im Gesundheitswesen. Einerseits traten Konflikte zwischen Bund und Ländern auf, was besonders bei der Polio-Impfung augenfällig wurde. Nicht minder problematisch war die Abstimmung zwischen öffentlichem Gesundheitswesen, freier Ärzteschaft und Krankenkassen. Diese Akteurskonstellation, die seit Beginn des 20. Jahrhunderts im deutschen Gesundheitssystem bestand, zeigte über politische Umbrüche hinweg eine bemerkenswerte Kontinuität. Gegenüber dieser strukturellen Beharrungskraft erreichten politische Steuerungs- und Reformversuche nur eine begrenzte Wirksamkeit. Einmal eingeschlagene Pfade bestimmten die Entwicklung nachhaltig. Die Grundkonflikte zwischen den Akteuren wirkten sich eigentlich in allen in dieser Arbeit untersuchten Problembereichen aus. Bei der Tuberkulosebekämpfung kamen als weitere Beteiligte noch die Landesfürsorgeverbände und die Rentenversicherungsträger hinzu. Die zahlreichen Akteure und ihre oft unübersichtliche Kompetenzverteilung – sich teils überschneidend, sich teils streng gegeneinander abgrenzend – brachten vor allem eine große Inflexibilität des Systems mit sich; bei der Tuberkulose wurde beispielsweise das Beharren auf traditionellen Behandlungsformen begünstigt. Vor allem die mangelnde Abstimmung und das Kompetenzgerangel zwischen öffentlichem Gesundheitswesen und freier Ärzteschaft machte Entscheidungsfindung und Durchsetzung von Maßnahmen sehr schwierig. Dies fiel besonders bei der Frage nach einer koordinierten Schwangerenvorsorge immer wieder auf. Einen deutlichen Ausdruck fand die schwere Steuerbarkeit des bundesdeutschen Gesundheitswesens auch im Scheitern des Krankenversicherungsneuregelungsgesetzes. Unter diesen Bedingungen war zudem eine Effizienzkontrolle gesundheitspolitischer Maßnahmen kaum möglich. Noch nicht einmal einfach zu erfassende Maßnahmen wie die Röntgenreihenuntersuchung wurden in allen Ländern zuverlässig statistisch registriert.

Gegenüber derartigen Problemlagen war das zentral organisierte System des NHS grundsätzlich im Vorteil. Beispielsweise hatte das Gesundheitsministerium stets die Möglichkeit, per Rundschreiben an die Krankenhausverwaltungen, die lokalen Behörden oder die Ärzte bestimmte Neuerungen einzuführen, auf veränderte Behandlungsmethoden hinzuweisen oder die Aufmerksamkeit gezielt auf Probleme zu lenken. Eine solche zentrale Einfluß- und Koordinationsmöglichkeit existierte in der deutschen Gesundheitspolitik nicht. Dennoch gab es auch in Großbritannien zahlreiche Schwierigkeiten bei der Abstimmung und Kooperation zwischen den einzelnen Bereichen des Gesundheitsdienstes. Die Dreiteilung des NHS in *Regional Hospital Boards*, *Local Health Authorities* und *Executive Councils* riß Aufgabengebiete auseinander. Diese Problematik zeigte sich in der Schwangerenvorsorge in aller Deutlichkeit, wo die gemeinsame Zuständigkeit von Ärzten, örtlichen Gesundheitsbehörden und Krankenhäusern zu langdauernden erheblichen Abstimmungsproblemen führte. Besondere Blüten trieb die innere Aufteilung des NHS bei der Tuberkulosebekämpfung. Hier wurde eine der wichtigsten Figuren in der Organisation des gesamten Tuberkulosedienstes, der *Chest Physician*, jeweils zu Bruchteilen einerseits den lokalen Gesundheitsbehörden, andererseits der Krankenhausverwaltung zugeordnet, was eine effektive Arbeit behinderte.

In beiden Systemen wurde die Steuerbarkeit der Gesundheitspolitik erschwert durch den eminenten Einfluß einzelner Akteure und Verbände, welche oftmals sachbezogene Entscheidungen verhindern oder sie auf Jahre blockieren konnten. Die Ärzteschaft erwies sich in beiden Ländern als besonders dominante Gruppe unter den Protagonisten des Gesundheitswesens. Oft wurden durch deren maßgeblichen Einfluß geplante bzw. schon gesetzlich festgeschriebene Maßnahmen erst sehr viel später oder in gänzlich anderer Form verwirklicht.

Für die ungünstige und kontraproduktive interne Dreiteilung des neu errichteten NHS war beispielsweise letztlich die Weigerung der Ärzteschaft verantwortlich, sich von den LHAs anstellen zu lassen. Als weiteres prominentes Beispiel seien die *Health Centres* in Großbritannien angeführt, die nach dem NHS-Gesetz eine zentrale Rolle für den kommunalen Gesundheitsdienst spielen sollten. Da aber die niedergelassenen Allgemeinärzte auf kommunaler Ebene die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der LHAs verweigerten, die britische Ärzteorganisation sich generell gegen diese Zentren stellte und aus finanziellen Gründen neue *Health Centres* kaum gebaut werden konnten, wurde diese Form der Gesundheitsversorgung erst sehr spät, Ende der 1960er Jahre, in größerem Maße und in veränderter Form eingeführt. Bis dahin hatte sich der Gesundheitsdienst in den Kommunen ganz anderes entwickelt als ursprünglich geplant. Auch sonst gelang es den Ärzten unter dem staatlichen Gesundheitsdienst, zahlreiche Freiheiten zu verteidigen, Entscheidungen maßgeblich zu beeinflussen und das öffentliche Gesundheitswesen der LHAs aus einigen Bereichen, insbesondere der Prävention in der Schwangerenvorsorge, zu verdrängen. Allerdings verloren die Allgemeinärzte gleichzeitig Aufgaben an den Krankenhausesektor und die spezialisierte Medizin.

In der Bundesrepublik Deutschland waren die niedergelassenen Ärzte eindeutig die dominanteste Gruppe im System. Sie beeinflussten zahlreiche Entscheidungen und trugen erheblich dazu bei, daß verschiedene Reformen im Gesundheitssektor scheiterten. Sie verteidigten ihre ohnehin schon erhebliche Machtposition vehement und schafften es, ihre Aufgabenbereiche ständig zu erweitern. Durch das Kassenarztgesetz von 1955 wurde die Machtstellung der Ärzte stark ausgebaut; sie erhielten das Monopol für die ambulante Behandlung und konnten gegenüber den Krankenkassen eine deutliche Verbesserung ihrer Position erreichen. Die starke Stellung der niedergelassenen Ärzteschaft prägte nicht nur die Strukturen des westdeutschen Systems, sondern drängte auch die stark auf kurative Medizin ausgerichtete Versorgung der Patienten weiter in diese Richtung.

In beiden Ländern stand dem Machtgewinn der Ärzte ein Statusverlust und Rückzug des öffentlichen Gesundheitswesens gegenüber. In Großbritannien war dies ein gradueller Prozeß, bei dem die LHAs auf dem Gebiet der sozialen Dienstleistungen zumindest wichtige und zahlreiche Aufgaben behielten. Die Integration von medizinischen mit sozialen Diensten, die eigentlich in den *Health Centres* den Grundstock des Gesundheitssystems hatte bilden sollen, wich aber einer Trennung dieser Leistungen in den verschiedenen Zweigen des NHS. In der Bundesrepublik wurde das öffentliche Gesundheitswesen dagegen fast aller präventiv-medizinischen, fürsorglichen und sozialen Aufgaben beraubt und weitestgehend auf Kontroll- und gutachterliche Tätigkeiten beschränkt.

Die letztgenannten Entwicklungen waren in beiden Staaten zu beobachten und lassen sich nicht mit den strukturellen Bedingungen der beiden unterschiedlichen Gesundheitssysteme erklären. Hier muß man vielmehr wieder auf den säkularen Trend zu einer individualisierten, hochtechnisierten Medizin verweisen, die sich in immer mehr Fachgebiete aufspaltete. Diese Entwicklung prägte gerade in den 1950er und 1960er Jahren die westliche Welt erheblich. Das ungebrochene Vertrauen in den medizinischen Fortschritt verband sich mit einem großen Prestige für die Ärzteschaft und flankierte deren Machtgewinn.

Neben den strukturellen Faktoren, die sich für die Ausrichtung der Gesundheitspolitik als prägend erwiesen und die ihrerseits traditionsbildend wirkten, übten auch Wissenschaftskultur und intellektuelle Traditionen einen erheblichen Einfluß auf die Gestaltung der Politik aus.

Viele bundesrepublikanischen Experten und Wissenschaftler hatten sich noch nicht mit dem Ende der führenden deutschen Position in der medizinischen Wissenschaft angefreundet. Die Klagen über den Verlust der „Weltgeltung“ deutscher Wissenschaft schienen im Westdeutschland der 1950er Jahre einen erheblichen Einfluß auf die Haltung der Fachgremien zu haben. Diese Einstellung förderte das Mißtrauen gegenüber fachlichen Neuerungen aus dem nun in der Forschung führenden Ausland, insbesondere den USA. Das jahrelange Abgeschnittensein von der internationalen Wissenschaftslandschaft während der Zeit des Dritten Reichs verstärkte eine solche Haltung noch. Dies war

sowohl bei den Impfungen gegen Poliomyelitis zu bemerken als auch bei der Tuberkulosetherapie, wo die aus dem Ausland kommenden neuen Medikamente und die Art ihres Einsatzes nur sehr zögerlich übernommen wurden. Eine Änderung dieser Haltung ist etwa Anfang der 1960er Jahre ablesbar und wohl am ehesten mit einem Generationswechsel zu erklären. Während in den 1950er Jahren vor allem Gesundheitspolitiker und Ärzte das Bild bestimmten, die noch die „großen Zeiten“ deutscher medizinischer und naturwissenschaftlicher Forschung erlebt hatten und zusätzlich durch den Nationalsozialismus mit seinem übersteigerten Nationalbewußtsein geprägt waren, hatten bei der Nachkriegsgeneration solche Leitbilder an Einfluß verloren, so daß es wohl leichter fiel, internationale Forschungsstandards zu übernehmen. Nationale Erwägungen spielten jedoch auch in anderen Zusammenhängen eine erhebliche Rolle. Die frühe Lebendimpfung gegen Polio in West-Berlin war eindeutig den Folgen des Kalten Krieges geschuldet. In den ersten Nachkriegsjahrzehnten wollte man sich in der Bundesrepublik überdies stets vom System der DDR abgrenzen und war so für viele Entwicklungen, die auch nur in Richtung eines staatlichen Gesundheitsdienstes zu gehen schienen, von vornherein nicht offen.

In Großbritannien sind ähnliche nationale Befindlichkeiten in der Haltung von Wissenschaftlern und Experten zu beobachten, allerdings deutlich abgeschwächt. Auch hier brachte der eigene Rückstand in der Forschung Mißtrauen gegenüber Neuerungen aus dem Ausland und das Festhalten an britischen Forschungen bzw. Produkten mit sich. Bei der Ausgabe der Polio-Impfung führte dies sogar dazu, daß die Eltern die Wahl zwischen britischem, britisch geprüftem sowie ungeprüftem importierten Impfstoff für ihre Kinder hatten. Hier spielte offenkundig der in den 1950er Jahren auf vielen Gebieten strapazierte britische Nationalstolz eine große Rolle, der wenigstens im Bereich des Gesundheitswesens, wo der NHS als höchst innovative Neuerung galt, unangestastet bleiben sollte. Insofern verhielt man sich auch in Großbritannien gegenüber ausländischen medizinischen Erfolgen eher abwehrend. Allerdings standen britische Wissenschaftler im Gegensatz zu Deutschland in engem Kontakt zur internationalen Forschungslandschaft und rezipierten vor allem neue Ergebnisse aus den USA schnell. Eine jahrelange wissenschaftliche Isolierung, die in der Bundesrepublik viele Probleme verschärfte, hatte es in Großbritannien nicht gegeben.

Für beide Länder galt jedoch auch, daß die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg mit zunehmender internationaler Verflechtung der Wissenschaft, internationalen Konferenzen und wachsender Bedeutung der Weltgesundheitsorganisation eine Orientierung an internationalen Standards beförderte und Alleingänge nur für kurze Zeit ermöglichte.

Bei der Analyse der beiden Gesundheitssysteme stößt man über spezifische Unterschiede von Struktur und Tradition hinaus immer wieder auf ganz grundsätzliche kulturelle Differenzen. Auch diese Studie verweist auf die Dichotomie zwischen den individuellen Freiheitsrechten, die in Großbritannien stets betont wurden, und dem Allgemeinwohl, dem sich die Gesundheitspolitik in

der Bundesrepublik noch stark verpflichtet fühlte, und somit auf die grundsätzliche Verfaßtheit einer Gesellschaft. Wie sehr sich der Ansatz britischer und deutscher Gesundheitspolitik in dieser Frage unterschied, wurde nicht nur im Kapitel über Geschlechtskrankheiten deutlich. Generell war man in der Bundesrepublik mit Zwangsmaßnahmen gegen verschiedenste Gruppen zu Gunsten eines nicht immer nachvollziehbaren Allgemeinwohls recht schnell bei der Hand. Dagegen übte man in Großbritannien in diesem Bereich große Zurückhaltung und respektierte die Rechte des Einzelnen in weitaus stärkerem Maße. Dort wurde fast immer auf Zwangsuntersuchungen verzichtet, sowohl bei Maßnahmen, die die ganze Bevölkerung betrafen, als auch gegenüber Randgruppen wie den Prostituierten. Stets wurde in Großbritannien auf einen gesellschaftlichen Konsens gegen Zwangsmaßnahmen verwiesen, der so in der Bundesrepublik nicht existierte.

Diese grundlegende Differenz wurde in Deutschland durch den Einfluß des Nationalsozialismus noch verstärkt. Zumindest für die Anfangsdekaden der Bundesrepublik stellt dieser eine wichtige Konstante dar, der sich in der Prägung der Akteure selbst, in der Ausrichtung der Gesundheitspolitik und im Fortbestehen organisatorischer Regelungen aus der Zeit des Dritten Reiches bemerkbar machte. Viele Zwangs- und Kontrollmechanismen galten zwar in der westdeutschen Demokratie nicht weiter, sie wurden jedoch von vielen Gesundheitspolitikern und Ärzten vermißt und beständig eingefordert, wie etwa die Möglichkeit einer „Zwangস্যsylierung“. Dies trat sowohl im Kapitel über die Tuberkulose als auch bei den Geschlechtskrankheiten überdeutlich hervor.

In den 1950er Jahren vermißt man zudem – bis auf wenige Ausnahmen – innovative Gesundheitspolitiker, was wohl ebenfalls den Folgen der nationalsozialistischen Herrschaft geschuldet ist. Die Ideenarmut deutscher Gesundheitspolitik in den 1950er Jahren, die immer wieder auffiel, ist durch die Vertreibung vieler fortschrittlicher und engagierter Ärzte und Politiker der Weimarer Zeit zumindest partiell erklärbar. Ähnliches gilt für Interessengruppen oder Patientenorganisationen, die im Untersuchungszeitraum in Westdeutschland praktisch nicht existent waren. Zahlreiche progressive Initiativen im Gesundheitswesen der Weimarer Republik waren nach 1933 aufgelöst worden; die Protagonisten mußten fliehen. Ein Wiederaufbau der Organisationen nach dem Zweiten Weltkrieg gelang kaum. Als weiterer Grund muß die mangelnde deutsche Partizipationskultur gelten: In den starken Hierarchien und autoritären Strukturen der Gesundheitsverwaltung wurde ohnedies wenig Wert auf die Meinung von Interessenverbänden der Patienten gelegt.

In Großbritannien findet man dagegen einige Vereinigungen, die einen deutlichen Einfluß auf die Entwicklung und die Konzeption von Gesundheitspolitik ausüben konnten. Auch während der 1950er Jahre gab es einige Organisationen, wie besonders im Kapitel über Schwangerenvorsorge gezeigt werden konnte, die sich um die Anliegen von Patientinnen kümmerten. Im Bereich der Schwangerenvorsorge und Geburt artikulierten Frauen ihre Interessen gegenüber der Gesundheitspolitik in Großbritannien sehr deutlich. Ganz offenbar

gab es hier aus einer wesentlich liberaleren Prägung heraus grundsätzlich eine größere Bereitschaft der Medizinalverwaltung, auf die Wünsche von Patienten einzugehen. Viele der während der 1950er und 1960er Jahre eingesetzten Komitees beriefen sich auf Patientenmeinungen. Das britische System mit seiner wesentlich ausgeprägteren Partizipationskultur zeigte sich deutlich offener gegenüber den Interessen einzelnen Gruppen.

In der Bundesrepublik Deutschland finden sich eher Klagen über Patienten und Patientinnen, die sich nicht mehr einer strengen Disziplin beugen wollten, wie in den Tbc-Heilstätten, oder genauere Aufklärung verlangten. Verständnis für diese Änderungen im Verhalten der Patienten ist auf Seiten der Ärzte und Gesundheitspolitiker zunächst kaum zu bemerken, wie insbesondere bei der Diskussion um den Mutterpaß sowie um die Heilstättenaufenthalte für Tuberkulose deutlich wurde. Interessenartikulationen einzelner Gruppen wurden in der Bundesrepublik erst Mitte/Ende der 1960er Jahre laut und begannen, Gehör zu finden. Auch in diesem Zusammenhang kann mit einem Generationswechsel argumentiert werden. In den 1960er Jahren gab es bereits zahlreiche Ärzte und Gesundheitspolitiker, die nicht mehr von den rigiden Zwangsmaßnahmen des Nationalsozialismus geprägt waren und einer angebotsorientierten Gesundheitspolitik offener gegenüberstanden.

In Großbritannien mit seinen wesentlich liberaleren Ansätzen beschränkte sich die Aufgeschlossenheit gegenüber den Patienten jedoch meist nur auf theoretische Erwägungen. Gesundheitsleistungen wurden zwar als Angebot verstanden und ein Eingehen auf die Bedürfnisse der Patienten gefordert. Praktisch gab es allerdings kaum Abhilfe bei Mißständen, da die Finanzknappheit stets an vorderster Stelle aller Überlegungen stand. Vorwiegend wenn sich Wünsche der Patienten mit Effizienzüberlegungen deckten, hatten jene eine Chance, daß ihr Anliegen berücksichtigt wurde. Als Beispiel sei die Tuberkulosetherapie genannt, wo es billiger war, die Patienten früh zu entlassen, anstatt langwierige Liegekuren zu verordnen. Dies entsprach gleichzeitig den Wünschen der Patienten, denen an einer schnellen Re-Integration gelegen war.

Der „moderne“ Patient, der seine Interessen artikuliert und selbstorganisiert für seine Belange kämpft, war im Untersuchungszeitraum in Großbritannien sporadisch, in der Bundesrepublik noch gar nicht zu entdecken. Bei der Umsetzung von Gesundheitspolitik wurden Bedürfnisse und das Wohlergehen der Patienten in beiden Ländern meist hintangestellt. Hierbei spielte auch die völlig unterschiedliche Ausrichtung der Systeme keine entscheidende Rolle mehr.