

Sozialgeschichte des Gesundheitswesens der DDR. Reflektionen über Organisation, Politik und Akteure in der sozialistischen Gesundheitsversorgung

Veranstalter: Institut für Geschichte der Medizin, Robert Bosch Stiftung, Stuttgart
Datum, Ort: 09.07.2018 - 10.07.2018, Stuttgart
Bericht von: Jutta Braun, Zentrum für Zeithistorische Forschung, Potsdam

Das Gesundheitswesen der DDR gehört zu den wenigen Bereichen der SED-Diktatur, die bis heute in öffentlichen Umfragen (Infratest dimap) positiv konnotiert und sogar als erhaltenswert eingeschätzt werden. Allerdings gehört dieses Handlungsfeld, trotz seiner sozialpolitischen Schlüsselstellung, noch zu den vergleichsweise gering erforschten Kapiteln der DDR-Geschichte. Diese Tagung wurde ausgerichtet, um aktuelle Studien und Forschungsansätze zu reflektieren. Hierbei war es zum einen das Anliegen der Veranstalter, das Thema aus der Verinselung der DDR-Forschung zu lösen: Wie ist die Gesundheitspolitik der DDR innerhalb der Traditionen, Kontinuitäten und Brüche der Medizingeschichte seit dem 19. Jahrhundert zu verorten? Zum anderen lag ein Schwerpunkt des Programms auf sozial- und erfahrungsgeschichtlichen Perspektiven der Behandlungspraxis und des Arzt-Patienten-Verhältnisses.

MARKUS WAHL (Stuttgart) eröffnete die Tagung mit Einblicken in die Erfahrungen und Behandlung alkoholkranker Patienten. Eine Trinkkultur wurde in der DDR auch innerhalb der Arbeitswelt geduldet, wenn nicht sogar gefördert. Dass das Phänomen der Sucht als dem Sozialismus „wesensfremd“ definiert wurde, erschwerte zugleich seine wirksame Einhegung. Anhand vielfältiger Quellen, darunter (geheim gehaltener) Analysen des Zentralinstituts für Jugendforschung und Patientenakten, rekonstruierte Wahl sowohl die Perspektive von Staat und Wissenschaft als auch die regional stark differierende Praxis der Betreuung vor Ort. Hierbei maß Wahl die Handlungsspielräume aus, die Patienten und ihren „Fürsorgern“ in der späten DDR zugestanden wurden. Die Unterbindung autonomer Handlungsarenen führte dazu, dass das Regime jenseits kirchlicher Initi-

ativen eigentlich keinen Platz für Selbsthilfegruppen bieten wollte. Dennoch bildeten sich – wenn auch spät – selbstorganisierte Arbeitsgemeinschaften, wie die erste Gruppe der Anonymen Alkoholiker 1985 in Halle, die regional für die Betroffenen zu wichtigen Anlaufpunkten wurden.

ANJA WERNER (Halle-Wittenberg) widmete sich dem medizinischen Segment der hörgeschädigten Patienten. Eine Parallele zur Situation in der Bundesrepublik sah Werner darin, dass DDR-Hörgeschädigte kaum Einfluss auf ihre Behandlungsoptionen hatten. Eine bereits Ende des 19. Jahrhunderts eingeführte Einteilung in schwerhörige und taube Patienten wurde beibehalten, was eine Durchsetzung der Interessen der Gehörlosen erschwerte. Das Verhältnis zu Experten in der Bundesrepublik war einerseits kooperativ; so nutzte man bis Mitte der 1970er-Jahre die bundesdeutschen Fachzeitschriften. Andererseits konnte die DDR technisch bald nicht mehr mithalten: Verklärt wurde dieser Rückstand mit der Behauptung, eine Verkleinerung des Hörgeräts sei nur im Westen notwendig, zur Kaschierung der Krankheit im „bürgerlichen Existenzkampf“, wohingegen der sozialistische Mensch zur Ehrlichkeit erzogen werde, so dass sich auch die normalhörende Umwelt besser auf ihn einstellen könne. Wissenschaftliche Pionierleistungen erarbeitete die DDR hingegen auf dem Gebiet der Lärmschwerhörigkeit im Rahmen der Arbeitsmedizin.

FLORIAN BRUNS (Halle-Wittenberg) ging in seinem Vortrag der Frage nach, inwieweit die Eingabe als ein Instrument der Patienten-Partizipation angesehen werden könne. Eingaben sind eine vielversprechende Quelle zur Rekonstruktion der Patientenperspektive, da es sich um ereignisnahe Selbstzeugnisse von Patienten (aber auch Ärzten) handelt. Bruns analysierte die Eingaben, in denen sich Unmut über die gesundheitliche Versorgung äußerte. Sein Ergebnis: Insgesamt liegen zum Gesundheitswesen deutlich weniger Eingaben vor als etwa im Vergleich zur Wohnungsfrage. Als DDR-spezifische Probleme, die thematisiert werden, stechen hierbei vor allem fehlende Medikamente sowie Bau- und Ausstattungsmängel von Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen hervor. Die Ein-

gaben seien Ausdruck der Grenzen des Hinnehmbaren für die Patienten und spiegelten gleichzeitig die Grenzen des Sagbaren innerhalb des Regimes. Der politisch derart eingehetzte Dialog mit den Herrschenden entspreche dem Anspruch einer „Fürsorgediktatur“, die Diskurshoheit sei bei den Herrschenden verblieben.

Die medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR waren Gegenstand der Studie von STEFFEN DÖRRE (Düsseldorf). In der DDR erfolgte die Gründung von medizinischen Gesellschaften auf „nationaler“ Ebene als Kontrapunkt zur den Pendanten in der Bundesrepublik; faktisch fungierten sie als Vertreter des Fachs gegenüber den staatlichen Institutionen. Als Akteur an der Schnittschnelle von Politik, Wissenschaft und Klinik wirkte etwa die Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie auf so unterschiedlichen Gebieten wie der Reform der medizinischen Versorgung, dem Umgang mit der Euthanasie-Vergangenheit sowie der Stellung der Psychiater in der Nervenheilkunde. Dörre kam jedoch zu dem Ergebnis, dass es sich um „keine starken Akteure“ handelte, entsprechend spiegelten die internen Unterlagen kaum Prozesse des Aushandelns, sondern eher des Umsetzens. Es sei zu fragen, inwieweit die Fachgesellschaften – aufgrund des Fehlens einer berufsständischen Vertretung der Ärzte – Funktionen wie etwa die Festlegung der Standards für die Ausbildung mit übernehmen.

CHRISTIAN KÖNIG (Halle-Wittenberg) stellte anhand der Akteure der hormonellen Kontrazeption die beeindruckende Wirkungsmacht bislang kaum beachteter Netzwerke von Expert/innen in Ministerialbürokratie, Medizin und chemisch-pharmazeutischer Industrie in der DDR heraus. Hierbei wurde deutlich, in welchem Ausmaß das Zusammenwirken dieser Elite innovative Impulse zu setzen vermochte: So war die Einführung der „Wunschkindpille“ kein Projekt des Politbüros, sondern Produkt des Ehrgeizes von jungen Fachleuten in Wissenschaft und Bürokratie, die Anschluss an die internationale Entwicklung suchten. In der Diskussion wurde darauf verwiesen, dass eine ähnliche Innovationskraft – wenn auch mit verheerenden Folgen – aus der Kooperation einzelner Experten in Staat und Wirtschaft

bei der Entwicklung von Dopingmitteln entsprang. Weiterhin wurde diskutiert, wie sich derartige persönliche Netzwerke, die sich quer zu den vertikalen Herrschaftskanälen der Planwirtschaft verstreuten, angemessen begrifflich fassen lassen können.

Während sich die Forschung in verschiedener Hinsicht den Ärzten, Wissenschaftlern und Patienten im Gesundheitswesen zugewandt hat, sind die mittleren medizinischen Berufe weitgehend ein Desiderat der Forschung geblieben. Einen kleinen, jedoch wichtigen Teil des Gesundheitswesens der DDR stellte das Rettungswesen beziehungsweise die Schnelle Medizinische Hilfe dar, die seit 1976 als neuer staatlicher Aufgabenbereich in zehn Bezirks- und vier Kreisstädten ihre Arbeit aufnahm. PIERRE PFÜTSCH (Stuttgart) widmet sich dem Krankentransporteur als Beispiel staatlich gesteuerter Professionalisierung. Hierbei arbeitete er vor allem die Differenz zur entsprechenden Berufsgruppe in der Bundesrepublik heraus: So befanden sich die Rettungssanitäter aufgrund ihrer wachsenden medizinischen Aufgaben schnell in einem Prozess der Professionalisierung. Hingegen blieb die Perspektive der Krankentransporteur in der DDR auf Hilfsarbeiten und Transport beschränkt: Der Staat eröffnete keine Möglichkeit der beruflichen Weiterentwicklung – bis in die 1980er-Jahre fehlte sogar ein Lehrbuch.

CHRISTIAN SAMMER (Heidelberg) eröffnete am zweiten Tag den Blick auf längere medizinhistorische Linien, indem er Traditionen, Strukturmerkmale und Entwicklungslinien der Gesundheitsaufklärung vorstellte. Als Wurzel dieser Gesundheitsaufklärung hob er das Ausstellungswesen im frühen 20. Jahrhundert und insbesondere die Geschichte des Hygienemuseums in Dresden als „hybride Bildungs-, Produktions- und Präventionseinrichtung“ hervor. Insbesondere seit den 1960er-Jahren übernahm das Museum aufklärerische Funktionen im Bereich der Gesundheitserziehung und Verhaltensprävention. Allerdings kollidierten die Erfordernisse des Gesundheitsverhaltens mitunter mit ideologischen Vorgaben. Ein Fazit der Diskussion lautete, dass die Gesundheitserzieher der DDR gleichzeitig auch Sozialreformer hätten sein müssen, was ihnen jedoch aus politischen

Gründen verwehrt blieb. Zudem wurde die Frage aufgeworfen, inwieweit die DDR als Mangelgesellschaft so „stolz“ auf ihren Status als entwickeltes Industrieland war, dass der gedankliche Sprung zur Bekämpfung von Zivilisationskrankheiten nicht ausreichend vollzogen wurde.

Aus Sicht der Gesundheitserzieher eröffnete das Medium Fernsehen in den 1960er-Jahren hinsichtlich der erhofften Breitenwirkung ganz neue, über museale Ansätze weit hinausgehende Dimensionen bei der Beeinflussung der Bevölkerung. STEFAN OFFERMANN (Leipzig) illustrierte das Thema „Fernsehen und Herz-Kreislaufkrankungen“ auch anhand der Präsentation verschiedener Lehrfilme: Vor allem Anschaulichkeit und Massenadressierung galten als Vorteile der neuen Erziehung durch das TV. Die Medienwirkungsforschung um Lothar Bisky übernahm hier westliche Ansätze der empirischen Zuschauerforschung. Während potentiell schädliche Wirkungen des Fernsehkonsums („Reizüberflutung“) in den Hintergrund traten, wurden mit der Fernsichtbarmachung verbundene „Sekundärtätigkeiten“ wie Naschen, Rauchen und Trinken offensiv thematisiert. Die Analyse der televisuellen Verhaltensprävention legt auch den wechselnden Duktus der „Regierungstechnik Gesundheits-erziehung“ frei, der vom autoritativen Belehren bis zum Versprechen sexueller Attraktivität reichte.

Arzneimittelstudien in der DDR haben insbesondere unter dem Schlagwort der „Pharmaskandale“ vielfältige Aufmerksamkeit gefunden. Hierbei stand vor allem das Zusammenwirken bundesdeutscher Firmen und der DDR-Regierung bei der Realisierung kostengünstiger und devisenbringender Versuchsserien im Vordergrund. CHRISTINE HARTIG möchte mit ihrem „globalen Blick“ auf die Erprobung eines Antidepressivums an der Universitätsklinik Jena eine Engführung des Analyse Rahmens auf die DDR vermeiden und die Handlungspraxis in einen internationalen Vergleich einbetten. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Normverstöße und Grauzonen, die im Fall der DDR als Ausweis von SED-Unrecht gelten, in anderen Ländern ebenfalls zu beobachten waren: So sind die Standards für „Heilversuche“ generell niedriger

als für wissenschaftliche Versuche, ein Abweichen von der Norm (ambulant statt stationär) komme zuweilen auf Wunsch der Patienten zustande. Generell standen Versuche nicht nur in der DDR stets vor der ethischen Frage, ob ein „*informed consent*“ in der Psychiatrie überhaupt möglich war.

LIVIA BREMMEL (Hamburg) stellte ihre laufende Dissertation zu psychischen Erkrankungen bei Soldaten und Heimkehrern vor. Bremmel legte ihren differenzierten methodischen Ansatz dar, mit dem sie die Überlieferung der Landesanstalt Leipzig-Dösen fruchtbar macht. Untersucht werde zunächst der Einfluss der Besatzungsherrschaft und Gesundheitspolitik der DDR auf die Einweisungspraxis und das ärztliche Handeln. Zudem würden die Narrative der Patienten und der ärztlichen Fachdiskurse zu Krankheit und Krieg ausgewertet. Erste Ergebnisse zeigten, wie umstritten die Diagnose der „Kriegsneurose“ hinsichtlich individueller oder situativer Ursächlichkeiten war. Angaben zum Einsatzort der Betroffenen in den Krankenakten erlauben mitunter Rückschlüsse auf die Ursache der Erkrankung (allgemeine Kriegssituation, sowjetische Gefangenschaft oder eigene Beteiligung an Massenverbrechen). Die Forschungen von Bremmel bieten einen vielversprechenden Zugang, um die Gewalterfahrung der „Gesellschaft der Überlebenden“ (Goltermann) um eine differenzierte ostdeutsche Perspektive zu bereichern.

ANNETTE BAUM (Hachenburg) präsentierte abschließend die „Unterstützung von Wehrdienstpflichtigen beim Berliner Jungmännerwerk durch psychosoziale Beratung. Psychosoziale Beratung ist ein selbstverständlicher Bestandteil im Gesundheitswesen moderner Gesellschaften. Das entsprechende Angebot in der DDR war jedoch nur sehr schmal. Dass ein breiter Bedarf hingegen durchaus existierte, verdeutlichte Baum anhand der seelsorgerischen Beratung des Jungmännerwerks: Hier füllte die Evangelische Kirche eine Lücke im Versorgungsnetz des Staates, indem sie sich selbst einen Beratungsauftrag gegenüber Wehrdienstpflichtigen setzte. Insbesondere angehende „Bausoldaten“ konnten hier ihre Nöte zwischen ideologischem Druck, persönlichem Gewissen und Angst vor Repressionen kundtun.

Doch auch diese Einrichtung unterlag der Überwachung durch die Staatssicherheit. Obgleich die Menschen der DDR nicht durch soziale Abstiegsängste geplagt gewesen seien, erzeugte der Regimecharakter der DDR ganz anders gelagerte psychosoziale Notlagen.

WOLFGANG U. ECKART (Heidelberg) regte in seinem Kommentar vor allem eine Erweiterung des Blickwinkels an: So gelte es, für eine umfassende Betrachtung der Gesundheitsverhältnisse in der DDR über die medizinischen Einrichtungen hinausblicken: So bedürften unter anderen das Wirken von Massenorganisationen wie Volkssolidarität und Deutscher Turn- und Sportbund (DTSB), sowie die Zustände in Nationaler Volksarmee (NVA), Heimen und Gefängnissen einer kritischen Bestandsaufnahme. Die gesundheitlichen Folgen von Akkordarbeit und hoher Umweltbelastung müssten ebenso berücksichtigt werden.

WINFRIED SÜSS (Potsdam) betonte, Gesundheitspolitik sei als Produkt älterer Traditionen zu begreifen, auf die sich die deutschen Nachkriegsordnungen in unterschiedlicher Weise bezögen. Zugleich hob er die Bedeutung sozialer und politischer Ungleichheit im Zugang zu Gesundheitsressourcen hervor. Zu klären sei, inwieweit dieser Zugang in den Diktaturen des 20. Jahrhunderts, in denen Gesundheit extrem politisiert war, ähnlich oder anders funktionierte als in liberalen Gesellschaften, in denen der Gesundheitssektor eine hohe Autonomie besaß. Beispielhaft verwies Süss auf die Privilegierung durch Sonderversorgungssysteme in der DDR: Während im Westen ein Abbau der Statusunterschiede in der Sozialversicherung stattfand, erfolgte im Osten eine Differenzierung der Gesundheitsversorgung nach Produktions- und Regimenähe. In Anknüpfung an das Plädoyer der Veranstalter, sich bei der Periodisierung der Gesundheitspolitik von „starken Wendepunkten“ wie 1945 und 1989/1990 zu lösen, regte Süss an, die gesundheitspolitische Eigenzeitlichkeit von therapeutischen Traditionen und beruflicher Sozialisation zu bestimmen, die in ihrer Wirkung häufig Epochen-Zäsuren überdauere.

Konferenzübersicht:

Sektion I: Der Patient im Gesundheitswesen

der DDR

Chair: Robert Jütte (Stuttgart)

Markus Wahl (Stuttgart): „Verboten war das Alkoholtrinken, aber da es welchen im Betrieb gab...“: Die Erfahrung und Behandlung von alkoholkranken Patienten in der DDR

Anja Werner (Halle-Wittenberg): Die HNO und der hörgeschädigte Patient in der DDR

Florian Bruns (Halle-Wittenberg): Die Eingabe – Ein Instrument der Patienten-Partizipation im Gesundheitswesen der DDR?

Sektion II: Andere Akteure im staatlichen Gesundheitswesen der DDR

Chair: Martin Dinges (Stuttgart)

Stefan Dörre (Düsseldorf): Zwischen Autonomie und staatlicher Kontrolle: Die medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR

Christian König (Halle-Wittenberg): Akteure der hormonellen Kontrazeption im Gesundheitswesen der DDR

Pierre Pfütsch (Stuttgart): Der Krankentransporteur. Ein Beispiel staatlich gesteuerter Professionalisierung?

Sektion III: Gesundheitliche Erziehung und Aufklärung der DDR

Chair: Sylvelyn Hähner-Rombach (Stuttgart)

Christian Sammer (Heidelberg): Traditionen, Strukturmerkmale und Entwicklungslinien der Gesundheitsaufklärung in der DDR

Stefan Offermann (Leipzig): „Nun ist sogar das Fernsehen gesundheitsfördernd?!“ – Fernsehen und Herz-Kreislaufkrankungen in der DDR, 1960er-70er-Jahre

Christine Hartig (Stuttgart): Ein globaler Blick auf die Erprobung eines Antidepressivums an der Universitätsklinik Jena in den 1980er-Jahren

Livia Bremmel (Hamburg): Psychische Erkrankungen als Kriegsfolge bei Soldaten und Heimkehrern nach dem Zweiten Weltkrieg in der SBZ und frühen DDR (1945-52)

Annette Baum (Hachenburg): Unterstützung von Wehrdienstpflichtigen beim Berliner Jungmännerwerk als Beispiel psychosozialer

Beratung in der DDR

Wolfgang U. Eckart (Heidelberg) / Winfried
Süß (Potsdam): Abschlussdiskussion

Tagungsbericht *Sozialgeschichte des Gesundheitswesens der DDR. Reflektionen über Organisation, Politik und Akteure in der sozialistischen Gesundheitsversorgung*. 09.07.2018 - 10.07.2018, Stuttgart, in: H-Soz-Kult 18.02.2019.