

Einleitung

„Es wird immer so viel von Prophylaxe gesprochen; aber den Menschen, die wirklich die Absicht haben, sich und ihre Nachkommen gesund zu erhalten, wird es z. Teil sehr schwer gemacht.“¹

Um die erste Behauptung von Elisabeth F.² bezüglich der medialen Relevanz der Prophylaxe³ zu überprüfen, die sie in ihrer Eingabe an das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR 1966 aufgestellt hat, genügt ein kurzer Blick in die medizinische Publizistik, in Propagandamaterialien zur Gesundheitserziehung und in offizielle Dokumente der DDR-Regierung. Sogar die Verfassung gibt Aufschluss über den hohen Stellenwert des Gesundheitsschutzes – in Artikel 35, Absatz 1 heißt es: „Jeder Bürger der Deutschen Demokratischen Republik hat das Recht auf Schutz seiner Gesundheit und seiner Arbeitskraft.“⁴

Die prophylaktische Orientierung des Gesundheitswesens war eines der sechs grundlegenden Prinzipien des sozialistischen Gesundheitsschutzes, deren Formulierung auf Lenin zurückgeht und die auch für den Aufbau des DDR-Gesundheitswesens Pate standen.⁵ Bereits nach Kriegsende 1945 wurde rechtlich und institutionell vieles in dieser Richtung auf den Weg gebracht. Mit dem sozialistischen Gesellschaftsmodell schien endlich die Möglichkeit gekommen, das Konzept einer *umfassenden Prophylaxe* durchzusetzen, das heißt die Verhältnisse, die zur Krankheitsentstehung beitragen, grundlegend zu verändern.⁶ Bemühungen zur Anwendung dieses ganzheitlichen Ansatzes, der die Schaffung von gesundheitsfördernden Arbeits- und Lebensbedingungen für die Bevölkerung zum Ziel hat, verfolgten bereits die Arbeiterparteien der Weimarer Republik.⁷ Doch erst unter sozialistischen Verhältnissen gewann „erstmalig in der Geschichte der Menschheit“ diese Form der allgemeinen Prophylaxe Bedeutung und Gestalt – so die Behauptung von Gerhard Karsdorf und Karlheinz Renker in ihrem medizinischen Lehrbuch *Prophylaxe* von 1981.⁸ Ein Jahr zuvor kam der Sozialhygieniker Kurt Winter in seiner Bilanz über das Gesundheitswesen der DDR zu dem Schluss, die neuartigen, positiven Grundbedingungen der sozialistischen Gesellschaftsordnung – das Frei-

1 Elisabeth F. aus Zwickau ans Ministerium für Gesundheitswesen (im Folgenden MfGe), 29.11.1966, in: Bundesarchiv Berlin (im Folgenden: BArch), DQ 1/5175, unfol.

2 Eingabenautorinnen und -autoren werden in der Arbeit zum Schutz der Persönlichkeitsrechte nur mit anonymisiertem Nachnamen genannt.

3 Prophylaxe (griechisch „prophylaxis“ für Vorsicht) war der in der DDR gebräuchliche Ausdruck für Gesundheitsvorsorge und Krankheitsverhütung. Weitere Begriffsbestimmungen und -präzisierungen werden in Kapitel 1 vorgenommen.

4 Verfassung (1968), S. 29.

5 Die anderen Prinzipien waren: staatliche Verantwortung; Planmäßigkeit; allgemeine Zugänglichkeit zu unentgeltlicher qualifizierter medizinischer Hilfe; Wissenschaftlichkeit bzw. Einheit von Theorie und Praxis sowie Mobilisierung der Öffentlichkeit für den Gesundheitsschutz; vgl. Lämmel (2004).

6 Vgl. Karsdorf/Renker (1981), S. 9.

7 Vgl. Schagen (2002), S. 175.

8 Vgl. Karsdorf/Renker (1981), S. 10.

sein von Profitwirtschaft, Ausbeutung und Arbeitslosigkeit in einem System der sozialen Sicherheiten – hätten sich „segensreich“⁹ auf die Gesundheit der DDR-Bürger ausgewirkt. Karsdorf und Renker stellten zudem fest, dass sich die kapitalistische Gesellschaft demgegenüber lediglich am Konzept der *partiellen Prophylaxe* – dem Schutz und der Stärkung des Organismus durch medikamentöse Prophylaxe oder Immunisierung – sowie an der Frühbehandlung orientierte.¹⁰ Von daher konnte der „sehnlichste Wunsch des Menschen, gesund zu sein und zu bleiben“ nur in der sozialistischen Gesellschaft „maximal erfüllt werden“. Diese Ansicht tat der Physiologe Karl Hecht bereits 1969 kund. Ihm zufolge bot der Sozialismus „nicht nur die beste, sondern die alleinige Voraussetzung für eine gesunde Lebensweise [...]“.¹¹

Soviel zum theoretischen Anspruch der Prophylaxe, der fortwährend an die Bevölkerung herangetragen wurde und sicher auch die oben zitierte Elisabeth F. zu ihrer Äußerung veranlasste. Wie ist aber die zweite Behauptung der Eingabenschreiberin zu bewerten, dass es den Menschen zum Teil „sehr schwer gemacht“ werde, sich „gesund zu erhalten“? Was war der Hintergrund für derlei Skepsis und Kritik, die in den Zuschriften der Bürgerinnen und Bürger an die Staatsorgane oder die Medien der DDR durchaus häufig Niederschlag fand? Worin lagen die Ursachen für eine scheinbar nicht reibungslose Umsetzung der theoretischen Versprechungen zum Schutz der Gesundheit in die Praxis? Was ist von der Utopie einer umfassenden Prophylaxe tatsächlich in die Arbeit der Gesundheitserzieherinnen und Ärzte eingeflossen? Diese Fragen zur Implementierung des Prophylaxegedankens bilden den thematischen Schwerpunkt der vorliegenden Dissertation. Dabei geht es vor allem darum, den in den Eingaben und anderen Selbstzeugnissen artikulierten Erfahrungen und Erlebnissen der DDR-Bevölkerung Raum zu geben und zu ergründen, wie sie die staatlichen Vorgaben für ein gesundheitsbewusstes Leben umgesetzt hat und ob die Vorstellungen der Menschen von dem, was Gesundheit ausmacht und beinhaltet, mit den Ansichten der Regierung übereinstimmen oder sich eventuell davon unterscheiden.

Forschungsstand, eigene Fragestellung und Methoden

In der gesamten DDR-Forschung lag der Fokus bisher eindeutig auf dem Politikbereich. Die Geschichte der DDR zu erzählen, bedeutete lange Zeit, die Geschichte der SED und des SED-Staates darzustellen. Durch diesen politikgeschichtlich begrenzten Ansatz fehlten die Erfahrungen des „In-der-Gesellschaft-Gelbthabens“¹², wie es Thomas Lindenberger formulierte. Arbeiten zur Gesellschafts- und Sozialgeschichte erfahren zwar inzwischen einen kontinuierlichen Aufschwung, liegen aber bisher nur in geringem Umfang vor. Ge-

9 Winter (1980), S. 7.

10 Vgl. Karsdorf/Renker (1981), S. 9.

11 Hecht (1969), S. 90.

12 Lindenberger (2003), S. 240.

rade auf dem Feld der Alltagsgeschichte, der Mentalitätsgeschichte und vor allem im Bereich der lebensgeschichtlichen Untersuchungen gibt es noch breiten Raum für weitere Forschung.¹³

Auch im Bereich des Gesundheitswesens – eines der am spärlichsten beleuchteten Felder der DDR-Sozialgeschichte – galt das Interesse der Forschung bislang vorrangig formellen Fragen nach der Organisation und den Strukturen sowie der Gesundheitspolitik und ihren Repräsentanten.¹⁴ Alltagsgeschichtliche Aspekte wie der Umgang der Bürgerinnen und Bürger mit den Themen Gesundheit und Krankheit¹⁵ oder geschlechterspezifische Fragestellungen¹⁶, finden so gut wie kaum Beachtung.¹⁻¹

Umfassende Grundlagenforschung zum DDR-Gesundheitswesen bieten die drei Bände der Reihe *Geschichte der Sozialpolitik*¹⁷, herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesarchiv sowie die Veröffentlichungen der Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft e. V.¹⁸. Den Kompendien des Bundesministeriums sowie der Dokumentationsreihe der Interessengemeinschaft¹⁹ sind vor allem Informationen zu den Entwicklungslinien und zur Ausgestaltung der verschiedenen Felder der Gesundheitspolitik zu entnehmen. Dabei ist zu beachten, dass es sich bei Ersteren um Analysen von Historikern und Sozialwissenschaftlern handelt und bei Letzteren vorrangig um Abhandlungen von DDR-Ärzten und anderen Protagonisten des DDR-Gesundheitswesens, deren erklärtes Ziel es war, Bewahrenswertes aus dem Gesundheitssystem der DDR in das der Bundesrepublik zu überführen. Nichtsdestotrotz geben die zahlreichen Einzelpublikationen der Interessengemeinschaft einen guten und fundierten Überblick über die diversen

13 Eigene Mitschrift des Vortrags von Prof. Dr. Ralph Jessen: „Zeithistorische Forschung zur DDR der letzten 20 Jahre“, gehalten am 23. September 2010 in Berlin auf der Tagung des Instituts für Zeitgeschichte München-Berlin „DDR-Geschichte in Forschung und Lehre. Bilanz und Perspektiven“. Jessen stützt seine Daten auf die Auswertung der Jahresberichte für deutsche Geschichte der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften.

14 Ernst (1997) gibt mit ihrer Dissertation einen bisher eher seltenen Einblick in die sozialgeschichtlichen Hintergründe der Ärzteschaft in der DDR. Einen sehr umfassenden Einstieg zum Thema Gesundheitspolitik bietet Winfrid Süß (1998), der zudem Vergleiche zum Gesundheitssystem der Bundesrepublik und dem des Nationalsozialismus zieht.

15 Seltene Ausnahme ist hier Mary Fulbrooks Kapitel „Fragen von Leben und Tod“ in ihrer Monographie *Ein ganz normales Leben. Alltag und Gesellschaft in der DDR* (2011), S. 107–133.

16 Eines der wenigen Forschungsvorhaben, das sich mit geschlechterspezifischer Prävention in der DDR befasst, ist das Drittmittelprojekt „Geschlechtsbilder und Präventionskonzepte kardiovaskulärer Erkrankungen in Deutschland, 1949–2000“ der Uni Mainz. Siehe dazu die Publikation von Madarász-Lebenhagen/Kampf (2013) und von Madarász-Lebenhagen (2015).

17 *Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945*, hg. vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 11 Bände, Baden-Baden 2001–2008.

18 Die Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft e. V. bestand von 1990 bis 2007 und hat in dieser Zeit 63 Bände veröffentlicht.

19 Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitswesens der DDR, 6 Bände, Berlin 1996–2003.

Institutionen und deren Vertreter sowie über die Ansprüche und Leistungen des Gesundheitswesens. Auch der vom Hamburger Arbeitskreis für Sozial- und Gesundheitspolitik herausgegebene Sammelband *Das Gesundheitswesen der DDR. Aufbruch oder Einbruch?*²⁰ stützt sich bewusst auf Autorinnen und Autoren aus der DDR, deren Ausführungen und Erfahrungsberichte wichtige Detailinformationen zu Abläufen im Alltag des Gesundheitswesens liefern.

Die genannten Publikationen enthalten allesamt Ausführungen zum Aspekt der Prophylaxe und des Gesundheitsschutzes. Für einen fundierten Überblick über das Thema ist zudem der Sammelband *Prävention und Prophylaxe*²¹ aus dem Jahr 1991 unerlässlich. Daneben sind die zahlreichen Aufsätze des Sozialmediziners Jens-Uwe Niehoff zu nennen, die einen guten Einstieg in das Thema Präventionsgeschichte der DDR bieten. Alles in allem bleibt aber auch die Literatur zu diesem Themenkomplex eher auf die Präventionspolitik und -diskurse beschränkt.

Abseits der historischen Entwicklung des Präventionsgedankens sowie der verschiedenen präventiven Maßnahmen, Methoden und Leitbilder ist das Thema sehr schwer zu fassen, weshalb die Geschichte der modernen Gesundheitsprävention insgesamt noch weitgehend ungeschrieben ist.²² Gerade Aussagen zur Wirkungsweise der Gesundheitserziehung oder zur Effizienz von Präventionsmaßnahmen sind schwer zu treffen, da es meist problematisch ist, Aussagekräftiges in den Quellen zu finden oder die Resultate nicht eindeutig abzugrenzen sind von anderen Einflussfaktoren.²³

An diese Forschungsproblematik möchte ich mit der Dissertation anknüpfen. Der Wirtschafts- und Sozialhistoriker Ralf Ahrens hat in einem Aufsatz zur Wirtschaftsgeschichte des Gesundheitswesens in der SBZ und DDR darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Betrachtung der Makroebene nicht ausreiche und plädiert für die Untersuchung konkreter historischer Fallbeispiele, um die Effekte der Gesundheitspolitik auf die davon betroffenen Menschen zu ergründen. Diese Wirkung hinge letztlich in entscheidendem Maße davon ab, wie sie auf der Mikroebene implementiert werde.²⁴ Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht daher die Wechselbeziehung zwischen staatlichen Ansprüchen und Vorstellungen (Makroebene), institutioneller Umsetzung (Mesoebene) und individuellen Handlungsweisen (Mikroebene). Denn Gesellschaft ereignet sich nicht an der Spitze, sondern eher auf unterer Ebene.²⁵ Mary Fulbrook zufolge blieben bislang 80 Prozent der DDR-Bevölkerung in den Darstellungen außen vor: Fast immer liege der Fokus auf hohen

20 Thiele (1990).

21 Elkeles et al. (1991).

22 Vgl. Lengwiler/Madarász: Präventionsgeschichte (2010), S. 11. Für aktuelle Beiträge zur Präventionsforschung, u. a. zur geschlechterspezifischen Prävention, zu Praktiken der Vorsorge und zur Prävention im Betrieb, siehe Hähner-Rombach (2015).

23 Vgl. Berndt (1991), S. 191.

24 Vgl. Ahrens (2002), S. 52.

25 Vgl. Lindenberger (2003), S. 239.

Funktionären oder profilierten Intellektuellen – die mittlere Ebene hingegen werde kaum berücksichtigt.²⁶

Ziel der Arbeit ist es, das normative Gerüst der Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung in der DDR in Bezug zur Lebensrealität der (einfachen) Bürgerinnen und Bürger zu setzen und auf seine Alltagsrelevanz hin zu überprüfen. Die Leitfrage lautet: Ist es der DDR gelungen, die Bevölkerung zu gesundheitsbewusstem Handeln zu bewegen? Dafür müssen sowohl soziale (Verhältnis-)Faktoren wie politische und wirtschaftliche Bedingungen oder die Qualität der Versorgungsangebote in der DDR als auch personale Faktoren zusammengenommen betrachtet werden.²⁷ Zum einen ist danach zu fragen, ob überhaupt der entsprechende Rahmen geschaffen wurde, ob also der Staat, der sich in der Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung sah, seiner Fürsorgepflicht nachgekommen ist und die entsprechenden Bedingungen und Strukturen geschaffen hat, um gesundheitsbewusst leben zu können. Zum anderen geht es darum, das Gesundheitsverhalten der Menschen vor ihrem konkreten Lebenshintergrund – sozialer Status, Alter, Bildungsgrad, Geschlechtszugehörigkeit – zu betrachten.

Dabei ist die Beantwortung der Frage von besonderem Interesse, inwiefern sich das Geschlecht auf das Gesundheitshandeln und somit den Gesundheitsstatus der DDR-Bürgerinnen und -Bürger ausgewirkt hat. Heutzutage ist in allen postindustriellen Gesellschaften die Lebenserwartung von Frauen um etwa sechs Jahre höher als die von Männern; darüber hinaus leiden Frauen und Männer teilweise an verschiedenen Krankheiten und nehmen unterschiedlich häufig ärztliche Hilfe und Präventionsangebote in Anspruch.²⁸ Die noch junge geschichtswissenschaftliche Forschung zu geschlechterspezifischem Gesundheitsverhalten kommt zu dem Ergebnis, dass das Gesundheitsverhalten von Männern und Frauen nicht vorrangig durch biologische Faktoren, sondern zum größten Teil durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen und in der Gesellschaft vorherrschende Geschlechterleitbilder bestimmt wird.²⁹ Mit Hilfe der Gender-Theorien³⁰ kann auch im Bereich der Medizingeschichte der

26 Vgl. Hesselmann (2007).

27 Siehe das Modell zur „Schlüsselrolle des Gesundheitsverhaltens“ von Hurrelmann, bei dem soziale und personale Faktoren gleichermaßen auf das Gesundheitsverhalten Einfluss nehmen; vgl. Hurrelmann (2006), S. 24.

28 Vgl. Kolip/Hurrelmann (2002).

29 Siehe u. a. die zahlreichen Aufsätze von Martin Dinges im Literaturverzeichnis der Arbeit.

30 Seit Mitte der 1970er Jahre fungiert der ursprünglich grammatikalische Begriff *gender* in den Kultur- und Sozialwissenschaften – in Gegenüberstellung zum biologischen Geschlecht *sex* – als Bezeichnung für das ‚soziale‘ oder ‚kulturelle‘ Geschlecht. Die Analysekategorie *gender* macht deutlich, dass es sich bei Geschlechtsidentität nicht um angeborne Verhaltensweisen, sondern um gesellschaftliche Erwartungs- und Rollenmuster handelt, die Frauen und Männern über Erziehungs- und Sozialisationsprozesse vermittelt werden. Neuere Ansätze gehen davon aus, dass Geschlechteridentitäten und -differenzen Prozesscharakter haben und in sozialen Handlungen hergestellt werden: Die Geschlechterrolle wird im alltäglichen Miteinander, situationsbedingt und immer wieder aufs Neue vollzogen (*doing gender*). Als gute Einführung zu Begrifflichkeiten und Konzepten der Ge-

Blick geschärft werden für gesellschaftliche Macht- und Statusverteilungen zwischen Männern und Frauen sowie für Geschlechterstereotype, die sich allesamt auch auf das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen auswirken.³¹

Wie haben sich demnach die strukturellen und institutionellen Bedingungen in der DDR sowie die propagierten Vorstellungen von Männlichkeit und Weiblichkeit auf das Gesundheitshandeln und Befinden der DDR-Bevölkerung ausgewirkt? Inwiefern hat die (Gesundheits-)Politik geschlechterspezifische Versorgungsstrukturen etabliert oder aber – im Zuge der rechtlichen Gleichstellung zwischen Mann und Frau – Geschlechterungleichheiten abgebaut? Haben sich die Lebensumstände und Belastungen der Geschlechter und demzufolge auch die Gesundheitsverhaltensweisen im DDR-Sozialismus angeglichen? Die Aufgabe wird jedenfalls darin bestehen, Ursachen für geschlechterspezifisches Gesundheitsverhalten zu analysieren und zu zeigen, wie das Geschlecht auch über Gesundheitsvorsorge und den Umgang mit dem Körper ausgedrückt und hergestellt wurde.

Beim Thema ‚Geschlecht und Gesundheit‘ besteht für die gesamte Zeitgeschichte Nachholbedarf. Dagmar Ellerbrock konstatiert elementare Defizite hinsichtlich einer geschlechtergeschichtlichen Analyse der Gesundheitsfürsorge.³² Auch für die DDR-Geschichte steht noch eine Untersuchung darüber aus, „wie sich staatliche Maßnahmen und politische Rhetorik auf das Gesundheitserleben und -verhalten von Frauen und Männern auswirkten“.³³ Insbesondere das Verhältnis des ostdeutschen Mannes zu Gesundheit und Krankheit stellt ein Forschungsdesiderat dar.³⁴ Ein interessanter Forschungsaspekt wäre hierbei, ob sich auch in der DDR die „kulturell traditionelle Männerrolle“³⁵ negativ auf die Gesundheit ausgewirkt hat. Die Notwendigkeit der Berücksichtigung des männlichen Geschlechts wird in der Literatur einhellig gefordert und dies nicht nur für den Bereich der Medizingeschichte.³⁶

Durch die Einbeziehung der Arbeitswelt soll versucht werden, diese Forschungslücke zu verkleinern. Obwohl dem Betriebsgesundheitswesen eine exponierte Stellung im Gesundheitssystem der DDR zukam, findet die gesundheitliche Betreuung der DDR-Arbeiter in den Veröffentlichungen zur Sozialgeschichte bisher kaum Erwähnung.³⁷ Auch das Gesundheitsverhalten von

schlechtergeschichte siehe Opitz-Belakhal (2010); mit dem Fokus auf die Gesundheitsforschung siehe Kuhlmann (1997).

31 Vgl. Franke (2012), S. 207 ff.

32 Vgl. Ellerbrock (2002), S. 134.

33 Ebenda, S. 133.

34 Vgl. ebenda.

35 Dinges (2006), S. 23.

36 Siehe u. a. Kühne (1998) und Martschukat/Stieglitz (2008). Die Arbeiten der Kulturwissenschaftlerin und Soziologin Sylka Scholz (2004 und 2008) stellen eine der wenigen Ausnahmen auf dem Feld der ostdeutschen Männerforschung dar.

37 Zu den wenigen Ausnahmen zählen Timm (1999) sowie Zimmermann (2002), der in seiner Studie „Die industrielle Arbeitswelt der DDR unter dem Primat der sozialistischen Ideologie“ die Mehrschichtarbeit thematisiert und dabei ausführlich auf die medizinische Betreuung der Schichtarbeiter sowie deren gesundheitliche Belastungen eingeht. Auch

Arbeitern und Angestellten spielt in alltagsgeschichtlichen Untersuchungen so gut wie keine Rolle.³⁸ Das Betriebsgesundheitswesen der DDR wird daher eingehend untersucht. Der Zugriff erfolgt anhand von Überlieferungen der Betriebe und deren Gesundheitseinrichtungen. Hierdurch lassen sich indirekte, aber wertvolle Informationen zum männlichen Gesundheitsverhalten gewinnen.

Die lebensgeschichtliche Perspektive auf das Thema ‚Gesundheit und Gesundheitsvorsorge‘ in der DDR kann auch dazu beitragen, alternative Handlungsoptionen und kritisches Potential, beispielsweise selbstgewählte Wege der Gesunderhaltung abseits der staatlichen Vorgaben oder Verweigerungshaltungen gegenüber gesetzlichen Anordnungen sichtbar zu machen. In der Literatur nimmt der Patient in der DDR bisher eher eine fremdbestimmte und passive Rolle ein. So kommt beispielsweise der Kulturwissenschaftler Dietrich Mühlberg zu dem Schluss, dass sich den Anweisungen der Mediziner keiner entziehen konnte und die Ärzte verfassungsrechtlich abgestützte Macht über den Einzelnen ausübten. Jede vorbeugende Belehrung und Behandlung geschah aus normativer Perspektive zum Wohle des „fügsamen Patienten“.³⁹

Ansichten über ‚fügsame‘ Patienten prägten bislang die gesamte Medizingeschichtsschreibung. Bis in die 1980er Jahre dominierten in medizinhistorischen Abhandlungen ärztlich-medizinisches Wissen über Krankheiten sowie der Blick von Ärzten auf den Patienten. Parallel zur kulturhistorischen Wende in der Geschichtswissenschaft vollzog sich auch auf dem Feld der Medizingeschichte ein Perspektivwechsel: Eine wichtige Rolle spielte dabei der programmatische Aufsatz des Medizinhistorikers Roy Porter *The Patient's View*⁴⁰, durch den der Patient, mitsamt seinen Wahrnehmungs- und Handlungsmustern, größere Beachtung erfuhr.⁴¹ Dieser Ansatz wird auch in der vorliegenden Studie Anwendung finden. Für die Arbeit sind jedoch nicht nur individuelle Deutungen relevant, sondern im Sinne der kulturgeschichtlich erweiterten Sozialgeschichte auch übergreifende Strukturen wie die bereits angeführten sozialen Verhältnisfaktoren: zum Beispiel die wirtschaftliche Situation, die Arbeits- und Wohnverhältnisse, die Hygienebedingungen sowie die Bildungs- oder auch Freizeitangebote. Die Gesundheit und Krankheit betreffenden Wahrnehmungs- und Handlungsweisen der DDR-Bevölkerung sollen in Verbindung zu diesen strukturellen und materiellen Bedingtheiten ihres Lebens gesetzt werden.⁴²

die besondere gesundheitliche Situation und Fürsorge der Uran-Arbeiter der Wismut AG hat bereits das Interesse der Forschung erregt, so z. Bsp. bei Schütterle (2010).

38 Kurze Kapitel zum ‚Krankfeiern‘ und zum Alkoholmissbrauch im Betrieb finden sich lediglich bei Friedreich (2008). Ansonsten werden derlei Themen nur gestreift, wie z. Bsp. bei Ansorg (2001) oder bei Schüle (2003).

39 Mühlberg (1992), S. 49.

40 Porter (1985).

41 Vgl. Ernst (1999).

42 Zum Forschungsansatz der Alltagsgeschichte, die inzwischen samt Inhalten und Fragestellungen in der Kulturgeschichte aufgegangen ist, siehe Daniel (2002), S. 298–313.

Quellen und Aufbau der Arbeit

„Die Unbewußtheit des Alltags schreibt sich in die Gedächtnisspuren nicht ein.“⁴³

Die Schwierigkeiten, die eine Auseinandersetzung mit dem Thema Prävention mit sich bringt, sind bereits angeklungen. Der Historiker und Ethnologe Thomas Kochan, der die Alkoholkultur in der DDR untersucht hat, sieht diese darin, dass „die gängigsten Verrichtungen des menschlichen Daseins die geringsten Spuren in den Berichten hinterlassen“ und „selten eine Zeile wert“ sind, sofern sie nicht „aus der Reihe fallen“.⁴⁴ Das gilt auch für die Themen Gesundheit und Gesunderhaltung. In der Einführung zu dem Band *Das präventive Selbst* schreiben die Herausgeber Lengwiler und Madarász, dass der Geschichte der Gesundheitsprävention „etwas Unwirkliches, Unauffälliges“ anhaftet; unwirklich, weil Prävention etwas antizipiert, was nicht eintreten soll und unauffällig, weil es sich um relativ unspektakuläres Alltagsverhalten handelt wie Essen, Trinken, Rauchen und Bewegung.⁴⁵ Gesundheitsbezogene Themen sind für Historiker daher sicherlich noch schwieriger zu fassen als einschneidende und häufig lebensverändernde Ereignisse wie Unfälle oder Krankheiten.

Um die gesundheitspolitischen Vorgaben und Zielsetzungen, deren Propagierung sowie die Bereitschaft zur Umsetzung der Präventionspolitik zu untersuchen, werden verschiedenste Quellen herangezogen.

Als Quellenbasis für die normativen Vorgaben und Konzepte dienen in erster Linie die Überlieferungen des Ministeriums für Gesundheitswesen und der ihm nachgeordneten Organe und Einrichtungen. Besonders berücksichtigt werden beispielsweise das Deutsche Hygiene-Museum in Dresden und das Komitee für gesunde Lebensführung und Gesundheitserziehung in der DDR/Nationales Komitee für Gesundheitserziehung der DDR, die beide wichtige Funktionen im Bereich Gesundheitserziehung innehatten. Die umfangreichen Bestände des Ministeriums befinden sich im Bundesarchiv in Berlin-Lichterfelde und sind ohne Nutzungsbeschränkungen zugänglich. Nicht zu vernachlässigen ist zudem die umfangreiche Primärliteratur aus der DDR-Zeit zu den Themen Prophylaxe und Gesundheitsschutz.⁴⁶

Die Frage nach der Vermittlungspraxis gesundheitsrelevanter Themen soll anhand der Auswertung verschiedener Materialien der Gesundheitserziehung beantwortet werden. Dabei steht neben der Analyse der Inhalte sowie der Art und Weise der Propagierung die geschlechterspezifische Ausrichtung der Präventionsthemen im Vordergrund. Welche Konzepte von Weiblichkeit und Männlichkeit der DDR-Gesundheitspropaganda zugrunde lagen, wie sich dies auf die Vermittlung von jeweils unterschiedlichen Gesundheitspraktiken und Gesundheitszielen auswirkte und welche gesellschaftlichen Botschaften sich

43 Niethammer (1994), S. 110.

44 Kochan (2011), S. 150.

45 Lengwiler/Madarász: Präventionsgeschichte (2010), S. 11.

46 Siehe u. a.: Neubert/Schrödel (1965); Karsdorf/Renker (1981); Renker/Karsdorf (1983); Uhlmann et al. (1983).

dahinter verborgen soll in erster Linie anhand der vom Dresdner Hygiene-Museum beziehungsweise vom Nationalen Komitee für Gesundheitserziehung herausgegebenen populär-medizinischen Zeitschrift *Deine Gesundheit* herausgearbeitet werden. Darüber hinaus werden die Betriebszeitung *Werftecho* sowie die Filmreihen *Tausend Tele-Tips* und *Werbung auf Sender* in die Untersuchung mit einbezogen.

Die Implementierung der Vorschriften und Maßnahmen zum Gesundheitsschutz in die Praxis wird auf Bezirks- und Kreisebene untersucht. Maßgeblich sind hier die Abteilungen für Gesundheits- und Sozialwesen beim Rat des Bezirks beziehungsweise des Kreises, denen alle Gesundheitseinrichtungen ihres Territoriums unterstellt waren. Wie bereits erwähnt, wird das Betriebsgesundheitswesen eine wesentliche Rolle spielen. Von besonderem Interesse sind daher die Unterlagen der Betriebe beziehungsweise der betrieblichen Gesundheitseinrichtungen. Die zahlreichen Analysen und Daten, die für das Betriebsgesundheitswesen angefertigt wurden, können dem Arbeitsmediziner Scheuch zufolge als „wissenschaftliche Fundgrube“⁴⁷ dienen. Hier finden sich Statistiken über Aufklärungsmaßnahmen, Reihenuntersuchungen, den Krankenstand, prophylaktische Kuren und dergleichen sowie diverse Tätigkeits- und Rechenschaftsberichte und Dokumente über den Erfahrungsaustausch der Betriebsärzte untereinander. In den Beständen der Abteilungen für Gesundheits- und Sozialwesen sind ebenfalls aufschlussreiche Quellen vorhanden. Dazu zählen Begehungsprotokolle über durchgeführte Impfungen oder Maßnahmen zur Senkung des Krankenstandes in den Betrieben und Verwaltungen oder auch Berichte von Arbeitsberatungen und Tagungen, in denen Probleme, Kritik und Verbesserungsvorschläge artikuliert wurden.

Der geographische Fokus der Arbeit ist auf den Bezirk Rostock gerichtet.⁴⁸ Der nördlichste Bezirk der DDR war geprägt durch den Kontrast zwischen Schiffsindustrie auf der einen und Landwirtschaft auf der anderen Seite. Dementsprechend bestimmten sowohl der Ausbau der Betriebspolikliniken für die großen Werften als auch medizinische Unterversorgung und besondere gesundheitliche Probleme auf dem Lande den Alltag der Gesundheitsfürsorge, was die Betrachtung dieser Region besonders reizvoll macht. Daneben werden auch andere Bezirke und Kreise berücksichtigt. Diese dienen als Ergänzungs- oder Vergleichsmöglichkeit. Die Archivsituation für den Bezirk Ros-

47 Scheuch (1990), S. 130.

48 Der Bezirk Rostock wurde 1952 im Zuge der Neugliederung der Länder (per Gesetz über die „Demokratisierung des Aufbaus und der Arbeitsweise der staatlichen Organe“) aus dem aufgelösten Land Mecklenburg-Vorpommern gebildet. Der sogenannte ‚Ostseebezirk‘ erstreckte sich nahezu über die gesamte Ostseeküste der DDR. Er grenzte im Westen an die Bundesrepublik Deutschland, im Osten an die Volksrepublik Polen und im Süden an die Bezirke Schwerin und Neubrandenburg. Die Gesamtläche des Bezirks machte 7 Prozent des DDR-Gebiets aus. 1987 lebten hier 913.600 Menschen, also etwa 5,5 Prozent aller Bürger der DDR. Von den 466.300 Berufstätigen waren knapp 25 Prozent in der Industrie und 14,6 Prozent in der Land- und Forstwirtschaft tätig. Sehr viele Beschäftigte waren im nichtproduzierenden Bereich, vorrangig der Touristik, tätig; vgl. Kornow (1989), S. 283f. Weitere Angaben zum Bezirk Rostock in Kapitel 3.2.

tock stellt sich folgendermaßen dar: Die Überlieferungen befinden sich in zehn Archiven des Landes Mecklenburg-Vorpommern.⁴⁹ Vorwiegend stützt sich die Arbeit auf das Quellenmaterial des Landesarchivs Greifswald, der Stadtarchive Greifswald und Rostock sowie der Kreisarchive Anklam, Bad Doberan und Grimmen. Damit ist die Bezirksebene abgedeckt und repräsentativ die Ebene von zwei Stadt- und sieben Landkreisen.⁵⁰ Die Bestände der Verwaltungen sind in der Regel recht gut erschlossen und einigermaßen umfangreich. Das gilt jedoch überwiegend nur für Überlieferungen aus den 1950er und 1960er Jahren. Für die 1970er und 1980er Jahre ist die Informationslage deutlich lückenhafter. Auch die Quellenlage zu den Betrieben ist schwierig: Zum Teil sind die Bestände noch nicht erschlossen oder nicht zugänglich.⁵¹ Für detaillierte Einblicke in den Alltag des Betriebsgesundheitswesens können vorrangig die Überlieferungen der Neptunwerft Rostock sowie des Fischkombinats Saßnitz direkt herangezogen werden; Angaben zu weiteren Betrieben sowie übergreifende Informationen finden sich außerdem in Gesamtübersichten aus den jeweiligen Kreisen oder den Bezirken. Auch auf der Zentralebene stößt man auf Auswertungen über die gesundheitliche Betreuung der Arbeiter in den Bezirken oder Kreisen. Das ausufernde Berichtswesen – eine der „Kernkompetenzen der DDR“⁵² – bietet somit auch eine gute Grundlage für die Beschäftigung mit dem Thema Gesundheitsschutz.

Schließlich geht es noch um die herausfordernde Aufgabe, die Mikroebene möglichst umfassend auszuleuchten und die Perspektive der Bürgerinnen und Bürger stärker zu berücksichtigen als bisherige Forschungsarbeiten. Da vor 1989 nur wenige Quellen für die Geschichte des DDR-Alltagslebens zur Verfügung standen⁵³, ist es vonnöten, ein Informationsnetz aus unterschiedlichen Dokumenten und Quellengattungen zu weben.

Dem Ansatz der Kultur- beziehungsweise Patientengeschichte folgend sollen *Selbstzeugnisse*⁵⁴ wie Tagebücher, Briefe und Autobiographien eine wichtige

49 Dies sind das Landesarchiv Greifswald, die Stadtarchive in Greifswald, Rostock, Stralsund und Wismar sowie die Kreisarchive in Anklam, Bad Doberan, Bergen, Grevesmühlen und Grimmen.

50 Insgesamt bestand der Bezirk Rostock aus vier Stadtkreisen (Rostock, Greifswald, Stralsund und Wismar) sowie zehn Landkreisen (Bad Doberan, Greifswald, Grevesmühlen, Grimmen, Ribnitz-Damgarten, Rostock-Land, Rügen, Stralsund, Wismar und Wolgast). Diese Verwaltungseinteilung unterlag jedoch diversen Veränderungen; siehe ausführlicher dazu 40 Jahre (1989).

51 Das gilt vor allem für das Greifswalder Landesarchiv. Zahlreiche Betriebsakten wurden in ein weiter entferntes Magazin ausgelagert und konnten aufgrund von Personalmangel nicht zur Einsicht bereitgestellt werden. Zudem stellte sich erst zu einem späteren Zeitpunkt der Promotion heraus, dass der Umzug in das neue Landesarchiv in Schwerin vorbereitet wird, weshalb viele Akten bereits verpackt waren.

52 Richter (2009), S. 39.

53 Vgl. Fulbrook (1996), S. 275.

54 Selbstzeugnisse sind subjektive Quellen, die immer in direkter Beziehung zu ihren Autoren und Autorinnen stehen, sowohl dem Erfahrungsgehalt nach als auch in zeitlicher Hinsicht. Sie wurden entweder bewusst mit Blick auf die Nachwelt verfasst (wie Autobiographien oder Memoiren) oder sind übriggebliebene „Reste menschlicher Beschäfti-

Rolle einnehmen. Hürden auf der Suche nach passenden Dokumenten ergeben sich weniger durch das Nichtvorhandensein der Quellen an sich, sondern durch den Fokus dieser Untersuchung auf das gesunde Leben. Unmittelbare Ansichten und Äußerungen über den Stellenwert der Gesundheit, über krankheitsvorbeugende Aktivitäten oder zum Rauch- und Ernährungsverhalten ausfindig zu machen, gestaltet sich als relativ schwierig.⁵⁵

Von erstrangiger Bedeutung sind in dieser Hinsicht *Eingaben*⁵⁶. Gerade für sozial- und kulturgeschichtliche Studien eignen sich diese Beschwerdebriefe oder mündlich vorgebrachten Anliegen in besonderer Weise. Zum einen sind sie meist sehr zeitnah zu dem jeweiligen Ereignis, das Anlass für die Eingabe bot, entstanden und zum anderen ermöglichen sie direkte und unvermittelte Einblicke in die Lebens- und Gedankenwelt der DDR-Bürgerinnen und -Bürger und informieren so die Forscher über verschiedenste Aspekte des Alltags.⁵⁷ Der Historiker Felix Mühlberg bezeichnet Eingaben daher als exponierte qualitative Quellen, die „ethnographischen Tagebüchern“⁵⁸ gleichkommen. Er sieht ihren Wert zudem darin, dass sich durch sie Personen äußern, die sich sonst nie zu Wort melden und daher in anderen archivalischen Quellen nicht in Erscheinung treten.⁵⁹ Ein weiterer Vorteil dieser Quellengattung ist die enorm hohe Zahl: Schätzungen besagen, dass mehr als eine Million Eingabevorgänge in den Partei- und Staatsarchiven überliefert sind und statistisch gesehen etwa jeder zweite volljährige DDR-Bürger mindestens eine Eingabe verfasst haben müsste.⁶⁰

Auch zu gesundheitlichen Themen lassen sich Eingaben in recht beachtlicher Zahl finden, wenn sie auch bei weitem nicht die quantitativen Dimensionen erreichten wie Eingaben zu Wohnungsfragen, zu Versorgungsproblemen

gung“ (z. Bsp. Tagebücher oder Briefe). Bei der Quellenkritik geht es vor allem darum, den Wahrheitsgehalt vor dem Hintergrund des zeitlichen Abstands zwischen Erlebnis und Niederschrift sowie der Motivlage der Verfasserinnen und Verfasser zu prüfen. Der besondere Reiz kann in der abwechslungsreichen, schillernden Darstellung liegen. Zudem ergänzen die Selbstzeugnisse ggf. dürftiges Aktenmaterial und geben Hinweise auf Stimmungslagen sowie Beweggründe für bestimmte Entscheidungen, die sonst nirgends aktenkundig werden; vgl. Henning (2003).

55 Zur Quellenproblematik für die Patientengeschichte insgesamt siehe Eckart/Jütte (2007), S. 183 ff. Die Autoren verweisen hier auch darauf, dass sich die Forschung bisher kaum der Nachfrage seitens der Patienten nach gesundheitserhaltenden Maßnahmen oder medizinischer Prophylaxe gewidmet hat; vgl. ebenda, S. 185.

56 Bei Eingaben handelte es sich nach Artikel 103 der DDR-Verfassung von 1968 um „Vorschläge, Hinweise, Anliegen oder Beschwerden“, mit denen sich jeder Bürger in schriftlicher oder mündlicher Form an die Volksvertretungen und ihre Abgeordneten sowie alle staatlichen und wirtschaftlichen Organe wenden konnte. Detaillierte Informationen zur Eingabengesetzgebung und Eingabekultur in der DDR in Kapitel 3.1. sowie bei Klemm/Naumann (1977), Staat (1996), Elsner (1999), Merkel (2000), Mühlberg (2004), Betts (2010), Reuter-Boysen (2010), Fulbrook (2011) und Bruns (2012).

57 Vgl. Mühlberg (2004), S. 7.

58 Ebenda.

59 Vgl. ebenda, S. 8.

60 Vgl. Staat (1996), S. 2.

oder zu Reisewünschen ins ‚nichtsozialistische Ausland‘.⁶¹ Im Bereich des Gesundheitswesens dominierten Eingaben zu Aspekten der medizinischen Versorgung und Betreuung (technische Ausstattung, dringend benötigte Medikamente, Wartezeiten für Operationen, Arzt-Patient-Verhältnis).⁶² Aber auch zu Fragen der Hygiene, der Ernährung, zur Organisation des Gesundheitsschutzes, zum Impfen und insbesondere auch zum Rauchen wandten sich die Bürgerinnen und Bürger in beachtenswerter Zahl an die Staatsorgane, an Massenorganisationen oder an die Medien.

Das Hauptaugenmerk der Arbeit gilt denjenigen Eingaben, die direkt an das Gesundheitsministerium beziehungsweise den Gesundheitsminister oder andere zentrale Stellen wie das Deutsche Hygiene-Museum gerichtet wurden und die sich mit allgemeinen Fragen des Gesundheitsschutzes und der Gesunderhaltung befassen. Eingaben, die an die lokalen Organe, an den Kreisarzt oder den Betrieb adressiert waren, thematisierten zumeist soziale Problemfelder (Krippenplätze, Sozial- und Altersfürsorge) und sind daher weniger von Interesse. Insgesamt bilden etwa 700 Eingaben die Quellengrundlage für die Analyse des Gesundheitsalltags und die Abbildung der Patientenperspektive. Hierzu folgen im Exkurs in Kapitel 3.1 noch detailliertere Ausführungen.

Bei der Auswertung der Eingaben wird neben der generellen Erschließung und Sichtbarmachung der Ansichten, Wahrnehmungen und Deutungen der DDR-Bevölkerung in Bezug auf gesundheitliche Themen vorrangig eine geschlechterspezifische Perspektive eingenommen: Haben sich Frauen mit anderen Gesundheitsfragen in ihren Eingaben beschäftigt als Männer? Lassen sich weibliche oder männliche Argumentationsmuster erkennen? Zudem kann man den Selbstdarstellungen, die in vielen Eingaben dem eigentlichen Anliegen vorangestellt wurden, um den Adressaten für sich einzunehmen, Informationen zur Sozialisation und Ausprägung eines bestimmten Gesundheitsbewusstseins der Autoren und Autorinnen entnehmen. Dabei sind jedoch die rhetorischen Stilmittel und Absichten der Verfasser zu berücksichtigen, um den Stellenwert der Aussagen einordnen zu können.

Dieses quellenkritische Vorgehen ist auch bei einer weiteren DDR-spezifischen Gattung vonnöten, die mit dem erweiterten Begriff der *Ego-Dokumente*⁶³ ebenfalls als (kollektiv-)biographische Quelle fungieren kann: das Brigadetagebuch. Das Anfertigen von Brigadebüchern wurde vom Staat initiiert. Sie

61 Vgl. Bruns (2012), S. 344.

62 Bei den Eingabenschwerpunkten aus dem Jahr 1969 belegten Probleme der Leitungstätigkeit im Gesundheitswesen sowie Kritiken am Verhalten von Mitarbeitern des Gesundheitswesens und an der Qualität der medizinischen Betreuung den ersten Rang, gefolgt von Problemen der Arzneimittelversorgung und der Versorgung mit medizintechnischen Erzeugnissen. An dritter Stelle standen Wünsche nach hochspezialisierter Behandlung sowie Probleme fehlender Behandlungsmöglichkeiten durch Fachärzte; Jahresanalyse 1969 über die Arbeit mit den Eingaben der Bürger im MfGe, 30.6.1970, in: BArch, DQ 1/2619, unfol.

63 Der Historiker Winfried Schulze definiert Ego-Dokumente als Quellen, in denen Menschen Auskunft über sich selbst geben – egal ob freiwillig oder durch besondere Umstände dazu veranlasst (z. Bsp. in Befragungen oder Verhören); vgl. Schulze (1996), S. 21.

wurden also im Auftrag verfasst und eher pflichtgemäß geführt. Nichtsdestotrotz kann diese Quellenart zur Erforschung des Arbeitsalltags in der DDR sehr nützlich sein.⁶⁴ Aufgrund der Annahme, dass die Betriebe sehr zentrale Funktionen im Leben der Menschen einnahmen – sowohl in Bezug auf das Freizeitverhalten als auch hinsichtlich der Gesundheitsvorsorge und medizinischen Betreuung –, wurden die Brigadetagebücher als Quelle für das Thema ausgewählt. Zumindest Randnotizen zu Fragen der Ernährung, der sportlichen Betätigung, des Genussmittelkonsums oder der Gesundheitsvorsorge haben Eingang in die Alltagsaufzeichnungen der Brigaden gefunden. Selbst die Nicht-Thematisierung des Gesundheitsschutzes kann einiges über dessen Stellenwert in den Betrieben aussagen. In den regionalen Archiven sind vereinzelt Brigadebücher zu finden. Auch das Institut für Sächsische Geschichte und Volkskunde in Dresden besitzt eine größere Sammlung, die bei der Auswertung ebenfalls berücksichtigt wird. Darüber hinaus werden auch Brigadetagebücher aus privatem Besitz ausgewertet. Der zeitliche Fokus der insgesamt 37 durchgesehenen Brigadebücher liegt auf den 1970er und 1980er Jahren.

Eine weitere Anlaufstelle für Selbstzeugnisse war das Tagebucharchiv in Emmendingen, aus dessen Beständen unveröffentlichte Briefe und Lebensbeschreibungen von DDR-Bürgerinnen und -Bürgern – zumeist Ärzten und Arbeitern, die über ihren Alltag und ihre Erfahrungen im oder mit dem Gesundheitswesen berichten – in die Arbeit einfließen. Zudem werden bei der Quellenauswertung auch veröffentlichte Briefbände miteinbezogen.⁶⁵

Darüber hinaus wurden zwei Interviews mit Betriebsärztinnen durchgeführt, die langjährig in der Stadt Greifswald tätig waren.⁶⁶ Die Informationen aus diesen Gesprächen werden vorrangig – als Ergänzung zu den archivalischen Dokumenten – für die Darstellung des Arbeitsalltags im Betriebsgesundheitswesen in Kapitel 3.2 genutzt.⁶⁷

Von besonderer Bedeutung sind schließlich epidemiologische Studien und sozialmedizinische Untersuchungen über die DDR-Bevölkerung. Am Lehr-

64 Zu berücksichtigen sind allerdings die Funktionen des Brigadebuchs als ‚Erziehungsfibel‘ oder bloßes ‚Bilderbuch‘ sowie die Gefahren der Selektion und Schönfärberei der behandelten Ereignisse. Siehe dazu Roesler (2000) und Wolters (2004).

65 Baumgart (1971).

66 2012 wurden von der Verfasserin zwei Leitfadeninterviews zum Thema „Arbeitsalltag im Betriebsgesundheitswesen der DDR“ mit dem Fokus auf die Stadt Greifswald geführt. Zunächst mit Renate Krüger (Betriebsärztin in der Sanitätsstelle Klein- und Mittelbetriebe in den 1980er Jahren) und dann ein gemeinsames Interview mit Dr. Dorothea Meyer (erste hauptamtliche Betriebsärztin in Greifswald, Betriebsärztin in der Sanitätsstelle der Universität Greifswald seit 1966) und Dr. Adelheid Wussow (Betriebsärztin in der Sanitätsstelle der Betriebsschule des VEB Nachrichtenelektronik Greifswald in den 1970er und 1980er Jahren). Zu beiden Interviews liegen Gedächtnisprotokolle vor.

67 Bei Interviews mit Zeitzeugen muss natürlich berücksichtigt werden, dass Rückblicke auf weiter zurückliegende Geschehnisse Auslassungen und Umdeutungen zur Folge haben können. Auch die Interviewsituation kann das Erinnertere beeinflussen. Dazu merkt Daniel jedoch an, dass letztlich jede Quelle, die Erkenntnisse für historische Arbeiten liefern soll, selektiv und perspektivengebunden ist und bereits gedeutete Wirklichkeit widerspiegelt, auch Protokolle und Gesetzestexte; vgl. Daniel (2002), S. 307.

stuhl für Sozialhygiene und Hygiene auf dem Lande des Hygiene-Institut der Universität Greifswald entstanden in den 1960er und 1970er Jahren diverse Untersuchungen zu den Arbeits- und Lebensbedingungen und zum Gesundheitszustand der Bevölkerung. Dabei handelt es sich überwiegend um Erhebungen zu Krankheitsarten und -häufigkeiten, zu den sozialen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit und eben auch zum Gesundheitsverhalten. Zumeist per Fragebogen oder Interview wurden Aspekte der gesunden Lebensführung untersucht wie Rauchverhalten, sportliche Betätigung, Medikamentenverbrauch, Schlafgewohnheiten und gesunde Ernährung. Zudem wird in vielen Arbeiten zwischen männlichem und weiblichem Gesundheitsverhalten unterschieden. Einige Studien widmen sich gezielt nur dem einen oder anderen Geschlecht. Diese Untersuchungen können folglich Erkenntnisse über geschlechterspezifisches Gesundheitsbewusstsein und entsprechende Verhaltensweisen liefern. In die Analyse einbezogen werden überwiegend Studien, deren Untersuchungsgebiet im Bezirk Rostock liegt. Als Ergänzung dienen die Ergebnisse zweier groß angelegter Studien zum Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand der Berliner Stadtbevölkerung und der Landbevölkerung aus dem Bezirk Neubrandenburg aus den Jahren 1971 und 1973. Zusätzlich werden auch Daten und Erkenntnisse aus soziologischen Befragungen der 1970er und 1980er Jahre Berücksichtigung finden, beispielweise aus dem Zentralinstitut für Jugendforschung (ZIJ).⁶⁸

Ausgangspunkt der Arbeit ist der normative Stellenwert der Prophylaxe. Im ersten Kapitel geht es daher zunächst um die Entwicklung des Präventionsgedankens im DDR-Gesundheitswesen, um die Leitbilder und Ziele der Regierung und um die hauptsächlich im Gesundheitsschutz tätigen Akteure und Institutionen. Daran anschließend werden im zweiten Kapitel die verschiedenen Maßnahmen der Gesunderhaltung sowie Konzepte, Methoden und Materialien der Gesundheitserziehung detailliert betrachtet. Die Auswertung der Zeitschrift *Deine Gesundheit* bildet den Schwerpunkt dieses Abschnitts. In Kapitel drei wird dann überprüft, in welchem Maße gesundheitsfördernde und prophylaktische Maßnahmen von der Bevölkerung in Anspruch genommen wurden und wie deren generelle Einstellung zu Gesundheit und Krankheit durch die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen der DDR und die Gesundheitspropaganda geprägt wurde. Fokussiert werden die Bereiche allgemeine Gesundheitserziehung, Nichtrauchererschutz sowie Förderung der körperlichen Betätigung und der gesunden Ernährung in den Blick genommen. Ein weiteres Teilkapitel widmet sich gezielt der Prophylaxe im Betriebsgesundheitswesen des Bezirkes Rostock, wobei Maßnahmen zur Senkung des Krankenstandes und der Erkältungsprophylaxe im Zentrum stehen. Das geschlechterspezifische Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten der DDR-Bevölkerung wird im letzten Teilkapitel ausführlich behandelt. Im abschließenden vierten Kapitel werden die Ergebnisse der Arbeit zusammengefasst und betrachtet und Fragen nach der Wirkungsweise der Gesundheitspro-

68 Bertram et al. (1988), Autorenkollektiv unter der Leitung von Barbara Bertram (1989), Friedrich/Griese (1991) sowie Hennig/Friedrich (1991).

paganda und der Bedeutung des Themas Gesundheit für die DDR-Gesellschaft in ihrer Gesamtschau diskutiert.