Jens-Uwe Niehoff

Anmerkungen zu präventionskonzeptionellen Diskussionen in der DDR

1. Vorbemerkungen

Prävention will Krankheit vermeiden und Gesundheit erhalten. Ein so edles Motiv scheint Problematisierungen nicht zu erlauben. Hieran hat auch niemand Interesse, nicht die gesundheitlich Benachteiligten, Krankenversicherungen, medizinischen Leistungserbringer oder die wellness-Industrie, schon gar nicht jene, die mit Leibesübungen, wechselnden Moden der Ernährung und Disziplinierung von der ewigen Jugend träumen. Aber auch Prävention hat das Verhältnis von Ziel und Mittel zu bedenken. Hierzu kann die Erinnerung an den Präventionsdiskurs in der DDR ein Anlaß sein.

Die Unmöglichkeit der Problematisierung ist im Falle des Erinnerns präventionskonzeptioneller Entwicklungen in der DDR aufgehoben. Ihr Zusammenbruch erlaubt auch die Kritik guter Absichten, und die Pflicht zur Sorgfalt bei zu stellenden Fragen ist reduziert. Jedoch sind die Antworten streng bewertet. Kritische Urteile gelten als Anpassung, positive als Unverbesserlichkeit. Für Differenzierungen fehlen Zeit, Wille und Kontext.

Der Autor lebte in der DDR und erinnert sie hinreichend seit etwa den frühen siebziger Jahren. Er ist somit für gut 15 Jahre Zeitzeuge. Folglich ist seine Zeugenschaft von begrenzter Kompetenz. Der Beitrag ist selektiv und subjektiv, er ist nicht nach den Regeln wissenschaftlicher Systematik und Quellenkunde geschrieben. Deshalb mögen Leser, die ebenso ein Stück Biographie mit der DDR verbindet, andere oder ergänzende Erinnerungen und Sichten haben. Sie sollten sie dann benennen und als gemeinsame Erinnerung späteren Analytikern hinterlassen.

Die verführerische Leichtigkeit der kritischen Abrechnung mit der DDR sollte nicht fortdauernd aus dem Blick lassen, daß dieser kleine Staat auch 16 Millionen Einwohner hatte, die dem Land sein Antlitz gaben, so auch durch größere oder kleinere Bemühungen, größere oder kleinere Erfolge und größere und kleinere Niederlagen in der Prävention. Deren Arbeit sei gewürdigt, nicht, auch nicht in der kritischen Distanz, entwertet und gar denunziert. Mit dem Wandel der Rahmenbedingungen seit der Vereinigung haben sich auch die Bewertungen verändert. Geschichte von ihrem Ende, von ihrem Ergebnis her zu beurteilen, wird

der Geschichte gerecht, nicht den Akteuren. Die Wahrheiten am Ende sind immer andere als am Anfang.

2. *Prophylaxe und Prävention*

Für die gemeinsame und dann nach 1949 verschiedene Geschichte der Prävention in Deutschland sowie für dennoch verbleibende Ähnlichkeiten steht symbolisch der Gebrauch von Begriffen: im Osten Deutschlands Prophylaxe, im Westen Prävention. Was sich in knapp 40 Jahren in der geschichtlichen Antizipation, politischen Motivation, in den Strukturen und Leitbildern erhalten oder getrennt hat, haben wir an anderer Stelle zu einer Zeit dokumentiert, als solche Wahrnehmungen noch als wichtig vermutet werden konnten (Elkeles et al. 1991).

Was jetzt Prävention heißt, hieß erst in Deutschland, dann – zumindest tendenziell – nur noch in der DDR, Prophylaxe. Prophylaxe war begrifflich aus der Weimarer Republik überkommen und wählte 1949 deren Tradition. Die positive Aufnahme betraf z.B. die solidarische Krankenversicherung, den Öffentlichen Gesundheitsdienst, die Gewerbehygiene oder die aktive Gesundheitsfürsorge für spezifische Risikogruppen, etwa Säuglinge, Schulkinder, Schwangere und Mütter oder Tuberkulosekranke.

Prophylaxe und Gesundheitsschutz standen für das, wovon hier die Rede sein soll: die Vorbeugung von Krankheiten und die konzeptionellen Ansätze solchen Tuns. Zwar gab es später Bemühungen Einzelner um begriffliche Angleichung an in Westeuropa und Nordamerika übliche Termini, hier dann *prevention*, doch schlugen diese Versuche außerhalb medizinischen Schrifttums kaum durch. Sie gewannen auch erst in der 2. Hälfte der siebziger Jahre größere Bedeutung. Der Impuls zu solchen Veränderungen kam aus Interessenlagen Reisender in Sachen multinationaler Projekte, z.B. des Monitoring of Cardiovascular Diseases (MONICA) der WHO, »multinational« auch ein deutsch-deutsches Projekt. Prophylaxe-/Präventionsprojekte waren in internationale Entwicklungslinien eingebunden und flankierten die Bemühungen der DDR um staatliche Anerkennung. Begriffliche Wandlungbestrebungen waren nicht ohne konzeptionelle Komponente. Schließlich handelte es sich bei der Mitwirkung an internationalen Projekten, z.B. der WHO, auch um politische Projekte, die dann ihre eigene Dynamik innerhalb der DDR entwickelten.

Versuche, einen Begriffstausch zu erreichen, gingen einen interessanten Weg: Prophylaxe sollte begrifflich jenen Aktivitäten vorbehalten bleiben, die am ehesten als Verhältnisprävention zu deuten waren. Prävention

sollte hingegen den medizinischen Ansätzen der Prävention vorbehalten bleiben. Der Konflikt zwischen medizinischer Prävention und Public Health spiegelte sich in der DDR partiell in der Begrifflichkeit von Prophylaxe und Gesundheitsschutz (Niehoff 1990). Es bestand deshalb die Sorge, der Wechsel zu Prävention würde die konzeptionellen Ansätze auf Maßnahmen der Früherkennung und präventiven Therapie begrenzen (Niehoff/Großer 1987).

Seit der 2. Hälfte der siebziger Jahre verloren in der Tat verhältnispräventive Konzepte zugunsten medizinischer Prävention an Bedeutung. Dies war wohl weniger politisch gesteuert als vielmehr das Ergebnis internationaler medizinisch-wissenschaftlicher Austauschprozesse, die konzeptionell in die Politik zurückwirkten. Solche Linien korrespondierten tendenziell mit dem abnehmenden politischen Vermögen, Prävention durch soziale und lebensumweltliche Modernisierungsprozesse zu bewirken. Die begrifflichen Wandlungen und ihre Protagonisten waren soweit nicht die Ursache, wohl aber symbolischer Ausdruck sozialer Stagnation, die eben auch in der Prävention spürbar wurde.

Dieser Hintergrund war expliziter Konfliktfall: das Verhältnis von Gesellschaftspolitik und Gesundheit auf der einen Seite und Medizin und Krankheitsverhütung auf der anderen. Die einen folgerten aus dem Konflikt, das Verharren bei der Prophylaxe verweigere den Zugang zu internationalen Trends, die anderen argwöhnten, Prävention hieße Rückzug auf Medikalisierung, auf Leibesübungen, Verzicht, paternalistische Erziehungsattitüden und die soziale Kontrolle eines je nach Mode definierten prototypischen gesundheitsgerechten Verhaltens statt dringlicher Modernisierung und Sanierung sozialer und umweltlicher Gegebenheiten. Es fehlte nicht an jenen, die, im Selbsturteil USA-erfahren, beklagten, Mechanismen (formeller wie informeller) sozialer Normierung und Kontrolle, also Verbotspraktiken und Ächtungen, Verhaltenssteuerung durch Markt- und Preismechanismen, seien auf die DDR leider nicht übertragbar. Es fehlte auch nicht an jenen, die verhältnispräventive Konzepte ablehnten, weil Prävention vor allem heißen würde, die Eigenverantwortung zu stärken usw. Mit anderen Worten: Der Präventionsdiskurs in der DDR ließ keines der Argumente aus, die auch sonst auf der Welt bewegt wurden und werden (Niehoff 1994a, 1994b; Chen et al. 1994).

3. *Prioritäre Ziele und Leitbilder*

Was ist Prävention? ›Die Kunst vom richtigen Leben‹, ist eine so leichtfertige wie unreflektierte Antwort. Sie thematisiert allerdings ein Modell

vom richtigen Leben, dessen Entwurf, Vermittlung und Kontrolle. Die Frage ist, wer ein solches Modell definiert, durchsetzt und vermittelt. Es bleibt auch zu beantworten, gegenüber welchen anderen Problemen die dann benannten Prioritäten Vorrang haben sollen. Hier bewegen wir uns im Zirkel des Verhältnisses von Politik, Gruppeninteressen, wissenschaftlichen Moden und Medien, die jeweils von solcher Art Interessenten mal im Gleichtritt mal in der Auseinandersetzung instrumentalisiert werden. Solche Auseinandersetzungen gab es auch in der DDR. Auch hier ging es um Prestige, um Geld sowie um gesellschaftspolitische Bewertungen und Einordnungen von Forschungsinteressen. Gesundheitspolitik und (medizinische) Wissenschaftspolitik standen immer in einem schwierigen Spannungsfeld. Die gesundheitspolitische Problematik »Prävention« brach sich so auf komplizierte Weise in den Forschungsinteressen, die sich nicht zwangsläufig an den aktuellen Problemlagen der Bevölkerung orientierten. Prioritäre Ziele spiegeln Wirklichkeitswahrnehmungen, die Durchsetzungsfähigkeit von Gruppeninteressen, und sie spiegeln die Erwartungen, die an den Ressourcenverbrauch geknüpft werden.

Im Falle der DDR kam ein weiteres hinzu: Die 1949 eben überstandenen Präventionsverbrechen (Mord und Heiratsverbote als präventive »Rassenhygiene«, Euthanasie, positive »Zuchtwahlen« des Ariers) und die Bürde des Krieges mit seinen gesundheitlichen Folgen, der Mangelernährung, dem Zusammenbruch elementarer sanitärer Bedingungen, einer hohen Sterblichkeit unter den Säuglingen und Kleinkindern, der Tuberkulose als Massenerkrankung, den Behinderungen und Verstümmlungen als Kriegsfolgen. Linien der Prävention und der Auseinandersetzungen um sie in der DDR zu verstehen, verlangt vor diesem Hintergrund zunächst die Benennung einiger weniger ideengeschichtlicher Eckpfeiler.

Prävention setzt die Erfahrung voraus, daß Krankheit überhaupt ein präventives Interventionsfeld sein kann. Solange Gesundheit und Krankheit als Belohnung bzw. Strafe für jeweils gutes oder strafwürdiges Verhalten, für sozial normengerechtes oder abweichendes Verhalten gedeutet wurden und werden, war und ist Bravheit präventives Handlungsziel. Das Gesundheitsmotiv fungiert hier als kollektives, soziales und ggf. politisches Kontrollkonzept gegenüber dem Einzelnen. Nicht individuelle Lebensentwürfe bestimmen das Gesundheitskonzept, sondern eine moralische Diktion, eine Norm für alle. Dies barg historisch solange keine Schwierigkeiten, als Vermeidung wie Bewältigung von Krankheit vorherrschend als eine private Angelegenheit akzeptiert wurden. Prävention war folgerichtig allein mit guten Ratschlägen,

informellen sozialen Normen oder schlicht mit rechtswirksamen Verboten, Geboten, Pflichten und Sanktionen gegen Individuen zu praktizieren. Bestenfalls war kollektive Gefahrenabwehr zu organisieren, etwa durch die Ausstoßung und soziale Ächtung der Leprakranken im Mittelalter, die eben ausgesetzt wurden (Aussätzige). Im 19. Jahrhundert änderte sich die Sachlage. Auf breiter Front setzte sich die Erkenntnis von den sozialen Ungleichheiten auch bei der Abwehr von Gesundheitsgefahren durch. Das veränderte die Akzeptanz von Präventionsbotschaften, die Vermeidung und Bewältigung von Krankheit der eigenen Verantwortung für »richtiges« Verhalten überantworteten. Prävention wurde zum Gegenstand einzuklagender sozialer Rechte.

Prävention wurde zu einer Herausforderung an den Wandel elementarer Bedingungen, so von ausreichenden und hygienischen Nahrungsmitteln, von menschengerechtem Wohnraum, von Bildung, von Standards für den Arbeitsschutz, von innerstädtischen sanitären Bedingungen usw. Solche Ziele wurden von den Betroffenen zunehmend als Eigenverantwortung wahrgenommen, d.h. nachdrücklich von der Obrigkeit, dem Staat vor allem, eingeklagt. Es versteht sich leicht, daß hinter polaren Präventionsinteressen zwischen individuellem Verhaltensappell und der Schaffung menschenwürdiger Existenzbedingungen letztlich politische Fronten kenntlich wurden. Diese Fronten mündeten am Ende des letzten Jahrhunderts in das Verbot gewerkschaftlicher und sozialdemokratischer Betätigungen bei gleichzeitiger Schaffung eines Systems solidarischer sozialer Absicherungen, der Sozialversicherung.

Mit Gründung der DDR wurde diese Vergangenheit ebenso Strategiebildner wie die eben ausgestandenen Erfahrungen mit dem sog. 3. Reich. Prävention hieß, die Lebensbedingungen zu verändern, die Summe sozialpolitischer und arbeitsrechtlicher Bedingungen, ergänzt durch spezifische medizinische Leistungen, wurde Leitbild der Prophylaxe. Es ist allerdings auch zu erinnern, daß es in der etablierten medizinischen Wissenschaftslandschaft für verhältnisorientierte Prävention kaum eine Basis gab. Die wenigen Blumen in der dürren Wissenschaftslandschaft zur Prävention wurden nach 1933 durch die Tötung von so engagierten Ärzten, vor allem aber durch den Exodus wichtiger Teile der (hier: medizinischen) Intelligenz lange über das Kriegsende hinaus geschwächt. Die Schaffung, z.T. Wiederbelebung einer solchen präventiven, hygienisch-gestalterisch orientierten Wissenschaftsbasis in Form der Arbeitshygiene, der Kommunalhygiene und der Sozialhygiene unter Rückgriff auf die Erfahrungen der Weimarer Republik erwies sich als ein schwieriges Unterfangen. Diese Neuetablierungen mußten sich oft gegen den Widerstand der klinischen Medizin durchsetzen. Die Etablierung von

»Präventionswissenschaften« war ohne politische Unterstützung nicht möglich.

Die päventionskonzeptionelle Polarität zwischen Bewältigung der gesundheitlichen Folgen sozialer Ungleichheiten und der Variationsbreite menschlicher Verhaltensindividualität und biologischer Variabilität hatte für den Präventionsdiskurs in der DDR wichtige Folgen: Es war a) die Diskussion um die sozialen wie ideellen Wurzeln der 1945 eben überwundenen rassenhygienischen Verbrechen zu führen. Das hieß im Kern, die Ursächlichkeit von Krankheit und Behinderung im Kontext der sozialdarwinistischen und rassistischen Erziehung der Vergangenheit neu zu diskutieren. Dies war schwierig genug, denn es handelte sich hierbei keineswegs um ein auf die Zeit des Faschismus zu begrenzendes Problem. Zumindest seit der Jahrhundertwende war dieses Denken in vielfältige wissenschaftliche und philosophische Theorien integriert worden und so auch in die schulische wie universitäre Bildung eingeordnet – auch außerhalb Deutschlands, in großen Teilen Europas und Nordamerikas. Diese Erfahrung hat in der DDR eine tiefe, zu bestimmten Zeiten auch unmittelbar wissenschaftsfeindliche und repressive Abneigung gegenüber der verhaltensbiologischen und genetischen Forschung bewirkt.

Es galt b), sich unter striktester Konzentration der Ressourcen vor allem mit der Säuglingssterblichkeit, den übertragbaren Krankheiten des Kindesalters, der Fehlernährung der Kinder und der Tuberkulose auseinanderzusetzen. Bis in ihre späten Jahre hat sich in der DDR vor diesem Hintergrund das Wort vom »Kampf« gegen die Sterblichkeit der Säuglinge oder von der »Bekämpfung« der Tuberkulose erhalten und wurde später dann auf andere Probleme übertragen. Der Prävention waren mit Selbstverständlichkeit die Vokabeln »Kampf« und »Bekämpfung« beigegeben. Jugend und Leistungsfähigkeit blieben vordergründige Leitbilder der Prävention und Gesundheitsüberwachung (heute würde man dies eleganter monitoring nennen) eine die Prävention hygienisierende Strategie.

Schließlich war c) die Schwierigkeit mit der Gleichheitsidee. Die Überwindung sozialer Ungleichheit als präventives Ziel (»Sozialismus ist die beste Prophylaxe.« M. Zetkin, 1883-1965) war im (durchaus abendländisch-christlichen und nicht ausschließlich sozialistischen) Wertegefüge als Schlüssel zu sozialer Gerechtigkeit hoch bewertet. Unübersehbar ist aber auch hier das Spannungsfeld. Abbau oder auch nur Minimierung sozialer Ungleichheit ist eine der sozialen Voraussetzungen für Individualität, eingeschlossen die persönliche Entscheidung, Lebensrisiken zu akzeptieren oder auch zu wollen. Jede auf solidarische

Konzepte festgelegte Gesellschaft hat sich argumentativ dann nicht mehr allein mit dem Motiv der sozialen Gerechtigkeit, sondern zunehmend auch mit der sozialen Toleranzfähigkeit gegenüber non-konformem Verhalten auseinanderzusetzen. Diese Schwierigkeit wird abermals zu einem spezifisch abendländischen Phänomen. Der Wert »soziale Gleichheit« muß tendenziell einen neuen Kompromiß mit der Fähigkeit zur sozialen Toleranz finden. Für Konzepte der Verhaltensprävention und ihre besondere Methodik, die Gesundheitserziehung, entsteht so eine schwierige Spannung zwischen erzieherischer Diktion, aufklärerischer Attitüde und Vermittlung individueller und sozialer Entscheidungskompetenzen sowie der Fähigkeit zur Toleranz. (Toleranz gegenüber Verhaltensnonkonformismus war nicht gerade ein Wesenszug der DDR. Deren gluckenhafte Behäbigkeit hat allerdings auch kaum die Verwechslung von Toleranz und sozialer Gleichgültigkeit zugelassen.)

Die auch hinsichtlich der Gesundheit wahrnehmbare soziale Verschiedenheit wurde schließlich in der 1945 eben zurückliegenden Vergangenheit nicht als Folge sozialer Ungleichheit gedeutet. Sie war vielmehr in ein ungeheuerliches ideologisches Konzept eingebunden, das soziale Ungerechtigkeit mit allen bekannten Folgen in eine naturgesetzliche Ordnung umgedeutet hatte. Der Hinweis auf die sozialen Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten war also ebenso wie die Abwehr von individuenorientierten Erziehungskonzepten in diesem Punkt ein nachhaltig emanzipatorisches Konzept gegenüber dem Rassenwahn und der Verantwortungsverlagerung auf die Opfer (»policy of blaming the victims«: Crawford 1977; Niehoff 1978).

Warum waren Menschen auch in gesundheitlicher Beziehung ungleich? Dies konnte nur »göttliche Ordnung« (Süssmilch, 1707-1767), Folge der Lebensumstände (Frank, 1745-1821, Virchow, 1821-1902) oder Ergebnis sozial-biologischer Selektionsprozesse (de Goubinou, 1816-1182, Galton, 1822-1911, Broca, 1824-1884) sein. Die Natur hatte eben die »Guten, Starken, Gesunden« in der Hierarchie durch evolutionäre Selektion nach »oben«, die anderen, die »Verkrüppelten und Entarteten« nach »unten« gestellt. Dieses Denken, das auf so verheerende Art und Weise die deutsche Geschichte in diesem Jahrhundert mitgeformt hat, thematisierte das präventive Denken zwischen den Eckpunkten »sozialer Ausgleich«, Gestaltung menschengerechter Existenzbedingungen durch »hygienische Normierung und Kontrolle« und »Hygiene« der Fortpflanzung und »Ausmerzung« des »biologisch Minderwertigen« durch Sterilisierung, Asylierung und Mord. Diese Spannungslage wirkte um so nachdrücklicher, als hiermit Kernprobleme des Neubeginns in Deutschland nach dem 2. Weltkrieg thematisiert waren, die über den

Präventionskontext weit hinausreichten, in jedem Falle aber Prävention in einen großräumigen ideengeschichtlichen Gesamtzusammenhang stellten.

Dieser Ausgangspunkt für den Präventionsdiskurs in der DDR hatte auch persönliche Seiten. Immerhin handelten die Präventionsarchitekten der 1949 gegründeten DDR oft aus eigenem Erfahren und Erleiden. Es waren dies u.a. in großer Zahl noch junge Ärzte aus jüdischen Familien: z.B. Hilde und Erwin Marcusson, Eva Schmidt-Kolmer, Kurt Winter. Das Problembewußtsein in den Gegenständen der Prävention reichte nicht nur im wissenschaftlichen Umfeld, sondern auch in den praktisch-organisatorischen Belangen direkt in die Weimarer Republik zurück. Um das Problem »Soziale Ungleichheit und Krankheit« hatte sich bereits in der Weimarer Republik an der Berliner Friedrich Wilhelm Universität ein Lehrstuhl für Sozialhygiene begründet. Grotjahn (1869-1931), der 1. Lehrstuhlinhaber, hatte um sich Aktivisten geschart, die nach seinem Tode 1931 unter Benno Chajes (1880-1938) dieses heute eher als Public Health richtig beschriebene Arbeitsgebiet fortführen wollten, aber nur noch die zwangsweise Umwidmung in einen Lehrstuhl für Rassenhygiene erlebten. Da zumeist Juden, verließen sie Deutschland gen Palästina, Argentinien, Großbritannien, die Sowjetunion und viele in Richtung USA. Einige setzten ihre Arbeit in den Strukturen des angelsächsisch geprägten Public Health fort (z.B. Goldmann 1895-1970, Korach 1893-1979, Rott 1978-1959, Wolff 1886-1952) (hierzu: Niehoff/ Schneider 1992; Niehoff 1995).

Dieser Hintergrund hatte eine sehr einfache Folge: Prävention ist für die DDR konzeptionell nie außerhalb deutscher Geschichte zu reflektieren. Sie ist viel weniger als manche vermuten, andere behaupten, durch das Modell Sowjetunion geprägt und beeinflußt. Allerdings kreuzten sich diese Leitbildlinien mit einer weiteren. Sie entstammte kulturellen Entwicklungen, wie sie aus der Geschichte der Arbeiterbewegung folgten. Lebenssicherung für Arbeiter und ihre Familie hatte vorrangig zwei Aspekte: Verfügbarkeit möglichst aller körperlichen Ressourcen und elementare Existenzsicherung im Falle von Krankheit und Behinderung. Dies fokussierte Prävention unter Ausklammerung anderer Themen weitgehend und erheblich auf die Leitbilder »Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit«, »Müttersterblichkeit«, »Körper« und »Arbeitsbedingungen«, »Erholung«. Tüchtigkeit und Kraft, das Vermögen etwas auszuhalten, den Körper an frischer Luft und Sonne zu »stählen«, waren (vgl. die proletarischen Gesundheitsbewegungen der zwanziger Jahre) präventive Ziele und standen präzise im Kontext der Lebenswirklichkeit von Arbeiterfamilien und Kleinbürgertum. Jugend, Kraft und Schönheit

waren jenseits eines ästhetischen Motivs positive Präventionsbilder, für die Ertüchtigung des Körpers im Mittelpunkt stand und die die Abweichung vom Ideal diskriminierten. Körperkultur und Sport, Zukunftsorientierung, Aktivität und Gemeinschaftlichkeit wurden positive Wertbilder mit präventivem Anspruch. Solche Sichten tendieren deutlich zur Diskriminierung des Andersseins und zur sozialen Konformität.

Diese bis in die bildende Kunst nachzuzeichnende Fixierung des Gesundheitsideals auf das Leitbild »Körper« sollte jedoch weder mit den äußerlich ähnlichen Körperidolen des Faschismus, noch mit aktuellen sozialen Entwicklungen z.B. in den USA, etwa der ggf. unter erheblichem Anabolikaeinsatz oder unter medizinisch-chirurgischer Intervention (body styling) erzeugten modischen Uniformierung menschlicher Körper verwechselt werden. Die Leiber der »baywatch«-Statisten, die derzeit weltweit zur Pflicht zu werden scheinen, haben eine andere soziale Entstehungsgeschichte. Es handelt sich um kulturell verschiedenartige Entwicklungen, bei allerdings äußerlichen Gemeinsamkeiten, nämlich der Reduktion von Gesundheit auf Anatomie und Muskelmasse, verbunden mit Tendenzen der Funktionalisierung, der Enteignung des Körpers sowie puritanischer Lust- und Genußfeindlichkeit. Ähnlichkeiten sollten hier nicht ohne Prüfung für Gleichheit stehen.

Die Thematisierungen sozialer Ungleichheit als präventionskonzeptionelle Plattform zerbrach im Grunde erst in den siebziger Jahren, konnte also über den rüdesten Stalinismus hinweg erhalten werden. Die Ursachen sind bis heute unklar, denn immerhin hatte die Geschichte der Sozialhygiene, oder wenn das heute verständlicher ist, von Public Health oder Sozialepidemiologie, in der Sowjetunion zwischen 1941 und 1966, analog nach dem Kriege in den anderen Ostblockstaaten, schlicht unter Verbot zu leiden. Der Sozialismus würde oder dürfe eben soziale Unterschiede und Ungerechtigkeiten nicht kennen. In der DDR hingegen traf man sich z.B. noch in den frühen siebziger Jahren auf deutsch-deutschen (wenngleich als international bezeichneten) medizinsoziologischen Symposien, u.a. weil Einigkeit in der Notwendigkeit gesehen wurde, soziale Probleme im Umkreis von Prävention, Gesundheit, medizinischer Versorgung und Ungleichheit zu thematisieren.

Solche präventiven Leitlinien hatten in der DDR politische wie wissenschaftliche Feindseligkeiten zu bestehen. Die Zurückdrängung des skizzierten sozialen Zugangs zu Fragen der Prävention erfolgte – zumindest ist dies mein erinnernder Eindruck – im Einklang von Politik und Teilen der Medizin. Das wissenschaftliche Argument schien das Aufkommen der sog. Risikofaktorenmedizin in den siebziger Jahren zu liefern, die, zumal von Teilen der Politik, dankbar, weil von politischer

Verantwortung entlastend, aufgenommen wurde. Der präventionskonzeptionelle Bruch in der DDR wurde aus den Reihen der Medizin mit dem Hinweis legitimiert, soziale Probleme als Ursache und Folge von Krankheit seien »historisch« überwunden. Es ist zu bezweifeln, daß dies einer besonderen »Linientreue« oder einer tieferen empirisch-soziologischen Erkenntnis entsprach. Es wurde schlicht einem internationalen Trend gefolgt, der immer bereit war, verhältnispräventive Konzepte als suspekt zu betrachten. Es ist möglicherweise auch noch schlimmer gewesen: Die Problematik sozialer Ungleichheit in Bezug auf Krankheitsverursachung und Prävention wurde nicht verstanden. Dies galt dann auch für die um die Mitte der siebziger Jahre versuchten kritischen Diskussionen zu den möglichen Folgen der Risikofaktorenmedizin, nämlich der Verlagerung von Verantwortungen und Problemverdrängungen.

Solche Kritiken wurden schlicht als eine Rechtfertigung gesundheitsgefährdender Lebensstile denunziert. Hierin spiegelt sich weniger eine explizite politische Plattform. Hierin spiegelt sich eine geistige Konfiguration, die unabhängig von politischen Bekenntnissen die Eigentümlichkeit der geistigen Verfassungen der DDR zwischen Konservativität und reklamierter Modernität spiegelte. In jedem Fall – gleichgültig, ob eher als Ursache oder eher als Folge – verabschiedete sich die DDR mit der Risikofaktorenkonzeption auch in den theoretischen Konzeptionen aus der Verhältnisprävention (Niehoff/Schneider 1993). Verhaltensänderung und medizinische Intervention statt sozialer Modernisierung werden tendenziell zur konzeptionellen Klammer in der Prävention (Niehoff 1991).

Im Ergebnis einer Befragung von 90 als in der DDR führend zu vermutenden Ärzten und Wissenschaftlern entstand 1984 ein Thesenpapier, das vor dem skizzierten Hintergrund nicht konsensfähig werden konnte, allerdings die Schwierigkeiten dokumentiert, sich über prioritäre präventive Handlungsziele zu verständigen. Bezüglich der prioritären Gesundheitsprobleme fokussierten die Thesen folgendes:

»Nachfolgend werden ... Schwerpunkte nach dem Merkmal »Alter« gegliedert. Es muß aber betont werden, daß bei der Verwendung anderer Gliederungsmerkmale präzisere Zielgruppenbestimmungen möglich wären (z.B. sozialspezifische Unterschiede, ein Aspekt, der in der Forschung unzureichend bearbeitet wird bzw. in den letzten Jahren immer weniger bearbeitet werden konnte). (...)

Säuglings- und Kleinkindalter

Schwangeren- und Mütterberatung, Hypoxie- und Hypotrophieprophylaxe bei Neugeborenen, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Impfprophylaxe

Unfallverhütung, Förderung des Stillens und Weiterentwicklung der Frühgeborenen- und Säuglingsernährung, Früherkennung von Stoffwechselerkrankungen und genetischen Defekten, ärztliche Hausbesuche bei häufig kranken Kindern und Kindern aus dissozialen Familien

Leistungsalter
Unfallprophylaxe, Psychohygiene, gesunde Lebensführung (Alkohol, Tabak, Ernährung)
Früherkennungsaktivitäten, arbeitsmedizinische Tauglichkeits- und Überwachungsuntersuchungen, Abbau gesundheitsgefährdender Arbeitsplätze
indikationsgerechter Einsatz prophylaktischer Kuren, Breitensport, Medikamentenmißbrauch, Hausbesuche bei Familien mit Alkoholkranken

ältere Bürger
Erhalt gesellschaftlicher Integration, altersgerechte Lebensführung und Wohnbedingungen, Unterstützung bei Konflikt- und Lebenskrisenbewältigung, Infektionsschutz, Verbesserung der medizinischen Betreuung, vor allem in der Grundbetreuung, breites Angebot physiotherapeutischer Maßnahmen, Trainingsangebote für den Erhalt der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit, gezielte ärztliche Hausbesuche bei Alkoholkranken und Suizidgefährdeten« (Großer/Niehoff 1984)

An diesem Versuch gab es letztlich viel Kritik: die Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs kämen zu kurz, der Alkohol würde für wichtiger genommen als der Tabak, psychosoziale Probleme seien in diesem Papier wichtiger als Gesundheitstests, die Verbesserung der Bedingungsgefüge sei höher gesetzt als die Stärkung der Eigenverantwortung durch Gesundheitserziehung.

Es ist von Wichtigkeit zu sehen, daß das internationale Anerkennungsstreben der DDR immer auch die Tendenz erzeugte, Musterschüler in internationalen Projekten, z.B. solchen der WHO, zu sein. Das verbot eine kritische Distanz oder gar methodisch-konzeptionelle Auseinandersetzungen etwa mit dem sog. MONICA-Projekt oder den diesem indirekt nachgehenden Interventionsprojekten. Paternalistische Gesundheitserziehung und präventive Problemreduktion auf Appelle an das gesunde Verhalten sowie Versuche, Merkmale einer sozialistischen gesunden Persönlichkeit zu kanonisieren, erdrückten schrittweise alle Impulse, die auch aus präventiver Zielsetzung soziale Modernisierung, Wandel und Dynamik hätten unterstützen können und müssen. Im Besonderen die Prävention ausgewählter Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs wurden zum Symbol des Bruches in der Prävention. Nachweislich falsch als Wohlstandskrankheiten bezeichnet, verbindet sich mit deren Priorisierung symbolhaft der Weg von der sozialen Prävention zur

Verhaltensprävention, einschließlich aufkommender Forderungen, solidarische Mechanismen der Risikoregulation einzuschränken. Das Leitbild präventiver Interventionen wandelte sich von dem der Sicherung gesunder Lebensverhältnisse zu dem der Erziehung zu individuellem gesunden Verhalten.

4. *Verantwortungszuweisungen*

»Prävention basiert nach landläufiger Meinung auf Vorstellungen über die Ursachen, die zum Entstehen einer Krankheit führen. Tatsächlich aber sind diese ätiologischen Vorstellungen umgekehrt auch stark geprägt von den präventiven Möglichkeiten, die man sieht oder wünscht.« (Kühn 1993, 18)

Diese Feststellung für die USA gilt ohne Einschränkung auch für die Diskussionen in der DDR. Dabei ist auffällig, wie gering das wissenschaftliche Problembewußtsein ist, wenn es um den Zusammenhang oder die Tauglichkeit ätiologischen Wissens für die Prävention geht. In den offiziellen Hitlisten der weltweit geltenden prioritären Gefährlichkeiten (z.B. McGinnis 1989) finden sich nach letzter Zählung der Tabakkonsum (laut WHO die wichtigste verhütbare Krankheitsursache der Gegenwart), ein erhöhter Cholesterinspiegel und Blutdruck sowie das Übergewicht, die Bewegungsarmut und der Streß. Eher weit abgeschlagen folgen Alkohol und Drogen, berufliche und lebensumweltliche Gefährdungen. Gewalt in allen ihren Spielarten, Mangelernährung, Hunger, soziale Ungleichheit und Zurücksetzung, Arbeitslosigkeit, Armut, Obdachlosigkeit, Umweltzerstörung, mangelnde Kontrollfähigkeit über das eigene Leben, Kriege usw. kommen schlicht nicht vor.

Die öffentliche und politische Bewertung solcher Risiken ist der Schlüssel einer problemorientierten Benennung von präventiven Verantwortlichkeiten. In den Verantwortungszuweisungen kreuzen sich alle praktischen Probleme der Prävention. Die Argumentation hierzu kreiste in der DDR im Dreieck der Begriffe »Eigenverantwortung«, »gesellschaftliche Verantwortung«, »staatliche Verantwortung«. Wenn Gesellschaft die Assoziation von Individuen ist, die, um ihre Verhältnisse zueinander zu regeln, sich einen Staat leisten, wer ist dann kontrollierende und verantwortungszuweisende Instanz? Eine solche Diskussion bekommt ihren Sinn, wenn sie benennt, wer jeweils wofür Verantwortung trägt bzw. gegenüber anderen einfordern kann. Die Verantwortungsdiskussion in der Prävention kann nicht außerhalb demokratischer Regeln verhandelt werden, sie reflektiert demokratische Selbstverständnisse. Eine Verlagerung präventiver Verantwortungen auf die Privatsphäre und die Begrenzung des Gesundheitsbegriffs auf das Ich hat soweit

hochpolitische Aspekte. Die auch international durchgängig übliche Verkürzung der Frage nach präventiven Verantwortungen auf die nach den Krankheitsursachen und die neuerliche Verkürzung der Ursachenfrage auf die nach der Schuld, erweist sich in diesem Zusammenhang als eine der größten Komplikationen und Hindernisse (Niehoff 1995). Die für die Präventionskultur so wichtige Unterscheidung von Krankheitsursache, »Täterschaft« und »Schuld«, die Unterscheidung von Krankheitsursachen und den Ursachen der ungleichen Verteilung solcher Ursachen unter den Menschen oder den ungleichen Fähigkeiten, gleiche Gesundheitsrisiken individuell zu kompensieren, verschwand zunehmend hinter der Nebelwand des Sammelns von Risikofaktoren, verbunden mit der naiven Vorstellung, es bedürfe allein ihrer schrittweisen Elimination, der Erzeugung eines Modells risikofreien Lebens, der argumentativen Vermittlung solcher Art zu leben und der Schaffung geeigneter Kontrollmechanismen für die Durchsetzung eines prototypisch gesunden Lebens. Eine solche Position war nun gewiß keine Erfindung der DDR. Sie wurde dort nur früher, wenngleich tendenziell erfolgloser diskutiert (Niehoff 1978).

Wofür also sind im Kontext der Prävention Menschen verantwortlich? Sind sie es für sich als Einzelwesen, für ihre Familien, für ihre Mitmenschen, an ihren Arbeitsplätzen, bei der Mitgestaltung kommunaler Lebensbedingungen, bei der öffentlichen Kontrolle wirtschaftlicher und staatlicher Akteure und ihres Tuns und Verhaltens, z.B. bei der Einhaltung gesetzlicher Normen im Umweltschutz? Worin besteht der Kern dieser Verantwortungsverteilung in der Prävention? Kontrolliert der Bürger den Staat und die wirtschaftlich Handelnden oder kontrolliert der Staat (ggf. stellvertretend die Medizin) den Bürger in seinem Risikoverhalten? Die Frage der Verantwortung in der Prävention thematisiert Grundfragen der Demokratie.

Die Ausformung von präventiv verantwortlichem Handeln reflektiert das Verhältnis und Beziehungsgefüge von Individuum, Gesellschaft und Staat, weil nur über solche Verantwortlichkeiten auch die Legitimation der präventiven Interventionstechniken in jeweils individuelle, soziale oder komplexe wirtschaftliche und politische Zusammenhänge vermittelt werden kann. Soweit Prävention dann Bildung und Wissen und deren mediale Vermittlung herausfordert, kulminiert in der Verantwortlichkeitsfrage dann auch die Bewertung gesellschaftlicher Realitäten.

»Wenn jedoch in der Prophylaxeforschung der Gedanke bewußter Gestaltung menschlichen Lebens zumindest angelegt ist, muß ein anderer Schluß auch erlaubt sein: Es erschiene denkbar, den Versuch zu unternehmen, den ... realen,

konkreten Menschen, die Realität seiner Lebens- und Arbeitsbedingungen, seine Bedürfnisse und Probleme, Wünsche und Ziele,... kurz: seine soziale und gesellschaftliche Realität aus der Prophylaxeforschung zu rekonstruieren. Mehr noch: es müßte möglich sein, nicht allein seine soziale Realität im Sinne der Zustandsbeschreibung abgebildet zu finden, sondern zugleich seine künftigen gesellschaftlichen Entwicklungsbedingungen ... Das Abstraktum Mensch, das uns in der Mehrzahl der Gesundheitsschutzkonzeptionen entgegentritt, scheint keiner realen sozialen Differenzierung zu unterliegen, verfügt scheinbar über die individuell selbstbestimmte, uneingeschränkte Entscheidungsmöglichkeit seines Lebens, ist allen seinen Mitmenschen gleich, kennt kein anderes Motiv als Gesundheit, keine Konflikte und Wünsche. Es scheint der Mensch der Risikoprävention ein asoziales Wesen zu sein.« (Niehoff 1987a)

Diese Einschätzung muß heute nicht zurückgenommen werden. Sie gilt nun auch im vereinigten Deutschland.

Es gelang in der DDR lange, sozialpräventive Programmatiken in der Praxis zu erhalten. Erst mit dem Aufkommen der Risikofaktorenkultur wurden solche Ansätze randständig. Es läßt sich deshalb heute wohl auch kaum noch nachvollziehen, welches Gewicht nachfolgende Äußerung von Winter im Jahre 1957 hatte:

»Wir sind das einzige der sozialistischen Länder, in dem die Sozialhygiene erhalten geblieben ist. In allen Volksdemokratien wurde das Fach in Anlehnung an das sowjetische Vorbild auf den schmalen Sektor der Organisation des Gesundheitswesens begrenzt, als ob es unter dem Sozialismus keine ... Probleme mehr gäbe, die aus dem Einfluß der gesellschaftlichen Umwelt auf den Menschen resultieren (...) Wir haben es hier mit einer dogmatischen Vereinfachung zu tun, die auch uns in der wissenschaftlichen Entwicklung gehemmt hat und zu dem grotesken Zustand führt, daß wir in der Praxis (der Prävention, JUN) kapitalisitischen Ländern voraus sind, aber in der wissenschaftlichen Erforschung der Probleme fast ebenso weit hinter ihnen herhinken.« (Winter 1957)

Bereits die Trennung von individueller, gesellschaftlicher und staatlicher Verantwortung wird zum Problem. Sie berührt die Beziehung von Bürger, Gesellschaft und Staat. Hier wird zwischen den Individuen und der Gesellschaft ein Unterschied gezeichnet, der das Individuelle auf das Private verkürzt. Gleichzeitig hat es in der DDR immer die Tendenz der Grenzverwischung zwischen Gesellschaft und Staat gegeben. Auf diese Weise mußte dann auch die Gesellschaftlichkeit von Verantwortungen fiktiv bleiben, denn sie reduziert sich so auf eine private und eine staatliche Verantwortung.

5. *Präventionsziele*

In der einfachen Welt der Prävention soll das Gute bewahrt und das Schlechte gebessert werden. Bewahren versus Verändern heißt das Zentrum präventiver Methodensteuerung. Beides bedarf der Legitimation. Bewahren setzt Urteile über Schützenswertes voraus, Verändern solche über Zukunftsentwürfe. Prävention steht so im Spannungsfeld konservativer Bemühung zu bewahren sowie verändernder Zukunftsgestaltung. Beides, Bewahren wie Verändern, setzt Urteile über das Heute voraus und reflektiert Leitbilder vom Wünschenswerten, kurz Ideologien oder in einfacherer Vokabel: Handlungsbewußtsein. Hier liegt die permanente Provokation präventiver Ziele: Bewahren *oder* Verändern. Das ist auch das Dilemma der Präventionslinien in der DDR gewesen: Dem nachdrücklichen Wollen von Veränderung und Erlangung von Zukunft vor dem Hintergrund der historischen Erfahrungen der Arbeiterschaft und der Vergangenheit des Nazireiches folgte schon bald der konservative Wunsch des Bewahrens. Es folgte nicht nur die materielle Unfähigkeit, Zukunftsfähigkeit zu erhalten, sondern ganz erheblich auch die soziale, motivationelle und geistige Fähigkeit, Zukunft zu entwerfen. Aus dem progressiven präventiven Entwurf wurden konservative Schutzbedürfnisse. Aus der Veränderung und Gestaltung menschlicher Lebenswelten wurde die Kanonisierung des richtigen Lebens für den idealtypischen gesunden Menschen.

Die besondere Schwierigkeit zeigte sich dort, wo Veränderer von einst nun befanden, der Erfolg ihres Tuns hätte endlich Bewahrenswertes erzeugt. Progressisten wurden zu Konservativen. Der Zukunftsentwurf, die Aktivität, der Veränderungswille verkamen zur Selbstzufriedenheit, zur Stagnation, zur Romantik im Heute und Gestern, regelhaft verbunden mit Realitätsverlust. Dies hat zunächst mehr menschliche als politische Seiten, denn wer verändert hat, will irgendwann seine Ergebnisse zählen. Dies hat allerdings mehr politische als menschliche Folgen. Die geringste Folge ist der Verlust der sozialen Dynamik.

6. *Präventionsmethoden*

Prävention muß nicht nur gewollt, sie muß auch gemacht werden. Eine der DDR eigentümliche, für sie spezifische Art und Weise der Präventionsmethodik hat es nur begrenzt gegeben. Die zum Teil deutlicheren Unterschiede zur Bundesrepublik dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, daß sich die DDR in hinreichendem internationalen Einklang befand und hierauf auch Wert legte. Alles was wir hierzu in der DDR fanden,

finden wir als Denk- und Diskursbereich sowie praktische Aktion auch sonstwo, z.B. in der ehemaligen Bundesrepublik. Es gibt deshalb nicht *die* Prävention, vermutlich auch nicht *die* Präventionspolitik der DDR, wohl aber eine Prävention und auch Präventionspolitiken in der DDR. Der feststellbare Unterschied im Vergleich zu anderen liegt nicht in Leitbildern, Zieldiskussionen, Konzepten, Denkmustern oder Kontroversen der Akteure. Der Unterschied liegt in den Mechanismen der Durchsetzung in Form gesamtstaatlicher Prioritätensetzungen, von Konzepten und Regelungen, also im Bereich von Steuerungen.

Methoden der Prävention verdienen besonderes Interesse, weil sie sich primär nicht an theoretischen Erwägungen orientieren, sondern an den jeweils vermuteten Handlungsmächtigkeiten der Adressaten. Sie spiegeln weniger Ideen als die Fähigkeit, Realitäten wahrzunehmen. Die Mechanismen der Prävention wurden von den Bewohnern des Landes in der absoluten Mehrheit akzeptiert. Die hier bezeichnete Konfliktsubstanz war intellektuelle Attitüde einzelner, sie war randständig und kein Spiegel verbreiteter Problemwahrnehmungen. Die Reflektion dieser Prophylaxearbeit war im Lande wie in der Welt eher positiv, und hierfür gab es auch Gründe. Desgleichen gab es aber auch Gründe zu kritischer Reflektion. Das war im Falle der DDR so wie anderenorts. Zumindest für die Prävention galt, daß die Mehrheit hier wohl eher Grund zu Zustimmung als zu Kritik sah. Gesellschaftlich favorisierte präventive Leitbilder, erzieherische Attitüden oder die medizinische Dominanz in der Prävention, Systeme der medizinischen Untersuchung auf berufliche Eignung, speziell die Präventionskonzepte im Säuglings-, Kleinkinder- und Vorschulalter, unterlagen verbreitet positiver Bewertung.

Sozialer Ausgleich und Abbau gesundheitsschädigender Arbeitsbedingungen, präventive medizinische Aktivitäten (Gesundheitsüberwachung, Früherkennung, Diagnostik von berufsspezifischen Tauglichkeiten und Eignungen) und Gesundheitserziehung als pädagogisches Konzept, beginnend in der Vorschulzeit, waren als Zielsetzung wie je in ihrem methodischen Arsenal nicht problematisiert. Das änderte sich nur dort, wo im Präventionsbezug Probleme des Umweltschutzes bzw. Gesundheitsbelastungen im Umfeld von Industrieansiedlungen ausgeblendet wurden oder wo entsprechendem Forderungsdruck repressiv begegnet wurde.

Erziehung, Bildung, Aufklärung, die Vision vom neuen Menschen waren für die Präventionsmuster in der DDR konstitutiv. All das stand in der historischen Anlage in einem konstruktiven und einander nicht ausschließenden Wechselspiel zum Veränderungswillen gegenüber krankmachenden Lebensbedingungen. Die erzieherische Attitüde schloß die Überzeugung von der Veränderbarkeit lebensalltäglicher Realitäten ein,

nicht aus. In dieser Dimension war Gesundheitserziehung zunächst durchaus sozial motiviert. Es ging nicht primär oder ausschließlich um das eigene Lebensmodell, sondern auch um die Verantwortung für andere, die Familie, den Nachbarn, für das Ganze, die Natur, die Zukunft usw.: der neue, die Zukunft gestaltende Mensch, der Sozialismus schienen mit Selbstverständlichkeit als Prävention schlechthin. Der Naivität solcher frühen Sichten kann die ethische Statur nicht abgesprochen werden, wenngleich Ideen die Eigenschaft haben, sich selber für wichtiger zu halten als die Menschen, die sie meinen. Allerdings war auch sehr schnell zu lernen, daß die Fähigkeiten zur Gestaltung von Zukunft sich nicht nur verbrauchten, sondern sich – im Falle der DDR – nicht erneuern ließen. Hier tritt dann Agitation an die Stelle der Auseinandersetzung mit den Realitäten, die Gesundheitserziehung wird so zum Mittler zwischen Wunschbild und politischem Unvermögen.

Wichtig sind für die Präventionsentwicklung zwei Brüche: Der erste erfolgte zunächst schrittweise, dann galoppierend mit dem Verlust von politischen Handlungs- und Entscheidungsfähigkeiten. In dem Maße, wie die Phantasie von der Gestaltbarkeit der »Arbeits- und Lebensbedingungen« und dann im Gefolge des sozialstrukturellen Wandels auch die soziale Akzeptanz für die prioritäre Position von vermeintlichen Interessen der Arbeiter und Bauern verloren ging, blieb von dieser pädagogischen Konstruktion nur noch die agitatorische Hülle.

Der zweite Bruch war die Antwort auf den ersten. Allerdings faszinierte viele Ärzte, was da über Präventionslinien in den USA zu vernehmen war und zumindest seit den späten siebziger Jahren in der DDR als grandiose Erfolgsstory von den kompromißlos gesund lebenden Amerikanern reflektiert wurde. Pausenloser Dauerlauf, Verachtung hedonistischer Lebensstile, an physischen Zwecken rationalisierte Ernährung auf salzfreier Basis, ein gerüttelt Maß puritanischen Sendungsbewußtseins, Koppelung von Gesundheitsverhalten und Beiträgshöhen zur Krankenversicherung, präventive Massenmedikation, Steuerung des Lebensmittelverbrauchs über Einkommen und Preise wiesen als Kern der vermeintlichen amerikanischen Erfolgsstory den Weg in die erfolgreiche »Bekämpfung« nahezu aller chronischer Krankheiten, besonders jener des Herzens und des Kreislaufsystems. Samt und sonders sind dies bei näherer Betrachtung Lebensstile von sozialen Mittelschichten. Das ist im methodischen Bereich ein besonders interessanter Sachverhalt. Prävention hatte in der DDR keine Schwierigkeiten zu benennen, was sie bezweckte. Sie hatte Schwierigkeiten zu benennen, wen sie meinte.

Die Selbstdefintion der DDR als Staat der Arbeiter und Bauern adressierte Prävention als kulturelle Sinngebung und methodisches

Arsenal an ein Lebensstilmuster, das im ideologischen Kontext für Arbeiter und Bauern als typisch unterstellt wurde. Es war dies in doppelter Hinsicht fatal. Der Arbeiter der Jahrhundertwende oder der Weimarer Republik war nicht mehr der des Jahres 1980. Und die übliche soziale Adressierung von allem und jedem an die Werktätigen konnte nur dürftig verdecken, daß natürlich auch die »Werktätigen« durch eine komplizierte und vielschichtige Sozialstruktur ausgezeichnet waren. Prävention mußte so zunehmend zur paternalistischen Attitüde verkommen. Wenn die bereits zitierte Studie zur Prävention feststellte:

»Prophylaxe erfordert aktive Teilnahme der Bevölkerung. Hierin muß sich auch Demokratie im Sozialismus verwirklichen, z.B.
– bei der Mitgestaltung der kommunalen sowie der betrieblichen Lebensbedingungen,
– in den Mitwirkungsmöglichkeiten beim Schutz der Umwelt und bei der Durchsetzung rechtlicher Normen,
– bei der solidarischen Hilfe und Unterstützung für Kranke, Behinderte und hilfebedürftige alte Bürger oder
– bei der Sicherung von sozialen und gesellschaftlichen Voraussetzungen für eine gesundheitsgerechte Lebensführung.
In diesem Zusammenhang müssen die Möglichkeiten der Bevölkerung zur aktiven Kontrolle des staatlichen wie des betrieblichen Handelns im Interesse prophylaktischer Ziele spürbar ausgebaut werden. Die Sicherung demokratischer Mitwirkungsrechte ist in der Propylaxe der Mittelpunkt der Eigenverantwortung der Menschen für ihre Gesundheit«,

bezeichnet diese Position wesentliche Aspekte des Konflikts um die Prävention.

Der Konflikt um die Prävention verschärfte sich tendenziell auch aus einem anderen Grund. Die in der frühen DDR zunächst starke Orientierung auf soziale Präventionsmodelle hatte Probleme der biologischen Variabilität als Gegenstand der Forschung erheblich an den Rand gedrängt. In den siebziger Jahren gewinnen nun aus unterschiedlichsten Gründen medizinisch-biologische Präventionskonzeptionen im wissenschaftlichen Diskurs an Bedeutung (Überlegungen über flächendeckende Siebteste, Manipulation der pränatalen und frühpostnatalen Entwicklung des ungeborenen bzw. des neugeborenen Kindes mit dem Ziel lebenslanger Steuerung elementarer Verhaltensweisen, wie Sättigungsverhalten, Thermoregulationsverhalten, Sexualverhalten, körperliche und intellektuelle Leistungsfähigkeit, »wissenschaftlich begründete« zentralstaatliche Steuerungen der individuellen Lebensstile, Diskussionen um Verhaltenssanktionen für nicht gesundheitskonform lebende Personen). Praktische

Aktion wurden solche Konzepte (hinter denen einzelne Wissenschaftler standen) nicht, waren aber Gegenstand erheblicher Auseinandersetzungen, z.T. nachdrücklich und öffentlich durch Wissenschaftler und Medien außerhalb der DDR, z.B. der Bundesrepublik, durch Zustimmung oder Protestresolutionen begleitet. Bei der Bewertung dieser Entwicklungen ist zu beachten, daß die Steuerung der Prioritäten in der Prävention auch dazu dienen konnte, die Ressourcenverteilung in der Forschung zu beeinflussen. Dies war allemal ein guter Grund, sich kräftig ins Zeug zu legen, TV sowie das »Neue Deutschland« wurden so zu einer begehrten Plattform wissenschaftlicher Selbstdarstellung.

Zur Präventionsmethodik sollen – hier unreflektiert – Beispiele erinnert werden:

Krebsfrüherkennung

Präventive Leistungen waren in erheblichem Umfang »Bringeleistungen«. Sie mußten nicht »nachgefragt« werden. Ein Beispiel mag das Vorsorgemodell für Krebse an der Cervix sein. Nach 1972 wurden für Frauen unentgeltlich Kontrazeptiva zugänglich, die ausschließlich durch Frauenärzte verordnet werden konnten. An diese Regelung gekoppelt, wurde ein Modell der Früherkennung auf Muttermundkrebse eingerichtet, das zumindest in den mittleren Altersgruppen nahezu 80% der Frauen erreichte.

Tauglichkeitsuntersuchungen

In der DDR entwickelte sich ein weitreichendes System von arbeitsmedizinischen Tauglichkeits- und Eignungsuntersuchungen. An kaum einem anderen Beispiel wird die Ambivalenz präventiven Tuns so deutlich wie hier. Das Ziel, nämlich bei gegebenen physischen und psychischen Bedingungen frühzeitig die gesundheitliche Zumutbarkeit zu entscheiden, ist kaum zu kritisieren. Dennoch bleiben zwei ungelöste Probleme: Die Medizin wird zu einer Institution, die ggf. über Lebensziele entscheidet, also soziale Kontrollinstitution und der Antrieb, die Arbeitsbedingungen den Menschen, nicht die Menschen den Arbeitsbedingungen anzupassen, geht verloren.

Karies

Eher zufällig stellte ich eines Tages fest, daß eine der größeren Vergnügungen der Kindheitstage nicht mehr verfügbar war: Zuckerkandis. Zahnärzte in der DDR hatten einschlägige Ministerien mit den Hinweisen auf die Schädlichkeit für die Zähne konfrontiert. Sie waren letztlich erfolgreich, der Kandiszucker verschwand aus den Geschäften. Eine öffentliche Reflexion des Vorganges fand offenbar nicht statt.

Fettkäse und Forderungen nach Erhöhung der Lebensmittelpreise

Im Kontext der diskutierten Zusammenhänge zwischen Ernährung und Arteriosklerose sind Forderungen ärztlicher Fachgruppen an die Ministerien der DDR ergangen, den Import besonders fetthaltiger Käsesorten – vor allem aus Bayern und Österreich – einzustellen und das System der Preisstützungen für Lebensmittel – hier besonders für Brot und Milch – aus Gründen der Prävention abzuschaffen. Die in Statistiken der Weltbank nachlesbare Aussage, die Bevölkerung der DDR habe den höchsten Kalorienverbrauch der Welt, wurde als schwere internationale Kritik an der sich doch so gern an der internationalen Spitze sehenden DDR kolportiert. Dies führte zur Bitte, hier über Preismechanismen präventiv zu steuern.

Salz aus der Apotheke

Aus der Zeit, als die präventiven Chancen einer bevölkerungsweiten Blutdrucksenkung durch Reduzierung des Salzverbrauchs hoch gehandelt wurden, erinnere ich Diskussionen in einem Krankenhaus, die darauf abzielten, Salz an Krankenhauspatienten nur noch bei aktiver Nachfrage und dann über die Krankenhausapotheke auszugeben.

Interventionsstudien

Eine solcher Studien wollte die Ernährungsweisen dadurch optimieren, daß zwischen Wissenschaftlern und dem regionalen Lebensmittelhandel eine Vereinbarung getroffen wurde, nur noch gesunde Produkte zu führen. Zigaretten, Alkohol, Süßigkeiten, Fettkäsesorten, besonders salzhaltige Fleischwaren (z.B. Rauchwürste) verschwanden aus dem Angebot. Obst, Gemüse, Haferflocken und ähnliche als gesund vermutete Produkte wurden hingegen reichlich bereit gestellt. Der von den Forschern durchaus wahrgenommene Ärger der Bevölkerung wurde auf wissenschaftlichen Tagungen als eines der bemerkenswerten Resultate referiert!

AIDS

AIDS war jenseits der geringen epidemiologischen Relevanz für die DDR eine – zeitlich gesehen – letzte präventionskonzeptionelle Herausforderung. Auch hier war die Medizin die Architektin. Nach durchaus erheblichen Auseinandersetzungen setzte sich die Auffassung durch, daß soziale Integration der sog. Risikobevölkerung, nicht ihre soziale Ausgrenzung, Schlüssel zu erfolgreicher Prävention sein würde (Niehoff/Sönnichsen 1987).

Wenn ein Wissenschaftler aus der DDR – der wie andere, die hier nach schriftlichen Zeugnissen zitiert werden, ohne Namen und Quelle bleibt – in einem persönlich-vertraulichen Papier aus dem März 1977 zur Zukunft der Prävention in einer siebten These vermerkt:

»eine Prävention von Krankheiten« sei »möglich a) durch Optimierung der Umwelt ... während der Differenzierung und Reifung des neuro-endokrinen Systems und des Immunsystems und b) durch die präkonzeptionelle oder auch frühpostkonzeptionelle Selektion des genetischen Materials«,

so ist dies ebenso Teil der Geschichte der DDR wie folgendes Statement aus einem anderen Brief im August 1984:

»Da die mir bekannten ... Untersuchungen zu Problemen der Effektivierung des gesellschaftlichen Arbeitsvermögens und zur Formierung der sozialistischen Lebensweise die Problematik des Gesundheitsschutzes ... vollständig ausklammern, sehe ich als Nahziel ... die wirksamere Erfassung des komplexen Charakters des Gesundheitsschutzes, die nur am praktischen Beispiel überwindbare Trennung zwischen verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen (...)«

Der zweite Schreiber war nach eigenen Aussagen der DDR verbunden, der erste keineswegs. Der erste hat jedoch im Gegensatz zu zweitem in der DDR eine große Rolle gespielt und mit seinen Präventionsthesen über mehrere Jahre hinweg nicht nur die DDR-Welt in Atem gehalten. Er hatte kein geringeres ständiges Forum als den Wissenschaftsteil des »Neuen Deutschland«, gelegentlich den »Spiegel« und das ZDF, und war mit etlichen der reichlich verfügbaren Orden und Ehrenbezeichnungen dekoriert, ein Autor, der wußte, wie persönliche Interessen auch mit drakonischen Maßnahmen (weit über die Existenz der DDR hinaus) durchzusetzen waren. Wie soll hiermit umgegangen werden? Keines der Zitate beschreibt für sich die DDR, wenngleich beide Schreiber unterschiedlich erfolgreich in der DDR agierten und zugleich ihr Teil waren.

7. *Lebensweise, Lebenstil, Gesundheitsbewußtsein, sozialistische Persönlichkeit*

Der gesundheitsgerecht lebende Mensch war keine Erfindung der DDR. Diese hat lediglich das Attribut sozialistisch beigefügt. Innerhalb der Präventionskonzeption der DDR spielte als methodische Linie die Gesundheitserziehung eine wesentliche Rolle.

Der Erziehungsbegriff und seine am individuellen Risikoverhalten orientierte Ausrichtung, seine paternalistischen Zumutungen blieben

eher ergebnisarm. Zwischen wissenschaftlicher Anstrengung, organisatorischer Aufblähung (z.B. Kabinette und Komitees für Gesundheitserziehung in allen regionalen Verwaltungsstrukturen bis hin zu einem Nationalkomitee für Gesundheitserziehung) und praktischer Bedeutung bestand eine tiefe Kluft. Bei der Diskussion dieses Sachverhaltes wird heute weniger die Strategie der Gesundheitserziehung als der Widerspruch zwischen erzieherischem Modell und gesellschaftlicher Realität betont. Das ist bemerkenswert, weil das bei Erziehungsgegenständen naturgemäß so zu sein pflegt, folglich kein Grund zur Klage sein kann. Viel weniger wurde reflektiert, ob individuelle Risikovermeidung überhaupt ein prioritäres – wenngleich ggf. durchaus wünschenswertes – und jenseits von einzelnen Lebensentscheidungen zu vertretendes politisches Ziel sein kann. Die positive Absicht der Prävention wurde in der Gesundheitserziehung auf die Propagierung zweckorientierter Lebensstile verkürzt, d.h. an moralische Werte und positive Ideale außerhalb des individuellen Sinnkontextes gekoppelt. Die Moralisierung der Prävention war auch in der DDR ein Ärgernis. In einem nichts weniger als »Internationalen terminologischen Wörterbuch der Gesundheitserziehung« (Dresden 1984) ist dann auch nachzulesen:

»Unter den Bedingungen der entwickelten sozialistischen Gesellschaft ist die Gesundheitserziehung ein Teil der ideologischen ... Aufklärungsarbeit, die dazu berufen ist, zur Herausbildung einer wissenschaftlichen Weltanschauung der Bevölkerung beizutragen und ihr eine bewußte, kommunistische Einstellung zu ihrer eigenen Gesundheit anzuerziehen (...).«

Selbst wenn man die Vokabeln sozialistisch und kommunistisch streicht oder durch beliebige andere ersetzt: wer will und kann es in einer Gesellschaft aushalten, die in der Lage ist, etwas so Genußträchtiges wie die Gesundheit auf eine solche Weise zu verhunzen? Zur Erleichterung der Leser sei angemerkt, daß ich dies nun keineswegs aus der DDR erinnere, sondern als Kuriosität erst jetzt beim Suchen und Nachlesen gefunden habe. Die gesellschaftliche Randständigkeit solcher Blüten gilt dann auch für folgende Äußerung:

»Gesundheitserziehung und Gesundheitspropaganda gewinnen unter sozialistischen Produktionsverhälnissen eine neue Qualität (...).
1. Gesundheitserziehung ist Bestandteil der Erziehung zu sozialistischem Bewußtsein, eine Erziehung, die zugleich ein gesellschaftliches Gesamtsubjekt herausbildet ... Gesundheitsverhalten wird als Bestandteil des Verhaltens sozialistischer Persönlichkeit zur sozialen Norm.

2. Sozialistische Gesundheitserziehung ist nicht auf spontane Einsicht bei der Umsetzung von Verhaltensrichtlinien in reales Verhalten angewiesen, sondern kann solches Verhalten planmäßig über soziale Gruppen organisieren.
3. Erziehung zur Gesundheit wird Erziehung zur Machtausübung des Staatsbürgers. Indem die Verbesserung des Gesundheitszustandes als persönliche und gesellschaftliche Aufgabe betrachtet wird, ... wird sie zum Gegenstand sozialistischer Demokratie (...).
Gesundheitsverhalten ist Bestandteil der Verhaltensweisen einer sozialistischen Persönlichkeit, ebenso wie Gesundheitsbewußtsein Teil des sozialistischen Bewußtseins ist.« (Hüttner 1971)

Solche Blüten waren Teil einer DDR-typischen Nebenrealiltät, die zwar lächerlich, für jene aber, die mit dem Ziel sozialer Gerechtigkeit einen konkreten Inhalt verbanden, immer auch schmerzhaft war. Es wäre nur zur Hälfte wahr oder auch nur zur Hälfte falsch, wollte man an solchen Äußerungen die DDR beschreiben. Es ist bestenfalls die Entrücktheit von der Wirklichkeit zu vermerken, wie auch die Tatsache, daß solche Argumentationen bereits zu Zeiten der DDR streitbar diskutiert wurden und auch hier wieder in Vergessenheit gerieten. So schreibt man am Ende, dann, wenn gescheiterte soziale Bewegungen die Wirklichkeit nicht mehr wahrnehmen, sie nur noch konstruieren. Solche Produkte sind Ausflüsse mittelalterlicher Scholastik. Es bleibt auch Ärger über die Kraft, die in der Auseinandersetzung mit solchem Unfug vergeudet wurde.

Keine geringere Institution als die Weltgesundheitsorganisation weist den Medien – Presse, Rundfunk, Fernsehen – in der Prävention eine erhebliche Rolle als Mittler und Multiplikator zu. Ob solche Medien dies als Bildungsinstitution, eingepfercht zwischen »Schwarzwaldklinik«, »Chicago Hope« und Produktwerbung tatsächlich leisten können, ist jetzt so zweifelhaft wie es dies in der DDR war. Wenn Mackenthun (1994) bündig feststellt: »der Medienmensch wird dümmer«, reflektiert dies wohl eher richtig den Abschied von einer aufklärerischen Potenz der Medien. Medien vermitteln manchmal Nachrichten, vor allem Meinungen und diese nicht selten zum Zwecke des Verkaufs eines Produktes, des Mediums selbst oder des Inhalts, das es transportiert: Werbung. Ausnahmen adressieren sich an marginale intellektuelle Eliten.

Der Rückblick auf die DDR muß diese Feststellung in wenigen Punkten modifizieren. Die aufklärerische Diktion war ein nachdrückliches und schulmeisterliches Medienmotiv in der DDR. Medien dienten Zwecken des Bewußtseins, nicht des Verkaufs von Waren. Gesundheit war gelegentlich ein solcher Zweck, der über ungesunde bzw. gesunde individuelle Gewohnheiten belehrte, vorzugsweise durch die Autorität eines Arztes

oder die eines wissenschaftlichen Beitrags, gern auch zitiert aus der großen Welt. Vermittlung durch Autorität war die Methode. Öffentlichkeit über ungesunde Lebensbedingungen wurde nur begrenzt hergestellt. Medien blieben also auch im Umkreis der Gesundheit eher pädagogischer denn demokratischer Sinngebung verhaftet. Dabei sind durchaus Kuriositäten zu erinnern. In einer Tageszeitung hatte ein Arzt auf die Lebensgefährlichkeit des Körpergewichts hingewiesen und dies offenbar so nachdrücklich, daß er Reaktionen von Lesern herausforderte. Zwei dieser Reaktionen sind hier wiedergegeben:

– »Man könnte lachen, wenn das Ganze nicht so abgeschmackt wäre: Alle Jahre wieder wird zur Hetzjagd auf die Dicken geblasen! Menschen, die keinem anderen zu nahe treten; Menschen, die sich ihrerseits nicht anmaßen, andere zu bevormunden. Sie sind geradezu wütenden Attacken eifernder Gesundheitsapostel ausgesetzt, die vorgeben, aus Sorge um deren Gesundheit zu handeln. Besten Dank!«
– »Ich freue mich, daß hier mal Fraktur geredet bzw. geschrieben wurde über etwas, das immer offenkundiger wird: Bequemlichkeit. Die Ärzte müßten viel strenger sein in ihren Anforderungen an diejenigen, die nicht abspecken. (...) Ich selbst esse gern und nehme nun mit 47 auch zu. Das stört mich sehr, und ich habe deshalb meine Eßgewohnheiten umgestellt. Wenn jemand abnehmen möchte, es aber allein nicht schafft – ich würde gern helfen.« (zitiert aus Berliner Zeitung, Juli 1989, in: Niehoff 1995)

Es ist soweit ein Spannungsfeld erinnert. Dieses war vor der DDR da und reicht über die DDR hinaus. Die Besonderheiten am Rande waren die Mechanismen und die Unfähigkeit zu sozialer Modernisierung (Niehoff 1994a, 1994b; Chen et al. 1994).

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Jens-Uwe Niehoff
Samariterstraße 38
10247 Berlin

Literaturverzeichnis

Autorengruppe (1984): Internationales terminologisches Wörterbuch der Gesundheitserziehung. Dresden 1984

Chen, M.C.; J.-U. Niehoff; F. Schneider (1994): Health Implications of the Transformation from Socialism in Eastern Europe: East Germany as an Example, Presentation at Annual Meeting of the American Public Health Association, Washington, Dec. 1994

Crawford, R. (1977): You are dangerous to your health. The ideology and politics of victim blaming. Int J Health Serv 7, 663-680

Elkeles, Th.; Niehoff, J.-U.; Rosenbrock, R.; Schneider, F. (1991): Prävention und Prophylaxe. Berlin: Edition Sigma 1992

Hüttner, H. (1971): Gesundheit 71. Berlin: Akademie für Ärztliche Fortbildung

Kühn, H. (1993): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin: Edition Sigma

Mackenthun, G. (1994): Medien, Medizin und Hysterie. Ein Beitrag zur Medienverdrossenheit. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 23: Gesundheitskult und Krankheitswirklichkeit, Hamburg: Argument, 54-74

McGinnis, J.M. (1989): National Priorities in Disease Prevention. Issues Sci Technol 5, 2, 46-52

Niehoff, J.-U. (1978): Risikofaktor – Risikofaktorentheorie – Risikokonzept. Z Ärztl Fortbild 72, 84-89

Niehoff, J.-U. (1990): Gesundheitsschutz – eine politische Herausforderung. Hamburg: Argument

Niehoff, J.-U. (1994a): The transformation of health services in Eastgermany. Invited lecture at the World Congress of Sociology (ISA-Congress), July 1994, Bielefeld

Niehoff, J.-U. (1994b): Changing the structures of health services – needs and consequences. Presentation at the FICCOSER Conference, July 1994, Helsinki

Niehoff, J.-U (1995): Sozialmedizin systematisch. Hamburg, Lorch: Unimed-Verlag

Niehoff, J.-U.; J. Großer (1987): Zu Gesundheitsdiagnostik und primärer Prophylaxe. Stellungnahme zu einem Artikel von G. Steudtner. Z Klin Med 42, 918-919

Niehoff, J.-U.; Schneider, F. (1991): Sozialepidemiologie in der DDR. Hamburg: Argument

Niehoff, J.-U.; Schneider, F. (1992): Sozialhygiene – das Ende einer Wissenschaftsdisziplin? In: Jahrbuch für Kritische Medizin 18: Wer oder Was ist »Public Health«? Hamburg: Argument, 54-81

Niehoff, J.-U.; F. Schneider (1993): Epidemiology and the criticism of the risk factor approach. In: R. Lafaille; St. Fulder (Eds.): Towards a new Science of Health. London, New York: Routledge

Niehoff, J.-U.; Schrader, R.-R. (1992): Die politische Konzeptualisierung von Gesundheit in der ehemaligen DDR – Skizzen zu einer Analyse. Berlin: Schriften des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie der Humboldt-Universität zu Berlin

Niehoff, J.-U.; Sönnichsen, N. (1987): AIDS – Eigenschaften einer echten Epidemie. Ztschr klin Med 42, 2141-2145

Winter, K. (1957): Die Perspektivplanung der medizinischen Wissenschaft. Vortrag vor der Kommission Medizin bei der Abt. Wissenschaft und Propaganda des ZK der SED