

Jenny Pleinen

»Health inequalities« und Gesundheitspolitik im Großbritannien der »Ära Thatcher«

I. AKTUELLE DEBATTEN ZUR »ÄRA THATCHER«

Die geschichtswissenschaftliche Auseinandersetzung mit den 1980er Jahren ist in vollem Gange – in Großbritannien wird sie mit einer besonderen Schärfe geführt. Ein wichtiger Grund dafür ist die polarisierende Wirkung der Person Margaret Thatchers, die ihr Tod im April 2013 erneut eindringlich gezeigt hat: Im Vorfeld und während ihrer zeremoniellen Beerdigung mit vollen militärischen Ehren – einer symbolischen Anerkennung, die keinem ihrer Vorgänger seit dem 1965 verstorbenen Winston Churchill zuteilwurde – traf sich auf den Straßen einiger Städte des Königreichs wie Liverpool, Derry, Belfast, Bristol sowie in Brixton und anderen Teilen Londons eine bunte Mischung politisch und kulturell motivierter Thatcher-Gegner, um unter den Klängen des zum Hit avancierten Lieds »Ding-Dong! The Witch is Dead« gemeinsam deren Tod zu feiern.¹

Der in der britischen Geschichtswissenschaft traditionell stark vertretene Zugang über die Biografie des jeweiligen Premierministers² wird im Fall Thatcher durch die Kongruenz der Grenzen des Jahrzehnts und ihrer Regierungszeit noch verstärkt: Die 1980er Jahre werden sowohl von Kritikern als auch von Anhängern als »Ära Thatcher« interpretiert. Selbst der britische Sozialhistoriker Arthur Marwick, der sich gegen die seiner Meinung nach zu starke Fixierung auf politische Entscheidungen wandte und ihre Auswirkungen auf die Lebensbedingungen breiter Bevölkerungsschichten bestritt, räumte der von Thatcher bewirkten »Revolution« eine herausragende Bedeutung ein.³ Bereits im Laufe der 1980er Jahre hat sich hierzu ein Narrativ etabliert, dem nahezu alle populären und auch viele wissenschaftliche Darstellungen folgen: Margaret Thatcher brach demzufolge quasi im Alleingang – und zunächst gegen den Mainstream ihrer eigenen Partei – mit dem seit dem Zweiten Weltkrieg etablierten sozial- und wirtschaftspolitischen Konsens, der im Großbritannien der späten 1970er Jahre zu einem sklerotischen Stillstand geführt hatte. Diese Entwicklung kulminierte in den Streiks des »Winter of Discontent« von 1978/79, der mit seinen die Bürgersteige verstopfenden Müllbergen einen wichtigen Teil der ritualisierten Bildsprache des Narrativs lieferte. Der Fokus liegt dabei auf dem Konflikt zwischen Regierung und Gewerkschaften (zugespitzt im Bergarbeiterstreik von 1984/85), der Privatisierung staatlicher Konzerne, der scheinbar kompromisslosen Umsetzung monetaristischer Prinzipien sowie auf dem Falklandkrieg gegen Argentinien. Die Auseinandersetzung um die Ära Thatcher ist dabei besonders davon geprägt, dass es im Interesse sowohl der Kritiker als auch der Befürworter der ehemaligen Regierungschefin liegt, Thatchers Selbstdarstellung einer bedingungslosen Konsequenz bei der Umsetzung politischer Ideologie zu reproduzieren.⁴

1 Das Lied stammt aus dem 1939 veröffentlichten Musicalfilm »The Wizard of Oz« und erreichte im April 2013 Platz 2 der britischen Charts. Aufgrund seiner Verknüpfung mit den sogenannten »death parties« entschied die BBC, das Lied in Chartsendungen nur kurz anzuspielden, anstatt es – wie bei hohen Platzierungen üblich – ganz zu übertragen. URL: <<http://www.bbc.com/news/entertainment-arts-22145306>> [15.4.2014].

2 Dominik Geppert, Großbritannien seit 1979. Politik und Gesellschaft, in: Neue Politische Literatur 54, 2009, S. 62–85, hier: S. 64.

3 Arthur Marwick, British Society since 1945, London 2003, S. 236.

4 Vgl. Hywel Williams, The Lady Was for Turning, in: The Guardian, 13.6.2007.

Das beschriebene Narrativ wurde während der letzten Jahre in zahlreichen neuen Überblicksdarstellungen zu den 1980er Jahren hinterfragt und neu diskutiert, die sich allerdings nur zum Teil auf die nach Ablauf der regelmäßigen 30-Jahresfrist freigegebenen Regierungsdokumente stützen.⁵ Infrage gestellt wird dabei unter anderem, ob die Darstellung eines nationalen Niedergangs vor Thatcher tatsächlich zutreffend ist und ob ihre Politik Großbritannien bis heute entscheidend prägt, wie es die durch den Journalisten Simon Jenkins geprägte Bezeichnung »Thatchers Kinder« sowohl für ihre Nachfolger im Amt des Premierministers als auch für die Gesellschaft allgemein postuliert.⁶ Autoren wie Richard Vinen und Graham Stewart weisen in ihren Büchern zur Ära Thatcher darauf hin, dass etwa die Neuorientierung der britischen Wirtschaftspolitik hin zum Monetarismus bereits unter der Kanzlerschaft von Denis Healey (Labour) geschah, der die Ausgaben der öffentlichen Hand stärker zurückfuhr als Thatcher, obwohl Haushaltsdisziplin im Programm der Tories von zentraler Bedeutung war und in dem von Labour nicht.⁷ Auch der Konsens, gegen den sich Thatcher wandte, wird neu definiert: Dieser habe nicht in den wohlfahrtsstaatlichen Regelungen der 1950er Jahre bestanden, sondern im veränderten Konsens der 1970er Jahre. Dazu zählt Stewart auch die Versuche der Regierungen Wilson und Callaghan, die Inflation durch Obergrenzen für Lohnsteigerungen einzudämmen. Seiner Darstellung zufolge war die Aufgabe dieser Strategie unter Thatcher nichts Neues, sondern vielmehr eine Rückkehr zu den während der 1950er und 1960er Jahre üblichen Lohnverhandlungen zwischen Arbeitgebern und Gewerkschaften ohne nennenswerte staatliche Interventionen.⁸

Die Auseinandersetzung um den revolutionären Charakter ihrer Politik wird meist ohne eine genaue Differenzierung nach Politikfeldern geführt, was jedoch angesichts erheblicher Unterschiede nötig ist. Die Sozialpolitik ist dabei von besonders großer Bedeutung, da die starke Zunahme sozialer Ungleichheit während der Ära Thatcher den wohl wichtigsten Kritikpunkt an der Politik der konservativen Regierung darstellt: Zwischen 1979 und 1990 stieg der Gini-Koeffizient der Verteilung des verfügbaren Nettoeinkommens von 27 auf 37 an und lag damit deutlich höher als in den übrigen EG-Mitgliedstaaten und leicht über dem der USA.⁹ Während das oberste Fünftel der britischen Gesellschaft im

5 Diese Debatte wird in Großbritannien stärker als etwa in der Bundesrepublik an einer Schnittstelle zwischen Journalismus und akademischer Geschichtswissenschaft geführt. Ein wichtiger Grund dafür, warum die geschichtswissenschaftliche Debatte über die 1980er Jahre in der politischen Öffentlichkeit Großbritanniens zuletzt auf besonders großes Interesse getroffen ist, liegt darin, dass viele Thatcher-kritische Kommentatoren die wirtschaftspolitischen Weichenstellungen dieser Zeit wie Deregulierungen im Finanzsektor und Deindustrialisierung als Vorgeschichte der 2008 einsetzenden Finanzkrise und ihrer Auswirkungen auf die stark von Finanzdienstleistungen geprägte Wirtschaft des Landes interpretieren. Vgl. als Beispiel: *Will Hutton, If Thatcher's Revolution Had Truly Saved Us, Why Is Britain in Such a Mess Today?*, in: *The Guardian*, 13.4.2013.

6 Jenkins sieht Thatchers entscheidende Wirkung neben dem Umschwung von Sozialismus zu Privatisierung und Marktwirtschaft vor allem in einer – von ihm sehr negativ bewerteten – Verlagerung von Kompetenzen der Gemeinde- und Stadträte hin zur nationalen Regierung. Vgl. dazu: *Simon Jenkins, Thatcher and Sons. A Revolution in Three Acts*, London 2006, und *ders.*, *Thatcher's Children*, in: *The Guardian*, 23.9.2006.

7 *Graham Stewart, Bang! A History of Britain in the 1980s*, London 2013; *Richard Vinen, Thatcher's Britain. The Politics and Social Upheaval of the Thatcher Era*, London 2009.

8 Vgl. *Stewart*, *Bang*, S. 17f. Dabei berücksichtigt Stewart jedoch nicht die Rolle der Politik bei Gehaltsverhandlungen in den verstaatlichten Konzernen.

9 *Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries*, hrsg. von der OECD, Paris 2008. Der Gini-Koeffizient ist das am häufigsten verwendete Maß für soziale Ungleichheit, unter anderem da seine hohe Normierung eine anschauliche Vergleichbarkeit ermöglicht. Gesellschaften mit einem Wert von null zeigen dabei eine völlige Einkommensgleichheit, solche mit 100 (oder eins, je nach Berechnung) eine völlig ungleiche Einkommensverteilung. Insgesamt existieren

Laufe der 1980er Jahre sein Einkommen um 58 % steigern konnte, verdiente das unterste Fünftel nur 7 % mehr.¹⁰ Die Fixierung auf die Person Thatcher und ihre stellenweise konfrontative Rhetorik zum Wohlfahrtsstaat – etwa ihre positiven Referenzen auf »Victorian values« und »self-reliance«¹¹ – führt dazu, dass die konkrete Sozialpolitik der konservativen Regierung eher verblasst. Sie war von einem Nebeneinander von Brüchen und Kontinuitäten geprägt: Die Abkehr vom sozialen Wohnungsbau stellte in Kombination mit dem rabattierten Verkauf bereits vom Staat gebauter Häuser an ihre bisherigen Mieter (»Right-to-buy«-Politik) eine markante Zäsur der britischen Sozialpolitik dar und begünstigte im Zusammenspiel mit hoher Arbeitslosigkeit, niedriger Einkommensentwicklung der unteren sozialen Schichten sowie einem Boom der Immobilienpreise eine Zunahme der Obdachlosigkeit. Andere Veränderungen wie die Koppelung der Basisrente an die Inflationsrate statt an die Entwicklung der Gehälter waren eher graduell, ließen aber die Höhe der einzelnen Ansprüche seit den 1980er Jahren relativ absinken. Sozialleistungen wie Familienzuschüsse und Invalidenrenten stiegen demgegenüber sowohl insgesamt als auch individuell deutlich an, statt gekürzt zu werden.¹²

Als eher graduell lassen sich letztlich auch die Veränderungen im nationalen Gesundheitssystem bezeichnen – zumindest gemessen am Anspruch auf Radikalität, die der Thatcher-Regierung insgesamt zugeschrieben wird und die die Thatcher-Fraktion innerhalb des Kabinetts nach einem eher vorsichtigen Wahlkampf im Jahr 1979 für sich reklamierte. Thatcher selbst propagierte relativ erfolgreich¹³ ein organischeres Deutungsmuster als das der Revolution, dem zufolge ihre Politik einer zwar sehr unangenehmen, aber für die Genesung des Patienten »Großbritannien« notwendigen Medizin glich.¹⁴ Es ist nicht ganz ohne Ironie, dass gerade der »National Health Service« (NHS) – der Kern des sozialistischen Gesellschaftsprojekts eines »New Jerusalem«, das die Labour-Regierung unter Clement Attlee formuliert hatte¹⁵ – von dieser »Medizin« gemessen an anderen Ausgabebereichen der öffentlichen Hand weitgehend verschont blieb: Das Prinzip eines staatlichen Gesundheitsdienstes für alle Bürger blieb auch unter Thatcher erhalten. Der Umgang der Regierung mit dem NHS und dessen Leistung wurde jedoch in der britischen Öffentlich-

14 verschiedene Gini-Varianten (*Shlomo Yitzhaki/Edna Schechtman, The Gini Methodology. A Primer on a Statistical Methodology*, New York 2013, S. 1). Kritikpunkte am Gini-Koeffizienten bestehen etwa darin, dass er den absoluten Wohlstand einer Gesellschaft nicht berücksichtigt und daher sehr unterschiedliche Lebensbedingungen als vermeintlich gleich darstellt.

- 10 Eigene Berechnung auf Grundlage der Daten in: ONS, *The Distribution of Household Income 1977 to 2006/07*, in: *Economic & Labour Market Review* 2, 2008, Nr. 12, S. 18–31.
- 11 Besonders prominent in einem häufig zitierten Fernsehinterview mit dem Journalisten und Labour-Abgeordneten Brian Walden vom 16.1.1983. Der Text des Interviews findet sich auf URL: <<http://www.margarethatcher.org/document/105087>> [10.4.2014].
- 12 *Charles Boix, Political Parties, Growth and Equality. Conservative and Social Democratic Economic Strategies in the World Economy*, Cambridge/New York etc. 1998, S. 194f.
- 13 Vgl. als Beispiele für die Übernahme dieses Deutungsmusters: *Andrew Marr, A History of Modern Britain*, Basingstoke 2009, S. 381; *Eric J. Evans, Thatcher and Thatcherism*, London 1997, S. 11.
- 14 So zum Beispiel in einem Times-Interview von 1980. Vgl. dazu: *John Campbell, Margaret Thatcher. The Iron Lady*, Bd. 2, London 2008, S. 86. Wie zahlreiche andere Anstöße war diese Metapher eine Idee des *Tory-Grandees* Keith Joseph. Vgl. *Charles Moore, Margaret Thatcher. The Authorized Biography*, Bd. 1: *Not For Turning*, London 2013, S. 229–266.
- 15 Attlee verwandte diese Referenz auf ein Gedicht von William Blake als Formel für seine Reformbemühungen am Ende seiner Rede vor der Labour Party Conference in Scarborough während des letztlich erfolglosen Wahlkampfes von 1951: »I will not cease from mental strife, Nor shall my sword sleep in my hand, Till we have built Jerusalem In England's green and pleasant land.« Der Text der Rede findet sich auf URL: <<http://www.britishpoliticalspeech.org/speech-archive.htm?speech=161>> [12.4.2014].

keit häufig kritisch diskutiert. Ein wichtiger Bestandteil dieser Debatten stellt seit den 1980er Jahren das Konzept der »health inequalities« dar. Unter diesem Begriff verhandelten britische Politiker, Journalisten und Wissenschaftler die Frage, warum Gesundheit – und damit letztlich Lebenschancen – trotz des seit den 1940er Jahren egalitären Zugangs zu Gesundheitsfürsorge innerhalb der britischen Gesellschaft ungleich verteilt blieben. Der Begriff stellte daher eine Schnittstelle zwischen zwei politischen Aushandlungsprozessen dar: Es geht zum einen um die Diskussion über die Verantwortung des Staats für die Gesundheit seiner Bürger und zum anderen um die Debatte über die starke Zunahme sozialer Ungleichheit in Großbritannien. Im Folgenden soll der Ursprung des Konzepts der »health inequalities« rekonstruiert und seine Rolle in den politischen Debatten der Ära Thatcher analysiert werden. Anschließend wird der Frage nachgegangen, welches Wissen über »health inequalities« dabei berücksichtigt wurde und wie sich die sozialen Problemlagen während der 1980er Jahre entwickelten.

II. DER BEGRIFF DER »HEALTH INEQUALITIES«

Die Karriere des »Health-Inequalities«-Konzepts begann in den 1970er Jahren, als Protestbewegungen die soziale Situation von Minderheiten und die alltäglichen Diskriminierungen, die sie häufig prägten, in den westlichen Demokratien stärker in den Fokus der politischen Debatten rückten.¹⁶ Diese Auseinandersetzungen waren Teil nationaler und internationaler Kontroversen; die Situation der Afroamerikaner in den USA nahm dabei eine Vorreiterrolle ein. Hatten während der 1950er und frühen 1960er Jahre politische und rechtliche Diskriminierungen im Vordergrund gestanden, konzentrierten sich die Reformdiskussionen der späten 1960er und 1970er Jahre darauf, dass Minderheiten trotz der erreichten bürgerrechtlichen Gleichstellung sozial benachteiligt waren: Sie waren häufiger arm, wurden am Arbeitsmarkt strukturell diskriminiert und hatten einen schlechteren Zugang zu Bildung und Gesundheitsversorgung als die Mitglieder der Mehrheitsgesellschaft. Anfang der 1960er Jahre starben Schwarze in den USA durchschnittlich acht Jahre früher als Weiße, unter anderem bedingt durch eine doppelt so hohe Sterblichkeitsrate von Säuglingen und Kleinkindern.¹⁷ Martin Luther King Jr. betonte diese existenzielle Dimension sozialer Ungleichheit in einer Rede im Frühling 1966: »Of all forms of inequality, injustice in healthcare is the most shocking and the most inhuman.«¹⁸ Schwarze Feministinnen wiesen seit Anfang der 1970er Jahre unter dem Schlagwort der »Intersectionality« zudem darauf hin, dass sich die Ungleichheitsfaktoren »Armut«, »Rasse« und »Gender« gegenseitig verstärken.¹⁹

16 Auch das Extrembeispiel des Apartheidsystems in Südafrika fand international starke Beachtung und befeuerte international die politische Auseinandersetzung mit rassistisch oder ethnisch begründeter Diskriminierung. Vgl. *Carl Skutsch* (Hrsg.), *Encyclopedia of the World's Minorities*, London 2005, S. 1267.

17 *David Satcher/George E. Fryer Jr./Jessica McCann* u.a., *What If We Were Equal? A Comparison Of The Black-White Mortality Gap in 1960 and 2000*, in: *Health Affairs* 24, 2005, S. 459–464.

18 Es existiert kein Manuskript zu dieser Rede, sie gilt aber durch Zeitzeugenaussagen als gesichert und spielt eine wichtige Rolle in den Auseinandersetzungen um die Gesundheitsreformen der Obama-Regierung seit 2009. Vgl. zur Verifizierung des Zitats: *Amanda Moore*, *Tracking Down Martin Luther King, Jr.'s Words on Health Care*, veröffentlicht auf URL: <http://www.huffingtonpost.com/amanda-moore/martin-luther-king-health-care_b_2506393.html> [4.4.2014].

19 Vgl. *Janneke van Mens-Verhulst/Lorraine Radtke*, *Socio-Cultural Inequities in Health Research. What Does the Intersectionality Framework Offer?*, in: *Marian Tankink/Marianne Vysma* (Hrsg.), *Roads & Boundaries. Travels in Search of (Re)Connection*, Diemen 2011, S. 123–131.

Begünstigt wurde die durch die Protestbewegung vorangetriebene internationale Politisierung ungleicher Gesundheitsressourcen auch durch die Entwicklung völkerrechtlicher Normen. Im Jahr 1976 trat der 1966 abgeschlossene Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte in Kraft, durch den die Unterzeichnerstaaten jeder Person – nicht nur den eigenen Staatsbürgern – in ihrem Staatsgebiet ein Recht auf Zugang zum höchstmöglichem Standard an physischer und psychischer Gesundheit(-sfürsorge) zusprachen.²⁰

Vor diesem Hintergrund internationaler Diskussionen um Diskriminierung und soziale Rechte löste ein 1980 in Großbritannien veröffentlichter Regierungsbericht zu »health inequalities« – der sogenannte »Black-Report« – eine intensive Forschung zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit aus.²¹ Die Pionierwirkung des Berichts lag nicht in neuen Daten, da er sich als Sekundäranalyse auf schon publizierte Studien und amtliche Statistiken bezog, sondern in seinem Ansatz, der Soziologen einen fruchtbaren Zugang zum während der 1970er Jahre weitgehend von Mediziner*innen dominierten Feld der Gesundheitsforschung eröffnete. In Großbritannien inspirierte der Black-Report mit seinem materialistischen Konzept von »health inequalities« eine ganze Generation meist junger und politisch eher links stehender Forscher, die sich während der nächsten 30 Jahre intensiv mit den von der Kommission aufgeworfenen Fragen beschäftigten und häufig auch die Folgekommissionen zu diesem Thema besetzten. Michael Marmot, der als Vertreter dieser Forschergeneration seit den 1990er Jahren ein zentraler Akteur im Feld der britischen und internationalen Forschung zu öffentlicher Gesundheit ist und ein sozioökonomisches Gesundheitsmodell vertritt²², beschrieb die Wirkung des Black-Reports wie folgt: »[I]t summarized the evidence, gave it focus, reached conclusions and hence brought it to public attention [...] and set the agenda both for research and policy discussions over the next two decades.«²³ Der Black-Report wurde durch den Umgang der Thatcher-Regierung mit ihm, auf den später noch einzugehen sein wird, zu einem gemeinschaftsstiftenden Bezugspunkt für Soziologen und andere Forscher, die die konservative Gesundheits- und Sozialpolitik der 1980er und frühen 1990er Jahre als unsozial ablehnten.²⁴

20 Article 12, International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, veröffentlicht auf der Webseite des UN-Hochkommissars für Menschenrechte, URL: <<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>> [30.1.2014].

21 Peter Townsend/Nicholas Davidson (Hrsg.), *Inequalities in Health. The Black-Report and the Health Divide*, London 1992.

22 Marmot war Mitglied der Kommission zum Acheson-Report, der dem Black-Report 1998 folgte, und gründete 1994 das interdisziplinäre »International Centre for Health and Society« an der University of London, das sich zu einer der wichtigsten Forschungsstellen zu globalen und nationalen Gesundheitsproblemen entwickelte. Er war außerdem Vorsitzender der WHO-Kommission zu sozialen Determinanten von Gesundheit, deren Empfehlungen 2011 in die »Deklaration von Rio« mündeten, durch die die Auffassung, Unterschiede im Gesundheitszustand seien primär eine Folge sozialer Umstände, offiziell Teil der WHO-Linie wurde. Vgl. dazu: »Rio Political Declaration on Social Determinants of Health« vom 21.10.2011, veröffentlicht auf: URL: <http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf> [9.4.2014].

23 Vgl. Michael Marmot, *From Black to Acheson. Two Decades of Concern with Inequalities in Health. A Celebration of the 90th Birthday of Professor Jerry Morris*, in: *International Journal of Epidemiology* 30, 2001, S. 1165–1171, hier: S. 1165; George Davey Smith/Mel Bartley/David Blane, *The Black Report on Socioeconomic Inequalities in Health 10 Years on*, in: *British Medical Journal* 301, 1990, S. 373–377.

24 Die ausgeprägte Gegnerschaft des linksgerichteten Lagers der während der 1970er und 1980er durch scharfe ideologische Gegensätze gespaltenen britischen Soziologie gegenüber Thatcher wurde durch die Wissenschaftspolitik der Regierung noch verstärkt: Die sozialwissenschaftlichen Fakultäten an britischen Universitäten hatten allein zwischen 1981 und 1983 Budget-

Das Forschungskonzept der »health inequalities« verbreitete sich über den britischen Kontext hinaus schnell in den USA und etwas verzögert auch in Westeuropa. Es war insgesamt mit einem Aufschwung einer Forschungsrichtung verbunden, die individualistischen Erklärungen für Gesundheit und Krankheit kritisch gegenüberstand. Ein Teil dieser erstarkenden Sozialepidemiologie untersuchte den Einfluss des sozioökonomischen Status (SES) und anderer sozialer Determinanten auf die Wahrscheinlichkeit von Gruppen und Individuen, an bestimmten Krankheiten zu leiden oder verfrüht zu sterben.²⁵ Andere Forscher innerhalb dieser Richtung knüpften explizit an den relationalen »Health-Inequalities«-Ansatz an, der stärker auf ungleiche Verteilung von Ressourcen und Teilhabe innerhalb der Gesellschaft abzielte als der SES.²⁶ Die Verwendung innerhalb der Forschung ist dabei unterschiedlich: Der Begriff kann erstens meinen, dass de facto ungleiche Zugänge zu Gesundheitsleistungen existieren und bestimmte Gruppen dabei benachteiligt werden – etwa weil sie sich die Versorgung nicht leisten können, weil sie bei Knappheit zuletzt bedacht werden oder weil die Versorgung nicht ihren speziellen Bedürfnissen entspricht. Zweitens wird unter »health inequalities« der Gesundheitszustand und daraus resultierend die Lebenserwartung sozialer Gruppen verstanden, und zwar unabhängig davon, welchen Zugang zu Gesundheitsleistungen sie haben. Eine solche output-orientierte Definition des Begriffs ist insgesamt häufiger anzutreffen, weil die darauf aufbauende Forschung von der staatlichen Erfassung demografischer Entwicklungen profitieren kann.

III. ENTSTEHUNG UND ROLLE DES BLACK-REPORTS

Dass sich Unterschiede in Besitz und Einkommen in ungleichen (Über-)Lebenschancen niederschlugen, war zunächst einmal keine neue Erkenntnis und während des 20. Jahrhunderts auch ohne das Label der »health inequalities« immer wieder Gegenstand politischer Debatten und sozialstaatlicher Interventionsversuche gewesen. Schon die liberalen Wohlfahrtsreformen der 1900er und 1910er Jahren hatten – unter anderem durch eine Professionalisierung des Hebammenberufs und kostenlose Schulspeisungen – auf ein Absenken der unter armen Briten hohen Kinder- und Müttersterblichkeit abgezielt und eine vergünstigte Krankenversicherung für Arbeiter mit niedrigem Einkommen eingeführt.²⁷ Mit der Gründung des »National Health Service« und der steuerfinanzierten Bereitstel-

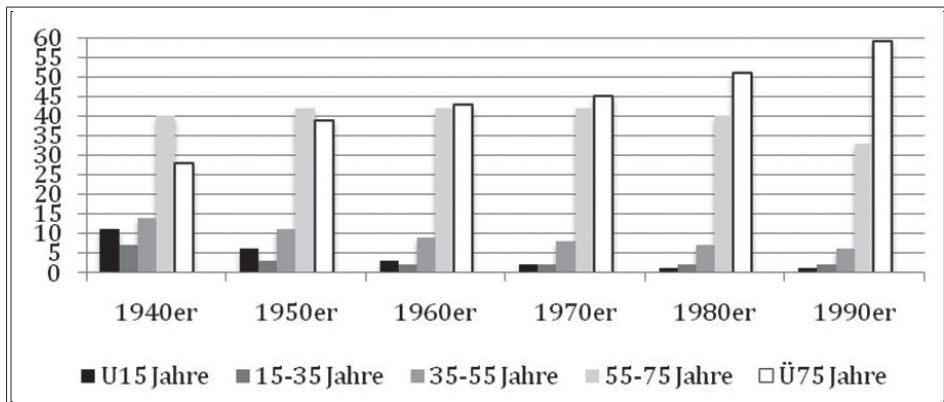
kürzungen von 13% zu verkraften, sodass viele Nachwuchswissenschaftler in diesem Feld entweder ihre Stelle verloren oder keine Anstellung finden konnten. Gleichzeitig öffnete sich die besser ausgestattete Medizin nur zögerlich für Medizinsoziologen. Vgl. *Fran Collyer*, *Mapping the Sociology of Health and Medicine. America, Britain and Australia Compared*, Basingstoke/New York 2012, S. 110.

- 25 Vgl. als Beispiele für diese Forschungslandschaft: *J. Michael Oakes/Peter H. Rossi*, *The Measurement of SES in Health Research. Current Practice and Steps Towards a New Approach*, in: *Social Science & Medicine* 56, 2003, S. 769–784; und *Bruce G. Link/Jo Phelan*, *Social Conditions as Fundamental Causes of Disease*, in: *Journal of Health and Social Behavior* 1995 (Extra Issue), S. 80–94.
- 26 Seit den 1990er Jahren deutet sich eine Ausdifferenzierung zwischen »health inequalities« und »health iniquity« an: Während »health inequalities« in einigen jüngeren Arbeiten eher »natürliche« (sozial unveränderbare) Unterschiede wie Geschlecht und genetische Dispositionen für Krankheiten meint, bezieht sich »health iniquity« auf Unterschiede, die durch sozioökonomische Umstände und durch sie hervorgerufene Einschränkungen für das Individuum entstehen. Vgl. dazu: *Margaret Whitehead*, *The Concepts and Principles of Equity and Health*, in: *International Journal of Health Services* 22, 1992, S. 429–445.
- 27 *Midwives Act of 1902*, 2 Edw. VII, Sp. 17; *Children Act of 1908*, 8 Edw. VII, Sp. 67; *National Insurance Act of 1911*, 1 and 2 Geo. V, Sp. 55.

lung einer für den Patienten kostenlosen Gesundheitsversorgung schien in den 1940er Jahren dann die Lösung des Problems gefunden zu sein. Der NHS verzeichnete einen enormen Zustrom armer Patienten, die sich bisher Krankenhausbehandlungen und Operationen nicht hatten leisten können. Auch die kostenlose Primärversorgung war ein Meilenstein: Im Gegensatz zu den Arbeitern in der Nationalversicherung hatten ihre Frauen und Kinder für die Behandlung durch den Hausarzt bisher selbst zahlen müssen, wozu viele Familien – insbesondere solche mit vielen Kindern – nicht in der Lage gewesen waren.

Der NHS hatte seit seiner Gründung mit einer Knappheit an Ressourcen zu kämpfen, die zu langen Wartelisten für Facharztbehandlungen und Operationen führte. Zur ersten Winterkrise – einer Überbelastung der Einrichtungen durch zusätzliche Patienten mit schweren Grippeerkrankungen – kam es bereits 1952. Auch der Bau weiterer Zentralkrankenhäuser, den sowohl konservative als auch Labour-Regierungen seit Ende der 1950er Jahre priorisierten, konnte die Überlastung des Systems nicht beheben.²⁸ Trotz dieser Defizite ließe sich die demografische Entwicklung der Nachkriegsjahrzehnte als Erfolgsgeschichte einer Kombination wachsender Prosperität, medizinischen Fortschritts und gesellschaftlicher Teilhabe durch den NHS erzählen: Der Anteil der Bevölkerung, der älter als 75 Jahre alt wurde, stieg zwischen 1950 und 2000 von 28 auf 59 % an und nur noch 1 % der Bevölkerung statt 11 % verstarb Ende des 20. Jahrhunderts im Kindes- und Jugendalter. Medizinhistoriker wie Thomas McKeown haben die zentrale Rolle der Gesundheitsfürsorge und Medizin bei diesen demografischen Veränderungen allerdings bestritten und stattdessen ökonomische Veränderungen in den Fokus gestellt.²⁹

Abbildung 1: Erreichtes Lebensalter der Bevölkerung in England und Wales³⁰



Zudem wurde aus den Reihen des NHS bereits seit den 1960er Jahren die Diagnose kommuniziert, dass die positive Gesamtentwicklung von Gesundheit und Lebenserwartung trotz formal gleichem Zugang zu medizinischer Behandlung auf einer ungleichen Entwicklung basierte. Die amtlichen Todesstatistiken, die regelmäßig durch das »British Medical Journal« veröffentlicht und analysiert wurden, untermauerten diesen Befund: Sie erfassten in Großbritannien neben der Todesursache bereits seit den 1920er Jahren auch

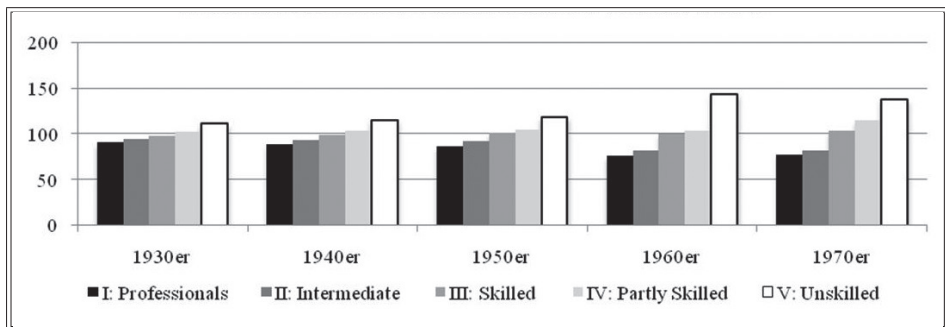
28 Ulrike Lindner, Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik im Vergleich, München 2004, S. 115–117.

29 Thomas McKeown, *The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis?*, Oxford 1979.

30 Daten entnommen aus: John Charlton, *Trends in All-Cause Mortality 1841–1994*, in: *ders./Mike Murphy* (Hrsg.), *The Health of Adult Britain 1841–1994*, Bd. 1, London 1997, S. 17–29, hier: S. 24.

die soziale Stellung der Verstorbenen und teilten die Bevölkerung anhand der beruflichen Qualifikation in fünf (später sieben) Klassen ein. Frauen, die nicht selbst voll erwerbstätig waren, wurden dabei in dieselbe Klasse wie ihr Mann eingeordnet. Das in britischen Statistiken zwischen 1911 und 2001 verwendete Klassenmodell³¹ ging davon aus, dass die berufliche Qualifikation des männlichen Ernährers Einkommen, Bildungsstand und Lebensstandard der ganzen Familie prägte – Faktoren wie der Einfluss von Arbeitslosigkeit oder Genderunterschiede spielten bei dieser Einteilung keine Rolle. Der zentrale Indikator, mit dem klassenspezifische Abweichungen der Gesundheit gemessen wurden, waren standardisierte Mortalitätsraten, die angaben, wie sich die Wahrscheinlichkeit der Angehörigen einer Klasse, vor dem Erreichen des Rentenalters zu sterben, zum Durchschnitt der Gesellschaft verhielt.³²

Abbildung 2: Standardisierte Mortalitätsraten nach sozialer Klasse³³



Die relative Wahrscheinlichkeit eines vorzeitigen Todes hatte sich demnach für die unterste soziale Klasse der ungelerten Arbeiter im Verhältnis zum Rest der britischen Gesellschaft deutlich erhöht – ihre standardisierte Mortalitätsrate stieg von 115 % während der 1940er Jahre auf 143 % während der 1960er Jahre an. Den geringsten Unterschied zeigte die Lebenserwartung der sozialen Klassen ausgerechnet während der von Massenarbeitslosigkeit und -armut geprägten 1930er Jahre. Nachdem Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Diphtherie und Masern, die klassenübergreifend die häufigste Todesursache dargestellt hatten, durch effektivere Quarantänemaßnahmen, Impfungen und die Behandlung mit Antibiotika eingedämmt worden waren, wirkten sich klassenspezifische Lebensumstände und Lebensstile stärker aus.³⁴ Die Teilhabe am medizinischen Fortschritt der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, die der NHS vermittelte, konnte diesen Trend zu größerer Ungleichheit nicht aufhalten, obschon die absolute Lebenserwartung aller sozialen Klassen kontinuierlich anstieg.

31 Vgl. zur multiplen Funktion der Klasse als statistischer Kategorie, Selbstbeschreibung gesellschaftlicher Gruppen und historiografischer Analysekatgorie: Kerstin Brückweh/Martina Steber, Aufregende Zeiten. Ein Forschungsbericht zu Neuansätzen der britischen Zeitgeschichte des Politischen, in: AfS 50, 2010, S. 671–701, hier: S. 676–688.

32 Vgl. als Beispiel: o.A., Occupational Mortality. New Data for England and Wales, in: British Medical Journal, 1958, S. 637f.

33 Daten entnommen aus: David Gordon/Elisabeth Lloyd/Martyn Senior u. a., Targeting Poor Health. Wales NHS Resource Allocation Review, Bristol 2002, S. 7, URL: <[http://www.bristol.ac.uk/poverty/downloads/regionalpovertystudies/NHS-RAR\(2\).pdf](http://www.bristol.ac.uk/poverty/downloads/regionalpovertystudies/NHS-RAR(2).pdf)> [28.7.2014].

34 John Charlton/Mike Murphy, Trends in Causes of Mortality 1841–1994 – an Overview, in: dies. (Hrsg.), The Health of Adult Britain 1841–1994, Bd. 1, London 1997, S. 30–57.

Für die seit 1974 regierende Labour-Partei wurde die Gesundheitspolitik vor dem Hintergrund dieses Befunds steigender Ungleichheit und finanzieller Engpässe zunehmend zum Problem. Ihr Wahlmanifest von 1974 hatte zwar keine größeren Mehrausgaben für den NHS versprochen, sondern sich auf eine Angleichung von Standards durch die Abschaffung privater Gesundheitsleistungen konzentriert.³⁵ Der NHS spielte im Selbstverständnis von Labour jedoch eine zentrale Rolle, und die De-facto-Kürzung der NHS-Mittel im Budget von 1977/78, die Kanzler Denis Healey vor dem Hintergrund eines an Einsparzusagen geknüpften Kredits des Internationalen Weltwährungsfonds veranlasst hatte, brachte der Regierung heftige Kritik aus den eigenen Reihen ein. Vor allem die mit der Partei affilierte »Socialist Medical Association« (SMA, seit 1981 »Socialist Health Association«) drängte auf eine Ausweitung von Gesundheitsleistungen und eine Stärkung der Prävention. Bei einer Rede im März 1977 vertröstete der für den NHS zuständige Sozialminister David Ennals Forderungen nach höheren Gesundheitsausgaben mit Verweis auf die klammern Kassen auf wirtschaftlich bessere Zeiten, betonte aber gleichzeitig, dass die Ziele der Regierung mit der sozialistischen Agenda der SMA übereinstimmen:

»We must move from the concept of making services equally available to everyone to making health equally available to everyone. [...] It is a long-term objective, because we simply don't know exactly how and where we can break the cycle of subnormal health or inadequate health in deprived families. I am sure you will agree with me that this is a thoroughly socialist objective.«³⁶

Der Minister kündigte in diesem Rahmen die Einrichtung einer Expertenkommission an, die der Regierung durch bessere Informationen über den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit helfen sollte, diesen Kreislauf zu durchbrechen. Labours Ansprechpartner war dabei vor allem der an der SMA beteiligte Soziologe Peter Townsend, während die formale Leitung der Kommission bei dem Mediziner Sir Douglas Black, dem Präsidenten der Ärztekammer, lag. Der Auftrag der Kommission bestand darin, Datenmaterial zu »health inequalities« in Großbritannien – wenn möglich auch international vergleichend – zu sammeln und Empfehlungen für Reformen auszusprechen.

Die Kommission zog den Quotienten aus der Mortalitätsrate der fünften Klasse – der ungelerten Arbeiter – und der Rate der ersten Klasse – der Führungskräfte – als zentralen Indikator für »health inequalities« heran. Für das Jahr 1971 lag der Quotient bei 2,5 – ungelerte Arbeiter, die insgesamt 8,4 % der Bevölkerung ausmachten, starben also zweieinhalbmal so häufig wie Führungskräfte (5 % der Bevölkerung) vor dem Erreichen des Rentenalters.³⁷ Es war diese griffige Formel, die aus dem Report am häufigsten zitiert werden und den größten politischen Effekt haben sollte.

Im Bericht angeführte Einzelbefunde wiesen darauf hin, dass eine Vielzahl von Faktoren wie Geschlecht, Ethnizität, Einkommen, Arbeitslosigkeit, Bildungsgrad, Lebensstil, die Wohnsituation und der Besitz eines Autos den Gesundheitszustand erheblich beeinflussten. Einige dieser Befunde waren durchaus überraschend: So hatten in Indien oder der Karibik geborene Angehörige der unteren sozialen Schichten im Großbritannien der frühen 1970er Jahre eine deutlich höhere Lebenserwartung als die Durchschnittsbevölkerung.³⁸ Auch der Faktor »Geschlecht« hatte erhebliche Auswirkungen auf die Lebens-

35 The Labour Party Manifesto, October 1974.

36 David Ennals, »Speech to the Socialist Medical Association, 27.03.1977«, veröffentlicht auf URL: <<http://www.sochealth.co.uk/resources/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/the-origin-of-the-black-report/david-ennals-speech-to-the-socialist-medical-association/>> [17.4.2014].

37 Townsend/Davidson, The Black Report, S. 49.

38 Selbst wenn man berücksichtigt, dass es sich um Migranten der ersten Generation handelte, die als Commonwealth-Angehörige zwar keinem vom Einwanderungsland organisierten medizinischen, aber durchaus einem sozialen Selektionsprozess unterzogen worden waren, der offen-

erwartung der britischen Bevölkerung: Ende der 1970er Jahre war er so wirkmächtig, dass Frauen aus der untersten Klasse trotz der zu unterstellenden erheblichen Unterschiede im verfügbaren Familieneinkommen durchschnittlich ebenso lange lebten wie männliche Mitglieder der obersten Klasse.³⁹

Die in den Daten dokumentierten multiplen Dimensionen von Ungleichheit spielten in der Analyse des Berichts jedoch nur eine untergeordnete Rolle. Der Black-Report brach mit der während der 1970er Jahre dominanten Vorstellung, dass die bekannten unterschiedlichen Mortalitätsraten der sozialen Klassen primär aus drei Gründen zustande kämen: Umwelteinflüsse, Verhaltensweisen und Vererbung.⁴⁰ Er argumentierte demgegenüber, die vorliegenden Ergebnisse ließen den Schluss zu, dass Ungleichheiten im Gesundheitszustand hauptsächlich durch materielle Deprivation zustande kämen, die dem Einfluss der engeren Gesundheitspolitik in ihrer aktuellen Konzeption entzogen seien. Der Bericht interpretierte Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkoholkonsum oder Ernährung primär als Folge sozioökonomischer Determinanten.⁴¹

Der Kommissionsmeinung zufolge waren die unteren sozialen Klassen trotz der kostenlosen Gesundheitsversorgung innerhalb des NHS benachteiligt, da sie unter anderem seltener den Arzt aufsuchten als die beiden oberen Klassen. Die Kommission sah statt einer Angebotspolitik, die auf die Qualität der Einrichtungen und offensichtliche Hindernisse wie Wartelisten fokussierte, eine deutliche Ausweitung sozialstaatlicher Leistungen (zum Beispiel die Wiedereinführung von Schulspeisungen und die Ausgabe von Milch in Schulen) und eine aktivierendere Gesundheitspolitik vor, welche die gefährdeten Gruppen zur Nutzung der NHS-Angebote anhalten sollte. So sei etwa deutlich mehr frühzeitige Prävention und Intervention bei Kindern aus den am stärksten deprivierten Gegenden nötig.

Der Black-Report kombinierte bei seiner Analyse auch Daten, die unterschiedliche Bezugsgrößen aufwiesen: So stammten zum Beispiel die einzigen Daten zur unterschiedlichen Nutzung primärer Versorgungsangebote durch die sozialen Klassen, die in den Schlussfolgerungen der Kommissionen einen wichtigen Rang einnahmen, aus dem Jahr 1955⁴², während der Bericht mit standardisierten Sterblichkeitsraten aus dem Jahr 1971 arbeitete. Solche Lücken wurden nicht durch eigene Primärforschung gefüllt, sodass der Bericht letztlich kaum verlässliche Korrelationen aufzeigen konnte. Zum umfangreichen Maßnahmenkatalog, den der Report vorschlug, gehörte allerdings auch gezielte weitere Forschung zu »health inequalities«.⁴³

Verglichen mit der Pionierwirkung im medizinsoziologischen Forschungsfeld war die Reaktion der politischen Auftraggeber der Studie eher verhalten: Die Black-Arbeitsgruppe überreichte ihre Ergebnisse 1979 der Regierung, die zu diesem Zeitpunkt bereits seit

sichtlich kranke Personen seltener auswandern ließ als gesunde, wiesen diese Gruppen auffällig niedrige Mortalitätsraten auf: 73 (Indien und Pakistan) beziehungsweise 75 (West Indies) gegen 110 bei ungelerten Arbeitern, die im Vereinigten Königreich und Irland geboren worden waren. »Professionals«, also Hochqualifizierte, die »bürgerlichen« Berufen nachgehen, beispielsweise Ärzte, Juristen oder Pfarrer, aus dem Commonwealth wiesen hingegen deutlich höhere Werte auf als ihre sozial tiefer stehenden Landsleute. Diese Anomalie lässt sich mit geringen Zahlen der oberen sozialen Klassen unter den Einwanderern erklären, von denen unverhältnismäßig viele extra zur Behandlung schwerer Erkrankungen nach Großbritannien gekommen waren. Vgl. ebd., S. 51.

39 Angela Donkin/Peter Goldblatt/Kevin Lynch, Inequalities in Life Expectancy by Social Class, 1972–1999, in: Health Statistics Quarterly 15, 2002, S. 7.

40 Sally MacIntyre, The Black Report and Beyond. What Are the Issues?, in: Social Science & Medicine 44, 1997, S. 723–745.

41 Townsend/Davidson, Black-Report, S. 114f.

42 Ebd., S. 54.

43 Ebd., S. 160–208.

einigen Monaten von der konservativen Partei unter Premierministerin Margaret Thatcher gestellt wurde. Der neue Gesundheitsminister Patrick Jenkin ließ 1980 mit weniger als 300 Exemplaren nur eine relativ kleine Zahl an Kopien anfertigen und verzichtete auf die bei großen Regierungsberichten eigentlich übliche Drucklegung. Jenkin stellte dem kopierten Originaltext ein knappes Vorwort voraus, in dem er sich im Namen der Regierung von den Forderungen der Kommission distanzierte: Der Bericht sei nicht nur daran gescheitert, die tatsächlichen Ursachen der »health inequalities« herauszuarbeiten, sondern auch daran, die Effizienz der von der Kommission vorgeschlagenen Maßnahmen zu beweisen. Unabhängig von dieser Kritik an der Aussagekraft des Berichts sei die Umsetzung der Vorschläge mit Mehrkosten von über 10 % des Budgets des Sozialstaats insgesamt zu beziffern, was angesichts der ökonomischen Situation als illusorisch abgelehnt werden müsse. Jenkin argumentierte, er sei in seiner Kritik am Bericht ebenso wie mit seiner Entscheidung für eine lediglich interne Publikation in geringer Auflage der Einschätzung der politisch neutralen Beamten seines Ministeriums gefolgt.⁴⁴ Sowohl die Opposition als auch die maßgeblichen medizinischen Fachjournale kritisierten das Vorgehen der Regierung jedoch scharf: Aus Sicht der Kritiker hatten Jenkin und der Rest des Kabinetts versucht, einen nicht zu ihrer politischen Agenda passenden wissenschaftlichen Befund zu unterdrücken.⁴⁵ 1982 veröffentlichte der Penguin-Verlag den Bericht in einer gekürzten Fassung.

Der Black-Report war 1979/80 Gegenstand mehrerer Debatten des Unterhauses sowie einer Debatte im Oberhaus. Labour befand sich dabei im Zwiespalt zwischen einer konstruktiven Mitarbeit an Reformen zu Problemlagen und einer möglichst effektiven Skandalisierung der Regierungspolitik. Die Opposition verfolgte dementsprechend zwei kaum vereinbare Ziele: Die Regierung zu einer Umsetzung der im Bericht genannten Maßnahmen zu bewegen und die Wählerschaft gleichzeitig davon zu überzeugen, dass die Tories an der Lebenssituation unterer sozialer Schichten kein ernsthaftes Interesse hätten. Eine Strategie der Opposition bestand darin zu betonen, wie viele Leben von Arbeitern pro Jahr unnötig verloren gehen würden, wenn der Staat die geforderten Investitionen nicht vornehme. Es wurde also eine direkte Kausalität unterstellt, durch die der Staat als die für die »health inequalities« verantwortliche Instanz in den Vordergrund trat: »If the dreams of Professor Peter Townsend are not applied, it will probably mean 30,000 avoidable working-class deaths per year. That is what the right hon. Gentleman [= Jenkin] is trying to brush under the carpet, and it is not good enough.«⁴⁶ Die umfassende Umsetzung der Vorschläge im Black-Report zu verweigern, sei daher Ausdruck jenes neuen »unsozialen« Geistes, der mit dem Sieg Margaret Thatchers in der britischen Regierung Einzug gehalten habe.

Die Regierung reagierte eher defensiv – so gingen die konservativen Abgeordneten kaum auf Einzelergebnisse des Berichts ein, auch wenn diese ihre Position in einigen Fragen gestärkt hätten. Die Kommission hatte mit Verweis auf Zensusdaten aus den Jahren 1970 bis 1975 zum Beispiel festgehalten, dass die standardisierten Mortalitätsraten der untersten Klasse denen der Mittelschichten (und damit dem gesellschaftlichen Durchschnitt) glichen, wenn sie in Eigentumswohnungen oder eigenen Häusern lebten. Mieter sowohl von privaten Immobilien als auch von Sozialwohnungen aus dieser Klasse zeig-

44 Patrick Jenkin, *Dispelling the Myths of the Black Report. A Memoir*, in: *Contemporary British History* 3, 2002, H. 16, S. 123–130.

45 *Townsend/Davidson*, *Black-Report*, S. 1–32; Debatten des Unterhauses am 3.2.1981, Hansard, Bd. 998, 1981, S. 133–134.

46 Redebeitrag *Roland Moyle*, Debatten des Unterhauses am 27.10.1980, Hansard, Bd. 991, 1980, S. 65–166.

ten hingegen eine deutlich kürzere Lebenserwartung.⁴⁷ Trotz dieses Befunds findet sich in den Parlamentsprotokollen kein Verweis auf eine zu erwartende positive Auswirkung der »Right-to-buy«-Politik, die die Regierung gerade implementiert hatte.⁴⁸

Vereinzelt plädierte die Regierung jedoch bereits für ein vom Gleichheitsideal abweichendes Ziel, das Minister Jenkin wie folgt zusammenfasste:

»The right hon. Gentleman may be right. I have never regarded it as a fundamental part of my political philosophy to achieve a greater equality. I have devoted my political life to raising the quality of service for everyone. It matters to me far less that there is inequality, provided that I can point to a steady improvement in the condition of the people.«⁴⁹

Verbessert werden sollte die Gesundheit aller durch eine Orientierung an klaren Effizienz-Zielen wie der Absenkung von Wartezeiten, statt nicht vorhandenes Geld für sozialpolitische Maßnahmen auszugeben, deren Wirkung spekulativ sei. Das Argument, Ungleichheit sei akzeptabel, solange alle Klassen am Fortschritt partizipierten, sollte für den politischen Erfolg der Konservativen während der 1980er Jahre zentral werden.

IV. DIE GESUNDHEITSPOLITISCHEN AUSEINANDERSETZUNGEN DER 1980ER JAHRE

Die Debatten um den Black-Report stellten nur den Auftakt einer Reihe intensiver Kontroversen um den NHS und seine Leistungen dar, die Politik und Medien Großbritanniens während der 1980er Jahre beschäftigten.

Abbildung 3: Number of Media Stories on Health⁵⁰

	1983	1985	1987	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
<i>Telegraph</i>	82	110	157	408	349	269	240	222	206	246	295
<i>Times</i>	97	170	181	77	318	202	230	216	209	214	268
<i>Guardian</i>	111	153	153	35	331	296	273	287	280	353	362
<i>Independent</i>	0	0	0	300	358	318	270	284	256	299	331
Total (excludes <i>Independent</i>)	290	433	491	520	998	767	743	725	695	813	925
Total (includes <i>Independent</i>)	290	433	491	820	1356	1085	1013	1009	951	1112	1256

Eine dichte Medienberichterstattung über den NHS, die weitaus eher von harscher Kritik an seinen Leistungen als von Lob geprägt war, war in Großbritannien traditionell üblich und hing mit der zentralen Rolle des Gesundheitsdienstes im britischen Wohlfahrtsstaat zusammen: Defizite wie die ritualisierte Skandaldiagnose, die Gesundheitseinrichtungen seien der winterlichen Grippewelle nicht gewachsen, und lange Wartelisten für Operationen oder Krebsbehandlungen wurden in Großbritannien seit den frühen 1950er Jahren

47 Townsend/Davidson, Black-Report, S. 52.

48 Housing Act of 1980, Sp. 51.

49 Redebeitrag Patrick Jenkin, Debatten des Unterhauses am 27.10.1980, Hansard, Bd. 991, 1980, S. 65–166.

50 Roger Jowell/John Curtice/Alison Park u.a. (Hrsg.), British Social Attitudes the 14th Report. The End of Conservative Values (BSA 14), Aldershot 1997, S. 70.

immer wieder zum Politikum. Im Gegensatz zu den Gesundheitssystemen anderer Länder war der NHS nicht durch ein komplexes Nebeneinander und die Verflechtung staatlicher, privatwirtschaftlicher sowie gemeinnütziger Akteure geprägt, sondern bot Kritikern durch die alleinige Zuständigkeit des Staats ein klares Ziel. Private Krankenversicherungen blieben in Großbritannien auch während der 1980er Jahre auf einem vergleichsweise niedrigen Level (1983: 11 %; 1993: 15 %)⁵¹ und in vielen dieser Fälle handelte es sich um Versicherungspolizen, die nur bestimmte Teilleistungen abdeckten wie etwa Zahnersatz oder Einzelzimmer bei Krankenhausaufenthalten. Akteure, die überhaupt nicht mit NHS-Einrichtungen in Kontakt kamen, stellten daher eine sehr kleine Minderheit dar. Die überwältigende Mehrheit der Briten zog folgerichtig den Staat – genauer gesagt die jeweilige Regierung – für ihren Zugang zu medizinischer Versorgung und deren Qualität zur Verantwortung.

Zudem war die Gesundheitspolitik von Beginn an eine Schwachstelle der neuen konservativen Regierung: Laut Umfrageergebnissen war der Umgang mit dem NHS eines von zwei Politikfeldern, bei dem die Mehrheit der Befragten eine Zuständigkeit von Labour-Politikern vorzog.⁵² Die Konservativen hatten in ihrem Wahlprogramm von 1979 versprochen, das universelle Prinzip des NHS trotz einer stärkeren Förderung privater Zusatzversicherungen zu erhalten und sein Budget von Kürzungen auszunehmen: »It is not our intention to reduce spending on the Health Service, indeed, we intend to make better use of what resources are available.«⁵³ Vor allem seit dem Erfolg im Falklandkrieg von 1982 formulierte Thatcher jedoch eine radikale Kritik am Wohlfahrtsstaat, die dieses Versprechen infrage zu stellen schien. Im Vorfeld der Wahlen von 1983 versuchte Thatcher, Ängste vor einer möglichen Privatisierung des NHS mit dem Slogan »The National Health Service is safe in our hands« zu besänftigen.⁵⁴

Die Labour Party versuchte, die Zweifel am Bekenntnis der Konservativen zum Erhalt des NHS für sich zu nutzen, und erhob die Gesundheitspolitik während der 1980er Jahre zu einem ihrer Kernthemen. In ihrem Programm für die Parlamentswahlen von 1983 versprach Labour, als Regierungspartei den Ausbau privater Gesundheitsleistungen zu stoppen und private Krankenhäuser sowie die Pharmaindustrie als Teil des NHS zu verstaatlichen – gleichzeitig sagte das Programm nur relativ moderate Budgetsteigerungen von inflationsbereinigten 3 % zu. Das Wahlprogramm griff zahlreiche Forderungen des Black-Reports zur Prävention und Gesundheitsförderung auf. Es sprach jedoch lediglich von einer Beseitigung von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung und nicht – wie es Labour-Abgeordnete in diversen Parlamentsdebatten getan hatten – von einer Abschaffung der »health inequalities« als Ziel.⁵⁵ Im Wahlkampf 1983 gelang es Labour nicht, die Präferenz der Wähler für ihre Gesundheitspolitik auch in eine politische Mehrheit zu übersetzen. Im Laufe des Wahlkampfes verloren sozialpolitische Themen, bei denen sich Labour als die »mitfühlendere« Partei positionieren konnte, zunehmend an Bedeutung.⁵⁶ Demgegenüber nahmen verteidigungspolitische Debatten einen deutlich größeren Raum ein. Die vom Labour-Vorsitzenden Michael Foot ins Zentrum des Wahlkampfes gestellte Strategie unilateraler nuklearer Abrüstung traf laut einer nationalen Meinungsumfrage bei nur 16 %

51 Abbildung entnommen aus: Roger Jowell/John Curtice/Lindsay Brook u.a. (Hrsg.), *British Social Attitudes the 11th Report* (BSA 11), Aldershot 1994, S. 55.

52 Das andere Politikfeld war das des »industrial peace«. Vgl. Rudolf Klein, *The New Politics of the NHS. From Creation to Reinvention*, Oxford 2010, S. 113.

53 Conservative Party Manifesto, 1979.

54 Rudolf Klein, *Why Britains' Conservatives Support a Socialist Health Care System*, in: *Health Affairs* 4, 1985, S. 41–58, hier: S. 42.

55 British Labour Party Election Manifesto, 1983.

56 David Butler/Dennis Kavanagh, *The British General Election of 1983*, London 1984, S. 132f.

der Wahlbevölkerung auf Zustimmung und über 50 % befürchteten, Großbritannien würde unter einer Labour-Regierung nicht angemessen verteidigt.⁵⁷ Hinzu kamen parteiinterne Streitigkeiten sowie die Konkurrenz der 1981 gegründeten SDP–Liberal Alliance, sodass Labour bei der Wahl Einbußen von 9 % hinnehmen musste und die Konservativen mit einer überwältigenden Unterhausmehrheit von 144 Abgeordneten weiterregieren konnten.

Die Strategie der Opposition zur Gesundheitspolitik als Schwachpunkt der Regierung scheiterte unter anderem, weil die Tories in diesem Punkt gerade kein ausreichend polarisierendes Gegenmodell boten. Thatcher und ihre engeren Berater hatten durchaus erwogen, den NHS zu privatisieren⁵⁸, hielten eine solche Reform aber für politisch nicht durchführbar. So beauftragte die Regierung den »Central Policy Review Staff« (CPRS)⁵⁹ zwar damit, mögliche Alternativen zu den ständig steigenden Ausgaben der öffentlichen Hand auszuarbeiten. Der dem Kabinett vorgelegte Entwurf vom September 1982 schlug neben der Einführung von Schulgeld an öffentlichen Schulen auch die Umstellung des Gesundheitswesens auf eine verpflichtende private Krankenvollversicherung vor.⁶⁰ Er stieß bei den eher traditionellen Ministern der sogenannten »Wet«-Fraktion⁶¹ aber auf herbe Kritik, und als der Economist die Vorschläge publik machte, distanzierte sich Thatcher offiziell von dem Entwurf.⁶² Im Gegensatz zum weitverbreiteten (Selbst-)Bild einer »conviction politician«, die politische Entscheidungen ausschließlich aus Überzeugung und nicht etwa mit Blick auf Mehrheiten traf⁶³, spielten wahltaktische Überlegungen bei der Aufgabe

57 Ebd., S. 282.

58 Dominik Geppert hat darauf hingewiesen, dass Thatcher als Oppositionschefin den NHS als Errungenschaft pries, gleichzeitig aber bereits die Effizienz des staatlichen Monopolsystems aufgrund fehlenden Wettbewerbs infrage stellte. Vgl. dazu: *Dominik Geppert*, *Thatchers konservative Revolution. Der Richtungswandel der britischen Tories (1975–1979)*, München 2000, S. 110f.

59 Der CPRS war 1971 von Premierminister Edward Heath innerhalb der Kabinettskanzlei eingerichtet worden, um als unabhängige Rechercheinheit den Informationszufluss für alle Minister sicherzustellen. Vgl. zur Konzeption des CPRS: *Peter Hennessy*, *The Prime Minister. The Office and Its Holders since 1945*, New York 2001, S. 339.

60 Long-Term Options. Memorandum by the Central Policy Review Staff C (82) 31, National Archives, CAB 129/215/6. Die von Vinen aufgestellte These (*Vinen*, *Thatcher's Britain*, S. 292.), weder Thatcher noch Mitglieder ihres Kabinetts hätten je ernsthaft eine Privatisierung des NHS erwogen, lässt sich angesichts dieser Quelle nicht aufrechterhalten.

61 Der Begriff »Wets« (im Gegensatz zu »Dries«) wurde meist von Journalisten, teilweise aber auch innerhalb der konservativen Partei selbst als Bezeichnung für Kabinettsminister verwendet, die Vorbehalte gegenüber einer radikalen Umsetzung monetaristischer Prinzipien äußerten.

62 *Mountains out of Molehills?*, in: *The Economist*, 9.10.1982. Angesichts heftiger Widerstände auch in der eigenen Partei verbreitete Thatcher in zahlreichen Publikationen eine Version der Ereignisse, der zufolge der CPRS auf eigene Faust radikale Vorschläge unterbreitet habe, die weder sie noch ihre Minister je ernsthaft erwogen hätten. Vgl. als Beispiel: *Margaret Thatcher*, *The Downing Street Years 1979–1990*, New York 1999, S. 277. Das PR-Debakel, das das Memorandum zur Wohlfahrtsreform auslöste, trug dazu bei, dass Thatcher den CPRS nach der Wahl von 1983 auflöste und seine Aufgaben an die unter Premierminister Harold Wilson eingerichtete »Number 10 Policy Unit« übertrug, die ausschließlich dem Premierminister zuarbeitete. Vgl. *Richard Wilson*, *Policy Analysis as Policy Advice*, in: *Michael Moran/Martin Rein/Robert E. Goodin* (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Public Policy*, Oxford/New York etc. 2006, S. 152–168, hier: S. 163.

63 Der Begriff wurde häufig von Journalisten in Interviewfragen verwendet, Thatcher brachte ihn aber auch selbst auf. Sie definierte ihn in einem Fernsehinterview für den US-amerikanischen Sender CBS im Mai 1986 wie folgt: »[I]f you are a conviction politician you believe in certain things. I do those things because I believe they are right and my job is to try to get over what I believe is right. People can choose then whether they follow that or follow others.« Der Text des Interviews findet sich auf URL: <<http://www.margarethatcher.org/document/106399>> [23.5.2014].

radikaler Privatisierungspläne in der Gesundheitspolitik eine zentrale Rolle: Während der 1980er Jahre war die überwältigende Mehrheit (phasenweise über 80 %) der britischen Bevölkerung dafür, mehr und nicht etwa weniger Steuergelder für den NHS auszugeben, auch wenn dies auf Kosten anderer staatlicher Ausgaben ging.

Abbildung 4: First or Second Priority for Extra Spending

	1983	1986	1990	1991	1993	1995	1996
	%	%	%	%	%	%	%
Health	63	75	81	74	70	77	80
Education	50	57	60	62	57	66	66
Housing	20	21	20	21	22	14	12
Police and prisons	8	7	7	6	10	10	11
Help for industry	29	16	6	10	14	9	9
Social security benefits	12	11	13	11	13	11	8
Base	1761	3100	2797	2918	2945	1234	3620

Anders fielen die Umfrageergebnisse der »British Social Attitudes survey« (BSA) zur Sozialhilfe aus: Obwohl die relative Armut in der britischen Gesellschaft vor allem seit 1986 stark anstieg – 1985 lebten 12,8 % aller Briten von weniger als 60 % des nationalen Medianeinkommens; 1990 waren es 22,2 %⁶⁴ –, gab nur maximal jeder achte Befragte an, der Staat solle vor allem hierfür mehr Geld ausgeben.⁶⁵ Eine konsequente Privatisierung des NHS war nicht nur in der Gesamtgesellschaft unbeliebt, sondern auch unter konservativen Wählern und Unterstützern. Nur 31 % dieser für den Erfolg der Regierung zentralen Gruppe gaben an, überhaupt für eine Ausweitung privater Medizin im britischen Gesundheitssystem zu sein, von einer vollständigen Privatisierung ganz zu schweigen.⁶⁶ Dieses Bekenntnis zu einer starken Rolle des Staats im Gesundheitswesen schien kaum an die Leistungsfähigkeit des Systems gekoppelt zu sein, da 1983 nur 23 % der konservativen Befragten (1990: 36 %) angaben, selbst weitgehend oder sehr zufriedenstellende Erfahrungen mit dem NHS gemacht zu haben.⁶⁷

Ohne die Option einer systematischen Privatisierung blieben der Regierung Thatcher nur eher geringfügige Maßnahmen zur Kostensenkung, wie etwa die Rückkehr der unter der letzten Labour-Regierung beendeten Privatbettenbelegung in NHS-Krankenhäusern oder die ebenfalls bereits von vorherigen Regierungen erprobten Zuzahlungen zu Medikamenten. Die individuellen Zuzahlungen stiegen während der 1980er Jahre zwar an, jedoch blieben 85 % der Medikamentenabgabe zuzahlungsfrei, da Kinder, Senioren, Behinderte und Geringverdiener davon weiterhin ausgenommen waren.⁶⁸

64 Daten entsprechend den Angaben des Institute for Fiscal Studies.

65 BSA 14, S. 53.

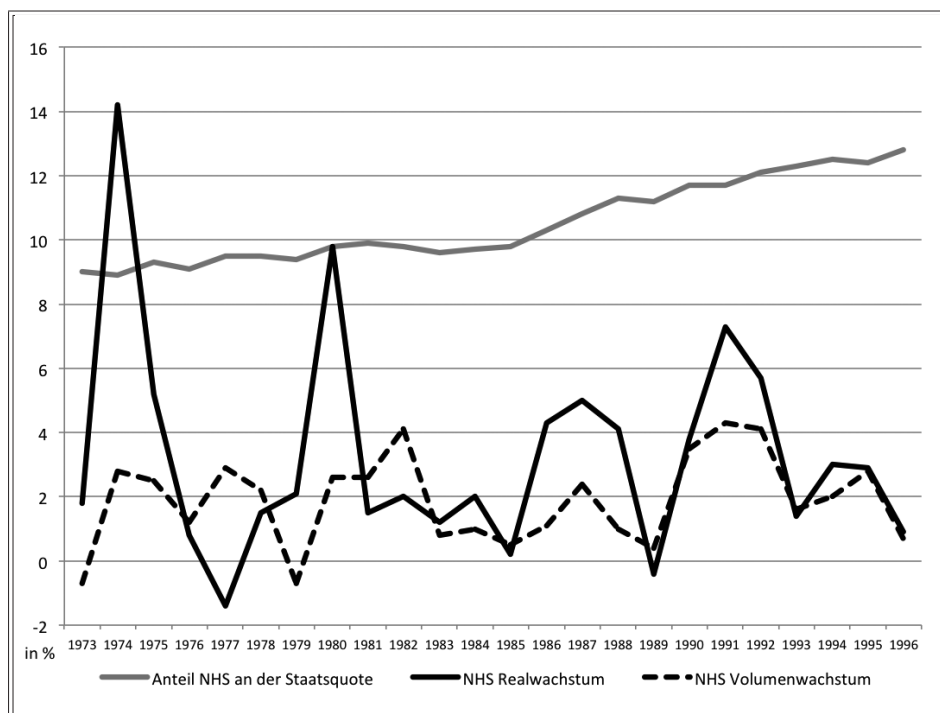
66 Roger Jowell/Colin Airey (Hrsg.), British Social Attitudes the 1984 Report, Aldershot 1984, S. 88.

67 BSA 11, S. 54.

68 Henry J. Aaron/William B. Schwartz, Can We Say No? The Challenge of Rationing Health Care, Washington 2005, S. 16.

Betrachtet man die Finanzierung des NHS während der übrigen Regierungszeit Thatchers, so zeigt sich das Scheitern radikaler Reformen: Trotz der zentralen Bedeutung, welche die Reduktion von Staatsausgaben im politischen Programm Thatchers einnahm, wurden die Mittel für den NHS nicht gekürzt. Die untenstehende Grafik zeigt die Entwicklung zweier inflationsbereinigter Wachstumsraten seiner Finanzierung⁶⁹, wobei sich das Realwachstum auf die Inflation insgesamt bezieht und das Volumenwachstum das Budget in Relation zur Inflation im Gesundheitssektor (wie Gehälter und Kosten für Medikamente) setzt. Das Volumenwachstum ist daher der aussagekräftigere Indikator für die Ausstattung des NHS und dieser lag während der Regierungszeit Thatchers bei einem Jahresdurchschnitt von 1,8 %, verglichen mit 1,5 % während der 1970er Jahre. Anfang der 1990er Jahre zeigten Umfragen, dass nur noch eine kleine Minderheit von 5 % der Bevölkerung befürchtete, die konservative Regierung könnte den NHS privatisieren.⁷⁰

Abbildung 5: NHS-Finanzierung 1973–1997



Vor dem Hintergrund von Budgetkürzungen insgesamt – wobei die Staatsquote allerdings erst 1986 wieder auf das Niveau zum Zeitpunkt der konservativen Regierungsübernahme sank – wird die Priorisierung des NHS noch deutlicher, da sein Anteil an den Staatsausgaben insgesamt während der Regierungszeit Thatchers von 9,4 % auf 11,7 % anstieg. Der britische Staat gab während der 1980er Jahre nicht nur mehr Geld für das Gesund-

⁶⁹ Eigene Darstellung auf Grundlage folgender Daten: Die Wachstumsraten des NHS sind aus *Jennifer Dixon/Anthony Harrison, Funding the NHS. A Little Local Difficulty*, in: *British Medical Journal* 314, 1997, S. 216–219, entnommen. Der Anteil des NHS an der Staatsquote basiert auf eigener Berechnung auf Grundlage der Angaben des Institute for Fiscal Studies.

⁷⁰ *Boix, Political Parties*, S. 194.

heitssystem aus als geplant, sondern er war auch stärker in das Mikromanagement des Systems involviert: Die von den Tories zu Oppositionszeiten geplante Dezentralisierung des NHS zugunsten lokaler Entscheidungsstrukturen ließ sich ab 1983 nicht mehr umsetzen, da der Konflikt zwischen steigendem Kostendruck auf der einen und einem zumindest gedeckelten Budgetwachstum auf der anderen Seite nach Meinung des Kabinetts nur mit zentralstaatlicher Planung und Effizienzsteigerung zu lösen war.⁷¹

V. SOZIOÖKONOMISCHE DEPRIVATION VERSUS »LIFESTYLE CHOICES«: »HEALTH INEQUALITIES« WÄHREND DER 1980ER JAHRE

Während der 1980er Jahre entwickelten sich die Lebenserwartungen der obersten und untersten sozialen Klassen der britischen Gesellschaft mit zunehmender Geschwindigkeit auseinander: Hatte der Quotient der Mortalitätsraten für das Jahr 1980 noch 2,5 betragen, so lag er 1990 bereits bei 2,9. Diese Polarisierung schien die These des Black-Reports zu bestätigen, dass nicht Gesundheitspolitik im engeren Sinne, sondern die Entwicklung sozialer Ungleichheit und materielle Deprivation »health inequalities« hervorriefen. Aber auch Ansätze, die größere Gesundheitsungleichheiten mit Lebensstilfaktoren erklärten, hatten eine gewisse Plausibilität: Studien zu Krankheiten, deren Ursachen relativ eindeutig im Lebensstil lagen, konnten auf die Längsschnittdaten der amtlichen Sterbestatistiken zurückgreifen. Sie zeigen, dass sich beispielsweise Leberzirrhose, die primär durch übermäßigen Alkoholkonsum verursacht wird und während der 1920er Jahre noch eine Domäne der Oberschichten gewesen war, seit den 1960er Jahren zu einer Krankheit der unteren sozialen Schichten entwickelt hatte. Briten mit geringer beruflicher Qualifikation starben daran Ende der 1980er Jahre mehr als doppelt so häufig wie der gesellschaftliche Durchschnitt.⁷² Zusätzlich wurden während der 1980er Jahre in Großbritannien erstmals Studien durchgeführt, bei denen die Teilnehmer systematisch nach als Risikofaktoren eingestuften Verhaltensweisen wie Rauchen, einseitige Ernährung und Bewegungsmangel befragt wurden.⁷³ Das Datenmaterial zeigte zwar, dass die in der Gesundheitsforschung häufig vorgebrachte These, gesundheitsfördernde Kampagnen wie die gegen Rauchen vergrößerten nur den Abstand zwischen den sozialen Klassen, indem sie das ohnehin gesundheitsbewusste Verhalten der oberen Klassen verstärkten und das gleichbleibende Verhalten der unteren Klassen stigmatisierten, so zugespitzt nicht zutraf.⁷⁴ Der Raucheranteil sank vielmehr in beiden sozialen Klassen ab – allerdings von so unterschiedlich hohen Niveaus, dass ungelernete Arbeiter immer noch doppelt so häufig rauchten wie Führungskräfte.⁷⁵ Auch der Vorsatz, das Rauchen in nächster Zeit aufgeben zu wollen, folgte

71 Klein, *The New Politics of the NHS*, S. 105.

72 Iain K. Crombie und Elaine Precious weisen zwar darauf hin, dass die Vermutung eines steigenden Alkoholkonsums nicht mit den Selbstbeschreibungen der unteren sozialen Klassen in diesem Zeitraum übereinstimmt, sehen aber keine alternative Erklärung für häufigere Erkrankung an Leberzirrhose. Vgl. dazu: *Iain K. Crombie/Elaine Precious, Changes in the Social Class Gradient of Cirrhosis Mortality in England and Wales across the 20th Century*, in: *Alcohol and Alcoholism* 46, 2011, S. 80–82.

73 *Mel Bartley/David Blane, Trends and Scenarios in Public Health in the UK*, in: *Amanda Killoran/Michael P. Kelly* (Hrsg.), *Evidence-based Public Health. Effectiveness and Efficiency*, Oxford/New York etc. 2010, S. 3–15, hier: S. 8.

74 Vgl. als Beispiele für diese These: *Geoffrey Rose, The Strategy of Preventive Medicine*, Oxford 1992, sowie *Katherine L. Frohlich, The Creation of a Smoking Class. How Prevention Efforts Can Deepen Social Inequalities in Health*, veröffentlicht auf URL: <<http://bibliothek.wzb.eu/artikel/2010/f-15741.pdf>> [11.4.2014].

75 *Bartley/Blane, Trends and Scenarios in Public Health in the UK*, S. 9.

laut einer Umfrage des BSA Anfang der 1990er Jahre klassenspezifischen Mustern.⁷⁶ Die Frage, ob sozioökonomische Umstände oder von ihnen geprägte, letztlich aber von Individuen entsprechend ihren persönlichen Vorlieben getroffene Entscheidungen der ausschlaggebende Faktor bei der Entstehung ungleicher Sterbemuster waren, ließ sich auch auf Grundlage der wachsenden Datenmenge nicht eindeutig beantworten. Kritiker der Lebensstilforschung wie Meredith Turshen warfen ihr vor, die Schuld an Erkrankungen den Opfern gesellschaftlicher Umstände zuzuschreiben und den Umgang mit sozial Schwachen insgesamt negativ zu beeinflussen.⁷⁷

Entgegen solchen Befürchtungen stand die britische Gesellschaft einer Benachteiligung von Patienten aufgrund ihres Lebensstils in weiten Teilen ablehnend gegenüber: Danach befragt, ob sich Faktoren wie Alter, Rauchen oder Übergewicht auf den Zugang zu knappen Gesundheitsleistungen auswirken sollten, gab die überwältigende Mehrheit der Interviewten Mitte der 1990er Jahre an, dies abzulehnen oder nicht entscheiden zu können. Diese ablehnende Mehrheit war beim Faktor »Alter« am größten (74 %) und beim Faktor »Rauchen« am kleinsten (58 %). Der Anteil der Befragten, der auch die tatsächliche Praxis im NHS als egalitär einschätzte, war jedoch geringer – bei den Faktoren »Alter« und »Gewicht« ging noch eine knappe Mehrheit (59 % beziehungsweise 53 %) davon aus, dass sie bei der medizinischen Behandlung der Betroffenen keine Rolle spielten. Anders beim Rauchen: Mehr als die Hälfte der Befragten gab an, Nichtraucher würden ihrer Einschätzung nach im NHS bevorzugt behandelt.⁷⁸

Der Nachfolger des Black-Reports kam 1987 zu einer ähnlich ambivalenten Einschätzung der Frage, inwiefern der NHS seinem Anspruch einer egalitären Behandlung der Patienten gerecht wurde. Der Whitehead-Report fasste auf Auftrag des Londoner Gesundheitsrats die Ergebnisse diverser sozialepidemiologischer Studien zusammen, die sich zum Teil widersprachen. So bezog der Bericht mit Verweis auf zwei Studien zu fehlenden Klassenunterschieden im Gesundheitsbewusstsein Stellung gegen die Lebensstilforschung und gegen die Annahme einer Kultur der Armut, die zu einem generationenübergreifenden Deprivationskreislauf führe.⁷⁹ Gleichzeitig hielt er fest, dass der Konsum der unteren Klassen – und vor allem der arbeitsloser Männer mit geringer Ausbildung – deutlich mehr Risikofaktoren und Extreme aufwies als der gesellschaftliche Durchschnitt.⁸⁰ Ähnlich wie der Black-Report füllte auch der Whitehead-Report bestehende Lücken der Datenlage nicht durch eigene Primärforschung. Der Bericht zog die Bilanz, dass die NHS-Einrichtungen, die von Mittel- und Oberschichten genutzt wurden, grundsätzlich nicht besser ausgestattet waren als die in ärmeren Einzugsgebieten und einen ähnlichen Behandlungsstandard boten. Ungelernte Arbeiter und ältere Personen bildeten jedoch zwei Gruppen, deren Mobilität so weit eingeschränkt war, dass es für sie schwieriger war, einen Arzt zu erreichen.⁸¹ Hausbesuche, die solchen Problemen hätten abhelfen können, führten Ärzte auch ohne finanzielle Anreize häufiger in Haushalte der obersten Klasse, die bereits die ambulanten NHS-Angebote überdurchschnittlich stark nutzten, als in Haushalte der tendenziell unterversorgten Risikogruppen.⁸² Eine andere vom Whitehead-Report zitierte Studie wies darauf hin, dass Patienten klassenübergreifend eine ähnliche Häufigkeit an

76 Roger Jowell/Lindsay Brook/Bridget Taylor u. a. (Hrsg.), *British Social Attitudes the 8th Report*, Aldershot 1991, S. 158.

77 Meredith Turshen, *The Politics of Public Health*, New Brunswick, NJ 1989.

78 BSA 14, S. 64.

79 Ebd., S. 68f.

80 Ebd., S. 65.

81 Margaret Whitehead, *The Health Divide. Inequalities in Health in the 1980's*, London 1987, S. 46.

82 Ebd., S. 47.

Hausarztbesuchen aufwies, die jedoch unterschiedlich zustande kam. Die Frequenz an Hausarztbesuchen ist für das britische Gesundheitssystem ein besonders wichtiger Indikator, da Patienten sowohl für stationäre Krankenhausbehandlungen als auch für ambulante Behandlungen durch die an die Krankenhäuser angeschlossenen Fachärzte eine Überweisung durch ihren Hausarzt benötigten. Während Angehörige der obersten Klasse sich häufiger aus eigener Initiative präventiv untersuchen ließen, gingen ungelernete Arbeiter eher aufgrund bereits bestehender Gesundheitsprobleme zu Hausärzten und erhielten im Anschluss mehr Kontrolltermine.⁸³ Es gab also sowohl Hinweise dafür, dass Hausärzte das Phänomen der »health inequalities« durch eine höhere Sensibilität gegenüber den medizinischen Bedürfnissen der oberen Klassen verstärkten als auch dafür, dass sie versuchten, die unteren Klassen trotz finanzieller Restriktionen engmaschiger zu betreuen.

Obwohl das Budget des NHS während der 1980er Jahre sektionsinflationbereinigt um 16,5 %⁸⁴ stieg, wuchs die Zahl von Patienten auf Wartelisten in diesem Zeitraum noch einmal deutlich an. Die zusätzlichen Mittel reichten nicht aus, um die durch den medizinischen Fortschritt dieser Zeit möglich gewordenen Operationen und Behandlungen zügig für alle betroffenen Patienten zu finanzieren. Großbritannien nahm jedoch beispielsweise bei der Entwicklung besserer Immunsuppressiva und der darauf aufbauenden Transplantationsmedizin eine Vorreiterrolle ein: Im Jahr 1987 wurde in einem NHS-Krankenhaus die weltweit erste kombinierte Herz-Lungen-Leber-Transplantation erfolgreich durchgeführt.⁸⁵ Die Frage der Verteilung knapper Ressourcen wurde während der 1980er Jahre vor dem Hintergrund einer erheblich veränderten Konstellation der britischen Gesundheitspolitik verhandelt, die neue Formen von Ungleichheit produzierte: Eine Vielzahl von Patienten- und Angehörigenorganisationen betrieb nun intensive Kampagnen- und Lobbyarbeit für die speziellen Forschungs- und Versorgungsbedürfnisse ihrer Mitglieder. Erste Ansätze dieser Entwicklung lassen sich in der Konsumentenbewegung der 1950er Jahre ausmachen – nun verdichtete und professionalisierte sich der Einsatz für Patientenrechte. Die verfolgten Ziele variierten je nach der Situation der Mitglieder: Die Zuweisung zusätzlicher Mittel für die Erforschung von Heilmöglichkeiten spielte bei fast allen Gruppen eine wichtige Rolle. Bei Krankheiten, die wie HIV/Aids oder Schizophrenie mit starken sozialen Stigmatisierungen einhergingen, stellte zusätzlich der Abbau von Diskriminierungen sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitssystems eine wichtige Forderung dar.⁸⁶ Der wachsende Einfluss advokatischer Interessenvertretung im Gesundheitssystem schuf eine direkte Kommunikationsebene zwischen Patienten und Politik, die es vor den 1980er Jahren in dieser Form nicht gegeben hatte. Sie ermöglichte Anpassungen des Gesundheitssystems an spezielle Bedürfnisse und Ängste von Patienten über den zwischen Arzt und Patienten verhandelten Einzelfall hinaus.⁸⁷ Einzelfälle wurden wesentlich schneller zum Politikum als zuvor. Einflussmöglichkeiten auf politische

83 Ebd., S. 50.

84 Eigene Berechnung auf Grundlage der Angaben bei *Dixon/Harrison, Funding the NHS*.

85 *David Hamilton, A History of Organ Transplantation. Ancient Legends to Modern Practice*, Pittsburgh, PA 2012, S. 380–412.

86 *Christine Hogg, Patient, Power and Politics. From Patients to Citizens*, London 1999, S. 42.

87 *Rebecca Dresser, The Role of Patient Advocates and Public Representatives in Research*, in: *Ezekiel J. Emanuel/Christine Grady/Robert A. Crouch u.a. (Hrsg.), The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics*, Oxford/New York etc. 2011, S. 231–241, hier: S. 231. Dresser zeigt auch die Nachteile des Einflusses von Patientenorganisationen auf: Diese lenkten Aufmerksamkeit und finanzielle Mittel zu stark in behandlungsorientierte Forschung, wodurch die Grundlagenforschung zu kurz komme. Außerdem sei ihre Priorisierung des bestmöglichen Ausgangs für jeden einzelnen Patienten mit der Logik von Doppelblindstudien, die einen zentralen Rang in der biomedizinischen Forschung einnehmen, nicht vereinbar, da ein Teil der Teilnehmer solcher Studien statt des potenziell lebensrettenden Medikaments nur ein Placebo erhält.

Entscheidungen waren unter den Patienten und Angehörigen jedoch ungleich verteilt: Organisationen, die es – seit den 1970er Jahren zunehmend unterstützt durch professionelle Lobbyisten⁸⁸ – verstanden, Marketingstrategien wie die telegene Inszenierung von Opfern der jeweiligen Krankheit geschickt mit dem Einsatz prominenter Unterstützer zu kombinieren, setzten sich in der von der Logik moderner Massenmedien geprägten Aufmerksamkeitsökonomie stärker durch als andere.⁸⁹

Die Regierung Thatcher reagierte ungeachtet ihrer ansonsten tendenziell abwehrenden Haltung gegenüber Interessengruppen⁹⁰ auf die wachsende Bedeutung der Patientenorganisationen, indem sie eine Charta zu Patientenrechten (»Patient's Charter«) plante, die schließlich 1991 unter Thatchers Nachfolger John Major veröffentlicht wurde. Die Charta stärkte die Position der Patienten im Gesundheitssystem, indem sie unter anderem die maximale Wartezeit für Krankenhaus- und Facharztbehandlungen auf zwei Jahre beschränkte.⁹¹ Hier ging es auch – aber durchaus nicht nur – um wahlchirurgische Eingriffe, deren jahrelange Herauszögerung zwar keine Lebensgefahr für die Patienten bedeutete, aber ihre Lebensqualität zum Teil empfindlich einschränkte und für entsprechenden Unmut sorgte. Anders als von den Patientenorganisationen gefordert, enthielt die Patienten-Charta eher unverbindliche Standards sowie Absichtserklärungen der Politik und nicht Rechte im juristischen Sinne. Patienten konnten teure Behandlungen, deren Kosten das Budget des zuständigen Krankenhauses überstiegen, auch nach ihrer Einführung nicht einklagen. Die konservative Regierung wollte die Vorstellung des Patienten als selbstbewussten Konsumenten medizinischer Leistungen durch die Charta im politischen Mainstream verankern und zugleich Bedenken gegen die geplante Einführung NHS-interner Märkte ausräumen. Letzteres ging auf die Vorschläge eines Weißbuchs zu möglichen Gesundheitsreformen zurück, das die Regierung 1989 veröffentlicht hatte. Der Kern dieses Reformprojekts bestand darin, die Finanzierung medizinischer Leistungen organisatorisch von ihrer Bereitstellung zu trennen. Manager innerhalb des NHS sollten dafür verantwortlich sein, unter verschiedenen Anbietern denjenigen zu finden, der für einen Fixpreis die beste Qualität bot. In der öffentlichen Auseinandersetzung um die Vorschläge des Weißbuchs stellte der zuständige Staatssekretär Kenneth Clark das Prinzip der geplanten internen Märkte jedoch etwas anders dar und betonte vor allem, dass die Finanzierung von Einrichtungen an den Zulauf von Patienten gekoppelt werden sollte. Wechselten Patienten also aufgrund besserer Ergebnisse oder kürzerer Wartelisten zu einem anderen Arzt oder Krankenhaus, sollten diese künftig mehr Mittel erhalten.⁹² Das Konzept stieß auf harsche Kritik nicht nur seitens der Opposition, sondern auch der Ärztekammern, da es aus deren Sicht den gemeinwohlorientierten Geist des NHS durch finanzielles Kalkül ersetzen wollte und damit die umfassende Versorgung der Patienten nach medizinischem Bedarf und nicht nach finanziellen Erwägungen infrage stellte. Wenn die Gesundheitspolitik der Ära Thatcher als radikal bezeichnet werden kann, dann weil sie die skizzierte Reform ohne auch nur kosmetische Zugeständnisse an ihre zahlreichen Kri-

88 *Matthew Hilton/James McKay/Nicholas Crowson* u. a., *The Politics of Expertise. How NGOs Shaped Modern Britain*, Oxford 2013, S. 114.

89 Frühe Beispiele für »Celebrity Endorsement« sind die US-amerikanische Antirauchenkampagne mit Yul Brynner von 1985, der 1987 durch den Sänger Paul Simon gegründete »Children's Health Fund« sowie das Engagement von Prinzessin Diana für HIV-Infizierte und Leprakranke seit 1987.

90 Vgl. *Hilton/McKay/Crowson*, *The Politics of Expertise*, S. 142.

91 Vgl. zur »Patient's Charter«: *Hogg*, *Patient, Power and Politics*, S. 43.

92 Vgl. *Penelope M. Mullen*, *Which Internal Market? The NHS White Paper and Internal Markets*, in: *Grahame Thompson/Jennifer Frances/Rosalind Levačić* u. a. (Hrsg.), *Markets, Hierarchies and Networks. The Coordination of Social Life*, London 1998, S. 96–104.

tiker umsetzte⁹³ – die fundamentalen Prinzipien des NHS änderten sich durch die internen Märkte jedoch nicht.

Ungeachtet der Veränderungen der 1980er Jahre zeigt die Geschichte des britischen Gesundheitssystems seit seiner Gründung zwei Konstanten: eine gemessen an seinen umfangreichen Aufgaben – sowohl bei der Versorgung mit medizinischer Behandlung für alle britischen Bürger als auch im britischen Wohlfahrtsstaat – chronische Unterfinanzierung und eine relativ hohe Effizienz beim Einsatz knapper Ressourcen.

VI. FAZIT

Die Regierungszeit Margaret Thatchers brachte für die Geschichte Großbritanniens erhebliche Veränderungen mit sich, deren Darstellung in der nationalen Historiografie häufig so stark betont wird, dass wichtige Kontinuitäten im Verhältnis zwischen Bürger und Staat eher verblassen. Eine solche Kontinuität besteht darin, dass der britische Staat weiterhin eine – gemessen an anderen Demokratien – bemerkenswert starke Rolle im Gesundheitssystem einnahm, da grundlegende Privatisierungen hier im Gegensatz zu anderen Bereichen nie mehrheitsfähig waren. Der universelle Zugang zu medizinischer Behandlung konnte jedoch die gesamtgesellschaftliche Entwicklung einer zunehmenden sozialen Ungleichheit nicht ausgleichen, die mit einer deutlich auseinanderstrebenden Entwicklung der Lebenserwartung und des Gesundheitszustands sozialer Gruppen einherging. Sozioökonomische Deutungen dieser »health inequalities« erlebten während der 1980er Jahre innerhalb der medizinsoziologischen Forschung einen Aufstieg, befanden sich aber auch immer mehr in einer Konkurrenz mit Ansätzen, die Lebensstilfaktoren wie Rauchen oder Ernährung für solche Unterschiede verantwortlich machten.

In den britischen Debatten der 1980er Jahre wurden »health inequalities« immer wieder als Gerechtigkeitsproblem thematisiert – letztlich erwies sich das Argument der konservativen Regierung, Ungleichheit sei als Preis hinzunehmen, solange Lebenserwartung und Gesundheitszustand (analog zum Lebensstandard) für alle insgesamt stiegen, in dieser Phase jedoch als politisch mehrheitsfähig.

93 Vgl. Klein, *The New Politics of the NHS*.