Von konditionierten Ratten und gestressten Werktätigen

Rudolf Baumann und der Stress- und Umweltdiskurs in der DDR

Bernd Gausemeier

On Conditioned Rats and Stressed Workmen. Rudolf Baumann and the Discourse About Stress and Environment in the GDR

The emergence of cardiovascular diseases from stress, i.e. psychosocial pressure, was a constitutive element in the international medical discourse of the 1960s and 1970s. This article describes an East German variant of the stress discourse, developed by Rudolf Baumann and his associates at the Institute for cortico-visceral pathology and therapy in Berlin-Buch. The group sought to develop a genuinely materialist approach to the problem of psychosocially caused diseases, as well as ways of therapy and prevention suited to a socialist health system. At the same time, it was constantly drawing on Western concepts and practices. By examining this project in international context, congruences and differences between Eastern and Western perceptions of the stressful effects of industrial society are worked out. Furthermore, the article discusses that the concept of stress implied ambitious programs for social prevention and therapy, the realization of which in both political systems was constrained by the social reality.

Keywords: Stress, Hypertension, Health system of the GDR, Prevention, Psychosomatic medicine, Neurophysiology

Die Entstehung von Herz- und Kreislaufkrankheiten durch Stress, das heißt psychosoziale Belastungen, war in den 1960er und 1970er Jahren ein bestimmendes Element des internationalen medizinischen Diskurses. In diesem Artikel wird eine ostdeutsche Variante des Stressdiskurses thematisiert, die von Rudolf Baumann und seinen Mitarbeitern am Institut für kortiko-viszerale Pathologie und Therapie in Berlin-Buch entwickelt wurde. Die Gruppe versuchte, ebenso einen dezidiert materialistischen Zugang zum Problem psychosozial bedingter Krankheiten zu entwickeln wie Therapie- und Präventionskonzepte, die sich in das sozialistische Gesundheitssystem einfügten. Zugleich griff sie beständig auf westliche Begriffe und Praktiken zurück. Durch eine internationale Kontextualisierung des Projekts werden Übereinstimmungen und Unterschiede der östlichen und westlichen Wahrnehmung belastender Auswirkungen der Industriegesellschaft herausgearbeitet. Ferner wird gezeigt, dass das Stresskonzept ein anspruchsvolles Programm sozialer Prävention und Therapie implizierte, dessen Realisierung in beiden politischen Systemen enge Grenzen gesetzt waren.

Schlüsselwörter: Stress, Hypertonie, DDR-Gesundheitswesen, Prävention, Psychosomatik, Neurophysiologie

Die Entwicklung der Lebenswissenschaften in den 1960er und 1970er Jahren stand in einem vielschichtigen Wechselverhältnis mit dem aufkommen- den Diskurs über die gefährdete Umwelt. Agrarwissenschaften und Öko- logie wurden von Fragen der Landschaftszerstörung sowie der Belastung von Gewässern und Äckern durch Chemieprodukte ebenso beeinflusst wie

die biomedizinischen Disziplinen durch die verstärkte Wahrnehmung der von Abgasen, synthetischen Nahrungszusätzen oder ionisierender Strahlung ausgehenden Gesundheitsrisiken.¹ Es war jedoch nicht allein die Bedrohung des menschlichen Körpers durch sichtbare und unsichtbare toxische Nebenwirkungen der Industrialisierung, die den biowissenschaftlich-medizinischen Umweltdiskurs antrieb. Auch psychophysische Belastungen durch die modernen Arbeits-, Verkehrs- und Kommunikationsverhältnisse wurden als pathogenes Moment der technisierten Zivilisation wahrgenommen. Bereits vor dem Zweiten Weltkrieg in verschiedenen Formen einer psychosomatischen Medizin angelegt, prägte diese Denkrichtung seit den 1950er Jahren unter dem Schlagwort „Stress“ sowohl fachmedizinische als auch populärwissenschaftliche Diskussionen.² Der Stressdiskurs gilt gemeinhin als genuin westliches, speziell nordamerikanisches Phänomen, das eine Bewusstseinskrise der beschleunigten Leistungs- und Konsumgesellschaft widerspiegelt. Wie viele Krisendiskurse, die der westliche Kapitalismus in seiner Boomphase hervorbrachte – Energiekrise, Umweltkrise – machte aber auch der Stress nicht an der Grenze zum sozialistischen System halt.³ In diesem Artikel wird die Entwicklung einer Forschungsklinik in der DDR beschrieben, deren Problembereich, Arbeitsweise und Zielsetzungen in vieler Hinsicht jenen westlicher Mediziner ähnelten, die sich am Stresskonzept orientierten. Das von dem Internisten Rudolf Baumann (1911–1988) geleitete „Institut für kortiko-viszerale Pathologie und Therapie“ (IkvPT) in Berlin-Buch behandelte innere Krankheiten, insbesondere Bluthochdruck und Diabetes mellitus, auf Grundlage der Annahme, dass diese zu einem großen Teil psychogen bedingt waren. Die theoretische Basis hierfür bildete die in den 1950er Jahren in der Sowjetunion dogmatisierte, mit dem Namen Iwan P. Pawlows verbundene Pathophysiologie, nach welcher inneren Krankheiten stets Fehlfunktionen des zentralen Nervensystems zugrunde lagen. Baumanns Institut verfolgte den – in der DDR-Medizin keineswegs vorherrschenden – Anspruch, einen genuin sozialistischen Ansatz medizinischer Theorie und Praxis zu realisieren; einen vor allem ideologisch motivierten Sonderweg repräsentierte es darum jedoch nicht.⁴ In den 1960er und 1970er Jahren entwickelten sich die Konzepte des IkvPT immer deutlicher in Auseinandersetzung mit analogen westlichen Diskussionen, wobei insbesondere die Begriffe „Stress“ und „Umwelt“ eine zentrale Rolle einnahmen.

Das IkvPT bietet insofern eine Parallelerzählung zu einer wohlbekannten Entwicklung der westlichen Medizin und Wissenschaft. Sein Programm stand im Zeichen der Idee, dass die körperliche Gesundheit weitgehend von psychosozialen Faktoren abhing und unter den Bedingungen einer beschleunigten Zivilisation neuartigen, starken Belastungen ausgesetzt war. Es bewegte sich allerdings in einem politisch-ideologischen Rahmen, der

spezifische Grenzen für das Sag- und Machbare setzte. In diesem Sinne wird verfolgt, inwiefern sich die von den MedizinerInnen des IkvPT vertretenen pathogenetischen Vorstellungen von jenen westlicher Kollegen unterschieden oder mit ihnen konvergierten, speziell, wie sie die diskursiven Schlüsselbegriffe des Stress und der Umwelt adaptierten oder umdefinierten. Ferner wird dargestellt, durch welche experimentellen Praktiken sie versuchten, ihr spezifisches Konzept einer umweltbedingten Pathogenese zu untermauern, und schließlich, wie sich die daraus abgeleiteten therapeutischen und prophylaktischen Strategien in ein Gesundheitssystem einfügten, das den Anspruch erhob, gerechter, umfassender und nachhaltiger zu sein als jenes der kapitalistischen Länder. Diese Perspektive soll nicht voraussetzen, dass der Gegensatz der Systeme jeden Aspekt dieses medizinischen Theorie- und Praxisfeldes durchdrang. Vielmehr wird sie verdeutlichen, dass das Verhältnis zwischen Organismus und Umwelt in Ost und West auf ähnliche Weise thematisiert wurde, da beide Seiten vor ähnlichen gesundheitspolitischen Herausforderungen standen. Systemübergreifend waren auch die Probleme, die bei der Umsetzung der aus dieser Wahrnehmung abgeleiteten medizinischen Konzepte auftraten, da sie zwangsläufig nicht auf die Klinik beschränkt bleiben konnten, sondern weitreichende Eingriffe in die Lebens- und Arbeitsbedingungen einforderten.

Geburt einer sozialistischen Vorzeigeklinik

Im Herbst 1955 besuchte Konstantin Bykow (1886–1959), Direktor des Instituts für Physiologie des Zentralnervensystems der Akademie der medizinischen Wissenschaften der UdSSR und einer der mächtigsten Männer der sowjetischen Medizin, die Hauptstadt der DDR. Mit besonderem Interesse begutachtete er eine kleine Spezialabteilung des städtischen Krankenhauses Berlin-Buch, die von dem Internisten Rudolf Baumann geleitet wurde. Baumann war, wie viele führende Mediziner der jungen DDR, großbürgerlicher Herkunft, positionierte sich aber durch frühzeitigen Beitritt zur SED klar für den neuen Staat. Es war nicht allein politische Anpassungsfähigkeit, sondern auch sein Erfolg als Klinikorganisator, der ihn in den Nachkriegsjahren im Berliner Gesundheitswesen schnell aufsteigen ließ; 1951 wurde Baumann Leiter der I. Medizinischen Klinik im Bucher Krankenhauskomplex (Baumann 2004). Dort richtete er die Klinische Forschungsabteilung für Schlaftherapie ein, in welcher in Anlehnung an Konzepte von Bykows Lehrer Iwan P. Pawlow innere, vermeintlich nervös bedingte Krankheiten durch lange, medikamentös oder durch akustische Reize ein-

geleitete Schlafphasen behandelt wurden. Baumann hatte die 40-Betten-Forschungsklinik nach Anregungen auf einer UdSSR-Studienreise eingerichtet. Laut Lokalpresse lobte Bykow die Station als perfekte Umsetzung der Pawlowschen Therapieideen, die sich auch sowjetische Mediziner zum Vorbild nehmen sollten (Anonym 1955). Baumanns Spezialklinik war ein Vorzeigeobjekt des noch immer von kriegsbedingten Lücken geplagten DDR-Gesundheitswesens. Im gleichen Jahr führte ein kurzer DEFA-Dokumentarfilm vor, wie ein von Erschöpfungssymptomen geplagter Arbeiter in einem gediegenen Einzelzimmer eine exklusive Langschlaftherapie erhielt. Tatsächlich waren die Räume des am Rand des Bucher Stadtforstes gelegenen Krankenhauspavillons schallisoliert und mit Klimaanlage zur Herstellung eines individuell anpassbaren „Schlafmilieus“ versehen.⁵ Bei Zuschauern, die mit der Realität von Durchschnittskrankenhäusern vertraut waren, dürfte der Film ungläubiges Erstaunen ausgelöst haben. Er ließ sie vermutlich auch mit der Frage zurück, was genau, und warum, die teilweise ganztägigen Schlafphasen heilen sollten, und welche Rolle dabei die Ideen des großen Sowjetwissenschaftlers Pawlow spielten, welche unvermeidlich durch einen Hund symbolisiert wurden, der an der Seite des Klinikleiters durch das Bild wedelte.

„Heilung durch Schlaf“ war ein zentrales Moment der pathophysiologischen Lehren, die unter Berufung auf die Arbeiten Iwan P. Pawlows (1849–1936) in der Sowjetunion propagiert wurden. 1949 wurden die Ideen des berühmtesten russischen Physiologen in den Rang eines parteioffiziellen Dogmas für die sowjetische Medizin erhoben (Pollock 2006, 136–158; Todes 1995). Die verbindliche Lesart wurde von Bykow vorgegeben: Nach dieser war der Schlüssel zu nahezu allen pathogenetischen Prozessen in der Großhirnrinde zu suchen. Grundlegende physiologische Prozesse wurden demnach nie autonom durch endokrine oder nervöse Regulationssysteme, sondern immer durch den Kortex vermittelt gesteuert. Die Analogien zur stalinistischen Diktatur, in der ein politisches „Großhirn“ alle Vorgänge im politischen Körper kontrollierte, sind offenkundig (Rüting 2002: 279–282, 286). Die von Bykow als „kortiko-viszeral“ bezeichnete Physiologie postulierte ferner eine einheitliche materialistische Basis für alle pathologischen Vorgänge, womit rein somatische oder kausal nicht eindeutig definierte Erklärungen als „idealistisch“ disqualifiziert waren.

Die DDR folgte dem sowjetischen Vorbild mitinigem zeitlichen Abstand. Eine im Januar 1953 vom Gesundheitsministerium in Leipzig abgehaltene große Pawlow-Tagung bildete den ziemlich abrupten Beginn einer kurzen, aber intensiven Kampagne zur Durchsetzung pawlowianischer Prinzipien in Medizin, Physiologie und Psychologie (Busse 1998: 155–156). Die Pawlow-Propaganda war Bestandteil des ersten ernsthaften Versuches von Partei und Staat, Naturwissenschaften und Medizin konzeptionell zu

beeinflussen. Die Deutsche Akademie der Wissenschaften (DAW) erhielt vom ZK der SED die unmissverständliche Aufforderung, sich stärker an der Sowjetwissenschaft zu orientieren – das beinhaltete neben der Ausrichtung am pawlowianischen Dogma vor allem eine Übernahme der Vererbungslehren Trofim Lyssenkos (1898–1976).⁶ Maxim Zetkin, leitender Beamter im Gesundheitsministerium und führender Kopf der Pawlow-Kampagne, kritisierte die DAW heftig für ihr fehlendes Engagement und forderte den Aufbau eines „Pawlow-Instituts“ (Zetkin 1953). Diese nachdrückliche Forderung fand 1954 Eingang in die Entwicklungskonzeption der DAW; die Pläne kamen aber nie über den Status eines Papiertigers hinaus, da die Vertreter von Akademie und Ministerium vergeblich nach ausreichend qualifizierten Leitungskadern fahndeten.⁷ Zudem hatten nur wenige Mediziner pawlowianisch fundierte Ansätze anzubieten. Der Leipziger Psychiater Dietfried Müller-Hegemann, ein weiterer Exponent der Kampagne, bemühte sich um ihre Einführung in die Psychotherapie (Scholtz & Steinberg 2011). Wie Baumann setzte er dabei auf die Schlaftherapie, ein Verfahren, das von zentraler Bedeutung für die Pawlow-Schule war, aber nicht allein von dieser praktiziert wurde. In den 1920er Jahren wurde sie, in Verbindung mit Schlafmitteln, zunächst psychiatrisch eingesetzt (Kroker 2007: 188–189); Pawlow-Schüler gingen dazu über, Schlaftherapien auch bei somatischen Krankheiten wie dem Bluthochdruck zu erproben. Baumann übernahm das Verfahren erstmals für jene Krankheit, auf die er seine Abteilung in den Nachkriegsjahren vornehmlich ausrichtete, den Diabetes mellitus. (Baumann 1953: 987). Nach dem pawlowianischen Konzept wirkte die Schlaftherapie nicht einfach durch längere körperliche Entspannung. Stoffwechsel- oder Gefäßkrankheiten lagen demzufolge Neurosen zugrunde, die durch Überlastungen bestimmter reizverarbeitender Areale der Hirnrinde entstanden. Langfristige Schlafphasen sollten die so entstandenen „Hemmungen“ im Kortex lösen, oft ergänzt durch positiv besetzte akustische Reize.

Baumanns Projekt profitierte eindeutig von der Pawlow-Konjunktur der spätstalinistischen Jahre. Trotz allgemeiner Ressourcenknappheit erhielt das Institut innerhalb kurzer Zeit einen Neubau, nachdem der alte Pavillon nach nur einem halben Jahr voller Betriebsfähigkeit 1956 völlig ausgebrannt war. Der Bauhausarchitekt Franz Ehrlich (1907–1984) entwarf einen außergewöhnlichen Flachbau, in dem die 30 Einzelkrankenzimmer und Behandlungsräume nach Art einer Klosteranlage um einen großzügigen, begrünten Innenhof gruppiert waren (Wolff & Kalinich 2006: 178). Kurz nach Fertigstellung des Hauses im Sommer 1958 wurde das kostspielige Institut von der Berliner Gesundheitsverwaltung an die DAW übergeben;⁸ drei Jahre später wurde es in das medizinisch-biologische Forschungszentrum der DAW integriert, dessen Hauptcampus ebenfalls in Buch, wenn

auch in einiger Entfernung lag. Als Akademieinstitut genoss das IkvPT privilegierten Zugang zu Forschungsmitteln und qualifizierten Mitarbeitern. Eine anerkannte Spitzenstellung auf seinem medizinischen Fachgebiet garantierte dies jedoch keineswegs. Der Einfluss der Pawlow-Bewegung, von dem das Projekt profitiert hatte, begann Mitte der 1950er Jahre bereits zu schwinden; die Errichtung eines größeren „Pawlow-Instituts“ in der DAW verschwand schrittweise von der Agenda.⁹ Die Orientierung am sowjetischen Trend war damit kein wissenschaftspolitisches Kapital mehr, sondern weckte vielmehr die Abwehrreflexe vieler Kollegen. Nachdem das IkvPT zu Beginn der 1960er Jahre seinen Themenschwerpunkt auf den Bluthochdruck verlagert hatte, war es nominell ein Zentrum der DDR-Kreislaufmedizin; in der Fachgemeinschaft blieb es jedoch fast völlig isoliert. Die zuständigen Fachgremien machten aus ihrer Abneigung gegen das Bucher Institut keinen Hehl und kritisierten dessen Forschungsprogramm sowie klinisches Betreuungspotential als überdimensioniert.¹⁰ Mehr noch als an Baumanns eigenwilligem Ansatz lag dies daran, dass das IkvPT für die Universitätsmediziner eine überzogene Privilegierung der Akademie verkörperte. Der führende Herzspezialist der Berliner Charité, Harald Dutz (1914–2010), attackierte 1963 in einer Planungsdebatte nicht explizit, aber deutlich erkennbar die Bucher Forschungsklinik als Inbegriff einer Ressourcenverschwendung, die zulasten grundsätzlicher Aufgaben in den Universitätskliniken ging (Rat 1963: 76–77).

Der Vorwurf war nicht aus der Luft gegriffen. Baumanns Institut verfügte zu Beginn der 1960er Jahre über mehr als 150 Mitarbeiter, davon etwa 50 Wissenschaftler. Auch wenn dieses Potential teilweise den Patienten des Bucher Stadtklinikums zugute kam, musste dies bei 30 Betten und überschaubarer poliklinische Aktivität luxuriös erscheinen.¹¹ Neben einer ausdifferenzierten klinischen Betreuungsstruktur umfasste es mehrere Arbeitsgruppen, die ausschließlich oder überwiegend tierexperimentell forschten. Seine exzellente forschungstechnische Infrastruktur ermöglichte avancierte elektrophysiologische Eigenentwicklungen.¹² Alle diese Ressourcen wurden für ein Problem eingesetzt, das in den Augen der Universitätskliniker nicht zu den dringendsten der Kreislaufmedizin gehörte – die Erforschung der Entstehung milder schwerer Formen von Hypertonie, speziell durch psychische Faktoren.

Verdrahtete Gehirne, simulierte Umwelten

Der pawlowianische Grundsatz, dass organische Krankheiten nur durch Fehlschaltungen im Gehirn chronisch werden, war für Baumann eine theo-

retische Basis, aber kein unbedingtes Dogma. Einerseits ging er davon aus, dass die im Mittelpunkt seiner Tätigkeit stehenden Krankheiten, Diabetes mellitus und Hypertonie, nicht ausnahmslos zentralnervös bedingt waren, sondern nur bestimmte Formen, die sich zumeist in einem frühen Lebensalter entwickelten. Auch diese waren für ihn keineswegs allein aus zentralnervösen Mechanismen, sondern nur aus einem Wechselspiel von endokrinen Faktoren, Blutstoffwechsel und Hirntätigkeit zu verstehen (Baumann 1953). Der Ansatz des IkvPT bestand darin, die Pathogenese der fraglichen Krankheitsformen genauer zu bestimmen und entsprechende Therapiekonzepte abzuleiten.

Wie erwähnt, war die klinische Praxis des Instituts zunächst durch die Schlaftherapie definiert, zu der ab Mitte der 1950er Jahre auch psychotherapeutische Verfahren traten – mithin durch ein Therapiekonzept, das nichtinvasive, möglichst nichtmedikamentöse Praktiken betonte. In merklichem Kontrast hierzu stand das Ausmaß an Technik, das zur Weiterentwicklung der theoretischen Basis aufgeboren wurde. Es war für ein internistisches Institut ungewöhnlich, im Rahmen der kortikoviszeralen Theorie aber völlig folgerichtig, dass dabei die Elektroencephalographie (EEG) eine Schlüsselrolle spielte. Wurzelten körperliche Krankheiten in funktionellen Veränderungen der Hirnrinde, waren diese möglicherweise durch die Ableitung von Hirnströmen nachweisbar. Das IkvPT konnte dabei an eine lokale Tradition anknüpfen, da das Bucher Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung in den 1930er Jahren maßgeblich zur Entwicklung der Technik beigetragen hatte (Borck 2005: 163–171). Ende der 1950er Jahre sah Baumann den EEG-Standort Buch wieder an der Spitze der internationalen Entwicklung, vor allem dank eines vom Dresdener Ingenieur Manfred von Ardenne (1907–1997) gelieferten Hochleistungsoszillographen, der eine bis dahin unerreichte zeitliche Auflösung von EEG-Signalen ermöglichte (Baumann 1959). Trotz dieser Technik blieben Hinweise auf neuroelektrische Reaktionsmuster, die mit spezifischen pathologischen Prozessen verbunden waren, aus. Stattdessen bewegte sich das Institut erstaunlich weit auf Fragen der hirnphysiologischen Grundforschung zu, etwa der Veränderung von Hirnaktivitäten während des Schlafes oder der Wechselwirkungen zwischen endokrinen und zentralnervösen Prozessen.¹³ Tierexperimentelle Messungen ergaben bis dahin unbekannte Unterschiede zwischen den Aktivitäten in Hirnrinde und Subcortex, insbesondere während des Schlafes. Für Baumann wiesen die Befunde darauf hin, dass der Subcortex als eine Art neuronaler Puffer den Cortex auf ein gleichmäßiges Erregungsniveau einstellte. Das implizierte eine Modifikation der kortikoviszeralen Regulationstheorie, da sich die neuronale Verfestigung eines pathologischen Musters offenbar nicht allein in der Hirnrinde abspielte (Baumann 1964). In diesem Sinne änderte Baumann einige Jahre die

Bezeichnung seines Ansatzes von „kortiko-viszeral“ in „zerebro-viszeral“, um die Funktionseinheit des gesamten Gehirns zu betonen.

Ab Ende der 1960er Jahre traten diese neurophysiologischen Grundlagenarbeiten jedoch in den Hintergrund, wozu sicherlich betrug, dass sie in der internationalen Fachgemeinschaft kaum Widerhall fanden. Vor allem aber lieferten sie zu den spezifischen neurologischen Mechanismen, die den untersuchten Krankheitsprozessen zugrunde lagen, ebenso wenig verwertbare Hinweise wie hinsichtlich der Frage, welche äußeren Reize diese Prozesse auslösten. Diese pathogenetischen Probleme ließen sich auch durch Beobachtungen an Patienten kaum vertiefen. Die IkvPT-Patienten wurden mit allen verfügbaren technischen Mitteln analysiert; neben Blutdruckwerten und Stoffwechselfparametern wurden auch routinemäßig EEG-Frequenzen sowie Elektrokardiogramme erhoben. Aus der über Jahre generierten Datenflut konnten Zusammenhänge zwischen hämatologischen, endokrinen und neurologischen Prozessen abgeleitet werden; hierfür wurden Ende der 1960er Jahre erstmals in der DDR computergestützte Methoden der multivariaten Statistik genutzt (Baumann et al. 1969; Baumann 2002). Die Ergebnisse erlaubten, die pathogenetische Entwicklung der Hypertonie genauer zu spezifizieren und Beziehungen zu anderen pathologischen Erscheinungen aufzuzeigen; die auslösenden Faktoren blieben jedoch unsichtbar. Sie waren allein durch tierexperimentelle Modellierung greifbar.

Das umfangreiche experimentelle Programm des baumannschen Instituts kreiste um zwei Probleme: einerseits dem Nachweis der körperlichen, speziell der zentralnervösen Prozesse, die bei bestimmten Reizen hypertensive Zustände einleiteten; andererseits die Simulation von Reizkulisen, wie sie beim Menschen als hypertoniiefördernd vermutet wurden. Die erstgenannte Frage wurde möglichst an „höheren“ Säugetieren untersucht. Nachdem anfänglich mit Hunden experimentiert wurde, verlegte sich das Institut Ende der 1960er Jahre auf Rhesusaffen, von denen man eine eigene kleine Kolonie aufbaute. Während die Tiere belastenden Test- oder Konkurrenzsituationen ausgesetzt waren, wurden neurophysiologische Reaktionen direkt durch EEG gemessen (Baumann et al. 1976). Entsprechende Versuche erbrachten Hinweise darauf, dass die Tiere in extremen Angst- oder Wutsituationen, entsprechend der kortikoviszeralen Annahmen, neben Kreislauf-Dysregulationen auch auffällige zentralnervöse Muster zeigten. Es ließen sich auf diesem Wege aber keine verstetigten Zustände erzeugen, die der nervlich bedingten Hypertonie beim Menschen vergleichbar waren (Nitschkoff et al. 1970: 1968). Außerdem waren die Versuchssituationen hochgradig artifiziell, da die EEG-verdrahteten Tiere zumeist fixiert wurden.

Um jene Neurosen-auslösenden Situationen nachzustellen, welche vermeintlich zur dauerhaften Deregulation des Blutdrucks führten, bedurfte es flexiblerer Ansätze. Die von Karl Hecht geleitete experimentell-physiologische Abteilung des IkvPT griff auf Ratten zurück, um ein ganzes System von Simulationsszenarien zu entwickeln. Die Versuchsgrundlagen waren klassisch pawlowianisch. Die Ratten wurden auf eine bestimmte Reizsituation „konditioniert“, in der ein akustisches oder optisches Signal (der „bedingte Reiz“) mit einem „unbedingten“ positiven oder negativen Reiz (etwa Futtergabe oder ein körperlicher Schmerz) gekoppelt war. Schauplatz der Versuche war eine in der Abteilung gebaute „Pawlowkammer“, eine Art volltechnisiertes Terrarium, in dem verschiedene Reiz-Reflex-Situationen eingeübt sowie der Ablauf ausgelöster Reaktionen unmittelbar gemessen und registriert werden konnte (Hecht & Bielecke 1960). In der Pawlow-Kammer ließen sich die konditionierten Reflexmuster mit anderen belastenden Faktoren kombinieren, so etwa, indem die Auswirkung negativ konnotierter Reize auf den bereits medikamentös beeinflussten Rattenkreislauf gemessen wurde (Hecht et al. 1965). Auch die Einübung von Reflexmustern selbst konnte in eine pathogene Stresssituation verwandelt werden. Bei der Konditionierung auf bestimmte Abwehrreflexe bildeten die Tiere verfehlte oder übersteigerte Reaktionsformen aus, wenn sie sehr starken und häufigen unbedingten Reizen ausgesetzt waren; zusätzlich zu diesem „neurotischen“ Verhalten zeigten sie, ganz im Sinne der kortikoviszeralen Theorie, auch einen chronisch überhöhten Blutdruck (Hecht et al. 1971).

Es ist bezeichnend für die pathogenetischen Vorstellungen des bauhmannschen Instituts, dass Hecht diesen Effekt als „fehlgesteuertes Lernverhalten“ bezeichnete. Es ging um die Ausbildung normaler sensorischer oder motorischer Tätigkeiten, die sich erst durch das Hinzutreten extremer oder irritierender Bedingungen mit neurotischen Reaktionsweisen verbanden. Ob sich aus kurzen, starken Belastungen von Nerven und Kreislauf bleibende „Fehlregulationen“ entwickelten, hing ferner davon ab, wie die Tiere die Situationen verarbeiten konnten. Hecht betonte in vielen seiner Rattenversuche den Einfluss von Lebenslage und Sozialverhalten auf die Reaktionsausbildung. So fielen die „Lernerfolge“ bei Reiz-Reaktions-Konditionierungen wesentlich besser aus, wenn die Tiere die Zeit zwischen den Versuchen in größeren Gruppen verbrachten, als wenn sie isoliert und beengt gehalten wurden. Es waren demnach „die sozialen Kommunikationsbeziehungen“ in der Rattengruppe, welche es den Tieren ermöglichte, die Negativverfahren besser zu verarbeiten (Hecht et al. 1974).

Es ist offensichtlich, dass es in diesen Versuchen um mehr ging als die Definition bestimmter pathologischer Reaktionen auf bestimmte sensorische Reize. Sie bezogen das Krankheitsgeschehen auf die gesamte psychosoziale Situation der Tiere. Hecht begriff die Experimente gar als Beiträge

zu einer „marxistischen Sozialpsychologie“, ohne dass sie jedoch einen rein verhaltensbiologischen Charakter annahmen. Sie unterschieden sich deutlich von den Rattenkolonien amerikanischer Soziobiologen, in welchen Aggressionsverhalten und Gruppenbildung unter Bedingungen der Übervölkerung und Knappheit, das heißt der verslumten Großstadt simuliert wurden (Ramsden 2011). Hechts Ratten lebten demgegenüber in geordneten sozialistischen Verhältnissen, sie waren lernende Mitglieder einer Gemeinschaft, deren Reaktionen auf ungewohnte Extremsituationen anhand klar definierter Verhaltensmuster gemessen wurden. Sie sollten die Wechselwirkungen zwischen einer belastenden Lebensumwelt und dem Organismus repräsentieren, jedoch stets in Bezug auf ein bestimmtes pathophysiologisches Reaktionsmuster. Die Ratten in der Pawlowkammer und die verdrahteten Rhesusaffen verkörperten gleichwohl ein Phänomen von grundlegender gesellschaftlicher Bedeutung. Die Reizquälereien, denen sie ausgesetzt wurden, ließen sich unter einen in der westlichen Medizin sehr umstrittenen, aber wirkmächtigen Begriff bringen: Stress. Indem sie die Frage nach der psychophysischen Bedingtheit körperlicher Krankheiten stellte, wies die kortikoviszerale Theorie zwangsläufig Überschneidungen mit dem Konzept „Stress“ auf. Tatsächlich tauchte das Wort „Stress“ seit Mitte der 1960er Jahre vermehrt in Publikationen des Baumann-Institutes auf; dabei fand zunächst aber kaum eine nähere Auseinandersetzung mit dem westlichen Modebegriff statt. Während nämlich die Begriffe Stress oder „Stressor“ als rein versuchstechnische Bezeichnung für pathogene sensuelle Reize zwanglos in ein pawlowianisches Theoriegebäude integrierbar waren, barg der Rückgriff auf die theoretische Basis westlicher Stresskonzepte ideologische Reibungspunkte.

Stress, idealistisch und materialistisch

Die pawlowianische Pathophysiologie war nur einer von verschiedenen Versuchen, die Entstehung organischer – insbesondere kardiovaskulärer oder krebsartiger – Krankheiten durch mentale und emotionale Faktoren zu erklären. In den USA entwickelte der Physiologe Walter B. Cannon (1871–1945) in den 1920er Jahren eine Krankheitstheorie, nach der psychische Belastungen zu Störungen im zentralen Nervensystem und mittelbar auch im endokrinen System führten (Jackson 2013: 70–75; Kury 2012: 56–63). Auf dieser Grundlage konnte in den 1950er Jahren, maßgeblich durch die Arbeiten des ungarisch-kanadischen Endokrinologen Hans Selye (1907–1982), der Begriff des pathogenen „Stress“ seinen Siegeszug antreten. Von Selye und Anhängern zunächst als ein durch vernünftiges

Selbstmanagement beherrschbares Problem der kapitalistischen Arbeitswelt konzipiert, entfaltete der Begriff Stress seit den 1960er Jahren in Medizin und Öffentlichkeit eine starke zivilisationskritische Dynamik; zugleich wurde er zum Leitbegriff einer präventionsorientierten Gesundheitspolitik (Hofer 2014: 395–396). In Deutschland überformte diese Entwicklung die seit der Zwischenkriegszeit einflussreichen Strömungen einer psychosomatischen Medizin, die sich als Gegenbewegung zu einer die in den Augen ihrer Vertreter einseitig naturwissenschaftlich orientierten, die Individualität des Patienten ignorierenden modernen Medizin verstand.¹⁴

Nach den Vorstellungen von Selye, dem wichtigsten Stichwortgeber des Stressdiskurses, führten mentale Stresswirkungen stets über eine endokrine Deregulation zur körperlichen Krankheit. Das widersprach der pawlowianischen Grundidee, dass verfestigte physiologische Fehlsteuerungen nur zentralnervös begründet sein konnten. Baumann bezog sich in den 1970er Jahren offen und überwiegend positiv auf Selyes Ideen. Er stellte das Konzept einer hormonalen Deregulation nicht in Abrede, betonte aber das Verdienst seines Instituts, dieses durch die Verbindung mit dem Prinzip der zentralnervösen Steuerung erst auf die Füße (was in diesem Fall bedeutete: auf den Kopf) gestellt zu haben.¹⁵ Bei aller Annäherung an westliche Deutungsmuster, die Baumann vollzog, blieb der eigenständige Kern seiner Position stets das Beharren auf der entscheidenden Rolle des Gehirns für den Krankheitsprozess. Krankheiten wie Diabetes und Hypertonie waren demnach nicht einfach eine Folge falscher Ernährung, fehlender Aktivität oder schlechter Gene. Ihre tieferen Gründe konnten in allen Faktoren liegen, welche die kognitiven Prozesse beeinflussten, also letztlich in allen Momenten der sozialen Umwelt.

Angesichts der politischen Implikationen seiner Ideen war es für Baumann unumgänglich, sich gegenüber westlichen Konzepten der Umwelt-Organismus-Beziehung zu positionieren – sei es im Sinne einer politisch-ideologischen Abgrenzung oder zur Gewinnung internationaler Anerkennung. Es lag sicherlich nicht zuletzt an der erwähnten Isolation im eigenen Land, dass er Mitte der 1960er Jahre versuchte, aktiv Anschluss an die Debatten im kapitalistischen Lager zu gewinnen. Deutlichstes Zeichen für die systemübergreifende Annäherung war das internationale Symposium „Kortiko-viszerale Pathologie, Physiologie und Therapie“, zu dem Baumann im November 1964 nach Berlin lud. Während der Großteil der Gäste aus der pawlowianischen Szene der Sowjetunion und anderer sozialistischer Staaten kam, konnten auch zahlreiche prominente Westeuropäer und Nordamerikaner gewonnen werden, darunter die Stars der EEG-gestützten Neurophysiologie, Mary Brazier und William Grey Walter. Stark vertreten waren ferner die psychosomatisch orientierten Mediziner, insbesondere aus Westdeutschland. Unter diesen Voraussetzungen konnten grundsätz-

liche konzeptionelle Konflikte nicht ausbleiben. Sie verliefen keineswegs entlang einer Ost-West-Trennlinie. Noch direkter als die Sowjetwissenschaftler attackierte der entschiedene Materialist Walter die Begriffe der Psychosomatiker als „mystisch“ oder „idealistisch“. Baumann trat dagegen als konzilianter Vermittler auf, der die trotz aller begrifflichen und theoretischen Reibungspunkte bestehenden experimentellen und therapeutischen Gemeinsamkeiten hervorkehrte. Er konnte darauf verweisen, dass viele Psychosomatiker mit pawlowianisch geprägten Laborpraktiken operierten, hätte aber auch erwähnen können, dass in seinem eigenen Arbeitskreis behavioristische Begriffe und Verfahren Einzug hielten.¹⁶

Diese Kongruenzen ermöglichten, dass Baumann in den 1960er Jahren Anknüpfungspunkte zur westlichen Psychosomatik suchte.¹⁷ Mit ihrer theoretischen Verbundenheit zur Psychoanalyse und ihrer anti-reduktionistischen Rhetorik verkörperte insbesondere die deutsche Psychosomatik prinzipiell einen Gegenpol zum scharfen Materialismus der pawlowianischen Physiologie. Neben der methodologischen vollzog sich aber auch eine politische Annäherung, da psychosomatisch geprägte Mediziner die populäre Kritik am pathogenen Potential der entfalteten kapitalistischen Konsum- und Konkurrenzgesellschaft für sich entdeckten und bemüht waren, die Gesellschaft selbst als zentrale Kategorie in ihr psychophysiologisches Denken zu integrieren. 1966 stellte die deutsche Gesellschaft für Kreislauforschung ihre Jahrestagung unter den Begriff der „Soziosomatik“. Viele der dabei präsentierten Ansätze zur experimentellen Modellierung oder zur klinischen Untersuchung der Pathogenese der Kreislaufkrankheiten wiesen erstaunliche Parallelen zu Arbeiten aus Buch oder anderen pawlowianischen Schulen auf, zumeist ohne dass dieser Bezug markiert wurde.¹⁸ Andererseits bereitete es den wortführenden Psychosomatikern merkbliche Probleme, den modischen Neologismus „Soziosomatik“ mit konkreter Bedeutung zu füllen. Der Heidelberger Physiologe Hans Schäfer (1906–2000) etwa definierte den „sozialen“ Zugang zur Krankheit vor allem als Gegensatz zu einem rein naturwissenschaftlichen, das heißt in einem allgemeinen psychosomatischen Sinne, kam dabei aber über vage Hinweise auf „schädliche Gewohnheiten“ sowie das „Verhalten des Individuums zu gesellschaftlichen Konventionen“ kaum hinaus (Schäfer 1966). Dass er dabei den Begriff der „Risikopersönlichkeit“ bemühte, verdeutlicht, dass er eher die Fehlfunktionen des Individuums als die Fehlentwicklungen der Gesellschaft insgesamt im Blick hatte. Noch deutlicher trat diese persönlichkeitszentrierte Sichtweise bei seinem Heidelberger Kollegen Paul Christian zutage. Epidemiologische Studien aus den USA und Großbritannien zeigten laut Christian, dass vor allem ein bestimmter Konstitutionstypus – der „pyknoathletische“, risikofreudig-rastlose Tatmensch – für Herz- und Gefäßleiden prädestiniert war. Aus dieser typologischen Perspektive ließen

sich auch das unterschiedliche Erkrankungsrisiko von Berufsgruppen oder die höhere Morbidität von Rauchern damit erklären, dass Risikotypen zu eben diesen Tätigkeiten oder Verhaltensweisen neigten (Christian 1966: 98–100).

Diese Tendenz in der westlichen Stressdebatte, die psychosomatische Krankheitsentstehung zwar „sozial“ zu etikettieren, aber letztlich naturalistisch abzuleiten, war für Baumann und seine Mitarbeiter ein negativer ideologischer Referenzpunkt. Allerdings spielte auch in Baumanns Theorie die psychophysiologische Disposition eine entscheidende Rolle. Die klinische Praxis hatte sich von Beginn an auf jüngere, männliche Hypertoniker mit altersuntypischen Kreislauf- und Stoffwechselanomalien konzentriert. Studien, in welchen diese leichten Stresssituationen ausgesetzt wurden – etwa in Form mathematischer Prüfungsaufgaben – zeigten eine starke Tendenz zu entsprechenden physiologischen Reaktionen. Damit verfestigte sich das Bild einer Hypertonikerpersönlichkeit, deren Nervensystem leicht zu fehlgeleiteten Reaktionsmechanismen („Maladaptationen“) neigte (Baumann et al. 1974). In den 1970er Jahren wurde dabei verstärkt eine genetische Ursache in Betracht gezogen (Schnabel & Baumann 1975), ohne dass dieser Faktor aber genauer untersucht oder besonders hervorgehoben wurde. Aus dem Befund, dass nicht jede durch Umweltbelastung gestresste Persönlichkeit gleichermaßen von „Maladaptationen“ gefährdet sei, wurde vor allem eine präventionsmedizinische Aufgabe abgeleitet. Eines der wesentlichen Ziele der Klinik bestand darin, psychophysiologische Testverfahren zu entwickeln, um Risikopersonlichkeiten rechtzeitig zu erkennen und sie durch das „Erlernen“ von Techniken zur Selbstkontrolle stressfester zu machen (Baumann 1972).

Publikationen des IkvPT zeigten oft ein deutliches Bemühen, die Pathogenese der Hypertonie nicht der „Natur“ oder dem Fehlverhalten des Einzelnen zuzuschreiben, sondern die auslösende soziale Situation – Arbeitsüberforderung, Lärm, gestörte zwischenmenschliche Beziehungen – in den Vordergrund zu stellen. Auch die differenzielle Empfänglichkeit ließ sich eher als Ausdruck sozialer denn konstitutioneller Bedingungen deuten. Hecht betonte etwa, dass aktive Menschen extreme Belastungen wesentlich besser verarbeiten konnten als passive. Als Beispiel nannte er einerseits die ungebrochene Gesundheit überlebender antifaschistischer KZ-Häftlinge sowie die angebliche Folgenlosigkeit der Kriegserfahrungen für die Kreislaufepidemiologie, andererseits Formen sozialer Deprivation wie die Rolle der untergeordneten Hausfrau oder den Ausschluss von praktischer Tätigkeit. (Hecht 1969: 13–14) Die Betonung von sozialer Unterdrückung oder Exklusion als pathogenen Momenten beinhaltete eine klare Abgrenzung gegenüber jenen Spielarten des Stressdiskurses, die sich affirmativ zur kapitalistischen Leistungsgesellschaft verhielten. Hans Selye erfreute

sich breiter Unterstützung aus dem konservativen amerikanischen Establishment, da für ihn nicht der prinzipiell produktive Arbeitsstress, sondern nur dessen destruktiv-revolutionäre Potentiale eingeeht werden mussten (Viner 1999: 398–402). Die frühe Stressdebatte war stark durch die Vorstellung geprägt, dass die „Leistungsträger“ der kapitalistischen Gesellschaft aufgrund ihrer Arbeitswut oder des auf ihnen lastenden Erfolgsdrucks zu den bevorzugten Opfern der Herz- und Kreislauferkrankungen zählten (Kury 2012: 113–121; Stoff 2018: 42–44). Ende der 1960er Jahre war dieses Bild der „Managerkrankheit“ bereits durch Studienergebnisse erschüttert, welche eine deutlich höhere Morbidität der kleinen Angestellten und Arbeiter aufzeigten. Weit davon entfernt, diese Befunde im Sinne sozialer Ungleichheit zu deuten, legte ein Hamburger Nachrichtenmagazin seinen Lesern die Interpretation nahe, dass die Entscheider der freien Wirtschaft eben gesünder lebten und bewusster mit ihren Kräften haushalteten als ihre Untergebenen (Anonym 1968).

Bei aller Abgrenzung gegenüber biologisierenden oder individualisierenden Deutungen des Stress wurde die Auseinandersetzung mit westlichen Autoren doch kaum offen politisch geführt. Ausgesprochen konfrontativ argumentierte nur Alfred Katzenstein, der Leiter der psychotherapeutischen Abteilung. Katzenstein hatte sein psychologisches Handwerk in der amerikanischen Emigration gelernt und bemühte sich nach seiner Übersiedlung in die DDR darum, sein Fach von „idealistischen“ Restbeständen zu befreien (Ash 1998: 402). Seinen Hauptfeind sah er in einer psychoanalytisch fundierten Psychosomatik, die den Patienten nur aus dem Blickwinkel kleinbürgerlicher Werte und Nöte betrachte, aber keinen Sinn für die Bedeutung sozialer Diskriminierung aufbringe. Für Katzenstein verkörperte die Betonung innerfamiliärer Konflikte oder angeborener Dispositionen das Grundübel einer nur „intrapersonell“ orientierten Ursachenforschung, die keineswegs nur die westliche Psychosomatik auszeichnete. Eine medizinische Diagnostik, die das kranke Individuum tatsächlich als soziales Wesen begriff, sah er Mitte der 1970er Jahre allgemein – und das schloss die DDR mit ein – eher als Idealbild denn als Realität an (Katzenstein 1980: 326–327). Katzensteins radikaler Ansatz, das gesamte soziale Gefüge des Patienten zu den Entstehungsbedingungen körperlicher Krankheiten zu zählen, markierte also nicht allein eine möglichst klare Abgrenzung von westlichen Deutungsmustern, sie drückte zugleich das Ziel einer völligen Umorientierung im eigenen Gesundheitssystem aus. Eine so konsequent sozialpsychologische Auslegung der zerebroviszeralen Theorie implizierte jedoch die Frage, warum die sozialistische Gesellschaft trotz ihrer prinzipiellen Vorzüge weiterhin psychogene Krankheiten produzierte.

Umwelt und Subjekt in der wissenschaftlich-technischen Revolution

Äußerten sich Baumann und seine Mitarbeiter grundsätzlich zum Stressproblem, beschrieben sie es oft als epochales Phänomen, das der gegenwärtigen Entwicklungsstufe der Produktivkräfte inhärent war. Die Industrieländer des Westens wie des Ostens befanden sich im Stadium der „wissenschaftlich-technischen Revolution“, einer sprunghaften Verbreitung neuartiger Arbeits- und Kommunikationsformen, die das Individuum sowohl mit einer „Reizüberflutung“ wie einer „Reizverarmung“ konfrontieren konnte. Waren solche Wertungen der schnelllebigen Moderne typisch für den gesamten Stressdiskurs, gab ihnen Baumann eine eigene Note, indem er sie als Bruch der Evolutionsgeschichte darstellte, eine radikale Veränderung der Umweltbedingungen, „wie sie der menschliche Organismus in seiner Phylogenese noch nie erlebt hat“.¹⁹ Baumann stellte in diesen Formulierungen aus dem Jahr 1965 erstmals den Begriff der Umwelt in den Mittelpunkt seiner theoretischen Überlegungen. Damit verdeutlichte er den gemeinsamen Nenner der experimentellen Praktiken, die sein Institut zu dieser Zeit entwickelte: sie konstruierten durch die Simulation stressender Faktoren künstliche Umwelten, die Teilaspekte der menschlichen Erfahrungsumwelt repräsentieren sollten. Baumanns historisierende Darstellung machte daraus die Konfrontation zwischen einer technisch-revolutionären Umwelt, verstanden als Gesamtheit neuartiger oder verstärkter Reizerfahrungen, und einem Subjekt, dessen Reizverarbeitungssystem noch in einer anderen Epoche konditioniert und darum der neuen Umwelt nicht ganz gewachsen war. Hecht führte für diese sprunghafte Veränderung der Reizumwelt den Temposprung vom Auto zum Flugzeug, aber auch die Produktion endloser Monotonie durch automatisierte Arbeitsplätze an (Hecht 1969: 23–24).

Obwohl das Programm des IkvPT von Beginn an um eine Auseinandersetzung mit Umwelterfahrungen kreiste, wurde der Umweltbegriff in Institutspublikationen erst um 1970 zu einem zentralen Element. Nachdem der Umweltschutz in der Verfassung von 1968 als politisches Ziel festgeschrieben worden war, war eine öffentliche Debatte über die Gefährdung von Natur und Gesundheit seitens der SED ausdrücklich erwünscht. Die DAW richtete in diesem Sinne 1971 eine interdisziplinäre Akademieklasse „Mensch und Umwelt“ (später „Umweltschutz und Umweltgestaltung“) ein, in deren Aktivitäten auch Baumann und Hecht involviert waren. Auswüchse der physischen Umweltverschmutzung konnten in diesem Kontext auch ohne einseitige Schuldzuweisungen an den Westen diskutiert werden, so lange Distanz zu Positionen gehalten wurde, die den prinzipiell segensreichen industriell-technologischen Fortschritt grundsätzlich in Frage stellten (Huff 2015: 200–210). Die prominentesten Systemkritiker der DDR soll-

ten eben diese Grenze überschreiten und den Umweltbegriff damit zum zentralen Moment des dissidenten Diskurses machen (Amberger 2014).

Die von Baumann und seinen Mitarbeitern veröffentlichten Überlegungen über Umwelt, Stress und Gesundheit waren insofern Teil einer „eingehegten“, weitgehend von Wissenschaftlern getragenen Debatte. Sie enthielten gleichwohl ideologisches Konfliktpotential. Baumanns Idee einer historischen Krise des Nervensystems wies etwa eine bedenkliche Nähe zu einer technikskeptischen Kulturkritik auf, die im Sinne sozialistischen Fortschrittsdenkens unannehmbar war. Er betonte daher in populärwissenschaftlichen Artikeln, dass mit dem Stresskonzept nicht der technische Fortschritt an sich infrage gestellt wurde, sondern nur die Notwendigkeit aufgezeigt wurde, den Menschen bewusst und sinnvoll an diesen zu adaptieren (Baumann 1972). Solche vorsichtigen Erläuterungen waren geboten, da sich um 1970 das ideologische Koordinatensystem verschob. Der von Baumann gern verwendete Begriff der „wissenschaftlich-technischen Revolution“, in den späten 1960er Jahren noch Leitmotiv der ulbrichtschen Wirtschaftsreformpolitik, geriet als Ausdruck abweichlerischen „Konvergenzdenkens“ in Verruf – das hieß einer Sichtweise, nach welcher die Entwicklung der Produktivkräfte in sozialistischen und kapitalistischen Ländern prinzipiell identisch verlief und folglich zu ähnlichen sozialen Problemen führte (Schulz 2010: 105–110). Baumann musste seine Rhetorik aufgrund dieses Richtungswechsels nicht grundlegend ändern, bekam die Folgen aber kurzfristig zu spüren. Anfang 1970 fühlte sich der neue Leiter des Bucher Forschungszentrums, Kurt Geiger, zu einem Protest gegen einen Zeitungsartikel berufen, der auf Interviewaussagen des IkvPT-Direktors beruhte. Baumann konnte den dabei erhobenen Vorwurf der ideologischen Unklarheit – auch wenn er sich nicht explizit gegen ihn, sondern den Autor richtete – nicht auf sich sitzen lassen. Ein umgehend eingeleitetes Akademieverfahren gegen Geiger leitete die baldige Amtsenthebung des übereifrigen Leitungskaders ein.²⁰ Trotz der gewonnenen Machtprobe sah sich Baumann genötigt, mögliche Missverständnisse auszuräumen. Der attackierte Artikel, der weitgehend um die Frage der menschlichen „Adaptionsfähigkeit“ in der technisierten Gesellschaft kreiste, war eigentlich arm an politischen Reizbegriffen. Ungewöhnlich war allenfalls die Formulierung, der modernen Reizflut müsse durch eine „Umerziehung“ der psychophysischen Natur des Individuums und einer „ökonomischen Steuerung der Informationsverarbeitung der Umweltreize“ begegnet werden (Mann 1970). Es entsprach nicht gerade den Grundideen marxistisch-leninistischer Theorie, einer Krise des gesellschaftlichen Seins durch eine Anpassung des individuellen Bewusstseins zu begegnen, auch wenn SED-Funktionäre der ideologisch-politischen Indoktrination selbst gerne

die Wunderkraft zusprachen, die ökonomische Basis aus den Angeln zu heben.

Baumann ging in einem einige Wochen später veröffentlichten Zeitungsinterview vor allem auf die Unterschiede zwischen kapitalistischen und sozialistischen Systembedingungen ein. Er blieb bei der „konvergenztheoretischen“ Position, dass die Werktätigen in beiden Gesellschaftsformen prinzipiell mit derselben Situation konfrontiert waren – fortschreitende Automatisierung der Produktion, ein allgemeiner Übergang von körperlicher zu geistiger Tätigkeit sowie die Beschleunigung des Informations- und Verkehrstempos zwangen sie zu einem intensiven und ständigen „Umlernen“. Grundsätzlich verschieden seien dagegen die Möglichkeiten, den hieraus entstehenden Stressschäden zu begegnen. Blieb dem Arzt unter der Herrschaft des Monopolkapitals nur die Rolle, die Arbeitskraft des Einzelnen kurzfristig wiederherzustellen, konnte der sozialistische Arzt nicht nur „den isolierten menschlichen Organismus, sondern den in der Gesellschaft verankerten aktiven Menschen“ behandeln. Er war nicht auf die rein klinische und medikamentöse Therapie beschränkt, sondern konnte das Ziel ansteuern, „die Umwelt wie auch die Haltung des Menschen gegenüber seiner Umwelt so zu verändern, wie es einer gesunden und optimalen Lebensgestaltung entspricht“ (Anonym 1970). Diese Formulierung versprühte realsozialistischen Optimismus, der ganz auf der Linie der sozialhygienischen Programmatik lag, der das DDR-Gesundheitswesen verpflichtet war: umfassender Gesundheitsschutz durch eine alle Lebensbereiche berührende Prophylaxe. Sie enthielt jedoch einen ebenso gewagten wie unklaren Anspruch. Was genau war diese „Umwelt“, die der Mediziner mitgestalten sollte? Umfasste sie die Gesamtheit der Arbeits- und Lebensverhältnisse? Wenn dies der Fall war, implizierte ein solcher Umweltbegriff eine Systemfrage: musste die Kreislaufgesundheit des unentfremdet tätigen sozialistischen Arbeiters nicht schon durch die Produktionsbedingungen und die soziale Sicherheit besser geschützt sein als die seines westlichen Pendants?

Die Ambivalenz, die in Baumanns Äußerungen angelegt war, zeigte sich in vielen Publikationen seines Hauses. Hecht, Autor zahlreicher linientreuer Traktate zur Gesundheitspolitik, betonte etwa, dass die technoindustrielle Beschleunigung im Imperialismus „infolge eines monotonen, inhaltslosen und perspektivlosen Lebens“ viel stärkere pathologische Auswirkungen zeitigte als im Sozialismus, wo die Beziehung zwischen Subjekt und Umwelt vernunftgemäß gesteuert werden könne (Hecht 1969: 56). Zugleich machte er aber deutlich, dass der verschärfte Entwicklungsstress auch die Wirklichkeit in der DDR weiter prägen werde, da der Systemwettkampf zwischen dem sozialistischen und kapitalistischen Weltsystem eine weitere Beschleunigung der „wissenschaftlich-technischen Revolution“ erzwingt (Hecht 1969: 54; Hecht 1974: 17). Dieser Umstand allein konnte

indessen nicht erklären, dass die DDR mit einem ungebremsen Anstieg der Kreislaufkrankheiten konfrontiert war. Für Hecht war dies ein Zeichen, dass das individuelle Bewusstsein mit dem gesellschaftlichen Sein nicht Schritt hielt. Der sozialistische Staat bot zwar exzellente Möglichkeiten der Gesunderhaltung; ein „noch nicht im vollen Maße entwickeltes Gesundheitsbewußtsein“ verhinderte jedoch, dass die Bürger diese ganz ausnutzten. (Hecht 1974: 11–14) Die Idee einer verzögerten Bewusstseinsentwicklung bei prinzipiell richtigen gesellschaftlichen Bedingungen war eine bequeme Erklärung für die Diskrepanz zwischen theoretischem Anspruch und gesundheitspolitischer Realität. Sie wurde auch vom Katzenstein bemüht, jedoch in einem völlig anderen und potentiell unbequemen Sinne. Er verwies darauf, dass ein großer Teil der Bürger – vor allem der Männer, die als Leitungskader und Familienväter das Klima ganzer Gruppen bestimmten – noch durch Rollenbilder und Verhaltensnormen der Vorkriegszeit geprägt sei. Eigentlich obsolete Normen wie Autoritarismus, virile „Leistungsstreberei“ und die Unterordnung von Frauen durchdrangen so weiterhin die Lebenswirklichkeit von Kollektiven. (Katzenstein 1980 [1976]: 334–335). Der Psychotherapeut stellte damit nicht nur das rosige Bild einer weitentwickelten sozialistischen Gesellschaft infrage, er offenbarte auch ein deutlich anderes Verständnis von „Umwelt“ als seine Kollegen. War die technisch-revolutionäre Umwelt bei Baumann und Hecht ein Komplex von sensuellen Reizen, speziell durch Maschinen und Medien, war die Umwelt bei Katzenstein eine soziale: Sie produzierte Druck durch spannungsgeladene zwischenmenschliche Beziehungen, die letztlich auf gesellschaftlichen Problemen basierten. So verschieden beide Lesarten der Umwelt auch waren, sie implizierten beide einen hohen Anspruch an die therapeutischen und präventiven Maßnahmen, die für einen umfassenden Schutz der Kreislaufgesundheit nötig waren.

Patienten umkonditionieren oder die Umwelt therapieren?

Wie andere medizinische Theorien, welche die Wurzeln der Kreislaufkrankheiten im Umweltstress vermuteten, führte auch der Ansatz des IkvPT zu einem Präventionskonzept, das sich tendenziell auf alle Aspekte der Lebensführung erstrecken konnte. Die konkreten Aussagen über geeignete Formen der Vorbeugung waren vielfältig und teilweise widersprüchlich. Baumanns Forderung nach einer „gesunden und optimalen Lebensgestaltung“ konnte bedeuten, dass der Arzt als väterlicher Erzieher die Hypertoniegefährdeten dazu bewegte, das vom fürsorgenden Staat bereitgestellte Angebot an sportlichen und kulturelle Aktivitäten zu nutzen

oder sich durch Hinwendung zur Natur den nötigen geistigen Ausgleich zu verschaffen (Anonym 1970). Es war jedoch nur ein kleiner Schritt vom wohlwollenden Aufruf „Jeder kann selbst etwas tun“ (Eichhorn 1972) zur Verpflichtung des Einzelnen, den eigenen Kreislauf gesund zu halten. Der eigentliche Wert der Theorie bemaß sich aber nicht an mehr oder weniger paternalistischen Präventionsideen, sondern in der therapeutischen Praxis.

In therapeutischen Fragen dominierte bei den IkvPT-Klinikern ein hartes pawlowianisches Vokabular, insbesondere der Begriff der „Konditionierung“. Nach Einschätzung von Stefan Nitschkoff, Leiter zahlreicher klinischer Studien, waren stressgeschädigte Hypertoniepatienten zumeist übermäßig ehrgeizige oder selbstkritische Charaktere, die man mit bloßen Aufforderungen zu Sport oder Spaziergängen nicht aus ihrer gesundheitsgefährdenden Arbeitsobsession herausholen konnte. Man musste ihre Einstellung „zu ihrer jeweiligen konkreten Situation [...] grundlegend ändern“, das hieß sie psychisch so „umkonditionieren“, dass sie sich überhaupt auf andere als ihre beruflichen Tätigkeiten einlassen konnten (Czerny 1972). Welche Form der „Konditionierung“ angemessen war, hing laut Nitschkoff von der individuellen psychischen Disposition ab, welche zu beurteilen letztlich eine Frage der ärztlichen Kunst war. Die IkvPT-Strategie umfasste verschiedene Therapieansätze, die vergleichend erprobt wurden; gemeinsam war ihnen, dass sie nicht an den deregulierten Blutgefäßen, sondern am Kopf ansetzen sollten. Nachdem in den 1950er Jahren von der reinen Ausrichtung auf die Schlaftherapie abgegangen wurde, blieb die Anwendung gefäßwirksamer Medikamente zwar nicht ausgeschlossen, wurde aber vor allem als Vergleichsgröße zu psychosomatischen Verfahren ausgewertet. Zum Forschungsgegenstand wurden Medikamente zeitweilig nur in einer spezifisch kortikoviszeralen Form – der Erprobung von Psychopharmaka gegen die Hypertonie.²¹ Der eigentliche Schwerpunkt lag jedoch auf verschiedenen Formen der Psychotherapie, deren Effektivität in jahrelangen Testserien an Patientengruppen abgeglichen wurde: dazu gehörte das Training mit Atementspannungstechniken, durch individualpsychologische Maßnahmen flankierte Gruppentherapien sowie Formen der Selbstkontrolle des Blutdrucks, die zumeist andere Therapieformen ergänzten. Bei Patienten, die nicht bereits an verfestigten Gefäßschäden litten, zeigten alle diese Maßnahmen positive Effekte, speziell die Anwendung von autogenem Training (Richter-Heinrich 2002: 60). Spezifisch für die kortikoviszerale Tradition waren diese Therapieformen nicht; sie waren teilweise durch Verfahren psychosomatisch orientierter amerikanischer Schulen inspiriert. Die Ideen der pawlowianischen Physiologie schienen insofern weiterhin durch, als Begriffe wie „Konditionierung“ und „Lernen“ weiterhin zentral blieben. Eine „instrumentelle Konditionierung“ wurde etwa in dem Ansatz der Blutdruckselbstbeobachtung eingebaut, indem eingeübte

visuelle Reize als erfolgsbestätigendes Signal im Falle einer Blutdrucksenkung fungierten. Nach eigenen Studienergebnissen konnten solche positiven Rückmeldungen tatsächlich den körperlichen „Lerneffekt“ steigern (Knust & Richter-Heinrich 1975). Auch die physiotherapeutischen Verfahren, die jungen Hypertonikern verordnet wurden, galten als Form psychischer Umkonditionierung. Ihre Wirksamkeit wurde nicht als Folge eines physischen Trainingseffekts, sondern psychophysiologisch als Korrektur von zentralnervösen Fehladaptationen interpretiert, die sich bei geistiger Arbeit entwickelten (Pribe et al. 1976).

Chefpsychotherapeut Alfred Katzenstein setzte weniger auf suggestive Verfahren als auf die verbale Beeinflussung der Patienten – nicht allein im Gespräch mit dem Therapeuten, sondern auch in Form gruppentherapeutischer Aussprachen. Ein wichtiger Referenzpunkt war für ihn dabei der westdeutsche Gruppentherapiepionier Horst-Eberhard Richter, für den die Kritik an der kapitalistischen Leistungsideologie ein wesentliches Element einer sozialen Therapie darstellte. Auch nach Katzenstein war die kollektive Aussprache ein Weg, den Kern der eigenen Kreislaufschwäche zu erkennen; sie sollte den Patienten helfen, diese nicht als Folge persönlicher Schwäche zu betrachten, sondern ihre Wurzeln „sowohl in ihrem weiteren gesellschaftlichen als auch im engeren familiären und persönlichen Gesamtzusammenhang zu begreifen“ (Katzenstein et al. 1981: 1170). Wenn die Ursachen im gesamten kollektiven Umfeld des Patienten lagen, konnte die Intervention durch den Therapeuten oder die Therapiegruppe jedoch nur ein Teilschritt sein. Katzensteins Idealbild einer „soziozentrierten Psychotherapie“ beinhaltete, die belastenden Konfliktfelder im sozialen Umfeld aufzuspüren und eventuell durch das Gespräch mit Vorgesetzten im Betrieb oder dem Ehepartner eine Lösung einzuleiten. Dafür musste der Therapeut zunächst die Widerstände des Patienten gegen das Verfahren überwinden, da seine „Charakterrüstung“, die Angst vor der Auseinandersetzung mit der eigenen Situation, stets den Kern des Problems ausmachte. Der Erfolg hing dabei wesentlich von der Persönlichkeit des Therapeuten ab, seiner Fähigkeit, das völlige Vertrauen des Patienten zu gewinnen. Dennoch sollte er – zumindest nach Katzensteins Selbstdarstellung – nicht die Rolle des paternalistischen Führers einnehmen. Er betonte stets, dass es darum ging, den Patienten zu „aktivieren“, ihn selbst zu einer bewussten Einstellung gegenüber der Krankheit zu bringen. Was sein sozialpsychologisches Maximalprogramm heraushob, war der Anspruch des Therapeuten, die sozialen Beziehungen hinter der Krankheit zu verstehen und möglichst auch zu reparieren – womit er in letzter Konsequenz sein Aufgabenfeld auf die ganze Gesellschaft ausdehnte.

Ähnliches galt für die Ansätze auf dem Gebiet der Prävention. Sie waren keineswegs nur auf Baumanns wolkige Einlassungen begrenzt, der Medi-

ziner müsse im Sinne der Kreislaufgesundheit auf eine „Umgestaltung der Umwelt“ hinwirken. Ende der 1960er Jahre unternahm Baumanns Institut einen Versuch, die wissenschaftliche Untersuchung einer realen Stresskategorie mit konkreter Stressbekämpfung zu verbinden. In einer Feldstudie in einem Berliner Großbetrieb wurden Blutdruck- und EKG-Messungen an Gruppen stark lärmbelasteter sowie körperlich schwer, aber lärmfern arbeitender Beschäftigter gesammelt. Sie wiesen darauf hin, dass erstere deutlichere Hypertonietendenzen aufwiesen, zeigten aber auch, dass sich der Kreislauf der belasteten Werktätigen normalisierte, wenn sie eine längere Lärmpause erhielten (Graff 1969). Mit der Thematisierung des Stressfaktors Lärm bewegten sich die IkvPT-Mediziner ganz im internationalen Mainstream; auch im Westen war eine stressende Umwelt vor allem eine lärmende Umwelt. Die arbeitshygienische Thematik des Fabriklärms gab dem Projekt eine dialektisch-materialistische Note,²² zugleich machte sie es unmittelbar anwendungsrelevant. Relativ einfache Formen des Stressmanagements, so die Botschaft, konnten langfristig die Volksgesundheit verbessern und sich kurzfristig für die Betriebe auszahlen, indem sie den Krankenstand drückten.

Schon ein so pragmatischer Vorschlag zur gesundheitsschonenden Umgestaltung der industriellen Umwelt hatte nicht unbedingt gute Chancen auf Umsetzung, erforderte er doch einen Eingriff in Produktionsprozesse. Das musste auch Karl Hecht erfahren, der sich bemühte, die in Buch entwickelten Grundlagen des Stressmanagements auf Lehrgängen für Führungskader zu verbreiten. Nach seinen Aussagen reagierten manche Betriebsleiter völlig desinteressiert; andere willigten sofort in die Umsetzung einzelner Maßnahmen ein. Es scheint, dass dies vor allem für pragmatische Lösungsangebote galt, die gut in eine geordnete sozialistische Betriebsführung passten, aber wenig kosteten, etwa die Einführung betrieblicher Sportaktivitäten oder von Rauchverboten in Versammlungen. Wie weit Hecht mit ökonomisch anspruchsvolleren Forderungen wie stressreduzierenden Pausensystemen und Veränderungen in der Betriebsküche drang, bleibt unklar (Hecht 1969: 11). Waren diese Punkte allgemein betriebshygienischer Natur, bewegte sich Hecht in einem engeren kortikoviszeralen Rahmen, wenn er eine gründliche „ideologische und fachliche“ Vorbereitung auf größere betriebstechnische Veränderungen einforderte, welche eingeübte Handlungsweisen erschüttern konnten – und somit die betriebspezifische Subjekt-Umwelt-Beziehung in Unordnung brachten. Ob mit dieser Argumentation tatsächlich etwas für die Prävention gegen stressbedingte Kreislaufleiden erreicht wurde, darf als fraglich gelten. Insgesamt zeigte die von Hecht ausgegebene Parole, dass der Weg zur gesunden Lebensführung letztlich mit der Frage „sozialistischer Bewusstseinsbildung“ zusammenfiel

(Hecht 1969: 49), wie leicht sich der weitgehende präventionsmedizinische Anspruch in politische Floskeln auslösen konnte.

Auch diese Tendenz war systemübergreifend, wie etwa die Beiträge einer 1970 von der WHO in Stockholm abgehaltenen Konferenz zum Thema Stress nahelegen. Der schwedische Stresstheoretiker Lennart Levi, der das Moment der Krankheitsentstehung durch soziale Entfremdung betonte, forderte dieser durch „social tools to promote group belonging, meaningfulness or at least various ways of coping“ entgegenzutreten. Konkreter – und nicht weit entfernt von Hechts Ausführungen – waren seine Vorschläge zur Schaffung stressfreier Arbeitsbedingungen (Kagan & Levi 1971). Sie fielen allerdings so ambitioniert aus, dass sie die Frage aufwerfen mussten, wo entsprechende Reformen – außerhalb von Musterbetrieben eines skandinavischen Wohlfahrtsstaates – umsetzbar sein sollten. Solche Ausprägungen des Stressdiskurses verdeutlichen, dass ein sehr weit gefasster Begriff „umweltbedingter“ Krankheit in letzter Konsequenz aus der Medizin heraus und in die Sphäre sozialreformerischer Pläne hineinführte – oder aber im Appell an die Verantwortung des Individuums endete. Der konservative Psychosomatiker Hans Schäfer karikierte diese Entwicklung 1976 in den Worten, der Begriff Stress sei „ein Mahner, dass unsere Leitbilder falsch sind“ und müsse folglich zu einem „Appell zu neuem Leben, zu Umkehr, zu Besinnung“ einmünden. Damit markiere er „die Endstation einer großartigen Entwicklung. Naturwissenschaft pervertiert sich, wenn man will, in Ethik“ (Schäfer 1976: 15). Schäfers Ironie zog zwar jegliche sozialmedizinische Bemühung ins Lächerliche, markierte aber gleichwohl eine dem Stressbegriff inhärente Tendenz: dass er mit theoretischer Ausweitung praktisch immer unkonkreter wurde.

Hypertonie ohne Stress

Die Rede von der Gefährdung der Gesundheit, speziell des Kreislaufsystems, durch den sozial oder technologisch bedingten Stress war in den westlichen Medien der 1960er und 1970er Jahre so verbreitet, dass der Eindruck entstehen kann, sie habe den fachwissenschaftlichen Diskurs ebenso bestimmt. Tatsächlich stand aber in den medizinischen Debatten über die wirksamsten präventiven Strategien gegen Hypertonie und koronare Herzkrankheiten nicht der Stress im Vordergrund, sondern falsche Ernährung, das Rauchen und mangelnde Bewegung. Dies galt bisweilen selbst für Mediziner, die einen „sozialmedizinischen“ Anspruch verfolgten und die Stressdebatte mittrugen.²³ Dass eher der übergewichtige als der gestresste Mensch im gesundheitspolitischen Fokus stand, ergab sich schon aus

der Macht der Statistik. Epidemiologisch waren Körpermaße oder Ernährungsmuster leichter erkennen als soziopsychologische Größen wie Büro-, Familien- oder Lärmstress. Mit der Ende der 1940er Jahre in den USA begonnenen *Framingham Heart Study* begann das Zeitalter großangelegter epidemiologischer Populationsstudien; mit ihnen etablierten sich Zigarettenrauch und fettige Ernährung als die entscheidenden Risikofaktoren für den modernen Kreislauf (Aronowitz 1998; Giroux 2012). Diese Verhaltensweisen waren auch in präventionsmedizinischer Hinsicht leichter greifbar als die unscharfe Kategorie Stress: Der Weg zu ihrer Einschränkung führte über Appelle an den selbstverantwortlichen Konsumenten statt über sozialtherapeutische Maßnahmen.

Der ernährungszentrierte Blick auf Kreislaufprobleme hatte, wie der Stressdiskurs, seine Wurzeln in der Konsumgesellschaft der USA. Dass er sich auch DDR niederschlug, war wesentlich einem Wissenschaftler zu verdanken, der ironischerweise in der Nachbarschaft des IkvPT wirkte – dem Biochemiker Albert Wollenberger, der ab 1956 ebenfalls in Buch die Arbeitsstelle für Kreislaufforschung der DAW leitete. Der ehemalige US-Emigrant war der erste Forscher, der in der DDR-Fachpresse das amerikanische Paradigma verbreitete, dass die ansteigende Herz-Kreislauf-Morbidität vor allem auf eine zunehmend fettreiche Ernährung zurückzuführen war (Wollenberger 1956; Timmermann 2012: 159–162). Wollenberger wurde darüber hinaus nicht mehr epidemiologisch tätig, war gegen Ende der 1960er Jahre aber am Import einer weiteren überseeischen Errungenschaft beteiligt, indem er Schirmherr und Gallionsfigur der Jogginginitiative „Lauf Dich Gesund“ wurde. Gegenüber den im IkvPT diskutierten Ansätzen war dieses Präventionsmodell einfach und pragmatisch: Statt auf komplexe Interventionen in Umwelt und Nervensystem setzte es auf das athletische Training der Gefäße.

Obwohl zwischen ihnen keine thematischen Berührungspunkte bestanden, wurden die Institute Baumanns und Wollenbergers 1972 zum Zentralinstitut für Herz-Kreislauf-Regulationsforschung (ZIHK) der Akademie zusammengeschlossen. Die Fusion sollte nur der Ausgangspunkt für die Schaffung eines nationalen Zentrums für Kreislaufmedizin sein, das vor allem in der DDR schwach entwickelte Bereiche wie Herzchirurgie und Angiologie, aber auch die Epidemiologie fördern sollte. Nach Wollenbergers ersten Anregungen hatte es in der DDR zunächst keine größeren Erhebungen zur Identifizierung möglicher Risikogruppen oder Studien über die allgemeine Verbreitung der Hypertonie gegeben. Mitte der 1960er Jahre begann ein Verbund universitätsmedizinischer Studiengruppen mit Stichproben an kleineren Populationen, die einfache klinisch-physiologische Tests sowie Befragungen zu Lebens- und Nahrungsgewohnheiten beinhalteten.²⁴ In den 1970er Jahren folgte eine Reihe größerer kreislaufepidemiologischer

Studien an Durchschnittsbevölkerungen verschiedener Regionen, welche durch das reformierte Bucher ZIHK koordiniert wurden.²⁵ Die Ergebnisse waren nach internationalen Erfahrungen nicht überraschend, aber für das präventionsorientierte DDR-Gesundheitssystem erschreckend: Sie zeigten, dass etwa ein Drittel der mit chronisch erhöhtem Blutdruck diagnostizierten Menschen den Befund zum ersten Mal hörten; von den bereits diagnostizierten Personen war mehr als ein Viertel noch nie behandelt worden. Diese Zahlen wurden als Warnruf aufgenommen, dass die „sich zu einer Seuche des 20. Jahrhunderts ausweitenden Herz-Kreislauf-Krankheiten“ eine ernsthafte Bedrohung für die „ungefährdete Entwicklung aller Bereiche unseres sozialistischen Lebens“ darstellten.²⁶ Eine „effektive Bekämpfung“ erforderte weit mehr als eine Verfeinerung klinischer Therapien, wie sie in Baumanns Institut verfolgt wurde, sondern eine zentral gesteuerte, flächendeckende Früherkennung und umfassende Prävention. Die vom ZIHK koordinierten Regionalstudien, die bis 1981 160.000 Menschen erfassten, sollten nicht nur den epidemiologischen Datenschatz vergrößern, sondern direkt in eine breite Anwendung therapeutischer Maßnahmen übergehen (Faulhaber 1981).

Der Ausbau des ZIHK zum Zentrum dieser nationalen Kreislaukampagne war weitgehend abgeschlossen, als Baumann 1978 emeritiert wurde. Das Institut übernahm zu diesem Zeitpunkt neue Arbeitsgruppen und Leitungskader aus der Charité-Kardiologie, also einem Umfeld, aus welchem das IkvPT zuvor scharf wegen seiner hochspezialisierten Ausrichtung kritisiert worden war. Unter der neuen Leitung traten nicht nur Probleme wie Herzinfarkt und Schlaganfall neben das Hypertoniethema, auch die präventionsmedizinischen Inhalte verschoben sich merklich (Heine et al. 1978). Die Öffentlichkeitsarbeit des neuen ZIHK drehte sich kaum noch um Überforderungen durch die Arbeitsumwelt, sondern überwiegend um zu fettige und kohlenhydratreiche Ernährung. Die Rolle des Mediziners war nicht mehr die des Sozialpathologen, der störende Stressfaktoren aufspürte, sondern die des paternalistischen Aufklärers, der den Konsumenten nachdrücklich auf diese Risiken hinwies (Heine 1983). Die neue Garde der Präventionsmediziner beließ es nicht bei nachdrücklichen Ratschlägen, sie konnte auf regionaler Ebene Einschränkungen im Verkauf mutmaßlich kreislaufgefährdender Nahrungsmittel durchsetzen, die allerdings aufgrund starken Unwillens in der Bevölkerung nicht von langer Dauer waren (Niehoff 1999: 122). Mit der Fokussierung auf die Risikosubstanzen Fett, Salz und Zucker scheint sich das DDR-Gesundheitssystem am Ende auf ein Paradigma festgelegt zu haben, das dem Charakter eines auf totale Erziehung und vorsorgliche Überwachung abzielenden Staates entsprach. Es darf aber nicht übersehen werden, dass es damit nur einem internationalen Trend folgte, der bis heute vorherrscht. Der Erfolg blieb, auch im

globalen Vergleich, bescheiden. Die Ernährungsgewohnheiten in der DDR änderten sich während der 1980er Jahre, wie ein leitender Wissenschaftler des ZIHK offensichtlich frustriert feststellte, nicht zum Guten; Tabak- und Alkoholgenuss, Cholesterinspiegel und Blutdruck stiegen, gegen den Trend in den meisten westlichen Nationen, weiter an (Heinemann 1987). Den Vertretern des zerebroviszeralen Ansatzes blieb diese Enttäuschung erspart, da dessen Erträge sich einer vergleichbar einfachen Erfolgsbemessung entzogen. Sie waren indessen in den letzten Krisenjahren der DDR, neben einer auf Risikofaktoren orientierten Gesundheitspropaganda, kaum noch sichtbar.

Stress, eine politisch-medizinische Überforderung?

Hans-Georg Hofer stellt in seiner Untersuchung zur westdeutschen Stressdebatte fest, dass der Stressbegriff „eine alarmistische, verstörende Parole“ war, die zugleich als „sinnstiftendes, vertrautes Refugium“ fungieren konnte, da gerade seine Unschärfe sie zu einer „Verständigungsplattform der Verunsicherten“ machte (Hofer 2014: 402). Dies trifft zu, wenn man den Stress als ein allgemein diskursives Phänomen betrachtet, als Ausdruck einer Verunsicherung in einer sich radikal wandelnden Welt, die scheinbar völlig neue pathologische Potentiale mit sich brachte. Nimmt man den Stressbegriff jedoch als Ausdruck eines medizinischen Programms wahr, die Ursachen chronischer Krankheiten in den modernen Lebensbedingungen zu suchen, war er alles andere als ein diskursives Refugium. Ein solches Programm musste, konsequent verfolgt, zu einer radikalen Form sozialer Medizin führen, die sehr hohe Anforderungen an sich und an die Gesellschaft stellte. Der in Baumanns Institut entwickelte Ansatz macht dies besonders deutlich, gerade darum, weil er mit dem Anspruch auftrat, theoretisch besser fundiert und praktisch umfassender zu sein als westliche Varianten der Stressmedizin und Psychosomatik. Seine experimentelle Seite zeigt, dass sich das komplexe Verhältnis zwischen Organismus und Umwelt einer einfachen Nachbildung im Versuch entzog, weshalb die Grundannahme, dass körperliche Krankheitsprozesse durch psychische Einflüsse ausgelöst wurden, stets nur auf einer prekären Basis ruhte. Seine konzeptionelle Entwicklung spiegelt die Ambivalenz von Schlüsselbegriffen wie Umwelt und Stress wider. Das lag nicht allein daran, dass das in ihnen aufgehobene gesellschaftskritische Moment den ideologischen Verhältnissen des SED-Staates gemäß abgefedert werden musste. Ihnen war die Tendenz inhärent, durch ihre Vieldeutigkeit zu unklaren und schwer einlösbaren Zielvorstellungen zu führen. Die Idee, dass „die Umwelt“ im

Sinne des stressgefährdeten Individuums umgestaltet werden musste, implizierte einen sozialreformerischen Anspruch, der weder unter den gesellschaftlichen Bedingungen der DDR noch des Westens realisierbar war. Dennoch führte dieser Anspruch nicht völlig ins Leere. Baumanns Klinik war mit ihrem ungewöhnlichen und experimentellen Therapieprogramm ein Beispiel für die Ansätze zu einer „anderen“ Medizin, die sich in einer reformfreudigen Ära weltweit etablierten. Während deren Praktiken und Begriffe bis heute nachwirken, kommt ihr in der medizinischen und gesellschaftlichen Debatte doch keine vergleichbare Bedeutung mehr zu. Stress wird heute vor allem in Verbindung mit den nervlichen Belastungen thematisiert, die junge Männer im Verlauf „humanitärer“ Kriegsaktionen erleiden. Der fehlregulierte Kreislauf wird unterdessen überwiegend als Folge selbstverschuldeter Fehlernährung angesehen, zu deren Bekämpfung die *World Health Organization* den „Krieg gegen den Zucker“ ausgerufen hat.

Anmerkungen

- 1 Vgl. zu den Agrarwissenschaften Uekötter (2010: 357–370, 391–412); zur Toxikologie Frickel (2004), Creager (2014) und Stoff (2015); zum Strahlenschutz Schwerin (2015).
- 2 Viner (1999); Kury (2012); Jackson (2013); Haller et al. (2014); Hofer (2014); Stoff (2018).
- 3 Zur Bedeutung von Umweltthemen in Politik, Wissenschaft und Wirtschaft der DDR während der 1960er und 1970er Jahre vgl. Huff (2015); Möller (2015); Möller (2018).
- 4 In diese Richtung tendiert die Darstellung Timmermanns (2005), die das IkvPT und das ebenfalls in Buch beheimatete Institut für Kreislaufforschung unter Albert Wollenberger als Beispiele für „Ost- und Westorientierung“ in der DDR-Medizin gegenüberstellt. Dies ist prinzipiell zutreffend, fällt aber für das IkvPT viel zu schematisch aus.
- 5 „Heilung durch Schlaf“ (1955), BA-Film B 96396-I; für weitere Angaben vgl. Baumann (1954). Zur Pawlowkampagne allgemein sowie zu den Anfängen der baumannschen Schlaftherapie vgl. Wolff & Kalinich (2006: 175–177); zur Biographie Baumanns vgl. Baumann (2004).
- 6 Entwurf Brief ZK der SED an Präsident der DAW, vermutlich Anfang 1953, BAB DF 4/40224.
- 7 Aktennotiz Mendel/MfG 25.08.1955, ABBAW AKL 57.
- 8 Magistrat Groß-Berlin, Beschluss 250/58 zur Übergabe des Instituts für kortiko-viszerale Pathologie und Therapie, 15.08.1958, mit „Vorlage“ (n. d.), ABBAW AKL 58.
- 9 Anders als bei Timmermann (2005: 252) angedeutet ist das IkvPT nicht aus diesen Planungen hervorgegangen. Baumann selbst unterschied stets klar zwischen seinem klinisch orientierten Institut und einem grundlagenorientierten physiologischen Pawlowinstitut, das er auch nach Abebben der Pawlowkampagne weiterhin einforderte; vgl. Baumann an Kneller/IMB, 18.03.1959, ABBAW Buch A 64.
- 10 Dazu gehörten der Rat für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaft des Gesundheitsministeriums, der Zentrale Arbeitskreis Kreislaufforschung sowie die Sektion Physiologie der DAW; vgl. F. Jung, Ausarbeitung zur Perspektive des FZ Buch, 28.08.1963, BAB DY 30/IV A2/9.04/362; Baumann an Klare, 09.11.1965; Baumann an Leibnitz, 27.09.1965, beide ABBAW FG 191.

- 11 Leistungen der Klinik für kortikoviszerale Pathologie und Therapie 1960–64, ABBAW Buch A 93; für die Mitarbeiterstruktur vgl. Jahrbücher der DAW.
- 12 R. Baumann, Perspektivplan des Instituts KVPT für die Jahre 1963 bis 1965, 08.02.1963, ABBAW AKL 58.
- 13 Das zeigte sich auch darin, dass Baumann zu dieser Zeit die Traditionslinien zum alten Bucher Hirnforschungsinstitut betonte und Aufbau und Beziehungen zum Hirnforschungsinstitut der sowjetischen Akademie aufbaute, das unter der Leitung des KWIH-Direktors Oskar Vogt gegründet worden war. Vgl. etwa Baumann an DAW-Auslandsabteilung, 02.06.1967, BAB DY 30/IV A 2/9.04/362.
- 14 Eine umfassende Studie zur Geschichte der deutschen Psychosomatik fehlt bislang; für eine Vielzahl neuer Perspektiven vgl. Geisthövel & Hitzer (2019).
- 15 Lange (1978); zu Selyes endokrinologischen Konzepten vgl. Jackson (2013: 84–87).
- 16 Baumann (1966), siehe insbesondere die Rundtischdiskussion „Die Rolle nervaler und hormonaler Faktoren in der Pathogenese kortiko-viszeraler Störungen“, 247–254.
- 17 So nahm Baumann 1966 erstmals am Internationalen Kongress für psychosomatische Medizin teil; vgl. Baumann an Hörnig/ZK-SED, 05.10.1966, BAB DY 30/IV A2/9.04/362.
- 18 Siehe hierzu Thauer (1966), insbesondere die Beiträge von W. Baust, W. Grünberg und K. Golenhofen.
- 19 R. Baumann, Bericht einiger ausgewählter Forschungsarbeiten des IkvPT, 07.12.1965, BAB DY30/IV A2/9.04/362.
- 20 Baumann an Lauter, 02.02.1970, ABBAW Buch A 448; zu dem Vorgang auch Bielka (2002: 90–91).
- 21 R. Baumann, Perspektivplan des Instituts KVPT für die Jahre 1963 bis 1965, 08.02.1963, ABBAW AKL 58; E. Scheer, „Aktivitätszustand des ZNS und Psychopharmaka“, Vortrag in Sitzung Direktorium 21.06.1963, ABBAW Buch A 17.
- 22 Die wichtigste Feldstudie westdeutscher Stressmediziner galt gleichen Zeitpunkt den Belastungen durch Fluglärm, vgl. Hofer (2014: 398); der Fabriklärm war gleichwohl auch im Westen präsent, vgl. Neuheiser (2014), Hayes (2015).
- 23 Vgl. etwa Bock (1978); hier insbesondere der Beitrag von Heinz Losse (14–23).
- 24 Protokoll Sitzung ZAK Herz- u. Kreislauffragen 17.03.1965, BAB DQ 1/22518; vgl. Timmermann (2012: 163–164).
- 25 Wegweisend wurde eine 1973 begonnene Modellstudie im Berliner Bezirk Pankow. Der Projektleiter Hans-Dieter Faulhaber war der erste Charité-Kardiologe, der in leitender Funktion nach Buch wechselte; vgl. Faulhaber et al. (1976).
- 26 Konzeption des Zentralinstituts für Herz- und Kreislauf-Regulationsforschung, 21.06.1976, ABBAW Buch A 905, Bl. 4.

Literatur

- Amberger, Alexander 2014. *Bahro – Harich – Havemann. Marxistische Systemkritik und politische Utopie in der DDR*. Paderborn: Schöningh.
- Anonym, 1955. Alle Erwartungen übertroffen. *Berliner Zeitung* (2.11.1955): 2.
- Anonym, 1968. Gefährloser Klimmzug. *Der Spiegel* Nr. 16: 177.
- Anonym, 1970. Umwelt im Interesse einer optimalen Lebensgestaltung. *Berliner Zeitung* (1.3.1970): 13.
- Aronowitz, Robert A. 1998. The Social Construction of Coronary Heart Disease Risk Factors. In: Ders. (Hg.), *Making Sense of Illness. Science, Society, and Disease*. Cambridge: Cambridge University Press: 111–144.
- Ash, Mitchell G. 1998. *Gestalt Psychology in German Culture, 1890–1967: Holism and the Quest for Objectivity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baumann, Hannelore 2002. Autobiographie. In: Luise Pasternak (Hg.), *Wissenschaftlerinnen in der biomedizinischen Forschung*. Frankfurt a. M.: P. Lang: 47–51.

- Baumann, Hannelore 2004. Rudolf Baumann. In: Luise Pasternak (Hg.), *Wissenschaftler im biomedizinischen Forschungszentrum: Berlin-Buch 1930–2004*. Frankfurt a. M.: P. Lang: 164–169.
- Baumann, Rudolf 1959. Erfahrungen mit der Schlaftherapie bei Diabetes mellitus. *Das Deutsche Gesundheitswesen* (8): 985–995.
- Baumann, Rudolf 1954. Klinische Forschungsabteilung für Schlaftherapie in Berlin-Buch. *Das Deutsche Gesundheitswesen* (9): 1001–1002.
- Baumann, Rudolf 1959. Ergebnisse über die Größenordnung schneller Abläufe elektrobiologischer Hirnpotentiale im „passiven“ und „aktiven“ EEG mit einem Präzisions-Elektrotenstrahloszillographen. *Acta Biologica et Medica Germanica* (2): 534–551.
- Baumann, Rudolf 1964. Neue Erkenntnisse über Form und Charakter impulsförmiger Signale der elektrobiologischen Aktivität in Neo-, Allo- und Subkortex. *Monatsberichte der DAW* (6): 944–960.
- Baumann, Rudolf (Hg.) 1966. *Kortiko-viszerale Physiologie, Pathologie und Therapie. Internationales Symposium, 3.–6.11.1964 in Berlin*. Berlin: Akademie-Verlag.
- Baumann, Hannelore et al. 1976. Neurophysiologische Mechanismen der arteriellen Hypertonie unter chronisch-experimentellem Emotionalstress. *Acta Biologica et Medica Germanica* (35): 889–913.
- Baumann, Hannelore, Rudolf Baumann und Jürgen Läuter 1969. Anwendung von Computer-Methoden und multivariaten Diskriminanzanalysen zur statistischen Charakterisierung der evozierten kortikalen Aktivität unter Einfluß von Insulin, Glukose und Stress. *Acta Biologica et Medica Germanica* (23): 145–171.
- Baumann, Rudolf et al. 1974. Theoretische und klinische Aspekte der zerebro-viszeralen Regulationskrankheit arterielle essentielle Hypertonie 1 & 2. *Das Deutsche Gesundheitswesen* (29): 673–676 & 721–733.
- Baumann, Rudolf 1972. Training gegen den Herzinfarkt. *Neues Deutschland* 29.4.1972: 12.
- Bielka, Heinz 2002. Die Medizinisch-Biologischen Institute Berlin-Buch. *Beiträge zur Geschichte*, 2. Aufl. Berlin: Springer.
- Bock, Klaus D. (Hg.) 1978. *Sozialmedizinische Probleme der Hypertonie: Essener Hypertonie-Kolloquium 24.–25.6.1977*. Stuttgart: Thieme.
- Borck, Cornelius 2005. *Hirnströme. Eine Kulturgeschichte der Elektroenzephalographie*. Göttingen: Wallstein.
- Busse, Stefan 1998. „Von der Sowjetwissenschaft lernen“: Pawlowismus und Psychologie. *Psychologie und Geschichte* (8): 150–173.
- Christian, Paul 1966. Risikofaktoren und Risikopersönlichkeit beim Herzinfarkt. In: Rudolf Thauer & Claus Albers (Hg.), *Soziosomatik der Kreislaufkrankheiten. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung* (32. Tagung, Bad Nauheim vom 15. bis 17. April 1966), Bd. 32. Darmstadt: Steinkopff: 97–107.
- Creager, Angela 2014. The Political Life of Mutagens: A History of the Ames Test. In: Soraya Boudia und Nathalie Jas (Hg.), *Powerless Science? Science and Politics in a Toxic World*. New York u. a.: Berghahn Books: 46–64.
- Czerny, H. 1972. Eine Krankheit oder das Salz des Lebens? *Berliner Zeitung* (3.12.1972): 13.
- Eichhorn, M. 1972. Jeder kann selbst etwas dagegen tun. *Berliner Zeitung* (2.1.1972): 13.
- Faulhaber, Hans-Dieter 1981. Gegen den hohen Blutdruck. *Spektrum* (12), Nr. 5: 8–9.
- Faulhaber, Hans-Dieter et al. 1976. Hypertonie-Bekämpfungsprogramm in der DDR. Modellstudie Berlin-Pankow – erste Ergebnisse und Schlußfolgerungen. *Das Deutsche Gesundheitswesen* (31): 1537–1542.
- Frickel, Scott 2004. *Chemical Consequences. Environmental Mutagens, Scientist Activism, and the Rise of Genetic Toxicology*. New Brunswick u. a.: Rutgers University Press.
- Geisthövel, Alexa und Bettina Hitzer 2019. *Auf der Suche nach einer anderen Medizin. Psychosomatik im 20. Jahrhundert*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Giroux, Élodie 2012. The Framingham Study and the Constitution of a Restrictive Concept of Risk Factor. *Social History of Medicine* (26): 94–112.
- Graff, Christel 1969. Lärm – ein Abfall der Technik? *Neues Deutschland* (15.2.1969): 12.
- Haller, Lea, Sabine Höhler und Heiko Stoff 2014. Stress – Konjunkturen eines Konzepts. *Zeithistorische Forschungen* (11): 359–381.
- Hayes, Sarah 2015. Industrial Automation and Stress, c. 1945–1979. In: Mark Jackson (Hg.) *Stress in Post-War Britain, 1945–1985*. London: Pickering & Chatto: 75–94.

- Hecht, Karl 1969. *Gesundheit und Menschenführung*. Leipzig u. a.: Urania.
- Hecht, Karl 1974. Umweltfaktor Stress und die Psychohygiene. *Sitzungsberichte der AdW* (9).
- Hecht, Karl und Friedrich Bielecke 1960. Eine neue Mehrzweckkammer mit polygraphischer Registrierung zur Untersuchung bedingter motorischer Nahrungs- und Abwehrreaktionen an Ratten und ihre methodische Verwendung. *Acta Biologica et Medica Germanica* (4): 71–89.
- Hecht, Karl et al. 1971. Ein Modell für die Entwicklung hyperten ausgelenkter Blutdruckdysregulationen durch fehlgesteuertes Lernen. *Acta Biologica et Medica Germanica* (27): 869–883.
- Hecht, Karl et al. 1974. Interindividuelle Kommunikationsbeziehungen und motorisches Training in ihrer Bedeutung für Lern- und Gedächtnisleistungen von Albinoratten. *Acta Biologica et Medica Germanica* (32): 35–42.
- Hecht, Karl, Tamara Hecht und Rudolf Baumann 1965. Die Bedeutung der biologischen Situation für die Entstehung und Intensität des Insulin-Schock-Syndroms. *Acta Biologica et Medica Germanica* (15): 433–441.
- Heine, Horst 1983. Barrieren gegen den Herzinfarkt. *Spektrum* (14), Nr. 7: 5–7.
- Heine, Horst et al. 1978. Aufgaben und Probleme eines bevölkerungswirksamen Programms zur Bekämpfung chronischer Herz-Kreislauf-Krankheiten unter besonderer Berücksichtigung der zerebrovaskulären Insuffizienz. *Das Deutsche Gesundheitswesen* (33): 1623–1626.
- Heinemann, Lothar 1987. Gesundheit – auf dem Weg zur Trendwende? *Spektrum* (18), Nr. 7: 1–3.
- Hofer, Hans-Georg 2014. Labor, Klinik, Gesellschaft. Stress und die westdeutsche Universitätsmedizin (1950–1980). *Zeithistorische Forschungen* (11): 382–405.
- Huff, Tobias 2015. *Natur und Industrie im Sozialismus*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jackson, Mark 2013. *The Age of Stress. Science and the Search for Stability*. Oxford: Oxford University Press.
- Kagan, Aubrey und Lennart Levi 1971. Adaptation oft the Psychosocial Environment to Man's Abilities and Needs. In: Lennart Levi (Hg.), *Society, Stress and Disease. Vol. 1: The Psychosocial Environment and Psychosomatic Diseases. Proceedings of an International Symposium held in Stockholm, April 1970*. London u. a.: Oxford University Press: 399–404.
- Katzenstein, Alfred 1980 [1976]. Soziogenetische Erwägungen zur Diagnostik neurotischer und zerebro-viszeraler Störungen. In: Elfriede Kriegel, Irmgard Gaefke und Ellen Sitte (Hg.), *Psychotherapie. Wege zur Veränderung von Einstellung und Verhalten*. Berlin: Akademie-Verlag: 326–336.
- Katzenstein, Alfred, Elfriede Kriegel und Irmgard Gaefke 1981. Psychotherapie der arteriellen Hypertonie. In: Rudolf Baumann, Harald Dutz und Stefan Nitschkoff (Hg.), *Arterielle Hypertonie. Diagnostik, Therapie und Prophylaxe, Bd. 2*. Berlin: Akademie-Verlag: 1160–1177.
- Knust, Ute und Elisabeth Richter-Heinrich 1975. Blutdrucksenkung durch instrumentelle Konditionierung bei arteriellen essentiellen Hypertonikern. *Das Deutsche Gesundheitswesen* (30): 1014–1018.
- Kroker, Kenton 2007. *The Sleep of Others and the Transformations of Sleep Research*. Toronto: University of Toronto Press.
- Kury, Patrick 2012. *Der überforderte Mensch: Eine Wissensgeschichte vom Stress zum Burn-out*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Lange, Gert 1978. Barrieren gegen Stress und Herzinfarkt. Gespräch mit R. Baumann. *Spektrum* (9), Nr. 11: 24–27.
- Mann, J. 1970. Modellexperimente in Berlin-Buch. Beziehungen Mensch-Umwelt erforschen. *Berliner Zeitung* (7.1.1970): 4.
- Möller, Christian 2015. Zwischen Gestaltungseuphorie, Versagen und Ohnmacht: Umwelt, Staat und volkseigene Wirtschaft in der DDR. *Zeitschrift für Unternehmensgeschichte* (60): 141–167.
- Möller, Christian 2018. Wissen und Umwelt in der „partizipatorischen Diktatur“. Wissenschaftliche Umweltkonzepte und der umweltpolitische Aufbruch in der DDR. *NTM* (26): 367–403.

- Neuheiser, Jörg 2014. Leistungsdruck! Hetze! Stress? Daimler-Werkszeitungen und die auffällige Unauffälligkeit des Stress-Begriffs in der betrieblichen Kommunikation der 1970er- und 1980er-Jahre. *Zeithistorische Forschungen* (11): 462–471.
- Niehoff, Jens-Uwe 1999. Anmerkungen zu präventionskonzeptionellen Diskussionen in der DDR. *Jahrbuch für kritische Medizin* (31): 103–127.
- Nitschkoff, Stefan et al. 1970. Über arteriell-hypertone Dysregulationen auf der Grundlage experimenteller Neurosen am Tier I.&II. *Das Deutsche Gesundheitswesen* (25): 1876–1885 & 1965–1969.
- Pollock, Ethan 2006. *Stalin and the Soviet Science Wars*. Princeton: Princeton University Press.
- Priebe, Ursula, Volker Homuth und Irmgard Hajdu 1976. Der Einfluß einer 4wöchigen physischen Konditionierung auf den Blutdruck und auf die kardio-zirkulatorische Leistungsfähigkeit bei Hypertoniepatienten im Frühstadium der Erkrankung. *Das Deutsche Gesundheitswesen* (31): 1549–1555.
- Ramsden, Edmund 2011. From Rodent Utopia to Urban Hell: Population, Pathology, and the Crowded Rats of NIMH. *Isis* (102): 659–688.
- Rat für Planung und Koordinierung der Medizinischen Wissenschaft (Hg.) 1963. *Zur Vertiefung des Perspektivplanes der medizinischen Wissenschaft und des Gesundheitswesens der Deutschen Demokratischen Republik*. Berlin: Staatsverlag der DDR.
- Richter-Heinrich, Elisabeth 2002. Autobiographie. In: Luise Pasternak (Hg.), *Wissenschaftlerinnen in der biomedizinischen Forschung*. Frankfurt a. M.: P. Lang: 57–61.
- Rütting, Torsten 2002. *Pavlov und der neue Mensch. Diskurse über Disziplinierung in Sowjetrussland*. München: Oldenbourg.
- Schäfer, Hans 1966. Grundsätzliches zum Problem der Soziosomatik. In: Rudolf Thauer & Claus Albers (Hg.), *Soziosomatik der Kreislauferkrankheiten. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Kreislauferforschung* (32. Tagung, Bad Nauheim vom 15. bis 17. April 1966), Bd. 32. Darmstadt: Steinkopff: 1–11.
- Schäfer, Hans 1976. Streß als gesellschaftliches Problem. In: August W. Eiff (Hg.), *Seelische und körperliche Störungen durch Streß*. Stuttgart/New York: G. Fischer: 5–17.
- Schnabel, Wolfgang und Rudolf Baumann 1975. Zu Problemen der hypertoniellen und diabetischen familiären Heredität bei Patienten mit Frühstadien der essentiellen Hypertonie. *Das Deutsche Gesundheitswesen* (30): 744–749.
- Scholz, Doreen und Holger Steinberg 2011. Die Theorie und Praxis der Pawlow'schen Schlaftherapie in der DDR. *Psychiatrische Praxis* (38): 323–328.
- Schulz, Tobias 2010. „Sozialistische Wissenschaft“. *Die Berliner Humboldt-Universität (1960–1975)*. Köln u. a.: Böhlau.
- Schwerin, Alexander 2015. *Strahlenforschung: Bio- und Risikopolitik der DFG, 1920–1970*. Stuttgart: Steiner.
- Stoff, Heiko 2015. *Gift in der Nahrung. Zur Genese der Verbraucherpolitik Mitte des 20. Jahrhunderts*. Stuttgart: Steiner.
- Stoff, Heiko 2018. Leistung, Erfolg, Glück und Stress. Zur Körpergeschichte des liberalen Kapitalismus im 20. Jahrhundert. In: Stephanie Kleiner und Robert Suter (Hg.), *Stress und Unbehagen: Glücks- und Erfolgspathologien in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts*. Berlin: Neofelis: 29–51.
- Thauer, Rudolf und Claus Albers (Hg.) 1966. *Soziosomatik der Kreislauferkrankheiten. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Kreislauferforschung* (32. Tagung, Bad Nauheim vom 15. bis 17. April 1966), Bd. 32. Darmstadt: Steinkopff.
- Timmermann, Carsten 2005. Americans and Pavlovians. The Central Institute for Cardiovascular Research at the East German Academy of Sciences and its Precursor Institutions as a Case Study of Biomedical Research in a Country of the Soviet Bloc (c. 1950–80). In: Virginia Berridge und Kelly Loughlin (Hg.), *Medicine, the Market and the Mass Media: Producing Health in the Twentieth Century*. London: Routledge: 244–265.
- Timmermann, Carsten 2012. Appropriating Risk Factors: The Reception of an American Approach to Chronic Disease in the two German States, c. 1950–1990. *Social History of Medicine* (25): 157–174.
- Todes, Daniel 1995. Pavlov and the Bolsheviks. *History and Philosophy of the Life Sciences* (17): 379–418.

- Uekötter, Frank 2010. *Die Wahrheit ist auf dem Feld. Eine Wissensgeschichte der deutschen Landwirtschaft*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Viner, Russell 1999. Putting Stress in Life: Hans Selye and the Making of Stress Theory. *Social Studies of Science* (29): 391–410.
- Wolff, Horst-Peter und Arno Kalinich 2006. *Zur Geschichte der Krankenhausstadt Berlin-Buch*. Berlin: Mabuse.
- Wollenberger, Albert 1956. Kreislaufkrankheiten und Ernährung. *Das Deutsche Gesundheitswesen* (11): 1410–1416.
- Zetkin, Maxim 1953. Gesundheitswesen und Akademie der Wissenschaften. *Das Deutsche Gesundheitswesen* (8): 233–235.

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Bernd Gausemeier
Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Deutschland
Gausemeier.Bernd@mh-hannover.de