Das Bundesarchiv

Ansichten eines Angehörigen der medizinischen Intelligenz

29. Januar 1964

Einzelinformation Nr. 69/64 über die Ansichten eines Angehörigen der medizinischen Intelligenz zu einigen Grundfragen der Arbeit des staatlichen Gesundheitswesens

Quelle
BStU, MfS, ZAIG 840, Bl. 1–18 (4. Expl.).

Serie
Informationen.

Verteiler
Stoph, Hager – MfS: HA V/I, Ablage.

Anlage
HA V/1 Bericht des IM »Sulky« der BV Frankfurt/O.

Zur eventuellen Auswertung geben wir nachfolgend die uns bekannt gewordenen Ansichten und Vorschläge eines auf dem Gebiet des Gesundheitswesens verantwortlich tätigen Arztes zu einigen Grundfragen der Arbeit des staatlichen Gesundheitswesens wieder. Er hat sich seine Meinung aufgrund seiner vielseitigen Tätigkeit auf diesem Gebiet und seiner zahlreichen Verbindungen zu Angehörigen der medizinischen Intelligenz erarbeitet. Der Kern seiner Darlegungen befasst sich mit Problemen der prophylaktischen Arbeit. Im Einzelnen heißt es:

»Eine der Grundtendenzen in unserem Staat heißt die Sorge um den Menschen, die naturgemäß auch eins der Hauptanliegen der Mediziner sein sollte. Aber offensichtlich, wie überall zutage tritt, bezieht sich die medizinische Sorge um den Menschen nicht auf die Gesamtbevölkerung, auf alle unsere Menschen, sondern immer nur auf einen geringen Teil, nämlich die zzt. Kranken, Siechen und vielleicht auch die Alten. Es scheint noch lange nicht Allgemeingut aller Mediziner zu sein, dass zur Sorge um den Menschen auch die Gesunden gehören und dass unsere besondere medizinische Fürsorge und unser besonderes medizinisches Interesse speziell den Gesunden, als dem wesentlichen Bestandteil unserer Bevölkerung, gelten sollten.

Es wäre logisch anzunehmen, dass sich die gesamte Gesundheitspolitik unseres Staates, deren Exekutive das Ministerium für Gesundheitswesen ist, nach diesem Axiom etwas ausrichten sollte. Man sollte meinen, dass der Leitsatz ›alles für den Kranken, aber auch alles für den Gesunden‹ überall in der gesamten Arbeit stehen müsste.

In der Vergangenheit wurden von Partei und Regierung wesentliche gesetzliche Maßnahmen auch im Sinne des vorbeugenden Gesundheitsschutzes und seiner Förderung beschlossen. (Es sei erinnert an das Jugendschutzgesetz,[1] an die Schutzbestimmungen, die im Bereich des Gesetzbuches der Arbeit[2] bzw. in der früheren Verordnung zum Schutze der Arbeitskraft [3] liegen. Es sei erinnert an die Gesetzestexte über die notwendigen ärztlichen Reihenuntersuchungen bei den Werktätigen in gesundheitsgefährdenden Berufen, an die große Zahl von Arbeitsschutzanordnungen, die mithilfe des FDGB-Bundesvorstandes erlassen wurden.)

Die Bestimmungen beinhalten an sich einen relativ großen Bereich des vorbeugenden Gesundheitsschutzes, der völlig ausreichen würde, um die gesamten Potenzen, die wir zzt. aufgrund der medizinischen Kaderknappheit im Gesundheitswesen besitzen, wirklich auszulasten.

Der Erfolg eines vermehrten vorbeugenden Gesundheitsschutzes müsste sich darin zeigen, dass speziell im Krankenstand eine noch stärker sinkende Tendenz erreicht wird, als es zzt. der Fall ist. Wir haben in der Vergangenheit in der Tat bemerkt, dass der Krankenstand gesunken ist. Das ist ein außerordentlich wichtiges wirtschaftliches und politisch-ökonomisches Problem.

Aber wahrscheinlich wäre der Krankenstand, der zzt. sicherlich nur auf seine reale Höhe herabgemindert worden ist, noch positiver dadurch zu beeinflussen, dass manches Entstehen der Krankheiten im noch stärkeren Maße als bisher verhütet würde. Dazu wäre es aber notwendig, dass sich alle Mediziner grundsätzlich mit wachem, großem Interesse diesem Problem widmen. Dazu ist vor allem notwendig, dass die Leitung des gesamten Gesundheitswesens, das Ministerium für Gesundheitswesen, mehr in dieser Hinsicht arbeitet.

Bei Gesprächen mit Angehörigen der medizinischen Intelligenz der mittleren Heilberufe, besonders von Menschen, die [ein] waches Auge gegenüber den Problemen haben, kommt häufig zum Ausdruck, dass die Leitungstätigkeit im Ministerium für Gesundheitswesen völlig uneinheitlich und auch nur sehr schwach wirksam wäre. Besonders die Probleme des vorbeugenden Gesundheitsschutzes scheinen vonseiten des Ministeriums für Gesundheitswesen nicht mit allem Nachdruck ausgewertet und verfolgt zu werden. Betrachtet man die Arbeit des Ministeriums, so merkt man bereits bei der Durchsicht der Geschäftsverteilung innerhalb des Ministeriums, dass den Disziplinen, die sich mit vorbeugendem Gesundheitsschutz befassen, ein relativ kleiner Raum in der Arbeit des gesamten Ministeriums zukommt. Eigentlich gibt es nur die staatliche Hygieneinspektion, wenn man von dem Sektor ambulante Versorgung absieht, die sich mit diesen Problemen des eigentlich größten Anteils unserer Bevölkerung, den Gesunden, befasst. Spöttisch wird daher häufig das Ministerium für Gesundheitswesen in Fachkreisen auch das Ministerium für ›Krankheitswesen‹ genannt. Was in der Tat seinem Arbeitsstil viel eher entspräche als seine wirkliche und offizielle Bezeichnung. Die Ursache dafür liegt bereits darin, dass von der Tradition her der deutsche Mediziner glaubt, sich im Wesentlichen mit dem kranken Menschen befassen zu müssen. Lediglich einige, wenig umfangreiche Zweige der Medizin, wie die Sozialhygiene, zum Teil die Kinderheilkunde, vielleicht die Sportmedizin haben von jeher Interesse für den gesunden Menschen, seine Entwicklung und die Verhütung von Krankheiten gehabt.

Selbst die Hygiene, die in Deutschland ihre Wiege hatte, ist im Wesentlichen mikrobiologisch orientiert. D. h. sie versucht die Bakterien als Ursache der Krankheit zu sehen, die Bakterien als Ursache der Krankheit zu vernichten und ihr Eindringen in den Körper zu verhüten. Eigentlich sollte es sich die Hygiene, deren Übersetzung ja lautet ›Wissenschaft von der Gesundheit‹, viel mehr zu ihrer Aufgabe machen, im echten Sinne das gesamte Leben der Menschen zu beeinflussen. Es geht also nicht nur darum, sich auf den Begriff Krankheit und Entstehung der Krankheit allein zu orientieren, sondern es geht darum, von vornherein das Gesamtmilieu optimal zu gestalten. Es müsste also vom Begriff Gesundheit und Erhaltung der Gesundheit ausgegangen werden und nicht, wie es zzt. doch besonders bei den älteren Medizinern der Fall ist, von dem Begriff Krankheit und ihrer Verhütung.

Naturgemäß hinterlässt eine Erziehung der deutschen Mediziner im Sinne ›Medizin als mit der Krankheit eng verknüpft‹ oder ›allein mit der Krankheit verknüpft‹ auch solche Auswirkungen. Kürzlich schrieb Professor Neubert[4] in der ›Humanitas‹,[5] dass nun die alten Professoren mit ihrer Ausbildung aus der Weimarer Zeit und aus den früheren Jahren der deutschen Medizin abtreten würden, dass an ihre Stelle neue treten. Aber man sollte sich davor hüten zu glauben, dass diese Neuen einen neuen Arbeitsstil und neuen Arbeitsinhalt mitbringen würden, denn sie wären ja durch die Alten erzogen worden und setzten deren Traditionen wiederum fort. Hier scheint ein gewisser Circulus vitiosus vorzuliegen, der offensichtlich weder allein vonseiten der Mediziner noch allein vonseiten der Hochschullehrer durchbrochen wird. Es zeigen sich zwar häufig Tendenzen, die im Sinne einer stärkeren Propagierung des wirklichen echten Gesundheitswesens laufen. Diese Tendenzen sind zumeist Einzelerscheinungen und ergreifen noch nicht den gesamten Kaderkreis der Mediziner und ihrer Helfer.

In diesem Zusammenhang muss auch erwähnt werden, dass die oben erwähnten gesetzlichen Bestimmungen unseres Staates zum Schutze der Gesundheit der Werktätigen durchaus nicht in ausreichendem Maße ihren Niederschlag in den Einrichtungen des Gesundheitswesens finden. Zum Beispiel zur 7. Durchführungsbestimmung zum Gesetz über die weitere Verbesserung der Lage der Arbeiter und der Rechte der Gewerkschaften,[6] kurz genannt: ärztliche Reihenuntersuchung, wäre zu sagen, dass sie fast nirgends einwandfrei durchgeführt wird. In der Durchführungsbestimmung wird festgelegt, dass sich ein ganz bestimmter Kreis von Werktätigen, darunter alle Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr und alle Frauen mit bestimmten schweren Arbeiten, einer jährlichen Reihenuntersuchung zu unterziehen hat. Diese Reihenuntersuchungen werden fast nirgends hundertprozentig durchgeführt. Nicht allein das, auch die Befunde dieser Reihenuntersuchungen führen in den wenigsten Fällen dazu, dass wirklich eine exakte Überprüfung stattfindet und dass die notwendigen Konsequenzen für den einzelnen Werktätigen oder aber auch für das Arbeitsmilieu in einem Gesamtbetrieb gezogen werden.

An dieser einseitigen Ausrichtung auf das Erkennen von Krankheiten und deren unmittelbare Heilung leidet auch die Arbeit der Arbeitssanitätsinspektion.[7] Die Arbeitssanitätsinspektionen in den Bezirken haben eigentlich die Aufgabe, gesundheitliche Schäden durch das Arbeitsmilieu zu registrieren, die Folgerungen zu ziehen und mithilfe der staatlichen Organe und der Wirtschaftsorgane das gesamte Arbeitsmilieu so zu verändern, dass es den optimalen Gesundheitszustand der Werktätigen garantiert.

Ähnliches gilt auch für die gesamten gesetzlichen Grundlagen auf dem Gebiet des Jugendgesundheitsschutzes und etwa auch auf dem verwandten Gebiet der Sportmedizin. Es soll hier das Beispiel der regelmäßigen Reihenuntersuchung der Jugendlichen herangezogen werden. Die Jugendlichen (schulpflichtige) werden grundsätzlich zu Beginn ihrer Schulzeit, in der 4. und in der 8. Klasse und bei Schulabgang untersucht. Selten werden aus diesen Untersuchungen Konsequenzen gezogen. So lagern z. B. im Ministerium für Gesundheitswesen seit einigen Jahren, seit Bestehen der entsprechenden Untersuchungsbögen, Unterlagen nach einem völlig veralteten und überholten Schema, das erst jetzt durch Frau Dr. [Name 1] vom Institut für Sozialhygiene an der Akademie für ärztliche Fortbildung überarbeitet wird.

Diese Angaben sind an sich von ihrer Fragestellung her schon relativ uninteressant und schlecht aufgebaut. Aber diese Angaben sind immerhin etwas, was wir in ca. 15 Jahren Jugendgesundheitsschutz haben. Konsequenzen sind allerdings aus diesen Angaben noch niemals gezogen worden. So war das Ministerium für Gesundheitswesen praktisch nicht in der Lage einer Anfrage des Staatlichen Komitees für Körperkultur und Sport nachzukommen, das eine Analyse des derzeitigen Gesundheitszustandes der Jugendlichen verlangte. Eine erstmalige echte Analyse oder wenigstens ein Querschnitt, der im gewissen Sinne als repräsentativ gelten kann, ergab sich durch die Musterungsuntersuchungen, die zumindest bestimmte Jahrgänge der männlichen Jugendlichen auf ihren Gesundheitszustand überprüften. Diese Untersuchungen zeigten alarmierende Ergebnisse. Ein Großteil der Jugendlichen litt unter Haltungsschwächen; Herz- und Kreislauferkrankungen waren durchaus nicht selten. Ein Großteil der Jugendlichen konnte aus gesundheitlichen Gründen nicht für den Ehrendienst in der Nationalen Volksarmee tauglich geschrieben werden.

Theoretisch hätte das Ministerium für Gesundheitswesen bei einer sinnvollen Bearbeitung seiner Jugendgesundheitsschutzbögen und der entsprechenden Statistiken viel eher auf die Alarmsignale aufmerksam werden müssen. Da die Bögen aber grundsätzlich nicht bearbeitet wurden, sondern bis zum heutigen Tage im Archiv liegen, konnte das an sich vorauszusagende Ergebnis der Musterungsuntersuchungen nicht rechtzeitig proklamiert werden. Wir müssten theoretisch in der Lage sein, mit den derzeitigen Kapazitäten im Jugendgesundheitsschutz Grundsätzliches auszusagen über den Gesundheitszustand der heranwachsenden Jugendlichen. Wir müssten orientieren können über allgemeine, zu verallgemeinernde Erscheinungen, wir müssten vor allen Dingen einen wirklichen Kampf gegen eventuelle Schwächen und Mängel führen, um künftig nicht eine Bevölkerung von Rentnern, sondern eine Bevölkerung von gesunden, im höchsten Sinne leistungsfähigen Bürgern zu haben.

Auf den Gesundheitszustand der Werktätigen direkt zurückkommend, wäre zu bemerken, dass allein in den Arbeitssanitätsinspektionen, die ebenfalls auf einen gesetzlichen Erlass unserer Regierung und ihrer Sorge um unsere Werktätigen zurückzuführen sind, ein wesentliches Instrument zur Verbesserung des Gesundheitszustandes liegen könnte. In der Realität sieht es aber so aus, dass die Arbeitssanitätsinspektionen zwar in jedem Bezirk sesshaft sind, aber nur sehr unterschiedlich wirksam werden. Zum Beispiel arbeitet die Arbeitssanitätsinspektion in dem bedeutenden und großen Industriebezirk Halle kaum. Ein außerordentlich schlechtes Arbeiten der Arbeitssanitätsinspektionen ist, zumindest noch vor einem Jahr, in den ländlichen Nordbezirken zu verzeichnen gewesen. Gute Beispiele zeigen die Arbeitssanitätsinspektionen Dresden und die Arbeitssanitätsinspektionen in Berlin, die zumindest in Bezug auf die Untersuchungstechnik und die Ausstattung ein relativ modernes Niveau haben.

Die Arbeitssanitätsinspektionen sind Einrichtungen, die das kapitalistische Westdeutschland bis zum heutigen Tage nicht besitzt. Wenn wir eine sinnvolle Anleitung für die Arbeitssanitätsinspektionen geben würden und eine gleichzeitige Vereinheitlichung ihrer Arbeitsmethodik und ihrer Arbeitsziele herbeiführten, könnten wir mithilfe dieser Instrumente eine noch wirksamere politische Aussage erreichen.

In den vergangenen Jahren, seit Aufbau der Arbeitssanitätsinspektionen im Jahre 1956, war die Entwicklung der einzelnen Arbeitssanitätsinspektionen zweifellos völlig spontan dem jeweiligen Interesse der Leiter der Arbeitssanitätsinspektionen überlassen. Hinzu kommt, dass qualifizierte arbeitshygienische Fachärzte ohnehin nicht zur Verfügung standen und dass das Niveau der meisten Leiter der Arbeitssanitätsinspektionen zunächst das eines praktischen Arztes oder das eines Betriebsarztes war.

Durch Qualifizierungsmaßnahmen wurde das Niveau allerdings wesentlich gehoben, sodass wir heute auf einen gewissen Kaderstand zurückblicken können. Es fehlte aber völlig eine Orientierung vonseiten der zentralen Leitung über die derzeitigen Schwerpunkte, über die notwendigen Dinge, die geleistet werden müssten an Arbeiten, und über die grundsätzliche Zielsetzung. Es fehlte darüber hinaus auch der enge Kontakt zu den Organisationen der Werktätigen. Ich möchte hier nicht nur die Partei der Arbeiterklasse, sondern vor allem die Arbeitsschutzinspektionen beim FDGB nennen. Die grundsätzliche kollektive Zusammenarbeit mit den Betrieben und auch mit den Betriebsärzten wurde vernachlässigt.

Inwieweit die zentrale Leitung hier Schwächen aufweist, zeigt z. B. folgender Fakt: Bei den Räten der Bezirke befindet sich als direktes Referat der Abteilung Gesundheitswesen ein Referat Betriebsgesundheitswesen. Dieses Betriebsgesundheitswesen hat als Aufgabenstellung den gesamten Gesundheitsschutz der Werktätigen. Ihm unterstanden teilweise auch die Betriebspolikliniken, Betriebssanitätsstellen usw., die man als ambulante Einrichtungen des Gesundheitswesens bezeichnen möchte. Die Arbeitssanitätsinspektionen, die sich ebenfalls direkt an den Gesundheitsschutz der Werktätigen und der Verhinderung gesundheitlicher Schäden durch schädliches Milieu zu beteiligen haben, waren diesem Referat nicht direkt untergeordnet oder beigeordnet, hatten auch in den seltensten Fällen mit ihm enge Berührung, sondern wurden als nachgeordnete Einrichtung und 4. Abteilung dem Bezirkshygieneinstitut beigeordnet. Praktisch war das allerdings so, dass ein Teil der Arbeitssanitätsinspektionen auf seine Selbstständigkeit beharrte und ein anderer Teil in dem Zentralen Institut für vorbeugenden Gesundheitsschutz, nämlich dem jeweiligen Bezirkshygieneinstitut, aufging. Auf diese Weise konnten einfach aufgrund des Fehlens einer klaren Organisation die Arbeiten des Betriebsgesundheitsschutzes und der Arbeitssanitätsinspektion in vielen Bezirken nicht einwandfrei koordiniert werden.

Die Arbeitsschutzinspektionen beschränken sich häufig darauf, eingehende Meldungen über Berufserkrankungen versicherungsrechtlich zu klären, aber sie gingen in den seltensten Fällen zur Verallgemeinerung ihrer Befunde und Untersuchungen und zum Kampf gegen die Schäden über.

In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass in den meisten Bezirkshygieneinstituten die Abteilungen Allgemeine Hygiene, der Wohnhygiene, Lufthygiene, Wasserhygiene usw. beizuordnen sind, nur sehr unbefriedigend arbeiten. [sic!] Grundsätzlich kommt diesen Abteilungen aber schon insofern eine Bedeutung zu, als durch die stärkere Industrialisierung immer mehr Abgase, Abwasserverunreinigungen usw. auftreten, die geeignet sind, den Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung entscheidend zu beeinflussen. Es sei hier nur auf die Theorien über die Krebsentstehung durch aromatische Stoffe, wie sie etwa in den Abgasen verschiedener Fabriken enthalten sind, hingewiesen. Auch das Auftreten von Industriestäuben, wie wir es z. B. im Raum Rüdersdorf beobachten, bedürfte einer außerordentlich intensiven Arbeit der Abteilung Allgemeine Hygiene. Die Aufgaben der Abteilung Allgemeine Hygiene überschneiden sich mit denen der Arbeitssanitätsinspektionen. Aber trotzdem ist vonseiten der staatlichen Leitung keinesfalls festgelegt worden, welche Aufgaben die Arbeitssanitätsinspektionen mit übernehmen könnten, und es ist hier keine klare Verantwortlichkeit für die einzelnen Dinge festgelegt worden. Als Ergebnis ist zu buchen, dass sich eigentlich um diese Fragen kaum jemand kümmert und wenn, dann nur sehr sporadisch und sehr individuell interessiert.

Im Ministerium für Gesundheitswesen bestand bis zu diesem Jahr in der Hauptabteilung Organisation Gesundheitsschutz, Sektor ambulante Versorgung, auch ein Referat Sportmedizin, das zur Aufgabe hatte, die gesamte sportmedizinische Betreuung in der Republik zu organisieren. Die Unfähigkeit dieses Referats war (trotz guten Wollens seiner Kader, darunter des langjährigen Referatsleiters, Kollegen [Vorname Name 2]) darin begründet, dass es praktisch überhaupt nicht in der Lage war, nach unten zu wirken. Es konnte erst über sämtliche Instanzen und Zuständigkeitsbereiche, über den Minister an die Bezirke und von dort weiter ab die Bezirkssportärzte, seine Ratschläge bzw. Weisungen erteilen.

Das Referat führte ein ausgesprochenes Schattendasein, trotz der immer stärker zunehmenden Bedeutung der Sportmedizin, die zum Teil als direkte Medizin der Zukunft bezeichnet wird, weil sie sich speziell mit den Gesunden, den uns absolut und außerordentlich interessierenden Bevölkerungsteil befasst. Diesem Zustand wurde inzwischen, auf Initiative des Staatlichen Komitees für Körperkultur und Sport, durch Bildung des sportmedizinischen Dienstes mit einer entsprechenden Leitung Rechnung getragen. Es ist nur zu bedauern, dass bei der derzeitigen Tendenz des Ministeriums für Gesundheitswesen als eines Ministeriums für ›Krankheitswesen‹ dieser Zweig der Medizin praktisch isoliert wurde und einer anderen Institution beigeordnet wurde, die primär zumindest mit den Bereichen der Medizin keine Berührung hat. Die Sportmedizin wäre, als eine methodische Disziplin zur Beobachtung des Gesundheitszustandes Gesunder, durchaus in der Lage, befruchtend auf die klinischen Disziplinen und deren derzeitige Tendenz einzuwirken. In diesem Sinne hat man wahrscheinlich auch daran gedacht, die Herausgliederung der Sportmedizin aus dem Ministerium für Gesundheitswesen nur als vorübergehend zu gestalten. Die enge Verbindung zwischen Sportmedizin und Jugendgesundheitszustand und Jugendgesundheitsschutz ist ohnehin eklatant. So geht z. B. ein großer Teil der Jugendlichen durch die sportärztlichen Beratungsstellen und wird dort, genau wie beim Jugendgesundheitsschutz, untersucht. Eine Korrelation der entsprechenden Untersuchungsergebnisse existiert bis zum heutigen Tage nicht, obwohl sie eine gute Information über die allgemeine biologische Tendenz bei den heranwachsenden Jugendlichen in unserem Staat geben würde. Auch die Fragen der Schulturnbefreiungen, die in Bezug auf die körperliche Erziehung der jungen Menschen von Bedeutung sind, werden heute keineswegs koordiniert und von beiden Disziplinen zusammen bearbeitet. Es ist also offensichtlich, dass auch hier keine klaren Abgrenzungen geschaffen sind, dass hier die Kompliziertheit der Situation vermutlich verhindert, ökonomisch und wirksam zu arbeiten.

In Medizinerkreisen, besonders bei den aufgeschlossenen und fortschrittlichen Medizinern, wird häufig über diese Situation diskutiert. Es liegt besonders den politisch bewussten und aufgeschlossenen Kollegen nahe, ein Gesundheitswesen in unserer Republik mit aufbauen zu helfen, das den Bedürfnissen unserer Menschen voll gerecht wird. In diesem Sinne sehen wir eine stärkere Hinwendung auf den vorbeugenden Gesundheitsschutz ohne Vernachlässigung der klinischen Disziplinen als außerordentlich wichtig und notwendig an. In der Vergangenheit wurde häufig damit argumentiert, dass eine solche Orientierung nicht eher möglich wäre, als bis wir etwa so viel Kader besäßen, wie die Sowjetunion oder die Tschechoslowakei, die uns auf diesen Gebieten wesentlich voraus sind.

In der Zwischenzeit hat sich besonders nach der Konsolidierung der Verhältnisse im Jahre 1961 die Kadersituation auf dem medizinischen Gebiet außerordentlich gebessert. Viele Hundert Absolventen verlassen jährlich die Hochschulen und können im Gesundheitswesen eingesetzt werden. Die Lücken der Weltkriege sind zum Teil geschlossen und werden durch die Absolventen überbrückt. Es ist eine Situation entstanden, in der wir heute schon wesentlich mehr Kader zur Verfügung haben, als das etwa vor fünf Jahren der Fall war, vor allem Kader, mit denen wir fest rechnen können, da wir keine Verluste durch Republikfluchten oder ähnliche Ereignisse, wie sie in der Vergangenheit auftraten, zu verzeichnen haben werden. Es wäre verständlich und auch notwendig, wenn diese jungen Kader, die jetzt in das berufliche Leben treten, von vornherein an den Universitäten auf die notwendige Tendenz des Gesundheitswesens (unter Berücksichtigung der wertvollen Traditionen der deutschen Medizin, die den neuen gesellschaftlichen Verhältnissen mehr anzupassen ist) orientiert werden. In der Realität sieht es aber so aus, dass die jungen Mediziner im Wesentlichen zwar ein gewisses Fachwissen besitzen, dieses Fachwissen aber einseitig auf die alte, klinische Orientierung gerichtet ist.

Immer wieder stoßen wir auf völliges Unverständnis, wenn wir die Probleme des vorbeugenden Gesundheitsschutzes den jungen Pflichtassistenten nahezubringen versuchen. Bereits auf der Universität wird hier also viel versäumt. Darüber hinaus hat man es vonseiten der zentralen Leitung bis heute kaum verstanden, ein Programm zu entwickeln, das wirklich konkret die Aufgaben eines Mediziners in Bezug auf den vorbeugenden, behandelnden und nachsorgenden Gesundheitsschutz aufteilt. Es gibt bis heute keinerlei klare Hinweise, in welcher Weise nun wirklich prophylaktisch gearbeitet wird. In diesem Sinne fehlt von vornherein eine entsprechende Orientierung in der Arbeit der Bezirkskrankenhäuser, der Kreiskrankenhäuser, schließlich aber auch der ambulanten Behandlungsstellen.

Einige Tendenzen lassen darauf schließen, dass zumindest die Medizinalstatistik, die an sich wenig entwickelt ist, auf einen Stand gebracht wird, der zumindest eine relativ moderne Fragestellung enthält. In den letzten zwei Jahren hat sich das Gesundheitswesen vorwiegend mit ökonomischen Statistiken befasst. Sicherlich sind damit auch Erfolge erzielt worden. Viel größere Erfolge könnten wir aber damit erzielen, wenn, wie etwa im Jugendgesundheitsschutz, wirkliche Statistiken als Querschnittsaussagen angefertigt würden, diese Querschnittsaussagen auch in der direkten operativen Arbeit und in der Anleitung vonseiten der zentralen Leitung verwandt würden. In diesem Zusammenhang muss auch auf die Bestrebungen hingewiesen werden, die eine Umgestaltung der Studienpläne der Medizinstudenten an den medizinischen Fakultäten zum Inhalt haben. Interessanterweise wird in diesen Studienplänen wieder nicht die Rolle des Arztes als Verantwortlichen der Gesellschaft gegenüber für alles Gesundheitliche herausgearbeitet.

Es kommt eigentlich nur eine größere Verbindung mit der Praxis zum Tragen, im Gegensatz zu den früher vorwiegend theoretischen Ausbildungen. Wenn wir in der täglichen Arbeit im Gesundheitswesen vermissen, dass der Arzt aus der lediglichen Einstellung dem Fall gegenüber einen geistigen Standpunkt zur gesamtgesellschaftlichen Situation, zumindest auf seinem Gebiet, einnimmt, so müsste das seinen Niederschlag vor allem in der gesamten Ausbildung und Erziehung der Medizinstudenten finden. Klare Tendenzen in dieser Richtung sind aber auch in den neuen Ausbildungsplänen bislang nicht zu erkennen. Durch die Uneinheitlichkeit der staatlichen Leitung, besonders auch in wissenschaftlichen Grundfragen vonseiten des Ministeriums für Gesundheitswesen, wird offensichtlich auch die starke Tendenz der Mediziner zum Individualisieren unterstützt. Sie gestattet eigentlich jeden Wissenschaftler bzw. medizinischen Kader, auf eigene Faust seinen Beruf durchzuführen. Selbstverständlich soll hier nicht alles schematisiert werden, aber es muss gewisse Grundtendenzen geben, Grundrichtungen, bei denen jedem einzelnen Vertreter eines bestimmten Faches im Rahmen des Ganzen eine Rolle zugesprochen wird.

Es scheint, als würde bis heute die echte Verbindung zwischen den einzelnen Fachdisziplinen der Medizin deshalb nicht vorhanden sein, weil vielen die Gesamtzusammenhänge und die Grunddialektik des medizinischen Arbeitens nicht klar sind. Häufig ist zu beobachten, dass z. B. Chirurgen und Internisten voneinander nicht sehr viel wissen, ganz zu schweigen von kleineren Fächern, die, wie z. B. die Hygiene, ungewollt klein sind. Die Mediziner werden so einseitig spezialisiert und ausgebildet, dass ihnen häufig der Kontakt und auch die Zusammenarbeitsmöglichkeiten zu anderen Disziplinen völlig unklar sind. Durch ein stärkeres komplexes Arbeiten vonseiten der zentralen Leitung wäre diesen Tendenzen vermutlich zu begegnen.

Wenn hier von der notwendigen Orientierung auf das gesamtgesellschaftliche Interesse bei der Erziehung und Ausbildung der jungen Medizinstudenten gesprochen wurde, so muss auch einiges gesagt werden zu dem Verhalten des Gesundheitsministeriums gegenüber der jungen medizinischen Intelligenz. Meines Wissens hat bis zum heutigen Tage keinerlei Aktivität des Ministeriums in dieser Richtung stattgefunden. Weder gab es eine Konferenz etwa zu Fragen der jungen medizinischen Intelligenz noch wurden junge Intelligenzler bzw. junge Mediziner in genügendem Maße bei Auslandsreisen, bei Auszeichnungen u. ä. Dingen berücksichtigt. Besonders in dem Aspekt des Jugendkommuniqués der Partei scheint hier eine wesentliche Wandlung im Arbeitsstil des Ministeriums notwendig zu sein.[8] Die jungen und sehr jungen Mediziner werden in Kürze mindestens drei Viertel des gesamten Kaderstandes des Gesundheitswesens ausmachen und weder von der zentralen Leitung noch von der Bezirksebene oder gar auf Kreisebene wird zielgerichtet mit diesen Menschen gearbeitet, die schon auf der Universität eine ungenügende Ausbildung im gesellschaftspolitischem Sinne erhalten haben.

Vielleicht noch etwas zur charakteristischen Lage der jungen Mediziner. Man verlangt nach Absolvierung des Studiums die Einsicht in die gesellschaftliche Notwendigkeit, aus dem häufig liebgewordenen Universitätsort überzuwechseln in die oft ländliche Praxis. Für viele junge Mediziner bedeutet das einen außerordentlichen Eingriff in ihre persönlichen Verhältnisse, die sie nicht als angenehm empfinden. Sie kommen automatisch in eine gewisse Oppositionsstellung, die sich allerdings unter dem Eindruck der Arbeit und dem Kontakt mit ihren Patienten und Menschen ihres neuen Wirkungsbereiches häufig von selbst wieder löst. Wenn in entsprechender Weise in der Peripherie draußen in der Praxis mit den jungen Kadern gearbeitet würde, wäre es, wie an Beispielen zu beweisen wäre, durchaus möglich, viel mehr junge Menschen für die Arbeit, fern von der Großstadt, auf dem Lande oder in kleineren Industrieorten zu gewinnen. Man könnte, wenn man ihnen die Vielfalt der Arbeit in der Praxis aufzeigen würde, der Tendenz entgegenwirken, die heute in fast allen europäischen Ländern sichtbar ist, dass ein Arzt sein Arbeitsfeld lediglich in der großen und übergroßen Klinik, wie der Universitätsklinik, haben kann. Man könnte entgegenwirken auch dem merkwürdigen Vorurteil, dass nur der Krankenhausarzt ein wirklich echter Arzt wäre im Gegensatz zum praktischen Arzt draußen auf dem Lande. Durch die Schaffung des Facharztes, praktischer Arzt, hat man einiges in dieser Richtung getan, aber es wäre noch viel, viel mehr zu tun, wenn man die Persönlichkeit der praktischen Ärzte und darüber hinaus der ambulant tätigen Fachärzte durch die Ausweitung ihrer Arbeit im gesellschaftspolitischen Sinne unterstützen würde.

Um auf die typische Situation nach Beendigung der Pflichtassistentenzeit an einem festgelegten, häufig nicht genehmen Ort, zurückzukommen, wäre Folgendes zu bemerken. Nach Beendigung der Pflichtassistentenzeit hat der junge Arzt ein praktisches Jahr zu absolvieren. In diesem praktischen Jahr wird er häufig ohne fachliche Anleitung seinem Schicksal auf irgendeiner Außenstelle, einer Landpraxis überlassen. Er darf dort schalten und walten wie er will und wird in keiner Weise, in den meisten Fällen zumindest ist es so, angeleitet. Es fehlt neben der fachlichen Anleitung auch die weltanschauliche Anleitung. Es ist demzufolge nicht zu verwundern, dass ein gewisses Gefühl der geistigen Unsicherheit und Leere entsteht, das die Tendenz, zurück[zukehren] in die Klinik und nur in der Klinik [zu] arbeiten, noch außerordentlich verstärkt.

Zusammenfassend wäre im Interesse der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens unter den gegenwärtigen Möglichkeiten zu fordern, dass eine stärkere Einwendung der zentralen Leitung zu den realen Verhältnissen und Gegebenheiten erfolgen müsste. Es sollte einiges unternommen werden, um durch organisatorische Maßnahmen die Verhältnisse auf dem Gebiet des Gesundheitswesens einfacher zu gestalten und damit in ihrer Wirksamkeit intensiver. Es sollte in Anbetracht der Kadersituation und der Altersgruppenzusammensetzung der Kader besonderes Augenmerk auf die Arbeit mit der jungen medizinischen Intelligenz gelegt werden.
In der gegenwärtigen Situation könnte bei besserer Nutzung der vorhandenen Möglichkeiten viel mehr erzielt werden als das der Fall ist. Im gesamten Gesundheitswesen sind viele unerschlossene Potenzen vorhanden, deren Nutzbarmachung die notwendige Umgestaltung des Gesundheitswesens im Sinne der gesellschaftlichen Verhältnisse fördern müsste ...«

Anlage zur Information Nr. 69/64

Betr.: Bericht des IM »Sulky« der BV Frankfurt/O.
Hauptabteilung V/1 | Berlin, den 14.1.1964 [9] | 1. Neiber [10] sprechen / am 21.1.1964 gesprochen, einverstanden | 2. Information umarbeiten an Genossen Hager[11]
An Einzelinformation 69/64[12]
Der Bericht des IM »Sulky« der BV Frankfurt/O.[13] beschäftigt sich mit verschiedenen Grundfragen der Arbeit unseres staatlichen Gesundheitswesens. Er geht dabei vom Gesichtspunkt der Durchsetzung von Maßnahmen nach unten aus und zeigt, dass diese grundsätzlichen Fragen entweder gar nicht oder verstümmelt ankommen.
Folgende Komplexe werden behandelt:

1. Arbeit des Ministeriums für Gesundheitswesen ist zu sehr auf die Behandlung kranker und zu wenig auf die Vorbeugung beim gesunden Menschen ausgerichtet. Das beginnt an den Hochschulen, wo klinische Fächer überbetont werden, d. h. alte Traditionen werden gepflegt, Krankheiten zu heilen.
2. Die Gesetze werden ungenügend beachtet, wie z. B. bei der tatsächlichen Durchsetzung der Reihenuntersuchungen bestimmter Berufsgruppen, aller Jugendlichen und Frauen mit schwerer Arbeit usw. Dem IM kommt es dabei vor allem auf eine exakte Auswertung de Untersuchungsergebnisse an, die durch eine sinnvolle Statistik den Arbeitssanitätsinspektionen und allen anderen zentralen Institutionen richtige Aussagen zur künftigen Veränderung geben. Er versucht das am Ergebnis der Musterungsuntersuchungen zu beweisen, wo er feststellte, dass aufgrund falscher, veralteter Fragebogen der Jugendgesundheitsfürsorge erst jetzt bei der Musterung, die nach modernen Gesichtspunkten erfolgt, festgestellt wird, dass ein hoher Prozentsatz Jugendlicher Haltungs- sowie Herz- und Kreislaufschäden aufweist, bei früherer Erkennung hätten geheilt werden können.
3. Arbeit der Arbeitssanitätsinspektionen und der Hygieneinstitute, die sich in vielen Fragen überschneiden.
4. Jugendkommuniqué und Arbeit des staatlichen Gesundheitswesens mit der jungen Intelligenz.

Zu allen Fragen nimmt der IM Stellung, versucht zu zeigen, wie es aussieht und macht Angaben, wie es verändert oder verbessert werden könnte.
Da der Bericht uns nur zur allgemeinen Information dient, der Abteilung Gesundheitspolitik im ZK aber m. E. einige Anregungen geben würde, wird vorgeschlagen, den Bericht dem Leiter der Abteilung, Genossen Dr. Hering,[14] kurzfristig zur Kenntnis zu geben.
Mit Ausnahme der 1. Seite, die umgeschrieben werden müsste, kann der Bericht unverändert weitergegeben werden. Die Gefahr einer Dekonspiration besteht nicht.
Müller[15] | Hauptmann

1
Verordnung zum Schutze der Jugend vom 15. September 1955 (Gesetzblatt Teil I Nr. 80, S. 641–643).

2
Gesetzbuch der Arbeit vom 12. April 1961 (Gesetzblatt Teil I Nr. 5, S. 27–48).

3
Verordnung zum Schutze der Arbeitskraft vom 25. Oktober 1951 (Gesetzblatt Nr. 127, S. 957–965).

4
Rudolf Neubert, Jg. 1895, Arzt, Sozialhygieniker, 1952–63 Professor für Sozialhygiene an der Universität Jena.

5
Neubert, Rudolf: Ist die Klinik noch Mittelpunkt der Medizin? Notwendige Bemerkungen zur Erziehung der neuen Ärztegeneration. In: Humanitas v. 30.10.1963.

6
Die Verordnung über die weitere Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen der Arbeiter und der Rechte der Gewerkschaften vom

10.12.1953 (GBl. 1953, S. 1219) war eine der Konsequenzen des Aufstandes vom 17.6.1953. In ihr und ihren zahlreichen Durchführungsbestimmungen wurden Lohn-, Renten-, Arbeits- und Gesundheitsschutzbedingungen auf betrieblicher Ebene festgelegt, auf ihrer Grundlage wurden Arbeiterwohnungsgenossenschaften gebildet. Vgl. Deich, Ingrid; Kohte, Wolfhard: Betriebliche Sozialeinrichtungen. Wiesbaden 2013 (Beiträge zu den Berichten zum sozialen und politischen Wandel in Ostdeutschland; 6), S. 139. Sie wurde zwar 1961 durch das Gesetzbuch der Arbeit ersetzt, einige ihrer Durchführungsbestimmungen blieben aber in Kraft, so auch die 7. DB über Ärztliche Reihenuntersuchungen der Arbeiter vom 23.6.1955 GBl I 1955, S. 502–513).

7

Die Arbeitssanitätsinspektionen wurden mit der 8. DB zur Verordnung über die weitere Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen der Arbeiter und der Rechte der Gewerkschaften vom 9.6.1956 (GBl. I 1956, S. 546) eingerichtet. Sie untersuchten die arbeitshygienischen Verhältnisse in den Betrieben und analysierten den Gesundheitszustand der Beschäftigten. Sie wirkten parallel zu den Arbeitsschutzinspektionen. 1966 wurden sie in Bezirksinspektionen Gesundheitsschutz in den Betrieben umbenannt. Vgl. Wienhold, Lutz: Arbeitsschutz in der DDR. Kommunistische Durchdringung fachlicher Konzepte. Hamburg 2014, S. 165.

8

»Der Jugend Vertrauen und Verantwortung«. In: Dokumente der SED. Bd. IX, Berlin 1965, S. 679–706; vgl. Schuster, Ulrike: Die SED-Jugendkommuniqués von 1961 und 1963. Anmerkungen zur ostdeutschen Jugendpolitik vor und nach dem Mauerbau. In: Jahrbuch für zeitgeschichtliche Jugendforschung 1994/1995. Berlin 1995, S. 59–75. Vgl. auch Florath, Bernd: Einleitung 1965. In: Die DDR im Blick der Stasi 1965. Die geheimen Berichte an die SED-Führung. Berlin 2014, S. 18 f.

9

Den Erledigungsvermerken zufolge ist diese Anlage nicht mit der Information rausgegangen, sondern beschreibt lediglich ihr Zustandekommen. Sie ist aber bei der ZAIG mit der Information gemeinsam abgelegt worden, um die Genesis dieser unüblichen, offensichtlich wörtlichen Wiedergabe eines IM-Berichtes für den Fall späterer Nachfragen nachvollziehbar zu machen.

10

Gerhard Neiber, Jg. 1929, 1960–80 Leiter der BV Frankfurt/O. des MfS.

11

Handschriftlicher Erledigungsvermerk.

12

Handschriftlicher Erledigungsvermerk von dritter Hand – offenbar als Anweisung zur Ablage bei der ZAIG.

13

Zum IM »Sulky« vgl. Verwaltungsgericht Berlin: Urteil vom 28. März 2008. Az. 9 A 12.04, http://openjur.de/u/277716.html (= openJur 2012, 8242).

14

Werner Hering, Jg. 1930, 1959–81 Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik des ZK der SED.

15

Werner Müller, Jg. 1930, hauptamtlicher MfS-Mitarbeiter seit 1950, 1962–68 stellv. Leiter der HA V/1 (ab 9.3.1964: XX/1) des MfS.

© Copyright by Stasi-Unterlagen-Archiv.