



Ekkehardt Kumbier
Kathleen Haack
(Hrsg.)

Psychiatrie in der DDR III

Weitere Beiträge zur Geschichte

Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte



BeBra Wissenschaft Verlag

Psychiatrie in der DDR III

Schriftenreihe zur Medizin-Geschichte, Bd. 28

Herausgegeben von Kristina Hübener, Volker Hess und Thomas Beddies

Ekkehardt Kumbier · Kathleen Haack (Hrsg.)

Psychiatrie in der DDR III

Weitere Beiträge zur Geschichte

BeBra Wissenschaft Verlag

Das Buchprojekt wurde von der Stiftung für Seelische Gesundheit gefördert.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes
ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere
für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen, Verfilmungen und die
Einspeicherung und Verarbeitung auf DVDs, CD-ROMs, CDs, Videos, in weiteren
elektronischen Systemen sowie für Internet-Plattformen.

© be.bra wissenschaft verlag GmbH
Berlin, 2023
Asterplatz 3, 12203 Berlin
post@bebraverlag.de
Redaktion der Reihe: Dr. Kristina Hübener
Lektorat: Matthias Schütt, Schürensöhlen
Umschlaggestaltung: hawemannundmosch, Berlin
Satz: typegerecht, Berlin
Schrift: Walbaum 9,5/11,6 Pt
Druck und Bindung: Finidr, Český Těšín

ISBN 978-3-95410-309-6
ISSN 1611-8456

www.bebra-wissenschaft.de

Inhaltsverzeichnis

Harry Glawe Vorwort	9
Kathleen Haack, Ekkehardt Kumbier Einleitung	13
I. Das Gesundheitswesen in der DDR – Anspruch, Grenzen, Schattenseiten	
Florian Bruns Das Gesundheitswesen der DDR Konzeption und Entwicklung 1945–1990	25
Rainer Erices „Offensive der politisch-ideologischen Arbeit“ als Rettungsanker? Herausforderungen in der DDR-Gesundheitspolitik der achtziger Jahre	43
Hartmut Bettin „Der Grundsatz unserer Regierung ist doch ‚im Vordergrunde steht der Mensch‘“ Eingaben als Spiegel der Verhältnisse der Psychiatrie in der DDR in den 1950er und 1960er Jahren	59
Steffi Brüning Zwischen Heim und medizinischer Einrichtung Die Geschlossenen Krankenanstalten in der DDR	93
II. Gesellschafts-politische Aspekte der Psychiatrie in der DDR – Ausgrenzung, Hilfe, Handlungsspielräume	
Kathleen Haack, Hans Jörgen Grabe, Ekkehardt Kumbier Der „Eigen-Sinnige“ Spielräume psychiatrischen Handelns in der DDR	109
Alexa Geisthövel Die strafrechtliche Begutachtung von „Asozialität“ an der Charité-Nervenlinik 1968–1980	125

Thomas R. Müller
„Psychisch Kranke – Menschen wie wir“
Psychiatrie und psychiatrische Versorgung in der populärwissenschaftlich-
medizinischen Zeitschrift „Deine Gesundheit“ 139

III. Diagnostische und therapeutische Ansätze und Entwicklungen – Hoffnung, Mitwirkung, Abgrenzung

Monika Bauer, Hariet Kirschner, Gordana Paripovic,
Marie-Theresa Kaufmann, Manuel Rauschenbach, Bernhard Strauß
Digital History
Bibliometrische Netzwerkanalyse eines Bandes zur
„Psychotherapie in der Psychiatrie“ 169

Jan Armbruster
Zur Implementierung der Psychotherapie an der
Universitätsnervenklinik Greifswald 185

Antonia Windirsch, Kathleen Haack, Hans Jörgen Grabe,
Ekkehardt Kumbier
Therapie – Ökonomie – Zwang
Zur Rolle der Arbeitstherapie in psychiatrischen Einrichtungen der DDR 201

Martin Kiechle
Gedämpfte Hoffnungen
Die Einführung der Psychopharmaka an der Universitätsklinik
für Psychiatrie und Neurologie in Jena 219

Antonia Windirsch, Ekkehardt Kumbier
Der Psychologe in der psychiatrischen Versorgung der DDR
Vom „Gehilfen“ zum „Kooperationspartner“ des Arztes? 237

IV. Im Spannungsfeld von Pädagogik, Psychiatrie und Fürsorge – Strukturen, Entwicklungen, Eigenheiten

Felicitas Söhner
Zum Umgang mit Devianz
Strukturelle Bedingungen und Handlungsspielräume im
Spannungsfeld von Heimerziehung und Psychiatrie in der DDR 255

Christof Beyer, Maike Rotzoll
„Besondere Einrichtung mit psychodynamischem Touch“
Die kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung der
Universitätsnervenklinik Halle/Saale 1968–1990 273

Viola Balz
Im toten Winkel der Psychatriegeschichte
Psychiatrische Fürsorge in der DDR, 1950–1974 285

Henriette Voelker
Fürsorge und Psychotherapie an der Charité
Berufspraxis im Wandel der 1960er und 1970er Jahre 301

Christof Beyer
Ein anderes Bild von Behinderung?
Harald Hauswalds fotografische Arbeit für die Stephanus-Stiftung
Berlin-Weißensee 317

V. Sucht in der DDR – Verdrängung, Kriminalisierung, Betreuung

Stefan Orlob
Alkoholismus und Kriminalität in der DDR unter besonderer
Berücksichtigung Jugendlicher und Heranwachsender 335

Anton Schrödter, Kathleen Haack, Hans Jörgen Grabe,
Ekkehardt Kumbier
Die Betreuung und Versorgung alkoholabhängiger Bürger in der
DDR am Beispiel Rostocks 353

Markus Wahl
„Es habe damit angefangen, daß ihr Ehemann geschnarcht habe ...“
Arzneimittelmissbrauch und -sucht und dessen Behandlung im
Bezirkskrankenhaus Arnsdorf in der DDR 377

VI. Anhang

Abkürzungsverzeichnis 401

Abbildungsnachweis 405

Personenregister 409

Autorenverzeichnis 413



Wäre der Einwand berechtigt, dass in der heutigen schnelllebigen Zeit, in der rasche Entscheidungen gefragt sind, sich Meinungen in einem Bruchteil von Augenblicken herausbilden müssen und tagesaktuelle Themen rasant wechseln und sich wandeln, dass es also in einer solchen Zeit rückschrittlich ist, sich – nun bereits in einem dritten Band – mit der Psychiatrie in der DDR zu beschäftigen? Ich möchte mich diesem Einwand bewusst entgegenstellen, denn vielmehr ist mit der Auseinandersetzung mit unserer jüngeren Vergangenheit der kluge Wille verbunden, die Komplexität von psychiatrischen Institutionen anzuerkennen, deren

Einbettung in einem gesamtgesellschaftlichen, politischen, kulturellen und ideologischen Kontext zu reflektieren und dabei auch die individuellen Auslegungen, Überzeugungen und Handlungen der Akteure in den Blick zu nehmen. Es bedarf einer äußerst differenzierten Analyse, einem hohen Maß an Fingerspitzengefühl und einer sachgerechten Aufarbeitung der in den unterschiedlichen wissenschaftlichen Fachrichtungen gewonnenen Erkenntnisse, um den vielfältigen Facetten der Thematik gerecht zu werden.

Aus meiner persönlichen Zeit als Krankenpfleger und Stationspfleger, in der ich von 1973 bis 1991 in der Klinik für Neurologie und Psychiatrie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald tätig war, sind mir ganz unterschiedliche Eindrücke des Psychiatriealltags in Erinnerung geblieben. Es ist mir im Nachhinein kaum möglich, ein einheitliches Bild von der Psychiatrie in der DDR zu zeichnen. Mein persönliches Empfinden scheint im Einklang mit den aktuellen Forschungsergebnissen zu stehen, denen zufolge es „die“ DDR-Psychiatrie nicht gegeben hat.¹ Zum einen wurde sie zwar durch das politische System der DDR bestimmt, zum anderen trugen die jeweiligen Überzeugungen der einzelnen Klinikleitungen, die allgemeinen Entwicklungen des Fachgebiets, das individuelle Verhalten des psychiatrischen

1 Vgl. Beate Mitzscherlich/Thomas R. Müller, Psychiatrie in der DDR aus Sicht von Betroffenen und Mitarbeitern – Ein Interviewprojekt, in: Ekkehardt Kumbier/Holger Steinberg (Hrsg.), Psychiatrie in der DDR. Beiträge zur Geschichte, Berlin 2018, S. 551–565.

Fachpersonals sowie die ganz persönlichen Erfahrungen der Patientinnen und Patienten und derer Angehörige zum Gesamtbild der Psychiatrie in der DDR bei.

Die Ambivalenz der Zeit wird in Forschungsergebnissen deutlich, die nahelegen, dass einige der in der Psychiatrie tätigen Ärztinnen und Ärzte ihre Schweigepflicht gebrochen haben, um dem Ministerium für Staatssicherheit (MfS) als Inoffizielle Mitarbeiter über die ihnen anvertrauten Patientinnen und Patienten zu berichten. Umgekehrt zeigt sich, dass Psychiaterinnen und Psychiater häufiger selbst im Zentrum der Aufmerksamkeit des MfS standen.² Auch wurden neben der Fortführung einer traditionellen, an der DDR-Gesundheitspolitik orientierten Anstaltspsychiatrie, die sogenannten „Rodewischer Thesen“ und in Ergänzung die „Brandenburger Thesen zur Therapeutischen Gemeinschaft“ entwickelt, um das therapeutische Milieu in den psychiatrischen Einrichtungen zu verbessern, die Verwahrrpsychiatrie zu beenden und die Rehabilitation im Sinne sozialer Teilhabe der Patientinnen und Patienten voranzubringen. Auch wenn „eine nachhaltige Wirkung auf die psychiatrische Versorgung in der gesamten DDR [aus] blieb“³, so ist als bemerkenswert festzuhalten, dass die Rodewischer Thesen das Resultat einer Psychiatriedebatte von Expertinnen und Experten aus sowohl sozialistischen als auch westlichen Ländern und somit ein wissenschaftlicher Diskurs und ein fachlicher Austausch über die politisch-ideologischen Grenzen der DDR hinweg darstellten.

Ein besonderes Anliegen ist es mir, auf die im Jahr 2017 gegründete Stiftung „Anerkennung und Hilfe“ hinzuweisen, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, diejenigen Betroffenen zu unterstützen, die als Kinder und Jugendliche in der Zeit von 1949 bis 1990 in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe oder in stationären psychiatrischen Einrichtungen der DDR untergebracht waren und dort Leid und Unrecht erfahren haben. Die Anerkennung des erfahrenen Unrechts und die damit verbundene Unterstützung der Betroffenen sind von immenser Bedeutung, um Diskriminierungs-, Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen sowie Erfahrungen mit sexueller Gewalt in ihrer ganzen Dimension zu erfassen und aufzuarbeiten.

Die Thematik „Psychiatrie in der DDR“ in ihrer Gänze zu erforschen bedarf eines breiten Spektrums differenzierter wissenschaftlicher Aufarbeitung und Analysen. Die vorliegende Buchreihe vereint die Stimmen der in den unterschiedlichsten Fachbereichen ausgewiesenen Expertinnen und Experten. Neben der Einordnung von Psychiatrie, Therapie und Psychotherapie in die DDR-Gesundheitspolitik der Zeit von 1945 bis 1990 sowie der Analyse der diagnostischen und therapeutischen Ansätze und Entwicklungen, setzen die Bände jeweils weitere bedeutende thematische Schwerpunkte. In den ersten beiden Bänden gehörten hierzu die Betrachtung des psychia-

2 Vgl. Francesca Weil, Ärzte als inoffizielle Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit der DDR – Das Beispiel der Psychiater, in: Ekkehardt Kumbier/Holger Steinberg (Hrsg.), Psychiatrie in der DDR. Beiträge zur Geschichte, S. 127–142.

3 Ekkehardt Kumbier/Kathleen Haack/Holger Steinberg, 50 Jahre Rodewischer Thesen – Zu den Anfängen sozialpsychiatrischer Reformen in der DDR, Psychiatrische Praxis, 40 (2013), S. 515–520.

trischen Alltags aus Sicht der Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die Analyse der Psychiatrie in der DDR-Literatur sowie die differenzierte Darstellung der Entwicklungen in einzelnen psychiatrischen Kliniken. Der dritte Band befasst sich nun mit dem wichtigen Aspekt der Sucht und hierbei mit dem Verständnis von und dem Umgang mit der Suchthematik im Allgemeinen sowie der Suchthilfe im Besonderen.

Der Blick zurück ermöglicht es nicht nur, mit einem notwendigen Abstand auf gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge einer vergangenen Zeit zu schauen, sondern auch das Verständnis für und die Auseinandersetzung mit zeitgenössischen Entwicklungen zu schärfen. Ob diagnostische und therapeutische Ansätze, bauliche Bedingungen, die Definition von Krankheit und Devianz sowie die gegenwärtige Übereinkunft psychiatrischer Zielstellungen, all das lohnt – insbesondere in einer schnelllebigen Zeit – immer wieder einer kritischen Prüfung unterzogen zu werden und uns zu fragen, welches Zeugnis wir in ein paar Jahren ablegen wollen, in einer solchen Bestandsaufnahme wie sie nun in den Bänden zur Psychiatrie in der DDR vorliegt.

Schwerin, im Oktober 2021

Harry Glawe
Minister für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit
des Landes Mecklenburg-Vorpommern 2016–2021

Psychiatrie in der DDR war vielschichtig. Sie war, wie das Gesundheitswesen insgesamt, widersprüchlich. Es gab beachtenswerte Erfolge: beim Aufbau der ambulanten Betreuung, bei der Einrichtung psychiatrischer Dispensaires mit multiprofessionellen Teams und territorialen Zuständigkeiten, der Reduzierung der Anzahl von psychiatrischen Betten in den Kliniken als Folge verbesserter Strukturen und Nachsorgemaßnahmen oder auch bei der Öffnung geschlossener Stationen sowie der Wiedereingliederung psychisch Kranker in den Arbeitsprozess. Erinnerung sei an die reformpsychiatrischen Bestrebungen im Kontext der Rodewischer und Brandenburger Thesen (1963 und 1974/76) oder das Forschungsprojekt „Psychonervale Störungen“, bei dem u. a. neue Versorgungsmodelle wie etwa in Leipzig erfolgreich erprobt wurden. Dem entgegen standen katastrophale, teilweise menschenunwürdige Zustände in den meist noch großen und veralteten Anstalten. Es gab Rechtsverletzungen bei polizeilichen und ärztlichen Psychiatrieeinweisungen sowie Tabubrüche bei der Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht. Konnten diese Vergehen weitgehend unentdeckt vonstatten gehen, so war das Dilemma des schlechten baulichen und technischen Zustands der psychiatrischen Einrichtungen auch bei kurzem Hinschauen unübersehbar. Die personelle Fluktuation war groß. Die enorme Arbeitsleistung des Personals wurde unter den erschwerten Bedingungen kaum gewürdigt, weder in gesellschaftlicher noch finanzieller Hinsicht. Und so nehmen Zeitzeugen – Patientinnen und Patienten und professionell in der Psychiatrie tätig Gewesene – ihren Alltag in psychiatrischen Einrichtungen der DDR häufig sehr unterschiedlich wahr.

Dabei ging es auch in der ostdeutschen Psychiatrie in erster Linie um die der Medizin ureigenste Aufgabe der Behandlung und Genesung von Menschen, kurzum um heilkundliche und fürsorgerische Hilfe und Zuwendung. Zugleich gab es problematische Potenziale, die durch bestimmte Interaktions- und Abhängigkeitsverhältnisse gekennzeichnet waren und die mit Bevormundungen, Einschränkungen, körperlicher und mentaler Kontrolle einhergehen konnten. Dass dies kein DDR-typisches Phänomen ist, wissen wir spätestens seit Erving Goffmans Beschreibung der so genannten „totalen Institution“. Hier aber blieb es während des gesamten Bestehens der DDR virulent. Den Verantwortlichen war es nie gelungen, die Verwehrpsychiatrie flächendeckend zu überwinden. Das Postulat der nahezu kostenlosen Gesundheitsfürsorge bei annähernd gleichbleibenden Beitragszahlungen hatte zur Folge, dass ein modernes, technisch gut ausgestattetes Gesundheitssystem immer weniger umgesetzt werden konnte. Die Priorisierung

der Wiederherstellung der Arbeitskraft ging unter dem Bedingungsrahmen der materiellen, technischen und personellen Ressourcenknappheit mit der Aufbewahrung psychisch Kranker und Behinderter einher, die zu einer Spaltung in die in den Heil- und Arbeitsprozess wieder Integrierbaren einerseits und „Unheilbaren“ (zu Verwahrenden) andererseits führte. Zur mangelnden Versorgungsqualität im Gesundheitswesen insgesamt kam also die Problematik der gesellschaftlichen Isolierung von chronisch Kranken und Pflegebedürftigen in der Psychiatrie hinzu. Therapien wurden insbesondere bei Langzeitpatientinnen und -patienten kaum mehr angewendet. Wegen fehlender rehabilitativer Möglichkeiten mussten Betroffene in psychiatrischen Einrichtungen verbleiben. Die von den Verantwortlichen immer wieder angemahnte Schaffung dezentraler Strukturen konnte vielerorts nicht umgesetzt werden.

Dabei wirkten sich auch die zentralisierten Leitungsstrukturen erschwerend aus. Die im Zuge des VIII. Parteitags der SED beschlossene Abwendung vom „Neuen Ökonomischen System der Planung und Leitung“ führte ab den 1970er Jahren in einen wirtschaftlichen Abwärtsstrudel, der einen enormen Investitionsstau, gekoppelt an eine zunehmende Staatsverschuldung zur Folge hatte und den der Publizist Felix Bartels treffend als einsetzenden Kurs deklarierte, an dessen Ende das Ende stand. Die an der Schnittstelle zwischen DDR-Gesundheitsministerium und nicht universitären Gesundheitseinrichtungen tätigen Bezirksärzte verfügten als leitende Kader zwar über Planungs- und Weisungsbefugnisse. Aber auch sie konnten nur das Geld ausgeben, was ihnen von zentraler Stelle zugewiesen wurde und beklagten – seit den 1980er Jahren zunehmend –, dass selbst die medizinische Grundversorgung damit kaum mehr zu gewährleisten sei. Für psychiatrische Einrichtungen blieb meist wenig übrig. Individuelle Lösungen für Versäumnisse der zentral gesteuerten Politik waren häufig ein Ausweg. Sie fußten auf der problemorientierten Arbeit besonders engagierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Selbstinitiativen waren notwendig, um im überforderten Staatssozialismus Dinge anpacken und umsetzen zu können, auch in der Psychiatrie. Dies war nicht DDR-spezifisch, hier aber stark ausgeprägt, trotz Einschränkungen in einem auf einem hierarchischen Fürsorgeprinzip beruhenden Gesundheitswesen. Im Einzelfall waren die Erfolge beeindruckend, wie etwa in Leipzig beim Übergang vom klinikzentrierten, fürsorgeorientierten Versorgungssystem zu einer dezentralisierten gemeindepsychiatrischen Struktur oder dem „Rostocker Modell“ als erste spezialisierte betriebliche Alkoholkrankenbetreuung in der DDR. Jedoch lässt sich konstatieren, dass selbst solche positiven Entwicklungen immer eng umgrenzt, die Wirkungen angesichts der untergeordneten Stellung der Psychiatrie innerhalb eines ohnehin an die Grenzen gestoßenen Gesundheitssystems mit hohem Kostendruck marginal waren.

In der Rückschau mag das Scheitern der selbst gesteckten und öffentlich propagierten hohen gesundheitlichen Versorgungsqualität unausweichlich erscheinen. Doch damit erschöpft sich die Bewertung keineswegs. Für die Psychiatrie in der DDR, die bis heute in der Öffentlichkeit noch häufig mit dem alleinigen Thema des Missbrauchs identifiziert wird, müssen auch andere Facetten aufgezeigt werden. Spezifische Handlungen von Akteuren

diesseits und jenseits von Gewöhnung, Ignoranz, Nichtwissen(wollen) oder gesellschaftlicher Anpasstheit, Kontextualisierungen im gesellschaftspolitischen Umfeld mit seinen Grenzen, Hürden und Möglichkeiten oder dem Suchen nach bzw. Finden von Alternativen. Das bedeutet in der Medizin/ Psychiatrie immer auch, therapeutische Entwicklungen zu sichten, nach deren Wirksamkeit zu beurteilen, Subdisziplinen mit neuen Tätigkeitsfeldern, Prozessen der Spezialisierung und disziplinären Differenzierung oder auch strukturelle Veränderungen und Überschneidungen zu anderen Fächern mit alten und neuen „Playern“ zu untersuchen.

Für den vorliegenden, mittlerweile dritten Band zur Psychiatrie in der DDR tut sich ein breites Spektrum an Themen auf, die in übergreifende Blöcke gegliedert sind. Die umschließende Klammer bildet der erste Block zum Gesundheitswesen der DDR. Dieses war über die medizinische Versorgung hinaus vor allem ein staatlich ausgerichtetes und strukturiertes System mit dem Ziel der Gesunderhaltung der Bevölkerung. Florian Bruns erörtert in seinem umfassenden Beitrag dessen Konzeption, Umgestaltung und Entwicklung vom Ende des Zweiten Weltkriegs bis zum Ende der DDR. Dabei analysiert er sowohl die positiven Seiten und grundsätzlichen Erfolge des auch international anerkannten Gesundheitswesens mit seinen Schwerpunkten auf der Prophylaxe, einer effektiven Zurückdrängung von Infektionskrankheiten, der Minimierung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit sowie einer insgesamt soliden Grundversorgung, gekoppelt an eine zunehmend ambulante medizinische Betreuung. Andererseits zeigt er die sich immer stärker herauskristallisierenden Schattenseiten auf, bei der das Gesundheitswesen der DDR zunehmend in Rückstand zu internationalen Standards geriet: mangelhafte Ausstattung, akute Versorgungsengpässe bei Arzneien und Materialien, der Weggang von gut ausgebildetem Personal, verbunden mit der teilweisen oder vollständigen Schließung von Gesundheitseinrichtungen, sind entsprechende Indikatoren. Die Kostenexplosion und die Zurücknahme einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung ließ das „versprochene sozialistische Zukunftsprojekt“ in einem schlechten Licht erscheinen und schließlich platzen.

An diese Problematik knüpft der Beitrag von Rainer Erices an. Er untersucht angesichts der nicht mehr zu ignorierenden prekären Missstände, wie Verantwortliche das Ruder im Gesundheitswesen in den 1980er Jahren noch rumreißen wollten. Doch anstatt Probleme anzugehen, setzten die SED-Oberen uneingeschränkt auf das Primat der Politik, deren Entscheidungen in erster Linie ideologisch motiviert waren. Das Festhalten an der Parteilinie zeigt die Unfähigkeit der Verantwortlichen, die erkannten „Probleme von großer Tragweite“ anzugehen und dringend notwendige Reformen, außerhalb ideologischer Phrasen, einzuleiten. Erst sehr spät sollten programmatische Wendungen durchgeführt werden, die, so Erices, angesichts der Wirtschaftsmisere und desolater Finanzen in der DDR nicht mehr umsetzbar waren.

Einen positiveren Blickwinkel nehmen die Ausführungen von Hartmut Bettin ein. Er plädiert für eine stärkere Gesamtschau verfügbarer Quellen, um so ein differenzierteres und mehr Anerkennung verdienendes Bild der

Psychiatrie im Kontext des Gesundheitswesens der DDR zu vermitteln. Unter Bezugnahme auf Beschwerdevorgänge aus den 1950er und 60er Jahren kann er zeigen, dass Eingaben, Eingabevorgänge und Eingabenauswertungen sowohl vielfältige Einblicke in den psychiatrischen Alltag gewähren können als auch in die Strukturen dahinter. Zudem lassen sich Problem Schwerpunkte der Psychiatrie herauskristallisieren. Sein Fazit für den von ihm untersuchten Zeitraum lautet, dass es durchaus erfolgreiche Bemühungen um Problemlösungen seitens des Ministeriums für Gesundheitswesen gegeben habe und ein solches strukturiertes Beschwerdemanagement eine Möglichkeit der Mitbestimmung von DDR-Bürgern darstellte.

Etwas abseits der Psychiatrie bewegen sich die Ausführungen von Steffi Brüning. An der Schnittstelle von fürsorgerischer Betreuung und medizinischer Versorgung untersucht sie am Beispiel der Geschlossenen Krankenanstalten in Rostock und Leipzig deren Aufgabe, Praxis sowie die dahinterstehenden rechtlichen Grundlagen. Sie kann den Funktionswandel von dem primär medizinisch intendierten und auf Heilung von sexuell übertragbaren Krankheiten angelegten Charakter dieser Einrichtungen hin zu einer ordnungspolitisch motivierten Institution mit dem Ziel der kurzzeitigen Disziplinierung bzw. Isolation von vorwiegend weiblichen Jugendlichen, die nicht der sozialistischen Norm entsprachen, nachweisen. Die an dieser Stelle staatlich verordnete und ideologisch motivierte Politik ist ein aufschlussreiches Beispiel für das Ineinandergreifen gesundheits- und ordnungspolitischer Maßnahmen unter Kontrolle eines totalitären Machtapparats. Im Spannungsfeld von Betreuung und Repression, Hilfe und Bevormundung erscheint die Rolle von Fürsorgerinnen und Fürsorgern eine spezifische, die für künftige Forschungen zur Psychiatriegeschichte neue Anstöße geben kann.

Der sich bei Brüning abzeichnende starke gesellschaftspolitische Aspekt kommt auch in den Beiträgen des zweiten Blocks zum Tragen. Neben Tendenzen der Aus- und Abgrenzungen wie sie etwa für die Bekämpfung der sogenannten Asozialität in der DDR kennzeichnend waren, beleuchten die Autorinnen und Autoren Handlungsspielräume von in der Psychiatrie Agierenden. Deren kritische Stimmen und differenzierte Meinungen trugen dazu bei, Versäumnisse innerhalb des Fachgebiets nach außen zu transportieren und Veränderungen und Hilfen herbeizuführen. Zugleich wird deutlich, dass Handlungen nicht immer linear verlaufen oder, wie der Sozialhistoriker Alf Lüdtke formulierte, es eine Gleichzeitigkeit scheinbar einander ausschließender Verhaltensweisen gebe. So gelingt es Kathleen Haack und ihren Mitautoren unter Bezugnahme auf das sozialgeschichtliche Konzept des Eigen-Sinns zu zeigen, dass auch Inoffizielle Mitarbeiter der Staatssicherheit sich nicht immer konform gegenüber SED-Funktionselementen in der DDR verhielten. Für die Verbesserung der teilweise desolaten Verhältnisse in der Psychiatrie folgte der Psychiater Hans Eichhorn nicht den Vorgaben von oben, sondern richtete sein „eigen-sinniges“ Verhalten danach, was er für richtig oder falsch hielt. Dabei scheute er politische Konfrontationen nicht, ohne jedoch die Machtverhältnisse in Frage zu stellen.

Ein ambivalentes Bild entwirft auch Alexa Geisthövel. Auf der Grundlage der Akten der gerichtspsychiatrischen Abteilung der Berliner Charité untersucht sie, wie sich der wohl bekannteste forensische Psychiater der DDR, Hans Szewczyk, gemeinsam mit seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur „Asozialität“ verhielt. Sein erheblicher Einfluss bei Fragen der medizinisch-strafrechtlichen Begutachtung führte zu einer Konstruktion von Kriminalität, die einerseits den Diskurs über randständige, „asoziale“ Bevölkerungsgruppen verstärkte und staatliche Kontrolle im Sinne eines gesellschaftspolitischen Auftrags guthieß. Andererseits plädierten er und seine Mitarbeitenden für die Einbeziehung psychosozialer Faktoren in die Gutachtenpraxis und übten teilweise Kritik an sozialen Unzulänglichkeiten. Nach Geisthövel ordnet sich das gutachterliche Vorgehen in den Dualismus von repressiv-strafenden und therapeutisch-helfenden Ansätzen der Kriminalitätsbekämpfung in der DDR ein.

Thomas R. Müller wiederum kann mit seiner Analyse der populärwissenschaftlichen Zeitschrift „Deine Gesundheit“ nachweisen, dass Probleme der psychiatrischen Versorgung, die sonst in der DDR-Öffentlichkeit nur selten in Massenmedien thematisiert wurden, hier wiederholt Eingang fanden. Auch bei ihm geht es um das Ausloten von Handlungsspielräumen innerhalb mehr oder minder vorhandener Beschränkungen im SED-Staat. Er kann zeigen, dass vor allem Reformpsychiater und ihr Umfeld die Notwendigkeit und gleichzeitig Chance erkannten, an ein breites, zumeist „Laienpublikum“ heranzutreten. Ziel war, verfestigte Meinungen und Vorurteile gegenüber psychisch Kranken abzubauen und für notwendige Reformen in der Psychiatrie in der DDR einzutreten.

Um diagnostische und therapeutische Ansätze und Entwicklungen in der Psychiatrie und Psychotherapie geht es im dritten Block. In der Jenaer Forschungsgruppe um Bernhard Strauß, die sich im Rahmen des Verbundprojektes „Seelenarbeit im Sozialismus“ (SiSaP) mit der Psychotherapie in der DDR auseinandersetzt, zeigen Monika Bauer et al. anhand einer Zitations- und Netzwerkanalyse eines Bandes der Zeitschrift „Psychotherapie und Grenzgebiete“ die Potenziale eines Mixed-Methods-Ansatzes. Sie können darlegen, dass die in der Forschungsliteratur angedeutete Öffnung der Psychotherapie für westliche Einflüsse auch quantitativ nachweisbar ist. Zudem lassen sich psychotherapeutische Schwerpunkte der Zeit vor 1990 erkennen.

Der regionalhistorischen Entwicklung der Psychotherapie spürt Jan Armbruster anhand der Greifswalder Universität nach. Er kann zeigen, dass die in der Forschungsliteratur beschriebenen Einflussfaktoren, die zur Entwicklung des Fachgebiets führten, auch hier exemplarisch zutreffen. Positiv hebt er die Integration psychotherapeutischer Zugänge in die Psychiatrie hervor. Zugleich verweist er auf das noch immer bestehende Forschungsdesiderat, gesellschaftspolitische Aspekte innerhalb der psychotherapeutischen Behandlung in der DDR stärker in den Fokus zu nehmen, etwa wenn es darum geht, sowohl deren schützende als auch potenziell als Handlanger des Systems fungierende Funktion zu untersuchen.

Diese für die DDR-Psychiatrie häufig zwiespältigen Positionen untersucht Antonia Windirsch gemeinsam mit Kathleen Haack, Ekkehardt Kumbier und Hans Grabe. Anhand von leitfadenerunterstützten Zeitzeugeninterviews wird die Rolle der Arbeitstherapie in psychiatrischen Einrichtungen der DDR unter verschiedenen Blickwinkeln von in der Psychiatrie tätig gewesenen professionellen Akteuren bzw. dort behandelten Patientinnen und Patienten analysiert. Insgesamt kam dieser ein hoher Stellenwert als zusätzliches Therapieangebot zu, auch wenn der in einigen Fällen beschriebene Zwang sowie der Missbrauch der Arbeitskraft von Patientinnen und Patienten unter Vernachlässigung des therapeutischen Anspruchs kritisch gesehen wurden. Für künftige Untersuchungen, so das Fazit, sollten in Ergänzung zu weiteren Quellen Zeitzeugeninterviews noch stärker in psychiatriehistorische Untersuchungen einbezogen werden.

Martin Kiechle schließlich beschäftigt sich mit der Einführung der Psychopharmaka an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Neurologie in Jena. Sein programmatischer Titel nimmt die damit verbundenen schwierigen Anfänge vorweg. Auf anschauliche Weise stellt er anhand einer Krankengeschichte die „Risiken und Nebenwirkungen“ sowie den Behandlungsalltag der vielversprechenden neuen Therapie vor, zeigt zugleich aber das Ausbleiben der erhofften therapeutischen Revolution.

Die sich ändernden Rollen von Psychologinnen und Psychologen im psychiatrisch-klinischen Alltag nehmen Windirsch und Kumbier ins Blickfeld. Grundlage der Erörterungen bilden auch hier wiederum Zeitzeugenbefragungen. Sie können eine zunehmende Akzeptanz der klinisch Tätigen konstatieren, die Chancen zu beruflichen Entfaltungsmöglichkeiten boten. Insgesamt verbesserten sich sowohl die Stellung und fachliche Anerkennung von Psychologinnen und Psychologen, der Einsatz psychologisch-psychotherapeutischer Ansätze in psychiatrischen Einrichtungen der DDR nahm damit zu.

Über den Tellerrand schauen die Autorinnen und Autoren im vierten Block, bei dem es um Strukturen, Entwicklungen und Besonderheiten im Spannungsfeld von Pädagogik, Psychiatrie und Fürsorge geht. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der in der Forschung noch immer unterrepräsentierten Rolle von zumeist weiblichen Fürsorgern. Deren besondere Positionen an den Schnittstellen zwischen pädagogischer Praxis, medizinischer Versorgung und gesellschaftspolitisch intendierter Betreuung eröffnet der historischen Forschung spezielle Einblicke. Es ist das Zusammenspiel von Disziplinierungs- und Unterstützungsfunktion, die eine korrigierende Verhaltensbeeinflussung als Ziel hatte. Ganz besonders trifft das auf die Ausführungen zur Devianz von Felicitas Söhner zu. Anhand der im Rahmen des interdisziplinären BMBF-Verbundprojekts „Testimony. Erfahrungen in DDR-Kinderheimen“ geführten Interviews zeigt Söhner, dass es Möglichkeiten für eine spezifische psychiatrisch-psychologische Diagnostik in den Heimen zwar gab, eine Kooperation im therapeutischen Handeln der unterschiedlichen Berufsgruppen jedoch häufig nicht realisiert wurde. Praktische Handlungsanweisungen, die auf diagnostisch-therapeutischen Empfehlungen basieren sollten, konnten somit in Heimen in der DDR häufig nicht umgesetzt werden.

Den Blick aus der anderen Richtung, nämlich aus der kinderpsychiatrischen Abteilung der Universitätsnervenklinik Halle, werfen Christof Beyer und Maïke Rotzoll. Anhand von Krankenakten analysieren sie die angewendeten Therapien. Sie können zeigen, dass trotz einer gewissen Polypragmasie psychotherapeutische Konzepte eine wichtige Rolle gespielt haben. Zugleich verweisen sie auf das Forschungsdesiderat und somit fehlende Vergleichsstudien bezüglich des therapeutischen Alltags in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Universitätskliniken in Ost- und Westdeutschland.

Mit dem programmatischen Titel „Im toten Winkel der Psychiatriegeschichte“ verweist Viola Balz auf die in den letzten Jahren zunehmend, aber noch nicht genügend ins Blickfeld der Medizinhistoriografie gerückte Forschung zur (psychiatrischen) Fürsorge. Sie gibt einen aufschlussreichen Überblick der Etablierung und Professionalisierung des Faches und den in ihr Handelnden in den ersten Dezennien der DDR. Balz vermag es, die stark geprägte pädagogische (gesundheitserzieherische) Komponente der Arbeit der Fürsorgerinnen und Fürsorger herauszuarbeiten. Sie kann zeigen, dass diese Berufsgruppe, neben der helfend-koordinierenden „Pufferfunktion“ zwischen Klinik und Alltag nicht selten strafend-repressiv tätig war, vor allem dann, wenn es um als abweichend definiertes Verhalten ging, wie etwa bei der Betreuung alkoholkranker Menschen.

Diese Überblicksdarstellung wird durch einen spezifisch lokalen Blickwinkel ergänzt. Henriette Voelker spürt der Konsolidierung, progredienten Professionalisierung und Ausweitung therapeutischer Kompetenzen in der Fürsorge an der Berliner Charité in den 1960er bis 80er Jahren nach. Interessanterweise setzt sie an einem in diesem Kontext bisher wenig berücksichtigten Aspekt an: der Verbindung zwischen Fürsorge und Therapie. Auch sie verweist auf die so wichtige Scharnierfunktion dieser Berufsgruppe und zeigt den selbstbewussten Wandel und die Aufgabenerweiterungen in diagnostischer und kurativer Hinsicht, die sich in die gesundheitspolitischen Maßnahmen von Prävention, Frühbehandlung, Nachsorge und Rehabilitation einordnen lassen.

Abgerundet wird der Block durch „Ein anderes Bild von Behinderung?“. Über den Weg der „Visual History“ gewährt Christof Beyer dem Leser einen „anderen“ Zugang zu diesem Thema. Anhand der Fotografien von Harald Hauswald spürt er dessen Intentionen nach, einerseits Menschen mit geistigen Behinderungen überhaupt abbilden zu wollen, andererseits die dahinter stehende Motivation aufzudecken, nämlich Zeugnisse christlicher Nächstenliebe im religionsfeindlichen Sozialismus zu entwerfen. Dabei geht es nicht um eine kritisch-sozialdokumentarische Auseinandersetzung, vielmehr steht der oder die Einzelne im Fokus der Bildproduktion, wenn auch nicht ganz jenseits des institutionellen Kontextes. Denn, dies gibt Beyer zu bedenken: Es sind die spezifischen, von guter Ausstattung und personeller Zuwendung geprägten Bedingungen eines christlichen Hauses. In staatlichen Einrichtungen hätten solche, für die Öffentlichkeit gedachte Fotografien so wahrscheinlich nicht gemacht werden können.

Der letzte Abschnitt des Bandes widmet sich schließlich der Suchtproblematik in der DDR zwischen Verdrängung, Kriminalisierung und medizinisch-

fürsorgerischer Betreuung. Sucht, vor allem übermäßiger Alkoholkonsum spielte in der DDR eine große Rolle, wurde jedoch lange Zeit tabuisiert. Die auch durch das gesellschaftliche Umfeld hervorgerufene Problematik passte nicht ins Bild der sozialistischen Persönlichkeit, die um die Vervollkommnung des eigenen Lebens und damit auch um den Wandel der Gesellschaft kämpft. Die seit den 1960er Jahren im Zuge von Gesundheitsaufklärung und -erziehung geführten Debatten und Kampagnen waren relativ erfolglos geblieben, und auch verschärfte Kontrollen unter Androhung juristischer Konsequenzen zeigten nicht die erwarteten Erfolge. Die in der DDR erst sehr spät einsetzende Medikalisierung der Abhängigkeit brachte neue Perspektiven bei deren Bekämpfung, wobei die Möglichkeiten der stationären oder ambulanten Fürsorge bis zum Schluss stark begrenzt waren. Zudem spielte der repressiv-ordnungspolitische Aspekt beim spezifischen Umgang mit der Sucht als abweichendes und in der jeweiligen Interpretation randständig-assozielles oder krankhaftes Verhalten eine nicht zu unterschätzende Rolle innerhalb der DDR-Gesellschaft.

Der teils widersprüchlichen Gemengelage von medizinischen, pädagogischen, juristischen und forensischen Aspekten widmet sich der Beitrag von Stefan Orlob. Neben einem allgemeinen Überblick zum Umgang mit der Alkoholproblematik in der DDR liegt sein Fokus auf der forensischen Relevanz, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Damit trägt er zum Schließen dieser noch immer großen Forschungslücke bei, die auch wegen der gesellschaftspolitischen Vorzeichen von besonderem Interesse ist. Schließlich galt die Prämisse, der Alkoholismus und die damit verbundene Kriminalität sei dem Sozialismus wesensfremd und ein Überbleibsel kapitalistischer Verhältnisse als widerlegt; spätestens dann, als ungeachtet der sozialistischen Erziehung auch junge Menschen in den Strudel von Sucht und Straffälligkeit gerieten. So wurde in den 1980er Jahren der Lehrsatz von der Wesensfremdheit der Kriminalität im Sozialismus immer stärker infrage gestellt. In der Folge rückten soziale Zusammenhänge bei der Kriminalitätsgenese unter Berücksichtigung der konkreten Bedingungen in der DDR stärker in den Fokus, auch wenn es bis 1989 nicht mehr zu einer völligen Neuorientierung der kriminologischen Wissenschaft gekommen ist.

Einen wiederum regionalhistorischen Ansatz verfolgt der Beitrag von Anton Schrödter et al. Anhand von reichhaltigem Archivmaterial sowie Zeitzeugenbefragungen gelingt es den Autoren, die schwierige Situation von alkoholkranken Menschen und die mangelnden Versorgungsstrukturen in einer von dieser Problematik DDR-weit am stärksten betroffenen Region aufzuzeigen. Sie legen dar, dass ab Ende der 1970er Jahre ein Umdenkprozess auf politischer Ebene stattfand, der medizinische Problemlösungen favorisierte und stärker unterstützt wurde – auch von politischer Seite. Dennoch konnten Verbesserungen durch die Etablierung von ambulanten und stationären Einrichtungen nur dann konsequent umgesetzt werden, wenn besonders motivierte und engagierte Akteure vor Ort nicht locker ließen und die politisch Verantwortlichen in die Pflicht nahmen.

Schließlich beschäftigt sich auch Markus Wahl mit einem bisher noch wenig beachteten Thema, dem Medikamentenmissbrauch in der DDR außerhalb von Doping im Spitzensport. Anhand von mehr als 100 Kranken-

akten gewährt er einen Einblick in die Erfahrungswelt von Menschen mit Medikamentenabhängigkeit. Diese stellt laut Wahl eine Besonderheit in der Suchtbehandlung dar. Spezifisch zugeschnittene Therapien gab es nicht, sodass lokale Lösungen gefunden werden mussten. Wie in vielen Bereichen, und wie oben auch schon dargestellt, ergaben sich damit notwendigerweise Handlungsspielräume, die die Agierenden mehr oder minder nutzten.

Die Herausgeber hoffen und glauben, mit der vorliegenden Auswahl der Geschichte der Psychiatrie in der DDR im Kontext des Gesundheitswesens sowie angrenzender Fachgebiete wieder ein Stück näher gekommen zu sein. Unser Dank gilt allen beteiligten Autorinnen und Autoren, den in Archiven, Bibliotheken und Kliniken Tätigen, die maßgeblich mit ihren Recherchen zum Erstellen der Beiträge beigetragen haben. Bedanken möchten wir uns auch beim Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), ohne dessen finanzielle Unterstützung etliche der hier beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler nicht hätten forschen können. Und schließlich gilt unser besonderer Dank der Stiftung für Seelische Gesundheit, die durch die finanzielle Unterstützung das Erscheinen dieses Buches erst ermöglicht hat.

I.

**Das Gesundheitswesen in der DDR –
Anspruch, Grenzen, Schattenseiten**

Einleitung

Noch im Jahr 1988, als der Staatssozialismus bereits Verfallserscheinungen zeigte, pries Gesundheitsminister Ludwig Mecklinger die dichte ärztliche Versorgung als eine von vielen Errungenschaften des DDR-Gesundheitswesens. Ein Mediziner betreue im Durchschnitt 425 Bürger, womit die DDR zu den 15 Staaten mit der höchsten Arztdichte weltweit gehöre.¹ Dieser statistische Befund war nicht falsch, doch das Gesundheitssystem der DDR befand sich zu diesem Zeitpunkt längst im Niedergang. So erwähnte Mecklinger nicht, dass jeder zehnte der 40.000 ostdeutschen Ärzte einen Ausreiseantrag gestellt hatte. Ebenso wenig ging er auf die marode Bausubstanz vieler Krankenhäuser und Polikliniken, die rationierten Medikamente oder den alltäglichen Mangel an Verbrauchsmaterial und Medizintechnik ein. Die Unzufriedenheit des medizinischen und pflegerischen Personals war Ende der 1980er Jahre stetig gewachsen, ebenso wie die der Patienten.² Auch den Spitzeln der Staatssicherheit, die im Gesundheitswesen sowohl offen als auch verdeckt tätig waren, blieben die Defizite und die schlechte Stimmung nicht verborgen.³ Kaum ein Jahr nach seiner Einlassung zur vermeintlich guten ärztlichen Versorgung in der DDR befand sich Mecklinger nicht mehr im Amt. Die gesundheitspolitische Abteilung der SED hatte im Januar 1989 die Absetzung des Ministers veranlasst, da man ihm eine Lösung der vielen Probleme im Gesundheitswesen nicht mehr zutraute.

So offenkundig die Systemkrise 1989 war, so verfehlt wäre es doch, das DDR-Gesundheitswesen allein von seinem Ende her zu betrachten und zu bewerten. Tatsächlich hatte der Gesundheitsschutz in der DDR, der weit über den Rahmen der Medizin hinaus als Summe aller gesellschaftlichen und staatlichen Aktivitäten zur Gesunderhaltung der Bevölkerung verstanden wurde, lange Zeit ansehnliche Erfolge vorweisen können. Eine unentgeltliche, für die gesamte Bevölkerung zugängliche Gesundheitsversorgung, die von gut ausgebildetem Personal erbracht wurde, gehörte zu den positiven Markenzeichen der DDR, und zwar sowohl in der Binnen- als auch in

1 Vgl. „Von A bis D. Das Gesundheitswesen der DDR steckt in einer Krise: Ärzte wollen auswandern. Arzneimittel sind knapp“, in: DER SPIEGEL 27/1988 (3.7.1988), S. 55–56.

2 Vgl. Florian Bruns, Krankheit, Konflikte und Versorgungsmängel: Patienten und ihre Eingaben im letzten Jahrzehnt der DDR, in: *Medizinhistorisches Journal*, 47 (2012), S. 555–567.

3 Vgl. Rainer Ericces/Antje Gumz, Das DDR-Gesundheitswesen in den 1980er Jahren: Ein Zustandsbild anhand von Akten der Staatssicherheit, in: *Das Gesundheitswesen*, 76 (2014), 75–78.

der Außenwahrnehmung.⁴ Wesentliche Kennziffern deuteten in den 1970er Jahren auf eine effektive Zurückdrängung von Infektionskrankheiten, auf eine Minimierung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit sowie insgesamt auf eine solide Grundversorgung hin. Ambulanter und stationärer Sektor waren eng miteinander verzahnt und dem Präventionsgedanken wurde allgemein große Bedeutung beigemessen. Die systematische Betreuung von chronisch Kranken in spezialisierten Behandlungseinrichtungen (Dispensaires) galt als vorbildlich. Besonderes Augenmerk richtete der „Arbeiter- und Bauernstaat“ auf die gesundheitliche Versorgung der Industriearbeiter und schuf hierfür ein flächendeckendes Betriebsgesundheitswesen, das arbeitsplatznah und damit niedrigschwellig Zugang zu medizinischen Leistungen bot. Solche Stärken des ostdeutschen Gesundheitswesens, die auch im Westen aufmerksam registriert und positiv kommentiert wurden,⁵ trugen innen- wie außenpolitisch zur Legitimation des real existierenden Sozialismus bei.

Schaut man auf die Gesamtentwicklung seit 1945, so sind stets auch die schwierigen Ausgangsbedingungen mitzudenken, die den Wieder- bzw. Neuaufbau der Gesundheitsversorgung in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) beeinträchtigt haben. Hierzu gehört, gerade im Unterschied zu den drei Westzonen, ein stalinistisches Besatzungsregime, das von moskautreuen Parteifunktionären in der SBZ unterstützt wurde und politische Freiheit ebenso unterdrückte wie gesellschaftliche Pluralität. In materieller Hinsicht wirkten sich Reparationen und Planwirtschaft ungünstig auf die weitere Entwicklung aus. Da sich diese Rahmenbedingungen nie grundsätzlich änderten, blieb die Anziehungskraft des sozialistischen Gesellschaftsmodells begrenzt, was sich in einer massiven Abwanderungsbewegung in die Bundesrepublik niederschlug. Hiervon waren insbesondere die Gesundheitsberufe stark betroffen. Selbst durch die Schließung der innerdeutschen Grenze 1952 und den Bau der Berliner Mauer 1961 ließ sich die Abwanderung von Medizinern nie vollständig unterbinden.

Der vorliegende Beitrag gibt einen Überblick über die sozialistische Umgestaltung des Gesundheitswesens in SBZ und DDR sowie über dessen Weiterentwicklung bis 1990. Angesichts des begrenzten Raumes muss die Darstellung knapp ausfallen. Der Schwerpunkt liegt auf gesundheitspolitischen Strukturen und Entscheidungen, weniger auf Entwicklungen in der Medizin. Zur Vertiefung wird auf die einschlägige Sekundärliteratur verwiesen, die jedoch insbesondere für die Zeit nach 1961 noch nicht sehr umfangreich ist.⁶

4 Aus DDR-Sicht siehe Kurt Winter, *Das Gesundheitswesen in der Deutschen Demokratischen Republik. Bilanz nach 30 Jahren. 2., überarbeitete Auflage*, Berlin (Ost) 1980. Etwa zeitgleich aus westdeutscher Sicht: Maria Elisabeth Ruban, *Gesundheitswesen in der DDR*, Berlin (West) 1981.

5 Marlies Menge, *Sanfter Zwang zur Gesundheit. Die medizinische Versorgung in der DDR ist in vielem vorbildlich*, in: *DIE ZEIT* 22/1972.

6 Siehe v. a. Jürgen Wasem/Doris Mill/Jürgen Wilhelm, *Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit und im Pflegefall*, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales/Bundesarchiv (Hrsg.), *Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945*, Bd. 10, 1971–1989. Deutsche Demokratische Republik. *Bewegung in der Sozialpolitik, Erstarrung und Niedergang*, Baden-Baden

Neuordnung des Gesundheitswesens nach 1945

Die entscheidenden Weichen für den Aufbau des Gesundheitswesens in der DDR wurden noch vor Gründung des ostdeutschen Staates gestellt, nämlich in den Besatzungsjahren 1945 bis 1949. Das sozialistische Gesundheitswesen, das nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs in der SBZ mit maßgeblicher Unterstützung der Sowjetischen Militäradministration (SMAD) etabliert wurde, besaß zwei wesentliche Vorbilder: erstens das der Weimarer Republik, dessen Strukturen sich seit Ende des 19. Jahrhunderts herausgebildet hatten, und zweitens jenes der Sowjetunion, das dort nach der Oktoberrevolution 1917 implementiert worden war. Zum Kernbestand der deutschen Traditionslinie zählte in erster Linie das Modell der solidarisch finanzierten Krankenversicherung, das in den 1880er Jahren unter dem Eindruck der erstarkenden Sozialdemokratie von Reichskanzler Bismarck und dem Sozialreformer Theodor Lohmann geschaffen worden war. Das Beitragsprinzip wurde auch in der DDR beibehalten, wobei die Krankenversicherung mit der Unfall- und Rentenversicherung zu einer einheitlichen Sozialversicherung zusammengelegt wurde. Zum sowjetischen System, das entscheidend durch den Moskauer Sozialhygieniker Nikolai A. Semaško geprägt wurde, gehörten unter anderem der staatlich-zentralistische Charakter des Gesundheitswesens, die Polikliniken sowie die Unentgeltlichkeit aller in Anspruch genommenen Leistungen. Letztlich lassen sich aber auch die Merkmale des sowjetischen Systems auf deutsche Wurzeln zurückführen, nämlich auf in Kaiserreich und Weimarer Republik unerfüllt gebliebene Forderungen der deutschen Arbeiterbewegung nach unentgeltlicher Gesundheitsfürsorge unter staatlicher Regie.

Die Versuche, in der SBZ an Ideen und Konzepte sozialdemokratischer Gesundheitspolitik aus der Zeit der Weimarer Republik anzuknüpfen, sind nicht zu übersehen. Die Gestaltung der Gesundheitspolitik in der sowjetischen Besatzungszone oblag seit Herbst 1945 der Deutschen Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen (DZVG). Mit dieser auf Befehl der SMAD geschaffenen Institution wurde erstmals in der Geschichte Deutschlands eine eigenständige Zentralbehörde für das gesamte Gesundheitswesen errichtet, die über weitreichende politische Entscheidungskompetenz verfügte. Die Bildung der DZVG verdeutlichte die staatliche Zuständigkeit für den Gesundheitsschutz und war damit zugleich Grundlage und Folge der sozialistischen Umgestaltung in diesem Bereich. Die SMAD wachte nicht nur darüber, dass sich die Neuordnung des Sozial- und Gesundheitswesens in ihren Grundzügen am sowjetischen Vorbild orientierte, sondern sorgte auch dafür, dass die Neuordnung machtpolitisch überhaupt durchgesetzt werden konnte. Ungeachtet der sowjetischen Dominanz bestanden auf deutscher Seite gleichwohl eigene Handlungsspielräume, die im Rahmen der DZVG vorwiegend von Akteuren genutzt wurden, die bereits in der Weimarer Republik gesundheitspolitisch aktiv gewesen waren. Zu ihnen zählten die

2008, S. 365–415. Siehe auch: Florian Bruns, *Kranksein im Sozialismus. Das DDR-Gesundheitswesen aus Patientensicht 1971–1989*, Berlin 2022.

Sozialdemokraten Paul Konitzer als Präsident und Ignaz Zadek als Vizepräsident der DZVG. Weitere Leitungsfunktionen besetzten aus dem Exil zurückgekehrte kommunistische Ärzte, darunter Kurt Winter, der nach einem Intermezzo als Kreisarzt in Teltow und Leiter des Landesgesundheitsamtes in Brandenburg 1948 das Amt des dritten Vizepräsidenten der DZVG übernahm. Winter wirkte später als Professor für Sozialhygiene an der Berliner Charité, als Zeitschriftenherausgeber sowie als Rektor der Akademie für Ärztliche Fortbildung über mehr als drei Jahrzehnte an der theoretischen Fundierung des DDR-Gesundheitswesens mit.⁷

Die sogenannte Entnazifizierung durchlief in der SBZ ähnlich wie in den Westzonen unterschiedliche Phasen. Auf eine recht konsequente politische Säuberung in den ersten Monaten nach Kriegsende, die sich vor allem auf das Kriterium der Mitgliedschaft in der NSDAP stützte, folgte ab 1947 eine Phase der Reintegration. Diese Wiedereingliederung früherer Nationalsozialisten war im Gesundheitswesen und an den medizinischen Fakultäten oftmals dem Mangel an qualifizierten Ärzten oder Hochschullehrern geschuldet. Im Frühjahr 1948 beendete die SMAD offiziell die Entnazifizierung in ihrer Besatzungszone. 1949 befand sich eine Vielzahl der 1945 entlassenen Mediziner wieder offiziell im Amt, selbst jene, die als „belastet“ eingestuft worden waren. Diese de-facto-Amnestie wirkte noch jahrelang nach: Von den 1957 amtierenden Ordinarien an den medizinischen Fakultäten und Akademien der DDR hatten mehr als die Hälfte vor 1945 der NSDAP angehört. 1961 betrug der Anteil der früheren NSDAP-Mitglieder unter den Medizinprofessoren immer noch 48,5 Prozent.⁸

Die „Gesundheitspolitischen Richtlinien“ der SED von 1947

Die im April 1946 aus der Vereinigung von SPD und KPD hervorgegangene SED zeigte zunächst wenig Interesse an gesundheitspolitischen Fragestellungen. Auch ihre personelle Expertise auf diesem Gebiet war nicht sehr groß. Unmittelbar nach Kriegsende hielten die kommunistischen Führungskader um Walter Ulbricht zunächst andere Politikfelder für wichtiger, um sich die Macht in der sowjetisch besetzten Zone Deutschlands zu sichern. Den so entstandenen Freiraum in der Gesundheitspolitik nutzten vor allem frühere Sozialdemokraten, um ihre eigenen Ideen und Vorstellungen vorzubringen. Viele von ihnen verfügten noch aus der Weimarer Zeit über praktische Erfahrung in der Leitung von Ämtern oder Krankenkassen. An vorderster Stelle ist hier der Sozialexperte Helmut Lehmann zu nennen, der bis 1935 Vorsitzender des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen gewesen war und von 1905 bis 1946 der SPD angehörte. Die maßgeblich von ihm entworfenen „Gesundheitspolitischen Richtlinien“ gelten als ein

7 Vgl. Sabine Schleiermacher, Rückkehr der Emigranten: ihr Einfluss auf die Gestaltung des Gesundheitswesens in der SBZ/DDR, in: dies./Norman Pohl (Hrsg.), Medizin, Wissenschaft und Technik in der SBZ und DDR. Organisationsformen, Inhalte, Realitäten, Husum 2009, S. 79–94.

8 Vgl. Anna-Sabine Ernst, „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus“. Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945–1961, Münster 1997, S. 147.



Abb. 1: Wolfen, Betriebspoliklinik der Agfa-Betriebe: Ein gebrochener Arm wird geschient und eingegipst (1948).

Basisdokument des Gesundheitswesens in SBZ und DDR.⁹ Im März 1947 von der SED als gesundheitspolitisches Programm verabschiedet, behielten die Richtlinien mehr als vierzig Jahre ihre Gültigkeit. Das Dokument fasste zentrale Grundsätze sozialistischer Gesundheitspolitik zusammen, wobei die Verstaatlichung des Gesundheitswesens, seine planwirtschaftliche Lenkung, die unentgeltliche Behandlung sowie der Aufbau von Polikliniken und betrieblichen Gesundheitseinrichtungen (Abb. 1) im Vordergrund standen. Unmissverständlich wurde die Entkommerzialisierung der Medizin gefordert: „Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und die Heilhilfsberufe müssen aus dem kapitalistischen Erwerbsmechanismus herausgelöst werden.“¹⁰ Gefordert wurde auch die Vereinheitlichung der Sozialversicherung. Darüber hinaus widmeten sich die Richtlinien ausführlich der Seuchenbekämpfung. Dies war der epidemiologischen Lage in den frühen Nachkriegsjahren geschuldet, der Grundgedanke lebte aber in der DDR in Gestalt von Präventionskampagnen, Pflichtimpfungen und einer generellen Aufwertung des Fachgebiets Hygiene fort. Ähnlich verhielt es sich mit der Fürsorge für Schwangere, Mütter und Kinder. Obwohl sie in der unmittelbaren Nachkriegszeit ungleich größeren gesundheitlichen Gefahren ausgesetzt waren als in späteren Jahrzehnten, behielt der besondere Schutz von

9 Siehe Gesundheitspolitische Richtlinien der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands vom 31. März 1947, Berlin 1947.

10 Richtlinien, S. 11.