

Jens-Uwe Niehoff und Frank Schneider

Sozialepidemiologie in der DDR Probleme und Fakten

A. Einführung

Unbeschadet des Verlöschs ihrer physischen Existenz erscheint es dringender denn je, die DDR als Gegenstand der Analytik zu thematisieren. Was sie selbst nie vermochte, nämlich sich distanzieren und kritisch wahrzunehmen, droht unter dem Druck politischer Denunziationen und einer existentiellen Krise, die – zumindest im Moment noch – sehr viel mehr eine psychologische denn eine materielle ist – erneut zu unterbleiben. Die Definitionsgewalt für das, was dieses Land war, liegt längst so selbstverständlich im Westteil Deutschlands, so weitgehend bei Massenmedien und parteipolitischen Interessen, daß neuerlich der Analyse kein Raum zu bleiben scheint. Wir wollen dennoch versuchen, über eine Facette der Geschichte der DDR zu schreiben.

Die Gesundheitsverhältnisse der Menschen sind ein Teil ihrer sozialen Realität und in den Erwartungen an die Gesundheit konzeptualisieren sich Entwürfe für das Leben. Das gilt für den einzelnen in seinen verschiedenen Altersphasen, für soziale Gruppen oder für ganze Gesellschaften – sicherlich nicht für Nationalitäten, was angesichts allgemeiner Deutschaumelei und Überschriften wie »die Gesundheit der Nation« vielleicht angemerkt werden darf. Gesundheit ist folglich – eine Feststellung, die seit mindestens 100 Jahren trivial ist – ein empfindlicher Indikator für Veränderungen in den sozialen Wirklichkeiten bzw. für jene sozialen Prozesse, die diese Wirklichkeiten hervorgebracht haben. Das gilt auch in der Umkehrung: in der Konzeptualisierung von Gesundheit spiegeln sich die gesellschaftspolitischen Entwürfe der Zeit, in der Dynamik dieser Konzepte spiegelt sich die Struktur und die Dynamik der Wertorientierungen in einer Gesellschaft. Politiker wissen dies sehr genau, und die Reaktion der Politik auf eine soziale Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit ist so gesehen immer auch ein Zugang zum Verständnis politischer Prozesse.

Sozialmedizin mischt sich – eben weil sie soziale Prozesse wahrnimmt – politisch ein. Dabei hat sie es regelmäßig schwer: mit der Politik und mit sich selbst.

Die Interpretation sozialepidemiologischer Befunde bereitet in der Regel theoretische Probleme, die häufig unzureichend bedacht werden. So gibt es z.B. keinerlei plausible Argumentation nach der die Gleich- oder Zufallsverteiltetheit von Gesundheit und Krankheit der »natürliche Normalzustand« oder gar ein gesundheitspolitisches Ziel wäre. Sozialepidemiologie problematisiert die Differenziertheit von Gesundheitsverhältnissen nicht schlechthin, sondern tut dies unter dem speziellen Blickwinkel der sozialen Ungleichheit der Menschen. Die Definition sozialer Ungleichheit, nicht die von Unterschieden, wird so zum theoretischen Angelpunkt und praktischen Spannungsfeld der Sozialepidemiologie. Insofern sind deren Befunde auch nicht primär Indikatoren für eine imaginäre Volksgesundheit, sondern Indikatoren für soziale Strukturen und deren Dynamik. Hier ist nun unbedingt anzumerken, daß eine Bevölkerung, die per definitionem im wesentlichen aus den »Klassen der Arbeiter und Bauern« besteht, in ihrer sozialen Struktur schwerlich zu hinterfragen ist. Eine Lohnpolitik zum Beispiel, die sich daran orientiert, Einkommensunterschiede möglichst zu minimieren, bzw. einen wachsenden »Lohn«anteil über Subventionen zu realisieren, verhindert selbstverständlich auch, über das Merkmal »Einkommen« bestehende soziale Differenzierungen, etwa in den Bedürfnisstrukturen oder in der Lebensweise, indizieren zu können. Analoge Anmerkungen ließen sich zu anderen sozialen Indikatoren machen. Hieraus erklärt sich im übrigen, warum die Frage nach geeigneten Indikatoren für die Ermittlung sozialspezifischer Gesundheitsprobleme immer wieder neu gestellt wurde.

Die Typologie sozialepidemiologischer Fragen ist schnell benannt:

1. Für welche Schichten lassen sich welche Gesundheitsverhältnisse beschreiben?
2. Welche lebensumweltlichen Bedingungen erzeugen die gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Menschen?
3. Welche Produktions- und Verteilungsgegebenheiten sowie politischen Bedingungen definieren die Verfügungsgewalt der Menschen über sich und über ihre Gesundheit?
4. Welche historischen und sozialen Umstände entscheiden über den sozialen Inhalt und den Stellenwert der Gesundheit im Gefüge der Gesamtheit sozialer Wertorientierungen?

Schon diese wenigen Fragen sind brisant genug. Sie orientieren zunächst darauf, daß jede Gesellschaft und jede Zeit gerade jene Gesundheitsverhältnisse hat, die sie sich leisten kann, aber auch

darauf, daß sich hinter jedem »Durchschnitt« eine Struktur verbirgt, wobei hinter gleichen Durchschnitten sehr unterschiedliche Strukturen, bzw. hinter unterschiedlichen Durchschnitten durchaus ähnliche Strukturen stehen können.

Sozialepidemiologie muß auf diesem Hintergrund unausweichlich zu der These kommen, daß Prävention sozialen Wandel verlangt. An der Bereitschaft sich auf diesen einzulassen, entscheidet sich auch die politische Haltung zur Sozialepidemiologie. Zumindest scheint es naheliegend, Prävention dadurch zu orientieren, daß soziale Unterschiede benannt und überwunden werden. Prävention heißt hier Verhältnisprävention und ist auf die Minimierung sozialer Ungleichheit aus. Das aber ist nur die halbe Wahrheit, denn Progress bedeutet immer und zugleich auch Differenzierung. Wir verfügen hier über keine andere Möglichkeit theoretischen Zugangs als die, daß gesundheitliche Fortschritte auch (qualitativ) neue soziale Differenzierungen bewirken. Diesem ständigen Wandel des Entstehens und Überwindens sozialer Unterschiede in den Gesundheitsverhältnissen, korrespondiert nichts anderes als der soziale Wandel selbst. Der nüchternen Beschreibung einer solchen Objektivität ist hinzuzusetzen, daß sie auch subjektiv wahrgenommen wird und über den »Umweg« sozialer Spannungen – nämlich über die Bewertung von Differenzierungen als Ungerechtigkeiten – Gegenstand politischer Programmatik wird. Wer, wie auch immer, soziale Spannungen und Interessen aus der Prävention ausblenden möchte, vermeidet die Chance zur Prävention. Hier öffnet sich der Zugang zu einer generellen Kritik der Präventionspolitik der DDR, dem wir an dieser Stelle jedoch nicht folgen werden. Gesundheitlicher Fortschritt bedeutet also immer auch, daß sich die gesundheitlichen Problemlagen verändern, auf die (zunächst) die Forschung mit veränderten Methoden und theoretischen Konzeptionen, dann aber auch die Gesundheits- und Sozialpolitik reagieren müssen. Nur wenn beides gegeben ist, kann in unserem Verständnis die Sozialepidemiologie eine lebendige und kreative Wissenschaft sein, ein Anspruch der immerhin weiter greift als möglichst vielfältige Untersuchungsroutinen zu erfinden und zu implementieren. Im Rahmen einer (DDR)geschichtlichen Bearbeitung der Sozialepidemiologie wird dies künftig noch näher auszuführen sein.

Was heißt/hieß das für die DDR? Der Impuls für sozialen Ausgleich hat nach dem Kriege fraglos für gesundheitliche Besserungen viel gebracht. Die Änderungen in den sozialen Strukturen und Bedürfnissen, auch in den gesundheitsbezogenen, wurden jedoch

zunehmend verdrängt, weil sozialer Wandel nicht mehr gewollt/gekonnt wurde, weil die Handlungsfähigkeit verloren ging: Stagnation wurde Ursache und Folge vieler sozialepidemiologisch beschreibbarer Problemlagen. Über die Gesundheit, vor allem via Medizininalstatistik, gab es mehr Informationen als in der BRD. Politisch schwierig war es aber immer, diejenigen zu benennen, über die diese Daten Auskunft gaben. Dies aber ist eine der wichtigsten Aufgaben der Sozialepidemiologie: Sie informiert nicht primär über Gesundheit, sondern über die jeweils spezifischen gesundheitlichen Problemlagen von Menschen. Wenn in klinisch-epidemiologischen Sichtweisen der Mensch rasch auf eine Maßzahl für das Körpergewicht oder auf die Eigenschaft, Raucher zu sein, reduziert wird, will Sozialepidemiologie die Wirklichkeit dieses Menschen – und das heißt zwangsläufig seine soziale Wirklichkeit – abbilden. Also: Sozialepidemiologie ist dann leistungsfähig, wenn wir aus ihr – zumindest als Holzschnitt – Sozialgeschichte rekonstruieren können. Das gelingt für die DDR nicht. Es existieren nur Bruchstücke eines Mosaiks, wenn auch recht zahlreiche, die Sozialgeschichte der Gesundheit läßt sich aus ihr nicht rekonstruieren. Das ist nur eine Feststellung und kein sonderlicher Kritikpunkt, denn in dieser Beziehung war die DDR stets in bester Gesellschaft. Daß hier mehr vorzuweisen war als in der BRD, ist kaum ein Maßstab. Es war auf alle Fälle weniger als z.B. in Schweden oder in Großbritannien.

Das Ziel des Beitrags ist bescheidener als die Einführung vermuten lassen könnte. Es soll hier lediglich der Versuch unternommen werden, ausgewählte Aspekte gesundheitlicher Entwicklungsprozesse an Beispielen zu illustrieren. Für diesen Versuch bitten wir für drei Bemerkungen um Verständnis:

1. Die Bundesregierung fördert derzeit einige Projekte zur »Bestandsaufnahme« der Gesundheit Ost. Da die entsprechenden Datenbestände in den Besitz des Bundes übernommen wurden, ist der freie Zugang zu den Daten heute zumindest so schwer wie in der Vergangenheit. Diesen Projekten wollen und können wir keine Konkurrenz sein.

2. Um unsere Thesen zu illustrieren, sind wir den leichtesten Weg gegangen und haben im wesentlichen auf publizierte Angaben zurückgegriffen sowie auf Untersuchungen aus dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Humboldt-Universität, dem früheren Institut für Sozialhygiene. Wir sind davon überzeugt, daß die anderen Universitätsinstitute über analoge Materialien verfügen, die allerdings nur mit nennenswertem Aufwand hätten recherchiert

werden können. Diese Untersuchungen reflektieren Problemlagen, die mit wechselnden Gewichtungen in der gesundheitspolitischen Diskussion immer wieder bedeutsam waren. Diesen Kontext jeweils zu vermitteln, vermögen wir im Rahmen dieses Aufsatzes nicht. Anzumerken ist natürlich auch, daß die Definitionskompetenz für das was dringliche (verhältnis-)präventive Probleme sind, nur begrenzt bei der Wissenschaft und hier wiederum nur begrenzt bei den sozialepidemiologischen Studien der Sozialhygiene lagen.

3. Nach sorgfältiger Überlegung haben wir uns entschlossen, mit Zitaten sehr zurückhaltend umzugehen, da wir nicht annehmen können, daß die Erinnerung an ehemals selbstverständliche Identifikationen mit der DDR in Zeiten politischer Säuberungen und Bedrohungen sonderlich geschätzt wird.

B. Fakten

Wenn nachfolgend einige Beispiele für die sozialepidemiologische Forschung angegeben werden sollen, so stellt sich zunächst die Frage nach der thematischen Auswahl. Aus der Fülle der Untersuchungen haben wir nach Belegen für die soziale Verschiedenartigkeit von Gesundheitsproblemen gesucht. Angemerkt sei, daß es sich hierbei nicht nur um einen winzigen Ausschnitt aus der Arbeit eines Instituts handelt, sondern um einen noch sehr viel bescheideneren aus der Arbeit der insgesamt neun universitären Institute für Sozialhygiene in der ehemaligen DDR. Wir konzentrieren uns auf Angaben zur Lebenserwartung, zur Suizidsterblichkeit, zur Sozialspezifik von Wachstums- und Entwicklungsprozessen und zur gesundheitlichen Belastung von Frauen.

Die Anfänge sozialepidemiologischer Forschung datieren auf das Ende der 40er Jahre. Nach Wiedererrichtung des Berliner Lehrstuhls für Sozialhygiene unter Alfred Beyer lag das Augenmerk zunächst auf einer deskriptiven Darstellung der Gesundheitsverhältnisse in Ostdeutschland (z.B. Wellmann 1951, Berthold 1951). Seit dem Ende der fünfziger Jahre finden sich in wachsender Zahl auch analytische Darstellungen. Vorrangig folgende vier thematischen Orientierungen lassen sich aus den sozialepidemiologischen Arbeitsbereichen belegen:

- Zeitreihenanalytik zur Veränderung der Gesundheitsverhältnisse in der DDR,
- Vergleichende Studien zu den Gesundheitsverhältnissen in den beiden deutschen Staaten,

- Studien zur sozialen Differenziertheit der Gesundheitsverhältnisse, besonders inbezug auf Wachstums-, Reifungs- und Alterungsprozesse (Akzelerationsforschung) und inbezug auf die Morbidität,
 - Studien zu besonderen lebensumweltlichen Gesundheitsgefährdungen vor allem im Problembereich Frau und Arbeitstätigkeit.
- Versucht man aus den verfügbaren Mosaiksteinen ein Bild zu formen und weiße Flecken mit Interpretationen zu kolorieren, läßt sich folgendes Bild skizzieren:

Die Lebenserwartung stieg nach dem Kriege rasch wieder an. Dies war vor allem durch die Bewältigung gravierender Probleme in der Säuglings- und Kindersterblichkeit sowie bei der Tuberkulose zu erklären. Bemerkenswert ist, daß die mittlere Lebenserwartung in der DDR schneller stieg und günstigere Werte erreichte als in der Bundesrepublik, denn insbesondere der Nordosten des deutschen Territoriums hatte auch schon in der Vorkriegszeit die niedrigere Lebenserwartung. Erst seit Mitte der 70er Jahre werden die Lebenserwartungswerte für die Bundesrepublik besser als jene der DDR. Formal läßt sich die Ursache durch den Übergang der DDR-Werte in die Stagnation beschreiben. Die seither entstehende Schere (vor allem für die Männer) spiegelt Abbildung 1. Da die Säuglingssterblichkeit (Abbildung 2) weiter sank und in der BRD erst seit den frühen achtziger Jahren geringfügig besser wurde als in der DDR, war eine öffentliche Auseinandersetzung über die Ursachen der stagnierenden Lebenserwartung dringlich geboten.

Die dem internationalen Trend folgende Orientierung auf individuelle Gesundheitsgefährdungen machte eine Auseinandersetzung um die Ursachen der Stagnation der Lebenserwartung quasi unmöglich. Vornehmlich in den Altersgruppen ab etwa 50 Jahren konnten keine Lebenserwartungsgewinne (Abbildung 3) mehr beobachtet werden (Wiesner 1990). Bemerkenswert war in diesem Zusammenhang die deutliche territoriale Verschiedenheit der Sterblichkeiten in der DDR mit dem schon vor dem Krieg bestehenden Nord-Süd-Gefälle. Regelmäßig hatten die Nordbezirke – vor allem wiederum bei Männern – erheblich niedrigere Lebenserwartungen als die Südbezirke. Der ehemalige Bezirk Dresden war beständig der »Spitzenreiter« (Tabelle 1) und der Bezirk Neubrandenburg das »Schlußlicht«. Das gesundheitspolitische Ziel eines Ausgleichs der Lebensverhältnisse zwischen ländlichen und industrialisierten Gebieten konnte also nie erreicht werden, partiell wurde die Schere sogar größer.

Tabelle 1:

Lebenserwartung für ausgewählte Lebensalter nach Bezirken, 1980/85 und 1986/89

		Männer		Frauen	
		Dresden	Neubrandenburg	Dresden	Neubrandenburg
e0	1963/64	69.55	68.07	74.18	73.86
	1980/85	70.52	67.80	75.95	74.74
	1986/89	70.95	68.00	76.80	75.50
e15	1963/64	56.94	56.29	61.26	61.07
	1980/85	56.68	54.19	61.87	60.75
	1986/89	56.98	53.87	62.60	61.36
e45	1963/64	29.11	28.55	32.71	32.47
	1980/85	28.56	26.83	32.92	31.85
	1986/89	28.88	26.55	33.64	32.33
e65	1963/64	13.74	13.66	15.86	15.67
	1980/85	12.85	11.97	15.59	14.89
	1986/89	13.16	12.13	16.18	15.27

Quelle: Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung (1990), Berlin

Ein weiterer thematischer Schwerpunkt waren die Gewichte und die Körperlängen Neugeborener, da diese empfindlich auf lebensumweltliche Veränderungen reagieren und die hohe Säuglingssterblichkeit ohnehin eine Auseinandersetzung mit diesen Problemen forderte.

Soziale Unterschiede in den Geburtsgewichten, wie sie von Koch dokumentiert wurden, waren der Ausgangspunkt solcher Studien (Koch 1956) (Abbildung 4). Augenfällig ist hierbei die günstige Situation der Bauernkinder. Eine zeitliche Darstellung für den besonders empfindlichen Indikator Geburtsgewicht vermag dies zu erklären. Offensichtlich war in einer Periode wirtschaftlicher Desorganisation und von Versorgungsnöten die Nähe zum Nahrungsmittelproduzenten ein glücklicher Umstand. Erst in den fünfziger Jahren stellen sich »normale« Verhältnisse ein. Interessant ist in dieser Arbeit auch ein mit besseren Lebensbedingungen begründeter Hinweis auf höhere Gewichte und Längen Neugeborener bei in

der sowjetischen Besatzungszone lebenden sowjetischen sowie sowjetisch-deutschen Elternpaaren. Eine ähnliche Untersuchung aus dem Jahre 1969 von Janietz kommt zu analogen Ergebnissen. Die durchschnittliche Gewichts Differenz zwischen Neugeborenen mit Herkunft aus sozial benachteiligten und begünstigten Schichten (eingeschätzt nach dem Bildungsgrad der Eltern) beträgt immerhin 100 g, der Längenunterschied 6 mm. Das ist aber bereits weniger als nach 1945. Mit den inzwischen verfeinerten Untersuchungsmethoden wurde der Einfluß von Gebäralter und Erstgebäralter der Mutter, der Anzahl vorausgegangener Geburten, von Frühgeburten und der Körpergröße der Eltern herausgesiebt, was zu einer Verringerung der gemessenen Differenzen, nicht aber zu deren Eliminierung führte. Im übrigen wirkt ja der »Faktor« soziale Lage nicht als solcher unmittelbar, sondern u.a. über die Determinierung der Verteilung der genannten Einflußfaktoren.

Zu Größe und Gewicht gibt es eine Vielzahl von Arbeiten. Das hängt unseres Erachtens mit folgenden drei Gründen zusammen.

Erstens sind beide Merkmale jederzeit und einfach meß- und vergleichbar, sie widerspiegeln quantifizierbar und in verständlicher Weise die körperliche Entwicklung von Menschen. Zweitens nahmen Untersuchungen zur sog. Akzeleration, die als ein Ausdruck sozialer Optimierungsprozesse aufgefaßt wurde, einen breiten Raum in der sozialhygienischen Forschungspalette ein. Gerade hier gelten Körperhöhe und -gewicht als klassische Parameter. (Da sich, von sporadischen Ausnahmen abgesehen, in der BRD eine systematische Akzelerationsforschung nicht entwickelt hat, sei hier für das Verständnis folgendes angemerkt: Akzelerationsforschung befaßt sich mit der sozialen und lebensumweltlichen Modifikation grundlegender ontogentischer Prozesse, wie z.B. Wachstum, Reifung und Alterung. In Kenntnis dieser Zusammenhänge können in der Umkehrung entsprechende Akzelerationsphänomene auch als Indikatoren für soziale und lebensumweltliche Veränderungen genutzt werden. Wie Untersuchungen zeigten, handelt es sich hier um einen Optimierungsprozeß bei der Ausnutzung der biologischen Möglichkeiten des Menschen. Der Begriff Akzeleration ist in diesem weitfassenden Sinne eigentlich irreführend, denn das bekannte Phänomen der Verlangsamung des biologischen Alterns ist dann natürlich auch ein Optimierungsphänomen, welches mit jenem Begriff dann allerdings denkbar schlecht bezeichnet ist.) Drittens galt in jener Zeit des Aufbaus und der Neuorientierung das Hauptaugenmerk der 'heranwachsenden' Jugend. Hierzu sei noch bemerkt, daß der sich

entwickelnde Kinder- und Jugendgesundheitsschutz von der stark normativ ausgerichteten sowjetischen Hygiene des Kinder- und Jugendalters deutlicher als andere Präventionsbereiche beeinflusst wurde.

Bei einer Untersuchung Berliner Studenten und Studentinnen fand Schwenzer 1959, daß jüngere Jahrgänge eine größere Körperhöhe aufweisen als ältere, jedoch leichter sind. Das erklärt sich daraus, daß jenseits von 18 Altersjahren kaum noch Längenwachstum zu erwarten ist, vor allem aber wurde hier deutlich, daß die aufeinanderfolgenden Geburtsjahrgänge auch nacheinander von den schrittweisen Veränderungen in den Lebensbedingungen profitierten. Die Abbildung 5 zeigt auch, daß das Körpergewicht (auf Populationsebene) schneller auf soziale Veränderungen reagiert als die Körperhöhe. Während nur die Arbeiterkinder jüngerer Jahrgänge größer als ihre Mitstudenten aus Angestelltenfamilien waren, wird ihr Gewichtsvorteil in allen Altersklassen evident. Es finden sich auf dem Hintergrund heutiger Problemwahrnehmungen übrigens auch amüsante Feststellungen: »Auch bei Frauen fand sich das günstige Ergebnis, daß lediglich 37,4 % untergewichtig waren«, was eigentlich nur beweist, daß man auch eine vom modernen Risikoverständnis verschiedene Art der Interpretation von Verteilungen vornehmen kann.

Arbeiten von Niebsch (1960) und Firnstein (1969) weisen den ungünstigen Einfluß von Betreuungseinrichtungen, in denen Kleinkinder die ganze Woche oder gar ständig untergebracht sind (Wochen- und Dauerheime), auf deren Entwicklung nach. In einer 3-Jahres-Längsschnittstudie vom Beginn der sechziger Jahre werden zur Beurteilung vor allem auch Kriterien zur Bewertung der psychischen Entwicklung wie Bewegungsreaktionen, Sprechreaktionen sowie Spielverhalten (nach Schmidt-Kolmer) herangezogen. Gleichzeitig wird aber auch ermittelt, daß die Tagesstätte als Ergänzung zur familialen Betreuung zumindest keinen negativen Einfluß auf die kindliche Entwicklung ausübt.

Krankemann (1962) fand Kindergartenkinder mit einem schlechten Allgemeinzustand gehäuft unter sozial ungünstigen Bedingungen, soziale Unterschiede hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit sowie überstandener Kinderkrankheiten konnten jedoch nicht festgestellt werden.

Der vieldiskutierte Einfluß der Berufstätigkeit der Mutter auf die Gesundheit des Kindes war Untersuchungsgegenstand einiger Studien (z.B. Rademacher 1958, Zeigau 1969), ungünstige Auswirkungen

konnten generell nicht nachgewiesen werden, wohl aber bei allein-stehenden Müttern.

Bei einer Beurteilung des Gesundheitszustandes von Lernan-fängern (Effenberger 1980) erwiesen sich Kinder aus unvollstän-digen Familien (Halbwaisen sowie Kinder lediger und geschiedener Mütter) hinsichtlich der Einschätzung der Schulfähigkeit benachtei-ligt gegenüber solchen aus vollständigen Familien (Abbildung 6). Wie deutlich sich dabei 'Expertenurteile' voneinander unterscheiden zeigt Abbildung 7.

In der praktischen Umsetzung wurde eine enge Zusammenarbeit zwischen Jugendgesundheitsschutz und Pädagogen angestrebt, um die Belastbarkeit der Kinder aus verschiedenen Gesichtswinkeln heraus einzuschätzen. Ein vorgenommener Vergleich der beiden Untersuchungsgruppen anhand dokumentierter Organbefunde leidet zwar an geringen Fallzahlen (Abbildung 8), auffallend ist aber den-noch ein deutlich größerer chirurgischer Behandlungsbedarf (an Tonsillitiden, Phimosen, Hernien sowie Hodenretentionen) bei Kin-dern aus unvollständigen Familien.

Inwieweit schulische Eignung und Leistungen in geeigneter Weise die geistige Kindesentwicklung darstellen, wird keineswegs einhel-lig diskutiert. Unbestreitbar bleibt jedoch, daß sie die Fähigkeit, aktiv am Leben in der (Leistungs)gesellschaft teilzunehmen, mitent-scheidend determinieren und dokumentieren. Bei Knaben und Mäd-chen aus dem Erzgebirge wurden Abhängigkeiten der Schulleistun-gen von sozialen Merkmalen gefunden (Kühne 1968, Kühne 1969). Gleiches gilt auch für den puberalen Entwicklungsstand im Sinne eines Anwachsens der individuellen Variationsbreite bei zunehmen-dem sozialen Status. Dieser Befund scheint ohnehin generalisierbar und ist auch theoretisch gut zu erklären: soziale Entwicklung führt nicht notwendig zur Homogenisierung, sondern zur Zunahme der Variabilität, zur Ausprägung der Verschiedenartigkeit, sie ist gleichsam eine Bedingung für die Ausdifferenzierung von Indivi-dualitäten.

In der Hochzeit der DDR-Sozialepidemiologie Ende der sechziger Jahre wurde eine zunehmend differenzierte Betrachtung des Begriffs »Soziales Milieu« angestrebt. Dazu gehören Versuche einer Zu-sammenführung sozialer Merkmale wie Wohnverhältnisse, Fami-lienverhältnisse und berufliche Tätigkeit (Schorr 1965) ebenso wie die faktorenanalytische Bestimmung sozio-kultureller Familien-typen. Naaser (1967) fand auf letzterem Wege drei Typen, die sich hinsichtlich Wohneinrichtung, Bücherbestand, Prioritäten bei der

Anschaffung teurer Konsumgüter, Familienmilieu, Umgang mit den Kindern, Freizeitgestaltung, Eßgewohnheiten u.ä.m. stark unterscheiden.

Dem Gedanken Rechnung tragend, daß schulische Probleme nicht nur Indikator für eine wenig harmonische Entwicklung auf Grund sozialer Benachteiligung, sondern auch als soziale Folgeerscheinung von Erkrankung betrachtet werden kann, führte Dahlfeld 1958 eine Nachuntersuchung von an Poliomyelitis erkrankten Kindern durch. Erwartungsgemäß gelingt die Integration in den Alltag um so besser, je erfolgreicher medizinische und rehabilitative Behandlung verliefen (Tabelle 2).

Tabelle 2:

Durchschnittlicher Schulausfall bei an Poliomyelitis erkrankten Kindern

Schulausfall durch	[Monat je Kind]			
verspätete Einschulung	0,75	2,3	1,5	15
Nachsorgebehandlung	0,25	6	11,6	15
Sitzenbleiben	1,5	1,6	2,1	—
Teilnahme am Turnen	88,6 %	60,6 %	24,2 %	0 %
Grad der Behinderung	geheilt	leicht	mittel	schwer

Quelle: nach Dahlfeld 1958

Mit der Schaffung eines eigenständigen Instituts für Kinder- und Jugendgesundheitschutz, daß neben der Forschung die Funktion einer direkten Anleitung der Praxis hatte, wurde das Thema kindliche Entwicklung und Gesundheit im Profil der universitären Lehr- und Forschungseinrichtung tendenziell randständig.

Unter der Vielzahl der Arbeiten zum Wechselverhältnis von Arbeitswelt und Gesundheit befaßt sich ein auffallend großer Anteil mit der Arbeitsunfähigkeit. Das hat verschiedene Gründe. Zum einen führte die Sozialversicherung der Gewerkschaften aus rechtlichen Gründen eine umfangreiche Statistik zu diesem Thema, zum anderen ebte in der DDR der Meinungsstreit, ob denn nun Arbeitsunfähigkeit mit Drückebergerei gleichzusetzen sei oder nicht, und welche Aufgabe denn den Ärzten bei der Senkung des Krankenstandes zuzuweisen wäre, nie ab. Diesen Streit konnten auch einschlägige Studien wie z. B. die von Scholz (z. B. 1983) nicht beenden. Sie belegen, daß das Gros des Krankenstandes (nämlich etwa 50 %)

von nur etwa 10 % der Beschäftigten verursacht worden, von Personen, die unter anderen sozialgesetzgeberischen Rahmenbedingungen vermutlich nicht in einem Beschäftigungsverhältnis gestanden hätten. Die Höhe des Krankenstandes war mithin von den großzügigen arbeitsrechtlichen Bedingungen abhängig, was der »Verschuldensdiskussion« ein wichtiges Argument entgegensetzte. Daneben standen Untersuchungen zu betrieblichen und sozialen Faktoren, die die Arbeits(un)fähigkeit determinieren. Trautmann (1959) untersuchte den Einfluß des Lebensalters, der Betriebs- und Berufsjahre, des Schweregrads körperlicher Arbeit, der Berufsqualifikation, Art und Länge des Arbeitsweges, des Familienstandes und Arbeitseinkommens auf die Arbeitsunfähigkeitshäufigkeit (Abbildungen 9,10,11). Es zeigt sich, daß der gewichtigste Faktor die Schwere der Arbeit ist, und daß das Einkommen und die Dauer der Betriebszugehörigkeit (das eine als Determinante, das andere als Indikator von Arbeitszufriedenheit) sich günstig auf die Arbeitsfähigkeit, respektive den Gesundheitszustand, auswirken. Wohlgemerkt – Gesundheit steht hier nicht für Arbeitsfähigkeit, sondern für Lebensqualität. Es ist auch charakteristisch, daß lange Betriebszugehörigkeit mit kurzen Fehlzeiten einhergeht und nicht umgekehrt. Ein beschwerlicher Arbeitsweg wird erst im fortgeschrittenen Alter ein Grund, bei Krankheit doch eher zu Hause zu bleiben. Die Mehrbelastung durch Kinder macht sich erwartungsgemäß für Frauen bemerkbar.

Untersucht man wie Balcke (1969) Problemkreise, die hinter erhöhter Arbeitsunfähigkeit stehen, so kristallisieren sich bei den Männern betriebliche (Zufriedenheit, Kontakte, qualifikationsgerechte Arbeit, Verantwortung) bei den Frauen dagegen häusliche Belastungen heraus. Wiesner (1969) fand für diese Art von Belastungen der Frau folgende Rangfolge:

- mangelnde Mithilfe der Familie im Haushalt
- mangelnde Haushaltstechnik
- mangelnde Schulleistungen der Kinder
- mangelndes Dienstleistungsangebot.

Gerade die Doppelbeanspruchung der Frauen wurde in der Öffentlichkeit stark diskutiert und also auch von der Wissenschaft reflektiert (Seraphin 1967, Lölges 1970). Bei einem Vergleich von Schichtarbeiterinnen mit Arbeiterinnen, die nur in einer Schicht arbeiten, zeigten sich in Bezug auf vegetative Beschwerden und Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems kaum Unterschiede, wohl aber bei den übrigen Diagnosegruppen mit einem Gipfel vierfacher Erkrankungshäufigkeit für gynäkologische Beschwerden. Die ungünstigere

Verteilungskurve für Doppelschichtarbeiterinnen bei der durchschnittlichen Krankheitshäufigkeit realisiert sich dabei vorwiegend über die jüngeren Frauen (unter 45 Jahre) (Abbildungen 12,13).

Der starke Anstieg der Frauenleiden bei ungünstigen Arbeitsbedingungen fordert eine Beschäftigung mit Unterschieden beim Schwangerschaftsverlauf geradezu heraus. Hieke (1969) stellte die Schädigungsgefahr am Arbeitsplatz für Schwangere unterschiedlicher Profession und die ihnen zugestandenen Schonarbeitsplätze gegenüber und fand die unbefriedigendsten Verhältnisse bei den Land- und Forstarbeiterinnen (Abbildung 14). Sie sind überdies in der Regel zusätzlich mit einem großen Haushalt und eigener Landwirtschaft belastet, nur etwa 29 % von ihnen beanspruchten ihren Schwangerenurlaub. Die Folge ist eine große Zahl von Klinikaufhalten und Schwangerschaftskomplikationen. Nach den Auszubildenden (mit einem geringem Durchschnittsalter) fällt auf sie der größte Teil an Frühgeborenen und geburtshilflichen Komplikationen (Abbildung 15).

Das Thema Arbeit und Gesundheit hat sich im Verlauf der Geschichte der DDR mit dem Ausbau der Arbeitshygiene/-medizin immer stärker eigenständig professionalisiert und deshalb dann schließlich auch dazu geführt, daß das soziale Thema Arbeit in der Sozialhygiene immer weniger bearbeitet wurde. (Problematisch wurde diese Entwicklung, weil dies den theoretischen Bezug der Sozialhygiene erheblich verkürzte und weil mit dem schrittweisen Wandel der Arbeitshygiene zu einer Arbeitsmedizin ein wichtiges Gegenstandsfeld geschwächt wurde.

In ähnlicher Weise führte die Thematisierung gesundheitlicher Belastungen der Frau zur Herausbildung eigenständiger Forschungsgruppen, zumeist in struktureller Einheit mit gynäkologischen Einrichtungen.

Die soziale Differenziertheit der Geburtsgewichte bis in die Gegenwart konnte Schott (1985) nachweisen. Dabei beobachtet er zusätzlich Tendenzen einer weiteren Ausdifferenzierung (Abbildung 16).

Die klassische Erfahrung der Sozialspezifität von Gesundheitsproblemen ließ sich auch für die sog. chronischen Krankheiten, z.B. die des Herz- und Kreislaufsystems belegen. Dies zeigt z.B. eine 1968 begonnene Studie (Mißlitz 1983) mit Berliner Männern der Geburtsjahrgänge 1914-1918. Deutliche Mortalitätsunterschiede werden sichtbar, wenn man die Gruppe der Untersuchten nach ihrer beruflichen Qualifikation einteilt (Abbildung 17). Bei der Auswertung etlicher klinischer und anthropometrischer Parameter ergaben sich

vielfältige soziale Unterschiede (Abbildung 18). Diese Studie ist im übrigen als Längsschnitt bis zum Jahre 1989 fortgesetzt worden. Die gerade vorliegenden Ergebnisse zeigen neuerlich, daß auch die Sterblichkeit an den sog. chronischen Krankheiten sozial verschieden ist.

Eine besondere Rolle spielen in der aktuellen Debatte die Selbsttötungen. Da diese Daten nach 1963 sekretiert wurden, ist dies nur allzu verständlich. Eine andere Frage ist allerdings, ob den gegebenen raschen Wertungen immer zugestimmt werden kann. Auch hier war (ähnlich der Situation bei der Lebenserwartung) die Ausgangslage für die beiden deutschen Staaten keineswegs identisch. Cordes (1963) fand für die Nachkriegszeit eine tendenzielle Annäherung der Ziffern für die Teilgebiete. Die Kurven können nun bis in die heutige Zeit vervollständigt werden (Abbildung 19). Eine Standardisierung der rohen Ziffern auf die Bevölkerungsstruktur der BRD senkte die Werte für die DDR noch etwas ab.

Gemessen am Anspruch der Sozialhygiene, nämlich systematisch die sozialen Differenzierungsprozesse in den gesundheitlichen Verhältnissen abzubilden und zum Kernstück einer Gesundheitsberichterstattung und zugleich zu einem wichtigen Teil der Sozialberichterstattung zu machen, mag die Auswahl der hier gegebenen Beispiele bescheiden anmuten oder hinter den Erwartungen zurück bleiben. Anders aber als in der BRD findet sich das Problem »Gesundheit und soziale Lage«, wie immer man die Ergebnisse beurteilen mag, durchgängig thematisiert. Neben den bereits oben genannten Problemen, die einer Vertiefung sozialstruktureller Einsichten im Wege standen, sei hier auch angemerkt, daß es sich nach unserer Auffassung nicht bewährt hat, das Fachgebiet Sozialhygiene so weitgehend medizinisch zu professionalisieren.

C. Wertungen

Tendenziell darf vielleicht von folgenden Einschätzungen ausgegangen werden:

1. Sozialmedizinische Paradigmata verloren im Verlauf der Geschichte der DDR sukzessive an Bedeutung. In diesem Punkt gab es zwischen einem großen Teil der Ärzteschaft und Teilen der politischen Macht durchaus Einvernehmen. Der Glaube, die Gesundheitsprobleme mit den Mitteln der Medizin bewältigen zu können, sowie der Glaube, die Defizite und, seit Mitte der 70er Jahre, die Stagnation in den Gesundheitsverhältnissen seien Folge des Mangels

an medizinischer Hochtechnologie und individuell verschuldeter schlechter Lebensführung, kultivierte sich, nicht zuletzt unter dem Einfluß internationaler Entwicklungen. Die These etwa, daß das Rauchen die wichtigste verhütbare Krankheitsursache der Welt wäre, wurde so unversehens auch zu einem Argument für die Verdrängung gravierender ökologischer, arbeitsplatztoxikologischer oder auch sozialmedizinischer Problemlagen. Diskussionen um die Schädlichkeit des Rauchens, die Überernährung oder die Bewegungsarmut schienen plausibel zu begründen, weshalb sozial-, arbeits- und umweltmedizinische Probleme randständiger Natur sind.

2. Ein solches Urteil ohne Differenzierungen dürfte letztlich unscharf bleiben. Zumindest hat es auch aus den Reihen der klinischen Medizin und aus denen der Politik immer wieder Vorstöße gegeben, um eine Revitalisierung sozialepidemiologischer Forschung zu erreichen. Es muß aber auch festgehalten werden, daß sich die hierfür notwendige Forschungsbasis nicht ausreichend konsolidieren konnte. U.a. hing dies vermutlich mit einer Entwicklung zusammen, die aus der Perspektive der Universität nur vermittelt wahrzunehmen ist. Den Ansätzen der Weimarer Republik folgend hatte sich mit dem sog. Kreisarzt eine Institution etabliert, deren Aufgabe ursprünglich als die eines territorialen, kommunalen Gesundheitspolitikers zu sehen war, um im Sinne gemeindeorientierter Bewältigung von Gesundheitsproblemen direkt auf eine gesundheitsdienliche kommunale Politik einwirken zu können. Diese Absicht ging vielerorts verloren, so daß kreisärztliche Tätigkeit zu einer Verwaltungstätigkeit wurde, deren inhaltliche Möglichkeiten sich immer stärker einschnürten. Damit ging aber u.a. auch der konkrete praktische Druck zu sozialepidemiologischen Studien in territorialen, kommunalen und sozialen Mikrostrukturen verloren und damit ein wichtiger Impuls für sozialhygienische Forschung überhaupt. Hieraus entstand aber auch eine relativ große, zumindest aber in den letzten 10 bis 15 Jahren erheblich größer werdende Ferne sozialepidemiologischer Studien zur Handlungsorientierung. Angemerkt sei aber auch, daß eine Vielzahl von sozialepidemiologischen »Studien« im Ergebnis wissenschaftlicher Auseinandersetzungen Bestandteil der Tagesarbeit geworden war. Zum Beispiel bewirkte die Existenz der territorialen Kommissionen zur Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit mit ihren kasuistischen Analysepflichten über die Vermeidbarkeit/Nichtvermeidbarkeit eines jeden Säuglings- und Kindersterblichkeitsfalls, daß sich diese Problematik

in den universitären Forschungsaufgaben weniger nachdrücklich spiegelt, zumal klinische Fragestellungen auch hier ein größeres Gewicht bekamen und sich zwischen den Hochschulinstituten thematische Profilierungen vollzogen.

3. Es liegt im konzeptionellen Selbstverständnis der Sozialhygiene, soziale Wirklichkeiten wahrzunehmen und soziales Problembewußtsein zu schärfen. Insofern ist die Gesundheit immer auch ein Indikator für soziale Prozesse. Als spätestens Ende der 70er Jahre die Stagnation in den Gesundheitsverhältnissen offensichtlich wurde, mußte von sozialhygienischer Forschung erwartet werden, daß sie diesen Zustand nicht nur zu beschreiben vermag, sondern auch Erklärungen und Konsequenzen aufzeigen kann. Diesem Anspruch genügte das Fach nicht. D.h., daß im Ganzen das Fachgebiet dem Anspruch nicht ausreichend gerecht wurde, die in die soziale Stagnation und in die innere Aushöhlung des Systems führenden gesellschaftlichen Prozesse zu erkennen und zu artikulieren.

Zwar begann sich die Unterschätzung der sozialepidemiologischen Aspekte in der Gesundheitsforschung in den letzten Jahren der DDR wieder zu ändern, auch wuchs die Bereitschaft, sozialepidemiologische Forschung wieder zu unterstützen, auch mehrten sich analytische und konzeptionelle Arbeiten zu gesundheitspolitischen Reformen und Analysen, doch war die innere Handlungs- und Wandlungsfähigkeit der DDR zu diesem Zeitpunkt bereits soweit aufgebraucht, daß sich an der schwierigen Situation der Sozialepidemiologie nichts mehr änderte, zumal es in den präventionsstrategischen und -konzeptionellen Debatten zwischen paternalistischer Gesundheitserziehung und -überwachung auf der einen Seite und den Konzepten der Gesundheitsförderung auf der anderen Seite kaum noch Verständigungen zum Kompromiß gab.

Für die Zusammenfassung haben wir es also mit folgenden Ausgangslagen zu tun:

1. Die Gesundheitsverhältnisse waren nach dem II. Weltkrieg im Osten Deutschlands schlechter als jene im Westteil. Gleichzeitig ist ein nun schon historisches Gefälle zwischen dem agrarischen Norden und dem industrialisierten Süden zuungunsten des Nordens evident.
2. Bis zum Beginn der 70er Jahre konnte die Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse mit einer relativ hohen Dynamik erreicht werden. Eine Vielzahl von Indikatoren erwies sich als günstiger als jene in der Bundesrepublik.

3. Tendenziell zeigte sich, daß traditionelle soziale Unterschiede in den Gesundheitsverhältnissen abgebaut, gemildert oder in ihrem Gewicht verringert werden konnten.
4. Spätestens seit Mitte der 70er Jahre stagnieren eine Vielzahl von Gesundheitsdaten – so die Lebenserwartung – eine Situation, die bis zum Ende der DDR nicht mehr verändert werden konnte.
5. Es mehrten sich die Anzeichen dafür, daß trotz der Bewältigung einiger »klassischer« sozialepidemiologischer Probleme sich eine neue Qualität sozialer und territorialer Differenzen herausbildete. Sie gehen generell zu Lasten des Nordens, von Menschen jenseits des 55. Lebensjahres, von Männern und von ungünstigen sozialen Problemkonstellationen, einschließlich spezieller beruflicher Expositionen.
6. Während das Präventionssystem und das der Medizin bis zum 50. bis 55. Lebensjahr vergleichbare Verhältnisse wie in der Bundesrepublik sichern konnte, wird die Schere jenseits dieses Alters zunehmend deutlicher. Die Konsequenzen wurden denkbar unterschiedlich argumentiert. Einerseits wurden Defizite in der hochtechnisierten Medizin, andererseits ein dringender Bedarf nach Reformen in der Infrastruktur der ambulanten Medizin sowie in den sozialmedizinischen Diensten und in der Prävention benannt.

Für diese Sachverhalte Erklärungen zu finden, ist nur einfach, wenn man sich auf holzschnittartige Vereinfachungen einläßt. Unter diesen Voraussetzungen bieten wir folgende Wertungen an:

1. Die nach dem II. Weltkrieg entwickelten Strukturen der Prävention und der Medizin haben sich – zunächst – als leistungsfähig erwiesen. Es kann auch unterstellt werden, daß die Praxiserprobung vieler Reformansätze aus der Weimarer Republik erfolgreich war, deren Evaluation also positiv ausfällt. Dies gilt nicht nur für die infrastrukturellen Aspekte, einschließlich des Versicherungssystems, sondern auch für den Ansatz, Gesundheitsschutz generell als eine lebensumweltliche Gestaltungsaufgabe zu sehen, in die die Aufgaben der Medizin spezifisch integriert sind.

2. Das Konzept entsprach den vorherrschenden Gesundheitsproblemen und sozialen Strukturen sowie den vorherrschenden gesundheitsbezogenen Wertorientierungen der Zeit und war mit den ökonomischen Reproduktionsbedingungen im Wesentlichen im Einklang.

3. U.a. die Wirkungen dieses Konzepts, wie natürlich auch die soziale Entwicklung insgesamt, veränderten die Landschaft der vorherrschenden Gesundheitsprobleme. Es änderten sich aber auch die

sozialen Strukturen und deren je spezifische Entwürfe von Gesundheit und deren Leitbilder. Analog veränderten sich die Strukturen lebensumweltlicher Risiken. Künftige Untersuchungen werden diesem Problemkreis in besonderer Weise aufgreifen müssen.

4. Der Veränderung der Landschaft der Krankheiten stand die Medizin insgesamt hilflos gegenüber, konzeptionell und materiell. Letzteres erklärt sich daraus, daß sich die Festschreibung der Beitragsbemessungsgrenze bei 600 Mark als verheerend erwies und zu einer chronischen und sich verschärfenden Unterfinanzierung der Medizin führte. Dies hatte u.a. zur Folge, daß sich Entscheidungskompetenzen weiter zentralisierten und insgesamt zu einer Überregulation des Systems führten. Im infrastrukturellen Bereich war, zumindest ist das unsere Sicht, die Nichtbeherrschung der kooperativen und informationellen Folgen der sich verstärkenden Arbeitsteiligkeit sowie eine zu Lasten des Hausarztes gehende Fachspezialisierung als Problem zu identifizieren (Niehoff und Röding 1991b). Hinzu kam die Tendenz über die sog. Dispensaires, gleichsam für jede Krankheit ein eigenes Gesundheitswesen mit eigenen Leitungsstrukturen aufzubauen sowie eine Tendenz zur räumlichen und zeitlichen Trennung von Diagnostik und Therapie. Medikalisierung auf der einen Seite und Infrastrukturdefizite im Verein mit sich verschärfenden Finanzierungslücken auf der anderen ließen die Notwendigkeit einer Neuordnung der ambulanten Betreuung zumindest seit Mitte der 80er Jahre offenkundig werden.

5. Hinsichtlich der öffentlich argumentierten Leitbilder zur Gesundheit gab es kaum eine politische und medizininterne Dynamik, d.h., der sozialen Tendenz zur Differenzierung von Lebensentwürfen und zur Individualisierung von Wertvorstellungen stand eine uniforme und sich immer weniger territorial oder sozialspezifisch differenzierende gesundheitspolitische Zielvorgabe gegenüber. Dies schränkte spürbar und erkennbar die Identifikationsfähigkeit größer werdender Teile der Bevölkerung, besonders der Jugend und der Intelligenz, mit den öffentlich forcierten gesundheitlichen Leitzielen ein.

6. Auch in den gesundheitlichen Wertorientierungen setze eine Suche nach Alternativen ein, die außerhalb bestehender politischer und wissenschaftlicher Strukturen (Basisdemokratie) Artikulationsfelder suchte und in den Kirchen auch fanden. Nach unserem Eindruck wurde hier nicht primär eine Alternative gesucht, sondern es war der Versuch, individuelle und selbstbestimmte soziale Wertorientierung zu formulieren.

7. Dieser Sachverhalt ließe sich auch so deuten, daß die gesellschaftskonzeptionellen Innovationen der »Gründerzeit« sich einerseits verbrauchten und andererseits die gesellschaftliche Unfähigkeit zum Dialog und zu Reformen konzeptionelle Neuorientierungen verhinderte. Ausgeschlossen waren damit aber auch zunehmend jene soziale Gruppierungen, die einerseits die Zukunft der DDR (Jugend) und andererseits die Träger sozialer Innovation hätten sein müssen. An der Schwelle zur sog. wissenschaftlich-technischen Revolution waren dies Wissenschaftler und Techniker, Künstler – all das also, was unverzichtbar Quelle von Zukunftsphantasien ist. Man könnte auch an diesem Beispiel sagen, die politischen Führungsgrößen der DDR und im Besonderen der SED grenzten die Zukunft der DDR aus.

8. Offenkundig war das vor allem in der Präventionspolitik. Ihre drei zentralen Axiome, nämlich a) systematische Wahrnehmung von Gesundheitsproblemen und -risiken, b) Schaffung von Mechanismen öffentlicher Konsensbildung über prioritäre Ziele und schließlich c) die Bereitschaft zum sozialen Wandel, fanden für sich immer weniger Artikulationsraum. Paternalistische Konzepte, solche der medizinischen und sozialen Kontrolle und der Intervention in personale und biologische als individuelle Strukturen, hatten in der Praxis und im Denken der Medizin die anfänglich sehr einflußreichen Konzeptionen sozialer Prävention verdrängt.

Auch die DDR-Geschichte bestätigt somit, daß eine Bewältigung von Gesundheitsproblemen Öffentlichkeit und soziale Handlungsstrategien verlangt. In diesem Sinne vermochte sozialepidemiologische Forschung in der ehemaligen DDR etliches an Problemwahrnehmungen und an der Schaffung von Handlungsansätzen zu leisten. Diese dann Wirklichkeit werden zu lassen, setzt allerdings politische Handlungsfähigkeit und Bereitschaft zu Alternativen voraus, auf jeden Fall aber die kritische Auseinandersetzung mit dem medizinischen Griff nach Prävention und Gesundheit. In dem Maße wie die sozialen Dimensionen der Gesundheitsdebatte in der DDR verloren gingen, verarmte auch die sozialepidemiologische Forschung, deren jeweilige Leistungsfähigkeit so selbst zu einem Indikator gesellschaftspolitischer Entwicklungen wird. Zumindest dies werden wir als Lehre für die Zukunft zu erinnern haben und die Ergebnisse bei der Etablierung von Public Health werden hier zum Kriterium (Niehoff 1989a,b, Niehoff und Schrader 1991a).

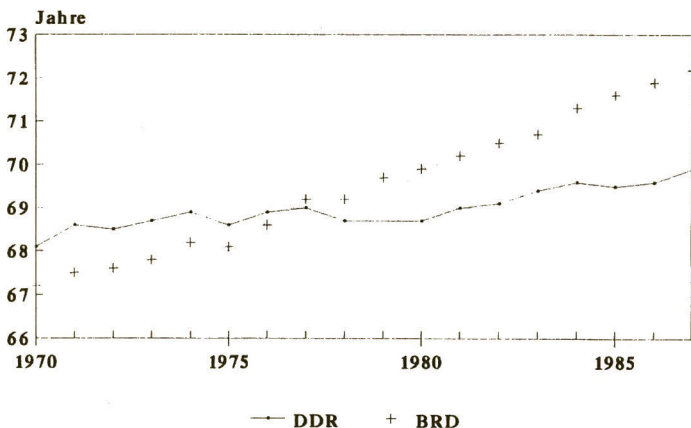
Korrespondenzanschrift: Dr. Jens-Uwe Niehoff, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Humboldt-Universität (Charité), Otto-Grotewohl-Str.1, O-1080 Berlin

Literaturverzeichnis

- Balcke, W. (1969): Soziologische Untersuchung des Zusammenhangs zwischen häufiger Arbeitsunfähigkeit und sozialen Situationen und Verhaltensweisen, unter besonderer Berücksichtigung der Geschlechtsdifferenzen, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin
- Berthold, B. (1951): Untersuchungsergebnisse über die Auswirkungen der häuslichen sozialen Verhältnisse auf Geist, den Gesundheitszustand im allgemeinen und den Gebißbefund im besonderen bei den Schulkindern eines Berliner Außenbezirks, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin
- Cordes, R. (1963): Das Selbstmordgeschehen in der DDR im gesamtdeutschen und internationalen Rahmen, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin
- Effenberger, M. (1980): Vergleich des Gesundheitszustandes von Lernanfängern aus vollständigen und unvollständigen Familien, unter besonderer Berücksichtigung sozialer Bedingungen, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin
- Dahlfeld, I. (1958): Nachuntersuchung von 133 Kindern mit Poliomyelitis unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Folgen dieser Krankheit, Universität Rostock, Med. Fak., Dissertation
- Firnstein, H. (1969): Einfluß des sozialen Milieus auf Größen- und Gewichtszunahmen innerhalb eines Jahres bei männlichen Kindern im Alter von 0 bis unter 7 Jahren, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin
- Hieke, E. (1969): Soziologische Untersuchungen über Schwangerschafts- und Geburtsverlauf bei 180 Frauen des Kreises Oranienburg, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin
- Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung, 1990: Sterbetafeln 1986/89 DDR und Bezirke, Berlin
- Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung, 1990: Selbstmordsterblichkeit in der DDR 1961-1989 und nach Bezirken 1989, Berlin
- Janietz, K. (1969): Soziale Einflüsse auf Geburtsgewicht und -länge, dargestellt an einem Geburtenjahrgang der geburtshilflichen Abteilung der Frauenklinik des Krankenhauses Berlin-Friedrichshain, im Vergleich mit entsprechenden Untersuchungsergebnissen eines zehn Jahre älteren Geburtsjahrganges, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin
- Koch, M. (1956): Gewicht und Länge der Neugeborenen unter Berücksichtigung der sozialen Lage, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin
- Krankemann, G. (1962): Über den Einfluß sozialer Faktoren auf die körperliche Entwicklung und das Krankheitsgeschehen im Vorschulalter (Untersuchungen an Berliner Kindergartenkindern im Alter von 4-7 Jahren), Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin
- Kühne, J. (1968): Soziales Milieu, körperliche Entwicklung und Schulleistung bei Knaben im Pubertätsalter, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin
- Kühne, P. (1969): Körperliche Entwicklung, Schulleistung und soziales Milieu bei Mädchen im Pubertätsalter, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin
- Labisch, A. (Hrg.) (1989): Kommunale Gesundheitsförderung, Deutsche Zentrale f. Volksgesundheitspflege e.V., Frankf. a. M.
- Lolies, B. (1970): Sozialepidemiologische Studie über Schichtarbeiterinnen, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin
- Mißlitz, M. (1983): Zum Gesundheitszustand männlicher Bürger einer Längsschnittstudie, In: Sozialhygienereport 1/2 1983, Eigenverlag, Rostock

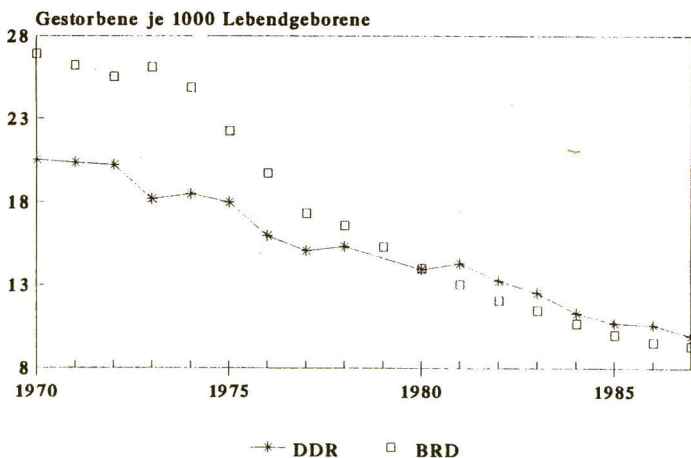
- Naasner, M. (1967): Faktorenanalytische Untersuchung zur Ermittlung des sozio-kulturellen Niveaus bei Familien von Berliner Schulkindern, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin
- Niebsch, G. (1960): Ein Vergleich der körperlichen und geistigen Entwicklung bei Kindern im Alter von 0-2 Jahren aus Familien und Kindereinrichtungen, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin
- Niehoff, J.-U. (1989a): Inequalities and differences in health – What makes the difference for health policy?, in: Democracia, Desigualdad y Salud, Tomo 1, Tenerife
- Niehoff, J.-U. (1989b): Conceptions of Health Promotion, in: Proceedings: Empowerment Strategies in Health Promotion, Part 5, Bielfeld
- Niehoff, J.-U., R.-R. Schrader (1991a): Gesundheitsleitbilder in der DDR
- Niehoff, J.-U., T. Röding (1991b): Regulation der Prävention, in: in Prävention und Prophylaxe, Sigma-Verlag, Berlin
- Rademacher, W. (1958): Gesundheitszustand, soziale Lage und Herkunft von 1905 Oberschülern, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin
- Schmidt-Kolmer, E. (1958): Psychometrie bei Kindern von 0-3 Jahren und ihre Bedeutung für die Hygiene des Kindesalters, Humboldt-Universität, Med. Fak., Habilitation, Berlin
- Schorr, R. (1965): Methodenkritische Untersuchung zur Beurteilung der körperlichen Entwicklung und Leistungsfähigkeit bei Heranwachsenden, Humboldt-Universität, Med. Fak., Habilitation, Berlin
- Schott, J. (1985): Zur Bedeutung der Analyse der Geburtenentwicklung für die Medizin, Zschr. ärztl. Fortbild., 79. Jg., 523-525
- Scholz, R.D., Neumann, H. (1983): Die Möglichkeiten der Krankenstandssenkung vor dem Hintergrund der AU-Fall-Dauer und der Krankenstandsverteilung, Ztschr. ärztl. Fortbild., 77. Jg., 266-268
- Schwenzer, M. (1959): Soziale Lage und körperliche Entwicklung von 1205 Studenten, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin
- Seraphin, B. (1967): Zur beruflichen und außerberuflichen Beanspruchung der Frau im Produktionsprozess unter besonderer Berücksichtigung von Wechselbeziehungen und ihrem Einfluß auf arbeitsunfähigkeitsbedingte Fehlzeiten, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin
- Trautmann, J. (1959): Über die Beziehungen zwischen der Arbeitsunfähigkeitshäufigkeit und einigen ausgewählten Faktoren der Arbeits- und Lebensbedingungen, dargestellt an der Belegschaft eines Berliner Großbetriebes, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin
- Wellmann, G. (1951): Die sozialhygienische Bedeutung der Rachitis, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin
- Wiesner, G.E. (1969): Soziologische Untersuchung der Hintergründe häufiger Arbeitsunfähigkeit bei Beschäftigten des Bauwesens unter besonderer Berücksichtigung der Altersstruktur, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin
- Wiesner, G.E. (1990): Zur Gesundheitslage der beiden Bevölkerungsteile DDR und BRD – ein Ausdruck sozialer Ungleichheit?, In: Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch?, Asgard-Verlag, 21-28
- Winter, K. (Hrsg.) (1973): Soziologie für Mediziner, Berlin
- Zeigau, B. (1969): Der Einfluß des sozialen Milieus auf die körperliche Entwicklung bei Mädchen vom 1. bis zum 8. Lebensjahr, Humboldt-Universität, Med. Fak., Dissertation, Berlin

Abbildung 1: Entwicklung der mittleren Lebenserwartung der männlichen Bevölkerung - DDR und BRD - 1970-1987



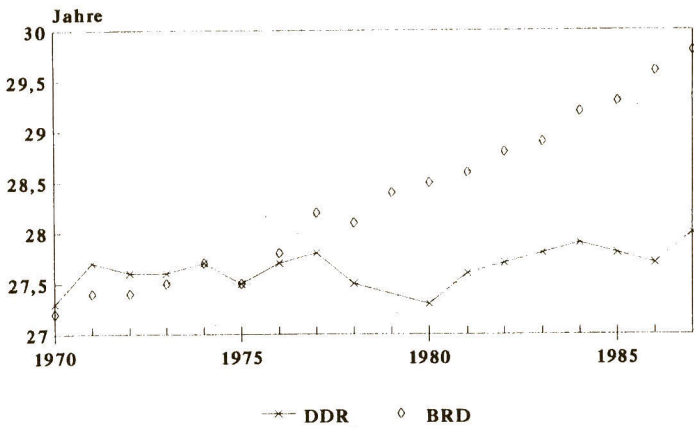
Quelle: WHO-Daten (1989)

Abbildung 2: Entwicklung der Säuglingssterblichkeit - DDR und BRD - 1970-1987



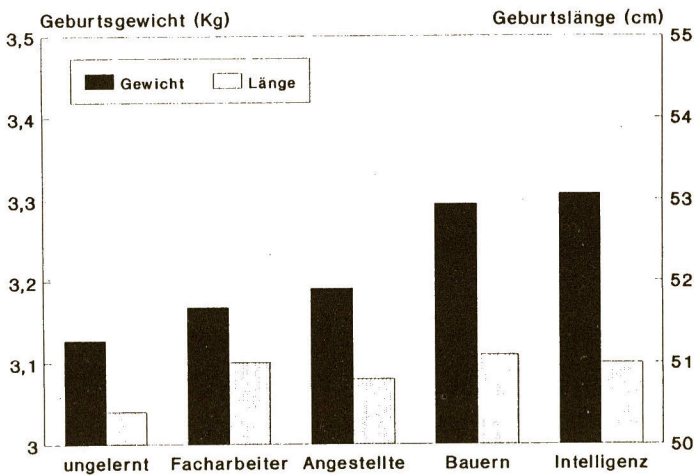
Quelle: WHO-Daten (1989)

**Abbildung 3: Entwicklung der
ferneren Lebenserwartung 45jähriger
Männer - DDR und BRD 1970-1987**



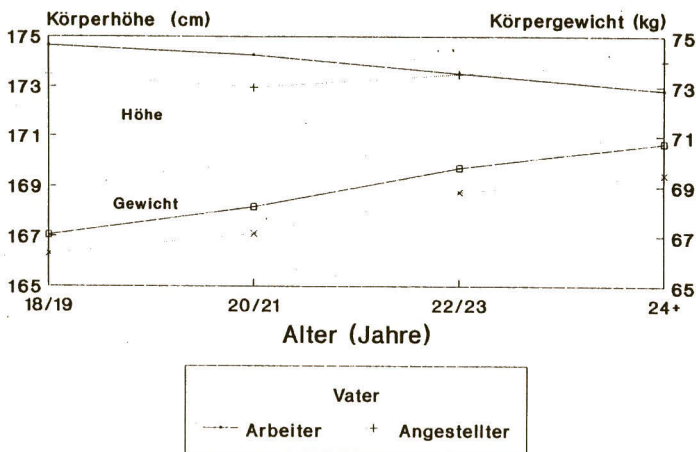
Quelle: WHO-Daten (1989)

**Abbildung 4: Gewicht und Länge von
Neugeborenen nach sozialer Herkunft**



Quelle: Koch (1956)

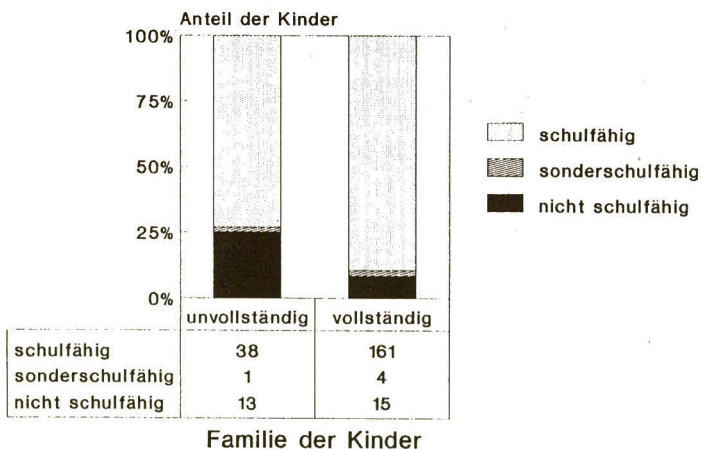
Abbildung 5: Körperhöhe und Körpergewicht männlicher Studenten nach sozialer Herkunft



Quelle: nach Schwenzer (1959)

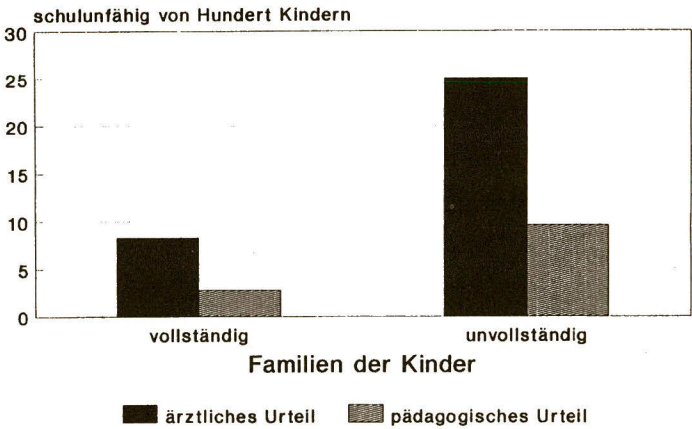
gemittelte Werte

Abbildung 6: Schulfähigkeit aus ärztlicher Sicht bei sechsjährigen Kindern aus unterschiedlichen Familien



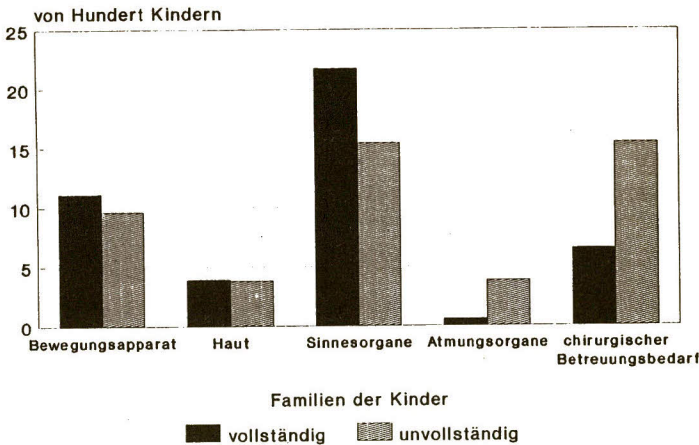
Quelle: nach Effenberger (1980)

Abbildung 7: Beurteilung der Schulfähigkeit durch den Jugendgesundheitschutz sowie den Direktor der Schule



Quelle: nach Effenberger (1980)

Abbildung 8: Häufigkeit dokumentierter Organbefunde



Quelle: nach Effenberger (1980)

Abbildung 9: AU-Beteiligung und Familienverhältnisse - für ausgewählte Alters- und Geschlechtsgruppen

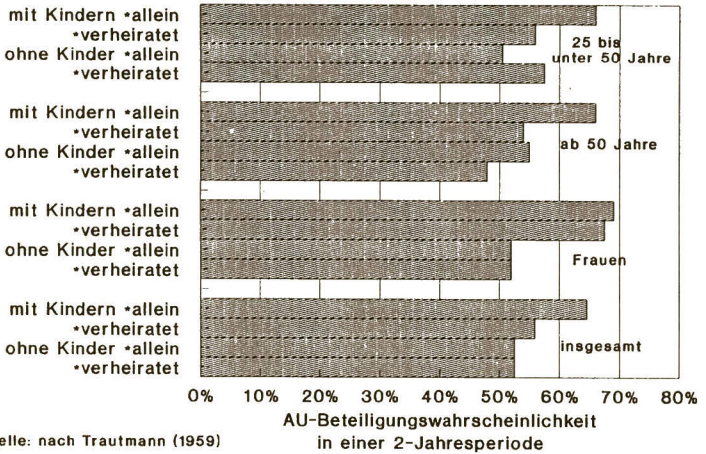


Abbildung 10: Beziehungen zwischen AU-Beteiligung und Einkommen

Leistungslohn

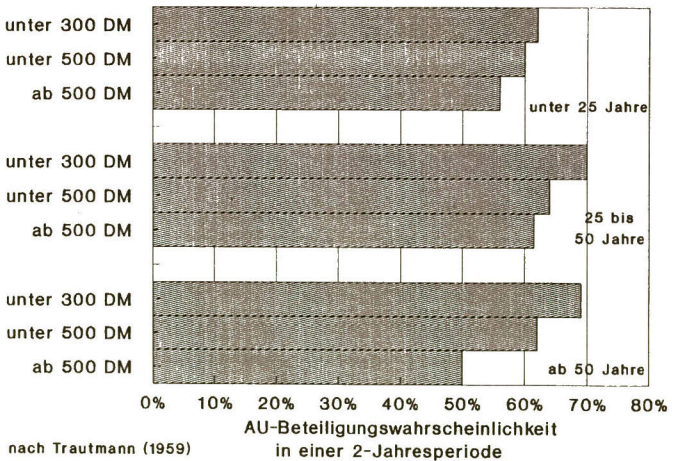


Abbildung 11: AU-Beteiligung und Dauer der Betriebszugehörigkeit

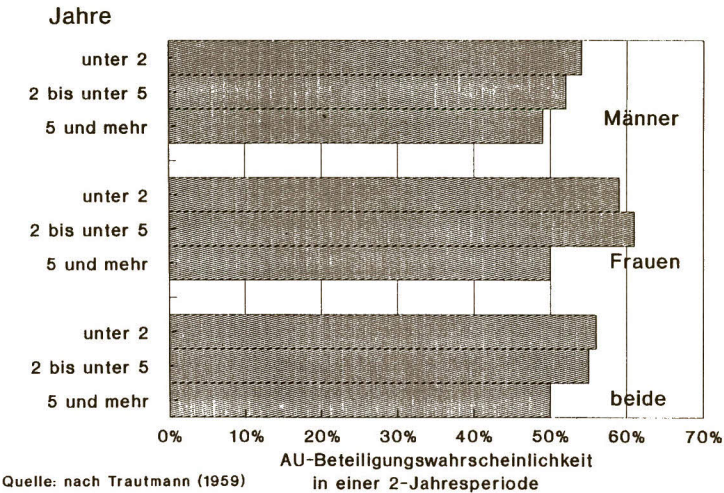
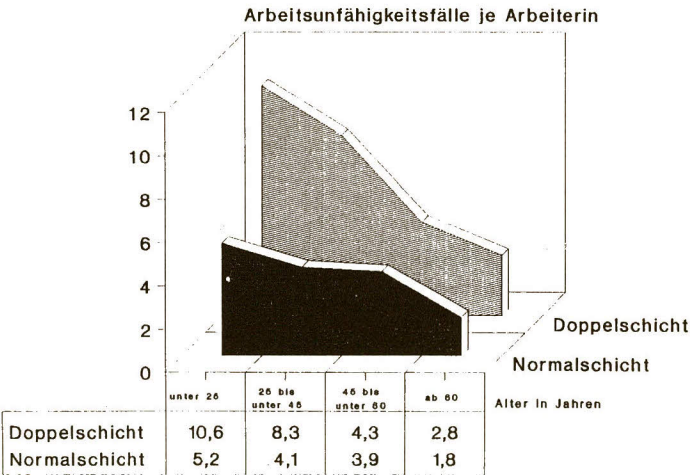
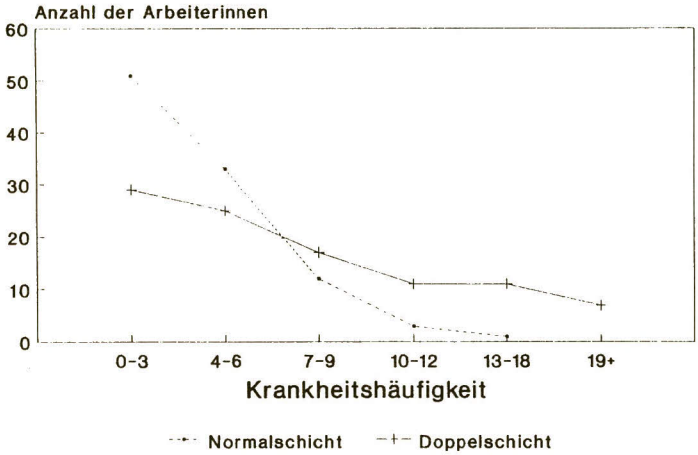


Abbildung 12: Krankheitshäufigkeit von Schichtarbeiterinnen



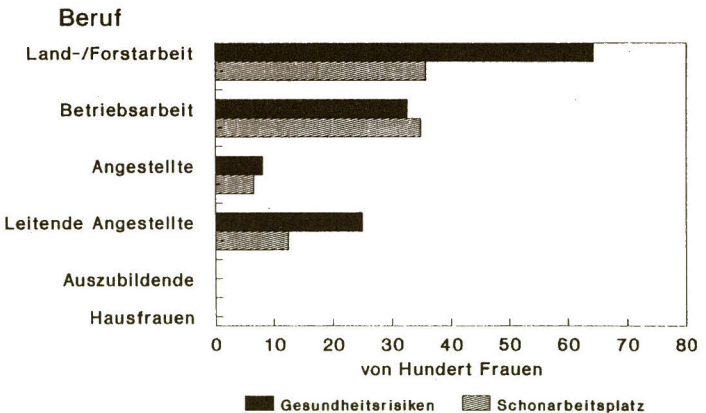
Quelle: nach Lolies (1970)

Abbildung 13: Krankheitshäufigkeit je Arbeiterin im Zeitraum von 3 Jahren



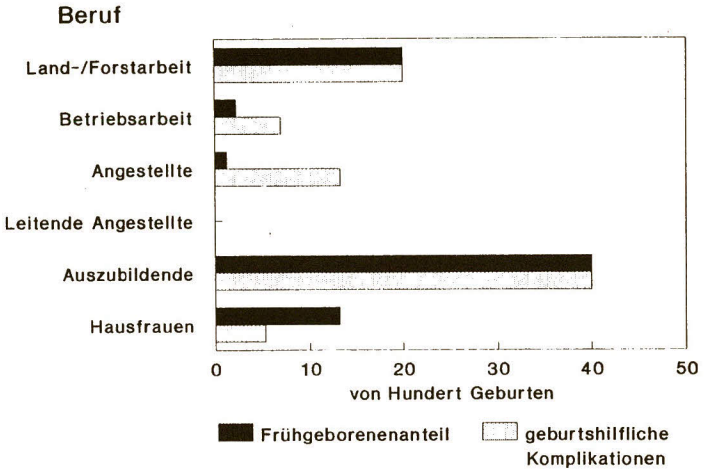
Quelle: nach Lohies (1970)

Abbildung 14: Anteil von Schwangeren mit Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz und Anteil von Schonarbeitsplätzen



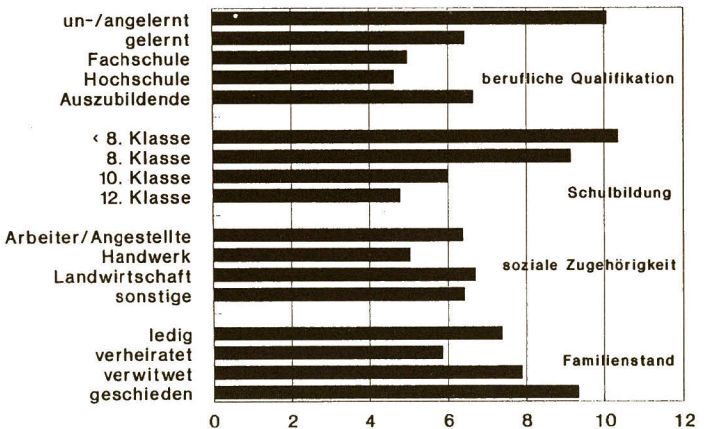
Quelle: nach Hieke (1969)

Abbildung 15: Geburtsverlauf und Beruf



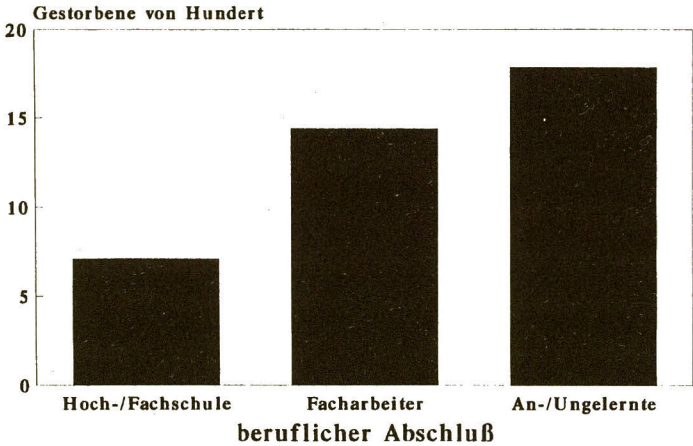
Quelle: nach Hieke (1969)

Abbildung 16: Soziale Differenziertheit der Untergewichtigenrate Lebendgeborener in der DDR - 1982



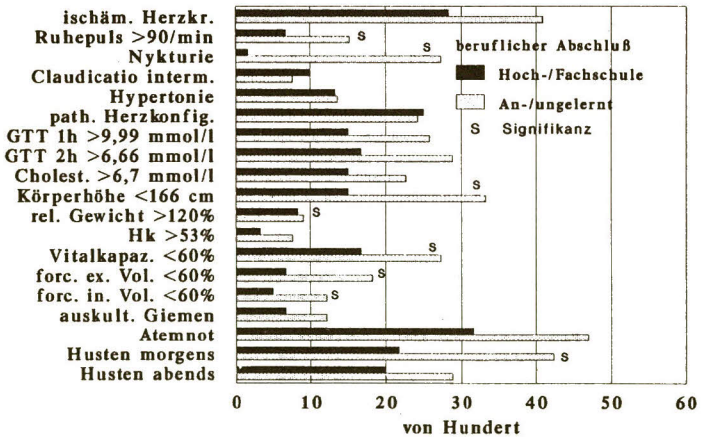
Quelle: nach Schott (1985)

Abbildung 17: Sterblichkeit von Männern zwischen 50.-54. und 60.-64. Lebensjahr nach beruflicher Qualifikation



Quelle: nach Mißlitz (1983)

Abbildung 18: Merkmalshäufigkeiten von Männern (55-60 Jahre) einer Großstadtpopulation nach beruflicher Qualifikation



Quelle: nach Mißlitz (1983)

Abbildung 19: Selbsttötungsziffern auf dem Gebiet von DDR und BRD 1927-1989
-Männer-

