

Die nach Empfänger strukturierten Kapitel halten für den Leser zu Beginn eine Übersicht der nummerierten und mit Absender, Empfänger und Entstehungsdatum versehenen Briefe bereit. Begleitet werden die Briefe von einem ausführlichen Fußnotenapparat, der die in den Briefen genannten und dem heutigen Leser nicht immer geläufigen Orte und Literaturverweise erläutert, biographische Notizen der erwähnten Personen bereit hält, den weiteren Werdegang geplanter Projekte und Manuskripte kurz schildert und der schließlich in den aktuellen Forschungsstand einführt.

Isabella Löhr

Ulrike Lindner: Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich (= Veröffentlichungen des Deutschen Historischen Instituts London, Bd. 57), München: Oldenbourg Verlag 2004, 581 S.

Als es nach der Bundestagswahl 1961 für Kanzler Konrad Adenauer darum ging, aus der CDU/CSU-FDP-Koalition ein Kabinett zusammenzustellen, wurden seitens der Frauen in der Union die Rufe nach einer Ministerin immer lauter. Die Frauen griffen dabei auch zu unorthodoxen Methoden, um den Kanzler von diesem Schritt zu

überzeugen. Als Kandidatin galt vor allem Elisabeth Schwarzhaupt, eine ausgebildete Juristin und erfahrene Politikerin, die prädestiniert dafür erschien, als erste Frau in der Bundesrepublik ein Ministeramt zu übernehmen. Doch als Juristin wollte Adenauer sie nicht auf das entsprechende Ressort berufen, galt es doch der „roten Hiide“ (Hilde Benjamin) in der DDR einen Mann auf bundesrepublikanischer Seite gegenüberzustellen. So wurde für Elisabeth Schwarzhaupt ein neues Ressort geschaffen, das Gesundheitsministerium. Zwar betonte die Bundesregierung damit auf der einen Seite den Stellenwert, den „Gesundheit“ in der Gesellschaft eingenommen hatte, auf der anderen Seite zeigt diese weitgehend vergessene Gründungsgeschichte des Ministeriums aber, welche tatsächliche Bedeutung „Gesundheit“ im Kontext der Kabinettsbildung zugesprochen wurde.

Gesundheit war zwar Anfang der 1960er Jahre wieder zu einem politischen Problem geworden, der Contergan-Skandal hatte dies nur zur Genüge bewiesen, doch waren die Spielräume einer aktiven Gesundheitspolitik zu diesem Zeitpunkt äußerst begrenzt. Die wichtigen Entscheidungen, wie das Gesundheitssystem in der Bundesrepublik aussehen sollte, waren längst gefallen, die wesentlichen gesundheitlichen Folgen des Zweiten Weltkriegs und der

Nachkriegszeit seit den frühen 1950er Jahren behoben worden und die überaus einflussreichen Interessengruppen wieder erstarkt. Es hatte sich ein weit verzweigtes Gesundheitssystem mit für den Außenstehenden kaum zu überschauenden Kompetenzen herausgebildet, zu dem sich nunmehr ein zusätzliches Bundesgesundheitsministerium gesellte.

Die Hintergründe dieser Geschichte der Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland sind mittlerweile für den Zeitraum vom Kriegsende bis in die späten 1960er Jahren differenziert untersucht worden. Jedoch blieb dieses Forschungsfeld von der Geschichtswissenschaft lange Zeit kaum beachtet. Mit Ausnahme einiger weniger früherer Studien widmete sich die Fachzunft erst seit den 1980er Jahren diesem Thema, wobei hier vor allem die nationalsozialistische Gesundheits- und Rassenpolitik im Fokus stand. Ab Mitte der 1990er Jahre waren es dann vor allem jüngere Historikerinnen und Historiker, die sich, zumeist im Rahmen von Qualifikationsarbeiten, der überaus wechselvollen Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland angenommen haben. Forschungsschwerpunkte waren aber auch hier zum einen die Gesundheitspolitik im Nationalsozialismus, zum anderen rückten die gesundheitspolitischen Entwicklungslinien in Deutschland von der Weimarer

Republik bis in die 1960er Jahre in den beiden deutschen Staaten in den Mittelpunkt. So diente die Gesundheitspolitik doch im Zeichen des Kalten Krieges als Profilierungsfeld und der Blick ins jeweils andere Deutschland war ein wesentlicher Faktor der Gesundheitspolitik in beiden deutschen Staaten und in den daraus resultierenden Debatten und Kontroversen.

Ergänzt wird dieses mittlerweile zumindest für die nationalsozialistische Diktatur und für die Bundesrepublik gut erschlossene Forschungsfeld durch die vorliegende Studie von *Ulrike Lindner*. Die Münchener Historikerin präsentiert dabei eine überarbeitete Fassung ihrer 2001 eingereichten Dissertation, in der sie sich auf das schwierige Feld des Staatenvergleichs eingelassen hat.

Sie untersucht die Gesundheitspolitiken der Bundesrepublik Deutschland und Großbritanniens (genauer gesagt England und Wales) vom Ende der 1940er bis Mitte der 1960er Jahre. Die Studie liefert dabei nicht nur einen konzisen Überblick über die Ergebnisse der bisherigen Forschung auf nationalstaatlicher Ebene, sondern kann durch den Staatenvergleich dazu beitragen, den Blick auf tatsächliche Gemeinsamkeiten und Unterschiede zweier konträrer Gesundheitssysteme zu lenken. Dies trägt entscheidend dazu bei, mit Legenden und Stereotypen aufzuräumen, die

die gesundheitspolitische Debatte in Deutschland nahezu zeitlos prägen und bis heute beeinflussen.

Ulrike Lindner wählt für ihre Studie den individualisierenden historischen Vergleich zweier Staaten mit völlig unterschiedlichen Gesundheitssystemen: auf britischer Seite ein Staatsgesundheitsdienst, auf bundesrepublikanischer Seite ein Krankenkassensystem. Beide Staaten weisen aber als hoch industrialisierte und hoch technisierte westlich-demokratische Gesellschaften eine ähnliche gesellschaftlich-politischen Prägung auf.

Die Autorin hat den Anfangs- und Endpunkt ihres Vergleiches sinnvoll gewählt: Sie startet ihre Untersuchung mit der Einführung des *National Health Service* (NHS) in Großbritannien 1948. Damit entstand ein neues, staatlich dominiertes Gesundheitssystem. Für die Bundesrepublik setzt sie als Anfangspunkt die im Kontext der Staatsgründung erfolgte Reorganisation des Krankenversicherungssystems 1949. Zu diesem Zeitpunkt waren alle nach 1945 diskutierten oder auch nur angedachten alternativen Konzepte ad acta gelegt und eine Grundsatzenscheidung getroffen worden, die eindeutig zu Lasten des staatlich organisierten öffentlichen Gesundheitsdienstes ging, der fortan einen Niedergang erlebte. Das Ende des Untersuchungszeitraums Mitte der 1960er Jahre ist klar begründet

und entspricht auch den bisherigen Forschungsergebnissen. Seit diesem Zeitraum findet in beiden Ländern ein Ausbau des Gesundheitswesens statt, der die bis dahin zu vergleichenden Indikatoren maßgeblich verändert.

Am Beispiel der Bundesrepublik sei dazu nur verwiesen auf die drastisch steigenden Investitionen in den Gesundheitssektor und die erheblichen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen.

In diesem Zeitraum findet aber auch eine international festzustellende Hinwendung zur Individualmedizin mit der zunehmenden Spezialisierung in Fachgebiete statt, was sich wiederum fundamental auf das Gesundheitssystem und seine Finanzierung ausgewirkt hatte.

Die Autorin gliedert ihre Untersuchung chronologisch und zeichnet jeweils in den einleitenden Teilen der Kapitel die historischen Entwicklungslinien nach. Damit gewinnt die Dissertation auch an Wert für Leser, die einen fachlich fundierten, auf breiter Literaturbasis erstellten, handbuchartigen Überblick über zentrale Aspekte der Gesundheitspolitik suchen.

Das erste Kapitel wendet sich den Gesundheitssystemen in den beiden Staaten zu und gibt einen präzisen Überblick über die wesentlichen Grundkonstanten. Neben einer Darstellung der historischen Genese der Gesundheitssysteme werden das öffentliche Gesundheitswe-

sen, die Ärzteschaft und das Krankenhauswesen analysiert und abschließend daran die Unterschiede in beiden Gesundheitssystemen herausgearbeitet.

Den Hauptteil der Arbeit bilden vier Kapitel zu zentralen gesundheitspolitischen Maßnahmenbereichen und deren Umsetzung in den beiden Staaten: die Tuberkulose, die Bekämpfung der Kinderlähmung, die Geschlechtskrankheiten und die Vorsorge für Schwangere und Säuglinge.

Gefragt wird nach den Plänen und Programmen, nach Maßnahmen zur Konkretisierung und nach den Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme. Es geht somit nicht zuletzt um den Bedeutungswandel von Krankheiten, um die Reaktionen auf diese neuen Herausforderungen und um die aus den getroffenen Maßnahmen resultierenden Folgen für die Patienten.

Die Kapitel sind so angelegt, dass nach der allgemeinen historischen Einführung in das jeweilige Themengebiet eine für die beiden Staaten getrennte Untersuchung stattfindet, die aber zum Ende des Kapitels gelungen im Vergleich zusammengeführt wird. Gerade diese differenzierte Analyse gesundheitspolitischer Entscheidungen und deren Konsequenzen bieten dem fachspezifisch Interessierten wichtige Erkenntnisse. Die Ergebnisse stützen dabei die bisherige Gesundheitspolitikforschung. Sie zeigen, wie weit die aus der

weitgehenden Rekonstruktion des Gesundheitswesens in der frühen Bundesrepublik hervorgegangene Struktur prägend für die Probleme in diesem Politikfeld waren. So war dadurch die Trennung zwischen präventiver und kurativer Medizin in der Bundesrepublik weit ausgeprägter als in England und Wales. Dort litt der *National Health Service* seit seiner Einführung an der Abhängigkeit vom Staatshaushalt. Dagegen bot gerade diese staatliche Organisationsform mit eindeutigen Hierarchien und Entscheidungswegen den Vorteil, rasch über nötige Maßnahmen zu entscheiden und sie durchzusetzen.

In der Bundesrepublik war dagegen die Finanzierung bis in die 1960er Jahre hinein nicht das zentrale Problem, sondern die kaum miteinander zu vereinbarenden Interessen der Akteure, was wiederum zu einer bis heute stetig kritisierten mangelnden Flexibilität des Gesundheitssystems führte. Beispielhaft lässt sich dies an dem im Grundgesetz manifestierten Zuständigkeitsbereich der „konkurrierenden Gesetzgebung“ festmachen. Die Protokolle der Bund-Länder-Arbeitsgemeinschaften auf dem Gebiet des Gesundheitswesens geben ein illustres Beispiel für den durch die Gesetzeslage evozierten Stillstand, der in einzelnen Bereichen über Jahre hinweg nachzuvollziehen ist. Ein überaus interessantes Ergebnis der Stu-

die ist, dass nicht nur in der Bundesrepublik, sondern auch in Großbritannien die Ärzte einen sehr starken Einfluss auf die Ausgestaltung des Gesundheitswesens hatten.

Gerade dies zeigt die Wichtigkeit des von *Ulrike Lindner* durchgeführten Vergleichs. Er hilft Stereotype abzubauen, da der Blick geschärft wird für tatsächliche Besonderheiten. Die immer wieder gern angeführte besondere Stellung der „Lobby in Weiß“ im deutschen Gesundheitswesen wird dadurch im Vergleich zumindest relativiert, da auch in Großbritannien keine gesundheitspolitischen Maßnahmen, auch wenn sie zentral gesteuert wurden, ohne die Ärzte erfolg versprechend umgesetzt werden konnten. Insgesamt ist *Ulrike Lindner* ein sehr überzeugender Vergleich der Gesundheitspolitiken der Bundesrepublik Deutschland und Großbritanniens gelungen. Sie bekräftigt dabei nicht nur die bisherigen Ergebnisse zu den Gesundheitspolitiken der beiden im Vergleich ausgewählten Länder. Sie trägt entscheidend dazu bei, die Forschung zur Geschichte der Gesundheitspolitik zu internationalisieren. Dies hilft Besonderheiten, Gemeinsamkeiten, aber auch gravierende Unterschiede divergierender Gesundheitssysteme zu erkennen und kann auch anregend sein für aktuelle gesundheitspolitische Debatten.

Wolfgang Woelk

Tammo Luther: Volkstumspolitik des Deutschen Reiches 1933–1938. Die Auslandsdeutschen im Spannungsfeld zwischen Traditionalisten und Nationalsozialisten (= Historische Mitteilungen der Ranke Gesellschaft, Bd. 55), Stuttgart: Franz Steiner Verlag 2004, 217 S.

Die Geschichte der deutschen „Volkstumspolitik“ ab 1933, die im Rahmen einer größeren Monographie die Nazifizierung der Deutungsmuster, Milieus und Politikfelder der geheimen Revisionspolitik des Deutschen Reiches darstellt, ist ein Desiderat. Dabei sind die Probleme komplex. Das einfachste Problem scheint in der begrifflichen Abgrenzung zwischen Revisionspolitik, „Volkstumspolitik“ und „Deutschtumspolitik“ zu liegen. Unter Revisionspolitik fasste die neuere Geschichtswissenschaft in Anlehnung an Norbert Krekelers bahnbrechende Arbeiten aus den siebziger Jahren die geheime Kultur- und Sozialpolitik des Deutschen Reiches zur Stützung der deutschen Minderheiten in der „Diaspora“ Ostmitteleuropas.

Die „Grenz- und Auslandsdeutschen“ galten dem Deutschen Reich als demographischer Aktivposten für eine europäische Neuordnung jenseits der Pariser Vorortverträge. Revisionspolitik bezeichnete den Wunsch nach Rückkehr zu den alten Reichsgrenzen, sei es mit