Jens-Uwe Niehoff und Frank Schneider

Sozialhygiene – das Ende einer akademischen Disziplin?

Reflexionen zur Geschichte der Sozialhygiene in der DDR

I. Ausgangspunkte

1990 wurde das »Institut für Sozialhygiene« an der Berliner Charité, wie auch anderenorts, auf eigenen Antrag in »Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie« umbenannt. Am 28. 6. 1990 beschloß die Mitgliederversammlung der »Gesellschaft Sozialhygiene der DDR« ihre Umbenennung in »Gesellschaft für Sozialmedizin« und diese am 11. 9. 1991 ihre Auflösung. Die »Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention« bot den Mitgliedern der aufgelösten Gesellschaft den Beitritt an. Hiervon machten etwa 20 % der Mitglieder Gebrauch. Anfang 1991 hatten sich fast alle Institute für Sozialhygiene an den Medizinischen Fakultäten der ehemaligen DDR in solche für Sozialmedizin umbenannt. Ende 1991 sind einige dieser Institute »abgewickelt« (Jena) oder in ihrer Existenz erheblich gefährdet (Leipzig, Erfurt, Dresden). Hinsichtlich der anderen Institute, ihrer künftigen Existenzlaubnis oder nur ihrer Umstrukturierung sind Entscheidungen 1992 zu erwarten¹.

Diese kurze Beschreibung wirft Fragen auf:

1. Endete 1991/92 die Geschichte der akademischen Sozialhygiene rund 70 Jahre nach ihrer Etablierung in Deutschland kläglich und fordert bestenfalls noch einen Nekrolog? 2. Mündet diese in eine neue Wissenschaftsentwicklung ein, die von der Sozialhygiene möglicherweise mit vorbereitet worden war? (Sozialmedizin, Public Health) 3. Sind die wissenschaftlichen Erfahrungen der Sozialhygiene, wie sie sich spezifisch in der DDR geformt hatten, jetzt in die Wissenschaftslandschaft Deutschlands integrierbar und wie ist es um den Integrationswillen bestellt?

Wir werden keine Beantwortung dieser Fragen versuchen. Eine Darstellung der sehr unterschiedlichen und widersprüchlichen Entwicklungen des Faches im Deutschen Reich, in der Bundesrepublik, in der DDR und dann seither im vereinten Deutschland ist nicht beabsichtigt. Wir versuchen allein eine Annäherung an wissenschaftsgeschichtliche, nicht an gesundheitspolitische Entwicklungen und auch dies nur punktuell. Dabei sehen wir Schwierigkeiten. Diese haben

mit der historischen Distanzlosigkeit und mit der derzeitigen Enteignung der Geschichte der DDR zu tun. Das betrifft auch die Wissenschaftsgeschichte(n). Der Grund ist einfach: Nach dem »Anschluß« soll nun die »Vereinigung« durch »Erneuerung« erreicht werden. Das Programm Erneuerung gilt für alles und jedes, auch alle und jeden. Bei historischem Bewußtsein muß aber auch Unwohlsein erlaubt sein. Dieses hat u.a. mit Vokabeln zu tun, etwa, wenn in Kampagnen Politiker dazu auffordern, »Geschichte zu bewältigen«, wo diese mit Sorgfalt und Sensibilität zu befragen und transparent zu machen wäre, vor allem, um Ost- und Westmenschen die je eigene Gegenwartigkeit verständlich zu machen. Nun muß sich ja Wissenschaft nicht notwendig an dem orientieren, was Politikern wichtig ist, gäbe es da nicht den nachdrücklichen Einfluß der Politik auf die Wissenschaft. Der sind, scheint es, die zulässigen Fragen an die Geschichte und die erlaubten Antworten längst diktiert. Hieran beteiligen sich auch Wissenschaftler, weshalb man solche Einwirkungen nicht als ein »normales« Phänomen der Politik abtun kann. Als Folge bleibt auch die Schwierigkeit, Belege zu zitieren. Deren Autoren könnten in einer Wiederholung ihrer Meinungen von ehemals heute eine Denunziation sehen.

Immerhin, wenn es sich bei der »Erneuerung« um ein politisches Programm handelt, assoziiert das Entwicklungslinien der Vergangenheit, eben solche, die die DDR verlassen hat und in die wir uns nun »gemeinsam« in nationaler Anstrengung, eben durch Erneuerung, wieder zurück begeben müssen oder sollten oder wollen. Erneuerung schließt, zumindest als Vokabel, einen neuen Entwurf aus. Erneuern heißt restaurieren – nicht mehr, nicht weniger.

Projiziert sich ein solcher Kontext auf Wissenschaft, so kann es nur um Erneuerung gehen, wenn hinter einer Wissenschaft ein attraktives Modell steht, von dem sich zu entfernen in (mindestens) einen wissenschaftlichen Irrtum geführt hat, wenn nicht, gibt es nichts zu erneuern. Wir finden Geschichte von Wissenschaft in der Entstehung von je spezifischen Problemwahrnehmungen, Theorien, Methoden, Modellen und Handlungsorientierungen. Deshalb ist zunächst zu schauen, ob es in der Geschichte der akademischen Sozialhygiene Entwicklungen gab, auf die hin sich eine DDR-spezifische disziplinäre Entwicklung nun rückschauend erneuern kann oder muß oder darf.

Auf einen möglichen Irrtum wollen wir noch hinweisen: Bereits Winter² sah Gründe, vor einer Verwechslung von Sozialhygiene und staatlicher Gesundheitspolitik zu warnen. Genau dies scheint

modisch zu werden. Die Erwartung jedoch, nachfolgend gesundheitspolitische Entwicklungen in der DDR auf dem Hintergrund einer disziplinären Entwicklung transparent gemacht zu finden, muß enttäuscht werden, weil aus der Sache nicht möglich. Sachliche Verknüpfungen sind im Auge zu behalten.

II. *Skizze einer disziplinären Ideen- und Problemgeschichte*

Die Geschichte der Sozialhygiene beginnt und endet in Deutschland, nicht in der DDR. Die Ideengeschichte dieser Wissenschaft ist keine besondere DDR-Geschichte. Sie reicht vielmehr in das Ende des 18. Jahrhunderts zurück. Wollte sie jemand schreiben, würde sein Versuch zu einer Theoriengeschichte über soziale Prozesse geraten, zu einer, die den wechselseitigen Einfluß sozialwissenschaftlicher und medizinischer Theorien zum Gegenstand hätte sowie schließlich zu einer Geschichte der Annahme von Gesundheitsproblemen als soziale und öffentliche Angelegenheiten. Die Geschichte der Sozialhygiene ist so gesehen weniger eine Erkenntnisgeschichte denn eine Ideengeschichte.

Das Wort »Anliegen« im Sinne einer Absicht hat immer eine wichtigere Rolle gespielt als Theorie, Methodik, Erkenntnis. Und so ärgerlich die Autoren dieses Beitrags dies in der DDR fanden, es ist nicht wirklich überraschend, nun das Überleben dieser Vokabel konstatieren zu können. Sozialhygiene hat sich offenbar seit je eher synthetisch denn analytisch definiert, wobei sie den jeweiligen Erkenntnisstand der Zeit integrierte. Hieraus erwachsen dann auch ihre größten Gefährdungen: Eklektizismus, Theorieschwäche, vorgeformte Handlungsorientierungen, die den Erkenntnisanspruch kanalisiert. Sozialhygiene hatte sich folgerichtig, wie die Hygiene insgesamt, mit dem Anwurf auseinanderzusetzen, nicht Wissenschaft, sondern Ideologie zu sein. Ideologie steht hier für Sinngebung, Handlungsorientierung und Programmatik. Soweit dies als Vorwurf gelten kann, gilt er für die Sozialhygiene seit ihrer Geburtsstunde und für jegliche ihrer Richtungen: Es verbietet sich, ihn für die 40 Jahre ihres Daseins in der DDR zu reservieren.

Sozialhygiene ist eine Wortprägung aus dem Jahrhundertbeginn, die in sich nicht nur den Gegenstand der spezifischen Problemwahrnehmung trägt (sozial), sondern auch eine Absichtserklärung hinsichtlich der Methoden bei der Problemlösung in einem spezifischen historischen Kontext (Hygiene). Da Wissenschaft mit dem Wandel von Problemen und diesen angemessenen Handlungsorientierungen

nicht ständig den Namen wechseln kann, ist gegen diese Wortschöpfung schlechterdings etwas einzuwenden. Das wäre anders, hätte sich eine solche Wissenschaft seit ihren Anfängen nicht bewegt. Die konzeptionellen Entwürfe des Faches waren im wesentlichen schlicht normativ und griffen vor allem auf die Legislative zurück. Eine Deutung von Hygiene als eine lebensumweltliche Gestaltungsabsicht, kommt in den Anfängen des Faches kaum zum Tragen. Dies ist noch kein Anlaß zur Kritik, läßt aber fragen, wer oder was die Adressaten, wer die Absender einer solchen normativen Sozialhygiene jeweils waren oder sind. Wenn die Handlungsebene keine individuelle ist, ist es zwangsläufig eine gesellschaftspolitische. Diese verlangt politische Instrumentarien, zumindest aber indirekte Zugänge zu ihnen. Ein schwieriges Feld für Neutralisten. Hier findet sich dann auch das Spannungsfeld für eine, zumindest in der deutschen Version, höchst diskontinuierliche, amorphe und widersprüchliche Entwicklung. Die Sozialhygiene ist also eher aus ihren Handlungsansätzen, ihren Sinngebungen, denn aus ihren Wirklichkeitsrezeptionen zu problematisieren.

Drei Quellen können für die Herausbildung der Sozialhygiene angenommen werden: 1. die regelmäßige Ermittlung von Indikatoren, die die Gesundheitsverhältnisse einer Bevölkerung beschreiben, 2. ein öffentliches Interesse, Gesundheitsprobleme zum Gegenstand politischen Handelns zu machen und schließlich 3. theoriengeleitete Erklärungsmuster für beschriebene Wirklichkeiten.

zu 1) Die Steinschen Reformen in Preußen oder nach 1871 die Schaffung eines einheitlichen deutschen Zentralstaats erzeugten etwas, was in gewisser Weise aus der Tradition der Kirchenbücher aber auch aus der der Knappschaftskassen seit dem Mittelalter in Ansätzen längst existierte: Menschen bekamen informationelle Schatten und sei es, daß diese nur über das Geschlecht, das Geburtsdatum und das Sterbedatum Auskunft gaben. Oft, auf jeden Fall aber zunehmend systematischer, informierten diese Schatten auch über eine vermutete Sterbeursache, über den Beruf, den Ehestand, die Steuerklasse oder über Krankheiten und Anlässe sozialer und medizinischer Hilfeleistung während eines Menschenlebens. Mehr noch, es wuchs die Fähigkeit, solche »Schatten« als Bruchstücke eines Mosaiks der sozialen Wirklichkeit aufzuarbeiten. Das Lesen eines solchen Mosaiks war dann schon der schwierigere Teil der Übung und die Vielzahl einander widersprechender Botschaften, die aus dem gleichen Bild hergeleitet wurden, ist oft nicht nur einfach als kurios, sondern auch als Indiz für die Struktur politischer Interessen wahrzunehmen.

Soweit es sich um methodische Zugänge handelt, können wir sie mit Begriffen wie Epidemiologie, Medizinalstatistik, Demographie oder empirische Soziologie leicht benennen.

zu 2) Der Zusammenhang von sozialer Differenzierung und Gesundheit berührt, einmal wahrgenommen, Interessen, legitimiert oder befragt Absichten und Handlungen. Selbstverständlich war die Teilung der Menschen in Arme und Reiche, Schwache und Mächtige nicht das Ziel der sozialen, ökonomischen und politischen Prozesse, die sich für das vorige Jahrhundert mit der Herausbildung der kapitalistischen Gesellschaft verbanden, sondern deren Folge. Wer also regulierend, verändernd auf diese Prozesse Einfluß nehmen wollte, eben weil deren Resultate sich nun unleugbar in den Gesundheitsverhältnissen spiegelten, mußte hieran ein Interesse, dann aber auch die Mittel und Methoden verfügbar haben oder entwickeln, dies zu tun. Ein solches Interesse existierte vielgestaltig. So dichotom die Gesellschaft in der Verteilung des Reichtums war, so vielgestaltig und bunt war sie in ihren Interessen. Wenn Bildung und berufliche Erfahrung zu Investitionsgütern wurden, mußten sie Renditen sichern. Wenn soziale Ungerechtigkeit soziale Unruhen verursachte, konnte wachsende soziale Sicherheit nur ein Gewinn sein.

zu 3) Tatsächlich schwierig wurde es mit der Sozialhygiene, als sie sich in eine rasch expandierende allgemeine Wissenschaftsentwicklung einzuordnen suchte und um weiträumigere Erklärungsmuster für die soziale Ungleichheit und ihre strenge Verknüpfung mit Krankheit und frühen Tod bemüht war. Diese Erklärungsmuster rekrutierten sich aus den Sozialwissenschaften und den philosophischen Strömungen der Zeit, ebenso wie aus der Biologie, speziell der Vererbungs- und der Abstammungslehre sowie den Bevölkerungstheorien und ihrer je spezifischen Nutzung in politischen Programmen. Dies ist der Punkt: An der Schnittstelle von Medizin und Sozialwissenschaften hat die Sozialhygiene nie eigenständige Theorien über soziale Ungleichheit und Gesundheit erzeugt, sondern mit ihren empirischen Befunden vornehmlich auf den wissenschaftlichen Zeitgeist reagiert. Der aber spielte längst eine politische Rolle bei der Formulierung politischer Zielsetzungen. Es kam hinzu, daß auch die vielfältigen Anleihen bei anderen Wissenschaftszweigen die Frage aufwarfen, ob denn nun die Sozialhygiene als Wissenschaft überhaupt eine eigenständige Daseinsberechtigung hatte.

Einigkeit herrschte seit den Kindertagen des Faches über die empirischen Befunde. Diese warfen die Frage nach den Ursachen für soziale Ungleichheit vor Gesundheit, Krankheit und Tod, für die

soziale Differenziertheit von ontogenetischen Wachstums- und Entwicklungsprozessen oder für die Zugänglichkeit sozialer Hilfen, darunter auch der medizinischen auf. Theorien über die distributiv verursachte Ungleichheit der Menschen, die Wucherungen des Sozialdarwinismus und bereits seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts das sich aufpöppelnde Ungeheuer der Rassenideologien konkurrierten bei der Interpretation empirischer Befunde und dies oft auch in einer Person, wofür Grotjahn nur als Beispiel angeführt sei. Der gleiche Mann, der die Sozialisierung des Heilwesens forderte, vehement die demokratische Entwicklung nach der Abschaffung des Kaiserreichs begrüßte und dem Privatbesitz an Produktionsmitteln kritisch gegenüberstand, lebte in einem Konglomerat von »Befürchtungen«, die heute eine positive Annäherung so sehr schwer machen³. Hier sei Tutzke zitiert:

»Durch den Geburtenrückgang auch unter der Arbeiterschaft befürchtete er (d.i. Grotjahn) eine Einbuße der politischen und wirtschaftlichen Macht des Proletariats, die für ihn die Gefahr der Einwanderung und des Lohndrucks aus dem Osten heraufbeschwor. Um dies zu verhindern, forderte er Geburtenregelung und wirtschaftliche Bevorrechtung der Kinderreichen. Die Höhe der Kindergelder sollte jedoch möglichst niedrig gehalten werden, weil die Fortpflanzung unter keinen Umständen zu 'einem rentablen Geschäft proletarischer Schichten' gemacht werden dürfe. Die Arbeitslosigkeit hielt er für 'ein episodales Ereignis', das beseitigt werden könnte, wenn man alle erwerbstätigen verheirateten Frauen aus den Betrieben entließe und dafür arbeitslose Männer einstellte. Den materiellen Ersatz für die Einbuße des Lohns der nicht mehr berufstätigen Frauen sollte die von ihm propagierte Elternschaftsversicherung bilden. Er empfahl aber nicht nur die Herausnahme der Frau aus dem Erwerbsleben, sondern ebenso die Beschränkung der Bildungsmöglichkeiten für Mädchen. In beiden Fällen ließ er sich von der Absicht leiten, daß die Frau in erster Linie zur Erfüllung ihrer biologischen Aufgabe bestimmt sei.«⁴

Tutzke, der wie kein anderer systematisch über Grotjahn gearbeitet hat, hat das Bild einer widersprüchlichen, zwischen Caritas, Eugenik und Rassenhygiene schwankenden Persönlichkeit gezeichnet⁵. Die Rezeption der wissenschaftlichen und politischen Auseinandersetzung um die sozialen Prozesse nach dem Kaiserreich kann tatsächlich nahezu exemplarisch an Grotjahn erfolgen, auch, weil dieser an den Programmarbeiten der Sozialdemokratie zeitweise direkt mitwirkte.

Immerhin, die öffentliche Wahrnehmung gesundheitlicher Veränderungen, deren soziale Differenzierung und schließlich die Frage nach den Folgen und nach den sozial- wie gesundheitspolitischen Konsequenzen, war historisch auf die Tagesordnung gesetzt. Und in durchaus positiver Deutung ist dies ja eine ganze Menge.

Den Vorstellungen der Zeit folgend, waren unter den Handlungsorientierungen auch Strategien einer normativen Neuordnung sozialer Verhältnisse im Sinne einer Sozialen Hygiene, die als akademisches Lehrfach 1920 mit der Berufung von A. Grotjahn gegen den nachdrücklichen Willen der Medizinischen Fakultät und auf Betreiben der SPD erstmalig in Deutschland an der Charité etabliert wurde. Das empirische Standbein dieses neuen Faches war das, was wir heute Sozialepidemiologie und medizinische Demographie nennen. Ihr handlungskonzeptionelles Standbein entsprach den ideologischen Positionen der jeweiligen Vertreter, nicht einer originären Theorienposition des Faches. Die Sozialhygiene war Schüler des Zeitgeistes der Weimarer Republik, nicht dessen Lehrer. Was immer an Widersprüchlichem zu dieser Republik gesagt werden kann, es bricht sich auch in der wissenschaftlichen Reflexion sozialer Probleme durch dieses sich eben konstituierenwollende Fach.

Die Entwicklung der Sozialhygiene, ohnehin noch nicht zu einer »ordentlichen« akademischen Disziplin gemausert, endete 1933 abrupt. Die Abteilung für Sozialhygiene an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Wilhelm-Universität wurde in ein rassenhygienisches Institut umgewandelt. Lediglich eine fakultative Vorlesung zur Sozialhygiene konnte fortgesetzt werden. Gesundheitspolitik folgte in seinen Sinngewandungen nun künftig dem Prototypen eines »neuen« und natürlich gesunden Menschen. Die Gesundheitsdiskussion verkam zur sozialen Normierung von Körperbildern und zur Pervertierung jeglicher Humanität im Umgang mit dem größten Reichtum menschlicher Gattung, ihrer Verschiedenartigkeit. Gleichzeitig setzte eine Entwicklung ein, die die öffentliche Teilhabe an der gesundheitspolitischen Diskussion erheblich zurückdrängte, und sie als eine berufsständische Angelegenheit in die Ordnungsgewalt der Ärzte legte. Damit war eine Situation eingetreten, die in der Ärzteschaft die ohnehin nicht große Begeisterung für eine Soziale Medizin weiter lähmte. Gesundheitspolitik wurde einerseits berufsständische Politik und der genügte es, daß es kranke Menschen und ein ausbaufähiges System zur finanziellen Regulierung medizinischer Leistungen gab.

Gesellschaftspolitisch wurde andererseits eine Konzeptualisierung von Gesundheit prägend, die nicht Hilfeleistung für Kranke zur großen Herausforderung bestimmte, sondern den Gesundheitsbegriff (positiv) politisch instrumentalisierte. Wenn es richtig ist, daß die beiden Schlüsselfragen jeder Gesundheitspolitik, die nach der je sozialspezifischen und historischen Konzeptualisierung a) von

Gesundheitsleitbildern und b) von Verantwortlichkeitsvorstellungen zur Gesundheit sind, bleibt trotz Verkürzung noch richtig, daß während der Zeit des Faschismus, der Gesundheitsbegriff politisch hochgradig funktionalisiert wurde: Jugend, Kraft, Schönheit, Reinheit, schließlich Tauglichkeit und Eignung, erst für die Produktion, dann für den Krieg. Und natürlich wurden so Attribute einer herrschenden Rasse formuliert. Seine Materialisierung ist in Skulpturen überkommen, auch in neueren.

Dieser Hintergrund mag erklären, weshalb 1945 die Bedingungen für einen Neu- oder Wiederbeginn des Faches denkbar schlecht waren. Es soll nicht reflektiert werden, weshalb der Versuch einer Neubegründung der Sozialhygiene in ihrem wissenschaftlichen Selbstverständnis als Sozialepidemiologie und in ihrem praktischen Bemühen um die Gestaltung gesundheitsgerechter und zum sozialen Ausgleich führender Lebensverhältnisse (soziale Prävention) in der späteren BRD (zunächst) scheiterte. Bekanntlich setzte eine überhaupt vergleichbare Entwicklung erst sehr viel später ein, bzw. wirkte erst deutlich später auf die (west-)deutsche Wissenschaftslandschaft, dann allerdings begleitet von einer fordernden Öffentlichkeit. Offenbar beeindruckt von den Entwicklungen in den USA (public health), befürwortete der Ärztliche Sachverständigenbeirat beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1967 die Schaffung einer eigenständigen Sozialmedizin. Eine durchgängig etablierte akademische Wissenschaftsstruktur konnte jedoch bis heute nicht begründet werden.

Und dann in der DDR

Es ist schwierig, eine verkürzte Erklärung dafür zu finden, warum in der späteren DDR, gestützt auf einen Befehl der sowjetischen Militäradministration, sozialhygienische Institute, bzw. Abteilungen an den Medizinischen Fakultäten eröffnet wurden und warum diese in die akademische Forschung und Lehre eintreten konnten. Neben den Universitätsinstituten und zeitlich vorausgehend, entstand die Akademie für Sozialhygiene, Arbeitshygiene und Ärztliche Fortbildung. In Analogie zum Reichsgesundheitsamt, bzw. zu seinem Nachfolger, dem Bundesgesundheitsamt, wurden zentrale und sehr viel später (und keineswegs flächendeckend) regionale Institutionen aufgebaut, die als staatliche Behörden ein System der medizinalstatistischen und Gesundheitsberichterstattung verwalteten und Planungsarbeiten für das Gesundheitswesen unterstützten oder selbst

vornahmen. Sie hatten eine Beratungs- und Informationspflicht gegenüber den staatlichen und kommunalen Verwaltungen bei der Schaffung und Konzipierung der Infrastrukturen für die Prävention, die medizinische Betreuung, die Nachsorge, die Rehabilitation und die soziale Betreuung und deren inhaltliche Orientierung. Es waren dies die territorialen, auf die kommunalen Belange orientierten Büros für Sozialhygiene sowie eine analoge Institution, die dem Gesundheitsministerium direkt unterstellt war.

Die Sozialhygiene im Aufgabenbereich des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR ist nicht der Gegenstand dieses Beitrags⁶. Uns geht es um die Entwicklung des Fachgebiets als Wissenschaft. Hierbei ist dann jedoch nicht zu übersehen, daß in Abhängigkeit von lokalen Gegebenheiten einige Universitätsinstitute auch Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes wahrnahmen.

Die Wiederbegründung der Sozialhygiene als akademischer Disziplin in der späteren DDR zu erklären, fällt schwer, weil das Fach als eine empirisch-sozialepidemiologisch forschende Disziplin in der Sowjetunion verboten war. Vergegenwärtigt man sich die sozialen Strukturen, den Entwicklungsstand der Sowjetunion und deren existentielle (politische und physische) Probleme, wird verständlich, warum Solovjov und Semaschko in den 20er Jahren noch verkündeten, in der Sozialen Hygiene die besten Schüler der Deutschen zu sein. Dies hatte neben direkten Einflüssen seitens sozialhygienisch engagierter deutschstämmiger Ärzte offenbar vor allem etwas mit dem nachdrücklichen und bis zur Rigidität normativen Verständnis des Faches zu tun. Auch hatten russische Ärzte während der Weimarer Republik an Seminaren teilgenommen, die Grotjahn an der Humboldt-Universität durchführte. Durch die Forschung wird noch zu klären sein, inwieweit diese Begeisterung, sich auf die eugenischen »Traditionen« der Sozialhygiene bezog. Das spätere Verbot war nun wieder folgerichtig insofern, als es Teil stalinistischer Logik war, irgendwann die soziale Gleichheit als erreicht zu verkünden und die klassische Sozialhygiene auf Organisationsfragen des Gesundheitswesens abzudrängen.

Ein wichtiger Grund für die Wiederbelebung der deutschen Sozialhygiene dürfte gewesen sein, daß nicht nur Modelle und Konzeptionen der Weimarer Republik bei dem anfänglichen Ziel des Aufbaus eines antifaschistischen und in seinen Strukturen demokratischen Gesundheitswesens Pate standen, sondern daß auch Personen, die für solche Konzeptionen bereits in der Weimarer Republik standen, nach dem Kriege an ihre eigene Arbeit anknüpften. Als Aktivisten

im Kampf gegen den Faschismus und teilweise auch als Emigranten hatten sie eine hohe persönliche Reputation. Immerhin wurden die Grundstrukturen des Gesundheitswesens der DDR geschaffen, als die Entwicklung einer sog. sozialistischen Gesundheitspolitik noch kein politisches Ziel war. Erst mit der Veränderung des gesamten innenpolitischen Klimas nach 1953 sah sich die Sozialhygiene, bzw. sahen sich einige ihrer Repräsentanten eines wachsenden Druckes wegen »sozialdemokratischer« Positionen ausgesetzt. Zudem änderte sich das politische Klima in Bezug auf die sog. Westemigranten, die gerade im gesundheits- und sozialpolitischen Bereich viele Ideen und Konzepte aus den Emigrationsländern (vor allem Schweden und Großbritannien) importiert hatten, deutlich: Die Existenz des Faches mußte verteidigt werden und dies immer an zwei Fronten gegen die Politik und gegen die Medizin. Beiden war das Fach, mal mehr mal weniger, ein lästiges Phänomen, was, ebenfalls in beide Richtungen, einen eigentümlichen Anpassungsdruck erzeugte. Wir vermuten komplizierte Argumentationen. Denn diejenigen, die das Fach gegen seine repressive Eingrenzung verteidigten, und hier muß vor allen anderen zweifellos Kurt Winter genannt werden, fühlten sich ja in der Regel der sozialistischen Idee mit ihrer ganzen Biographie verbunden. Häufig war es gerade die Erfahrung der engen Verknüpfung von Gesundheit, Krankheit und sozialer Ungleichheit, die ihnen ihren politischen Weg gewiesen hatte. Und es waren in der Regel Ärzte, die oft biographisch folgerichtig in der Medizin nach angemessenen Handlungsansätzen suchten. Offensichtlich, auch wenn hierzu bislang historische Forschung fehlt, unterschieden sich die (zumeist recht jungen Ärzte) in diesen »Gründerzeiten« kaum im Motiv: Dieses leitete sich aus der Erfahrung des Zusammenhanges von sozialer Ungleichheit und Krankheit her. Unterschiedlich war hingegen der biographische und berufliche Erfahrungshintergrund ebenso wie die Befähigung zu systematischer wissenschaftlicher Arbeit. »Gelernter« Sozialhygieniker, d.h. methodisch und theoretischer speziell ausgebildet, war praktisch keiner. Es waren wissenschaftliche Autodidakten. Sozialhygiene blieb »Anliegen« und somit den je persönlichen Motiven stärker verhaftet als den Zielen einer (zunächst) erkenntnisschaffenden Wissenschaft. Die fast zwangsläufigen Folgen waren z.T. dauerhafte persönliche Zerwürfnisse, die Auseinandersetzung um den »richtigen« Weg, eine Aufsplitterung der Interessen oder – oberflächlich gesehen – die Herausbildung von Schulen.

Die einen folgten der in der Weimarer Republik begründeten

Tradition des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, vor allem mit Blick auf den Gesundheitsschutz der Kinder und Mütter. Andere gingen davon aus, daß die Folgen sozialer Ungleichheit für die gesunde Entwicklung der Kinder eher durch Erziehung und pädagogische Förderung und regelmäßige medizinische Untersuchungen auszugleichen wären. Es gab Forderungen nach einer systematischen Hygiene der Lebensalter im Sinne einer lebensbegleitenden interventiven Überwachung der Gesundheit. Die eine Schule wollte eine der Sowjetunion analoge Ausformung des Gesundheitsschutzes im Sinne eines monströs organisierten Medizinalwesens, das die Menschen über ein ausgebautes System von Dispensaires für eine präventive, wie medizinische und rehabilitative Betreuung rekrutierte. Eine andere Schule erhob die freie Entscheidung über die Schwangerschaft zum Zentrum der aktuell notwendigen Aufmerksamkeit, wieder andere forcierten eine eher arbeitsmedizinisch orientierte Sozialhygiene, speziell hinsichtlich der besonderen Gesundheitsprobleme der Landbevölkerung. Zumindest gab es eine Reihe von Persönlichkeiten, deren Motive, Antriebe, Interessen und Handlungsorientierungen sich sehr deutlich unterschieden, mit offenen und heftigen persönlichen Kontroversen und Verfeindungen im Gefolge. Diese sehr unterschiedlichen Orientierungen wären noch kein Problem, wenn hinter ihnen nicht häufig auch unterschiedliche konzeptionelle Zugänge gestanden hätten und folgerichtig zu quälenden Diskussionen über das disziplinäre Selbstverständnis führten. Wir wollen keine der zentralen Repräsentanten des Fachgebiets werten oder würdigen, sondern feststellen, daß nach unserer Einschätzung Winter, der offenbar durch sein Emigrationsland Schweden besonders geprägt war, im wesentlichen als einziger mit Nachdruck auf die wissenschaftliche und methodische Entwicklung der Sozialhygiene orientierte und sein gesundheits- und wissenschaftspolitisches Wirken für sich maßgeblich aus diesem Blickwinkel motivierte. Indizien scheinen uns hierfür – jenseits einer Bewertung – die Versuche zu sein:

1. Gesundheitspolitik in die Sozialpolitik zu integrieren, 2. die sozialpolitischen Modelle sowohl aus der Reflexion der Weimarer Republik wie aus den Erfahrungen Schwedens und Großbritanniens herzuleiten, 3. die Theoriendiskussion in der Sozialhygiene zu kultivieren, speziell in bezug auf die Auseinandersetzung mit dem Sozialdarwinismus und dem bunten Spektrum sozialwissenschaftlich geprägter Menschenbildkonzeptionen sowie 4. das Bemühen, eine systematische methodische Entwicklung zu befördern oder einzuleiten,

wovon vor allem die Akzelerationsforschung, die medizinische Demographie, die Sozialepidemiologie und – vorübergehend – auch die Medizinsoziologie profitierten.

Aus der Sowjetunion konnte bei dem Bemühen um die Etablierung und Kultivierung der Sozialhygiene keine Hilfe erwartet werden. Dort wirkte noch das Stalin'sche Verbot und zwar bis 1966. Wichtig, auch für das Verständnis der Situation des Faches in der DDR, blieb allerdings, daß die Folgen des Verbots in der Sowjetunion dort nicht, bzw. nie vollständig überwunden werden konnten. Das hatte u.a. drei Folgen für die Situation der Gesundheitspolitik im Wirkungsbereich sowjetischer Politik:

1. Es gelang in der Sowjetunion – soweit das für Außenstehende zu übersehen ist – nach 1966 nicht, eine sozialepidemiologische und medizinsoziologische Forschungskultur zu begründen. Im Gegenteil gewinnt der Beobachter den Eindruck, daß sich das Abdrängen des öffentlichen und primär sozialpolitischen Problems Gesundheit in normative und technische Lösungsansätze sowie in die Strukturen des Gesundheitswesens verstärkt fortsetzte und Versprechungen aufbaute, die angesichts der finanziellen und infrastrukturellen Defizite nie eingelöst werden konnten. Das Verbot zumindest des gesamten Bereichs der Sozialepidemiologie und die Umwandlung des Faches in das Arbeitsgebiet der »Organisation des Gesundheitswesens« hatte auch zur Folge, daß sich die Gestaltung des Gesundheitswesens und der Prävention von der sozialen Wirklichkeitsrezeption abtrennte und das Vakuum durch das Primat der Politik und der Ideologie über die Wirklichkeit ersetzt wurde. Eine konzeptionelle Debatte zu den sozialpolitischen Dimensionen der Gesundheit, wie wir sie aus der Weimarer Republik oder aus anderen westeuropäischen und skandinavischen Ländern kennen und die die Gesundheitspolitik in der DDR immer beeinflußt haben, ist uns aus der Sowjetunion nicht bekannt.

2. Die Sowjetunion als Modell für die übrigen Ostblockstaaten verhinderte praktisch im gesamten osteuropäischen Raum den Aufbau einer leistungsstarken sozialhygienischen Forschung. Die Folge war, daß das Gebiet des Gesundheitsschutzes und der Prävention im wesentlichen medizinisch und hygienisch-normativ dominiert war und blieb und die Kultur sozialer Gesundheitsschutzkonzeptionen sich kaum entwickelte, bzw. sich der Begriff Sozialhygiene im wesentlichen mit organisatorischen, ökonomischen und verwaltungstechnischen Aspekten der medizinischen Infrastruktur verband.

3. Die Mehrheit der Repräsentanten der Sozialhygiene in der DDR

befand sich in einem – zumeist nicht offen ausgetragenen – Dissens mit den gesundheits- und präventionspolitischen Konzeptionen in der Sowjetunion. Dies ist auch deshalb interessant, weil sich die maßgeblichen Vertreter des Fachgebiets in der DDR ausdrücklich dem Ziel der Formulierung und Realisierung einer sozialistischen Gesundheitspolitik verpflichteten⁷.

Erklärungsbedürftig bleibt also in der Tat, weshalb es gelingen konnte, dieses Fachgebiet nach dem Kriege im östlichen Teil Deutschlands wieder aufzubauen. Der Widerspruch zwischen den politischen Widerständen gegen sozialepidemiologische Forschungen in der Sowjetunion und der ausschließlich in der DDR geglückten Etablierung des Faches ist u.E. bislang nicht untersucht, zumal anzumerken ist, daß sich die Nestoren einer Sozialen Hygiene in der DDR, konzeptionell ausdrücklich auf die Erforschung der Beziehungen zwischen sozialer Wirklichkeit, den sozialen Strukturen und den Gesundheitsverhältnissen beriefen⁸.

Wichtige Exponenten der Sozialhygiene bekannten sich zudem nachdrücklich zu Elementen und Reformideen der Weimarer Republik und knüpften beim Aufbau des Gesundheitswesens und des Gesundheitsschutzes in der DDR an Entwicklungen und konzeptionelle Ideen der deutschen Geschichte an⁹.

Die Geschichte sozialepidemiologischer und sozialmedizinischer Forschung in der DDR kann mit diesem Beitrag nicht geschrieben werden. Zumindest sei aber erwähnt, daß sich nach der erneuten Zulassung der Sozialhygiene in der Sowjetunion im Jahre 1966 die Situation des Faches auch in der DDR deutlich besserte. Da es zum Selbstverständnis der Sozialhygiene gehörte, eine Integration epidemiologischer und soziologischer Methoden und Konzepte anzustreben und Gesundheit und Prävention, sowie Krankheitsfolgenbewältigung und lebensumweltliche Ansätze zu konzeptualisieren, ist festzuhalten, daß beide Säulen der Sozialhygiene (Epidemiologie und medizinische Soziologie) eine fruchtbare Entwicklung nahmen, so daß wir etwa zwischen 1965 und 1975 von einer ergebnisreichen Forschungsarbeit sprechen können. Die Medizinsoziologie etablierte sich in der medizinischen Lehre und die Epidemiologie galt neben der klinischen und der biomedizinischen Forschung zeitweise als eine dritte wichtige Säule in der medizinischen Forschungsstruktur. Praktisch an allen Hochschulinstituten für Sozialhygiene etablierten sich epidemiologische und medizinsoziologische Arbeitsgruppen oder Abteilungen (zu Beispielen aus der Forschungsarbeit jener Jahre siehe auch die Übersicht von Niehoff u. Schneider 1991)¹⁰.

Dennoch gelang es nicht, das Fach in seiner theoretischen Basis zu konsolidieren. Die sehr unterschiedlichen inhaltlichen Orientierungen wären eher Reichtum gewesen, wenn sie nicht immer wieder zu quälenden Diskussionen über das disziplinäre Selbstverständnis geführt hätten. Hierbei spielte abermals und vergleichbar den 20er Jahren die Frage nach dem theoretischen Bezug der Sozialhygiene eine große Rolle: war dies nun ein medizinischer oder ein primär sozialwissenschaftlicher? Eine Medizintheorie, auf die Bezug genommen werden konnte, existierte nicht. Das Liebäugeln mit Pawlow in den 50er Jahren oder später dann mit Rothsuh¹¹ war naheliegend, beantwortete aber nicht die Frage nach dem originären Erkenntnisziel. Eine Zielbestimmung dahingehend, Beiträge zur ätiologischen Forschung zu liefern, war keine Antwort auf die Frage nach einer disziplinären Theorienbildung, stellte vielmehr auf ein spezifisches empirisches Methodenarsenal ab und verzichtete auf den sozialen Menschen als Erkenntnisobjekt. Die Problemsicht des Faches mußte schon schärfer gefaßt werden. Denn offensichtlich waren die menschlichen Gesundheitsverhältnisse und ihre epochale und sozialschichtspezifische Dynamik ja Indikatoren sozialer Prozesse. Hier lag auch das eigentümliche Feld interventiver Absichten. Wer etwa Mosse und Tugendreich¹² in seinem motivationellen Gepäck mitführte und wem eine bloße empirische Deskription nicht reichte, also das, was er wahrnahm auch noch verstehen wollte, konnte auf einen sozialwissenschaftlichen Theorienzusammenhang nicht verzichten. Es war natürlich leicht, allgemein auf den Marxismus zu verweisen, obwohl dieser in der Sozialhygiene mehrheitlich wohl eher deklamiert, denn ernsthaft reflektiert wurde. Auf dem Hintergrund der ärztlichen Ausbildung ist dies auch verständlich. Sozialwissenschaftliche Impulse hätten also nur über ausgebildete Soziologen kommen können. Diese sahen sich seit den späten 70er Jahren jedoch oft wieder desintegriert und an den Universitäten in das marxistisch-leninistische Grundlagenstudium abgedrängt. Marxistische sozialwissenschaftliche Konzeptionen konnten auch nur insofern hilfreich sein, als sich hier ein (historischer und ökonomischer) Erklärungsansatz für die sozialstrukturellen Konsequenzen der je historisch spezifischen Produktion von menschlichen Existenzmitteln und ihrer Verteilung sowie dem Wandel der dominanten lebensumweltlichen Risikostrukturen anbot (Lebensweise). (Allerdings galten die Engels'schen Studien »Zur Lage der arbeitenden Klasse in England« und »Zur Wohnungsfrage« durchaus als »Musterstudien.«) Dies ließ sich aber kaum in Handlungskonzepte übersetzen,

weshalb die Versuchung groß war, dann doch wieder auf Positionen des Gesundheitsverhaltens und erzieherische oder normative Interventionen zurückzugreifen (Lebensstil). Weiterreichende sozialwissenschaftliche Theorien von Nützlichkeit für die Medizin bot der Marxismus kaum an, und Psychologie und Sozialpsychologie hatten sich hinsichtlich der disziplinären Zuordnung ohnehin anders etabliert. Seitens der Soziologie existierte wohl gegenüber einer weiteren »Bindestrichsoziologie« vermutlich ohnehin größere Reserviertheit. Zumindest wurden von der Soziologie keine erkennbaren theoretischen Impulse vermittelt.

Zwar hatte sich durch Winter die Medizinsoziologie zunächst erfolgreich etabliert, doch verschwand diese im Rahmen einer Studienreform wieder aus dem medizinischen Unterricht und verlor so einen wichtigen akademischen Lebensimpuls. Andererseits gelang die Einführung einer speziellen Fachweiterbildung für Soziologen in der Medizin, deren auch angestrebtes Resultat die finanzielle Gleichstellung von in diesem Bereich arbeitenden Medizinern und Soziologen war. Die Ursachen für die Zurückdrängung der Medizinsoziologie sind heute schwer zu ermitteln, liegen aber vermutlich gleichermaßen an politischen und wissenschaftlichen Ablehnungen. Zudem wurden Anstrengungen der Wissenschaft, auf sozialpolitische Gestaltungskonzepte Einfluß zu bekommen, zunehmend deutlicher zurückgewiesen. Und daß es in der klinischen Medizin dafür eher wenig Unterstützung gab, versteht sich fast von selbst.

Ende der 70er und Anfang der 80er Jahre geriet dann auch die Epidemiologie, vor allem die Sozialepidemiologie, die sich durch Kreuz¹³ zu einiger Leistungsfähigkeit entwickelt hatte, aber auch die klinische Epidemiologie, unter immer größeren Druck. Letztere profitierte allerdings weiterhin von den Einbindungen in internationale Forschungszusammenhänge, die im Gefolge anfänglicher politischer Unterstützungen gelungen war. Die Ursachen für den Druck auf die Epidemiologie¹⁴ finden wir wohl in der starken Orientierung auf die Medizin bei der Bewältigung von Gesundheitsproblemen und zudem vor allem auf die Biomedizin und ihre technischen Produkte.

Während also die Turbulenzen der Gründerjahre mit den Einwirkungen des Stalinismus und den persönlichen Querelen der Fachrepräsentanten zu tun hatten, insgesamt aber zu einer gedeihlichen Entwicklung der Sozialhygiene führten, wurde das Fach spätestens seit der Mitte der 70er Jahre marginal, sowohl hinsichtlich seiner praktischen Bedeutung wie auch hinsichtlich der wissenschaftlichen Leistungsfähigkeit. Die Frustration hierüber wurde wohl allgemein

sehr nachdrücklich empfunden und verstärkte, auch wegen des Mangels an attraktiven beruflichen Perspektiven, den Niedergang der Sozialhygiene.

Wichtig erscheint uns bei dem Versuch dies zu verstehen, daß anders als für die 50er und 60er Jahre, nicht primär auf Einzelpersonlichkeiten zu schauen ist, sondern sich die nachfolgenden gesundheits- und wissenschaftspolitischen Entwicklungen auf dem Hintergrund allgemeinerer politischer Bedingungen erklären.

Aus diesem Blickwinkel scheinen uns folgende Überlegungen bedenkenswert:

1. Mit dem Übergang von Ulbricht zu Honecker änderten sich auch innere politische Mechanismen. Die Zeit der häufig persönlich intervenierenden politischen Gestalten der Nachkriegszeit ging dem Ende entgegen. Die Auseinandersetzungen zwischen Einzelpersonlichkeiten verloren ihre Bedeutung. Ein neuer Typus, der des nur noch funktionierenden Funktionärs, der sich im System und nicht an primären Motivationen orientierte, setzt sich durch. Damit verloren die gesundheitspolitischen Aktivisten sukzessive ihren Einfluß. Interessant schiene uns, künftig der Frage nachzugehen, welche Konsequenzen sich daraus ergaben, daß dieser Wandel in bezug auf die Wissenschaftspolitik offenbar sehr viel später einsetzte.

2. Die Bedingungen und Möglichkeiten aktiver politischer Gestaltung veränderten sich tiefgreifend. Einerseits wurden die politischen Gestaltungsspielräume durch die allmählich entstehende Eigengeschichtlichkeit der DDR kleiner, andererseits wächst gerade im sozialpolitischen Bereich, unauflöslich mit den Schwierigkeiten der Verteilung kleiner »Töpfe« verbunden, der Zentralisierungsdruck auf die Definition prioritärer Ziele. Die Frage nach prioritären Gesundheitszielen war so immer weniger eine ernsthaft an die Wissenschaft und schon gar nicht an die Betroffenen gerichtete Frage, sondern wurde politisch und zudem bei wachsendem Realitätsverlust, beantwortet. Das dem Ministerium für Gesundheitswesen unterstellte Institut für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitswesens erarbeitete zwar regelmäßig Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung, doch waren diese Berichte sekretiert und wurden nur sehr begrenzt ausgewertet und zur Kenntnis genommen¹⁴. Diese Entwicklung war außerordentlich lähmend für die Forschung, die, von partiellen Ausnahmen abgesehen, zunehmend auf die Deskription abgedrängt wurde und ihren analytischen Anspruch in Frage gestellt sah. Dies ist nur ein Indiz für die insgesamt geringer werdende Rolle der Wissenschaften bei der Politikgestaltung.

3. Die Stellung der Sozialhygiene in der Wissenschaftslandschaft veränderte sich. Daß die Sozialhygiene gesundheits- und wissenschaftspolitisch in der DDR je größeren und nachhaltigeren Einfluß gehabt hätte, muß bezweifelt werden. Diesen hatten wohl nur einige ihrer Repräsentanten, die ihn dann vor allem für die strukturelle Gestaltung des Gesundheitswesens und seiner präventiven Einrichtungen in den Anfängen der DDR nutzten. Winter ist zusätzlich, zumindest zeitweise, auch für das Verständnis wissenschaftspolitischer Linien als einflußreich anzusehen. Dieser an einzelne Repräsentanten geknüpfte Einfluß spielt wohl seit den frühen 70er Jahren praktisch keine Rolle mehr. Wichtige praktische Handlungsfelder des Faches, etwa die Berufsperspektiven auf Gebieten spezifischer kommunaler Gesundheitspolitik (zumindest im Rahmen der ohnehin bescheidenen Möglichkeiten eigenverantwortlicher kommunaler Budgetgestaltung) gingen verloren. Außerhalb von Forschungs- und Lehreinrichtungen waren fachspezifische Berufsperspektiven immer schwerer zu finden. Wichtige Forschungsbereiche verselbständigten sich. Die Sozialhygiene, ohnehin nicht gefestigt, zersplitterte massiv. Traditionelle gesundheitsökonomische Aufgaben wanderten zunehmend in die Hände von Ökonomen, die dann jedoch nicht in das Fach integriert wurden. Die Bearbeitung gesundheitspolitischer Leitgrößen wurde zunehmend von Gesellschaftswissenschaftlern besetzt. Gesundheitsbezogene Einzelprobleme fanden neue strukturelle Zuordnungen (zumeist in klinischen Disziplinen, z. B. Alkohol und Suizid = Psychiatrie, Säuglingssterblichkeit = Kinderheilkunde, Neonatologie, spezielle Epidemiologie einzelner Krankheiten = entsprechende klinische Gebiete). Es verselbständigte sich eine soziale Gynäkologie, soziale Gerontologie, der Kinder- und Jugendgesundheitschutz, die soziale Rehabilitation usw.. Die Sekretierung bestimmter Informationsbereiche führte zu erheblichen Demotivationen. Die weitgehend fehlende Zusammenarbeit zwischen der klassischen (Umwelt-)Hygiene und sozialmedizinischen Forschungen verhinderte zudem eine Erweiterung des Blickes von sozialen auf die sozial-ökologischen Probleme bei der Formulierung prioritärer Gesundheitsziele. Zweifellos hat die Sozialhygiene bei der Etablierung von sozialmedizinischen Forschungsrichtungen wesentliche Impulse gesetzt, die dann aber fast regelmäßig aus ihr herausgewachsen sind. Als Initiator von Multi- und Interdisziplinarität vermochte sie diese für sich und für eine Konsolidierung des Faches nie herzustellen. Insofern ist verständlich, wenn es Diskussionen gab, die darauf abstellten, daß die Sozialhygiene ihre Aufgabe erfüllt

habe, wenn dann das Anliegen einer sozialen Medizin erfolgreich in der Klinik etabliert sei. In den 70er Jahren werden auch die Diskussionen lauter, dem Fach doch eine inhaltliche Wende, nämlich von seiner lebensumweltlichen Orientierung hin zu einer medizinischen (Sozialmedizin, patientenorientierte Sozialpsychologie) zu geben. Der Facharzt für Sozialhygiene sollte möglichst eine Zweitqualifikation eines patientenorientiert arbeitenden Spezialisten sein.

4. Ein wesentliches Problem hängt mit einer Veränderung der Argumentationen zu den Handlungsorientierungen in bezug auf Krankheit zusammen. Wenn oft dargestellt wird, die politische Führung der DDR habe die Abbildung sozialer Realität zunehmend unterdrückt – siehe Sozialepidemiologie – so ist das eine Teilwahrheit. Sie bedarf der Ergänzung, daß auf diese Weise auch einer vorherrschenden Denkweise in der Medizin entsprochen wurde, die sich auf die internationale Wissenschaftsentwicklung in der Prävention stützte¹⁶.

Hier spielte vor allem die Risikofaktorenkonzeption eine Rolle. Sie nährte das Versprechen, individuen- und interventiv orientierte medizinische Präventionskonzepte einer Risikovermeidung, -diagnostik und -therapie könnten alle nennenswerten Krankheitslasten in überschaubaren Zeiträumen deutlich und z.B. auf der Kostenseite auch meßbar reduzieren. Screenings und die Überwachung von Risikoträgern sowie eine intensive Gesundheitserziehung würden alle wesentlichen Gesundheitsprobleme bewältigen können. Nach 1975 wurde schrittweise ein Netz von speziellen Einrichtungen geschaffen, die den werbewirksamen Namen »Kabinette für die Gesundheitserziehung« trugen und vor allem im Bereich der »Bekämpfung« von Herz-Kreislauf-Krankheiten, der Verbesserung der Individualhygiene sowie der Verhaltensschulung in Notfallsituationen wirken wollten. Die Resultate des Versuchs, die Zahl der Raucher zu senken, den Alkoholkonsum zu verringern oder die Lebens- und Genußmittelangebote in den Warensortimenten zu dirigieren, gingen gegen Null. Vor allem die Kontroversen zwischen einer sich auf die Risikofaktoren stützenden und die Gesundheitsrisiken individualisierenden paternalistischen Gesundheitserziehung, die top down mit mehr oder weniger repressiven Methoden bei der Erzielung gesunder Verhaltensweisen liebäugelte und sich in offensichtlichem Kontrast zur sozialen Wirklichkeit befand sowie den Sichtweisen einer Sozialhygiene, die dem Anspruch folgte, soziale Wirklichkeiten und Differenzierungsprozesse hinsichtlich ihrer Gesundheitsrelevanz abzubilden, war lebhaft und führte in schwierige Auseinandersetzungen.

So gab es Briefe an die »Partei- und Staatsführung«, in denen gebeten wurde, doch bitte auf die Produktion und den Import von Fettkäse künftig zu verzichten und endlich zu verstehen, daß Fortschritte in der Prävention nur durch Kontrollsysteme des Individualverhaltens, z.B. durch entsprechende Veränderungen im Sozialversicherungsrecht oder durch die Zurückdrängung unspezifischer lebensumweltlicher Präventionskonzepte – Arbeit, Umwelt, Soziales – möglich sein könnten. Es wurde die Frage nach den ökonomischen Hebeln, die gesundheitsgerechtes Verhalten erzwingen könnten, gestellt, und es hat an Vorschlägen nicht gefehlt. Hier entstand auch Konfliktsubstanz zu Teilen der Medizinsoziologie, die partiell den analytischen und den handlungsortorientierenden Anspruch psychologisierte und damit individualisierte. Zwar handelte es sich hier um wichtige Themenbereiche, aber es wurde so der Handlungsansatz auf die Ebene des Arzt-Patient-Verhältnisses zurückgeführt, aus dem die Sozialhygiene ihn gerade herausheben wollte, u.a. weil die Bedingungen der Individuen, nicht ihr individuelles Verhalten Gegenstand von Politik sein sollten.

Die Probleme der sozialen Prävention, der natürlichen und der Arbeitsumwelt galten oft als zu teuer und als zu unspezifisch und außerhalb der Handlungskonzepte der Medizin liegend. Die Frage nach der Notwendigkeit einer Sozialhygiene, deren Selbstverständnis sich an den Paradigmata der Epidemiologie und der Medizinsoziologie orientierte, wurde drängender gestellt. Wo Krankheiten oder die Gefährdungspotentiale des Rauchens, des Essens, der Bewegungsarmut oder des Alkohols thematisiert wurden, verschwanden die Menschen, die rauchten, tranken oder aßen in ihrer spezifischen, schon gar schichtspezifischen Lebensalltäglichkeit und den ihnen je verfügbaren Wahlfreiheiten für das eigene Verhalten und dessen soziale Genese völlig aus dem Blickwinkel der Forschung^{17,18}. Es ist heute offenbar sehr leicht, die Gründe für den Verlust in der Wahrnehmung sozialer Lebenswirklichkeiten politisch zu adressieren, und das ist auf jeden Fall auch sachlich richtig. Benannt werden muß aber auch, daß normensetzende Konzepte einer rigiden Gesundheitserziehung und damit die tendenzielle Individualisierung der Verantwortung für Gesundheitsrisiken, gerade auch von einigen Medizinsoziologen schon sehr früh forciert wurde¹⁹. Dies vernahm aber offenbar die Politik sehr gern.

Fortschritterwartungen in der Medizin und in der Prävention orientierten sich immer stärker auf die Natur- sowie die technischen Wissenschaften. Von der sozialwissenschaftlichen Forschung wurden

da keine nennenswerten Ergebnisse erwartet. Die Medizin war in strenger Fortschrittsgläubigkeit im Aufbruch zu neuen Horizonten, die neue Wege der Krankheitsbewältigung zu eröffnen versprochen. Präventive Erwartungen richteten sich auf individuenbezogene und bereits prä- zumindest aber frühpostnatale Interventionsansätze. Die Formbarkeit ontogenetischer Karrieren, vor allem sogenannter elementarer Verhaltensweisen (Sexualverhalten, Ernährungsverhalten, Thermoregulationsverhalten, intellektuelle und körperliche Leistungsfähigkeit), wurde zu einem auch öffentlichen »Renner« von präventionstheoretischen Debatten, partiell sogar mit praktischen Handlungsempfehlungen für die Mütterberatungen²⁰ im Gefolge.

Die einseitige Betonung der biowissenschaftlichen Forschung richtete sich definitiv gegen die epidemiologische, speziell sozial-epidemiologische Forschung. So konnte dann nicht verhindert werden, daß Gebiete wie die Sozialhygiene/-medizin oder die Allgemeine Hygiene/Umweltmedizin in ihren Forschungs- und Publikationsmöglichkeiten immer weiter eingeschnürt wurden. Zumindest die Infrastruktur der Forschung und Lehre konnte überleben, und dies ungeachtet der Tatsache, daß die Entwicklungen seit der Mitte der 70er Jahre das Fachgebiet in eine konzeptionelle Krise geführt hatten. Diese konzeptionelle Krise ging u.a. so tief, daß es schon fast nicht mehr möglich war, sie auch nur zu thematisieren.

Hier lagen wissenschaftliche Entwicklungen in der DDR natürlich im Trend internationaler Tendenzen. Soweit wir diese für die DDR kritisieren und hier als (Teil-)Ursache für die Krise der Prävention identifizieren, gilt diese Kritik auch für die Erfinder solcher Debatten. Kritikbereitschaft an Entwicklungen in der DDR kann in dieser Beziehung also nicht als flinke Lobpreisung für die Sozialmedizin in der ehemaligen Bundesrepublik mißdeutet werden.

Das zentrale sozialhygienische Paradigma, daß nämlich Veränderungen in den Gesundheitsverhältnissen untrennbar mit sozialem Wandel verbunden sind und zugleich als dessen Indikator fungieren, stand in tiefem Kontrast zu den favorisierten Konzepten einer risiko-orientierten Gesundheitsüberwachung in den späten 70er und frühen 80er Jahren mit ihren Ansätzen einer sozialen Kontrolle des Verhaltens. Es war aber auch zu konstatieren, daß eher repressive Präventionsprogramme, etwa im Bereich der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. durch Versuche zentraler Steuerung von Lebensmittelangeboten oder durch soziale Normierung von individuellen Lebensstilen oder Schaffung ökonomischer Restriktionen für nicht-gesundheitsgerechtes Verhalten), von den Menschen immer

weniger angenommen wurden, zumal sie zur lebensalltäglichen Erfahrung in immer tieferen Widerspruch gerieten. Unsere Versuche etwa, am Beispiel der Risikofaktorenmedizin und der Dispensairebetreuung die Problematik sozialer Kontrollen in der Prävention und deren ethische Probleme zu thematisieren^{21,22,23}, scheiterten oft schlicht an Verständnislosigkeit. Dies scheint uns auch zu belegen, daß die sich in den 80er Jahren vollziehenden raschen Veränderungen in der Sozialstruktur und damit verbunden in den sozialen Reproduktionsbedingungen, in ihren Folgen für Präventionsstrategien ebenso wie für die Thematisierung von Gesundheitsproblemen als öffentliche Angelegenheiten überhaupt, schlicht nicht wahrgenommen wurden.

Diese Entwicklungen führten in substantielle wissenschaftliche Defizite der Sozialhygiene, die auch künftig nicht problemlos zu überwinden sein werden – auch nicht durch die Ersetzung von Ost durch Westwissenschaftler.

Wenn es an dieser Stelle so etwas wie eine Zusammenfassung geben kann, dann diese:

In ihren konzeptionellen Entwürfen sah sich die Sozialhygiene zwei Schlüsselfragen konfrontiert, der nach der politischen Konzeptualisierung von Gesundheit zwischen lebenskulturellem Entwurf und biologischer Norm und der nach der sozialen Verantwortung für Gesundheit im Spannungsfeld von Gesellschaft und Staat²⁴. Weder die wissenschaftliche Reflexion noch die öffentliche Debatte kann hier auf Glimmlichter verweisen. Weder waren zentrale Leitbildfragen (Gesundheit = Jugend, Kraft, Schönheit, Eignung) noch Verantwortung öffentlich thematisiert. Letztere stets als eine gesellschaftliche reklamiert, war (und je stärker sich dies dann durchsetzte in einer so hochgradig verstaatlichten Gesellschaft wie der DDR) in Wahrheit eine staatliche. Eine gesellschaftliche Verantwortung hat sich u.E. nur in Ansätzen kultiviert. Die auch in der DDR sattsam argumentierte Notwendigkeit einer Stärkung der individuellen Verantwortung scheint uns das Gesundheitsthema jedoch in eine Ecke zu drängen, wohin sie tatsächlich nicht gehört. Die unterstellte Verfügbarkeit und Wählbarkeit der eigenen Lebensbedingungen ist wohl eher nur elitären Schichten gegeben. Die Kontroversen hierzu aus unserer Zeit in der DDR scheinen nicht Geschichte zu werden.

Was bleibt: Zunächst Erfahrungen und eine wohl dennoch stabilere Integration der Sozialhygiene/-medizin in den medizinischen Forschungs- und Lehrbetrieb – insgesamt vermutlich auch eine

höhere Akzeptanz in den neuen Ländern, verglichen mit den alten. Es verbleiben eine große Zahl von Forschungsergebnissen zur sozialen Struktur gesundheitlicher Verhältnisse. Es bleibt eine große Lücke dieser Seite der Gesundheitsforschung für die letzten 10 bis 15 Jahre. Insbesondere fehlen Einsichten in die sozialspezifische Konzeptualisierung von Gesundheitsleitbildern. Allerdings darf vermutet werden, daß in den Hochschulinstituten noch vielfältiges, aus Dissertationen gewonnenes Material existiert, das bislang wegen der partiellen Veröffentlichungssperren nicht publiziert ist. Es bleiben auch Defizite in der Arbeit zu sozialen Präventionsstrategien und ihrer schichtspezifischen Adressierung²⁵.

Tendenziell darf von folgenden Einschätzungen ausgegangen werden:

1. Sozialmedizinische Paradigmata verloren im Verlauf der Geschichte der DDR immer mehr an Bedeutung. In diesem Punkt gab es zwischen einem wichtigen, vielleicht 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, war nicht nur nicht ausrottbar, sondern 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. Neben der politischen gab es also immer auch die klinische Phalanx, die zielstrebig an der Demontage des Faches wirkte.

2. Ein solches Urteil ohne Differenzierungen dürfte letztlich unscharf bleiben. Zumindest hat es auch aus den Reihen der klinischen Medizin und der Politik immer wieder Vorstöße gegeben, um eine Revitalisierung sozialepidemiologischer Forschung zu erreichen. Immerhin gab es anläßlich der seit 1987 stattfindenden Bemühungen um eine Reform des Medizinstudiums unter den Hochschullehrern einen breiten Konsens hinsichtlich der Notwendigkeit einer qualifizierten epidemiologischen und medizinsoziologischen

Ausbildung. Wenn Ergebnisse von Belang erzielt wurden, verblieben sie oft in den Schubladen, ohne eine praktische Bedeutung zu erlangen. In der Regel unterblieben aber sozialmedizinische empirische Studien von vornherein, weil die endlosen Genehmigungsverfahren zudem, mit ungewissem Ausgang, die Arbeitsfähigkeit lähmten. Es muß festgehalten werden, daß sich durch vielfältige Einflüsse die Sozialhygiene als Wissenschaftsdisziplin nicht konsolidieren konnte und die »Substanzschwäche« des Faches gegen Ende der 70er Jahre unübersehbar wurde. Die zunehmende Zentralisierung gesundheitspolitischer Kompetenzen und dies nur als Indiz für die voranschreitende Entmündigung der kommunalen Politik insgesamt, bewirkte zudem, daß auch die Impulse und die praktische Notwendigkeit verloren gingen, in territorialen, kommunalen und sozialen Mikrostrukturen sozialmedizinisch zu forschen. Dies war aber immer ein wichtiger Impuls für sozialhygienischen Forschung gewesen.

3. Es liegt logisch im konzeptionellen Selbstverständnis der Sozialhygiene, soziale Wirklichkeiten wahrzunehmen und soziales Problembewußtsein zu schärfen. Insofern ist die quantifizierte Gesundheit immer auch ein Indikator für soziale Prozesse. Als spätestens Ende der 70er Jahre klar wurde, daß die Gesundheitsverhältnisse der DDR auf wichtigen Gebieten durch Stagnation gekennzeichnet waren und somit auf wichtigen Gebieten soziale Stagnation indizierten, 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 genügte, 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 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 (auch) an der schwierigen Situation der Sozialhygiene nichts mehr änderte, zumal es in den präventionsstrategischen und -konzeptionellen Debatten zwischen paternalistischer Gesundheits-erziehung und -überwachung auf der einen Seite und den Konzepten der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta kaum noch

Verständigungen zum Kompromiß gab. Die Krise der Prävention war letztlich tief^{26,27}.

Also: Die Situation der Sozialhygiene in Deutschland war und ist schwierig. Nach den Erfahrungen seit dem Herbst 1989 wird sich dies wohl auch nicht ändern. Was bleibt sind Realitäten, nämlich die, daß Gesundheit und soziale Lage, gesundheitliche und soziale Entwicklungsprozesse in einem unabweisbaren Zusammenhang stehen. Dieser besagt, daß die schlechteren sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse regelmäßig die schlechteren gesundheitlichen Verhältnisse im Gefolge haben. Zumal die DDR zeigt aber auch, welche Konsequenzen es hat, soziale Wirklichkeiten nicht zur Kenntnis zu nehmen. Gesundheit steht hierfür nur als Beispiel.

IV. Sozialhygiene – Sozialmedizin – Public Health

Nach Lage der Dinge ist zu konstatieren, daß die deutsche Sozialhygiene ihren historischen Weg zu Ende gegangen ist. Sie kommt aus einer empirischen Erfahrung, die auch für die Zukunft richtig bleibt, nämlich eines vielgestaltigen Zusammenhanges zwischen Gesundheit und sozialer Lage. Wer sich wissenschaftlich auf dieses Feld eingelassen hat oder künftig einläßt, wird seine methodischen Wurzeln stets in der Epidemiologie, der Demographie und der empirischen Sozialforschung finden. Das Verdienst der Sozialhygiene wird auch für die Zukunft darin bestehen, die wissenschaftliche Wahrnehmung der Gesundheit und die öffentliche Reaktion auf Gesundheitsprobleme in den Kontext gestellt zu haben, in den er gehört, nämlich in den Kontext der sozialen Existenz der Menschen. Soweit sich Sozialhygiene also als akademische Disziplin definiert, wird es sie, unter welchem Namen auch immer, auch in Zukunft geben. Schwieriger ist das mit ihren Handlungsorientierungen. Sofern Hygiene normativ oder ordnungspolitisch definiert wird, muß sie sich der Problematik von sozialer Kontrolle im Umfeld von Gesundheit und Krankheit stellen. Sowohl die Veränderung des Krankheitspanoramas als auch die Wandlungen in den sozialen Strukturen stellen hier klassische Handlungsmuster in Frage. Sollte der Namenswandel von Sozialhygiene zu Sozialmedizin aber Programmatik und nicht nur Reaktion auf tatsächlichen oder vermuteten politischen Druck sein oder gewesen sein, bleibt abermals nüchtern festzustellen, daß selbstverständlich die Medizin mit der Bewältigung der spezifisch sozialhygienischen Problemwahrnehmungen schlicht überfordert ist. Da zudem an Medikalisierung genug geleistet wurde, ist

das auch kein ethisch akzeptabler Weg. Wenn aber die Probleme bleiben, bleibt auch ein besonderes Handlungs- und Forschungsfeld. Dies ist – so unsere Überzeugung – per se ein interdisziplinäres Problemfeld und schließt die Medizin ein. Insofern bleibt Gesundheit ein Problem zwischen Professionalisierung und öffentlichem Kulturanspruch, zwischen Normierung und lebenskulturellen Entwürfen.

Wenn die Hoffnung nicht enttäuscht wird, daß public health in Deutschland eine Zukunft hat, sollte dies auch eine Perspektive sein, die die Geschichte der deutschen Sozialhygiene integriert.

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. J.-U. Niehoff
 Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
 der Humboldt-Universität
 Toleranzstraße 1 – O-1080 Berlin

Anmerkungen

- 1 Der »Wissenschaftsrat« kommt bei einer Begutachtung, deren informationelle Grundlagen wir allerdings nicht einzuschätzen vermögen, zu folgender Bewertung: »So gibt es an allen Fakultäten Institute für Allgemeine und Kommunale Hygiene oder alternativ für Hygiene. Zusätzlich existieren neun Institute für Sozialhygiene, die inzwischen überwiegend in solche für Sozialmedizin umbenannt wurden. ... Die Vielzahl der Institute ... stellt auf den ersten Blick eine bemerkenswert gute Ausgangsposition für Forschung und Lehre auf solchen Gebieten der Medizin ... bei denen Fragen der Bevölkerungsmedizin und der Gesundheitswissenschaften im Vordergrund stehen. Gerade in diesen Fächern werden in den alten Bundesländern deutliche Defizite gesehen, die zu Ansätzen an verschiedenen Universitäten geführt haben, die Gesundheitswissenschaften im Sinne von »public health« zu verstärken; der Bundesminister für Forschung und Technologie will ausgewählte Verbundprojekte zu dieser Thematik in den neuen und alten Ländern fördern. – Bei ihren Besuchen hat die Arbeitsgruppe jedoch auch festgestellt, daß einige der Hygiene-Institute mit Themen befaßt sind, die üblicherweise nicht Aufgabe von wissenschaftlichen Universitätsinstituten sind und besser von nicht-universitären Beratungsstellen durchgeführt werden sollten. Entsprechend ist ein Teil des wissenschaftlichen Personals eher in der Gesundheitserziehung und im Gesundheitsschutz erfahren und weniger durch wissenschaftliche Arbeiten ausgewiesen. Gerade in der (Sozial-)Hygiene wurde eine ganze Reihe von Positionen unter dem Gesichtspunkt der Verbundenheit mit dem Partei- und Staatsapparat der DDR und weniger nach Kriterien der wissenschaftlichen Qualität besetzt. Die neuen Länder sollten daher ... die wissenschaftliche Qualifikation des vorhandenen Personals eingehend prüfen. Nach entsprechender Umorientierung der Institute für Sozialhygiene, die jedoch weit über eine Umbenennung hinausgehen und vielfach mit Neuberufungen verbunden sein muß, könnte ein leistungsfähiges Forschungspotential in den Gesundheitswissenschaften aufgebaut werden. Universitätsfremde Aufgaben, die bisher

- von diesen Instituten wahrgenommen wurden, sollten in die Gesundheitsämter verlagert werden.« (Empfehlungen des Wissenschaftsrates, 1991, S.68-70)
- 2 Winter, K. (1952): Zu den Fragen der Hygiene beim Aufbau des Sozialismus, *Wiss. Ztschr. Humboldt-Universität* 2:53, math-nat. Reihe 3/4; Winter, Kurt (1910-1987) war von 1957-1975 Ordinarius für Sozialhygiene an der Humboldt-Universität zu Berlin
 - 3 Tutzke, D., Niehoff, J.-U. (1982): Alfred-Grotjahn-Gedenken, *Ztschr. ges. Hyg.* 28:551-554
 - 4 Tutzke, D. (1976): Zur Entwicklung der Sozialhygiene im 19. und 20. Jahrhundert, *Ausgewählte Beiträge vom Medizinhistorischen Symposium DDR-UdSSR Halle (Saale) 1975, Berlin, S.5*
 - 5 Exemplarisch sei hierfür Grotjahn selbst zu den sozialen Folgen der Lungentuberkulose zitiert: »In der Regel wird er (der Kranke, d.A.) sich mit der Erkenntnis begnügen müssen, daß er durch zweckentsprechende Maßnahmen und hygienisch einwandfreien Lebenswandel den Krankheitsvorgang außerordentlich verlangsamen, dabei alt werden und arbeitsfähig bleiben kann... Selbst wenn er sich nicht als geheilt betrachten darf, ist er damit noch längst kein Aufgebener, sondern vermag gleich zahlreichen anderen chronisch Kranken innerhalb ärztlich abgesteckter Grenzen seinen Anteil an den Freuden und Lasten eines Lebens zu nehmen, das keineswegs kurz bemessen zu sein braucht und dessen Ausgang gar nicht selten durch eine ganz andere Erkrankung als durch das Grundleiden erfolgt. Stets muß der Kranke sich jedoch bewußt bleiben, daß er auch bei Stillstand der Krankheit nur ein halber oder dreiviertel Mensch ist. Ist er verheiratet, so soll er nach Feststellung der Krankheit seine Familie nicht mehr vergrößern. Ist er unverheiratet, so verzichte er auch bei günstigen Lebensumständen darauf, eine Familie zu gründen.« (Grotjahn, A. (1917): *Die hygienische Forderung*, Verlag von Karl Robert Langewiesche, Königstein i.T./Leipzig, S.19)
 - 6 Mit dem Institut für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitswesens (ISOG) unterstand dem Ministerium für Gesundheitswesen direkt eine Institution, deren Aufgaben in der Sammlung und Aufbereitung von medizinalstatistischen – vor allem leistungsstatistischen – Parametern des Gesundheitswesens, der Struktur- und Kapazitätsplanung für das Gesundheits- und Sozialwesen, der Koordination der einschlägigen sozialmedizinischen Forschung bestanden. Das ISOG hat in nennenswertem Maße auch selbst Forschung zu praktisch allen medizinisch-sozialen Betreuungsproblemen betrieben. In einigen Bezirken, u.W. aber nicht in allen, hatten sich die Bezirksärzte, d.h. die für die inhaltliche und strukturelle Entwicklung der jeweiligen territorialen Gesundheitswesen verantwortlichen Kommunalpolitiker eigene Informations- und Planungseinrichtungen – die sog. Büros für Sozialhygiene – geschaffen. Diese erstellten zum Teil regelmäßig territoriale Berichte über die medizinischen und sozialen Betreuungsleistungen und -probleme. Wir reflektieren hier nicht diese praktische Seite, sondern die Entwicklung an den Universitäten, die auch wegen der verschiedenen strukturellen Unterstellungen spezifischen Bedingungen unterlag. Die Finanzierung von Forschung in den Hochschulinstituten erfolgte allerdings in großem Maße über das ISOG. Auf diese Weise existierte auch eine zumindest partielle Themensteuerung.

- 7 Der bei Winter ansonsten kaum verständliche Bezug auf A. Grotjahn – und dies zweifellos in Kenntnis seiner eugenischen Denkweisen – kann vermutlich nur erklärt werden, wenn man sich die Begründungslogik von »Traditionen« vergegenwärtigt. Grotjahn und das Lob, das dieser in den 20er Jahren aus der Sowjetunion erfahren hatte, war möglicherweise das Argumentationsvehikel, um eine Anbindung an das vom Stalinismus geprägte SU-Gesundheitssystem zu verhindern, bzw. so den Bezug auf die deutsche Tradition zu sichern.
- 8 Als Denkmöglichkeit sollte u.a. auch kalkuliert werden, daß die Sowjetunion in Bezug auf die ehemalige SBZ und die spätere DDR bis in die 50er Jahre hinein eine andere Politik verfolgte als sie dies mit den übrigen späteren Ostblockstaaten tat, nämlich die Politik eines neutralisierten Gesamtdeutschland mit Pufferfunktion zum Westen.
- 9 Dieser Sachverhalt zeigt, 1. daß die Gesundheitspolitik nie ein Feld war, wo das Modell Sowjetunion in der DDR gesellschaftspolitische Dominanz erlangt hat und, 2. daß die gegenwärtige Neuordnung des Gesundheitswesens auf dem Gebiet der ehemaligen DDR nicht tatsächlich die politische Abrechnung mit einer sog. sozialistischen Gesundheitspolitik ist, sondern darauf hinausläuft, Reformideen der Weimarer Republik auszulöschen. Auf dem Hintergrund der Vokabel »Erneuerung« halten wir dies zumindest für pikant.
- 10 Niehoff, J.-U., Schneider, F. (1991): Sozialepidemiologie in der DDR – Probleme und Fakten, in: Das Risiko zu erkranken, AS 193, S.53-83, Argument-Verlag, Hamburg
- 11 Rothschuh, K. Ed. (1978): Konzepte der Medizin, Stuttgart
- 12 Mosse, M., Tugendreich, G. (1913): Krankheit und soziale Lage, J.F. Lehmanns Verlag München
- 13 Kreuz, B. (1919-1980), Professor für Sozialhygiene an der Humboldt-Universität zu Berlin, hatte wesentlichen Anteil an der Entwicklung der epidemiologischen Forschung und Lehre in der DDR.
- 14 Niehoff, J.-U. (1979): Epidemiologie – methodologische Probleme und Möglichkeiten einer Wissenschaftsdisziplin, Teile 1, 2, 3, Ztschr. ärztl. Fortb. 73:967-974, 73:1026-1029, 73:1076-1080
- 15 Die Lächerlichkeit dieses Vorgangs belegt die Tatsache, daß bis auf wenige Ausnahmen alle in solchen sekretierten Berichten enthaltenen Informationen in einer jährlich erscheinenden, kommentierten und im Buchhandel erhältlichen Medizinal- und Leistungsstatistik jedem zugänglich waren. Wirklich effektiv war die Datensekretierung bei der Suizidstatistik (1963-1989) und bezüglich der Umweltprobleme (seit 1984). Sieht man von den politisch-ethischen Aspekten ab, war das Fehlen einer breiteren Öffentlichkeit für Gesundheitsprobleme (jenseits des allgemeinen Interesses an der sog. modernen Medizin) ohnehin das größere Problem.
- 16 Eine Befragung, die 1984 Großer und Niehoff bei 70 führenden Experten der Medizin zum wissenschaftlichen Vorlauf in der Prävention durchführten, zeigte, daß es, von einzuführenden Screenings abgesehen, praktisch keine tragfähige Konzeptionen gab. Eine Sicht auf reale soziale wie ökologische Probleme fehlte nahezu völlig. Die Ergebnisse dieser Expertenbefragung sind nicht publiziert.
- 17 Niehoff, J.-U. (1978): Risikofaktor – Risikofaktoretheorie – Risikokzept (theoretische Voraussetzungen und Schwierigkeiten bei der Interpretation), Teile 1 u. 2, Ztschr. ärztl. Fortb. 72:84-89, 72:145-149

- 18 Niehoff, J.-U., Wolters, P. (1990): Ernährung und Prävention, Körpergewichte – ein Fallbeispiel der Präventionsdebatte, Veröffentlichungen des Wissenschaftszentrums für Sozialforschung Berlin, Berlin P90-205
- 19 Niehoff, J.-U., R.-R. Schrader (1991): Gesundheitsleitbilder – Absichten und Realitäten in der DDR, in: Elkeles, Th., Niehoff, J.-U., R. Rosenbrock, F. Schneider (Hrg.) (1991): Prävention und Prophylaxe, Sigma-Verlag Berlin
- 20 Niehoff, J.-U. (1981): Frühpostnatale Ernährung, Diabetes mellitus und Arteriosklerose, Ztschr. ärztl. Fortb. 75:1126-1135
- 21 Niehoff, J.-U., M. Radoschewski (1983): Das Wissenschaftsobjekt der Sozialhygiene, Theoretisches Symposium der Gesellschaft für Sozialhygiene, Warnemünde
- 22 Matthesius, R., J.-U. Niehoff, R. Schorr (1983): Zur Praxisfunktion theoretischer Konzeptionen der Sozialhygiene, Theoretisches Symposium der Gesellschaft für Sozialhygiene, Warnemünde
- 23 Schrader, R.-R., Niehoff, J.-U. (1988): Logische Beziehungen zwischen dem Gesundheitszustand und seinen Indikatoren, Ztschr. ärztl. Fortb. 82:935-937
- 24 Niehoff, J.-U. (1989): Conceptions of Health Promotion, in: Proceedings: Community Participation and Empowerment Strategies in Health Promotion, Part 5, Bielefeld
- 25 Im Zuge der Evaluationen ostdeutscher Forschung vermerkte eine der gutachterlichen Stellungnahmen, es läge bezüglich der Sozialspezifika von Präventionsstrategien und der sozialen Konzeptualisierung von Gesundheitsförderungsprogrammen kein universitäres Forschungsproblem vor, zumal dies als Fragestellung in der ehemaligen Bundesrepublik bereits ausreichend bearbeitet worden sei. Möglicherweise ist also unsere Einschätzung aus Gründen der Unkenntnis schlicht falsch.
- 26 Niehoff, J.-U., Scheider, F., Wetzstein, E. (1992): Health and health policy in the former GDR, in: Inequality, health and policy in East and West Europe, Ed.: Denny Várgö, Raymond Illsley, Oxford Press, in press.
- 27 Niehoff, J.-U., F. Schneider (1992): Epidemiology and the criticism of the risk factor approach, in: Lafaille, R. (ed.) Towards a new Science of Health, Routledge-Verlag, UK, in press.