

Manfred Pflanz (1923-1980)
Biographie und Werk eines Protagonisten bei der
Institutionalisierung von Sozialmedizin und Medizinsoziologie

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

Vorgelegt von Anna Christina Delventhal, geb. Riehl
aus Kassel

Gießen 2022

Aus dem Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin

Gutachter: Prof. Dr. Roelcke

Gutachter: Prof. Dr. Brosig

Tag der Disputation: 25.09.2023

Inhaltsverzeichnis

<u>1. Einleitung und Forschungsstand</u>	1
1.2 Kurzbiographie Manfred Pflanz	4
<u>2. Methodisches Vorgehen</u>	5
2.1 Aufbau der Forschungsarbeit	5
2.2 Methode und Quellen	8
2.3 Anmerkungen	12
<u>3. Der historische Kontext</u>	13
3.1 Die Entwicklung des Verständnisses der Medizin als eine soziale Wissenschaft	13
3.1.1 „Medizinische Polizey“ und öffentliches Gesundheitswesen im 18. Jahrhundert ..	13
3.1.2 Öffentliches Gesundheitswesen in der Dynamik der Industrialisierung	16
3.1.3 Die „soziale Medizin“ von Rudolf Virchow und Salomon Neumann	18
3.1.4 Öffentliche Gesundheitspflege zwischen Stadthygiene und Bakteriologie	21
3.2 Sozialhygiene im Spannungsfeld von Eugenik und Rassenhygiene	22
3.2.1 Die Sozialhygiene Alfred Grotjahn's	24
3.2.2 Die Weimarer Republik zwischen politisch-gesellschaftlichen Aufbruch und Biologisierung	28
3.2.3 Medizin im Nationalsozialismus	30
3.3 Sozialmedizin zwischen Kontinuität und Neuorientierung nach 1945	31
3.3.1 Pragmatismus und Kontinuität	33
3.3.2 Sozialhygiene in der Sowjetischen Besatzungszone und der DDR	36
3.3.3 Neuorientierung in der Bundesrepublik Deutschland	39
3.3.4 Die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention	41
3.4 Sozialmedizin als akademisches Fach in der Ärztlichen Approbationsordnung von 1970	44
3.4.1 Die „soziale Dimension in der Medizin“ im Spannungsfeld zwischen Sozialmedizin und Medizinsoziologie	51
<u>4 Leben und akademische Karriere von Manfred Pflanz</u>	59
4.1 Jugend, Studium der Humanmedizin und Wehrdienst zur Zeit des Nationalsozialismus	59
4.1.1 Exkurs Reichsuniversität Straßburg	61
4.1.2 Studium der Psychologie	64
4.1.3 Studium und Dissertation in München	68
4.2 Die ersten Jahre ärztlicher Tätigkeit unter der Prägung von Thure von Uexküll	69
4.2.1 Exkurs Psychoanalytische Ausbildung	71
4.3 „Sozialer Wandel und Krankheit“ – Habilitation in Gießen	74
4.4 Von der Abteilung für Medizinische Statistik, Dokumentation und Epidemiologie zum Institut für Sozialmedizin	77
4.4.1 Die Sozialmedizin an der JLU nach dem Weggang von Pflanz	82

4.5 Von den Planungen bis zur Eröffnung des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover	86
4.5.1 Die Struktur des Departments für Öffentliche Gesundheitspflege	93
4.5.2 Die Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V.....	96
4.6 Und über Hannover hinaus?	99
4.6.1 Austritt aus dem Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer.....	103
4.6.2 Internationale Tätigkeit	106
4.7 Ruf an das Institut für Soziale Medizin an der Freien Universität Berlin.....	110
4.7.1 Schaefer und Pflanz – konkurrierende Protagonisten der Sozialmedizin	113
4.7.2 Bleibeverhandlungen mit der Medizinischen Hochschule Hannover	115
4.8 Forschungsprojekte am Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover	119
<u>5. Publikationen</u>	<u>127</u>
5.1 Inauguraldissertation	127
5.2 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	128
5.3 Sozialwissenschaftliche Forschung in der Medizin.....	139
5.3.1 Sozialer Wandel und Krankheit	142
5.3.2 Medizinische Soziologie – die Anfänge einer neuen Wissenschaft	161
5.3.3 Allgemeine Epidemiologie	169
5.4 Schwerpunkte der klinisch-epidemiologischen Forschung	172
5.4.1 Hypertonie und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.....	172
5.4.2 Früherkennung, Vorsorgeuntersuchung, Prävention	176
5.4.3 Appendizitis-Forschung	181
5.5 Pflanz in der Tradition der Sozialmedizin.....	184
5.5.1 Pflanz' Abgrenzung gegenüber der Medizin des Nationalsozialismus	186
5.5.2 Pflanz – ein politischer Arzt und Wissenschaftler.....	189
5.5.3 Hochschulpolitik: Sozialwissenschaftlicher Unterricht in der Medizin	192
5.5.4 Qualitätssicherung, Effizienz und Effektivität ärztlicher Verrichtungen	196
5.5.5 Selbstverständnis des Arztes und das Patient-Arzt-Verhältnis	199
5.6 Sonderdrucksammlung an der Medizinischen Hochschule Hannover	200
<u>6. Diskussion und Einordnung</u>	<u>202</u>
<u>7. Zusammenfassung</u>	<u>212</u>
<u>8. Summary</u>	<u>213</u>
<u>9. Quellen</u>	<u>214</u>
<u>10. Anhang</u>	<u>244</u>
10.1 Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten von Manfred Pflanz.....	244
<u>11. Ehrenwörtliche Erklärung.....</u>	<u>265</u>
<u>12. Danksagung</u>	<u>266</u>

1. Einleitung und Forschungsstand

Der Gießener Mediziner Manfred Pflanz (1923-1980) gilt als maßgeblicher Protagonist bei der Etablierung der Sozialmedizin in der Bundesrepublik Deutschland. Am prägnantesten formulierten es Udo Schagen und Sabine Schleiermacher im Jahr 2005 in ihrer Arbeit zu „100 Jahre(n) Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health“:

Pflanz war demnach, „neben Hans Schaefer der bedeutendste Begründer einer wissenschaftlich ausgerichteten Sozialmedizin in der Bundesrepublik; für die Entwicklung von Sozialmedizin und Medizinsoziologie als wissenschaftlicher Disziplin deren kreativster konzeptioneller Denker.“¹

Ein Blick in den Forschungsstand zeigt, dass bisher wenig Gesichertes über das Leben und Wirken von Manfred Pflanz vorliegt. Abgesehen von Nachrufen, Kurzbiographien und Würdigungen in Einzelzusammenhängen² existieren keine wissenschaftlichen Publikationen.

Ziel dieser Arbeit soll es sein, die Rolle von Pflanz im medizinhistorischen Kontext nachzuzeichnen und so die Hypothese zu prüfen, dass Manfred Pflanz als wichtiger Akteur die wissenschaftliche Etablierung und Institutionalisierung von Sozialmedizin und Medizinsoziologie (mit)prägte.

Dabei stellt sich zunächst die Frage, warum gerade das Wirken von Manfred Pflanz im Rahmen einer Forschungsarbeit näher beleuchtet werden soll. Die augenscheinliche Begründung, dass es sich um eine Promotionsarbeit am Institut für Geschichte der Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen handelt, und somit ein immanentes Interesse der Universität und Fakultät an der Erforschung ihrer eigenen Geschichte und der Herausstellung wichtiger Persönlichkeiten besteht, kann wohl kaum genügen. Auch nicht der Zusatz, dass die Autorin selbst, wie Pflanz, von Gießen nach Hannover zog und ihre erste Stelle an der Medizinischen Hochschule Hannover antrat.

Ausschlaggebend für die Entwicklung der Forschungsarbeit ist insbesondere der Ansatz, dass Pflanz' Wirken im Kontext einer neuen wissenschaftlichen und medizinischen Denkrichtung zu sehen ist. Prägende Persönlichkeit dieser Bewegung war, so Roelcke, der Internist und Psychosomatiker Thure von Uexküll, akademischer Lehrer von Pflanz und ebenfalls über ein Jahrzehnt an der Gießener Medizinischen Fakultät tätig. Sein Menschenbild und seine Vorstellung von medizinischer Wissenschaft und Praxis waren geprägt von der Konfrontation mit der Medizin im Nationalsozialismus, „in der Menschen nach ihrem vermeintlichen biologischen und ökonomischen Wert beurteilt und teilweise

¹ Schagen; Schleiermacher 2005.

² Rohde 1980, Deutsches Ärzteblatt 1980, Häfner 1981, Sokolowska 1981, Woitowitz 1982, Vorwort Schaefer in: Pflanz 1986, Schagen; Schleiermacher 2005a, Robra 2018, 2020, Roelcke 2021.

wie Objekte benutzt wurden.“³ Darin begründete Uexküll nach Roelcke sein „Plädoyer für ein fundamentales Umdenken in der Medizin, orientiert an der Wahrnehmung des kranken Menschen als Ausgangspunkt für ärztliches Denken und Handeln, sowie für neue Organisationsformen in medizinischer Ausbildung, Forschung und Versorgung.“⁴ Im Gegensatz zur streng naturwissenschaftlich orientierten Medizin, die geprägt war von hierarchischen Strukturen und sich vom Patienten als Menschen entfernt zu haben schien, sollte eine neue Denkweise etabliert werden, „die den Menschen als Persönlichkeit mit seinem Lebens-Schicksal wieder in den Mittelpunkt“ stellte.⁵ Nach Roelcke forderte Uexküll „eine kritische und historisch informierte Re-Evaluierung von Versuchen, menschliches Leben und menschliche Krankheit als ein Phänomen zu verstehen, in dem konstitutiv eine somatische, psychische und soziale Dimension integriert seien.“⁶ Vor diesem Hintergrund sieht Uexküll die Medizin in eine neue Epoche eintreten, in der der Soziologie und Sozialpsychologie die Aufgabe zufalle, „die Beziehungen kennenzulernen, die zwischen dem Einzelnen und der sozialen Welt herrschen, und Methoden zu entwickeln, die es erlauben, Vermutungen über fördernde oder schädigende Einflüsse aus dieser Welt zu verifizieren oder zu widerlegen.“⁷

Einen Ausdruck dieser neuen Bewegung stellte gewiss die Integration neuer Fächer im Rahmen der Novellierung der Approbationsordnung im Jahr 1970 dar. Der Studienplan wurde um die Gebiete Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie, Psychosomatik, Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Geschichte der Medizin ergänzt. Dies sollte der Erweiterung der auf naturwissenschaftlich-biologischen Grundlagen und klinischen Fächer beruhenden Lehre dienen.⁸

Pflanz wissenschaftliche Arbeit kann als Versuch einer methodischen Erfassung psychosomatischer und sozialmedizinischer Zusammenhänge gewertet werden. Dabei durchlief Pflanz selbst eine Entwicklung vom klinisch arbeitenden Internisten, über einen, den Patienten als Menschen wahrnehmenden, Psychosomatiker hin zum Epidemiologen, Sozialmediziner und Medizinsoziologen, der es sich zum Auftrag machte, mit wissenschaftlich exakter Methodik Zusammenhänge von sozialen Bedingungen, Gesundheit und Krankheit im Kontext des Gesundheitssystems zu untersuchen.

³ Roelcke 2019, S. 290.

⁴ Roelcke 2019, S. 293.

⁵ Uexküll, T. 1963, S. 274., zitiert nach Roelcke 2019, S. 294.

⁶ Roelcke 2019, S. 295.

⁷ Uexküll, T. 1958, S. 64.

⁸ Vgl. Schagen 2002, S. 13–14.

Aus diesen Überlegungen sowie den vorliegenden Informationen zum Leben und der wissenschaftlichen Karriere von Pflanz ergeben sich eine Vielzahl von Fragestellungen.

- Mit welchen wissenschaftlichen und medizinischen Fragen beschäftigte er sich?
- Welche thematischen Schwerpunkte setzte er in seinen Publikationen?
- Welche Prägung erfuhr Pflanz durch Thure von Uexküll, bei dem er habilitierte und mit dem er viele Jahre in München und Gießen zusammenarbeitete?
- In welcher Form engagierte er sich für die Approbationsordnung von 1970, war er in Beratungsgremien und Kommissionen tätig?
- Inwiefern stand seine Entscheidung, dem Ruf nach Hannover zu folgen in Zusammenhang mit dem reformatorischen Ansatz der Medizinischen Hochschule?
- Wie wurde seine wissenschaftliche Tätigkeit, national und international, anerkannt?

Zudem werfen einige biographische Eckpunkte Fragen auf.

- Aus welchen Gründen entschied sich Pflanz während des 2. Weltkrieges für ein Studium an der „Reichsuniversität Straßburg“, die als besonders nationalsozialistisch geprägte „Frontuniversität“ galt?
- Welchen Einfluss hatte sein Studium der Psychologie auf seine spätere Tätigkeit als Arzt und Wissenschaftler?

Während der Forschungsarbeit ergaben sich weitere Fragestellungen.

- Wie stand er zu seinem Kollegen und zeitweiligem Gegenspieler, dem Heidelberger Physiologen und Sozialmediziner Hans Schaefer?
- Welche Position hatte er in der Forschungslandschaft der Bundesrepublik Deutschland und den Landesorganisationen inne?
- Welche Rolle spielte seine (sozial)politische Einstellung, seine Idee von Medizin und Wissenschaft?

Diese Teilfragen lassen sich subsumieren unter der Frage, welchen Beitrag Manfred Pflanz für die Etablierung und Institutionalisierung der Sozialmedizin als Wissenschaft, in Gießen, in Hannover, in Deutschland und auf internationaler Ebene leistete und inwiefern er so die im Entstehen begriffene Bewegung einer neuen Denkrichtung in der Medizin förderte.

1.2 Kurzbiographie Manfred Pflanz

Zur Orientierung über Manfred Pflanz Lebenslauf mag an dieser Stelle die Auflistung wichtiger akademischer und wissenschaftlicher Stationen ausreichen.

Manfred Pflanz wurde am 23. September 1923 in Berlin geboren. Er studierte von 1941 bis 1948 mit Unterbrechungen durch Fronteinsätze Medizin in Berlin, Freiburg, an der „Reichsuniversität Straßburg“ und in München, wo er 1948 promovierte wurde. Zudem absolvierte er ein Psychologiestudium. Pflanz trat seine erste Assistenzarztstelle 1949 bei dem Internisten Professor Gustav von Bergmann in München an, sein verantwortlicher Oberarzt war Thure von Uexküll. Diesem folgte er 1955 als internistischer Facharzt nach Gießen und habilitierte bei ihm 1961 für Innere und Psychosomatische Medizin. Er wurde Leiter der Abteilung für Medizinische Statistik, Dokumentation und Epidemiologie, 1966 schließlich außerordentlicher Professor für Sozialmedizin an der Universität Gießen. Im Jahr 1967 folgte er dem Ruf an die Medizinische Hochschule Hannover und wurde Professor für Epidemiologie und Sozialmedizin, sowie geschäftsführender Direktor des Departments für Öffentliche Gesundheitspflege. Von 1970 bis 1978 war er Mitglied im Lenkungsgremium für Medizinische Soziologie der International Sociological Association, von 1974 bis 1975 war er Gastprofessor an der University of Connecticut, USA.

Manfred Pflanz starb am 27. Juli 1980 im Alter von nur 56 Jahren in Hannover.

2. Methodisches Vorgehen

2.1 Aufbau der Forschungsarbeit

Das Wirken von Manfred Pflanz steht nicht in einem geschichts- und bedingungslosen Raum, sondern in einem historischen, politischen, gesellschaftlichen und medizinischen Kontext. Die Bedeutung einer medizinhistorischen Rückschau auf die Entwicklung der Sozialmedizin und der Sozialhygiene sowie auf den Neubeginn nach der NS-Zeit begründet unmissverständlich das Zitat des Medizinhistorikers Rolf Winau:

„Das Wissen um die Geschichte kann zu kritischer Reflexion des eigenen Standorts führen. Wenn die Bedingtheit historischer Prozesse richtig verstanden wird, historische Positionen in dieser Bedingtheit erkannt werden, führt dies auch zur Erkenntnis der Bedingtheit der eigenen Situation, die in ihrem historischen, kulturellen und gesellschaftlichen Kontext leichter zu erkennen ist.“⁹

Der Rückblick in Kapitel 3 soll zeigen, welche Entwicklungs- und Konfliktlinien erkennbar sind und wie diese mit den politischen und wirtschaftlichen Bedingungen und Machtkonstellationen sowie den realen Lebenssituationen der Menschen zusammenhängen. Die Geschichte der Sozialmedizin ist kein gleichmäßig vorwärts strebender Prozess, sondern korreliert mit den historischen und politischen Entwicklungen und gesellschaftlichen Herausforderungen. Entsprechend soll zunächst versucht werden, die wesentlichen Leitlinien des Verständnisses von Gesundheit und Krankheit, von Medizin und ärztlichem Selbstbild in den historischen Kontexten aufzuzeigen und die fachliche und gesellschaftliche Relevanz zu skizzieren. Vor diesem Hintergrund kann die wissenschaftliche Leistung von Pflanz erfasst und eingeordnet werden.

Der historische Rückblick beginnt mit Johann Peter Franks „System einer vollständigen medicinischen Policey“ im späten 18. Jahrhundert (3.1.1), beleuchtet die Entwicklungen vor dem Hintergrund der Industrialisierung (3.1.2) und erörtert die von Virchow und Neumann begründete Bewegung einer Sozialen Medizin in der Mitte des 19. Jahrhunderts, die das individuelle Recht auf Gesundheit mit Programmen öffentlicher Gesundheitspflege und mit sozialen Reformen verbindet (3.1.3). An Max von Pettenkofer und Robert Koch lässt sich im späten 19. Jahrhundert der Konflikt zwischen den Erfolgen der Bakteriologie und der Sozialmedizin festmachen (3.1.4).

Die Gründung der „Gesellschaft für sociale Medicin, Hygiene und Medicinalstatistik“ (1905), Grotjahns „Soziale Pathologie“ und die zunehmend naturwissenschaftlich und eugenisch dominierte Medizin charakterisieren den Zeitraum der Jahrhundertwende (3.2.1). Die Zeit der Weimarer Republik steht für das Spannungsverhältnis eines

⁹ Winau 1997, S. 37.

sozialstaatlichen Aufbruchs und zugleich einer Popularisierung der Eugenik (3.2.2). Mit dem Aufstieg der Eugenik war der Übergang zur Rassenhygiene und den Verbrechen gegen die Menschlichkeit der NS-Zeit vorbereitet (3.2.3).

Mit dem Ende des Zweiten Weltkrieges wurde der Neubeginn von den Initiativen und Konzepten der Besatzungsmächte bestimmt. Zu sehen ist eine Entwicklung zwischen Pragmatismus, Impulsen, Kontinuitäten und Beharrungsvermögen (3.3.1). Es ist eine Zeit des Aufbruchs, aber vor allem auch eine Zeit der Verdrängung und des Verschweigens. Ein Blick auf die Situation in der sowjetischen Besatzungszone und der DDR wurde deshalb gewählt, weil sich auch Pflanz mit der konzeptionellen Frage von kurativer Medizin und einem sozial-hygienischen Paradigma beschäftigte (3.3.2). Die Etablierung der Sozialmedizin in der jungen Bundesrepublik lassen sich festmachen an dem Sozialmediziner Hans Schaefer, der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin (3.3.4) und der Entwicklung zur ärztlichen Approbationsordnung von 1970 (3.3.3). Unter welchen Umständen die Sozialmedizin als medizinisches Fach in der ärztlichen Approbationsordnung von 1970 verankert wurde, wird in einem eigenen Abschnitt behandelt (3.4). Der historische Rückblick schließt mit einer vergleichenden Betrachtung der Sozialmedizin und der medizinischen Soziologie, um die Bedeutung soziologischer Methoden für die Klärung sozialer Problemlagen in Gesellschaft und Medizin sichtbar zu machen (3.4.1).

In Kapitel 4 werden das Leben und die wissenschaftliche Karriere von Pflanz abgebildet und wesentliche Lebensabschnitte gezielt vertiefend dargestellt. Zunächst wird das Studium der Medizin (4.1) beleuchtet, seinem Studium an der Reichsuniversität Straßburg wird ein Exkurs gewidmet (4.1.1). Nach Betrachtung des Studiums und der Dissertation in München (4.1.2) folgt ein Blick auf die ersten Jahre als junger Arzt in Gießen unter der Betreuung von Thure von Uexküll (4.2). An dieser Stelle ist ein Exkurs über Pflanz' psychoanalytische Ausbildung eingefügt, da sie eine wichtige Weiterentwicklung darstellt (4.2.1). Mit seiner Habilitationsschrift „Sozialer Wandel und Krankheit“ erreichte Pflanz nationale und internationale Beachtung und Anerkennung (4.3). Die Tätigkeit in Gießen vollzog sich in unterschiedlichen Verantwortlichkeiten zur Weiterentwicklung der Sozialmedizin, von einer Abteilung für medizinische Statistik, Dokumentation und Epidemiologie zu einem Institut für Sozialmedizin (4.4). Da Pflanz 1968 Gießen verließ, wird ein Exkurs eingefügt, wie sich das Institut für Sozialmedizin in Gießen weiterentwickelte (4.4.1). In Kapitel 4.5 werden die Vorbereitungen und Planungen des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover, das Departement für öffentliche Gesundheitspflege (4.5.1) und die Akademie für Sozialmedizin (4.5.2) untersucht. Es folgt ein Blick auf Pflanz' Tätigkeit im wissenschaftlichen Beirat der Ärztekammer (4.6.1) und seine internationalen

Tätigkeiten (4.6.2). Ein eigenes Kapitel ist dem Ruf an das Institut für Soziale Medizin an der Freien Universität Berlin gewidmet (4.7). An diesem Ruf wird nicht nur sein wissenschaftliches Ansehen sichtbar, die Berufungsunterlagen eröffnen auch einen neuen Blick auf das Verhältnis von Hans Schaefer und Pflanz, die beiden konkurrierenden Protagonisten der Sozialmedizin (4.7.1). Bleibeverhandlungen führten dazu, dass Pflanz mit neuen Zusagen an der MHH Hannover blieb (4.7.2). Das Kapitel über seine Karriere beinhaltet auch einen Überblick zu Forschungsprojekten, die am Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin in Hannover durchgeführt und dokumentiert wurden (4.8).

In Kapitel 5 werden die Publikationen von Pflanz untersucht, nach unterschiedlichen Gesichtspunkten erörtert und miteinander in Beziehung gesetzt. Das Kapitel folgt sowohl einer zeitlichen als auch einer inhaltlichen Gliederung. Angefangen bei seiner Dissertation (5.1) und seinen psychosomatischen Aufsätzen zusammen mit Thure von Uexküll (5.2), über seine sozialwissenschaftlichen Forschungen mit seinem Hauptwerk und seiner Habilitation „Sozialer Wandel und Krankheit“ (5.3.1) und seinem Weg in die medizinische Soziologie (5.3.2). Einen inhaltlichen Schwerpunkt des folgenden Abschnittes stellen Pflanz' klinisch epidemiologischen Forschungen zur Hypertonie (5.4.1), zur Früherkennung und Vorsorge (5.4.2) sowie zur Appendizitis-Forschung (5.4.3) dar.

Der Ergebnisteil wird abgeschlossen mit der Frage, wie sich Pflanz in der Tradition der Sozialmedizin verortet bzw. inwieweit er als sozialpolitischer Mediziner und Wissenschaftler bezeichnet werden kann (5.5). Es folgen vertiefende Kapitel über Pflanz' Abgrenzung zur Medizin im Nationalsozialismus (5.5.1) und politische Positionierungen (5.5.2). Eingehender untersucht werden seine Publikationen mit hochschulpolitischem Bezug (5.5.3), sein Verständnis von Qualitätssicherung ärztlicher Tätigkeiten (5.5.4) und Diskussionsbeiträge zum Selbstverständnis des Arztes und zum Patient-Arzt-Verhältnis (5.5.5). Beendet wird das Kapitel der Publikationen mit einer Übersicht seiner Sonderdruck-Sammlung an der Medizinischen Hochschule Hannover (5.6).

In der abschließenden Diskussion erfolgt eine Einordnung der gewonnenen Erkenntnisse über das Leben und wissenschaftliche Wirken von Manfred Pflanz in die Konfliktlinien einer aufstrebenden neuen Fachdisziplin. Kritisch wird seine Rolle für die Etablierung der Sozialmedizin beleuchtet und Nachwirkungen seiner Forschungsarbeiten untersucht.

2.2 Methode und Quellen

Zur Betrachtung und Untersuchung des wissenschaftlichen Wirkens und Lebens von Manfred Pflanz, seinen Stationen, Forschungsgebieten und dem medizinhistorischen Kontext stehen verschiedene Quellen zur Verfügung.

Zur Erschließung seiner wissenschaftlichen Tätigkeit bieten die Publikationen und Veröffentlichungen von Pflanz, seine Monografien, die Vielzahl wissenschaftlicher Artikel in Fachzeitschriften, Beiträge in Sammelwerken, aber auch Referate, Vorträge, Zeitungsartikel und Interviews wichtige Erkenntnisse. Einen Überblick über seine wissenschaftlichen Publikationen zu gewinnen, wurde durch das Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten im Anhang der Neuauflage von Pflanz' Werk „Sozialer Wandel und Krankheit“ aus dem Jahr 1986 erleichtert. Diese Auflistung wurde vom Herausgeber Jürgen Cromm mit Unterstützung von Pflanz' Ehefrau Elisabeth Pflanz und Mitarbeiterin Dorothea Buss erstellt. Das Verzeichnis umfasst 228 Artikel, sowie sechs Bücher. Es konnte durch Angaben in der Publikation von Manfred Pflanz und Paul Lüth, „Die soziale Dimension in der Medizin“ ergänzt werden, das Aufsätze und Vorträge von Pflanz enthält. Darin fanden sich vier weitere, bisher nicht bekannte Arbeiten. Durch Literaturangaben in Pflanz' Texten und die von ihm selbst erstellten Verzeichnisse wissenschaftlicher Arbeiten im Rahmen von Bewerbungen, die in den Archivunterlagen in Gießen und Hannover übermittelt sind, wurden weitere siebzehn Texte eruiert, die die Gesamtschau der Veröffentlichungen von Pflanz ergänzen. Auch wenn sich dadurch die bisherige Bibliografie von Pflanz erweitern lässt, wird kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben. Es erfolgte keine systematische Recherche in den Jahrgängen der gängigen zeitgenössischen Zeitschriften. So wäre sicherlich auch ein gezielter Blick in die Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“ als Organ der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin aufschlussreich gewesen. Das letzte von Pflanz verfasste Verzeichnis seiner wissenschaftlichen Arbeiten umfasst 157 Titel und stammt aus dem Jahr 1974.

Diese Publikationen wurden zunächst gesichtet, thematisch eingeordnet und so eine Auswahl der wichtigsten Arbeiten erstellt. Einschränkend ist zu beachten, dass es nicht immer möglich war, die genannten Zeitschriftenkürzel zu entschlüsseln oder den Artikel mithilfe des genannten Quellennachweises zu finden. So fand eine Verzerrung der untersuchten Arbeiten statt. Dennoch ermöglichten die Publikationen einen Einblick in die Inhalte und den Umfang seines wissenschaftlichen Wirkens. Eine zeitliche Einordnung verhalf dazu, Bezüge und Entwicklungen besser erkennen zu können. Besonders hervorzuheben ist hier sein Werk „Sozialer Wandel und Krankheit“ aus dem Jahr 1962. Des Weiteren wurden neben Arbeiten zu konkreten sozialmedizinischen und epidemiologischen Fragestellungen, insbesondere Texte zur inhaltlichen Standortbestimmung der Sozialmedizin, Epidemiologie, Medizinischen Soziologie und

Psychosomatik eingehender untersucht, um Pflanz' wissenschaftliches und medizinisches Selbstverständnis zu klären.

Einen weiteren Überblick über Forschungsschwerpunkte von Pflanz bietet die Sonderdrucksammlung, die er an der Medizinischen Hochschule Hannover anlegte und die im Archiv der MHH aufbewahrt wird. Das Archiv fertigte einen Katalog der Sonderdrucksammlung an, wobei die Aktenbezeichnung, der (Erst-)Autor, der Titel, der Erscheinungsort mit Jahr und Art (z.B. Kopie, Sonderdruck, Zeitungsausschnitt), ein Schlagwort und sonstige Hinweise erfasst wurden. Die Sammlung enthält mehr als 12.000 Artikel und kann so als Indikator für die Forschungsschwerpunkte von Pflanz herangezogen werden. Es wurde lediglich der vom Archiv erstellte Katalog gesichtet, sicherlich hätte auch eine Untersuchung der gesamten Sammlung interessante Einblicke gewährt, z.B. in Form von Widmungen, Kommentaren oder durch Analyse der Text- und Autorenauswahl.

Interessant sind in diesem Zusammenhang auch Kritiken und Rezensionen als Reaktionen von Zeitgenossen, zum Beispiel die Buchbesprechungen zum Werk „Suggestion“, das Pflanz 1961 gemeinsam mit Berthold Stokvis veröffentlichte, genauso wie zu seinem bekanntesten Werk „Sozialer Wandel und Krankheit“ 1962. Auch hier erfolgte keine systematische Recherche nach Rezensionen durch Kollegen, die Auswahl ist somit nicht vollständig.

Des Weiteren sind Quellen relevant, in denen Pflanz selbst auf seine Tätigkeit blickt. Zu nennen sind seine Lebensläufe, die in den Personal- und Berufsakten der Archive der Justus-Liebig-Universität Gießen, der Medizinischen Hochschule Hannover sowie der Freien Universität Berlin übermittelt sind. In diesen Aktenbeständen finden sich zudem Schriftstücke und Redemanuskripte, in denen Pflanz seine Vorstellungen über die Arbeit der Institute darlegt. Selbstreflexionen oder autobiographische Texte sind von Pflanz nicht überliefert, was wohl auch seinem frühen Tod im Alter von 56 Jahren geschuldet ist. Auch ist zu bedenken, dass der letzte von Pflanz selbst verfasst und überlieferte Lebenslauf auf das Jahr 1974 (Archiv FU Berlin) datiert ist.

Anhand der Verzeichnislisten der Erkennungsmarken und der vorhandenen Karteikarte der zentralen Personenkartei im Bundesarchiv, sowie einem Lebenslauf in der Berufsakte der Justus-Liebig-Universität Gießen konnten die Wehrdienst-Einsätze von Pflanz zwischen 1940 bis 1945 nachvollzogen werden. Dabei wurde zur Ermittlung der Einsatzorte auf Sekundärliteratur zurückgegriffen.

Die Studienzeit von Pflanz konnte anhand verschiedener Archivalien rekonstruiert werden. Im Archiv der Humboldt-Universität Berlin findet sich der Name Pflanz lediglich im Studentenverzeichnis des Wintersemesters 1941/42 vermerkt, eine Information zu

seinem Abgang findet sich nicht. Aufschlussreicher waren die im Archiv der Ludwig-Maximilian-Universität München (LMU) vorliegenden Dokumente, denn neben der Karteikarte aus der Studentenkartei und einem Personalbogen liegt hier auch die Promotionsakte von Pflanz vor.

Von besonderem Interesse war Pflanz' Studienzeit an der „Reichsuniversität“ Straßburg. Hier zeigte sich eine schwierige Quellenlage, da der Aktenbestand der „Reichsuniversität“ noch nicht vollständig erschlossen ist. Im Rahmen einer laufenden Forschungsarbeit konnte Pflanz im Register der Studierenden der „Reichsuniversität“ Straßburg gefunden werden.

In Freiburg, das in verschiedenen Belegen ebenfalls als Studienort angeführt wurde, konnten in den betreffenden Matrikeln keine Angaben über Pflanz gefunden werden. Auch sein Studium der Psychologie lässt sich nur unvollständig anhand der vorliegenden Unterlagen rekonstruieren. Anhalte bieten die Archivalien der LMU München sowie ein Verzeichnis der Straßburger Institutsmitglieder und Hörer 1942-1944, das im Archiv des Instituts für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene (IGPP) vorliegt. Der Hinweis auf dieses Dokument ergab sich aus dem Werk "Hans Bender (1907-1991) und das 'Institut für Psychologie und Klinische Psychologie' an der Reichsuniversität Straßburg 1941-1944" von Frank-Rutger Hausmann (2006).

Aufschlussreiche Informationen boten die Dokumente aus dem Archiv der Justus-Liebig-Universität Gießen mit den Akten der Personalabteilung, den Berufsakten sowie dem Aktenbestand des Dekanats des Fachbereichs Medizin. Auch im Archiv der Medizinischen Hochschule Hannover konnten eine Berufsakte, sowie Unterlagen des Institutes für Epidemiologie und Sozialmedizin eingesehen werden. Des Weiteren wurden die Vorlesungsverzeichnisse vom Wintersemester 1967/68 bis zum Sommersemester 1983, sowie die Mitteilungen des Rektors der Medizinischen Hochschule Hannover gesichtet und auf Hinweise zu Pflanz' Tätigkeit und Verlautbarungen seines Institutes untersucht.

Aus dem Archiv der Freien Universität Berlin konnte neben einer Professurakte ein Schriftwechsel im Zusammenhang eines Gastvortrages in Berlin ausgewertet werden. Der Nachlass von Hans Schaefer im Universitätsarchiv Heidelberg lieferte erhellende Einblicke auf die Persönlichkeit Manfred Pflanz sowie auf die Beziehung zu Schaefer und die DGSM. Es wurden Korrespondenzen zwischen Schaefer und Pflanz, insbesondere solche, die die Kommission für Epidemiologie und Sozialmedizin der Deutschen Forschungsgemeinschaft betrafen, untersucht.

Über das sozialmedizinische und gesellschaftliche Engagement von Pflanz lieferten Dokumente der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. hilfreiche Einblicke. Eingesehen werden konnten eine Niederschrift

über die Gründungsversammlung, vereinzelte Protokolle von Mitgliedsversammlungen, sowie einige Schriftwechsel. Es erfolgte keine systematische Archivierung, sodass ein Großteil der Dokumente wohl vernichtet wurde.

Im digitalen Archiv des Council of Europe liegen Protokolle und Unterlagen der Arbeitsgruppe Preventive Medicine des Europarates vor.

Zum Austritt von Pflanz aus dem Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer wurde eine Recherche der infrage kommenden Archivalien im Bundesarchiv in Auftrag gegeben. Enthalten waren neben Sitzungsprotokollen, die sicherlich nur einen Ausschnitt des Diskurses dokumentieren, Schriftwechsel innerhalb der Bundesärztekammer, bzw. des Beirates sowie Schreiben zwischen Pflanz und verantwortlichen Persönlichkeiten.

Keine Personen relevanten Informationen ergaben sich aus einer Anfrage an die Stadtarchive in Hannover und Gießen sowie das Archiv der WHO. Eine Anfrage an die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention ergab keine konkreten Hinweise auf Unterlagen zur Gründung der Gesellschaft oder zu Dokumenten über Manfred Pflanz. Ein persönlicher Nachlass ist nicht bekannt.

Die Archivalien des Niedersächsischen Landesarchiv, Abteilung Hannover könnten für weitergehende Forschungen untersucht werden. Hier liegt Archivgut über den Landesgesundheitsrat sowie eine Akte zu einem Projekt über den Stand der Gesundheitsstatistik in der BRD im internationalen Vergleich vor, das Pflanz 1976 begann und das über seinen Tod hinaus fortgeführt wurde. Ergänzende Korrespondenzen von Pflanz finden sich im Nachlass von René König im Stadtarchiv Köln, die zum Teil bereits restauriert wurden. Zudem könnten Artikel, Stellungnahmen und Schriftwechsel, die der langjährige Mitarbeiter Prof. Bernt-Peter Robra aus der gemeinsamen Zeit an der Medizinischen Hochschule Hannover aufbewahrte, untersucht werden. Eine ausführliche Auswertung der genannten Quellen könnte im Rahmen weiterer Publikationen erfolgen.

Einen Überblick über den historischen und insbesondere medizinhistorischen Kontext bietet die Sekundärliteratur. Als besonders hilfreich ist die Arbeit von Udo Schagen und Sabine Schleiermacher hervorzuheben, die 2005 anlässlich von „100 Jahre[n] Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health“ im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention eine umfangreiche Zusammenstellung relevanter Texte zur Entwicklung der Sozialmedizin veröffentlichten. Auf der Webseite finden sich, neben Biografien bedeutender Sozialhygieniker und Sozialmediziner des 20. Jahrhunderts und Bibliografien, aufschlussreiche Aufsätze und Dokumente, die sich mit den Zielen, Inhalten und Methoden der Sozialmedizin befassen. Die enthaltenen

Beiträge von Gerhard Baader, Michael Hubenstorf, Udo Schagen, Sabine Schleiermacher, Sigrid Stöckel, Dietrich Milles und Friedrich Wilhelm Schwartz bildeten die Grundlage für die medizinhistorische Ausarbeitung. Zur Einordnung der Sozialmedizin dienten zudem weitere Artikel der genannten Autor:innen sowie Texte von Alfons Labisch, Jens-Uwe Niehoff und Frank Schneider. Die Geschichte der Sozialmedizin wurde zudem ausführlich von George Rosen untersucht und dargestellt. Zur Einordnung dienten auch Texte von Zeitgenoss:innen wie Christian von Ferber und Margret Tönnemann.

Einsicht in die Entstehungsgeschichte der Approbationsordnung gibt Eberhard Goebel, die sozialmedizinische Entwicklung in Deutschland zwischen 1960 und 1980 zeichnet Martin Lengwiler nach. Zum weiteren Verständnis der Reichsuniversität Straßburg diente die ausführliche Studie von Rainer Möhler, sowie eine Publikation von Patrick Wechsler. Eine Einführung in das Institut für Psychologie an der Reichsuniversität Straßburg gibt Frank-Rutger Hausmann. Die Geschichte der Psychotherapie und Psychoanalyse legen Volker Roelcke sowie Regine Locket dar.

Die Arbeiten von Volker Roelcke geben zudem Informationen zur Medizin im Nationalsozialismus, zur Person Thure von Uexküll und zu seiner Hypertonieforschung. Die Autor:innen zeichnen mit einem großen Erkenntnisgewinn die zentralen Leitlinien des Verständnisses von Gesundheit und Krankheit, von Medizin und dem ärztlichem Selbstbild nach und betten dies ein in die historischen Kontexte. Sie zeigen so die fachliche und gesellschaftliche Relevanz für die Problemstellungen der jeweiligen Zeit auf.

2.3 Anmerkungen

In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Einheitlichkeit mit den historischen Texten das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und weitere Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

3. Der historische Kontext

3.1 Die Entwicklung des Verständnisses der Medizin als eine soziale Wissenschaft

3.1.1 „Medizinische Polizey“ und öffentliches Gesundheitswesen im 18. Jahrhundert

Nach dem US-amerikanischen Arzt und Medizinhistoriker George Rosen (1910-1977)¹⁰ wurde der Zusammenhang zwischen der ärztlichen Versorgung, den Gesundheitsproblemen und den politischen, sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen bestimmter Bevölkerungsgruppen bereits im Altertum gesehen, ohne dass es jedoch systematische Abhandlungen zu dem Thema gegeben hätte.¹¹

In den deutschen Ländern habe sich dann mit Beginn des 18. Jahrhundert im Spannungsfeld der Idee und Norm des absoluten Staates und dem Erwachen elementarer Bürgerrechte ein öffentliches Gesundheitswesen entwickelt. Unter dem Einfluss der Errichtung von Lehrstühlen für Kameralistik habe das Policykonzept eine zunehmende Institutionalisierung erfahren und in der Folge zu einer Konkretisierung des Konzepts einer „Medizinischen Polizey“ geführt.¹² Die Gesundheit sei als eine Frage der öffentlichen Politik gesehen worden. Der von dem Amtsarzt und wissenschaftlichen Schriftsteller Wolfgang Thomas Rau (1721-1772) 1764 zuerst verwendete Begriff „Medizinische Policey“ sei prägend geworden für die folgenden Jahrhunderte. Nach Rau seien Mediziner nicht nur für die Heilung von Erkrankten, sondern auch für die Überwachung der Gesundheit der Bevölkerung zuständig.¹³

Einer der frühen Akteure des Kameralismus war nach Rosen der Gelehrte und Amtsträger Veit Ludwig von Seckendorff (1626-1692). Er habe von der Regierung den Schutz der Gesundheit des Volkes gefordert, denn der damit einhergehende

¹⁰ George Rosen (1910-1977) war ein profiliertes US-amerikanischer Arzt und Medizinhistoriker. Sein besonderes Forschungsinteresse galt den sozialen Faktoren in der Medizingeschichte. Er studierte Medizin in Berlin und Soziologie an der Columbia University und erlangte 1947 einen „Master of Public Health“. Seine Stationen waren die Redaktion des „Journal of the History of Medicine and Allied Sciences“ (1946-1952), eine Professur für Public Health Education an der Columbia University (1951-1969) und ab 1969 eine Professur für Medizingeschichte und Epidemiologie an der Yale University. Vgl. Benison Saul 1978, S. 246–251.

¹¹ Vgl. Rosen 1975, S. 74–76.

¹² Rosen charakterisiert den Kameralismus als „deutsche Form des Merkantilismus, „dessen höchstes Ziel es war, das gesellschaftliche und wirtschaftliche Leben in den Dienst der Machtpolitik des Staates zu stellen.“ (Rosen 1975, S. 78). Der Begriff Kameralismus bezeichne „die Ideen, mit denen die zentralistischen Tendenzen und Methoden in der Verwaltung und Wirtschaftspolitik einer absoluten Monarchie erklärt und gerechtfertigt werden sollten und an denen sie sich orientierten.“ (Rosen 1975, S. 80). Im Kameralismus wird die staatliche Verwaltung unter dem Begriff „Policeywissenschaft“ geführt. Die für Gesundheitsangelegenheiten zuständige Abteilung wird als „Medizinische Policey“ bezeichnet. Der Begriff ist abgeleitet von Platons „Πολιτεία - Der Staat“. Darin diskutiert Platon die philosophische Kategorie der Gerechtigkeit und ihre mögliche Verwirklichung in einem idealen Staat.

¹³ Rosen 1975, S. 78–85.

Bevölkerungszuwachs sei maßgebend für den Wohlstand des Volkes. Sein Programm umfasste „Unterhalt und Kontrolle von Hebammen, Waisenpflege, Ernennung von Ärzten und Chirurgen, Maßnahmen gegen die Pest und andere ansteckende Krankheiten, Gebrauch von Tabak und alkoholischen Getränken, Kontrolle von Lebensmitteln und Wasser, Maßnahmen zur Stadtreinigung und Beseitigung von Abwässern, Unterhalt von Krankenhäusern und Maßnahmen der Sozialhilfe“.¹⁴

Auch der Universalgelehrte Gottfried Wilhelm von Leibniz (1646-1716) habe sich, laut Rosen, mit dem Problemfeld der Gesundheitsversorgung befasst und unter anderem auf die Notwendigkeit von Bevölkerungs- und Sterbestatistiken hingewiesen. Er habe in diesem Zusammenhang die Einrichtung einer zentralen Verwaltungsstelle für Polizeiangelegenheiten gefordert, der auch ein Gesundheitsrat angehören solle.¹⁵ Der Sozialhistoriker und Arbeitswissenschaftler Dietrich Milles (*1949) fasst die Entwicklung passend zusammen: „Es ging nicht mehr um eine individuelle Versorgung, sondern um die Verallgemeinerung der bürgerlichen Gesundheitsversorgung auf die gesamte Gesellschaft und auf die spezifischen Arbeits- und Lebensbedingungen, die durch eben diese Gesellschaft selbst entstanden oder geprägt wurden.“¹⁶

Für die Vorstellung von Krankheit als „Produkt einer sozialen und kulturellen Fehlanpassung“¹⁷ leistete nach Rosen der Jenaer Professor Christian Rickmann in seiner Publikation über das Verhältnis von ‚Arzneiwissenschaft ‚ und Wohl des Staates (1771) die Vorarbeit, der die Unterscheidung von „*natürlichen*“ und von „*Menschen verursachten*“ Krankheiten vornahm. Unter „*natürlichen Krankheiten*“ (und damit unvermeidbaren) habe er ansteckende und epidemisch auftretende Erkrankungen gefasst. Die „*vom Menschen verursachten*“ Erkrankungen habe er wiederum unterteilt in Krankheiten, die durch die „eigene schuldhaftige Vernachlässigung des Patienten“ entstanden seien und Krankheiten, die auf ‚Übergriffe anderer‘ zurückzuführen seien.¹⁸ Friedrich Wilhelm Schwartz¹⁹ beschreibt Johann Peter Frank (1745-1821) als „wichtigste medizinische Persönlichkeit im Geiste der merkantilistischen medicinischen Policey“,²⁰ als dessen Begründer er oft fälschlicherweise bezeichnet werde. Schwartz verknüpft in seiner Publikation „Von der ‚*medizinischen Policey*‘ zu den Gesundheitswissenschaften“ die gesellschaftlichen und politischen Vorstellungen mit den jeweiligen gesundheits-

¹⁴ Rosen 1975, S. 81.

¹⁵ Vgl. Rosen 1975, S. 81–82.

¹⁶ Milles 2005, S. 4.

¹⁷ Rosen 1975, S. 85.

¹⁸ Vgl. ebd.

¹⁹ Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz (*1949) war von 1985 bis 2009 Direktor der Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover und als solcher der erste Nachfolger von Manfred Pflanz nach seinem Tod 1980.

²⁰ Schwartz 2005, S. 10.

bezogenen und gesundheitspolitischen Implikationen und Aktivitäten. Bis Ende des 18. Jahrhunderts manifestierte sich nach Schwartz zum einen das „kameralistisch-aufgeklärte“ funktionale Denken des Obrigkeitsstaates und zugleich der humanitäre Grundzug, das „Geschöpf Mensch“ zum Maßstab allen Handelns zu machen.²¹ Die Zeit des 16. bis zum frühen 19. Jahrhundert stelle den Ausgangspunkt für alle späteren Vorschläge und Überlegungen dar.

„Wir begegnen Ordnungs- und Handlungsideen, die aus normativ-sittlicher Sicht, religiös oder naturrechtlich philosophisch begründet werden, wie ökonomisch-utilitaristischen Zweckbetrachtungen, sei es unter der Idee eines freien Gesellschaftsvertrages für den höchsten Nutzen aller oder unter der Vorstellung eines supremen Staatszweckes als einziger letzter Legitimation. Wir begegnen aber ebenso bereits den liberalen Überlegungen zur Sicherung des Wohlstands, der Wohlfahrt und der Freiheit des Individuums als obersten Zweck, dem allenfalls wenige Verpflichtungen und Einschränkungen aus Gründen der Sicherheit oder der sonstigen notwendigen gemeinschaftlichen Problembewältigung einschränkend gegenübergestellt werden.“²²

Rosen charakterisiert das Werk von Frank als „Meilenstein der Geschichte der Theorie über die gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit“²³. Frank sei eine „systematische Formulierung und Darstellung einer zusammenhängenden, umfassenden Gesundheitspolitik“²⁴ gelungen, die bis ins 19. Jahrhundert prägend wirkte. Auch wenn das Werk von Frank deutlich vom „Geist der Aufklärung und des humanitären Denkens“ durchdrungen sei, habe bei ihm nicht die „Aufklärung des Volkes“, sondern letztlich die Anleitung der Staatmänner Priorität gehabt, die „zum Wohl der Gesellschaft alle Bereiche menschlicher Aktivität regeln und überwachen sollen.“²⁵ Im Rahmen dieser Gegebenheiten habe jedoch ein echtes Bemühen um Sozialfürsorge bestanden. So habe das System von Frank Maßnahmen zum Schutz von Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft sowie ein Gesundheitsprogramm für Kinder enthalten. Des Weiteren habe Frank Anforderungen an die Ernährung und Lebensführung gestellt und sich mit den sanitären Problemen um Wasser und Abwasser beschäftigt. Rosen hebt besonders hervor, dass Frank Unfälle erörterte und die Bedeutung von Unfallverhütung erkannte.²⁶

Da das System der medizinischen Polizey auf kameralistischen Voraussetzungen basierte sowie auf die politischen Autoritäten und patriarchal ausgerichtet war, musste

²¹ Vgl. Schwartz 2005, S. 3–4.

²² Schwartz 2005, S. 12.

²³ Rosen 1975, S. 86.

²⁴ Rosen 1975, S. 87.

²⁵ Rosen 1975, S. 86.

²⁶ Vgl. Rosen 1975, S. 86–89.

es unter veränderten politischen und sozialen Bedingungen zu Veränderungen und Anpassungen kommen. So stellt Rosen fest, dass die „Idee der medizinischen Polizei der Vergangenheit zugewandt“ und zu einer „sterilen Formel“²⁷ verkommen sei, als sie ins Spannungsfeld der sozialen Ideale der Französischen Revolution und den Gesundheitsproblemen der Dynamik der Industrialisierung geraten sei. Für administrative Regelungen wie die Kontrolle ansteckender Krankheiten oder die Organisation und Kontrolle medizinischer Maßnahmen und medizinischen Personals oder sanitärer Regelungen sei die medizinische Polizei noch wirksam gewesen. Nach Rosen sei das für Frank prägende Bewusstsein für die „gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit“ verloren gegangen, aber die Summe der Erkenntnisse und Motivationen hätten „weitere Studien über die soziale Wechselwirkung von Gesundheit und Krankheit“ initiiert.²⁸

3.1.2 Öffentliches Gesundheitswesen in der Dynamik der Industrialisierung

Die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts ist geprägt von der unübersehbaren sozialen Frage der Industriearbeiter und sich zuspitzender Gesundheitsprobleme, von Kinder- und Frauenarbeit, von Säuglingssterblichkeit, von beengten und unwürdigen Wohnverhältnissen als Quelle für Infektionskrankheiten, von Mangelernährung und fehlender Hygiene, von arbeitsbedingten Erkrankungen und Berufsunfällen. Nach Labisch und Tennstedt bedeutete dieser Prozess für die Arbeiterbevölkerung einen „kaum noch vorstellbaren Wandel tradierter Lebensgewohnheiten“, die Arbeiter seien auf „ihre Arbeitskraft als einzigem Subsistenzmittel zurückgewiesen“ worden, „Gesundheit und Leistungskraft erhielten damit für immer mehr Menschen eine immer größere Bedeutung“.²⁹ Zudem erwies sich nach Gerhard Baader³⁰ das „Interventionsinstrumentarium der Staatsarzneikunde mit ihrem Schwerpunkt auf der Bekämpfung der akuten Infektionskrankheiten“ für die Erkrankungen in den neuen Verelendungssituationen als unwirksam.³¹

Einflussreich und prägend sei auch das „wachsende sozialkritische Schrifttum der Zeit“ gewesen, so Schwartz.³² Der politische und gesellschaftliche Entwicklungsprozess der Französischen Revolution hat nach Rosen auch neue Vorstellungen über die

²⁷ Rosen 1975, S. 88.

²⁸ Rosen 1975, S. 89.

²⁹ Labisch; Tennstedt 1985, S. 22–23.

³⁰ Prof. Dr. Gerhard Baader (1928-2020) forschte von 1983 bis 1993 am Institut für Geschichte der Medizin im Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin (ZHGB) – Charité. Die Medizin im Nationalsozialismus gehörte zu einem seiner Forschungsschwerpunkte.

³¹ Baader 2005, S. 4.

³² Schwartz 2005, S. 13.

Beziehungen von Gesundheit, Medizin und Gesellschaft angeregt.³³ Deshalb ist der Blick nach Frankreich wichtig, weil von dort die sozialreformatoren Impulse für Deutschland kamen. Die neuen gesellschaftlichen Realitäten und der aufklärerische Fortschritt in der politischen Theorie und Gesellschaftstheorie hätten durch den interdisziplinären Dialog von Sozialphilosophie und Medizin zu einer spürbaren Bewegung im Denken und Handeln der französischen Hygieniker geführt. Das von der Nationalversammlung 1793/94 beschlossene nationale System von Sozialhilfe und ärztlicher Versorgung sei zwar an der Finanzierung noch gescheitert, der Entwicklungsdruck aber sei gewachsen und man habe nach weiterführenden Lösungen gesucht. Exemplarisch nennt Rosen die Einrichtung eines „freien ärztlichen Dienstes“ durch die Initiative zahlreicher Ärzte als Antwort auf einen Choleraausbruch in Paris (1831) oder die öffentliche Forderung nach Zugang zu sauberem Wasser, einer funktionstüchtigen Kanalisation oder anderen notwendigen Maßnahmen für sanitäre Probleme.³⁴

Das Erbe der französischen Revolution fasst Rosen prägnant zusammen: „Vorstellungen über staatliche Dienste, öffentliches Interesse und soziale Einrichtungen lieferten den Boden, in dem neue Ansichten über die Beziehungen zwischen Gesundheit, Medizin und Gesellschaft keimten“.³⁵ Kennzeichnend für die Epoche der Revolutionen und der Industrialisierung sei die Anwendung der wissenschaftlichen Methoden des rationalen Empirismus und der kritischen Beobachtung zur Erstellung medizinischer Topographien. Die weitreichende Progression dieser Topographien wird deutlich, wenn Rosen festhält, dass sich zahlreiche Monographien „mit der Ernährung, Unterbringung und den Gebräuchen der Bewohner, mit den Gesundheitseinrichtungen und dem Gesundheitspersonal und mit dem Zusammenhang zwischen diesen Faktoren und dem Auftreten von endemischen, epidemischen und sporadischen Krankheiten“ beschäftigten.³⁶

Insbesondere statistische Analysen, die Anfang der zwanziger Jahre des 19. Jahrhunderts entwickelt wurden, hätten den Fundus an neuen Kenntnissen und Einsichten ergänzt. Die Studien hätten sich mit „der Frage der unterschiedlichen Sterblichkeitsrate und der Wirkung, die solche Faktoren wie soziale Schicht, Beruf, Rasse, Gefängnisaufenthalt, Trunksucht und Mangel an Hygiene auf die Gesundheit“³⁷ hätten, beschäftigt. Rosen stellt den Hygieniker und Medizinalstatistiker Louis René

³³ Vgl. Rosen 1975, S. 90–91.

³⁴ Vgl. Rosen 1975, S. 90–93.

³⁵ Rosen 1975, S. 91.

³⁶ Rosen 1975, S. 94.

³⁷ ebd.

Villermè (1782-1863) als „überragende Persönlichkeit dieser Zeit“ heraus. So hätten seine Arbeiten den Gesundheitszustand der Textilarbeiter ins öffentliche Bewusstsein gehoben, den unmittelbaren Zusammenhang zwischen Sterblichkeitsrate und den „Lebensbedingungen der verschiedenen sozialen Klassen“ sichtbar gemacht und „eine deutliche Beziehung zwischen Armut und Krankheit“, insbesondere für die Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit aufgezeigt. Auf Grundlage seiner Veröffentlichungen sei 1841 ein Gesetz zur Regelung der Kinderarbeit eingeführt worden.³⁸

Ab 1834 sei der Begriff des Sozialismus gängig geworden und man hätte erkannt, „dass das Wohl der Gesellschaft und des Individuums und die Interessen des Staates nicht zwangsläufig identisch sind“.³⁹ Daher sei, so Rosen, eine Untersuchung notwendig geworden „wie sie zum größten Nutzen koordiniert werden können und wie man soziale Fragen an die Stelle von politischen Fragen setzen kann“.⁴⁰

Rosen erkennt die Verknüpfung der sozialen und politischen Problemhorizonte. In diesem Kontext habe sich der Begriff „soziale Medizin“ etabliert und im März 1848 sei von Jules Guérin (1801-1886) das Konzept der „sozialen Medizin“ eingeführt worden. Im Rahmen der Sozialmedizin solle sich die Ärzteschaft mit „der Beziehung zwischen körperlicher und geistiger Verfassung einer Bevölkerung und ihren Gesetzen oder sozialen Institutionen befassen; mit dem Studium sozialer Probleme in Bezug auf Gesundheit und Krankheit; mit der Festsetzung von Maßnahmen für Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung und mit der Bereitstellung medizinischer und anderer Maßnahmen, mit denen die soziale Desintegration und andere gesellschaftliche Probleme bewältigt werden sollten“.⁴¹ Die Betonung der Rolle des Arztes an dieser Stelle habe laut Rosen verschiedene Beweggründe. Zum einen sei man der Auffassung gewesen, ein Arzt sei den täglichen Problemen näher als jeder andere. Zum anderen seien die Ärzte gewillt gewesen, ihre gesellschaftliche und wirtschaftliche Lage durch die Einführung eines einheitlichen medizinischen Berufsstandes mit gleicher Ausbildung für alle Mitglieder und einer angemessenen Bezahlung zu verbessern.⁴²

3.1.3 Die „soziale Medizin“ von Rudolf Virchow und Salomon Neumann

Unter dem Einfluss der liberalen Ideen aus Frankreich schlossen sich in den Revolutionsjahren 1848/49 deutsche Mediziner zu einer „sozialen Medizin“ zusammen, um notwendige Gesundheitsreformen durchzusetzen. Bedeutende Köpfe waren hier

³⁸ Vgl. Rosen 1975, S. 95.

³⁹ Rosen 1975, S. 96.

⁴⁰ ebd.

⁴¹ Rosen 1975, S. 97–98.

⁴² Vgl. Rosen 1975, S. 95–98.

insbesondere Rudolf Virchow und Salomon Neumann.⁴³

Die Neuausrichtung der Medizin als einer sozialen Wissenschaft in den Überlegungen der Reformer wird in einem Zitat von Neumann (1847) deutlich. Er vertritt die Ansicht, dass „die medizinische Wissenschaft in ihrem innersten Kern und Wesen eine soziale Wissenschaft“ sei.⁴⁴

Rosen erkennt drei Prinzipien des reformerischen Aktionsprogramms.

- dass „die Gesundheit des Volkes eine Angelegenheit von unmittelbarer gesellschaftlicher Bedeutung ist und dass die Gesellschaft die Verpflichtung hat, die Gesundheit ihrer Mitglieder zu schützen und zu sichern.“
- dass „soziale und wirtschaftliche Bedingungen einen wichtigen und in vielen Fällen entscheidenden Einfluss auf Gesundheit und Krankheit haben, und dass diese Beziehungen wissenschaftlich untersucht werden müssen.“
- dass „die zur Gesundheitsförderung und Krankheitsbekämpfung unternommenen Schritte sowohl sozialer als auch medizinischer Art sein müssen.“⁴⁵

Wie sehr Virchow in seinem medizinischen Engagement von politisch-gesellschaftlichen Idealen geleitet war, zeigt sich in der von ihm und Rudolf Leubuscher (1821-1861) herausgegebenen Zeitschrift „Die medicinische Reform. Eine Wochenschrift“, die vom 10. Juli 1848 bis zum 29. Juni 1849 erschien. Als Einleitung zu seinen Abhandlungen über „Die öffentliche Gesundheitspflege“ schreibt Virchow hier:

„Das eine Wort ‚Öffentliche Gesundheitspflege‘ sagt dem, welcher mit Bewusstsein zu denken versteht, die ganze und radicale Veränderung in unserer Anschauung von dem Verhältniss zwischen Staat und Medicin; diess eine Wort zeigt denjenigen, welche da gemeint haben und noch meinen, die Medicin habe mit der Politik nichts zu thun, die Grösse ihres Irrthums.“⁴⁶

Schwartz verweist darauf, dass Virchow, anthropologisch an den Naturrechtsgedanken⁴⁷ des 17./18. Jahrhunderts anknüpfend, „das Recht des Einzelnen auf eine

⁴³ Vgl. Rosen 1975, S. 99.

Rudolf Virchow (1821-1902) gilt gemeinhin als Begründer der Sozialhygiene. Er war Arzt, Pathologe und Politiker. Von 1849-1856 war er Professor für pathologische Anatomie an der Universität Würzburg und folgte 1856 einem Ruf an die Universität Berlin. Vgl. Sander 2012, S. 19–44. Die Entstehungsfaktoren einer Thrombose werden heute als Virchow-Trias bezeichnet. Zu Leben und Werk von Virchow vgl. Sander 2012, Andree 2010, Johach 2008

Salomon Neumann (1819-1908) war Arzt und Berliner Stadtverordneter, er gilt als einer der bedeutendsten Vertreter der Sozialmedizin. Die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention verleiht seit 1986 die „Salomon-Neumann-Medaille“ für besondere Dienste um die Präventiv- und Sozialmedizin. Zur Vertiefung der Person Neumann und seinem Engagement auch abseits der Sozialmedizin sei auf Regneri 2011 verwiesen.

⁴⁴ Neumann, Salomon (1847) 1983, s.a. Rosen 1975, S. 99.

⁴⁵ Rosen 1975, S. 99–100.

⁴⁶ Virchow, Rudolf (1848) 2010, S. 21.

⁴⁷ Naturrecht ist das dem Menschen angeborene Recht, das unabhängig von jeder staatlichen Gesetzgebung überall und zu jeder Zeit existiert. Die unveränderliche Natur wird hier als

gesundheitsgemäße Existenz“⁴⁸ abgeleitet habe. „Er verknüpfte dies mit der Idee des demokratischen Staates, der das ‚Wohlsein‘ aller Staatsbürger auf der Basis der Gleichberechtigung aller erstrebe, für die Gesundheit und Bildung unabdingbare Voraussetzungen sei; der Staat habe also die Aufgabe, öffentliche Gesundheitspflege herzustellen und öffentlichen Unterricht zu gewähren.“⁴⁹ Für Neumann wird das Recht auf staatliche Gesundheitsfürsorge daraus abgeleitet, dass der „gewöhnliche Tagelöhner [...] in der physischen Kraft seines Körpers sein ganzes und einziges Eigentum [sic!]“ besitze.⁵⁰

Der Staat habe nach Virchow die Aufgabe „den Arbeitsunfähigen Mittel zur Existenz und den Arbeitsfähigen Möglichkeiten zur Arbeit“ zu gewähren, „aber auch den Arbeitsscheuen zur Arbeit“ zu zwingen.⁵¹ Entsprechend habe Virchow die Professionalisierung des Arztberufes als die „eigentlichen Experten für Gesundheit“ gefordert⁵². Dazu habe man die Einführung eines nationalen Gesundheitsministeriums, die einheitliche Erteilung von Lizenzen für praktische Ärzte und die Vergabe von öffentlichen Ämtern an Ärzte auf Basis von Leistungsprüfungen angestrebt.⁵³

Baader zeigt auch, dass die Voraussetzung für Virchows sozialmedizinische Reformansätze die naturwissenschaftliche Basis seiner Medizin war.⁵⁴ Laut Sander wies die in Virchows Zellulärpathologie vollzogene Aufwertung des Einzelnen „nicht nur biologische, sondern auch gesellschaftspolitische Implikationen auf“.⁵⁵

Durch die Niederschlagung der Revolution 1848 in Deutschland und Frankreich sei auch die medizinische Reformbewegung gebremst worden, deren Protagonisten wie Virchow und Neumann jedoch politisch aktiv geblieben seien und in den folgenden Jahrzehnten ein praktisch durchführbares sanitäres Programm eingeführt hätten.⁵⁶ Rosen meint, dass die Ideen der „Sozialen Medizin“ und der „Medizin als Sozialwissenschaft“ von „weitsichtigen und sozial orientierten Wissenschaftlern am Leben erhalten“ wurden.⁵⁷ Die Jahrzehnte nach 1848 waren jedoch bestimmt von einer wissenschaftlichen wie anwendungsorientierten Dynamik der Physik, der Chemie und der Technik, sowie dem gleichlaufenden Siegeszug der naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin.

ursprünglich, absolut und normsetzend dem menschlichen Gesetz gegenübergestellt, dessen Gültigkeit nur auf bloßen Konventionen beruht (positives Recht). Vgl. Bekes; Frederking; Krommer 2010, S. 369.

⁴⁸ Virchow 1849, S. 317., s.a. Schwartz 2005, S. 13.

⁴⁹ Schwartz 2005, S. 13.

⁵⁰ Neumann, Salomon 1983, S. 92., s.a. Milles 2005, S. 8.

⁵¹ Schwartz 2005, S. 13.

⁵² ebd.

⁵³ Rosen 1975, S. 101–102.

⁵⁴ Vgl. Baader 2005, S. 5–6.

⁵⁵ Sander 2012, S. 152.

⁵⁶ Vgl. Rosen 1975, S. 103.

⁵⁷ Rosen 1975, S. 106.

3.1.4 Öffentliche Gesundheitspflege zwischen Stadthygiene und Bakteriologie

Baader zeigt, wie unterschiedlich die Protagonisten Max von Pettenkofer (1818 – 1901) und Robert Koch (1853 – 1910) in ihrem hygienischen Ansatz und in ihren praktischen Konzepten dachten. Pettenkofer begründete die moderne experimentelle Hygiene, bereits 1853 hielt er als Extraordinarius für medizinische Chemie in München seine erste hygienische Experimentalvorlesung.⁵⁸

Schwartz charakterisiert Pettenkofers stadthygienischen Ansatz:

„Hier ging es auch um eine neue Interpretation des Krankheitsgeschehens als dynamische Auseinandersetzung von ‚Keimen‘ oder deren giftigen Produkten einerseits und ökologischen Umgebungsbedingungen andererseits. Die darauf basierenden, zahlreichen technischen Interventionen zielten vor allem auf die Reinigung und Reinhaltung der Gewässer und Abwässer, ja aller mittelbaren und unmittelbaren Lebensverhältnisse insbesondere in den Städten durch den Aufbau einer umfassenden hygienetechnischen Infrastruktur. Dieser technologische Zugriff erlaubte bis zu einem gewissen Grade auch, den sozial bedingten und mitbedingten Ursachen von Erkrankungen und ihrer Ausbreitung mit rein technischen Mitteln zu begegnen, oder anders gesprochen, in die auch sozial bedingten Fragen von Krankheit einzugreifen, ohne selbst sozial sein zu müssen.“⁵⁹

Milles stellt fest, dass neben der Entwicklung der städtischen Infrastruktur und der öffentlichen Gesundheitspflege immer auch die Leistungsfähigkeit des Einzelnen im Vordergrund stand, die die Produktivität des Staates stützen sollte.⁶⁰ Schwartz verweist darauf, dass Pettenkofer eine technokratisch und ökonomisch orientierte „Gesundheitswirtschaftslehre“ entwickelt habe, wonach „Gesundheit einerseits ein individuelles Gut bzw. Vermögen [sei]“, und „darüber hinaus ein ‚Kapital‘ für eine Gemeinde oder eine Nation“.⁶¹ Pettenkofer habe Kosten-Nutzen-Analysen entwickelt, „um ohne religiöse oder humanitäre Begründungen die für die Pflege und Erhaltung von Gesundheit notwendigen Kosten zu rechtfertigen“.⁶²

Während Pettenkofer in seiner experimentellen Hygiene stadthygienisch und lokalistisch argumentiert habe, habe Robert Koch als Vertreter einer „orthodoxen Bakteriologie“ einzig in den naturwissenschaftlich definierbaren und wirkenden Krankheitskeimen die entscheidende Ursache bei Infektionen, insbesondere bei Epidemien gesehen.⁶³

⁵⁸ Vgl. Baader 2005, S. 5.

⁵⁹ Schwartz 2005, S. 14.

⁶⁰ Vgl. Milles 2005, S. 10.

⁶¹ Schwartz 2005, S. 15.

⁶² ebd.

⁶³ Vgl. Baader 2005, S. 5.

Schwartz schreibt zu Koch:

„Darüber hinaus entfaltete Koch und sein ideologischer Deutungs- und Handlungsansatz eine für das folgende Jahrhundert weitreichende Wirkung, in dem es [...] eine methodisch eindeutige und reproduzierbare Beziehung zwischen einer einzigen naturwissenschaftlich fassbaren Ursache und einer spezifischen Erkrankung im Sinne eines „Paradigmenwandels“ herstellte. Die Bezugsdisziplinen wurden die Mikrobiologie und die krankheitsspezifische Infektionsepidemiologie.“⁶⁴

Passend dazu fasst Rosen Emil Behrings Aussage von 1893 zusammen: „das Studium ansteckender Krankheiten“ könne jetzt „unmittelbar verfolgt werden, ohne von gesellschaftlichen Erwägungen und Gedanken über Sozialpolitik abgelenkt zu werden.“⁶⁵ Entsprechend charakterisiert Rosen das Paradigma dieser Zeit treffend:

Nicht der Patient, sondern die Krankheit wurde zum Hauptinteresse des Arztes.“⁶⁶

Die laborwissenschaftlich, bakteriologisch und monokausal orientierte allgemeine Hygiene mit ihrem Kompetenzanspruch für sozialhygienische Fragen versperrte nach Baader für die Sozialmedizin und Sozialhygiene lange Zeit den Weg zu einer selbstständigen Disziplin.⁶⁷

3.2 Sozialhygiene im Spannungsfeld von Eugenik und Rassenhygiene

Baaders Kapitelüberschrift „Sozialhygiene zwischen Bakteriologie, Konstitutionslehre, Eugenik und Rassenhygiene“ leitet über zu den historischen Bedingungen vor und nach der Jahrhundertwende. Als wichtige Protagonisten dieser Zeit werden Ferdinand Hueppe (1852-1938), Max von Gruber (1853-1927) und Hans Buchner (1850-1902) genannt. Hueppe, ein Schüler von Robert Koch, habe versucht auf der Basis seines konstitutionsmedizinischen Konzepts, die Hygiene Pettenkofers, die Bakteriologie Kochs und die Pathologie und Anthropologie Virchows in ein „biologisch-energetisches Krankheitskonzept“ zusammenzufügen.⁶⁸

Hueppes These von 1899, „Die Hygiene ist als soziale Kunst durch die soziale Not hervorgerufen, sie muss und wird deshalb immer Sozialhygiene sein oder sie wird nicht

⁶⁴ Schwartz 2005, S. 14. Interessant ist an dieser Stelle auch die Anmerkung von Schwartz: „Die weitreichende Wirkung dieser politischen, auf eine rein naturwissenschaftliche Herangehensweise beschränkten Auseinandersetzung mit epidemischen oder endemischen Krankheiten von bevölkerungsweiter Bedeutung vollzieht sich noch einmal Ende des 20. und zu Beginn des 21. Jahrhunderts in der Auseinandersetzung der sich konsolidierenden und erweiternden Europäischen Union zu Fragen der öffentlichen Gesundheit (Public Health) in dem Sinne, dass die Minimaleinigung der europäischen Staaten auf diesem Gebiet zuerst in Form der Errichtung einer gemeinsamen europäischen Überwachungsbehörde zur Bekämpfung infektiöser Erkrankungen erreicht wurde.“ Schwartz 2005, S. 15. Anm. 38.

⁶⁵ Rosen 1975, S. 108.

⁶⁶ Rosen 1977, S. 326.

⁶⁷ Vgl. Baader 2005, S. 6–7.

⁶⁸ Vgl. Baader 2005, S. 7–8., Hubenstorf 2005, S. 15.

sein⁶⁹, bedeutete nach Michael Hubenstorf letztlich nicht, dass Hueppe sich „auf die sozialen Außenbedingungen, auf die sozial ungleich verteilten Reize, auf die sozial vermittelte erworbene Prädisposition konzentriert“ hätte.⁷⁰ Hueppe habe 1893 in einem Vortrag auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Nürnberg über die „Ursachen der Gärungen und Infektionskrankheiten und deren Beziehungen zum Causalproblem und zur Energetik“ gesprochen und die orthodox-bakteriologische Basis der Hygiene in Frage gestellt. Hueppe habe darin den Standpunkt vertreten, dass „die ausreichende Ursache für Infektions- und Gärungsvorgänge nur im Bau des angesteckten Wirtes, in der Anlage und somit in der Konstitution des infektiösen- oder gärungsfähigen Körpers liege“.⁷¹ Hueppe formuliert es im Vorwort zu seinem „Handbuch der Hygiene“ so:

„In dieser meiner naturwissenschaftlichen Auffassung der Gesundheitslehre stehen nicht mehr die örtlich-zeitlichen Bedingungen, nicht mehr die Bakterien einseitig im Vordergrund. [...] Aber der Mensch selbst tritt mit seinen angeborenen oder erworbenen und beeinflussbaren Anlagen [...] wieder zielbewusst in den Vordergrund.“⁷²

Nach Hueppe entstehe aus der Ungleichheit der Individuen und Völker die Notwendigkeit, „die Forderungen der Sozialhygiene mit denen einer ebenso notwendigen Rassenhygiene in Einklang zu bringen, weil wir nur auf diese Weise von einer bloß vorbeugenden zu einer positiven, aufbauenden Hygiene kommen können.“⁷³ Hueppe erklärte die Hygiene zu einer „anthropologischen Wissenschaft“⁷⁴ und habe, so Sigrid Stöckel,⁷⁵ mit seiner Annahme, dass „der angeborenen oder erworbenen Anlage bei der Krankheitsentstehung Priorität zukomme“, den sozialdarwinistisch-rassenhygienischen Diskurs innerhalb der Hygiene eröffnet.⁷⁶ Auch der Internist Max Mosse (1873-1936) und der Säuglingsfürsorgearzt Gustav Tugendreich (1876-1948) hätten in ihrem 1913 erschienenem Sammelband „Krankheit und soziale Lage“ den zu dieser Zeit „nahezu zwingend erscheinende[n] Zusammenhang von sozialhygienischen Maßnahmen und ihren rassenhygienischen Konsequenzen“ „besonders deutlich“ dargelegt.⁷⁷

⁶⁹ Hueppe 1899, S. 11., s.a. Hubenstorf 2005, S. 16.

⁷⁰ Hubenstorf 2005, S. 16.

⁷¹ Kaup 1922, S. 1547., s.a. Baader 2005, S. 8.

⁷² Hueppe 1899, S. VI. Vorwort.

⁷³ Hueppe 1899, S. 10–11.

⁷⁴ Hueppe 1899, S. VI. Vorwort.

⁷⁵ Dr. Sigrid Stöckel (1956-2017) war wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Ethik, Geschichte und Philosophie der Medizinischen Hochschule Hannover.

⁷⁶ Vgl. Stöckel 1996, S. 45–46.

⁷⁷ Stöckel 1996, S. 69; 101.

3.2.1 Die Sozialhygiene Alfred Grotjahn's

Die Gründung der ersten „Gesellschaft für sociale Medicin, Hygiene und Medicinalstatistik“ im Jahr 1905 und der Name Alfred Grotjahn mit seinem Werk „Soziale Pathologie“ von 1911 sind für die Entwicklung der sozialen Medizin des 20. Jahrhunderts prägend geworden. Die Liste der Gründungsväter zeigt die Inter- und Multidisziplinarität der neu gegründeten Gesellschaft. Nach Schagen und Schleiermacher verband die Mitglieder die Wahrnehmung der neuen gesellschaftlichen und politischen Realitäten, die geprägt gewesen seien von den Problemlagen der Industrialisierung, der Verarmung in den Städten und auf dem Land und den damit verbundenen gesundheitlichen Katastrophen. Als Ziele der Gesellschaft stellen Schagen und Schleiermacher die Optimierung öffentlicher und staatlicher Maßnahmen im Sinne einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung und der Lebensverhältnisse der Bevölkerung heraus.⁷⁸

Alfred Grotjahn zählt zu den Gründungsvätern der Gesellschaft und gilt als dessen „theoretischer Kopf“.⁷⁹ Bereits 1904 habe er sich programmatisch über die Methoden und Ziele der medizinischen Reform geäußert:

„Die Hygiene muß daher auch die Einwirkungen dieser gesellschaftlichen Verhältnisse und des socialen Milieus, in dem die Menschen geboren werden, leben, arbeiten und geniessen, sich fortpflanzen und sterben, eingehend studieren. Sie wird damit zur socialen Hygiene, die der physikalisch-biologischen Hygiene als Ergänzung zur Seite tritt.“⁸⁰

Grotjahn wollte medizinische Probleme systematisch mit den Methoden der Sozialwissenschaft darstellen und zu einer „Theorie der sozialen Pathologie und sozialen Hygiene“ gelangen, die mit „ihren eigenen Methoden zur Untersuchung der Abhängigkeit des Lebens und der Gesundheit [...] von gesellschaftlichen Bedingungen genutzt werden könnte.“⁸¹ Damit unterschied Grotjahn die Sozialhygiene als deskriptive Wissenschaft von der normativen Sozialhygiene, die sich mit der praktischen Umsetzung wirksamer hygienischen Maßnahmen befasse und somit eine Verbesserung des ermittelten „Status praesens“ bezwecke.⁸²

Grundlegend für Grotjahns Sozialhygiene ist sein Verständnis von Krankheit, dass er in seinem Werk „Soziale Pathologie – Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der Krankheiten als Grundlage der sozialen Hygiene“ darlegt.

⁷⁸ Vgl. Schagen; Schleiermacher 2006, S. 86–90.

⁷⁹ Vgl. Schagen; Schleiermacher 2006, S. 89.

⁸⁰ Zitiert nach: ebd., auch in: Grotjahn 1923, S. 8–9. Bei Schagen, Schleiermacher Grotjahn, A. Das sociale Moment in der Medicin und Hygiene. Medicinische Reform, 12 (25) 1904, S. 196-197.

⁸¹ Rosen 1975, S. 109.

⁸² Vgl. Rosen 1975, S. 112., Grotjahn 1923, S. 9.

Er schreibt hier:

„Die sozialen Umstände wirken häufig nicht unmittelbar krankmachend und krankheitsvermittelnd, sondern indirekt durch das Mittel der konstitutionellen Minderwertigkeit, mag diese nun erworben oder ererbt sein.“⁸³

Und weiter:

„Nicht nur entstehen viele Krankheiten primär aus sozialen Ursachen, sondern ungleich mehr werden sekundär durch begleitende soziale Nebenumstände in ihrem Verlaufe entweder günstig oder ungünstig entscheidend beeinflusst. Am zweckmäßigsten hält sich deshalb die ätiologische Betrachtung an folgendes Schema:

1. Die sozialen Verhältnisse schaffen oder begünstigen die Krankheitsanlage.
2. Die sozialen Verhältnisse sind Träger der Krankheitsbedingungen.
3. Die sozialen Verhältnisse vermitteln die Krankheitserregung.
4. Die sozialen Verhältnisse beeinflussen den Krankheitsverlauf.“⁸⁴

Nach Schagen und Schleiermacher sei die gesundheitspolitische Folgerung letztlich die Gesundheitsfürsorge als Praxis der Sozialhygiene. Sie habe sich für Grotjahn zum einen auf „Personen, die durch Alter, soziale Lage oder Berufstätigkeit einer besonderen gesundheitlichen Gefährdung ausgesetzt waren“ und „Personen, die sich und ihre Mitmenschen durch eine (Volks-) Krankheit gefährdeten“ bezogen. Unter der letztgenannten Kategorie habe Grotjahn nicht nur Tuberkulose oder Geschlechtskrankheiten erkrankte Personen, sondern auch Alkoholiker und bestimmte Geisterkranke zusammengefasst.⁸⁵

Schagen und Schleiermacher heben hervor, dass Grotjahn Krankheit nicht nur individualistisch, sondern auch gesellschaftlich begriffen habe. Für Grotjahn heiße „Sozialpathologie“ treiben „nicht nur die Bedingtheit der Krankheit durch soziale Einflüsse studieren, sondern auch die Beeinflussung sozialer Zustände durch Krankheiten“.⁸⁶

Da Grotjahn den wirtschaftlichen Wert des menschlichen Individuums hervorhebt, versuchen Schagen und Schleiermacher seinen eugenischen Ansatz zwischen Sozialhygiene und Rassenhygiene zu präzisieren. Grotjahn habe sich gegen die Rassenhygiene und die Arier-Ideologie abgegrenzt und die Verwendung anderer Begriffe wie z.B. „Eugenik“, „Fortpflanzungshygiene“, „Idiohygiene“ oder „Nachkommenschutz“ vorgeschlagen; auch habe er sozialdarwinistischen Thesen im

⁸³ Grotjahn 1923, S. 17.

⁸⁴ Grotjahn 1923, S. 18., s.a. Baader 2005, S. 9.

⁸⁵ Vgl. Schagen/Schleiermacher 2006, S. 90.

⁸⁶ Grotjahn 1912, S. 636. Vgl. Schagen/Schleiermacher 2006, S. 90.

Grundsatz abgelehnt. Schagen und Schleiermacher sehen aber die fließenden Übergänge zwischen Eugenik und Rassenhygiene. So hätte Grotjahn zwar nicht die „Aufbesserung“ der „arischen Rasse“ zum Ziel gehabt, Grundgedanke der Eugenik war aber, dass man durch die „Verhinderung der Fortpflanzung als pathologisch abweichend, gar als ‚minderwertig‘ definierter Individuen in überschaubaren Zeiträumen vererbte Abweichungen und Krankheiten ausrotten und damit den ‚Volkkörper‘ genetisch besser ausstatten“ könne.⁸⁷

„Für ihn gehören somit Maßnahmen zur Vermeidung einer negativen Auswirkung sozialhygienischer Aktivitäten auf den menschlichen Artprozess zum unverzichtbaren Arbeitsprogramm einer Sozialhygiene, wenn sie körperliche Entartung verhüten helfen soll“, so stellt auch stellt Gerhard Baader fest.⁸⁸

In seinen „Leitsätzen zur sozialen und generativen Hygiene“ forderte Grotjahn, dass mit den Mitteln der Eugenik „die menschliche Fortpflanzung [...] in einem Grade der ärztlichen und hygienischen Überwachung unterstellt werden [muss], dass die Erzeugung und Fortpflanzung von konstitutionell körperlich oder geistig Minderwertigen zuverlässig verhindert wird“.⁸⁹ Grotjahn habe für diese genetisch „minderwertigen“ Menschen nicht nur Verhütungsmaßnahmen und freiwillige Enthaltensamkeit, sondern auch Dauerasylierung und Sterilisation vorgeschlagen. Baader glaubt nicht, dass Grotjahn mit diesen Zwangsmaßnahmen zur Ausgrenzung der genetisch „Minderwertigen“ geahnt oder gebilligt habe, „dass am Ende solcher Maßnahmen die Zwangssterilisation von 400.000 Menschen zu rassenbiologisch definierter sozialer Assanierung im Nationalsozialismus stehen“ werde.⁹⁰

Der reformorientierten Sozialhygiene von Grotjahn hätten sich, so Baader, in der Mehrzahl sozialdemokratische und kommunistische Ärzte als Teil einer sozialen Bewegung angeschlossen. Baader räumt aber zugleich ein, dass sie sich nur in

⁸⁷ Schagen; Schleiermacher 2006, S. 90.

⁸⁸ Baader 2005, S. 10.

⁸⁹ Grotjahn 1925, S. 36., s.a. Baader 2005, S. 10.

⁹⁰ Baader 2005, S. 10.

Ausnahmefällen, wie zum Beispiel Ludwig Teleky⁹¹ von den von Hueppe und Kaup⁹² konkretisierten Aspekten der Rassenhygiene abgegrenzt hätten.⁹³ Auch die „Gesellschaft für sociale Medicin, Hygiene und Medicinalstatistik“ habe „ab etwa 1910 neben Versicherungsfragen fast nur noch eugenisch-rassenhygienische Themen“ behandelt und „wurde von der Berliner Gesellschaft für Rassenhygiene fast ununterscheidbar“.⁹⁴

Michael Hubenstorf⁹⁵ schreibt über Grotjahn, dass er nur versuchen konnte, „innerhalb dieses Gesamttrends einige Residualelemente von sozialen Fragestellungen aufrechtzuerhalten. Seine Konzeption von Sozialer Hygiene war praktisch von Beginn an zugleich Abwehr und Anpassung gegenüber Sozialdarwinismus, Rassenhygiene und Entartungslehre.“⁹⁶ Die Sozial- und Rassenhygiene in der Zeit der Weimarer Republik sei programmatisch und politisch von dem Gedanken bestimmt gewesen, den „Volkkörper“ durch „Wehrtüchtigkeit, Gebärfreudigkeit und unhinterfragten Leistungswillen“ im Kampf gegen den Versailler Vertrag zu stärken.⁹⁷

Udo Schagen und Sabine Schleiermacher⁹⁸ billigen Grotjahn zum Abschluss ihres Beitrages zu, dass er die Annahme, es bestehe eine „grundsätzliche Berechtigung der Gesetzgebung, die Zwangsunfruchtbarmachung bestimmter Personen zwecks Vermeidung unerwünschter Nachkommen“ an die Prämisse binde, dass „die

⁹¹ Ludwig Teleky (1872-1957) war ein österreichischer Arzt und Sozialmediziner. Er gilt als ein wegweisender Vertreter der Sozialmedizin. 1909 wurde er erster Universitätsdozent für soziale Medizin in Wien, 1921 wurde er als preußischer Landesgewerbearzt für das Rheinland an die Westdeutsche Sozialhygienische Akademie in Düsseldorf berufen. Aufgrund seiner jüdischen Herkunft wurde er 1933 mit einem Berufsverbot belegt, ging 1934 zurück nach Österreich und emigrierte 1939 in die USA. Dort arbeitete er in der gewerbehygienischen Abteilung des staatlichen Arbeitsdepartments von New York. Teleky veröffentlichte zahlreiche bedeutende Werke über Tuberkulosebekämpfung, Gewerbehygiene, Arbeitsschutz und soziale Hygiene. Nach Hubenstorf, Milles und Rodriguez-Ocaña könne man „Teleky im Gegensatz etwa zu Grotjahn eher als ‚Praktiker‘ der Sozialen Hygiene bezeichnen.“ Hubenstorf; Milles; Rodriguez-Ocaña 1984, S. 467. , zu den biographischen Angaben vgl. ebd. 461-467 Zur Vertiefung der Person Ludwig Teleky und der Entwicklung der Gewerbehygiene zur Arbeitsmedizin vgl. Wulf 2001.

⁹² Ignaz Kaup (1870-1944) war ein österreichischer Arzt und Sozialhygieniker. Von 1922-1935 war er Professor für Hygiene in München. Er war Vorsitzender der Berliner Gesellschaft für Rassenhygiene. Vgl. Klee 2011, S. 301.

⁹³ Vgl. Baader 2005, S. 9–10.

⁹⁴ Hubenstorf 2005, S. 18.

⁹⁵ Prof. Dr. Michael Hubenstorf (*1954) war von 1998-2001 Professor of History of medicine der University of Toronto, Canada und ist seit 2001 Lehrstuhlinhaber für Medizingeschichte der Medizinischen Universität Wien.

⁹⁶ ebd.

⁹⁷ Vgl. ebd.

⁹⁸ Dr. Udo Schagen (*1939) leitete von 1986-2004 die Forschungsstelle Zeitgeschichte der Medizin des Instituts für Medizingeschichte der Charité Berlin.

Prof. Dr. Sabine Schleiermacher (*1957), studierte Theologin, habilitierte an der Medizinischen Hochschule Hannover für das Fach Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin. Seit 2004 ist sie Leiterin der Forschungsstelle Zeitgeschichte der Medizin, umbenannt in Forschungsschwerpunkt Zeitgeschichte.

Vererbungswissenschaft wirklich in der Lage ist, mit einer an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit solche Personen zu bezeichnen“.⁹⁹ Er verhalte sich damit „weit kritischer als die für das 1934 verabschiedete Gesetz und seine spätere massenhafte Umsetzung verantwortlichen medizinischen Experten, die staatliche Administration und die parteiideologischen Antreiber. Eine biologistisch ausgerichtete Sozialhygiene bildete die Folie für die Entwicklung der Rassenhygiene während des Nationalsozialismus.“¹⁰⁰ Durch die Verschränkung von Sozialhygiene und Rassenhygiene als „im weiteren Sinn biologistische Betrachtungsweisen“ sei „die ursprüngliche Zielsetzung der Sozialhygiene“ praktisch aufgegeben worden.¹⁰¹

3.2.2 Die Weimarer Republik zwischen politisch-gesellschaftlichen Aufbruch und Biologisierung

Hier und an anderen Stellen sieht man, wie medizinische Entwicklungen, Brüche und Paradigmenwechsel von historischen, gesellschaftlichen und naturwissenschaftlichen Prozessen abhängen. Dass sozialhygienische und sozialmedizinische Reformansätze seit Beginn des 18. Jahrhunderts an aufklärerisch, demokratisches Bewusstsein und sozialdemokratische Politik gebunden waren, zeigt sich auch im Entwicklungsprozess in der Zeit der Weimarer Republik. Mit der Weimarer Verfassung wurde Deutschland zu einem föderalen, demokratischen und sozialen Rechtsstaat, mit der Garantie von Freiheits- und Grundrechten, mit Volkssouveränität und Gewaltenteilung, mit Glaubens-, Meinungs-, Versammlungs- und Wahlfreiheit. Die Verfassung garantierte weitreichende "soziale Rechte", die durch den Sozialrechtekatalog und die Sozialgesetzgebung ergänzt wurde.

So sei der Beginn der Weimarer Republik geprägt gewesen von einer „Analyse gesundheitlicher Schäden der Bevölkerung“ und der „Neuorganisation des Gesundheitswesens“.¹⁰² „Staatstragendes Ziel der Weimarer Republik“ war nach Alfons Labisch¹⁰³ „eine soziale Sicherung, die die gesamte Bevölkerung einschloss“¹⁰⁴, in diesem Sinne sei die Arbeiterversicherung zu einer Volksversicherung umgewandelt worden.¹⁰⁵ Unter dem sozialstaatlichen Anspruch habe sich eine kommunal organisierte Gesundheitsfürsorge entwickelt, die sich mit akuten Problemfeldern wie

⁹⁹ Grotjahn 1926, S. 319.

¹⁰⁰ Schagen/Schleiermacher 2006, S. 91.

¹⁰¹ ebd.

¹⁰² Stöckel 2005, S. 11.

¹⁰³ Prof. Dr. Alfons (*1946) ist Historiker, Soziologe und Arzt. Er war von 1979-1991 Professor für Gesundheitspolitik und Medizinsoziologie der Universität Kassel und von 1991-2015 Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

¹⁰⁴ Labisch 2018, S. 35.

¹⁰⁵ Vgl. ebd.

Geschlechtskrankheiten und Tuberkulose, aber auch mit der „Fürsorge für Schwangere, Gebärende, Stillende, Säuglinge und Kinder“ befasst habe.¹⁰⁶

Hubenstorf erkennt als Reformchancen in der Weimarer Republik, dass sich 1920 „alte Sozialmediziner“ im Sinne Grotjahns durchgesetzt hätten und sozialhygienische Akademien in Charlottenburg, Breslau und Düsseldorf gegründet wurden. In den Akademien erfolgte „die Ausbildung von Kommunal-, Schul- und Fürsorgeärzten, [...] Verwaltungsbeamten, Beamten der Sozialversicherungsinstitute, von Sozialfürsorgerinnen und leitendem Krankenpflegepersonal“.¹⁰⁷ Als Lehrinhalte nennt Hubenstorf „Grundlagen der Sozialhygiene, Sozialpathologie, Statistik, Volkswirtschaftslehre, Sozialpolitik, Verfassungs- und Verwaltungsrecht und Sozialversicherungsrecht, in Charlottenburg allerdings auch Eugenik.“¹⁰⁸

Der erste Leiter der „Westdeutschen Sozialhygienische Akademie“ in Düsseldorf war von 1921 bis 1933 Ludwig Teleky. Für Teleky war „soziale Medizin“ „Grenzgebiet zwischen den medizinischen Wissenschaften und den Sozialwissenschaften“.¹⁰⁹

Hubenstorf macht in seinem Aufsatz auf die politisch begründeten Schwerpunktsetzungen aufmerksam. Während die bürgerlich-liberalen Parteien medizinisch-klinische Fortbildungsinstitute favorisiert hätten, seien sozialdemokratische Parteien für eine Bestärkung des sozialen und präventiven Aspekts eingetreten. Die Forderung nach Berücksichtigung von Eugenik und Rassenhygiene sei aber bereits früh von bürgerlicher Seite her laut geworden. Hubenstorf räumt ein, dass diese Forderungen „noch relativ gemäßigt“ gewesen seien und „vor allem auf der wissenschaftlichen Ebene methodisch imstande“ gewesen seien, „die weltanschaulich motivierten rassenhygienischen Forderungen kritisch zu durchleuchten und vielfach als unfundiert zurückzuweisen“¹¹⁰

In der Fachliteratur stellt Stöckel in den 1920er Jahren eine zunehmende Biologisierung der Medizin fest. Ab Mitte der 20er Jahre sei die Eugenik expliziter Bestandteil des sozialmedizinischen Diskurses gewesen. Durch alle Rubriken habe sich das Modell einer Sozialhygiene als „planmäßige Gesundheitsfürsorge“ gezogen. „Die karitative Fürsorge für Einzelne wurde zunehmend abgelöst von Maßnahmen, die auf den „gesamten Volkskörper“ zielen sollten.“¹¹¹

¹⁰⁶ Labisch 2018, S. 35.

¹⁰⁷ Hubenstorf 2005, S. 19.

¹⁰⁸ ebd.

¹⁰⁹ Milles 2005, S. 18.

¹¹⁰ Hubenstorf 2005, S. 19.

¹¹¹ Stöckel 2005, S. 12.

3.2.3 Medizin im Nationalsozialismus

Die Zeitenwende in die nationalsozialistische Gewaltherrschaft charakterisiert Hubenstorf kurz und prägnant:

„Die Sozialhygiene wurde also nicht 1933 schlagartig beendet und durch Rassenhygiene ersetzt. Nein, sie wurde bereits vor 1933 verschärft biologisch umformuliert, und nach 1933 in ein neues Konzept von Staatsmedizin umgegossen.“¹¹²

Die biologistische Sozialhygiene war nach Baader auch deshalb „der Vereinnahmung und Instrumentalisierung durch den NS-Staat wehrlos ausgesetzt, da sie nie eine soziologische Wissenschaft sein wollte und es somit unterließ, auf eine klar definierte Gesellschaft und deren Probleme mit einer klaren Aussage zu antworten, sondern immer medizinische und damit auch biologische Wissenschaft sein oder bleiben wollte.“¹¹³

Durch das „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ wurde die kommunale Ebene der präventiven Gesundheitspolitik ausgeschaltet. Die sozialhygienischen Akademien in Düsseldorf und Breslau wurden geschlossen, die Akademie in Charlottenburg wurde in eine „Akademie für Staatsmedizin“ umgewandelt. Die Lehrinhalte wurden zugunsten der „Rassenhygiene, Erblehre und Sozialbiologie“ verschoben.¹¹⁴ Aufschlussreich sind Baaders Ausführungen, wenn er an exemplarischen Persönlichkeiten aufzeigt, wie sie „sich 1933 vorbehaltlos in den Dienst der neuen Herren“ stellten und die Linien von Weimar, der NS-Zeit in die junge Bundesrepublik nachzeichnet.¹¹⁵

Wer sich mit der Geschichte der Medizin im Nationalsozialismus beschäftigt, wird zuerst bestürzt zu Kenntnis nehmen, dass es Jahrzehnte dauerte, bis sich die Ärzteschaft und die ärztlichen Interessensvertreter mit ihrer Verstrickung und Verantwortung von 1933 bis 1945 beschäftigte. Die medizinhistorische Forschung hat inzwischen Fakten aufgezeigt, die für die Erhellung des Kontextes bedeutsam sind. So klärt Volker Roelcke¹¹⁶ Mythen vom Bild der Medizin im Nationalsozialismus auf, wenn er feststellt, dass „die Initiative sowohl für das Programm der eugenischen Sterilisationen als auch für die Patiententötungen (Euthanasie), und ebenso für praktisch

¹¹² Hubenstorf 2005, S. 22.

¹¹³ Baader 2005, S. 18.

¹¹⁴ Hubenstorf 2005, S. 22.

¹¹⁵ Vgl. Baader 2005, S. 18–26.

¹¹⁶ Prof. Dr. Volker Roelcke (*1958), studierte Humanmedizin, sowie Ethnologie, Alte Geschichte und Philosophie und habilitierte 1997 für Geschichte der Medizin. Von 1999-2003 war er Professor am Institut für Medizin- und Wissenschaftsgeschichte der Universität Lübeck; seit 2003 ist er Professor für Geschichte der Medizin und geschäftsführender Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen.

alle Formen von inhumaner medizinischer Forschung an Menschen nicht von politischer Seite, sondern von den beteiligten Ärzten selbst ausging.“¹¹⁷

Die Programmatik von Eugenik und Rassenhygiene stand, wie bereits dargestellt, im Kontext der zeitgemäßen wissenschaftlichen Forschung. Roelcke hält fest, dass es nicht nur in Deutschland sondern auch international eine Bewegung gab, deren Ziel es war „mit bestem verfügbarem wissenschaftlichem Wissen die in der Zeit befürchtete Degeneration bzw. Verschlechterung des kollektiven Genpools abzuwenden und langfristig die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung zu optimieren“.¹¹⁸ Es habe jedoch der Rahmenbedingungen des totalitären politischen Systems und der Kriegssituation bedurft, um „diese juristisch und ethisch völlig entgrenzte und damit ‚de-regulierte‘ Möglichkeit zur Forschung“ praktisch durchzuführen.¹¹⁹ Dies habe nicht nur einen freien Zugriff auf Probandendaten ermöglicht, sondern auch auf „Versuchspersonen“ in Konzentrationslagern, psychiatrischen Anstalten oder Krankenhäusern der besetzten Ostgebiete. Durch das Euthanasie-Programm (ab 1939) und die Verfügbarkeit von Häftlingen in den Konzentrationslagern hätte man die Experimente zudem durch Obduktionsberichte und histopathologische Untersuchungen ergänzen können.¹²⁰

Als Spezifität des Nationalsozialismus erkennt Roelcke die „Abschaffung des politischen und wissenschaftlichen Pluralismus“.¹²¹ Damit habe der einzelne Mensch an Bedeutung verloren, der „Volkkörper“ sei vor das Wohlergehen des Individuums gesetzt worden.¹²² Rudolf Virchows propagiertes „Recht des Einzelnen auf eine gesundheitsgemäße Existenz“¹²³, scheint somit verwirkt.

3.3 Sozialmedizin zwischen Kontinuität und Neuorientierung nach 1945

„So war, was den Überlebenden in Deutschland blieb, Schmach, Schande, Schuld und Scham. In der Trümmerwüste materieller Werte lagen auch die Trümmer ‚aller kulturellen Werte‘ begraben [...] als da wären: Aufrichtigkeit, moralische Integrität, Gemeinschaftsgeist, Vaterlandsliebe, Vertrauen, Verantwortungsbewusstsein, Pflichterfüllung, Hingabe, Opferbereitschaft, Treue, Ehre, Stolz, Selbstachtung, Rechtlichkeit, Menschenwürde; alles ‚leere Hülsen‘, ihre Gehalte missbraucht, entwertet, verloren.“¹²⁴

¹¹⁷ Roelcke 2012a, S. 42.

¹¹⁸ ebd.

¹¹⁹ Roelcke 2012a, S. 44–45.

¹²⁰ Vgl. ebd.

¹²¹ Roelcke 2012a, S. 46.

¹²² Vgl. ebd.

¹²³ Virchow 1849, S. 317.

¹²⁴ Toellner 1989, S. A-2272.

Richard Toellner bekennt dies in seinem Vortrag „Ärzte im Dritten Reich“ beim 92. Deutschen Ärztetag im Jahr 1989.

Dass erst in den 80er Jahren eine Aufarbeitung der Rolle und Verantwortung der Medizin in der NS-Zeit begann, heißt nicht, dass „Schmach, Schande, Schuld und Scham“ oder Verdrängung in 40 Jahren nicht wirksam waren. Wie kann es in einem solchen Kontext zu einem Neuanfang kommen? Wie kann die Interaktion von Arzt und Patient wieder frei werden für das unverzichtbare Vertrauen? Was wird man tun, wenn man mit Überzeugung und in vollkommener Überhöhung zwölf Jahre ganz anders gedacht und gewirkt hat. Mit welchem Selbstverständnis, nach welchen Konzepten beginnt man seine Arbeit, seine ärztliche Profession neu?

Hans-Ulrich Deppe charakterisiert in seinem Vortrag anlässlich des 25-jährigen Bestehens des Instituts für Medizinische Soziologie an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main die Zeit nach der Katastrophe des Krieges sicher zutreffend mit den Worten:

„Nach dem 2. Weltkrieg – möglicherweise eine Reaktion auf die Rassenhygiene – wurde das Verhältnis von Medizin und Gesellschaft viele Jahre dethematisiert und verdrängt. Die Medizin wurde scheinbar entpolitisiert. Bis in die 60er Jahre waren es die Naturwissenschaften, die den Charakter der Medizin bestimmten. Ihre Überbetonung führte wiederum zu einer Gegenreaktion, die sich zunächst in der Studentenbewegung als ‚kritische Medizin‘ – u.a. gerichtet gegen die ‚Organ- und Apparatedizin‘ – äußerte und schließlich zur Einführung der psychosozialen Fächer führte. Nicht nur der Mensch als Objekt, sondern auch das kranke Subjekt wurde damit offiziell zum Inhalt der Medizin“¹²⁵

Seit den 1980er Jahren liegen zahlreiche Studien vor, die vor allem die Zeit der NS-Diktatur an einzelnen Akteuren und Institutionen in den Blick nehmen. Inzwischen gibt es auch Forschungen, die die gesellschaftlichen und politischen Konstellationen und den kulturellen Kontext der Medizin und des medizinischen Handelns in den Entwicklungs- und Wandlungsprozessen zwischen 1945 und 1970 betrachten. Im Oktober 2005 fand hierzu am Institut für Geschichte der Medizin in Gießen ein Workshop mit dem Titel „Die universitäre Medizin nach 1945: Institutionelle und individuelle Strategien im Umgang mit der Vergangenheit“ statt. Die 2007 als Sammelwerk veröffentlichten Beiträge thematisieren die Vielschichtigkeit des Umgangs mit der nationalsozialistischen Vergangenheit und beleuchten dabei „nicht nur die Phänomene des Leugnens, Konstruierens, Schweigens und Verdrängens, sondern auch Erklärungen für dieses Verhalten und zugleich Motive und Ansätze der anfänglichen Auseinandersetzungen.“¹²⁶

¹²⁵ Deppe, S. 4.

¹²⁶ Oehler-Klein; Roelcke 2007, S. 17.

3.3.1 Pragmatismus und Kontinuität

Für die Entwicklung der „sozialen Dimension in der Medizin“ stellt Christian von Ferber¹²⁷ nach 1945 bzw. nach 1949 einen schwierigen Wiederbeginn fest: „Vor 1933 ein aufstrebendes, in seinen Forschungsleistungen auch international angesehenes Arbeitsgebiet der Medizin, hat die Sozialmedizin an den Medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik keine Wiedererneuerung erlebt.“¹²⁸

Für die erschwerte Entwicklung der präventiv und sozialwissenschaftlich orientierten Sozialmedizin ist die Publikation „Die Rockefeller Foundation und ihr Engagement bei einer Neuorientierung von Medizin und Public Health in Deutschland in den 1950er Jahren“ von Sabine Schleiermacher aufschlussreich. Bereits 1946 reisten Vertreter der Rockefeller Foundation (RF)¹²⁹ nach Deutschland, um die Möglichkeiten von gezielter Förderung im Bereich von Bildung und Wissenschaft, insbesondere an den medizinischen Fakultäten, zu ergründen.¹³⁰ Nach Schleiermacher sei im Rahmen der wiederholten Evaluationen „früh Ernüchterung über die Einsichten der Deutschen und die Auswirkungen der Demokratisierungsanstrengungen der Alliierten“ entstanden. Es habe der Eindruck bestanden, dass insbesondere untere den Universitätsprofessoren „autoritäres Denken [...] anhaltend weit verbreitet sei.“¹³¹ Trotz dieser Einsicht entschied sich die RF Anfang der 1950er Jahre „ausgesuchte“ und als „interessiert eingeschätzte“ Multiplikatoren durch Stipendien für Auslandsaufenthalte in den USA und Kanada zu unterstützen. So sollten sie „neue Konzepte von Prävention im Bereich der Medizin und Public Health“ kennenlernen und die RF in ihrem Ansinnen unterstützen, eine „Neuausrichtung in der Medizin durch die Integration von Sozial- und Gesellschaftswissenschaften sowie Prävention und Public Health in das Curriculum der medizinischen Ausbildung“ zu erreichen.¹³² In diesem Sinne strebte die RF die Errichtung einer School of Public Health in Deutschland an, das Förderangebot über 10 Millionen Dollar wurde von der zuständigen Abteilung für Gesundheitswesen im Bundesinnenministerium jedoch abgelehnt. Die Mitarbeiter der RF seien überrascht und

¹²⁷ Prof. Dr. Christian von Ferber (*1926) war von 1962-1969 Professor für Sozialwissenschaften an der Technischen Hochschule Hannover, sowie Honorarprofessor und Lehrbeauftragter an der MHH. 1969 wurde er Professor für Allgemeine Soziologie an der Universität Bielefeld, 1978 folgte die Berufung zum Professor für Soziologie an die Medizinischen Fakultät in Düsseldorf. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte waren die Medizinsoziologie und Sozialmedizin, sowie die Hochschulsoziologie. Vgl. Dietze 2001, S. 260.

¹²⁸ Ferber 1989, S. 269.

¹²⁹ Die Rockefeller Foundation wurde 1913 von John D. Rockefeller (1839-1937) gegründet. Als übergeordnetes Ziel der philanthropisch ausgerichteten Organisation galt „The Well-being of Mankind Throughout the World“. Hierzu förderte die Stiftung Projekte und Forschungen in den Bereichen Medizin, Hygiene, Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften. Vgl. Schleiermacher 2010, S. 49–50.

¹³⁰ Vgl. Schleiermacher 2010, S. 44.

¹³¹ Schleiermacher 2010, S. 52.

¹³² Vgl. Schleiermacher 2010, S. 54–55.

empört gewesen über „die Arroganz, die anti-amerikanische Haltung sowie das provinzielle und autoritär-hierarchische Denken“ der deutschen Seite.¹³³

Einen neuen Anlauf unternahm die RF mit einem Angebot an Hans Harmsen (1899-1989) und die Akademie für Staatsmedizin in Hamburg. Dort sollten „in Orientierung am deutschen Kontext, in einem postgradualen Studiengang Ärzte mit praktischer Erfahrung in enger Anbindung an die medizinische Fakultät ausgebildet werden, wodurch man sich auch eine Rückwirkung auf das Curriculum der medizinischen Ausbildung erhoffte.“¹³⁴

Nach Schleiermacher seien das Curriculum inhaltlich von Akteuren bestimmt worden, die die nationalsozialistisch rassistischen Ziele unterstützt hatten und Erfahrungen aus administrativen Verwaltungsaufgaben in besetzten Ostgebieten besaßen.¹³⁵ Harmsen selber habe an seinen Vorstellungen von einer eugenisch orientierten Sozialhygiene festgehalten und die Meinung vertreten, „dass die amerikanischen Ausbildungskonzepte nicht auf deutsche Verhältnisse übertragbar seien, da der Unterricht an den Schools of Public Health zu spezialisiert sei.“¹³⁶

Bereits nach vier Jahren (1954-1958) beendete die RF ihre Förderung, da „eine Modernisierung der medizinischen Ausbildung sowie von Public Health in der Akademie nicht erkennbar seien.“¹³⁷

Neben Hans Harmsen charakterisiert Baader mit Hans Hoske (1900-1970), Carl Coerper (1886-1960) und Erich Schröder (1893-1968) beispielhaft widerspruchsvolle Biographen von Weimar bis in die Bundesrepublik.¹³⁸ Ihre Karrieren hätten in der eugenisch orientierten Sozialhygiene von Weimar begonnen und über eine aktive Mitwirkung und Beteiligung an der national-sozialistischen Rassenpolitik schließlich in Schlüsselpositionen der Bundesrepublik geführt. Ihre konstitutionsbiologischen und eugenischen Vorstellungen hätten sich auch nach 1945 wiedergefunden.¹³⁹

Mit Blick auf die Entwicklung der Nachkriegszeit beschreibt Baader in seinem historischen Rückblick, wie die amerikanischen und britischen Pläne nach Entnazifizierung und Demokratisierung (des Gesundheitswesens) an den schwierigen Realitäten der medizinischen Versorgung der Nachkriegsbevölkerung und an der letzten

¹³³ Schleiermacher 2010, S. 58–59.

¹³⁴ Schleiermacher 2010, S. 62.

¹³⁵ Vgl. Schleiermacher 2010, S. 63.

¹³⁶ Schleiermacher 2010, S. 64.

¹³⁷ ebd.

¹³⁸ Alle Widersprüche und Unstimmigkeiten können im Rahmen der Arbeit nicht verfolgt werden. Für Hoske ist auch 1949 „die Erkennung und Entwicklung erbbedingter Anlagen zur bestmöglichen Leistung einer sozial wertvollen Persönlichkeit in der Volksgemeinschaft“ eine unabdingbare Notwendigkeit.“ Baader 2005, S. 30. Stöckel belegt, dass Coerper dafür eingetreten sei, „in der ‚Familienfürsorge‘ alle Familienmitglieder hinsichtlich ihrer Konstitution zu erfassen und daraus Vorhersagen über ihre Leistungsfähigkeit abzuleiten“ Stöckel 2005, S. 31.

¹³⁹ Vgl. Baader 2005, S. 18-26; 28-32.

eigenen Konsequenz scheiterten und zu neuen Prioritäten führten. „Dies schien umso notwendiger zu sein, als infolge der Vertreibung der jüdischen Ärzte ab 1933 dazu kaum alternatives, politisch unbelastetes Personal zur Verfügung stand.“¹⁴⁰ Baader urteilt, dass der „Wiederaufbau des westdeutschen Gesundheitssystems [...] ebenso wie vom schnellen Wiederaufbau auch von Restauration und Kontinuität geprägt“ gewesen sei.¹⁴¹ Das habe bedeutet, dass „Vertreter einer sozialbiologisch orientierte [sic!] Sozialhygiene, wenn auch der explizit rassenhygienischen Elemente entkleidet“,¹⁴² den öffentlichen Gesundheitsdienst der Nachkriegszeit prägten. Erst in den 50er und 60er Jahren habe sich in der Sozialmedizin eine Orientierung an Public Health Medizin vollzogen.¹⁴³

Diese Entwicklung lässt sich durch Sigrid Stöckels Analysen der Fachartikel in „Der öffentliche Gesundheitsdienst“ bestätigen. Sie führt aus, dass zwar „der Paradigmenwechsel vom ‚Volkkörper‘ zum selbstverantwortlichen Individuum“ explizit formuliert wurde, „implizit jedoch durch die Einschränkung, das Verlangen nach Selbstbestimmung müsse in gesunde Bahnen gelenkt werden, zurückgenommen“ wurde.¹⁴⁴ Mit Blick auf die Debatte über Konzepte und gesundheitspolitische Notwendigkeiten ist für Stöckel signifikant, dass in der Auseinandersetzung „sowohl das Verhaftetsein in gelernten Konzepten als auch das Bemühen um politische Korrektheit deutlich.“ wurden.¹⁴⁵ So sei die Vorstellung verbreitet gewesen, dass „Bevölkerungspolitik [...] nicht auf eugenische Maßnahmen verzichten“ könne, „wenn auch Sterilisationen nur auf freiwilliger Grundlage erfolgen könnten.“¹⁴⁶

In der britischen Besatzungszone sei man, so Baader, „noch pragmatischer“ gewesen. Die Effizienz der Verwaltung und der medizinischen Strukturen hätten absoluten Vorrang gehabt. „Das bedeutet, dass als Amtsärzte wieder Personen einrückten, die in der Weimarer Republik ebenso wie im Nationalsozialismus Vertreter einer sozialbiologisch ausgerichteten Sozialhygiene gewesen waren, unabhängig von ihrer Verstrickung oder gar Beteiligung in nationalsozialistische verbrecherische Maßnahmen im Gesundheitsbereich.“¹⁴⁷

Um dem weiterhin herrschenden Mangel an Amtsärzten zu begegnen und die Ausbildung von Amtsärzten zu beschleunigen seien 1946 in Düsseldorf und Hamburg

¹⁴⁰ Baader 2005, S. 27.

¹⁴¹ ebd.

¹⁴² ebd.

¹⁴³ Vgl. Baader 2005, S. 27–28.

¹⁴⁴ Stöckel 2005, S. 26.

¹⁴⁵ Stöckel 2005, S. 30.

¹⁴⁶ Stöckel 2005, S. 29.

¹⁴⁷ Baader 2005, S. 28.

sozialhygienische Akademien gegründet worden. Baader erkennt zwar das Curriculum positiv an, es habe aber nicht viel bedeutet, da die Leitung in Hamburg an Harmsen übertragen worden sei.¹⁴⁸

Für die 50er Jahre zeigen nach Stöckel die Fachartikel, dass die Gesundheitsfürsorge das „Kernstück des professionellen Selbstverständnisses“ bildete, zu deren Leitmodell die „Sozialhygiene Grotjahnscher Prägung“ geworden sei.¹⁴⁹ Grotjahn sei dabei als „sozialistischer Arzt“ wahrgenommen worden, der „die gesellschaftlichen Einflüsse neben der physikalisch-biologischen Hygiene berücksichtigt habe“, sein Eintreten für Eugenik und Rassenhygiene habe keine Erwähnung gefunden.¹⁵⁰

Um den Befund von Schagen und Schleiermacher, die Sozialmedizin in der BRD habe einen langen Prozess der Etablierung durchlaufen,¹⁵¹ besser erfassen zu können, muss man Baaders Befund ernstnehmen, dass „die biologistisch orientierte Sozialhygiene, die im Nationalsozialismus zum Konzept der Gesundheitspolitik wurde, und deren Rezeption die Grundlage des Wiederaufbaus des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland in den 50er Jahren bildete.“¹⁵² Der für die Weiterbildung der Amtsärzte verantwortliche Coerper habe noch 1959 geäußert, dass sich der „Sozialhygieniker biologischer Methoden zu bedienen“ und „von den Sozialwissenschaften nichts zu lernen“ hätte.¹⁵³

3.3.2 Sozialhygiene in der Sowjetischen Besatzungszone und der DDR

In der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) begann im Juli 1945 bereits der organisatorische Neustart des Gesundheitswesens, so Gabriele Moser und Sabine Schleiermacher in ihrem Aufsatz zur „Kontinuität und Diskontinuität in der deutschen Nachkriegsentwicklung“. Dazu sei die Deutsche Zentralverwaltung für Gesundheitswesen gegründet worden, aus der 1949 das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR entstanden sei. Der inhaltliche Schwerpunkt des kommunal organisierten Gesundheitswesens lag in der Gesundheitsfürsorge und Krankheitsverhütung.¹⁵⁴ Schagen und Schleiermacher stellen fest, dass die Sozialhygiene „zur Leitwissenschaft für Universitätsmedizin und Gesundheits- wie Sozialpolitik“ avanciert sei.¹⁵⁵ In den Fächerkatalog für Mediziner seien 1960 bereits Inhalte aufgenommen worden, die in der Bundesrepublik erst Ende der 60er Jahre in die Diskussion gekommen

¹⁴⁸ Baader 2005, S. 28.

¹⁴⁹ Stöckel 2005, S. 30.

¹⁵⁰ ebd.

¹⁵¹ Vgl. Schagen; Schleiermacher 2005b, S. 2.

¹⁵² Baader 2005, S. 32.

¹⁵³ Baader 2005, S. 31.

¹⁵⁴ Vgl. Moser; Schleiermacher 1996, S. 24–25.

¹⁵⁵ Schagen/Schleiermacher 2005b, S. 2.

und in die Approbationsordnung von 1970 aufgenommen wurden: soziale Hygiene, soziale Pathologie und Sozialmedizin.¹⁵⁶ Laut Schagen seien in der SBZ Sozialhygienische Lehrveranstaltungen „in ausdrücklicher Abgrenzung vom Nationalsozialismus“ in den „noch von bürgerlich geprägten Ärzten entworfenen ersten Studienplan 1946“ aufgenommen worden.¹⁵⁷

Gostomzyk zitiert eine Definition des prägenden Sozialhygienikers Kurt Winter:¹⁵⁸

„Sozialhygiene ist die Wissenschaft von den gesetzmäßigen Beziehungen zwischen gesundheitlicher Lage und sozialen Verhältnissen von örtlich, zeitlich und gesellschaftlich charakterisierten Gemeinschaften. Sie stützt sich auf die Theorie der Medizin und die Soziologie, unter hervorragender Verwendung epidemiologischer Methoden, ökonomischer Gesetze und des Bevölkerungsgesetzes, theoretisch untermauert durch das Studium der Geschichte der Sozialhygiene und der Organisation des Gesundheitsschutzes, angewandt bei der gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung.“¹⁵⁹

Nach Niehoff und Schneider fällt eine Erklärung für die Etablierung der Sozialhygiene als akademische Disziplin in der späteren DDR schwer, „weil das Fach als eine empirisch-sozialepidemiologisch forschende Disziplin in der Sowjetunion verboten war“.¹⁶⁰ Das Verbot sei „folgerichtig insofern, als es Teil stalinistischer Logik war, irgendwann die soziale Gleichheit als erreicht zu verkünden und die klassische Sozialhygiene auf Organisationsfragen des Gesundheitswesens abzudrängen.“¹⁶¹

So urteilt auch Baader, dass „dieses frühe Anknüpfen an Weimarer Traditionen unter Ausklammerung ihrer eugenischen Elemente wie das Fehlen der in der Bundesrepublik in dieser Zeit noch immer virulenten sozialbiologischen Ansätze bei Vertretern des öffentlichen Gesundheitswesens“ als „selbstständige Neuerungen in der SBZ“ anzusehen „und weitgehend nicht auf Einflüsse der sowjetischen Medizin zurückzuführen“ seien.¹⁶² Dabei habe man, so Niehoff und Schneider, die Sozialhygiene immer an zwei Fronten

¹⁵⁶ Vgl. Baader 2005, S. 33. Original: Schagen, Schleiermacher: Rahmenbedingungen In: Geschichte, S. 526

¹⁵⁷ Vgl. Schagen 2005, S. 1.

¹⁵⁸ Prof. Kurt Winter (1910-1987) war ein bedeutender Sozialhygieniker der DDR. Von 1956 bis zu seiner Emeritierung 1975 war er Direktor des Hygiene-Institutes der Humboldt-Universität. Er war Herausgeber der „Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung“. Winter hatte zudem gesundheitspolitische Funktionen inne, als Hauptabteilungsleiter in der Staatlichen Plankommission für Kultur und Gesundheitswesen (1950-1951), als Leiter der Abteilung Medizin im Staatssekretariat für Hoch- und Fachschulwesen (1956-1959), als Mitglied der Ärztekommision des Politbüros der SED (1958-1962), als Vizepräsident des Rates für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaften beim Ministerium für Gesundheitswesen (1962-69) sowie von 1967-1979 als Rektor der Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR. Von 1975-1980 war er Mitglied des europäischen Regionalbüros der WHO. Vgl. N.N. 2005a.

¹⁵⁹ Beyer; Winter 1970, S. 29., s.a. Gostomzyk 1991, S. 717.

¹⁶⁰ Niehoff; Schneider, F. 1992, S. 62.

¹⁶¹ ebd. Das Verbot hatte noch bis 1966 Bestand, die Aufhebung habe auch zu einer Verbesserung der Situation in der DDR beigetragen. Vgl. Niehoff; Schneider, F. 1992, S. 66.

¹⁶² Baader 2005, S. 34.

verteidigen müssen: „gegen die Politik und gegen die Medizin“; was „ebenfalls in beide Richtungen, einen eigentümlichen Anpassungsdruck erzeugt habe.“¹⁶³ Dennoch erkennen Niehoff und Schneider in ihrer Untersuchung eine fruchtbare Integration epidemiologischer und soziologischer Methoden und Konzepte und sprechen „etwa zwischen 1965 und 1975 von einer ergebnisreichen Forschungsarbeit“.¹⁶⁴ Jedoch bezweifeln sie, „daß die Sozialhygiene gesundheits- und wissenschaftspolitisch in der DDR je größeren und nachhaltigeren Einfluss gehabt“ habe.¹⁶⁵ Es habe Diskussionen gegeben, dass „die Sozialhygiene ihre Aufgabe erfüllt habe, wenn dann das Anliegen einer sozialen Medizin erfolgreich in der Klinik etabliert sei“, zugleich seien Forderungen nach einer inhaltlichen Wende, „nämlich von seiner lebensumweltlichen Orientierung hin zu einer medizinischen (Sozialmedizin, patientenorientierte Sozialpsychologie)“ laut geworden.¹⁶⁶ Die Prioritäten in der medizinischen Therapie und Prävention hätten sich zu den Naturwissenschaften, den technischen Wissenschaften und den biowissenschaftlichen Forschungen als Leitdisziplinen hin verschoben, es habe sich die Frage nach der Notwendigkeit einer Sozialhygiene gestellt.¹⁶⁷ Nach Niehoff und Schneider stand „das zentrale sozial-hygienische Paradigma, daß nämlich Veränderungen in den Gesundheitsverhältnissen untrennbar mit sozialem Wandel verbunden sind und zugleich als dessen Indikator fungieren“, „in tiefem Kontrast zu den favorisierten Konzepten einer risikoorientierten Gesundheitsüberwachung in den späten 70er und frühen 80er Jahren mit ihren Ansätzen einer sozialen Kontrolle des Verhaltens.“¹⁶⁸

Der Wissenschaftsentwicklung folgend wurde 1990 das „Institut für Sozialhygiene“ der Berliner Charité in „Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie“ umgewandelt¹⁶⁹, im selben Jahr beschloss auch die „Gesellschaft für Sozialhygiene der DDR“ die Umbenennung in „Gesellschaft für Sozialmedizin“. Im September 1991 kam es zur Auflösung, rund 20% der Mitglieder nahmen das Beitrittsangebot der „Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention an.“¹⁷⁰

¹⁶³ Niehoff/Schneider 1992, S. 63.

¹⁶⁴ Niehoff; Schneider, F. 1992, S. 66., s.a. Baader 2005, S. 35.

¹⁶⁵ Niehoff/Schneider 1992, S. 70., s.a. Baader 2005, S. 35.

¹⁶⁶ Niehoff/Schneider 1992, S. 70–71.

¹⁶⁷ Vgl. Niehoff; Schneider, F. 1992, S. 72–73.

¹⁶⁸ Niehoff; Schneider, F. 1992, S. 73.

¹⁶⁹ Bis 1991 erfolgte die Umbenennung fast aller Institute für Sozialhygiene der ehemaligen DDR. Vgl. Niehoff; Schneider, F. 1992, S. 54.

¹⁷⁰ Vgl. ebd.

3.3.3 Neuorientierung in der Bundesrepublik Deutschland

Christian von Ferber nennt Hans Schaefer¹⁷¹ den „Nestor der Sozialmedizin“, dem es darum gegangen sei, „die Sozialmedizin auf theoretische Grundlagen zu stellen, um sie in die wissenschaftliche Medizin und damit letztlich in die Medizinischen Fakultäten zu integrieren.“¹⁷²

Schaefer habe in der Sozialmedizin eine „streng analytische Wissenschaft“ gesehen, „deren Gegenstand die Beziehungen zwischen Medizin und Gesellschaft in beiderlei Richtungen“ sei.¹⁷³ Schaefers Arbeiten zur Sozialmedizin seien von der Überzeugung durchdrungen, „daß die Medizin die Sozialmedizin braucht und umgekehrt, daß die Sozialmedizin ihren eigenen Standort, ihren theoretischen Nährboden nur in der Medizin findet.“¹⁷⁴ Schaefer sei es um eine „Paradigmaerweiterung“ gegangen:

„Nicht der klinisch behandlungsbedürftige Patient, sondern der ‚gesunde‘ Nicht- oder allenfalls ambulant versorgte Patient steht im Zentrum der wissenschaftlichen Beobachtung. Nicht die kritischen [...] Krankheitszustände sollen noch intensiver erforscht, sondern der natürliche Verlauf der Krankheiten, bisher als nebensächlich vernachlässigt, soll eingehend beobachtet und systematisiert werden.“¹⁷⁵

Dafür habe man das medizinische Forschungskonzept erweitern müssen, neben die experimentelle und klinische Forschung sei die „empirische Forschung mit epidemiologischen und soziologischen Methoden sowie die standardisierte Untersuchung großer Bevölkerungskollektive“ getreten.¹⁷⁶

¹⁷¹ Hans Schaefer (1906-2000) war Physiologe und Sozialmediziner. Nach dem Medizinstudium in München, Königsberg, Düsseldorf und Bonn promovierte er 1930 am Physiologischen Institut der Universität Bonn. 1933 habilitierte er sich im Fach Physiologie. Von 1930-1939 war er Assistent, ab 1935 als Privatdozent am Physiologischen Institut in Bonn tätig. Er wurde 1939 zum stellvertretenden Direktor des Physiologischen Instituts der Universität Gießen ernannt und im Jahr 1940 außerplanmäßiger Professor und Abteilungsleiter für experimentelle Pathologie und Therapie am Kerckhoff-Institut Bad Nauheim. Vgl. Klee 2011, S. 523–524.

Das Institut stellte spätestens ab Mitte des Krieges eine der zentralen Forschungsstellen des Deutschen Reiches dar, zu den Forschungsschwerpunkten gehörten Untersuchungen zum Wundstarrkrampf und der U-Boot-Medizin. Im Rahmen des Luftfahrtmedizinischen Netzwerkes war Schaefer an Untersuchungen zur Anoxämie und Hyperventilation, sowie an Tierversuchen zum Detonationstod beteiligt. Vgl. Neumann, A.; Oehler-Klein 2007, S. 398–399.

Nach Gostomzyk habe Schaefer zu seiner Rolle im Nationalsozialismus offen Stellung genommen. Er habe sich nach dem freiwilligen Parteieintritt 1933 bereits 1934 „innerlich distanziert“. Ein Parteigerichtsverfahren habe er „mit Hilfe einflussreicher persönlicher Freunde“ „ohne wesentlichen Schaden überstanden.“ 1949 erhielt Schaefer einen Lehrstuhl in Gießen, 1950 wurde er auf den Lehrstuhl für Physiologie in Heidelberg berufen und lehrte dort bis zu seiner Emeritierung 1974. Vgl. Gostomzyk 2001, S. 119–120.

Zu seiner Bedeutung für die Etablierung der Sozialmedizin läuft derzeit ein Forschungsprojekt am Institut für Geschichte der Medizin in Gießen.

¹⁷² Ferber 1986, S. 180.

¹⁷³ Gostomzyk 1996, S. 195.

¹⁷⁴ Ferber 1986, S. 180.

¹⁷⁵ Ferber 1986, S. 181.

¹⁷⁶ ebd.

Schaefer und Blohmke legten ihr Verständnis der Sozialmedizin in ihrem viel beachteten Werk „Sozialmedizin, Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin“ dar, das 1972 in erster Auflage erschien. Für Schaefer und Blohmke steht die Sozialmedizin im Gegensatz zur kurativen Individualmedizin. Aus den Eigenschaften und Grenzen dieser klassischen Medizin schlossen sie auf die notwendigen neuen Aufgaben, die den Gegenstand der Sozialmedizin bilden würden:

- „1. Untersuchung der sozialen Einflüsse auf den Menschen in Form einer soziologisch orientierten epidemiologischen Forschung an Bevölkerungsgruppen.
2. Analyse der multifaktoriellen soziopsychosomatischen Genese von Krankheiten, zunächst an Bevölkerungsgruppen, wobei die Theorie auf jedes Individuum anwendbar ist.
3. Wissenschaftliche Durchdringung der Versicherungsproblematik und der durch das Versicherungsrecht gewandelten Form der Krankheit. Analyse des Begriffs ‚Krankheit‘, der Leistungsfähigkeit, der Krankenstände und Berentungsprobleme.
4. Untersuchung des derzeitigen Systems der Medizin auf Effektivität und Effizienz.“¹⁷⁷

Das Besondere und Innovative des Forschungsprogrammes liegt nach Ferber darin, dass sich die Sozialmedizin theoretisch begründete, anstatt sich durch sozialpolitische Aufgaben zu legitimieren; dass sie sich als eigenständige Wissenschaft integrativ mit der Medizin verknüpft sah und eine „Absage an jegliche Form der Medizinpolitik“ (Gesundheits- und Sozialpolitik, Sozialversicherungspolitik) erteilte. Dadurch habe sich die Sozialmedizin als „werturteilsfreie Wissenschaft“ entworfen, die in ihren Analysen eine kritische und politikberatende Funktion einnehmen könne, aber weder „anbieter- noch patientenorientiert“ sei.¹⁷⁸

Nach Ferber war diese wissenschaftstheoretische Begründung auch deshalb notwendig geworden, weil „die Soziale Frage nicht länger die soziogenetische Erklärung für die gesellschaftliche Bedingtheit vermeidbarer Morbiditäts- und Mortalitätsbelastung geliefert“ habe.¹⁷⁹ Die zunehmende Bedeutung der Sozialleistungsträger und das Wachstum des Gesundheitssektors habe eine Neuorientierung des Verhältnisses von Sozialpolitik mit Sozialmedizin und Medizinsoziologie erforderlich gemacht. Als eine Antwort darauf könne man die Gründung sozialmedizinischer Forschungsinstitute durch Sozialleistungsträger „zur wissenschaftlichen Unterstützung und zur besseren Legitimation ihrer eigenen Aufgaben“ sehen, als Beispiele nennt Ferber hier das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes (1970), das

¹⁷⁷ Schaefer; Blohmke 1978, S. 99.

¹⁷⁸ Vgl. Ferber 1986, S. 181–182.

¹⁷⁹ Ferber 1986, S. 183.

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (1973) und das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (1976).¹⁸⁰ Pointiert formuliert Ferber es so:

„Die Sozialleistungsträger schaffen sich eine hauseigene Infrastruktur sozialmedizinischer Forschung entsprechend ihren Bedürfnissen und in selbstbewußter Unabhängigkeit von den medizinischen Fakultäten und deren Forschungskonzept. Akademische Sozialmedizin und Medizinsoziologie und anwendungsbezogene sozialmedizinische Forschung gehen seit Beginn der 70er Jahre getrennte Wege.“¹⁸¹

3.3.4 Die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention

Schaefer gründete 1963 die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin (DGSM).¹⁸² Einen Einblick in die Geschichte der Gesellschaft gibt ein Text von Schaefer, datiert auf das Jahr 1975, der von Gostomzyk 1996 veröffentlicht wurde. Zu den „Männern der ersten Stunde“¹⁸³ gehörten bei der Gründungsversammlung in Karlsruhe „die Professoren Kirchhoff (Göttingen), Pflanz (damals Gießen), Hartmann (damals Marburg), Dr. Adam (der später einige Kongresse vorzüglich organisierte), Dr. Oetzmann (Bad Pyrmont), Dr. Kleinschmidt (Bad Tölz), Dr. Wängler (Bremen) und natürlich Frau Dr. Blohmke und ich (Anmerkung: Schaefer).“¹⁸⁴ Das Ziel sei „in erster Linie die Förderung der Sozialmedizin in Lehre und Forschung“ gewesen.¹⁸⁵ Bereits im April 1964 sei bei der Generalversammlung beschlossen worden, sich für die Verbesserung der ärztlichen Ausbildung einzusetzen. Eine 1965 veröffentlichte Denkschrift habe die Grundlage für die Diskussionen in der Fachvertreter-Versammlung des Westdeutschen medizinischen Fakultätentages gebildet, die Sozialmedizin in der neuen Approbationsordnung zu verankern.

Die Rolle von Pflanz für und in der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin erscheint ambivalent. Auf der einen Seite scheint er als einer der „Männer der ersten Stunde“ maßgeblich an der Gründung der Gesellschaft beteiligt gewesen zu sein, andererseits geben die Publikationen von Pflanz Hinweise darauf, dass er der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin kritisch gegenüberstand und sich zunehmend distanzierte.

Bereits in Pflanz' Veröffentlichungen aus den 1960er Jahren, in denen es um das Leitbild, die Weiterentwicklung, die Theoriebildung, die Methodik, die Sicherung des

¹⁸⁰ Vgl. Ferber 1986, S. 184.

¹⁸¹ ebd.

¹⁸² In den 1980er Jahren erfolgte die Umbenennung in Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Vgl. Weber; Strebl; Lehnert 1995, S. 441.

¹⁸³ Fr. Blohmke ist als Frau offenbar mitgemeint.

¹⁸⁴ Schaefer; Gostomzyk 1996, S. 157.

¹⁸⁵ Gostomzyk 1996, S. 195.

Nachwuchses und wissenschaftliche sowie praktische Zukunftsaufgaben der Sozialmedizin geht, wird die DGSM mit keinem Wort erwähnt. Auch bei seiner Antrittsvorlesung an der Medizinischen Hochschule in Hannover findet die Gesellschaft keine Erwähnung.¹⁸⁶ In seinem Beitrag „Die zunehmende Soziologisierung der Medizin“ hebt Pflanz 1973 die Bedeutung von Verbänden für die Entwicklung der Fachdisziplinen hervor, und bedauert zugleich, dass „die meisten medizinsoziologisch Interessierten relativ isoliert“ arbeiten würden. An gleicher Stelle zeigt sich auch sein angespanntes Verhältnis zur DGSM:

„Leider kam es nicht zu einem formellen Zusammenschluß der Medizinsoziologen, hauptsächlich, weil sie den Machtansprüchen der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin nicht gewachsen waren, die alle Medizinsoziologen aufforderte, Mitglied ihrer Gesellschaft zu werden. Wie wir gleich hören werden, ist dieser Konflikt, der sich in anderen Ländern in ähnlicher Weise abspielte und den wir daher als strukturellen Machtkonflikt betrachten sollten, in keiner Weise gelöst.“¹⁸⁷

In Pflanz' Artikel „Sozialmedizin im Spannungsfeld“ aus dem Jahre 1978 werden fachinterne Konfliktlinien zur DGSM sichtbar. Pflanz eröffnet seinen Beitrag mit der Feststellung, dass „ohne große Übertreibung [...] die unklarste Vorstellung“ von Sozialmedizin „die Sozialmediziner selbst“ hätten.¹⁸⁸ Er kommentiert die von der DGSM verantwortete Definition im Handbuch der Sozialmedizin als „Leerformeln in einem eiskalten Raum, sinnloses Aneinanderreihen von hohlen Ansprüchen.“¹⁸⁹ Und Pflanz urteilt über die fachinternen Diskussionen: „Hätten wir seit Jahrzehnten dieselbe Zeit und Energie in praktische und wissenschaftliche Arbeit wie in Streit um Definitionen und Abgrenzungen investiert, wir wären in diesem Gebiet absolut führend. Aber leider leisten wir uns immer wieder unfruchtbare Kämpfe zwischen verschiedenen Gruppen und Richtungen, als ob nicht genügend für Praxis und Wissenschaft zu tun sei.“¹⁹⁰

Wenn Pflanz in seinem ärztlichen und wissenschaftlichen Selbstverständnis die Sozialmedizin als eine Disziplin bezeichnet, „die Struktur, Organisation und Funktion des Gesundheitswesens kritisch zu analysieren und ihre Forschungsergebnisse als

¹⁸⁶ Vgl. Pflanz 1966a, 1967e, 1968.

¹⁸⁷ Pflanz 1973g, S. 593. Pflanz bezieht sich auf ein Treffen von etwa 70 Personen im Mai 1968, „das anlässlich eines Meetings des Steering Committee Medical Sociology der International Sociological Association und anlässlich der Eröffnung des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover organisiert wurde.“

¹⁸⁸ Vgl. Pflanz 1978g, S. 47.

¹⁸⁹ Vgl. ebd. Die Definition lautet: „Sozialmedizin befaßt sich mit den spezifischen Wechselwirkungen zwischen dem der Gesundheit dienenden System, dem gesellschaftlichen Gesamtsystem und dem Individuum. Sie hat es primär einerseits mit gesellschaftlichen Institutionen, Organisationen und Gruppen von Menschen zu tun, andererseits mit der Einbindung des Individuums in die soziale Sicherung oder der Ärzte in ihre beruflichen Organisationen.“

¹⁹⁰ ebd.

politische Entscheidungshilfe für Veränderungen auszuweisen“,¹⁹¹ so erkennt er bei der DGSM ein anderes Selbstbild.

Die „meisten Vertreter der Sozialmedizin [...] verstehen ihr Fach nicht als ein weiteres Fach der Medizin, sondern gleichzeitig als Vorfeld einer neuen Orientierung in der Medizin oder – kraß ausgedrückt – eine Art ‚Supermedizin‘. Sie betonen, daß die ganze Medizin ihre ausschließlich auf das Individuum gerichtete Orientierung zugunsten einer gemeinde- oder gemeinschafts-bezogenen Orientierung aufgeben müsse. Der Arzt müsse die Grundbedürfnisse des Menschen studieren, die immer auch soziale Grundbedürfnisse sind und immer in einer sozialen Matrix aufgehoben sind. Somit berührt sich auch die heutige Sozialmedizin mit der Einstellung ihrer wissenschaftlichen Väter und Großväter, die einen starken sozialreformerischen oder gar sozialrevolutionären Elan besaßen. Viele prominente Vertreter früherer Generationen von Sozialhygienikern oder Sozialmedizinern gehörten liberalen oder sozialistischen Parteien an. Sie stellten sich auf die Seite der Schwachen und der Unterdrückten und nahmen Konflikte sowohl mit den ärztlichen Standesorganisationen als auch mit den konservativen Kräften des Staates auf sich. Heute gilt dagegen in der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin allein die Zugehörigkeit zur Sozialmedizin als progressiv. Im übrigen aber ist man konservativ. Die wenigen sozialreformerischen Sozialmediziner dagegen ecken überall an, wenn sie unbequeme Wahrheiten sagen. ‚Wahrheiten sagen‘ bedeutet nicht, unqualifizierte politische Meinungen von sich zu geben, sondern das Instrumentarium wissenschaftlicher Methoden anzuwenden, um kritisch die Fakten des Gesundheitswesens zu durchleuchten. [...] Das eingangs zitierte ‚Handbuch der Sozialmedizin‘ gibt die Meinung des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin wieder, wenn dort gesagt wird, die Sozialmedizin liefere der Gesundheitspolitik die zu politischen Entscheidungen notwendigen Tatsachenanalysen und Prognosen. Sozialmedizin sei auch nicht identisch mit sozialistischer Medizin. Die hier vertretene soziotechnokratische Einstellung gaukelt eine politische Abstinenz vor, die in Wahrheit nicht existiert. Es geht aber nicht so sehr um unpolitische Haltung oder wissenschaftliche Wertneutralität, viel wichtiger ist Unabhängigkeit der Sozialmedizin von Mehrheitsinteressen, von Gruppeninteressen und von den Interessen der Geldgeber in der Forschung. Die explosiven sozialmedizinischen Arbeiten sind meiner Erfahrung nach nicht die politisch radikalen Artikel und Bücher [...], sondern unbestechliche Analysen durch Sozialmediziner, die sich der politischen Implikationen ihrer Befunde wohl bewußt sind.“¹⁹²

Pflanz grenzt sich hier klar von der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin ab und bekennt sich zu einer sozialreformerischen Sozialmedizin auf Basis gründlicher

¹⁹¹ Pflanz 1978g, S. 47.

¹⁹² Pflanz 1978g, S. 49–50.

wissenschaftlicher Methodik. Angesichts der dargestellten Differenzen überrascht es umso mehr, dass Pflanz 1979 neben Blohmke als Vizepräsident in den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin gewählt wurde.¹⁹³

3.4 Sozialmedizin als akademisches Fach in der Ärztlichen Approbationsordnung von 1970

Eine formale Aufwertung erfuhr die Sozialmedizin durch die Aufnahme in die Approbationsordnung vom 28.10.1970. Die neue Approbationsordnung stand in einer Reihe von Veränderungen und Novellierungen der Ausbildungsordnung für Ärzte. Für die Analyse der Entstehungsgeschichte der Approbationsordnung orientiere ich mich an Eberhard Göbels Monographie „Ärzte aus der Retorte?“ aus dem Jahr 1981, in der er die Entwicklung von der Bestallungsordnung 1953 bis zur Approbationsordnung 1970 nachzeichnet.

In der jungen BRD galten zunächst die Vorschriften der Reichsärzteordnung von 1935 über die Zulassung zum ärztlichen Beruf und die Bestallungsordnung für Ärzte von 1939 fort.¹⁹⁴ Im Jahr 1953 erfolgte eine Novellierung der Bestallungsordnung, was nach Göbel auf den bisher bestehenden Rechtsungleichheiten zwischen den Ländern der Westzone beruhte. Ende der 1950er und Anfang der 1960 Jahre sei die Diskussion über die Bedingungen medizinischer Ausbildung jedoch wieder aufgeflammt. Göbel greift aus dieser Zeit einige Akteure heraus. So habe die Fachvertretung der Medizinstudenten im Verband Deutscher Studentenschaften (VDS) im Jahr 1958 eine „Denkschrift zur Neugestaltung des Medizinstudiums“ beschlossen. Der 62. Deutsche Ärztetag in Lübeck habe 1959 ein Positionspapier zur „Neugestaltung des Medizinstudiums“ veröffentlicht, sowie die Ergebnisse einer Umfrage unter Ärzten über die Beurteilung der Praxistauglichkeit der universitären Ausbildung vorgelegt. Dabei hätten die Motive der Akteure durchaus divergiert. Während der bestimmende Grund für die Ärzteschaft, bzw. die Bundesärztekammer, in der sich abzeichnenden Gefahr von Interessenskonflikten innerhalb der Ärzteschaft aufgrund der Abnahme der praktischen Ärzte und dem Verlust ihres Ansehens zu sehen sei, sei es den Studierenden primär um die sich abzeichnende Verschlechterung der praxisfernen universitären Ausbildung gegangen. Der Adressat der Denkschriften war der jährliche Westdeutsche Medizinische Fakultätentag, wobei der Interessenskonflikt von Ärzteschaft und medizinischen Fakultäten und die Unbeweglichkeit der Traditionsuniversitäten die Diskussion geprägt habe.¹⁹⁵ Gemeinsames Element in den Vorschlägen sei die Forderung nach der „Herstellung

¹⁹³ Deutsches Ärzteblatt 1979, S. 57.

¹⁹⁴ Vgl. Schleicher 1997, S. A-907.

¹⁹⁵ Vgl. Goebel 1981, S. 9–17.

eines ‚lebensnahen Lernbetriebes‘“ gewesen.¹⁹⁶ Zentral sei auch die Diskussion über das Ausbildungsziel und die Frage nach der Berufsfähigkeit nach Abschluss des Studiums gewesen. Während von Seiten der Bundesärztekammer, den Studierenden im VDS und den sozialdemokratischen Ärzten (wie Kurt Glaser) die „Ausbildung zum Arzt während des Studiums“ gefordert worden sei, seien einzelne Ordinarien für eine Reduzierung des Studiums auf eine Basisausbildung eingetreten.¹⁹⁷ Auch eine Reform der Ausbildungsform, die Einführung eines einheitlichen Studienplans und die bundeseinheitliche Standardisierung des Prüfungsstoffes, sowie die Etablierung von Prüfungen in schriftlicher Form sei gefordert worden.¹⁹⁸ Die fehlende sozialwissenschaftliche Orientierung der naturwissenschaftlich orientierten ärztlichen Ausbildung sei früh von den Studierenden, aber auch von Einzelpersonen, wie dem Gesundheitspolitiker Kurt Glaser (1892-1982) aus Hamburg, Thure von Uexküll, Hans Schaefer und Rudolf Schoen thematisiert worden. So formulierten Schaefer und Schoen in ihrem Aufsatz „Probleme der medizinischen Universitätsausbildung“ 1954:

„Trotzdem gibt es noch dringende Probleme der Erweiterung des Fachumfangs: Die Einführung einer „sozialen und vorbeugenden Medizin“. [...]

Der Arzt steht zunächst in Wechselwirkung mit seinen Patienten und braucht eine Kenntnis von Umwelt und Lebensart seines Kranken. Er hat darüber hinaus eine *öffentliche* Funktion als Berater und Helfer der Gemeinde oder gar des Landes. Wie können wir erwarten, daß er den rechten Kontakt zum Mitmenschen und zur Gemeinschaft hat, wenn er deren Lebensgesetze nicht kennt. Ein Teil der psychosomatischen Medizin ist nichts anderes als dies: etwas von der Situation des Kranken wissen. Es scheint daher ebenso notwendig, den Arzt in diesen Kenntnissen auszubilden. [...]

Es genügt nicht mehr, daß ein Arzt nur einen lokalen Krankheitsvorgang vor sich sieht, er muß die gesamten Körperfunktionen einbeziehen und diese wieder durch die Gesamtpersönlichkeit zu verstehen suchen. Schließlich ist aber jeder Kranke nur in Beziehung zu seiner Umwelt ganz zu verstehen. So ist der Bereich der ärztlichen Tätigkeit verschoben und ausgeweitet; vom Krankenbett reicht er in alle Zweige des menschlichen Lebens, und neben die Krankenbehandlung treten immer mehr die Aufgaben der Krankenführung und damit auch der Verhütung von Krankheiten und der vorbeugenden Frühbehandlung.“¹⁹⁹

Für Göbel kann das Jahr 1966 als „eine Wende von einer *Selbstverständigungsdiskussion innerhalb der unmittelbar Betroffenen* [...] hin zur

¹⁹⁶ Goebel 1981, S. 40.

¹⁹⁷ Vgl. Goebel 1981, S. 29.

¹⁹⁸ Vgl. Goebel 1981, S. 36–39.

¹⁹⁹ Schaefer; Schoen 1954b, S. 677–678.

praktischen Verwirklichung der bereits entwickelten Vorschläge zur Verbesserung der Mediziner Ausbildung aufgefaßt werden.“²⁰⁰

Folgende Umstände charakterisierten nach Göbel die vorherrschende politische Atmosphäre:

- „den Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Reform der Universitäten von 1966 und den Medizinempfehlungen von 1968,
- der beginnenden Studienrevolte Mitte der 60er Jahre,
- den ‚Sieben Grundsätzen zur Hochschulreform‘ von den Kultusministerne der Länder vom 10. April 1968,
- der 1968 gegründeten Bundesassistentenkonferenz,
- dem Bundesrat, der mit der Verabschiedung der Bundesärzteordnung am 10. Juli 1969 eine wesentliche rechtliche Grundlage zur Reform der Bestallungsordnung von 1953 schaffte,
- ferner durch die Gründung der Ulmer Hochschule Mitte der 60er Jahre, die auf der „Gießener Reform“ aufbaute
- durch die Unterrichtsreform an der medizinischen Hochschule Hannover.“²⁰¹

Nach der Ablehnung eines Entwurfs zur Reform der Bestallungsordnung 1953 setzte das Bundesgesundheitsministerium im Herbst 1966 die „Kleine Kommission zur Neuordnung der ärztlichen Ausbildung“ ein. Nach Göbel habe das Ministerium jedoch lediglich „Koordinations-, Organisations- und juristische Verformelungsfunktionen“ erfüllt, inhaltlich getragen worden sei die Entwicklung durch den Wissenschaftsrat.²⁰² Zum „politischen Motor der Reform“ habe sich die Fachvertretung Medizin der neu gegründeten Bundesassistentenkonferenz entwickelt.²⁰³ Auch die Medizinstudierenden erfuhren nach Göbel eine Politisierung, hierzu habe neben den Impulsen aus der Studentenbewegung der 60er Jahre auch Mitscherlichs Werk „Der Kranke in der modernen Gesellschaft“ beigetragen.²⁰⁴ Der Reader, der auch Texte von Pflanz enthält,

²⁰⁰ Goebel 1981, S. 42.

²⁰¹ ebd.

²⁰² Vgl. Goebel 1981, S. 43.

²⁰³ Vgl. Goebel 1981, S. 44–45.

²⁰⁴ Prof. Dr. Alexander Mitscherlich (1908-1982) war ein bedeutender deutscher Psychosomatiker, Psychoanalytiker und Sozialpsychologe. 1950 etablierte Mitscherlich die erste universitäre Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin an der Universität Heidelberg. Im Jahr 1960 wurde, mit Mitscherlich als Direktor das Sigmund-Freud-Institut für Psychoanalyse, Sozialpsychologie und psychosomatische Medizin in Frankfurt eröffnet. 1967 erhielt er einen Lehrstuhl für Psychologie an der Universität Frankfurt. Vgl. Roelcke 2013, S. 124–126. Für vertiefende Information zu Alexander Mitscherlich vgl. Freimüller 2007, Hoyer 2008.

habe „insbesondere für die Distanz und Infragestellung des bloß naturwissenschaftlichen Krankheitsbegriffes“ eine Rolle gespielt.²⁰⁵

Als größte Neuerungen der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO) von 1970 galten nach Schagen die Veränderung des Prüfungsverfahrens sowie die Einführung der neuen Fächer. Mit einem Umfang von insgesamt rund 20% wurden im vorklinischen Abschnitt die Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie ergänzt, zum klinischen Studienplan gehörten nun auch psychosomatische Lehrinhalte. Zum „Ökologischen Stoffgebiet“, das bisher die klassische Hygiene und die Gerichtliche Medizin umfasste, wurden Lehrinhalte und Pflichtpraktika der Sozialmedizin und Arbeitsmedizin hinzugefügt.²⁰⁶ Für den zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung waren 100 Prüfungsfragen des Ökologischen Stoffgebietes vorgesehen, ebenso 100 Fragen des Nervenheilkundlichen Stoffgebietes und je 150 Fragen des operativen und nicht-operativen Stoffgebietes. Der Prüfungsstoff des Ökologischen Stoffgebietes wird in Anlage 16 der Approbationsordnung spezifiziert.

„Gesundheit und Krankheit des Individuums in ihren Wechselbeziehungen zur Umwelt, Gesellschaft und Arbeit. Erkennung, Verhütung, Beseitigung und Bewertung ökologischer Schadensfaktoren.

Wichtigste Methoden und Erkenntnisse der Allgemein-, Umwelt-, Seuchen- und Sozialhygiene. Organisation, Aufgaben und Arbeitsprinzipien und wesentliche Rechtsvorschriften des öffentlichen Gesundheitswesens.

Grundzüge der Sozialmedizin. Sozialmedizinische Probleme der Krankheitsentstehung und -verhütung. Grundfragen der sozialen Sicherung und der gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung. Sozio-ökonomische Probleme der Krankheit.

Wichtigste Vorschriften über den gesundheitlichen Arbeitsschutz. Arbeitsmedizinische Untersuchungen zur Verhütung und Früherkennung beruflich bedingter Schäden. Analyse von Arbeitsplatz- und Berufsbelastung. Berufskrankheiten und das Berufs-Krankheiten-Verfahren. Ärztliche Aspekte der Rehabilitation Behinderter bei medizinischer, pädagogischer, sozialer und beruflicher Ein- und Wiedereingliederung in Gesellschaft, Familie, Schule und Arbeit. Grundzüge der Rechtsmedizin, insbesondere die wichtigsten Rechtsfragen der ärztlichen Berufsausübung, die wichtigsten Begriffe der forensischen Medizin und der medizinischen Begutachtungskunde.“²⁰⁷

²⁰⁵ Goebel 1981, S. 47. Einen vertiefenden Blick auf die „Motive und Handlungen der Medizinstudierenden um 1968“ gewährt Forsbach 2011. Zum Sammelwerk von Mitscherlich vgl. Kap. 5.3.2

²⁰⁶ Vgl. Schagen 2002, S. 13.

²⁰⁷ Approbationsordnung für Ärzte 1970, S. 1475.

Nach Göbel waren es „die Impulse aus der Mängeldiskussion über praktische Probleme im Medizinstudium unter den Bedingungen der Bestallungsordnung von 1953, die internationalen Erfahrungen, besonders in den USA sowie der Druck der gesellschaftlichen Wirklichkeit“, die „zur Hereinnahme sozialwissenschaftlicher Inhalte“ zwangen.²⁰⁸

In der Folge entstanden, neben den bereits existierenden Ordinariaten in Heidelberg, Hannover und Erlangen (in Verbindung mit der Arbeitsmedizin) weitere Lehrstühle für Sozialmedizin, häufig in Kombination mit der Arbeitsmedizin.²⁰⁹

Schagen erklärt, dass die erhoffte Schwerpunktverlagerung in der ärztlichen Ausbildung jedoch letztlich nicht durchgreifend war, weil sie „keinen Rückhalt bei den Fakultäten, aber auch nicht bei den verantwortlichen Ministerien [...] fand.“²¹⁰ Auch Gostomzyk verweist darauf, dass mit der Anerkennung der Sozialmedizin durch die Medizinischen Fakultäten doch „keine durchgehende Etablierung in Form eigenständiger Institute“ erfolgte.²¹¹ Als bemerkenswert zur Verankerung der Sozialmedizin in der ÄAppO hält Schagen fest, dass man sich „nicht auf die deutsche Literatur des ersten Jahrhundertdrittels zur Sozialhygiene, sondern im Wesentlichen auf amerikanische Arbeiten sowie auf die Arbeiten von Klinikern“ berief; „zu nahe war offenbar noch das Ergebnis der schon zu Beginn des Jahrhunderts sich entwickelnden Kombination sozialhygienischer Vorstellungen mit der Eugenik und dann der Rassenhygiene, die eine theoretische Grundlage für die Morde an ganzen Bevölkerungsgruppen während des deutschen Faschismus lieferte.“²¹²

Sicherlich beruht dies aber auch auf den Entwicklungen in den anglo-amerikanischen und in den nordischen Ländern. Dort habe sich, „das sozialmedizinische Paradigma vom natürlichen Verlauf von Krankheiten, die Einheit von Prävention, klinischer Behandlung und Rehabilitation früher und leichter durchsetzen“ können.²¹³

Für die 70er und 80er Jahre analysiert Gostomzyk, wie auch schon v. Ferber, eine unzureichende Verknüpfung von Theorie und Praxis der Sozialmedizin.

„Die in erster Linie akademisch orientierte Sozialmedizin verzichtete zunächst darauf, ein Aufgabengebiet in der medizinischen Versorgung zu erreichen. [...] Mit einem eigenen Forschungsgegenstand, nämlich der Beziehung von Gesundheit/Krankheit und Gesellschaft in beiderlei Richtungen und eigenen Methoden wie Statistik und Epidemiologie war ein eigenständiges

²⁰⁸ Goebel 1981, S. 58.

²⁰⁹ Vgl. Weber/Strebl/Lehnert 1995, S. 441.

²¹⁰ Schagen 2005, S. 4.

²¹¹ Gostomzyk 1996, S. 195–196.

²¹² Schagen 2005, S. 3. Schagen nennt hier Gustav von Bergmann, Viktor von Weizsäcker und, als Ausnahme zu dieser Aussage Ludwig Teleky.

²¹³ Ferber 1989, S. 272.

wissenschaftliches Fach entstanden. Für ein eigenständiges medizinisches Fachgebiet fehlte jedoch die Praxis, d.h. ein definierter Auftrag in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Die Rolle der Sozialmedizin als Querschnitts und Orientierungsfach in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung reicht dafür nicht aus.“²¹⁴

Der historische Rückblick zeigt, dass die Sozialmedizin in der Tradition sozialer Reformen steht. Daher ist die Einschätzung von Gostomzyk über Schaefer bemerkenswert, seine Initiativen, sein Vorgehen seien „wissenschafts- und ausbildungsorientiert“ gewesen. Angesichts erkennbarer Defizite sei es ihm um die Qualität der Mediziner Ausbildung gegangen. Erst im Nachgang habe er sich an die Tradition von J.P. Frank, S. Neumann, R. Virchow, M. Mosse und G. Tugendreich, Tandler, Levi und A. Grotjahn angebunden.²¹⁵

Martin Lengwiler eröffnet mit seinem Aufsatz „Prävention zwischen Staat und Subjekt“ noch eine neue Sichtweise auf die Entwicklung präventiven Denkens in Medizin und Gesundheitspolitik zwischen 1960 und 1980. Im westdeutschen Gesundheitswesen hätten sich Präventionsmodelle „einerseits in der epidemiologisch inspirierten Sozialmedizin, andererseits in der sozialkritischen Sozialen Medizin“ etabliert. Für beide Disziplinen sei der „Vorsorgeaspekt [...] für die Abgrenzung gegenüber kurativen oder ‚schulmedizinischen‘ Ansätzen entscheidend“ gewesen.²¹⁶ Die Sozialmedizin sei als Risikofaktorenmedizin aus der Epidemiologie chronischer Krankheiten hervorgegangen. Hans Schaefer und Maria Blohmke waren für Lengwiler einflussreiche Protagonisten, die sich mit der „Soziologie der Medizin, den medizinischen Dimensionen der sozialen Sicherheit und der Systemanalyse des öffentlichen Gesundheitsdienstes“ beschäftigten.²¹⁷ „Die Tradition der Weimarer Sozialhygiene, etwa um Alfred Grotjahn“ hätte für Schaefer keine Bedeutung gehabt. Die Sozialmedizin habe auf einer „Kombination von Physiologie, Soziologie und Epidemiologie“ beruht, Bezugspunkte für Schaefer sei insbesondere die amerikanische Nachkriegssoziologie gewesen.²¹⁸ Das Risikofaktorenmodell, als „konzeptueller Kern der Sozialmedizin“, gehe auf die US-amerikanische Framingham-Studie zurück. Anhand dieses Modelles habe man pathologische Risiken in ein zusammenhängendes Schema integrieren und anhand epidemiologischer Daten Wirkungszusammenhänge modellieren können. Die pathologischen Einflüsse genetischer, psychologischer und gesellschaftlicher Risikofaktoren seien so nicht organisch, sondern durch Hochrechnungen, Statistik und

²¹⁴ Gostomzyk 1996, S. 196.

²¹⁵ Vgl. ebd.

²¹⁶ Vgl. Lengwiler 2018, S. 119.

²¹⁷ ebd.

²¹⁸ Vgl. Lengwiler 2018, S. 119–120.

Umfragetechniken postuliert worden. Die so gefundene „gesellschaftliche Ätiologie“ habe eine plausible Erklärung insbesondere für chronische Erkrankungen geben können, für die keine präzise „organische Ätiologie“ angegeben werden konnte.²¹⁹ Das Risikofaktorenmodell habe, so Lengwiler, „die Verantwortung zur Prävention bei verschiedenen Akteuren angesiedelt“: für die gesellschaftlichen Faktoren würden Politik und Staat die Verantwortung tragen, für verhaltens- und lebensstilbezogenen Faktoren würde individuelle Verantwortlichkeiten gelten.²²⁰ Die Sozialmedizin habe, so Lengwiler, „prognostische Erkenntnisse“ verhiessen, um die Entwicklung von Krankheiten und „deren gesundheitspolitische Bedeutung zu analysieren“ und sich so zu einer „prognostischen Schlüsselkompetenz stilisiert.“²²¹ Schaefer habe sich von der „kritischen Soziologie“ oder der „linken Medizinkritik“ scharf abgegrenzt. Für Lengwiler reicht die „rechtskonservative Orientierung“ Schaefers bis in die NS-Zeit zurück.²²²

Als Gegenentwurf zur Sozialmedizin institutionalisierte sich, nach Lengwiler, die sozial- und gesellschaftskritische „Soziale Medizin“, zu deren Sprachrohr sich das 1976 gegründete „Jahrbuch für Kritische Medizin“ entwickelt habe. Als Orientierungslinien hätte die Sozialhygiene der Weimarer Zeit, aber auch die Public-Health-Bewegung in den USA, die britische Social Medicine und die gewerkschaftsnahen Ansätze der italienischen Arbeitsmedizin gedient. Im Zuge der 68er Bewegung sei die Soziale Medizin auf „zunehmende Resonanz“ gestoßen.²²³ Auf der Grundlage eines interdisziplinären Selbstverständnisses habe die Soziale Medizin Konzepte der Psychotherapie, Psychosomatik, Arbeitsmedizin und anderer Sozialwissenschaften integriert. Der „sozialepidemiologische“ Ansatz habe die gesellschaftlichen Umstände, bzw. das kapitalistische Wirtschaftssystem in das Zentrum der Bedingungen von Krankheit gerückt. Das Risikofaktorenmodell sei als „unrealistisch“ und „überzogen“ kritisiert worden. Weiterhin sei die Gesundheitspolitik ein zentrales Thema der Sozialen Medizin gewesen: „etwa die sozialen Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung, generell eine Kritik an bürokratischen Traditionen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (‘Amtsärzte-Medizin‘) und der Krankenhausmedizin, das Verhältnis zwischen kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen sowie Reformanliegen im Bereich der medizinischen Ausbildung und Approbationsordnung“.²²⁴

Nach Lengwiler seien die ideologischen und die „standespolitischen Auseinandersetzungen zwischen epidemiologischer Sozialmedizin und kritischer

²¹⁹ Vgl. Lengwiler 2018, S. 120.

²²⁰ Vgl. Lengwiler 2018, S. 122.

²²¹ Lengwiler 2018, S. 120; 122.

²²² Vgl. Lengwiler 2018, S. 120. „...als Schaefer in physiologische Menschenversuche zur Atmung unter sauerstoffarmen Umständen eingebunden war.“ Vgl. ebd.

²²³ Vgl. Lengwiler 2018, S. 123.

²²⁴ Lengwiler 2018, S. 124.

Sozialer Medizin [...] oft heftig und polemisch²²⁵ gewesen. Als Beispiel zieht Lengwiler die Gründung des Zentralinstituts für Soziale Medizin an der Freien Universität Berlin 1972 heran, das man durch Kontroversen innerhalb der Berufungskommission und zwischen der Universität und dem Berliner Senat, nicht wie geplant hatte umsetzen können.²²⁶ Interessant ist nun die Darstellung von Pflanz durch Lengwiler, den er als Medizinsoziologen in einer Vermittlerposition verortet. Seine Arbeiten seien sowohl von Vertretern der Sozialmedizin als auch jenen der Sozialen Medizin anerkannt worden, denn er habe in den Fachzeitschriften beider Richtungen publiziert. Lengwiler hebt hier insbesondere das „bahnbrechende“ Werk „Sozialer Wandel und Krankheit“ hervor, in dem Pflanz stets bemüht gewesen sei, die aufgezeigten Zusammenhänge von gesellschaftlichen Faktoren und Krankheit nicht als klare Kausalitäten darzustellen.²²⁷

3.4.1 Die „soziale Dimension in der Medizin“ im Spannungsfeld zwischen Sozialmedizin und Medizinsoziologie

Neben der Sozialmedizin wurde auch die Medizinsoziologie im Jahr 1970 in den Kanon der medizinischen Ausbildung aufgenommen, die Geschichte des Faches ist eng mit der Sozialmedizin und dem Wirken von Pflanz verknüpft. Für die Erörterung der medizinsoziologischen Entwicklung in der Bundesrepublik folge ich Margret Tönnesmann²²⁸ und Christian von Ferber, die die verschiedenen Prozessebenen recht differenziert beschrieben haben. Auch werde ich mich auf Pflanz beziehen, weil er die Diskussionen und Fortschritte mitbegleitet hat.

v. Ferber begründet 1989 den Standpunkt, dass es der Medizinsoziologie eher als der Sozialmedizin zugefallen sei, die sozialmedizinischen und sozialhygienischen Traditionen vor 1933 aufzugreifen und die „soziale Dimension der Medizin“ abzudecken und führt dies auch auf das Prestige der anglo-amerikanischen „medical sociology“ zurück, die bereits in den 1940er und 50er Jahren international bedeutsame Ergebnisse präsentiert hätte. Zugleich sei diese Entwicklung möglich gewesen, weil die Soziologie in der Bundesrepublik „als gesellschaftswissenschaftliche Grundlagendisziplin“ galt. Für ihn lag es daher nahe, „die soziale Dimension der Medizin über die Soziologie, gerade auch unter Ausschöpfung ihrer gesellschaftsgestaltenden Potenzen neu zu erschließen.“²²⁹

Margret Tönnesmann erstellte 1958 eine Bestandsaufnahme über die medizinsoziologischen Forschungen seit 1945, um die Frage zu klären, „ob diese Arbeiten es

²²⁵ Lengwiler 2018, S. 124.

²²⁶ Vgl. Lengwiler 2018, S. 124–125. Vgl. dazu auch Kapitel 3.7

²²⁷ Vgl. Lengwiler 2018, S. 125–126.

²²⁸ Dr. Margret Tönnesmann (1924-2014) war Psychoanalytikerin in Deutschland, der Schweiz und Großbritannien. Vgl. Grosz-Ganzoni; Arx; Staub 2014.

²²⁹ Vgl. Ferber 1989, S. 275–276.

wohl rechtfertigen, von einer ausgebauten deutschen medizinisch-sozialwissenschaftlichen Forschungsrichtung zu sprechen.²³⁰ Tönnemann stellt in ihrer Rückschau fest, dass es außerordentlich schwierig gewesen sei, „medizinisch-soziologisch wichtige Arbeiten im engeren Sinne zusammenzutragen, da es [...] noch keine Übersichtsreferate in Deutschland gibt und die Arbeiten [...] von recht unterschiedlichen Fragestellungen ausgehen. Das hat zur Folge, dass die Publikationen in den verschiedensten wissenschaftlichen Zeitschriften erschienen und außerdem kaum gegenseitig aufeinander Bezug nehmen.“ Tönnemann stellt zudem fest, dass viele Arbeiten zwar „soziale Faktoren mitberücksichtigen“, aber weitgehend vom „Alltagsdenken, vom vorwissenschaftlichen Verständnis der sozial-kulturellen Situation bestimmt“ seien und nicht selten „ideologisch“ interpretierten und verallgemeinerten.²³¹ „Es handelt sich hier eher um Einzeluntersuchungen ohne Zusammenhang, fast ohne Kenntnis voneinander, mit völlig verschiedener Fragestellung und teilweise mit unterschiedlichem begrifflichem Bezugsrahmen, was sich zum Teil aus den verschiedenen Spezialdisziplinen der Medizin [...] erklären lässt.“²³² Vor dem Hintergrund eines strengen methodischen Maßstabes sei die Mehrzahl der Untersuchungen „als nicht ausreichend“ zu beurteilen. Tendenziell bahne sich jedoch „eine Zusammenarbeit mit methodisch erfahrenen Fachkräften“ an.²³³

Tönnemann erkennt zum einen ein Bedürfnis nach medizin-soziologischer Forschung, zum anderen „das Mißtrauen der Mediziner gegen jegliche kritische Stellungnahmen aller Art von außen, so auch beispielsweise die einer Soziologie der Medizin.“²³⁴ „Soziologie der Medizin“ bedeute die „Aufdeckung von mitwirkenden Vorurteilen bei der ärztlichen Tätigkeit, ihrer Motivation und den entsprechenden Wertvorstellungen, jener Vorurteile, die ein Teil der Mediziner durch den Hinweis auf die gültige persönliche Erfahrung gegenüber den möglichen statistischen Fehlern zu schützen suchen.“²³⁵

In ihre Untersuchung bezieht Tönnemann auch einige Texte von Pflanz ein. So würdigt sie seinen Text über die „Aufgaben und Ziele sozialwissenschaftlicher Forschung in der Medizin (1956), der „einen dankenswert klaren Überblick über die verschiedenen für eine Medizin-Soziologie in Deutschland relevanten sozial-wissenschaftlichen Fragestellungen“ gebe. Als medizinsoziologische Arbeiten hebt Tönnemann zudem seine Arbeiten zur „Suggestion als zwischenmenschlicher Grundvollzug“ (1958) und zu „Technik und Grenzen des doppelt blinden Versuchs“ (1956) hervor. Auch seine

²³⁰ Tönnemann 1958, S. 294.

²³¹ Tönnemann 1958, S. 315.

²³² Tönnemann 1958, S. 316.

²³³ Tönnemann 1958, S. 315.

²³⁴ Tönnemann 1958, S. 316.

²³⁵ Tönnemann 1958, S. 317.

gemeinsamen Arbeiten mit Thure von Uexküll, wie die Studien zur „‘Entlastung‘ als pathogenetischen Faktor“ (1952) und zu „Socio-Psychological Aspects of Peptic Ulcer“ (1956) finden Eingang in ihre Betrachtungen. Interessant findet Tönnemann seine empirische Untersuchung „Über ätiologische Vorstellungen“ aus dem Jahr 1958.²³⁶ Aufschlussreich wäre sicherlich gewesen, wie Tönnemann die weiteren Arbeiten von Pflanz hinsichtlich ihres medizinsoziologischen Gehaltes und ihrer Aussagekraft beurteilt hätte.

Einer Abgrenzung von Sozialmedizin und Medizinsoziologie steht Tönnemann übrigens eher kritisch gegenüber, sie ist der Überzeugung, „daß sich hier in Zukunft eine enge Zusammenarbeit beziehungsweise eine teilweise Identität der Forschung entwickeln kann.“²³⁷ Sie erkennt die wertvolle Arbeit, die die Sozialmedizin geleistet habe an, kritisiert jedoch, dass sich die Sozialmedizin bisher fast ausschließlich „mit dem Einfluß der materiellen Kultur auf den somatischen Bereich beschäftigt“ habe.²³⁸ Die Medizinsoziologie sei auf die Erkenntnisse der modernen Sozialpsychologie angewiesen, es bedürfe der Aufnahme psychosomatischer Konzepte und psychoanalytischer Theorien im medizinischen Bereich.²³⁹

Zur Entfaltung der Medizinsoziologie in der Bundesrepublik muss man Pflanz in seiner Erzählkunst zu Wort kommen lassen:

„Die Geburtsstunde der Medizinsoziologie als organisierter und teilinstitutionalisierter Begegnung zwischen Soziologie und Medizin lässt sich ziemlich genau angeben: 30. Juni 1958. Geburtsort: Köln. Als Anwesender bei der ziemlich mühelosen Entbindung einer schwachen, aber lebensfähigen Frühgeburt kann ich heute konstatieren, dass der Geburtshelfer *René König* unter Assistenz der »Hebamme« *Margret Tönnemann* eine verschleppte Querlage elegant gewendet und per vias naturales ohne chirurgischen Eingriff und ohne wesentliche Komplikationen ans Licht der Welt bringen half. Die Mutter »Soziologie« erholte sich rasch, zeigte jedoch kein sonderlich lebhaftes Interesse an dem noch unreifen Neugeborenen, das lange Zeit brauchte, um mit 9-12 Jahren mit den Gleichaltrigen laut mitschreien zu können. Der Vater »Medizin« versuchte sich lange Zeit elegant den Unterhaltsverpflichtungen zu entziehen, bis er sich weniger aus dem Gefühl der Vaterpflichten heraus, als vielmehr um der wenig geliebten Mutter eines auszuwischen, in verdächtiger Weise des inzwischen kräftiger gewordenen Kindes annahm.“²⁴⁰

²³⁶ Vgl. Tönnemann 1958, S. 301–308.

²³⁷ Tönnemann 1958, S. 300.

²³⁸ ebd.

²³⁹ Vgl. ebd.

²⁴⁰ Pflanz 1973g, S. 588.

Am 30. Juni 1958 lud René König²⁴¹ rund 30 Wissenschaftler der BRD und der Vereinigten Staaten zu einem Vortrag von August B. Hollingshead²⁴² zu seiner aktuellen Forschung zum Zusammenhang von Sozialschicht und psychischen Erkrankungen mit anschließender Diskussion ein. Bei diesem Treffen sei die Idee zu dem Sonderheft „Probleme der Medizin-Soziologie“ entstanden, in dem neben Texten von René König, Margret Tönnemann, Thure von Uexküll, Manfred Pflanz und anderen auch Übersetzungen US-amerikanischer Kollegen veröffentlicht wurden.²⁴³ Pflanz würdigt die Bedeutung dieser Beiträge für die Entwicklung der Medizinsoziologie in der Bundesrepublik:

„Ohne die nun in deutscher Sprache zur Verfügung stehenden Quellen – insbesondere Talcott Parsons, Morris L. Fried und Albert F. Wessen – hätte sich die ernsthafte Beschäftigung mit der Medizinsoziologie noch lange Zeit hinausgezögert. Auf das Jahr 1958 rückdatiert, erschien in der ersten Hälfte 1959 dieses Werk auf dem Buchmarkt, wo es mit Achtung, aber nicht mit Begeisterung empfangen wurde. Im Laufe vieler Jahre wurde es aber immer aktueller, so daß es 1970 in vierter, unveränderter Auflage erscheinen konnte. Auch andere in der gleichen Zeit geschriebene medizinsoziologische Bücher hatten ein ähnliches Schicksal: Sowohl *Johann Jürgen Rohdes* »Soziologie des Krankenhauses« als auch des Verfassers »Sozialer Wandel und Krankheit« erwiesen sich als Spätzünder, die im 9. Jahr der Existenz besser verkauft wurden als im zweiten Jahr.“²⁴⁴

Als weiterhin entscheidend für die Entwicklung der Medizinsoziologie in der BRD bezeichnet Pflanz den Vortrag von Helmut Schelsky²⁴⁵ beim Deutschen Krankenhaustag 1958, der die Einteilung „sociology in medicine“ und „sociology of medicine“ von Robert Straus erklärt und einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich gemacht habe.²⁴⁶ Der Vortrag habe eine Diskussion ausgelöst, die ein strukturelles Missverständnis über die Medizinsoziologie aufgedeckt habe:

²⁴¹ René König (1906-1992) habilitierte 1938 in Zürich und wurde 1949 auf den Lehrstuhl für Soziologie in Köln berufen. König ist Mitbegründer der International Sociological Association (1949) und von 1962-1966 ihr Präsident. Er veröffentlichte zahlreiche für die Soziologie zentrale Werke, wie das „Fischer-Lexikon Soziologie“ (1958), das „Handbuch der empirischen Sozialforschung“ (ab 1962), die „Kölner Beiträge zur empirischen Sozialforschung“ und ab 1955 die „Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie“. Vgl. Moebius 2015, S. 35–53.

²⁴² August B. Hollingshead (1907-1980) war Professor für Soziologie an der Universität Yales und einer der ersten Vorsitzender der Sektion Medical Sociology der American Sociological Association. Vgl. Myers; Straus 1989.

²⁴³ Vgl. Pflanz 1973g, S. 588–589.

²⁴⁴ Pflanz 1973g, S. 589.

²⁴⁵ Prof. Dr. Helmut Schelsky (1912-1984) war ein bedeutender Soziologe und Professor für Soziologie in Hamburg (1948-1960), Münster (1960-1970) und Bielefeld (1970-1973), sowie von 1973-1978 Professor der Rechtswissenschaftlichen Fakultät Münster. Frank Hillebrandt bezeichnet ihn als den „soziologischen Chronisten der werdenden Bundesrepublik“ in den 1950er Jahren. Hillebrandt 2017, S. 243. Zur Person Schelsky vgl. Gallus 2013, Gutmann; Weischer; Wittreck 2017, Wöhrle 2015.

²⁴⁶ Zu dieser Einteilung und der Person Straus vgl. Fußnote 720, S. 145.

„Als ob Betonung der Expertenrolle des Arztes in unserer arbeitsteiligen Industriegesellschaft gleichbedeutend sei mit einer Ablehnung zwischenmenschlicher Interaktionen im Patienten-Arzt-Verhältnis. Und als ob Ablehnung ungeprüfter diffuser Vorstellungen über diese Interaktionen (»Vertrauen«) gleichbedeutend sei mit einer Ignorierung der humanen, der diagnostischen und therapeutischen Bedeutung solcher Interaktionen, die präzise benannt, interpretiert und erforscht werden müssen.“²⁴⁷

Mit Blick auf die bundesdeutsche Medizin kommt Pflanz zu dem Ergebnis, dass „die meisten medizinsoziologisch Interessierten relativ isoliert“ arbeiten würden. Er führt dies auch darauf zurück, dass aufgrund des Machtanspruches der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin, bisher kein formeller Zusammenschluss der Medizinsoziologen erfolgt sei. Zudem gebe es im deutschsprachigen Raum kaum Zeitschriften, die die Ergebnisse medizinsoziologischer Forschung publizieren würden; der Veröffentlichung in einem internationalen Journal wie „Social Science and Medicine“ „fühlen sich bei uns die meisten offenbar noch nicht gewachsen.“²⁴⁸

Bei der Institutionalisierung medizinsoziologischer Ausbildungsangebote an medizinischen Fakultäten sieht Pflanz die Bundesrepublik im Vergleich mit anderen Ländern führend.²⁴⁹ Er verweist ausdrücklich auf die Medizinischen Fakultäten in Berlin (FU), Gießen, Ulm und Hannover. Den Erfahrungen an der Medizinischen Hochschule Hannover und der Initiative von Christian von Ferber sei es zu verdanken, dass konkrete Vorstellungen für die Vertretung der Medizinsoziologie in der Lehre bestünden. Unter der Federführung von Johann Jürgen Rohde²⁵⁰ seien von einer Kommission der „Ständigen Konferenz der Hochschullehrer für Psychosomatik, Psychotherapie, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie“²⁵¹ 1971 die „Empfehlungen zur Gestaltung des vorklinischen Unterrichts in Medizinischer Soziologie“ ausgearbeitet worden. Darin werde ein „medizinnahe[r] bzw. medizin-relevant[er] Unterricht gefordert und eine Einteilung in die drei Themenbereiche Sozialwissenschaftliches Grundwissen, Zentrale gesellschaftliche Bereiche und Medizinische Soziologie vorgenommen.

²⁴⁷ Pflanz 1973g, S. 590.

²⁴⁸ Pflanz 1973g, S. 593.

²⁴⁹ Zu Publikationen von Pflanz über den sozialwissenschaftlichen Unterricht in der Medizin vgl. auch Kapitel 4.5

²⁵⁰ Prof. Johann Jürgen Rohde (1929-2001) war ein deutscher Soziologe und Mitarbeiter unter Pflanz am Zentrum für Öffentliche Gesundheitspflege der MHH, wo er 1971 habilitierte. Von 1974-1995 leitete er die Abteilung für Medizinische Soziologie der MHH.

²⁵¹ Die „Ständige Konferenz der Hochschullehrer für Psychosomatik, Psychotherapie, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie“ (HPPS) wurde 1970 von Horst-Eberhard Richter in Gießen gegründet. Ziele der HPPS waren der wissenschaftliche Austausch zur Weiterentwicklung der Fächer, die Einrichtung von Lehrstühlen an anderen Universitäten sowie die Verankerung der neuen Fächer in der Approbationsordnung. Vgl. Kronsbein 1982, S. 152.

Während sich die Deutsche Gesellschaft für Soziologie an diesen Vorbereitungen nicht beteiligt habe, habe sich „leider auch hier die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin eingeschaltet“ und habe den Fakultäten für den medizinsoziologischen Unterricht, im Gegensatz zur Arbeitsgruppe von Rohde, ein geringeres Stundenkontingent vorgeschlagen.²⁵²

Interessant scheint hier auch der Bericht von Pflanz über ein Seminar der Akademie für Sozialmedizin im Februar 1971, dass sich dem sozialwissenschaftlichen Unterricht im Medizinstudium widmete. Zu diesem Anlass versammelten sich Vertreter aller westdeutschen Fakultäten, Studierende, sowie Gäste aus Belgien, Großbritannien, den Niederlanden, Österreich, der Schweiz und den USA in Hannover. Diskutiert worden sei, ausgehend von den Erfahrungsberichten der ausländischen Gäste und angesichts des bestehenden Nachwuchsmangels, die Qualifikation des Lehrpersonals als „eine Art Lebensfrage“ des Faches. Dabei sei betont worden, dass der Unterricht entweder durch auf medizinischem Gebiet bewanderte Soziologen oder von Medizinern, die in Forschung und Lehre der Medizinsoziologie qualifiziert seien, durchgeführt werden solle. Die Kernfrage des Seminars nach den Zielen und Inhalten des Unterrichtsfaches Medizinische Soziologie, sei durch die Frage nach der Errichtung von Abteilungen oder Lehrstühlen immer wieder in den Hintergrund getreten. Zudem habe nicht bei allen Teilnehmern Klarheit über die Abgrenzung von Medizinsoziologie und Sozialmedizin geherrscht.²⁵³ Hierzu schreibt Pflanz:

„Wenn doch weitgehende Übereinstimmung über die Ziele und Inhalte der medizinischen Soziologie besteht, läßt sich doch nicht das gleiche von der Sozialmedizin behaupten, von deren Seite bisher noch kein klares Konzept über ihre Ziele, Inhalte und Methoden besteht. Erst wenn dies vorliegt, wird es den Fakultäten möglich sein, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede dieser beiden Fächer zu verstehen.“²⁵⁴

Pflanz ist davon überzeugt, dass sich die Medizin „traditionsgemäß“ [...] zwar den biologisch-naturwissenschaftlichen und psychologischen Aspekten mehr zugewandt [habe] als den sozialen. Da viele Probleme der Medizin unlösbar sind ohne Erkenntnis der zugrunde liegenden sozialen Problematik und ohne handelnden Umgang damit, sind Soziologen überall dort in Kontakt mit der Medizin gekommen, wo nicht individuelle, sondern soziale Probleme im Vordergrund stehen, insbesondere in der Sozialmedizin und Epidemiologie, im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens und der Krankenhausorganisation.“²⁵⁵ Auch v. Ferber schreibt den Impulsen der Reform-

²⁵² Vgl. Pflanz 1973g, S. 593–595.

²⁵³ Vgl. Pflanz 1971e, S. 244–245.

²⁵⁴ Pflanz 1971e, S. 245.

²⁵⁵ Pflanz 1973g, S. 597–598.

gründungen in Hannover und Ulm ausdrücklich den Erfolg zu, dass es „zu einer guten und erfolgreichen Zusammenarbeit der Kliniker und der niedergelassenen Ärzte mit Medizinpsychologen und Medizinsoziologen gekommen“ sei.²⁵⁶

Vergleichend geht Pflanz auf die Entwicklung der Medizinsoziologie in Nordamerika ein. Die Leistung der, dem deutschen Schrifttum deutlich überlegenen, amerikanischen Medizinsoziologie, bestehe darin „quantitativ und qualitativ“ eine „große Vielzahl relevanter Phänomene des Medizinbetriebes“ bearbeitet zu haben.²⁵⁷ Er führt dies nicht nur auf medizinische Bedürfnisse zurück, vielmehr auf ein soziologisches Interesse an Phänomenen, die „nur eben innerhalb der Medizin leichter zugänglich oder unverfälschter zu beobachten“ gewesen seien.²⁵⁸ Als Beispiele nennt Pflanz hier die „Soziologie der Gemeinde, der sozialen Schichten, der Organisation, des abweichenden Verhaltens, der Innovation, der totalen Institutionen, der Professionalisierung, des Erziehungssystems, des sozialen Wandels“.²⁵⁹

Ab 1960 erkennt Pflanz eine Erlahmung: „Seit 1960 gibt es nur wenige wirklich bemerkenswerte theoretische oder empirische Beiträge zur Medizinsoziologie in den Vereinigten Staaten.“²⁶⁰ Mit Blick auf die internationalen Entwicklungen stellt Pflanz für das Jahr 1973 fest: „In keinem einzigen Land ist es den Medizinsoziologen gelungen, mehr als eine zusammengewürfelte Reihe von Forschern und Interessierten zusammenzutrommeln. Nirgendwo ist ein wirklich eigenständiges Konzept entwickelt worden, welches in die Planung, die Leitung, die Großforschung oder in die Lehre eingedrungen ist.“²⁶¹ Es existiere auch keine internationale Gesellschaft, um gemeinsame Interessen zu bündeln. Das Forschungskomitee Medizinsoziologie der International Sociological Association, dessen Leitungsgremium Pflanz angehörte, stelle keinen Ersatz dar und sei „durch chronischen Geldmangel gezwungen, eine wenig effektive Tätigkeit auszuüben.“²⁶²

Nach der stürmischen Entwicklung in den 1970er Jahren stellt v. Ferber eine „Stagnation der Institutionalisierung der Medizinsoziologie“ in der Bundesrepublik fest. Mit der Aufnahme der Medizinsoziologie als Pflichtfach in die ärztliche Approbationsordnung von 1970 habe sich nicht die angenommene Entwicklung in den Medizinischen Fakultäten ergeben. v. Ferber konstatiert, dass „die Bundesländer in Übereinstimmung mit den Medizinischen Fakultäten die Medizinsoziologie sehr ungleichmäßig“ gefördert hätten. Die unzureichende Ausstattung mit Professuren und Instituten habe zu „Lücken

²⁵⁶ Vgl. Ferber 1989, S. 272.

²⁵⁷ Pflanz 1973g, S. 590.

²⁵⁸ ebd.

²⁵⁹ ebd.

²⁶⁰ Pflanz 1973g, S. 591.

²⁶¹ Pflanz 1973g, S. 592.

²⁶² ebd.

im Ausbildungsprogramm der Medizinstudenten“ geführt. Er stellt fest, dass die Medizinische Soziologie „in den Entwicklungsprogrammen der Medizinischen Fakultäten keine Priorität“ habe.²⁶³ Als Ursache für diese Entwicklung lässt v. Ferber „die Wirkung von politischen Vorurteilen“ in den Fakultäten und den Ministerien gegenüber der Soziologie nicht gelten. Mit Bezug auf Pflanz stellt er die Frage, „ob die Medizinsoziologie von ihrem *methodischen und theoretischen Potential* ausreichend dem Anspruch gerecht werden kann, die soziale Dimension der Medizin abzudecken.“²⁶⁴ v. Ferber stellt hier die Frage nach einer unzureichenden Selbstvergewisserung des Faches.

In seinem Beitrag listet v. Ferber Versäumnisse und Defizite der Medizinsoziologie, die sozialmedizinischen und sozialhygienischen Traditionen aufzunehmen und weiterzuführen. So sei es nicht gelungen, eine „medizinsoziologische Theoriebildung“ aus der Allgemeinen Soziologie heraus überzeugend darzustellen. Es sei weiter nicht geglückt, die empirische Sozialforschung in der epidemiologischen Forschung institutionell zu etablieren. Die Medizinische Epidemiologie habe – getrennt von der Sozialen Epidemiologie – eine höhere Priorität erlangt. Eine „soziologisch ausgerichtete Gesundheitssystemforschung“ habe sich nicht entwickelt und so sei der Einfluss auf die Diskussion in der Reform des Gesundheitswesens ohne eine Beteiligung der Medizinsoziologie geschehen.²⁶⁵ Die soziale Dimension der Medizin konnte „wissenschaftsorganisatorisch“ nicht unter dem Dach der Medizinsoziologie zusammengeführt werden. v. Ferber nennt als Ausnahmen ausdrücklich die Fakultäten in Hannover und Ulm (Pflanz und v. Üexküll). Dort habe die Medizinsoziologie im „fächerübergreifenden Verbund sozialmedizinisch relevanter Disziplinen“ integrierend gewirkt.²⁶⁶ Als letztes „Versagen“ nennt v. Ferber „die Orientierungslosigkeit der Medizinsoziologen(innen) (sic!) in der Integration auf der Ebene der wissenschaftlichen Fachgesellschaften“. Trotz „vielseitige(r) Bindungsfähigkeit“ sei eine „fachliche Professionalisierung“ bzw. eine fachliche Identität bisher nicht gelungen.

v. Ferber schließt seine Abhandlung, indem er Pflanz in einem halbseitigen Zitat aus „soziale Epidemiologie“ als Zeugen für die Ansprüche der Medizinsoziologie absteckt. Er würdigt die Definition von Pflanz – ungeachtet eines „empirisch inzwischen fortgeschrittenen Forschungsstandes“ – als noch weitgehend gültig, sieht darin aber auch ein Zeichen für die „Stagnation der theoretischen Arbeit.“²⁶⁷

²⁶³ Ferber 1989, S. 274. In Berlin, Hamburg, Niedersachsen und Hessen seien an jeder Fakultät die Medizinsoziologie mit Hochschullehrerstellen (C4, C3) und Instituten vertreten, wohingegen in Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Saarland, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein die gesetzlichen Vorgaben nur zögerlich umgesetzt worden seien.

²⁶⁴ Ferber 1989, S. 275.

²⁶⁵ Ferber 1989, S. 277–278.

²⁶⁶ Ferber 1989, S. 279.

²⁶⁷ Ferber 1989, S. 281–282.

4 Leben und akademische Karriere von Manfred Pflanz

4.1 Jugend, Studium der Humanmedizin und Wehrdienst zur Zeit des Nationalsozialismus

Manfred Pflanz wurde am 23. September 1923 in Berlin geboren. Sein Vater Dr. Wilhelm Pflanz war als Medizinalrat und Kreisarzt tätig. Pflanz besuchte von 1933 bis zu seinem Reifevermerk im Oktober 1940 das humanistische Bismarck-Gymnasium in Berlin-Wilmersdorf.²⁶⁸

Aus dem Personalbogen und der Studentenkartei der Universität München ist zu entnehmen, dass Pflanz Mitglied im „Deutschen Jungvolk“ war und den Rang eines „Jungenschaftsführers“ innehatte.²⁶⁹ Ob die Mitgliedschaft von Pflanz im Zusammenhang mit der Position seines Vaters als Staatsbeamter stand, kann weder ausgeschlossen, noch bestätigt werden.

Das „Deutsche Jungvolk“ war die Jugendorganisation der Hitlerjugend (HJ) für männliche Jugendliche zwischen 10 und 14 Jahren. Die „Jungenschaft“ umfasste etwa 10-15 Jungen und stellte die unterste Organisationseinheit dar.²⁷⁰ Der Erfolg der Hitlerjugend und der zu Beginn freiwillige Zustrom an Mitgliedern beruhte nach Klönne auf der Jugendbewegung im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts, die sich nach einer „Einheit der Jugend“ und einer Abkehr von der konventionellen Politik „der Alten“ sehnte.²⁷¹ Dieser „Glanz jugendbewegten Lebens“ sei jedoch verloren gegangen, die Jugendbewegung wurde von politischen Vorgaben und Dienstvorschriften bestimmt, nur in einzelnen Jungvolk- oder Jungmädleinheiten habe es „Nischen für jugendbündisches Leben“ gegeben.²⁷² Nach Klönne stand „im Mittelpunkt der Jungenerziehung der HJ [...] die ‚Wehrrtütigung‘, eingebunden in die Lehre von der Überlegenheit deutschen ‚Volkstums‘ und ‚nordischer Rasse‘.“²⁷³ Mit dem „Gesetz über die Hitler-Jugend“ vom Dezember 1939 und der „Jugenddienstverordnung“ vom März 1939 sei die Hitler-Jugend auch juristisch zur Staatsjugendorganisation umgewandelt worden. Alle Jugendlichen seien somit dem Erziehungsanspruch der HJ unterworfen worden.²⁷⁴

²⁶⁸ UAG Berufungen, 4. Lieferung, Pflanz. Lebenslauf, BArch P – 380 / 369.

²⁶⁹ UAM Personalbogen Pflanz., UAM Studentenkartei III Pflanz. Die zeitlichen Angaben zu seiner Mitgliedschaft variieren zwischen den Dokumenten. Während Pflanz im Personalbogen der Universität München einen Zeitraum von 1934-1935 angibt, also im Alter von 11-12 Jahren, ist in der Studentenkartei 1934-1939 angegeben. Es ist nicht ersichtlich, warum die Jahresangaben differieren. Würde die Angabe der Studentenkartei der tatsächlichen Mitgliedschaft entsprechen, wäre davon auszugehen, dass Pflanz im Alter von 15-16 Jahren Mitglied der „Hitler-Jugend“ war.

²⁷⁰ Vgl. Boberach 1982, S. 28–29.

²⁷¹ Vgl. Klönne 2013, S. 14–17.

²⁷² Vgl. Klönne 2013, S. 17.

²⁷³ Klönne 2013, S. 18.

²⁷⁴ Vgl. Klönne 2013, S. 19.

Informationen über eine Parteimitgliedschaft von Pflanz gehen aus den eingesehenen Unterlagen nicht hervor.

Am 21.10.1940 trat Pflanz seinen Wehrdienst an. Er gehörte zunächst dem Infanterie-Ersatz-Bataillon 9²⁷⁵ an und wurde am 21.12.1940 in das Infanterie-Regiment 9 versetzt. Er selbst schreibt in seinem Lebenslauf, er habe „den Beginn des Russlandfeldzuges als Infanterist miterlebt“.²⁷⁶ Das Infanterie-Regiment 9 bildete den Grundstock der 23. Infanteriedivision (23. ID). Die 23. ID wurde im September 1940 nach Ostpreußen verlegt und unterstand hier der 4. Armee. Im Juni und Juli 1941 war die 23. ID an der Doppelschlacht Bialystock-Minsk [auch: Belostok-Minsk] beteiligt.²⁷⁷ Der Überraschungsangriff auf die Sowjetunion wurde von Hitler am 20.06.1941 befohlen und am 22.06.1941 eröffnet. Fast 3,6 Millionen deutsche und verbündete Soldaten, etwa 3600 Panzer und mehr als 2700 Flugzeuge überschritten die Grenze zur UdSSR. Die Verbände der Roten Armee traf der Angriff unvorbereitet, schon Anfang Juli 1941 war die Doppelschlacht abgeschlossen.²⁷⁸

Der weitere Vormarsch der Division führte „über Wolkowyszk, Slonim, südlich an Minsk vorbei bis zur Beresina bei Ossow“, anschließend war die 23. ID „am Angriff auf Mogilew, am Shoosh-Übergang und an den Angriffskämpfen über Mogilew zur Dessna beteiligt“.²⁷⁹ Beim „Unternehmen Taifun“ kämpfte die 23. ID bei Wjasma [auch: Vjazma] und Mohaisk [auch: Možajisk].²⁸⁰ Der Deckname „Taifun“ bezeichnete den Angriff auf Moskau; der erste Teil der Operation begann am 30.09.1941. Im Oktober konnten im Verlauf der Doppelschlacht bei Vjazma und Brjansk große Teile der sowjetischen Armee eingekesselt werden. Nach der Eroberung von Možajisk am 18.10.1941 verhängte Stalin den Belagerungszustand für die Stadt Moskau. Am 15. November 1941 wurde die Offensive auf Moskau fortgesetzt, dem die Rote Armee am 05./06.12.1941 überraschend mit einer Gegenoffensive begegnete.²⁸¹

Inwieweit Pflanz im Oktober noch am „Unternehmen Taifun“ beteiligt war, bleibt offen. Der Zugang zur Militärärztlichen Akademie erfolgte am 15.10.1941 aus der 1. Sanitätskompanie 23. Ob Pflanz zuletzt als Sanitäter oder Infanterist eingesetzt wurde, ist unklar. Am 15.10.1941 nahm Pflanz das Studium der Humanmedizin an der Militärärztlichen Akademie Berlin auf.²⁸² Ab dem Sommersemester 1942 bis zu seinem

²⁷⁵ Das Infanterie-Ersatz-Bataillon 9 gehörte zum Infanterie-Ersatz Regiment 23 und unterstand der Division 153 in Potsdam. Vgl. Tessin 1973, S. 85.

²⁷⁶ BArch P – 380 / 369., BArch B 563 / Bd. 60225, Seite 148., BArch B 563 / Bd. 70267, Seite 53., BArch B 563 / Bd. 17864, Seite 81. Vgl. UAG Berufungen, 4. Lieferung, Pflanz. Lebenslauf.

²⁷⁷ Vgl. Haupt 1991, S. 85–86.

²⁷⁸ Vgl. Ueberschär 1984, S. 145–146.

²⁷⁹ Haupt 1991, S. 85–86.

²⁸⁰ Vgl. Haupt 1991, S. 86.

²⁸¹ Vgl. Ueberschär 1984, S. 154–164.

²⁸² BArch B 563 / Bd. 17864, Seite 81., UAB Studentenverzeichnis WiSe 1941/42.

Physikum 1943 setzte Pflanz sein Studium in Freiburg fort.²⁸³ Im Wintersemester 1943/44 und Sommersemester 1944 studierte Pflanz Medizin und Psychologie an der Reichsuniversität in Straßburg.²⁸⁴

4.1.1 Exkurs Reichsuniversität Straßburg

Da dies in zweierlei Hinsicht bemerkenswert ist, soll im Folgenden kurz die Geschichte der Reichsuniversität Straßburg skizziert werden; zudem soll ein Blick auf das Studienfach Psychologie geworfen werden.²⁸⁵

Die Planungen für die nationalsozialistische Musteruniversität in Straßburg waren bereits im Juni 1940, nach dem Ende des deutschen Feldzuges gegen Frankreich aufgenommen worden. Im Deutsch-Französischen Waffenstillstandsvertrag von Compiègne (22.06.1940) wurde keine Regelung zum Status der besetzten Ostgebiete Frankreichs getroffen, das Elsass wurde in einer ‚de-facto-Annexion‘ völkerrechtswidrig wie reichsdeutsches Gebiet behandelt.²⁸⁶ Die Geschichte der Reichsuniversität Straßburg ist auch Teil der nationalsozialistischen Universitäts- und Wissenschaftsgeschichte. Die hochschulpolitischen Maßnahmen seit 1933 hätten, so Möhler, aus politischen und rassistischen Gründen zum Ausschluss von rund einem Fünftel der Dozentenschaft geführt; bis 1939 seien etwa 45% der beamteten Stellen neu besetzt worden.²⁸⁷ Eine inhaltliche Aufwertung erfuhren nach Möhler die „vom NS-Staat als wichtig betrachtete[n] Fächer wie Rassen- und Volkskunde, germanische Vorgeschichte und Wehrwissenschaften.“²⁸⁸ Mit Beginn des Weltkrieges 1939 habe sich die Förderung zunehmend auf „kriegswichtige Fächer“, wie die angewandten Naturwissenschaften, konzentriert; auch der Zugang zu Rohstoffen, Baumaterial und wissenschaftlicher Ausrüstung sei reglementiert worden.²⁸⁹

In dieser besonderen Situation wurde am 23. November 1941 die Reichsuniversität Straßburg (RUS) eröffnet. Zu den Institutionen der RUS gehörten die Philosophische

²⁸³ UAG Berufungen, 4. Lieferung, Pflanz. Lebenslauf. Im Universitätsarchiv Freiburg konnten in den Matrikeln (A 66, B 16 und B 57) keine Angaben über Manfred Pflanz ermittelt werden.

²⁸⁴ BNUS Studierendenverzeichnis WS 1934/44.

²⁸⁵ Eine ausführliche Studie veröffentlichte Rainer Möhler 2020: „Die Reichsuniversität Straßburg 1940-1944. Eine nationalsozialistische Musteruniversität zwischen Wissenschaft, Volkstumspolitik und Verbrechen“. 2005 legte Patrick Wechsler die Geschichte der Medizinischen Fakultät in „La Faculté de Médecine de la "Reichsuniversität Straßburg" (1941-1945) à l'heure nationale-socialiste“ dar; Frank-Rutger Hausmann veröffentlichte 2006 eine Arbeit über „Hans Bender (1907 - 1991) und das "Institut für Psychologie und Klinische Psychologie" an der Reichsuniversität Straßburg 1941 – 1944“.

²⁸⁶ Vgl. Möhler 2020, S. 3.

²⁸⁷ Vgl. Möhler 2020, S. 4–5.

²⁸⁸ Möhler 2020, S. 5.

²⁸⁹ Vgl. ebd.

Fakultät, die Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät, die Naturwissenschaftliche Fakultät, sowie die Medizinische Fakultät.²⁹⁰

Der Lehrkörper der RUS zeichnete sich nach Möhler durch eine nationalsozialistische Haltung und eine „ausgeprägte gemeinschaftlich-kameradschaftliche Zusammenarbeit“ aus.²⁹¹ Von den Professoren der Reichsuniversität sei das Einverständnis mit den Zielen des Nationalsozialismus gefordert worden. Eine politische Neutralität könne, angesichts der illegalen Reorganisierung der Provinz, nicht angenommen werden.²⁹² Dies zeige sich auch im Lehrkörper der Medizinischen Fakultät: alle 14 Ordinarien sowie 12 von 13 Extraordinarien seien Mitglied der NSDAP gewesen, sieben Professoren seien zudem Mitglied der SS; die Medizinische Fakultät habe somit im Vergleich zu den anderen Fakultäten den höchsten Anteil an Mitgliedschaften in der NSDAP und ihren „Mantelorganisationen“ aufgewiesen.²⁹³ Prägend für die Gestalt und personelle Zusammensetzung der Medizinischen Fakultät war nach Möhler insbesondere ihr Dekan Johannes Stein.²⁹⁴

Kennzeichnend für die Geschichte der Medizinischen Fakultät der RUS ist die Verstrickung in Verbrechen gegen die Menschlichkeit. Drei führende Professoren der Fakultät führten im KZ-Natzweiler menschenverachtende Versuche durch: der Anatom August Hirt, der Lehrstuhlinhaber für Innere Medizin, Leiter der Medizinischen Klinik und Chef der Medizinischen Poliklinik Otto Bickenbach und der Leiter des Hygieneinstitutes Eugen Haagen.²⁹⁵

Um die Motive von Pflanz, an dieser nationalsozialistisch ausgerichteten Universität zu studieren, durchsichtig zu machen, soll noch ein Blick auf die Studierenden an der Reichsuniversität Straßburg geworfen werden. Nach Möhler beherrschten neben dem zunehmenden Anteil an Studentinnen vor allem Wehrmachtssoldaten das Bild der

²⁹⁰ Vgl. Möhler 2020.

²⁹¹ Vgl. Möhler 2020, S. 680–686.

²⁹² Vgl. Hausmann 2006, S. 72–73.

²⁹³ Vgl. Möhler 2020, S. 696–699. Möhler betont jedoch, dass die Mitgliedschaft in der NSDAP, SA oder SS nur ein Indiz für eine nationalsozialistische Weltanschauung darstelle und somit nur von begrenzter Aussagekraft sei.

²⁹⁴ Johannes Stein (1896-1967) war ein deutscher Internist und aktiver Nationalsozialist. Er trat 1933 der SS bei und wurde 1943 zum SS-Sturmbannführer befördert. Er war Führer des NS-Lehrerbundes und Vertrauensmann der NSDAP-Reichsleitung an der Med. Fakultät der Universität Heidelberg. 1934 wurde er zum Ordinarius für Innere Medizin berufen; er war Kanzler (1933/34) und Prorektor (1935-41) der Universität Heidelberg. 1937 trat Stein der NSDAP bei; 1941 erfolgte die Berufung nach Straßburg. Ab 1950 war Stein Chefarzt des Johanniter-Krankenhauses in Bonn. Vgl. Eckart; Sellin; Wolgast 2006, S. 33–34., 2011, S. 599–600.

Aus Heidelberg nahm Stein sechs Mitglieder der Heidelberger Fakultät sowie zwei Mitarbeiter des Heidelberger Kaiser-Wilhelm-Instituts für Medizinische Forschung mit nach Straßburg. Vgl. Möhler 2020, S. 693–694.

²⁹⁵ Zur Vertiefung über die medizinischen Experimente und die beteiligten Professoren vgl. Steegmann 2010, S. 421–439., Möhler 2020, S. 660–679, 867-882.

Studierenden an der RUS, wie auch an den Universitäten des Reichsgebietes. Im Wintersemester 1943, dem Semester, in dem Pflanz sein Studium an der RUS aufnahm, sei eine Zulassungssperre für das Medizinstudium erlassen worden – ausgenommen von dieser Regelung seien dienstlich abkommandierte und kriegsversehrte Soldaten gewesen, die an der RUS weiterhin ihrer Wehrmachtseinheit unterstanden.²⁹⁶

Zu den Voraussetzungen für die Studierenden zählte laut Wechsler ein „genealogischer Passierschein“, sowie ein Mitgliedsausweis entweder der NSDAP, der SA, der SS, des NSKK (Nationalsozialistisches Kraftfahrkorps), des NSFK (National-sozialistisches Fliegerkorps), der HJ (Hitlerjugend) oder des BDM (Bund deutscher Mädel). Zudem seien nur Studierende zugelassen worden, die eine 6-monatige „Pflichtarbeit“ oder einen Militärdienst vorweisen konnten. Wechsler hebt hervor, dass die Studierenden der RUS dem nationalsozialistischen Staat moralisch verpflichtet gewesen seien. Neben obligatorischen Sportstunden und „klassischen“ medizinischen Lehrfächern habe die Rassenhygiene zum Lehrplan der Studierenden gehört, ab 1943 vertreten durch ein Institut für Rassenbiologie.²⁹⁷ Das Curriculum sei zudem auf die Bedürfnisse der Kriegssituation angepasst worden und daher Veranstaltungen zur Truppenhygiene, zu Kampfstoffen und den gesundheitlichen Auswirkungen, zu Kriegschirurgie und Infektionskrankheiten etabliert worden.²⁹⁸

Wegen der sich abzeichnenden Eroberung von Straßburg durch amerikanische und französische Truppen, habe man, so Möhler, im August und September 1944 mit der Evakuierung der Reichsuniversität Straßburg begonnen. Alle kriegswichtigen naturwissenschaftlichen und medizinischen Forschungsinstitute sollten ins Reichsinnere verlegt werden, es seien zudem Professoren nach Tübingen geschickt worden, um Möglichkeiten für eine Verlegung der RUS auszuloten. Mit Beginn des Wintersemesters 1944/45 am 20. November 1944 sollte der Lehrbetrieb nur für die letzten drei klinischen Semester des Medizinstudiums aufrechterhalten werden. Das Semester habe, durch die Befreiung Straßburgs am 23. November 1944, nur drei Tage gedauert. Ein Großteil des verbliebenen deutschen Lehrkörpers sei über den Rhein geflüchtet, die im Bürgerspital arbeitenden Kliniker seien in Kriegsgefangenschaft genommen worden. An der Ausweichstelle der RUS in Tübingen sei der universitäre Betrieb zunächst fortgeführt worden.²⁹⁹

Die komplexe Geschichte der Reichsuniversität Straßburg konnte hier nur vereinfacht und in Grundzügen dargestellt werden. Derzeit läuft ein Forschungsprojekt zur

²⁹⁶ Vgl. Möhler 2020, S. 743–744.

²⁹⁷ Wechsler 2005, S. 72–81. Möhler 2020, S. 656–660. Zu den einzelnen Kliniken und Instituten und ihr Personal vgl. Möhler 2020, S. 593–660.

²⁹⁸ Vgl. Marx 2008, S. 274.

²⁹⁹ Vgl. Möhler 2020, S. 849–866., Hausmann 2006, S. 127–128.

Untersuchung der Medizinischen Fakultät der Reichsuniversität Straßburg im Nationalsozialismus, auf das für tiefergehende Informationen verwiesen werden soll.³⁰⁰ Ziel der Darlegungen war es, das Studium von Pflanz in Straßburg näher zu beleuchten. Angesichts der Erkenntnisse muss davon ausgegangen werden, dass Pflanz von der Idee einer nationalsozialistischen Universität überzeugt war und sich bewusst für die Ausbildung an der Reichsuniversität entschied. Inwiefern sein aktiver Militärdienst hier eine Rolle spielte, konnte nicht eruiert werden. Über den Niederschlag und die Auswirkungen der dezidiert rassehygienischen und rassebiologischen und zugleich militärischen und kriegsorientierten Ausbildung lässt sich aufgrund fehlender Quellen und Selbstzeugnisse keine verlässliche Aussage treffen.

4.1.2 Studium der Psychologie

Als weiteres besonderes Merkmal von Pflanz' Studienzeit soll sein Studium der Psychologie näher beleuchtet werden, das er als Nebenfach ab dem Wintersemester 1943/44³⁰¹ in Straßburg aufnahm und ab Februar 1946 in München fortsetzte. Im Mai 1949 meldete Pflanz sich von der Universität München ab, es liegt aber kein Vermerk über einen akademischen Abschluss im Fach Psychologie vor.³⁰²

Im Literaturverzeichnis von Pflanz' medizinischer Dissertation aus dem Jahr 1948 findet sich der Eintrag „Pflanz, M. Die Beeinflussung des Wasserhaushaltes durch psychische Faktoren. Phil. Dissert. München 1948 (nicht veröffentlicht)“.³⁰³ Eine Veröffentlichung erscheint auf Grundlage der Recherchen nicht erfolgt zu sein.³⁰⁴

Als Berufsziel hat Pflanz im Personalbogen „Medizinischer Psychologe“ angegeben und es ist zudem dokumentiert, dass er als „Hilfspsychologe für das Bayerische Kultusministerium gearbeitet hat.“³⁰⁵ Rohde berichtet in seinem Nachruf auf Pflanz sogar, dass sich dieser nach dem Studium der Kinder- und Jugendpsychotherapie widmen wollte.³⁰⁶ Dieses Interesse an der Psychologie des Menschen zieht sich durch das

³⁰⁰ Historical Commission for the Medical Faculty of the Reichsuniversität Straßburg 2021 <https://dhvs.unistra.fr/en/research/historical-commission-for-the-medical-faculty-of-the-reichsuniversitaet-strassburg-1941-1944/>.

³⁰¹ Archiv IGPP, 10/5. WS 1943/44, SS 1944

³⁰² UAM Studentenkartei III Pflanz.

³⁰³ Pflanz 1948 Literaturverzeichnis.

³⁰⁴ Das Archiv der Ludwig-Maximilian-Universität München hat bei ausführlicher Dokumentation seiner medizinischen Promotion keine Unterlagen zur philosophischen Dissertationsschrift. Auch Pflanz nimmt an keiner weiteren Stelle darauf Bezug.

³⁰⁵ UAG Berufungen, 4. Lieferung, Pflanz. Lebenslauf, UAM Studentenkartei III Pflanz., UAM Personalbogen Pflanz.

Die Tätigkeit beim Bayerischen Kultusministerium wird von Uexküll in seinem Gutachten zum Habilitationsgesuch von Pflanz konkretisiert. Er schreibt hier, Pflanz habe eine „praktisch-psychologische Tätigkeit 3 Monate lang bei Eignungsuntersuchungen am Bayerischen Kultusministerium durchgeführt“. UAG Dekanat Humanmedizin, Pflanz. Gutachten über die Persönlichkeit und die bisherigen Arbeiten, Prof. Thure von Uexküll, 29.06.1960.

³⁰⁶ Vgl. Rohde 1980, S. 1.

wissenschaftliche Leben von Manfred Pflanz. Es zeigt sich an zahlreichen Publikationen zu diesem Themenkomplex, die in Kapitel 4.2 näher beleuchtet werden sollen, aber auch an seiner klinischen, der Psychosomatik zugewandten Tätigkeit, die 1961 in seiner Habilitation für Innere Medizin und Psychosomatik mündete.

Die Psychologie entwickelte sich als eigenständige Wissenschaft in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Die neue Disziplin sei, so Roelcke, vor allem von Philosophen und Medizinern, hierunter insbesondere Psychiater und Physiologen, getragen worden. Sie habe sich stark an der naturwissenschaftlichen Methodik orientiert, wobei die praktische Anwendung der theoretischen Erkenntnisse in den Vordergrund gerückt sei. Dieser anwendungsbezogene Schwerpunkt stehe in Zusammenhang mit der außeruniversitären Institutionalisierung der Psychologie und der damit einhergehenden externen Finanzierung. In den 1920er Jahren seien zunehmend psychologische Dienste durch öffentliche Stellen etabliert worden. Dieser Bedeutungszuwachs habe sich in den 1930er Jahren durch die Machtübernahme der Nationalsozialisten verstärkt. Bis 1940 habe sich die Wehrmacht zum größten Arbeitgeber der Psychologen entwickelt. Hauptarbeitsfeld stellten laut Roelcke die Eignungsprüfungen für Offiziersanwärter dar. Die psychologische Expertise sei darüber hinaus in Bezug auf „Leistungssteigerung in Industrie, Verwaltung und insbesondere in der Wehrmacht“³⁰⁷ gefragt gewesen. Im Jahr 1941 sei die Psychologie schließlich im Kontext des herrschenden Krieges als eigenständiges Studienfach etabliert worden.³⁰⁸

Da von Pflanz keine persönlichen Dokumente überliefert sind, bleibt offen, aus welchen Beweggründen er sich 1943 für das erst zwei Jahre zuvor im Kriegskontext etablierte Studium der Psychologie, zumal an einer nationalsozialistisch geprägten Universität wie der Reichsuniversität Straßburg entschied.

Das Straßburger „Institut für Psychologie und Klinische Psychologie“ unterstand der Leitung des Extraordinarius Hans Bender³⁰⁹, als universitätsnahe Stiftung war zudem ein

³⁰⁷ Roelcke 2008, S. 140.

³⁰⁸ Vgl. Roelcke 2008, S. 138–140.

In der Zeit nach 1945 erschloss die Psychologie nach Roelcke neue Arbeitsfelder; er macht dies am Beispiel der „Klinischen Psychologie“ deutlich. Nach der Beschränkung auf die psychologischen Probleme körperlich Erkrankter sowie die Erziehungs- oder Sexualberatung in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, habe sich das Tätigkeitsfeld klinischer Psychologen in den 1960er Jahren auf die Beschäftigung mit psychisch Erkrankten erweitert – einem Gebiet, das bisher von der Psychiatrie und der sich institutionalisierenden Psychotherapie reklamiert worden war. Vgl. Roelcke 2008, S. 141–142.

³⁰⁹ Hans Bender (1907-1991) gilt als einer der bedeutendsten Psychologen des 20.

Jahrhunderts und dominierte die deutsche Parapsychologie nach 1945. Er gründete im Jahr 1950 das „Institut für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene e.V.“ in Freiburg, dessen Leiter er bis zu seinem Tod war. Von 1954 bis 1975 war Bender zudem Professor für Grenzgebiete der Psychologie an der Universität Freiburg. Von 1941 bis 1944 leitete Bender das „Institut für Psychologie und Klinische Psychologie“ in Straßburg. Zur Vertiefung dieses

„Grenzwissenschaftliches Institut“³¹⁰ angegliedert. Nach Hausmann seien ursprünglich zwei Abteilungen für Psychologie entworfen worden, eine davon in der Philosophischen Fakultät, befasst mit dem Themenkreis der theoretischen und praktischen Psychologie, sowie eine zweite Abteilung für klinische Psychologie in der Medizinischen Fakultät.³¹¹ Dies habe dem Konzept der „Reichsuniversität Straßburg“, das eine enge Zusammenarbeit geisteswissenschaftlicher und naturwissenschaftlicher Fächer vorsah, entsprochen. So habe sich die Studentenschaft aus Haupt- und Nebenfachstudierenden der Psychologie und Medizinern zusammengesetzt.³¹²

Das Lehrangebot des Instituts habe neben einer „Einführung in die medizinische Psychologie“, einer Vorlesung zu „Völkerpsychologie“ und einer Übung „Zur Psychologie der Sprache“ auch Vorlesungen und Übungen zur Sozialpsychologie umfasst.³¹³ Aus dem Archivgut des Instituts für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene geht hervor, dass Pflanz im Sommersemester 1944 an der Übung „Ausgewählte Kapitel zur Sozialpsychologie“, sowie am Seminar „Medizinische Psychologie“ teilnahm.³¹⁴

Hans Bender war bereits 1935 aufgrund seiner grenzwissenschaftlichen Forschungen angegriffen und öffentlich diskreditiert worden. 1937 sei er in die NSDAP eingetreten und habe im Nationalsozialistischen Deutschen Dozentenbund mitgearbeitet.³¹⁵ 1941 wurden das Bonner Psychologische Institut, dessen stellvertretender Leiter Bender zu dieser Zeit war, sowie seine Privatwohnung, von der Gestapo im Rahmen der sogenannten „Heß-Aktion“³¹⁶ ohne Erfolg durchsucht. Bender habe sich dennoch nicht vom national-sozialistischen Regime distanziert. Laut Hausmann sei er überzeugt gewesen, „nur auf diese Weise seinem Fernziel, die grenz-wissenschaftliche Psychologie zur ‚Ehre der akademischen Altäre zu erheben‘, näherzukommen“.³¹⁷ Zu diesem Zwecke habe er sich auch in die beginnende Professionalisierung der

Lebensabschnittes vgl. Hausmann 2006. Für weitere biographische Angaben vgl. Bauer 1998, Lux 2021.

³¹⁰ Forschungsschwerpunkte an diesem Institut waren Astrologie, Methoden der alternativen Medizin und Verfahren der Radiästhesie (Wünschelrutengehen). Die Parapsychologie versteht sich als Teildisziplin der Psychologie, die sich mit außergewöhnlichen Erlebnissen und Verhaltensweisen befasst, hierzu zählen außersinnliche Wahrnehmungen (z.B. Telepathie, Hellsehen) und Psychokinese (Spukphänomene). Vgl. Lux 2021, S. 1–2.

³¹¹ Vgl. Hausmann 2006, S. 65.

³¹² Vgl. Hausmann 2006, S. 74.

³¹³ Vgl. Hausmann 2006, S. 83–84.

³¹⁴ Archiv IGPP, 10/5. Teilnehmerlisten "Medizinische Psychologie" (ohne Datum), "Ausgewählte Kapitel zur Sozialpsychologie" S.S. 1944.

³¹⁵ Nach Möhler trat Bender 1933 in die SA ein und kurz darauf aus gesundheitlichen Gründen wieder aus. Vgl. Möhler 2020, S. 260.

³¹⁶ Die sogenannte „Heß-Aktion“ war eine Reaktion auf den Englandflug von Rudolf Heß, Stellvertreter Adolf Hitlers, am 10. Mai 1941. Es kam zu zahlreichen Verhaftungen von Leitern anthroposophischer Einrichtungen, Hypnotisuren, Wahrsagern, Okkultisten sowie parapsychologisch interessierten Forschern. Vgl. Hausmann 2006, S. 53–54.

³¹⁷ Hausmann 2006, S. 136.

Psychologie einbinden lassen und habe aufkommende Skrupel untergeordnet. Nach dem Krieg habe Bender seine Jahre an der „Reichsuniversität Straßburg“ verdrängt.³¹⁸

In seinem Lebenslauf schreibt Pflanz, dass er von September 1944 bis zum Kriegsende, unterbrochen durch eine Verwundung, als Truppenarzt tätig war³¹⁹. Das Bundesarchiv verzeichnet eine Zugehörigkeit zur Sanitätskompanie 119 ab dem 26.02.1945.³²⁰ Die Sanitätskompanie 119 gehörte zur am 8. August 1944 neu gegründeten 19. Volksgrenadier-Division. Die Division wurde im September 1944 in die Saarpfalz verlegt, mit Fronteinsatz südlich von Wasserbillig an der Mosel. Hier verblieb die Division bis März 1945, schloss sich dem Rückzug der 1. Armee an und wurde westlich von Augsburg Ende April 1945 zerschlagen.³²¹

Laut dem Nachruf von Magdalena Sokolowska war Pflanz von 1945-46 in Kriegsgefangenschaft. Offizielle Informationen sind diesbezüglich jedoch nicht bekannt.³²² Pflanz selbst datiert das Ende seines Wehrdienstes im Personalbogen der Universität München auf den 15.10.1945.³²³

In seinem Lebenslauf gibt Pflanz an, nach Kriegsende als Krankenpfleger in einer Chirurgischen Abteilung in Oberbayern gearbeitet zu haben.³²⁴

Erklärtes Ziel der alliierten Siegermächte nach Kriegsende war die Ausrottung des Nationalsozialismus. Neben der Aufhebung nationalsozialistischer Gesetze und der Auflösung der NS-Organisationen, sollte eine Bestrafung aller beteiligten Personen erfolgen. Die Entnazifizierung stellte neben der „Umerziehung“ zur Demokratie eine wichtige Säule der amerikanischen Besatzungspolitik dar.³²⁵

Den Dokumenten der Universität München ist zu entnehmen, dass Pflanz gemäß der Spruchkammerentscheidung vom 5.9.1947 in Fürstenfeldbruck aufgrund der Angaben im Meldebogen nicht vom „Gesetz zur Befreiung von Nationalsozialismus und Militarismus vom 5. März 1946“ betroffen sei und ihm „Jugendamnestie“ zugesprochen wurde.³²⁶ Das „Gesetz zur Befreiung von Nationalsozialismus und Militarismus“ wurde am 5. März 1946 in der amerikanischen Besatzungszone erlassen und übergab die

³¹⁸ Vgl. Hausmann 2006, S. 42-48; 53-54; 135-137.

³¹⁹ UAG Berufungen, 4. Lieferung, Pflanz. Lebenslauf.

³²⁰ BArch B 563 / Bd. 15264, Seite 24.

³²¹ Vgl. Haupt 1991, S. 74–76.

³²² Vgl. Sokolowska 1981, S. 125., BArch P – 380 / 369.

³²³ UAG Berufungen, 4. Lieferung, Pflanz. Lebenslauf, BArch B 563 / Bd. 15264, Seite 24., UAM Personalbogen Pflanz.

³²⁴ UAG Berufungen, 4. Lieferung, Pflanz. Lebenslauf.

³²⁵ Vgl. Vollnhals 1991, S. 7–9.

³²⁶ UAM Personalbogen Pflanz., UAM Studentenkartei III Pflanz., UAM N-Npr-GA-1948. Abschrift des Spruchkammerentscheids.

Durchführung der Entnazifizierung unter der Oberaufsicht der Militärregierung an deutsche Stellen, die Spruchkammergerichte. Die „Jugendamnestie“ wurde Ende August 1946 eingeführt und umfasste alle nach 1919 Geborenen, deren Verfahren somit eingestellt wurde.³²⁷ Eine individuelle Prüfung der davon erfassten Personen fand nicht statt.

4.1.3 Studium und Dissertation in München

Im Februar 1946 setzte Pflanz sein Studium der Medizin und Psychologie an der Universität München fort und legte sein Staatsexamen für Humanmedizin im März 1948 ab. Noch bis zum Sommersemester 1949 blieb Pflanz für Psychologie eingeschrieben.³²⁸ Nach bestandener ärztlicher Prüfung wurde ihm mit Wirkung vom 18. März 1948 von der Bayrischen Staatsregierung die Bestallung als Arzt erteilt. Seine Dissertationsschrift verfasste Pflanz in der II. Medizinischen Klinik der Universität München unter Direktor Prof. Dr. med. Gustav von Bergmann.³²⁹

Prof. Dr. Gustav von Bergmann (1878-1955) war Professor für Innere Medizin in Marburg, Frankfurt am Main, Berlin und München.³³⁰ Zur Zeit des Nationalsozialismus war v. Bergmann „weder Mitglied der NSDAP, noch Mitglied des NSD-Ärztebundes“, „aber dennoch als Direktor der II. Medizinischen Klinik der Charité und Ordinarius in Berlin einer der führenden Internisten in Deutschland“.³³¹ Mit seinem Hauptwerk der „Funktionellen Pathologie“ habe v. Bergmann die „Voraussetzungen für eine psychosomatische Medizin als Wissenschaft“ geschaffen.³³²

Der Titel von Pflanz' Dissertationsschrift lautet: „Studie zur funktionellen Biologie des Wasserhaushaltes“. Im Votum informativum von v. Bergmann plädiert dieser für die Bewertung der Arbeit als „eximia cum laude“. Er schreibt durchaus überschwänglich, dass es Pflanz gelungen sei, „den sinnvollen Zusammenhang für das gesamte biologische Geschehen, das sich um den Wasserhaushalt gruppiert, so plastisch und einleuchtend zur Darstellung zu bringen, wie es, soviel ich weiß, in der gesamten Weltliteratur noch nicht geschehen ist“. Ihm sei noch keine Dissertation vorgelegt worden, die er „geradezu als ganz originell bezeichnen“ müsse. Seine Doktorprüfung legte Pflanz am 24. Mai 1948 ab.³³³

³²⁷ Vgl. Schlemmer 1991, S. 16–21.

³²⁸ UAM Personalbogen Pflanz.

³²⁹ UAM N-Npr-GA-1948., Pflanz 1948.

³³⁰ Vgl. Hünsche 2019, S. 22–36.

³³¹ Hünsche 2019, S. 31–32. Zur weiteren Tätigkeit von v. Bergmann zur Zeit des Nationalsozialismus sei auf die Arbeit von Hünsche verwiesen.

³³² Hünsche 2019, S. 164.

³³³ UAM N-Npr-GA-1948. Promotionsakt, Promotionsurkunde, Votum informativum Prof. Gustav von Bergmann.

Von September 1948 bis August 1949 leistete Pflanz seine Pflichtassistenzenzeit in der Chirurgischen Abteilung des Versehrtenkrankenhauses Posenhofen (Oberbayern) unter Leitung von Prof. Dr. Rostock ab.³³⁴

Prof. Dr. Paul Rostock (1892-1956) leitete von 1933-45 die Chirurgische Klinik der Universität Berlin. 1937 trat Rostock in die NSDAP ein, 1940 in den NS-Ärztebund. 1942 wurde er Beratender Chirurg des Sanitätsinspektors des Heeres, am 18.8.1942 ernannte Hitler ihn zum außerordentlichen Mitglied des „Wissenschaftlichen Senats des Heeressanitätswesens“. Im Jahr 1943 wurde Rostock Leiter des Amtes für „Medizinische Wissenschaft und Forschung“ und Stellvertreter von Prof. Dr. Karl Brandt (Reichskommissar für das Sanitär- und Gesundheitswesen). 1944 wurde er zum Generalarzt befördert. Rostock wurde im Nürnberger Ärzteprozess angeklagt, in Versuchsreihen an KZ-Häftlingen involviert gewesen zu sein. Er wurde von den Vorwürfen freigesprochen und arbeitete von 1948-1953 als Chefarzt in Posenhofen, sowie von 1953 bis zu seinem Tod 1956 als Chefarzt in Bayreuth.³³⁵

In seinem Lebenslauf beschreibt Pflanz, dass er nach seiner Pflichtassistenzenzeit von August bis Oktober 1949 eine Studienreise nach Holland und Schweden unternahm. Hier habe er an einem Kurs über soziale Pädiatrie der UNICEF teilgenommen, sich mit „den neuen Methoden der inneren Medizin (z.B. Herzkatheterisierung)“ vertraut gemacht und „Institutionen der Sozialmedizin und der medizinischen Psychologie“ kennengelernt.³³⁶ Offensichtlich war Pflanz' Interesse für das Soziale in der Medizin geweckt.

4.2 Die ersten Jahre ärztlicher Tätigkeit unter der Prägung von Thure von Uexküll

Ende Oktober 1949 trat Pflanz seine erste Assistenzarztstelle an der II. Medizinischen Klinik der Universität München unter Direktor Prof. Dr. v. Bergmann und Oberarzt Thure von Uexküll an. Im Herbst 1953 erhielt Pflanz, unter dem neuen Direktor Prof. Dr. Bodechtel³³⁷, eine Stelle als wissenschaftlicher Assistent und wurde als stellvertretender Leiter der poliklinischen Abteilung eingesetzt.³³⁸ Im Dezember 1954 erhielt Pflanz die Facharztanerkennung für Innere Medizin.³³⁹

³³⁴ UAG Berufungen, 4. Lieferung, Pflanz. Lebenslauf.

³³⁵ Vgl. Klee 2011, S. 509., Schmidt, M.; Groß; Westemeier 2018, S. 67–68.

³³⁶ UAG Berufungen, 4. Lieferung, Pflanz. Lebenslauf ist nicht datiert. Es ist anzunehmen, dass er im Rahmen der Habilitation 1961 erstellt wurde.

³³⁷ Prof. Gustav Bodechtel (1899-1983) war ein deutscher Internist und Neurologe und von 1953-1967 Direktor der II. Medizinischen Klinik in München.

³³⁸ UAG Berufungen, 4. Lieferung, Pflanz. Lebenslauf.

³³⁹ UAG Dekanat Humanmedizin, Pflanz. Abschrift der Facharztanerkennung.

Prägend für diese ersten Jahre der ärztlichen Tätigkeit war sicherlich die Zusammenarbeit mit seinem Oberarzt Thure von Uexküll.

Prof. Dr. Thure von Uexküll (1908-2004) war bereits nach Abschluss seines Medizinstudiums 1934 unter v. Bergmann an der Charité in Berlin tätig, nach seinem Kriegsdienst habilitierte er 1948 bei v. Bergmann in München zu psychosomatischen Aspekten des Magengeschwürs. Prägend für Uexküll wurde eine neunmonatige Forschungsreise in die USA 1952/53, in der er neue Konzepte medizinischer Ausbildung und wichtige Vertreter der Psychosomatik kennenlernte. Im Jahr 1955 wurde Uexküll auf eine Professur für Innere Medizin der Universität Gießen sowie zum Direktor der dortigen Poliklinik berufen. In Zusammenarbeit mit Alexander Mitscherlich erwirkte Uexküll 1962 die Errichtung des „deutschlandweit ersten eigenständigen Lehrstuhl für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit angeschlossener Klinik“³⁴⁰ in Gießen, auf den Horst-Eberhard Richter³⁴¹ berufen wurde. Richter und Uexküll wurden in der Folge zu den tragenden Persönlichkeiten bei der Etablierung der neuen Approbationsordnung und der Einführung der psychosozialen Fächer.³⁴² In Gießen errichtete Richter, unterstützt durch Uexküll, ein Zentrum für Psychosoziale Medizin mit Lehrstühlen für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. In Frankfurt unterstützte Uexküll Mitscherlich bei der Gründung eines psychoanalytischen Forschungsinstitutes, das im Jahr 1960 eröffnet und 1964 in „Sigmund-Freud-Institut“ umbenannt wurde.³⁴³

Uexküll war Mitglied im Gründungsausschuss der Ulmer Hochschule, die als Reformuniversität das Departmentsystem als neue Organisationsstruktur einführte. Erklärtes Ziel der Strukturreform war es, einer Entfremdung der medizinischen Spezialdisziplinen entgegenzuwirken. So war vorgesehen, dass jeder Patient durch einen Allgemeinmediziner und einen Spezialisten betreut wurde. Den Kern des Klinikums bildete eine gemeinsam von einem Internisten und einem Psychosomatiker gebildete Abteilung. Uexküll wurde im Jahr 1966 auf den dortigen Lehrstuhl für Innere Medizin berufen und leitete die Abteilung für Innere Medizin und Psychosomatik bis zu seiner Emeritierung 1976. Wenn auch seine Reformpläne in Ulm scheiterten, leistete Uexküll einen wichtigen Beitrag für die Etablierung der psychosozialen Fächer in die

³⁴⁰ Roelcke 2019, S. 294–295.

³⁴¹ Für eine vertiefende Darstellung von H.E. Richter s.a. S.64

³⁴² Uexküll war Vorsitzender der Arbeitsgruppe Hochschuldidaktik des Deutschen Hochschulverbandes und als solcher an der Entwicklung der neuen Approbationsordnung von 1970 maßgeblich beteiligt. Vgl. Roelcke 2019, S. 289–290.

³⁴³ Vgl. Roelcke 2019, S. 290–295.

Approbationsordnung von 1970.³⁴⁴ Thure von Uexküll starb im Jahr 2004 im Alter von 96 Jahren.

Laut Otte hatte Uexküll Pflanz als Assistenten von Berlin nach München geholt. Er zitiert an dieser Stelle Uexküll: „Ich habe Pflanz nach München an die Bergmannsche Klinik gebracht, weil mir seine soziologisch interessanten Arbeiten gefielen“.³⁴⁵ Ob Uexküll hiermit die Dissertation von Pflanz meint oder ob spätere soziologische Arbeiten von Pflanz diese Aussage begründeten, bleibt offen. Pflanz lernte Uexküll bereits bei seiner Promotion an der Medizinischen Klinik II kennen – er dankt am Ende seiner Dissertationsschrift Uexküll ausdrücklich für „viele Anregungen und die tatkräftige Unterstützung“.³⁴⁶

Es ist davon auszugehen, dass es auch seinem Lehrvater Thure von Uexküll zu verdanken ist, dass sich Pflanz' Wahrnehmung für psychosomatische Problemfelder schärfte. Anfang der 50er Jahre habe Pflanz Uexküll oft zu Fortbildungsveranstaltungen nach Heidelberg begleitet, wo Alexander Mitscherlich im Jahr 1950 eine Abteilung für Psychosomatische Medizin gegründet hatte.³⁴⁷ Im Jahr 1952 veröffentlichten Pflanz und Uexküll den ersten gemeinsamen Artikel mit dem Titel „Entlastung als pathogenetischer Faktor“. Zur inhaltlichen Vertiefung der Zusammenarbeit von Thure von Uexküll und Manfred Pflanz sei auf Kapitel 4.2 verwiesen.

Diese Zusammenarbeit war nicht nur für Pflanz, sondern auch für Uexküll bereichernd. In der Einleitung zu seinem Buch „Grundfragen der psychosomatischen Medizin“ aus dem Jahr 1963, dankt er, neben seinem Herausgeber Ernesto Gassi³⁴⁸ und Alexander Mitscherlich, Manfred Pflanz, „dessen kritisches Denken in den langen Jahren der Zusammenarbeit an der Formung meines wissenschaftlichen <Über-Ich> mitgearbeitet hat“.³⁴⁹

4.2.1 Exkurs Psychoanalytische Ausbildung

An dieser Stelle soll noch ein Exkurs zur psychoanalytischen Ausbildung von Pflanz eingefügt werden. Nach den Angaben in seinem Lebenslauf nahm Pflanz von 1947-48, sowie von 1951-53 eine psychoanalytische Lehranalyse wahr.³⁵⁰ Auch Uexküll notiert in

³⁴⁴ Vgl. Roelcke 2019, S. 289-290, 298-299. Zur weiteren Vertiefung von Leben und Werk von Thure von Uexküll Vgl. Macke-Bruck 2005, Otte 2001.

³⁴⁵ Otte 2001, S. 90.

³⁴⁶ Pflanz 1948. Danksagung.

³⁴⁷ Vgl. Otte 2001, S. 91. Für vertiefende Informationen zur Abteilung für psychosomatische Medizin in Heidelberg sei auf Roelcke 2004 verwiesen.

³⁴⁸ Ernesto Grassi (1902-1991) war ein italienischer Philosoph und von 1948-1970 Professor für Philosophie an der Ludwig-Maximilian-Universität München. Er zählt zu den bedeutendsten Philosophen der Nachkriegszeit. Zur Vertiefung vgl. Kozljanič 2003, Asal; Meyer 2020.

³⁴⁹ Uexküll 1963, S. 11.

³⁵⁰ UA FU Berlin ProfA 34. Lebenslauf Pflanz Im Lebenslauf der Berufsakte der JLU schreibt Pflanz, dass er „in dieser Zeit“ [zuvor berichtet er von der Klinikübernahme durch Prof.

seinem „Gutachten über die Persönlichkeit und die bisherigen Arbeiten des Herrn Dr. med. Manfred Pflanz“ im Rahmen von Pflanz' Habilitationsgesuch, dass Pflanz von 1951 bis 1953 eine Lehranalyse in München absolvierte.³⁵¹ Weiterführende Informationen zur psychoanalytischen Ausbildung von Pflanz sind nicht zu eruieren. Interessant wäre sicherlich zu wissen, in welche psychoanalytische Richtung sich Pflanz einordnete und an welchen Lehrern er sich orientierte.

Es können hier nur grundlegende Aspekte und Linien der Psychotherapie und der Psychoanalyse aufgezeigt werden. Dies kann bei einer solch komplexen und von vielen Faktoren beeinflussten Entwicklung nur vereinfacht erfolgen.

Die Psychotherapie habe sich, so Roelcke, Anfang des 20. Jahrhunderts im Gegensatz zur naturwissenschaftlich orientierten, und der Psychoanalyse mit starker Abneigung gegenüberstehenden, Psychiatrie etabliert. Die anfängliche Entwicklung sei bestimmt gewesen durch die wirtschaftlichen und sozialen Folgen des 1. Weltkrieges sowie der wirtschaftlichen Krise der Weimarer Republik. Sie schien Antworten zu geben auf die „Krise der Medizin“, in der immer mehr Mediziner verschiedener Fachrichtungen beklagten, dass der ganzheitliche Blick für den individuellen Patienten verloren gegangen sei. Diese Entwicklung habe im Jahr 1926 zur Gründung der „Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie“ und der Etablierung eigener Journale, wie die „Zeitschrift für Psychotherapie und psychische Hygiene“ geführt.³⁵²

Die Vertreter der Psychoanalyse, die den Hauptschwerpunkt der Psychotherapie bildeten, gründeten bereits 1910 die „Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft“ (DPG). Das erste psychoanalytische Ausbildungs- und Behandlungsinstitut wurde im Jahr 1920 von Karl Abraham (1877-1925)³⁵³ in Berlin ins Leben gerufen.³⁵⁴

Roelcke stellt für die Psychotherapie zur Zeit der Machtübernahme der Nationalsozialisten 1933 Brüche und Kontinuitäten fest. So seien „durch die Diskriminierung, Entlassung und Vertreibung der vom Regime als „jüdisch“ klassifizierten Psychotherapeuten, die Diskreditierung der angeblich „jüdischen“ Psychoanalyse und damit zusammenhängend die Schließung der psychoanalytischen Institute“³⁵⁵ Brüche entstanden. Nach Roelcke könne man mit Blick auf die Zeit des Nationalsozialismus „von einer Fortführung aber konzeptuellen Einengung der

Bodechtel im Herbst 1953] seine 1946 begonnene psychoanalytische Lehranalyse fortsetzen konnte. UAG Berufungen, 4. Lieferung, Pflanz. Lebenslauf.

³⁵¹ UAG Dekanat Humanmedizin, Pflanz. Gutachten über die Persönlichkeit und die bisherigen Arbeiten, Prof. Thure von Uexküll, 29.06.1960.

³⁵² Vgl. Roelcke 2008, S. 142–143.

³⁵³ Karl Abraham war ein deutscher Neurologe und Psychiater und gilt als Pionier der deutschen Psychoanalyse. Zur Vertiefung Vgl. van Bentinck Schoonheten 2020.

³⁵⁴ Vgl. Baumeyer 1971, S. 203.

³⁵⁵ Roelcke 2012b, S. 104. Roelcke orientiert sich hier an der Darstellung von Cocks (1997) und Lockot (1985).

Psychotherapie“³⁵⁶ sprechen. Dies zeigte sich zum Beispiel an der Gründung des „Deutschen Institutes für Psychologische Forschung und Psychotherapie“ unter Leitung des Psychologen Matthias Göring, Cousin des Reichsluftfahrt-Ministers Hermann Göring im Jahr 1936 in Berlin. Gestützt und protegiert durch diese Personalie sei das Institut insbesondere in der Politikberatung, etwa in Bezug auf Kriegsaufgaben oder Leistungssteigerung, tätig gewesen. Roelcke konkretisiert dies: „Mitarbeiter des Instituts waren beispielsweise mit der Prävention und Therapie von Stresszuständen und Homosexualität in der Luftwaffe beschäftigt, ebenso in Projekte zur Betriebspsychologie im Kontext der Deutschen Arbeitsfront integriert, die darauf abzielten, die Effizienz von Unternehmen insbesondere im Bereich der Rüstungsindustrie zu steigern.“³⁵⁷

Für den Neubeginn nach 1945 stellt Lockot fest, dass die Lage der Psychotherapie in Deutschland desolat gewesen sein, „das wissenschaftliche Niveau miserabel.“ Das Vakuum durch die erzwungene Emigration habe sich „in drastischer Weise“ gezeigt.³⁵⁸

Die Nachkriegszeit ist geprägt vom Machtkampf zweier psychoanalytischer Gesellschaften: der Deutschen Psychoanalytische Gesellschaft (DPG) und der Deutschen Psychoanalytische Vereinigung (DPV).³⁵⁹ Carl Müller-Braunschweig (DPV) mit der klassischen freudianischen Psychoanalyse und Harald Schultz-Hencke (DPG) mit der neoanalytischen Auffassung fochten nicht nur einen wissenschaftlichen Streit aus, sondern es ging auch um die Rolle der DPG zur Zeit des Nationalsozialismus. Die Geschichte der Psychoanalyse ist nicht losgelöst von der Geschichte der psychoanalytischen Organisationen (DPG, DPV, DGPT, IPV) zu betrachten, eine umfassende Darstellung würde hier jedoch den Rahmen sprengen.³⁶⁰

In München, wo Pflanz studierte und vermutlich auch seine psychoanalytische Ausbildung erfuhr, wurde Anfang des Jahres 1946 von der amerikanischen Militärregierung die Erlaubnis erteilt, die Arbeit der 1939 als Zweigstelle des Berliner „Göring“-Instituts entstandene „Vereinigung Münchner Psychotherapeuten“ wieder aufzunehmen – unter dem Namen und somit als Fortsetzung des Berliner „Instituts für Psychologische Forschung und Psychotherapie“. Zu Beginn zählte das Institut 67 Mitglieder und 49 Ausbildungskandidaten, vornehmlich ehemalige Angehörige des Reichsinstitutes. Fritz Riemann³⁶¹ war in diesen Jahren der einzige Psychoanalytiker mit

³⁵⁶ Roelcke 2012b, S. 106.

³⁵⁷ ebd.

³⁵⁸ Vgl. Lockot 2010, S. 1214.

³⁵⁹ Die DPG wurde 1945 von Harald Schultz-Hencke u.a. neu gegründet, die DPV spaltete sich 1950 unter Führung von Carl Müller-Braunschweig von der DPG ab. Die DPV wurde 1951 in die IPV (Internationale Psychoanalytische Vereinigung) aufgenommen. Vgl. Lockot 2010, S. 1210–1211.

³⁶⁰ Zur Vertiefung vgl. Lockot 1985, Cocks 1997.

³⁶¹ Fritz Riemann (1902-1979) war ein deutscher Psychoanalytiker und Psychotherapeut. Er war Mitbegründer, Dozent und Lehranalytiker des Instituts für psychologische Forschung und

Lehrberechtigung in München.³⁶² In seiner Selbstdarstellung schreibt Riemann, dass er „schulmäßig nicht eindeutig unterzubringen“ sei und weiter:

„Ich war (und das noch für Jahre) der einzige «Freudianer» im Lehrkörper. Ich setze diesen Begriff in Anführungszeichen, denn ich habe mich nie als nur solchen empfunden. Von einem «Freudianer» konnten die Kandidaten erwarten, Theorie und Technik der Psychoanalyse zu lernen. Als einzelner fühlte ich mich dieser Aufgabe nicht gewachsen. Ich war theoretisch nicht ausreichend belesen, konnte mich aber vor allem mit Lehrgebäude und Hypothesen der Psychoanalyse nicht völlig identifizieren. Ich habe immer mehr aus der Erfahrung gelernt und kann Theorien, die sich mir nicht unmittelbar aus der Praxis ergeben, nicht überzeugt vertreten.“³⁶³

Nach Riemann wurde am Münchner Institut das Konzept der sogenannten „Dreierseminare“ vom Berliner Institut übernommen, bei dem Fälle vor Vertretern der drei Hauptrichtungen (Freud, Jung, Adler) vorgetragen und analysiert wurden.³⁶⁴

Auch Pflanz' Lehrvater Thure von Uexküll habe in einer persönlichen Krise eine Analyse bei Fritz Riemann wahrgenommen. Der vollständigen Trennung von Körper und Psyche stand er jedoch kritisch gegenüber, so Otte.³⁶⁵

4.3 „Sozialer Wandel und Krankheit“ – Habilitation in Gießen

Im Jahr 1955 folgte Pflanz Thure von Uexküll nach Gießen und arbeitete auch hier als wissenschaftlicher Assistent an der Medizinischen Poliklinik.³⁶⁶ 1961 wurde er zum Oberarzt befördert, im selben Jahr unternahm er eine mehrmonatige Studienreise nach Canada und in die USA.³⁶⁷ Aus seinem Antrag auf Beurlaubung geht hervor, dass Pflanz plante, im Zeitraum vom 5.6.-19.8.1961 an internationalen Kongressen in Montreal und Kopenhagen teilzunehmen, sowie mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft für neun Wochen wissenschaftliche Institute in den Vereinigten Staaten zu besuchen. Er wolle sich hier auch darüber informieren, „welche neuen Erfahrungen über die Medizinische Ausbildung vorliegen, die für die Gießener Studienreform von Wert sein können.“³⁶⁸ Thure von Uexküll befürwortet in diesem Sinne die geplante Studienreise, er

Psychotherapie in München und zudem in eigener psychotherapeutischer Praxis tätig. Vgl. Riemann 2003 Kurzbiographie .

³⁶² Vgl. Grunert 1984, S. 881–895. Für einen vertiefenden Überblick über die Psychoanalyse in München sei auf Bauriedl; Brundke 2008 verwiesen. Hier auch ein unveränderter Abdruck von Grunert 1984.

³⁶³ Riemann 1973, S. 362., s.a.Grunert 1984, S. 891.

³⁶⁴ Vgl. Riemann 1973, S. 362.

³⁶⁵ Vgl. Otte 2001, S. 92–93.

³⁶⁶ UAG Berufungen, 4. Lieferung, Pflanz. Lebenslauf.

³⁶⁷ UAG Berufungen, 4. Lieferung, Pflanz. Lebenslauf Berufungsverfahren.

³⁶⁸ UAG Dekanat Humanmedizin, Pflanz. Antrag auf Beurlaubung, 10.05.1961.

halte „den beabsichtigten Auslandsaufenthalt von Herrn Dr. Pflanz sowohl im Interesse der Medizinischen Poliklinik wie auch unserer Bemühungen um die Studienreform für sehr erwünscht“.³⁶⁹

Am 23. Februar 1961 erhielt Pflanz die „Venia legendi“ für die Fächer Innere Medizin und Psychosomatik mit seiner Habilitationsschrift „Sozialer Wandel und Krankheit. Ergebnisse und Probleme der medizinischen Soziologie“.³⁷⁰ Seine Habilitationsschrift wurde 1962 im Enke Verlag Stuttgart veröffentlicht und ist eines der Hauptwerke von Pflanz' wissenschaftlicher Arbeit. Zur inhaltlichen Vertiefung sei auf Kapitel 4.3.1 verwiesen.

An dieser Stelle soll jedoch ein Blick auf die Rezeption seines Werkes geworfen werden. Aufschlussreich sind hier insbesondere das Referat zur Habilitationsschrift von Prof. Dr. Thure von Uexküll und die Korreferate von Prof. Dr. Ott und Prof. Dr. René König, die im Archiv der Justus-Liebig-Universität Gießen überliefert sind. Alle drei Referate sprechen eine klare Empfehlung zur Annahme der Arbeit als Habilitationsschrift aus.

Uexküll bezeichnet das Werk als Pionierarbeit, das zum Teil durch spätere Untersuchungen ergänzt und vertieft werden müsse, aber ein wichtiges Ausgangsmaterial für ebendiese Studien darstelle. Pflanz habe das bisher vernachlässigte Gebiet der medizinischen Soziologie erschlossen und die Untersuchung „mit großer Gewissenhaftigkeit und statistisch einwandfreien Methoden durchgeführt“.³⁷¹

Uexküll verfasste zudem das dem Habilitationsgesuch beigelegte „Gutachten über die Persönlichkeit und die bisherigen Arbeiten des Herrn Dr. med. Manfred Pflanz“. Neben biographischen Eckdaten bescheinigt Uexküll Pflanz „von Anfang an ein reges Interesse für wissenschaftliche Fragen“, und schreibt weiter: „Die wissenschaftlichen Arbeiten von Herrn Pflanz zeichnen sich durch eine grosse Gewissenhaftigkeit, ein breites Wissen und die Fähigkeit aus, das Wesentliche zu erfassen“. Zudem sei er „charakterlich absolut einwandfrei, von grossem Fleiss, sehr gewissenhaft und von einem stark ausgeprägten Verantwortungsgefühl getragen“.³⁷²

Eines der Korreferate zur Habilitationsschrift verfasste Prof. Dr. Ott³⁷³, Direktor des Instituts für Physikalische Medizin und Balneologie in Bad Nauheim. Auch er würdigt die Arbeit von Pflanz auf diesem bisher wenig bearbeiteten Gebiet, sowie die Wahl der

³⁶⁹ UAG Dekanat Humanmedizin, Pflanz.Schreiben von Uexküll, 12.05.1961.

³⁷⁰ UAG Berufungen, 4. Lieferung, Pflanz. Venia legendi.

³⁷¹ UAG Dekanat Humanmedizin, Pflanz. Referat zur Habilitationsschrift, Thure von Uexküll, 11.11.1960.

³⁷² UAG Dekanat Humanmedizin, Pflanz. Gutachten über die Persönlichkeit und die bisherigen Arbeiten, Prof. Thure von Uexküll, 29.06.1960.

³⁷³ Victor Rudolf Ott (1914-1986) war ein deutsch-schweizerischer Rheumatologe. Er wurde 1955 auf den Lehrstuhl für Physikalische Medizin und Balneologie der Universität Gießen mit Sitz in Bad Nauheim berufen. Nach ihm wurde das „Ott-Zeichen“ benannt – ein Maß für die Beweglichkeit der Wirbelsäule. Vgl. Schmidt, K. 2002.

statistischen Methodik als naturwissenschaftliche Grundlage der Untersuchung und deren durchdachte Durchführung. Er konstatiert jedoch einschränkend, dass Pflanz einige spezielle Fragen in der Arbeit vernachlässigt habe. Ott nennt beispielhaft die klinisch wahrscheinliche Bedeutung des Nikotinkonsums für Coronarerkrankungen oder die Frage nach der Korrelation von Alkoholkonsum und niedriger sozialer Schicht, sowie deren Bedeutung für Magenkrankheiten, worauf klinische Untersuchungen hinweisen würden. Auch eine differenziertere Betrachtung der Gelenkerkrankungen betrachtet Ott als wünschenswert, was vor dem Hintergrund seiner Profession nicht überrascht. Die aufgeführten Einschränkungen würden jedoch den Wert der Arbeit nicht schmälern und könnten „den vom Autor vorgesehenen weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben“. Prof. Dr. Ott hebt die klare und einfache Sprache hervor, das Interesse des Lesers bleibe so trotz des ungewöhnlich umfangreichen Werkes bis zum Ende wach.³⁷⁴

Bemerkenswert ist insbesondere das Korreferat von René König, einem der zentralen Protagonisten der Soziologie in der Bundesrepublik. Seine „Kölner Schule“ gilt als eine der bedeutendsten deutschsprachigen soziologischen Schulen.³⁷⁵ Durch dieses Gutachten wird neben dem medizinischen, der (medizin-)soziologische Wert von Pflanz' Arbeit hervorgehoben.

König konstatiert, Pflanz habe das Problem, dass es bisher nur wenige soziologische Vorarbeiten gebe, „mit äußerstem Geschick angegangen“. Die Habilitationsschrift habe einen „wesentliche(n) Beitrag zur Förderung der Medizinsoziologie“ dargestellt. Einschränkend wünscht König eine vermehrte Würdigung des französischen Beitrages zur Medizinsoziologie, einige Korrekturen und Anmerkungen fänden sich im Manuskript mit der Bitte zur Weitergabe an den Verfasser.³⁷⁶ Als positiv hebt er die Abgrenzung der Disziplinen Sozialmedizin, Sozialhygiene und Medizinische Soziologie, sowie Sozialpolitik, Sozialreform und Soziologie hervor. Dies bewähre sich „insbesondere in der Zurückhaltung des Verfassers vor der allgemeinen Kulturkritik mit ihrer höchst unklaren Lehre von den sogenannten Zivilisationskrankheiten“. Auch die „durchgehende Warnung vor der Verwechslung von statistischen Korrelationen mit Kausalbeziehungen“ würdigt König. Einschränkend hält König für die spätere Veröffentlichung eine weitere Erläuterung des Begriffs des „Sozialen Wandels“ für notwendig. König schließt mit der Bemerkung, dass er „den Geist, in dem die ganze Arbeit gehalten ist, nämlich die

³⁷⁴ UAG Dekanat Humanmedizin, Pflanz. Correferat zur Habilitationsschrift, Prof. Ott, 19.12.1960.

³⁷⁵ Zu König vgl. Fußnote 241, S. 54.

³⁷⁶ Inwiefern Pflanz diese Einwände und Ratschläge von König einarbeitete, ist nicht mehr zu eruieren. Im Archiv der Justus-Liebig-Universität ist keine ursprüngliche Fassung der Habilitationsschrift übermittelt.

Warnung vor spekulativen Überlegungen und der Hinweis auf die konkreten Aufgaben innerhalb der empirischen Forschung“ als „besonders wohltuend empfinde“.³⁷⁷ In seinem Begleitschreiben zum Gutachten prophezeit König, dass diese „im deutschen Sprachbereich einzigartige Arbeit [...] zweifellos eine große Diskussion auslösen und auch durch diese Diskussion wegleitend werden wird“.³⁷⁸

Bis diese Diskussion ins Rollen kam, sollte noch einige Zeit vergehen. Pflanz selbst schreibt 1973, dass sich sein Werk als „Spätzünder“ erwiesen habe und „im 9. Jahr der Existenz besser verkauft“ werde, „als im zweiten Jahr.“³⁷⁹

Im Kolloquium zum Habilitationsverfahren im Februar 1961 referiert Pflanz zum Thema „Serotonin und psychische Funktionen“, weitere Themenvorschläge seinerseits waren „Umweltfaktoren bei Hochdruck“ und „Katecholamine bei Furcht und Angst“.³⁸⁰ Seine Antrittsvorlesung im Mai 1961 trägt den Titel „Der unklare Fall“.³⁸¹

4.4 Von der Abteilung für Medizinische Statistik, Dokumentation und Epidemiologie zum Institut für Sozialmedizin

Von 1963 bis 1966 leitete Pflanz die Abteilung für Medizinische Statistik, Dokumentation und Epidemiologie an der Poliklinik der Universität Gießen.³⁸²

Dies ging, folgt man den Protokollen der Fakultätssitzungen, auch auf die Initiative von Thure von Uexküll zurück. Im Februar 1963 meldete er für das Haushaltsjahr die Beantragung eines selbständigen Abteilungsleiters für medizinische Statistik, Dokumentation und Epidemiologie an. In der nächsten Fakultätssitzung stellte Uexküll einen Antrag auf Unterbringung der Abteilung im Hintergebäude der Medizinischen Poliklinik. Der Antrag wurde aufgrund eines unklaren Immobilienkaufes durch die Universität zurückgestellt.³⁸³ Inhaltlich war es aber wohl Pflanz selber, der Thure von Uexküll in die Theorie und Methodik der Epidemiologie und medizinischen Soziologie einführte. So zitiert Otte Uexküll mit den Worten:

³⁷⁷ UAG Dekanat Humanmedizin, Pflanz. Correferat zur Habilitationsschrift, Prof. René König, 10.01.1961.

³⁷⁸ UAG Dekanat Humanmedizin, Pflanz. Begleitschreiben Gutachten Habilitationsschrift, Prof. René König, 09.01.1961.

³⁷⁹ Pflanz 1973g, S. 589.

³⁸⁰ UAG Dekanat Humanmedizin, Pflanz. Schreiben des Dekan Prof. Kepp an Pflanz, 15.02.1961. .

³⁸¹ UAG Dekanat Humanmedizin, Pflanz. Einladung zur Antrittsvorlesung. In einem gleichnamigen Artikel aus dem Jahr 1964 stellt Pflanz eine epidemiologische Untersuchung zum Phänomen des „unklaren Falles“ an der Poliklinik in Gießen vor. Er konstatiert hier, dass „das Problem des unklaren Falles nicht nur medizinische, sondern auch psychologische, sozialpsychologische und soziologische Aspekte hat“. Pflanz 1964b, S. 1652. Darin zeigt sich seine interdisziplinär weit gefasste Wahrnehmung von Problemfeldern.

³⁸² UAG Berufungen, 4. Lieferung, Pflanz. Lebenslauf Berufungsverfahren.

³⁸³ UAG Dekanat Humanmedizin Sitzungsprotokolle 1963-1965. Protokolle der Sitzungen vom 7. und 25. Februar 1963.

„In Gießen hat uns Manfred Pflanz zwei oder drei Jahre lang gezwungen, unseren Mittagsschlaf zu opfern! Damals standen uns keine Computer zur Verfügung, wir mußten die Statistiken mit Lochkarten erstellen. Pflanz war unerbittlich! Jede Unterhaltung mit einem Patienten musste hinterher verschlüsselt werden. Mit Stricknadeln haben wir die Lochkarten bearbeitet. Das war damals alles sehr primitiv!“³⁸⁴

Im Jahr 1963 unternahm Pflanz eine Studienreise nach Indien, in deren Rahmen er eine Forschungsarbeit zu den Zusammenhängen von relativem Körpergewicht, Blutdruck und sozialer Zugehörigkeit durchführte. Seine Ergebnisse veröffentlichte Pflanz gemeinsam mit Louis Lambelet³⁸⁵ 1965 in dem Beitrag „Zivilisationskrankheiten‘ und psychosomatische Probleme im ländlichen Indien“. Für diese Studie untersuchte Pflanz 1500 Personen in der Poliklinik des Miraj Medical Center (Maharashtra, Indien).³⁸⁶

Zur selben Zeit begannen in der Fakultät die Vorbereitungen zur Einrichtung eines Lehrstuhles für Sozialhygiene. Nachdem das Extraordinariat für Sozialhygiene bereits im Mai 1963 genehmigt wurde, erfolgte im Februar 1964 die Zusammensetzung der Berufungskommission. Dieser gehörten zunächst die Herren Kemkes (als Vorsitzender), Richter und Kepp an.³⁸⁷ Professor Berthold Kemkes (1901-1977) war seit 1951 Lehrstuhlinhaber für Hygiene, Professor Richard Kepp (1912-1984) wurde 1956 auf den Lehrstuhl für Gynäkologie und Geburtshilfe berufen und war über 24 Jahre Direktor der Klinik.³⁸⁸ Hervorgehoben werden soll an dieser Stelle Horst-Eberhard Richter (1923-2011), der sich nicht nur stark für die Etablierung der Sozialmedizin in Gießen einsetzte, sondern sich insgesamt für „das Soziale“ in der Medizin engagierte. Richter war bis zu seiner Emeritierung 1991 erster deutscher Lehrstuhlinhaber für Psychosomatik an der 1962 durch das Engagement von Thure von Uexküll gegründeten Gießener Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie. Er war, wiederum durch Unterstützung von Uexküll Begründer des deutschlandweit ersten universitären Zentrums für Psychosoziale Medizin – mit Lehrstühlen für Medizinische Soziologie, Medizinische Psychologie und Psychosomatik.³⁸⁹ Auch über das universitäre Wirken hinaus engagierte sich Richter für „das Soziale“ in der Medizin, sehr konkret in seinem sozialtherapeutischen Projekt in der Gießener Brennpunkt-Siedlung „Eulenkopf“ in den 1960er Jahren, Familientherapie wurde zu einem seiner zentralen Themen. Richter war zudem eine Leitfigur der

³⁸⁴ Otte 2001, S. 107. Uexküll bezieht sich hier auf die Datenerfassung von 10.000 Patienten der Poliklinik, die die Grundlage seiner Habilitationsschrift bildete.

³⁸⁵ Aus dem Artikel geht hervor, dass Lambelet über ein Jahr als Psychiater in Indien arbeitete und forschte. Vgl. Pflanz 1965a, S. 1496.

³⁸⁶ Vgl. ebd.

³⁸⁷ UAG Dekanat Humanmedizin Sitzungsprotokolle 1963-1965. Protokolle der Sitzungen vom 30.05.1963 und 27.02.1964.

³⁸⁸ Vgl. Chakraborty 2007, S. 83. Vgl. Künzel; Tinneberg 2007, S. 246.

³⁸⁹ Vgl. Roelcke 2019, S. 294–295.

Friedensbewegung und Mitbegründer der IPPNW Deutschland (Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs, Ärzte in sozialer Verantwortung e.V.) im Jahr 1982.³⁹⁰

In der Fakultätssitzung vom 18. Januar 1965 beantragte Kemkes die Umbenennung des Extraordinariates für „Sozialhygiene“ in ein Extraordinariat für „Sozialmedizin“.³⁹¹ Aus dem Begründungsschreiben an den Hessischen Kultusminister geht hervor, dass die Medizinische Fakultät ursprünglich keinen Antrag auf Errichtung eines Extraordinariates für Sozialhygiene gestellt habe, diesen jedoch 1963 zugesprochen bekam.³⁹² Die Berufungskommission habe keinen geeigneten Kandidaten finden können und führt dies darauf zurück, dass es in der BRD ihrer Kenntnis nach nur einen Lehrstuhl für Sozialhygiene an der Freien Universität Berlin gebe, selbst dieser sei mit einem nicht-habilitierten Medizinalverwalter besetzt. Die Sozialhygiene sei als Teil der Allgemeinen Hygiene anzusehen. Im Gegensatz dazu sei die Sozialmedizin ein Querschnittsfach, das sich mit den sozialen Auswirkungen verschiedener Erkrankungen befasse und zusätzlich Probleme der Epidemiologie, Rehabilitation, Medizin-Soziologie und Statistik behandle. Die Sozialmedizin, in deren Mittelpunkt der „Mensch als Gemeinschaftswesen“ stehe, gewinne zunehmend an Bedeutung. Ein Lehrstuhl für „Sozialmedizin“ dürfe an einer fortschrittlichen Medizinischen Fakultät nicht fehlen.³⁹³

Auf derselben Sitzung im Januar sprach sich Thure von Uexküll für eine Beschleunigung des Berufungsverfahrens aus, da Pflanz auf der Berufungsliste für den Lehrstuhl für Sozialmedizin in Hamburg an erster Stelle stehe.³⁹⁴

In gleicher Sitzung wurde die Berufungskommission um die Herren Ott und Rettig erweitert. Professor Victor Rudolf Ott war Professor für Physikalische Medizin und Balneologie in Bad Nauheim und bereits an der Begutachtung der Habilitationsschrift von Pflanz beteiligt. Professor Rettig (1921-1998) hatte von 1961 bis zu seiner Emeritierung 1989 den Lehrstuhl für Orthopädie der Universität Gießen inne.³⁹⁵

³⁹⁰ Vgl. Brosig 2014, S. 95–98.

³⁹¹ UAG Dekanat Humanmedizin Sitzungsprotokolle 1963-1965. Protokoll der Sitzung vom 18.01.1965.

³⁹² Diese Aussage erscheint fragwürdig. In den Sitzungsprotokollen der Fakultät wurde bereits im Januar 1961 im Sinne der Empfehlungen des Wissenschaftsrates die Errichtung eines Extraordinariates für Sozialhygiene beschlossen. Der Lehrstuhl stand schon einmal 1959 zur Debatte, in der Sitzung wurde eine Umbenennung des Lehrstuhls für Sozialhygiene in Lehrstuhl für Human-Virologie diskutiert. UAG Dekanat Humanmedizin Sitzungsprotokolle 1959-1962. Protokolle der Sitzungen vom 12.01.1961 und 09.11.1959

³⁹³ UAG Berufungen, 4. Lieferung, Pflanz. Schreiben des Dekan Staudinger an den Hess. Kultusminister vom 28.01.1965.

³⁹⁴ Dem Hamburger Professorinnen- und Professorenkatalog ist zu entnehmen, dass Dr. med. et iur. Hans Göbbels (1894-1964) von 1947 bis 1964 außerplanmäßiger Professor für Versicherungs- und Sozialmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg war. Vgl. Glasow; Eckert. Durch seinen Tod wurde der Lehrstuhl vakant. Im Archiv der Universität Hamburg konnte keine Information über das Berufungsverfahren von Pflanz gefunden werden.

³⁹⁵ Vgl. Stürz 2007, S. 61.

In geheimer Abstimmung wurde Pflanz im Mai 1965 auf die erste Position der Berufungsliste für das Extraordinariat für Sozialmedizin gesetzt.³⁹⁶

Aufschlussreich ist das Schreiben des Dekan Dost anlässlich der Besetzung des außerordentlichen Lehrstuhls für Sozialmedizin an den Hessischen Kultusminister. Hier wird insbesondere Pflanz' Werk „Sozialer Wandel und Krankheit“ als „einer der bedeutendsten, wenn nicht als der bedeutendste neuere Beitrag auf diesem modernen Forschungsgebiet“ der sozialen Medizin hervorgehoben. Pflanz habe sich „durch seine außerordentlich gründliche und kritische Methodik, die seine Arbeiten kennzeichnet, eine hohe Wertschätzung erworben“, was unter anderem an Einladungen zu Fachkonferenzen durch die Harvard University und die American Heart Association festgemacht wird. Im Gegensatz zu den weiteren Kandidaten zeichne sich Pflanz insbesondere durch sein Zweitstudium aus, durch das er in der Erarbeitung methodischer Grundlagen auf sozialwissenschaftlichem Gebiet geschult sei. Es wird besonders betont, dass Pflanz „in Europa zu dem kleineren Kreis führender Forscher des Faches gehört, die Sozialmedizin und Sozialhygiene nicht primär als eine gesundheitspolitisch-progmatische [sic!] Disziplin auffassen, sondern sich primär um eine exakte wissenschaftliche Grundlage bemühen“.³⁹⁷ Diese Einordnung von Pflanz erinnert an die Darstellung der britischen Sozialmedizin in Porter's Artikel „The Decline of Social Medicine in Britain in the 1960s“.³⁹⁸

Aus dem Schriftwechsel mit dem Hessischen Kultusministerium wird deutlich, dass Pflanz die Errichtung eines selbständigen Institutes für Sozialmedizin für notwendig erachtete, in das die Aufgaben der bisherigen Abteilung für Medizinische Statistik, Dokumentation und Epidemiologie eingegliedert werden sollten. Dem Wunsch von Pflanz und dem Entschluss der Fakultät vom 16.12.1965 folgend, stellte Dekan Dost am 18.12.1965 den Antrag auf Errichtung eines Instituts für Sozialmedizin. Eine sachliche Begründung geht aus dem Schreiben nicht hervor.³⁹⁹

Mit Wirkung vom 23. März 1966 wurde Pflanz zum außerordentlichen Professor ernannt und auf den außerordentlichen Lehrstuhl für Sozialmedizin an der Justus-Liebig-Universität in Gießen berufen.⁴⁰⁰ Zudem wurde Pflanz zum Direktor des Instituts für Sozialmedizin bestellt.⁴⁰¹

³⁹⁶ UAG Dekanat Humanmedizin Sitzungsprotokolle 1965-1966. Protokoll der Sitzung vom 13.05.1965.

³⁹⁷ UAG Berufungen, 4. Lieferung, Pflanz. Schreiben des Dekan Dost an den Hessischen Kultusminister vom 28.05.1965.

³⁹⁸ Vgl. Porter 1997, S. 112.

³⁹⁹ UAG Dekanat Humanmedizin, Pflanz. Schreiben des Dekan Dost an den Hess. Kultusminister vom 18.12.1965.

⁴⁰⁰ UAG Berufungen, 4. Lieferung, Pflanz. Abschrift Ernennungsurkunde.

⁴⁰¹ UAG Berufungen, 4. Lieferung, Pflanz. Schreiben des Hess. Kultusministers an Pflanz vom 04.04.1966.

Auf der Fakultätssitzung im Juni 1966 wurde beschlossen, die Umwandlung des Extraordinariates für Sozialmedizin in ein Ordinariat zu beantragen; die Herren Uexküll und Richter wurden mit der Erarbeitung eines Exposés beauftragt.⁴⁰² Dieser Vorschlag steht wohl im Zusammenhang mit einem erwarteten Ruf von Pflanz nach Hannover, wie aus einem Schreiben des Dekan Cremer an den Hessischen Kultusminister hervorgeht.⁴⁰³

In der Antragsbegründung heben Uexküll und Richter die Bedeutung der Sozialmedizin hervor. Dies zeige sich unter anderem an der Einführung des Fachgebiets als Pflicht- und Prüfungsfach in der Schweiz, England, den Niederlanden, Dänemark, Schweden und Norwegen. Die Autoren konstatieren, dass sich die Sozialmedizin zahlreicher Zweige der Medizin angenommen habe, „die bisher in der Forschung und Lehre vernachlässigt wurden, die aber besonders durch die Weltgesundheitsorganisation mehr und mehr in den Vordergrund gestellt werden, wie die präventive Medizin, die Epidemiologie, die gemeindebezogene Medizin (Community Medicine), die Planung des Gesundheitswesens, die ökonomischen Aspekte der Gesundheitspflege, die medizinische Soziologie und der öffentliche Gesundheitsdienst (public health).“⁴⁰⁴ Richter und Uexküll legen dar, dass sich manche Fächer, wie die Medizinische Statistik und Dokumentation oder die Angewandte Epidemiologie durch eigene Ordinariate von der Sozialmedizin abspalten würden. Sie erwarten für die Bundesrepublik jedoch nicht, dass sich wie in anderen Ländern auch die Gebiete „Präventivmedizin, medizinische Soziologie, medizinische Ökonomik, öffentliches Gesundheitswesen (Public Health) und Gesundheitserziehung“ selbstständig institutionalisieren.⁴⁰⁵ Dies erstaunt insofern, als dass die Medizinische Soziologie als eigenständige Disziplin im Jahr 1970 in den Fächerkanon der medizinischen Ausbildung aufgenommen wird. Die Etablierung von Public Health, da behalten Uexküll und Richter recht, erfolgt in Deutschland tatsächlich erst rund 25 Jahre später.⁴⁰⁶

Im Juli 1966 erhält Pflanz den Ruf auf den neu geschaffenen ordentlichen Lehrstuhl für Epidemiologie und Sozialmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover.⁴⁰⁷ Über

⁴⁰² UAG Dekanat Humanmedizin Sitzungsprotokolle 1965-1966. Protokoll der Sitzung vom 13.06.1966.

⁴⁰³ UAG Dekanat Humanmedizin, Pflanz. Schreiben des Dekan an den Hess. Kultusminister vom 27.05.1966.

⁴⁰⁴ UAG Dekanat Humanmedizin, Pflanz. Exposé zum Antrag auf Umwandlung des Extraordinariates für Sozialmedizin in ein planmäßiges Ordinariat.

⁴⁰⁵ UAG Dekanat Humanmedizin, Pflanz. Exposé zum Antrag auf Umwandlung des Extraordinariates für Sozialmedizin in ein planmäßiges Ordinariat.

⁴⁰⁶ Vgl. Walter 1995, S. 6–7.

⁴⁰⁷ UAG Dekanat Humanmedizin, Pflanz. Schreiben von Pflanz an den Dekan vom 14.07.1966
Im vorliegenden Schriftverkehr wird z.T. von einem „Lehrstuhl für Epidemiologie und Sozialhygiene“ gesprochen. Um begriffliche Verwirrung zu vermeiden, wurde in dieser Arbeit

die sich anschließenden Bleibeverhandlungen in Gießen sind keine Dokumente übermittelt. Aus einem Schreiben von Pflanz an den Dekan geht hervor, dass ein nicht näher beschriebener Erlass des Kultusministers im November 1966 für Unmut gesorgt habe. Für sein Institut hätten sich aber durch nicht-erfüllte Berufungszusagen keine nennenswerten Schwierigkeiten ergeben. Pflanz betont, dass Kommunikationsschwierigkeiten zwischen dem Kultusministerium und seinem Institut weit gravierender für den Aufbau seines Institutes gewesen seien und somit für seine Entscheidung, ob er Gießen verlassen werde, schwerer ins Gewicht fallen würden.⁴⁰⁸

Ein weiterer Umstand, der mutmaßlich zur Entscheidung von Pflanz beitrug war, dass sein Lehrvater Thure von Uexküll zur selben Zeit einem Ruf an die Hochschule in Ulm folgte.⁴⁰⁹

Mit Schreiben vom 1. Februar 1967 teilt Pflanz dem Dekan mit, dass er den Ruf auf den Ordentlichen Lehrstuhl für Epidemiologie und Sozialmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) angenommen habe.⁴¹⁰ Seinen Lehrverpflichtungen in Gießen werde er noch bis zum Ende des Sommersemesters 1967 nachkommen.⁴¹¹

4.4.1 Die Sozialmedizin an der JLU nach dem Weggang von Pflanz

Fast drei Jahrzehnte, von 1976 bis 2004, prägte der Arbeitsmediziner Prof. Dr. Hans-Joachim Weitowitz (*1935) als Leiter das Institut und die Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Gießen und definierte in seiner Verantwortung nicht nur wissenschaftliche Standards, sondern setzte auch wegweisende Impulse als kompetenter Politikberater zur Weiterentwicklung der Arbeitsmedizin und der Arbeitssicherheit. In dem Beitrag „Arbeits- und Sozialmedizin“ blickt Weitowitz 1982 auf die Entwicklung des Institutes und der Poliklinik an der Justus-Liebig-Universität (JLU) in Gießen zurück. Er datiert den Beginn der Sozialmedizin in Gießen auf das Jahr 1965 und die Berufung von Pflanz auf das Extraordinariat für Sozialmedizin. Nachdem Pflanz 1966 den Ruf nach Hannover angenommen habe, wäre es nicht gelungen, eine qualifizierte Besetzung für die für Pflanz geschaffene C4 Professur zu finden. Im Jahr 1968 sei dann der Grundstein zur Schaffung eines Lehrstuhles und eines Institutes für Arbeitsmedizin gelegt worden. Im gleichen Jahr folgte Prof. Dr. Dr. Joseph Rutenfranz

unabhängig von der Schreibweise im jeweiligen Schriftstück die Bezeichnung „Lehrstuhl für Epidemiologie und Sozialmedizin“, wie es in der Berufungsvereinbarung heißt, gewählt.

⁴⁰⁸ UAG Dekanat Humanmedizin, Pflanz. Schreiben von Pflanz an den Dekan vom 24.01.1967.

⁴⁰⁹ UAG Dekanat Humanmedizin Sitzungsprotokolle 1966-1967. Protokoll der Sitzung vom 20.02.1967.

⁴¹⁰ Mit Wirkung vom 14.11.1967 wurde Pflanz zudem zum Direktor des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin an der MHH ernannt. Arch MHH P 6 Nr. 3 Berufung Prof. Pflanz. Schreiben des Niedersächsischen Kultusministers an Pflanz vom 29.11.1967.

⁴¹¹ UAG Dekanat Humanmedizin, Pflanz. Schreiben von Pflanz an den Dekan vom 01.02.1967.

aus Dortmund diesem Ruf.⁴¹² Mit Blick auf die Einführung von Arbeitsmedizin und Sozialmedizin als eigenständige Fächer in die neue Approbations- und Prüfungsordnung im Jahr 1970 bezeichnet Weitowitz dies als weitblickend. 1969 habe man die Vorlesungen in den Institutionsräumen am Kugelberg aufgenommen. Die Strahlkraft des Instituts habe sich bereits 1970 gezeigt, als das erste „Arbeitswissenschaftliche Kolloquium“ der hessischen Lehrstühle in Marburg, Darmstadt und Gießen an der JLU stattfand. Auch die 10. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin sei in Gießen organisiert worden.⁴¹³ Rutenfranz folgte 1971 dem Ruf an das Institut für Arbeitsphysiologie an der Universität in Dortmund. Weitowitz findet es bemerkenswert, dass bei den Bleibeverhandlungen die Raumnot in Gießen entscheidend gewesen sei. Gleichzeitig würden 50 wissenschaftliche Veröffentlichungen Zeugnis ablegen „für die fruchtbare erste Entwicklungsphase 1969 bis 1972 des Faches Arbeitsmedizin an unserer Alma mater“.⁴¹⁴ Bis Weitowitz 1973 dem Ruf auf die ausgeschriebene Professur (C4) für Arbeitsmedizin folgte, wurde das Institut für Arbeitsmedizin in das neue Medizinische Zentrum für Ökologie eingegliedert. Weitowitz kam als Schüler des profilierten Arbeitsmediziners Prof. Dr. Helmut Valentin aus Erlangen.⁴¹⁵ Weitowitz studierte Humanmedizin in Marburg und Köln, wo er 1961 promovierte. 1971 habilitierte er für Arbeits- und Sozialmedizin und wurde Privatdozent an der Universität Erlangen-Nürnberg.⁴¹⁶

Bis 1975 konnten, so Weitowitz, in Gießen die Institutsräume und eine poliklinische Bettenstation in einem Neubau am Aulweg funktionsfähig fertiggestellt werden. Die Lehrverpflichtungen seien zum WS 1974/75 aufgenommen worden, die Erfüllung der Lehrverpflichtungen im Fach Sozialmedizin hätten sich „als ebenso schwierig wie dringlich“ gestaltet.⁴¹⁷ Weitowitz konstatiert, dass „nach dem Beispiel anderer Universitäten [...] die gemeinsame Institutionalisierung der Fächer Arbeits- und Sozialmedizin als geeignetste Lösung“ erschien.⁴¹⁸ Die sozialmedizinischen Lehrverpflichtungen seien ab 1976 durch die Vergabe von Lehraufträge an den Amtsarzt

⁴¹² Prof. Dr. med. Dr. phil. Joseph Rutenfranz (1928-1989) . Studium der Medizin sowie der Psychologie und Pädagogik an der Universität Münster und München. Ordentlicher Professor für Arbeitsmedizin der Universität Gießen 1968-1972 und von 1972-1989 ordentlicher Professor für Arbeitsphysiologie an der Universität Dortmund.

⁴¹³ Vgl. Weitowitz 1982, S. 53–54.

⁴¹⁴ Weitowitz 1982, S. 54.

⁴¹⁵ Prof. Dr. Helmut Valentin (1919-2008) gilt als Pionier der Arbeitsmedizin. Er hatte von 1965 bis zu seiner Emeritierung 1989 den ersten ordentlichen Lehrstuhl für Arbeits- und Sozialmedizin der Bundesrepublik Deutschland in Erlangen inne. Als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin setzte er Maßstäbe in der arbeitsmedizinischen Forschung und Lehre. Vgl. Lehnert 2008.

⁴¹⁶ Vgl. Deutsches Ärzteblatt 2013.

⁴¹⁷ Weitowitz 1982, S. 54.

⁴¹⁸ ebd.

Dr. Hans Fornfeist und den Chefarzt Dr. Wolfgang Koenig aus Bad Nauheim abgedeckt worden.⁴¹⁹ Die offizielle Erweiterung zu einer Professur für Arbeits- und Sozialmedizin erfolgte am 1. April 1976. Woitowitz' Auflistung langfristiger Forschungsprojekte zeigt, dass der Schwerpunkt des Institutes im Bereich der Arbeitsmedizin, insbesondere der Asbestforschung und Berufssicherheit lag, sozialmedizinische Themen oder eine Anknüpfung an Pflanz Forschungsarbeit in Gießen finden sich nicht.⁴²⁰ 1979 sei eine zweite Professur (C3) für Arbeits- und Sozialmedizin mit dem Schwerpunkt Sozialmedizin ausgeschrieben worden, Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schmahl⁴²¹ aus Tübingen lehnte den an ihn ergangenen Ruf 1981 ab.⁴²² Schmahl hätte aufgrund seiner wissenschaftliche Ausrichtung und seinen internationalen Erfahrungen für die Sozialmedizin in Gießen sicherlich einen wichtigen Beitrag geleistet..

Im Februar 1981 lehnte Woitowitz einen Ruf nach Köln ab. Die offizielle Bezeichnung der Abteilung lautete nun „Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin“, die initiierten längerfristigen Forschungsprojekte blieben jedoch auf arbeitsmedizinische Fragestellungen beschränkt.⁴²³ Die in Erlangen begonnenen wissenschaftlichen Untersuchungen über die krebserzeugenden Risiken von Asbest intensivierte Woitowitz „durch seine Aktivitäten bei der Risikobeurteilung allgemeiner krebserzeugender Prinzipien und deren Einstufung in der Arbeitswelt und Umwelt. [...] Weitere wissenschaftliche Schwerpunkte beinhalten die Kausalanalyse industrieller Latenzschäden, obstruktive Atemwegserkrankungen durch allergisierende oder chemisch irritative Gefahrstoffe, die sozial- und arbeitsmedizinische Epidemiologie und Begutachterkunde.“⁴²⁴ So fasst Joachim Schneider, Leiter des Institutes und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der JLU in einer Laudatio zum 80. Geburtstag die Forschungsschwerpunkte von Woitowitz zusammen. Wegen seiner vielfältigen Aufgaben und Ämter in Gremien und Ausschüssen über drei Jahrzehnte hinweg, habe Woitowitz zum nationalen und internationalen Renommee des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin beigetragen. Schneider führt an, dass etwa 50 Kolleginnen und Kollegen „die arbeitsmedizinische und zum Teil auch sozialmedizinische Weiterbildung absolviert“ hätten „und damit die Anerkennung als Fachärztin/Facharzt für Arbeitsmedizin bzw. die

⁴¹⁹ Inwieweit diese Lehrkräfte eine sozialmedizinische Ausbildung absolvierten, bleibt offen.

⁴²⁰ Vgl. Woitowitz 1982, S. 54–55.

⁴²¹ Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schmahl (1936-2015) promovierte 1961 bei Hans Schaefer und habilitierte 1972 in Gießen im Fach Innere Medizin. 1979 berief die Universität Tübingen Prof. Schmahl auf den Lehrstuhl für Sozialmedizin des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin. Von 1981 bis 2006 stand er dem Institut als Direktor vor. Aus seiner Zeit als Gastprofessor im Fach Sozialmedizin in den USA (Harvard Medical School) brachte er wesentliche Impulse für seine spätere wissenschaftliche Tätigkeit im Bereich der Sozialmedizin sowie Arbeits- und Umweltmedizin mit. Vgl. Rieger; Drexler; Hildenbrand 2016.

⁴²² Vgl. Woitowitz 1982, S. 55.

⁴²³ Vgl. ebd.

⁴²⁴ Schneider, J. 2015, S. 299.

Zusatzbezeichnung Sozialmedizin erworben“ hätten.⁴²⁵ Kennzeichnend an diesem Zitat ist auch, dass die Sozialmedizin gegenüber der Arbeitsmedizin in Gießen nachgeordnet war. Es ist sicher berechtigt zu hinterfragen, welche Qualifikation Voitowitz mitbrachte, um dieses eigenständige und von der Arbeitsmedizin abgegrenzte Fach mitzuvertreten.⁴²⁶

Im Jahre 1988 fasst der Vorstand der DGSM zum Thema „Sozialmedizin als Lehrfach an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland“ zusammen: „An den Hochschulen und Universitäten der BRD wird das Fach „Sozialmedizin“ überwiegend von Dozenten aus den unterschiedlichsten medizinischen Teilgebieten gelehrt. Dies führt zu einer großen Themenvielfalt und zu einer unterschiedlichen Schwerpunktsetzung, die den Studenten die Orientierung erschwert.“⁴²⁷ Dabei werde das Ziel verfehlt, „das Konzept der Sozialmedizin zu vermitteln und es deutlich gegen die anderen Fächer abzugrenzen. Gleichzeitig muss jedoch die durch das Gesamtkonzept der Sozialmedizin begründete Verbindung zu den ‚klassischen‘ Fächern hergestellt, aufrechterhalten und intensiviert werden.“⁴²⁸

Die Autoren konstatieren, dass der „Bestand an Dozenten mit breitem sozialmedizinischem Wissen noch völlig unzureichend“ sei.⁴²⁹ Sie fordern eigenständige, sozialmedizinische Abteilungen, so dass die Vertretung der Sozialmedizin in Forschung und Lehre „durch einen qualifizierten, hauptamtlichen Sozialmediziner“ gesichert sei. Die verbreitete Verbindung von Sozialmedizin mit der Arbeitsmedizin oder Medizinischen Soziologie sei „nur als Interimslösung akzeptabel“, da „meist eines der beiden Fächer inadäquat vertreten“ werde. Auch die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ wird als alleinige Qualifikation als unzureichend bezeichnet.⁴³⁰ Diesen Befund von 1988 kann man sicher uneingeschränkt auf die Situation der Sozialmedizin in den 70er Jahren beziehen. Was Voitowitz als „geeignetste Lösung“ bezeichnet ging eindeutig zu Lasten der Sozialmedizin. Die für die Sozialmedizin grundlegenden theoretischen und methodischen Kompetenzen der Epidemiologie und der medizinischen Soziologie sind auf den ersten Blick nicht zu erkennen. Dies möge nicht als abwertendes Urteil über das Institut verstanden werden, aber unter den gegebenen institutionellen und personellen Bedingungen war nicht mehr zu leisten. Die Ursachen dafür liegen meines Erachtens zum einen in der starken Persönlichkeit und der arbeitsmedizinischen Profilierung von Voitowitz, aber vor allem an der geringen Zahl an qualifizierten wissenschaftlichen

⁴²⁵ Vgl. Schneider, J. 2015, S. 300.

⁴²⁶ Vgl. Schagen 2005, S. 8–9.

⁴²⁷ Griefahn; Brennecke; Schwartz et al. 1988, S. 59.

⁴²⁸ Griefahn; Brennecke; Schwartz et al. 1988, S. 56.

⁴²⁹ Griefahn; Brennecke; Schwartz et al. 1988, S. 57.

⁴³⁰ Vgl. ebd.

Nachwuchskräften. Es schließt sich der Kreis, wenn man bedenkt, dass das festgestellte geringe Interesse von Studierenden sicher auch im Zusammenhang zur Expertise, der Qualität und der Begeisterungsfähigkeit der sozialmedizinischen Lehrveranstaltungen stand.

4.5 Von den Planungen bis zur Eröffnung des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover

Bevor auf das Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin eingegangen wird, soll kurz die Geschichte der Medizinischen Hochschule Hannover dargestellt werden. Durch die Annahme seines Rufes an die Reformuniversität in Hannover bezeugte Pflanz seinen Willen, an der Erneuerung der medizinischen Ausbildung in der Bundesrepublik mitzuwirken.

Im Juni 1961 empfahl der Wissenschaftsrat angesichts eines eklatanten Ärztemangels, die Gründung von sieben medizinischen Akademien in Westdeutschland. Diese Empfehlung sei in Hannover auf große Resonanz gestoßen, die Umsetzung der Idee sei mit hohem Tempo betrieben worden. Noch Ende Juni 1961 verlautete das Landesministerium sein Einverständnis mit der Errichtung einer medizinischen Akademie in Hannover und bereits im Juli fand ein erstes Treffen im Kultusministerium mit Vertretern von Stadt und Land statt. Im September 1961 erfolgte eine Einigung über die Zusammensetzung des Gründungsausschusses, der im Dezember 1961 erstmals zusammentrat.⁴³¹ Schon Anfang 1962 hatte man sich für den Roderbruch im Stadtteil Groß-Buchholz als Standort der neuen Hochschule entschieden. Der Lehrbetrieb konnte am 22.04.1965 zunächst im Oststadtkrankenhaus aufgenommen werden.⁴³²

Die prägenden Persönlichkeiten der Gründung waren Rudolf Schoen⁴³³ und Fritz Hartmann⁴³⁴. Beide waren Mitglied des seit 1961 tagenden Gründungsausschusses für eine medizinische Akademie in Hannover; Rudolf Schoen wurde 1965 zum Gründungsrektor der MHH ernannt. Hartmann folgte ihm von 1967-1969 als erster ordentlicher Rektor der Medizinischen Hochschule in dem gemeinsamen Anliegen einer

⁴³¹ Vgl. Zorn 2015, S. 10–11.

⁴³² Vgl. Lohff 2005.

⁴³³ Rudolf Schoen (1892-1979) war Professor für Innere Medizin, zunächst in Leipzig (ab 1931) und von 1939-1961 an der Universität Göttingen. 1945 wurde Schoen Dekan der Medizinischen Fakultät, von 1959-1960 war er Rektor der Universität Göttingen. Schoen war Mitglied der Klinischen Kommission des Wissenschaftsrates in den 1950er Jahren. Vgl. Klee 2011, S. 555., Hundeshagen 1979, S. 1–2.

⁴³⁴ Fritz Hartmann (1920-2007) war Professor für Innere Medizin, zunächst von 1956-1965 an der Universität Marburg. 1965 folgte er dem Ruf nach Hannover und leitete bis zu seiner Emeritierung 1988 die Abteilung für Innere Medizin. Hartmann promovierte bei Schoen an der Göttinger Universität und habilitierte dort im Jahr 1950. Die Gründung des Instituts für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin an der MHH im Jahr 1988 geht auf sein jahrelanges Engagement zurück. Vgl. Zeidler; Manns 2007, MHHinfo 2014.

Reform der veralteten Ausbildungsstrukturen. Schoen hatte im Jahr 1954 gemeinsam mit Hans Schaefer die Denkschrift „Probleme der Medizinischen Universitätsausbildung“ verfasst, in der sie ihre Erkenntnisse aus einer Studienreise durch die USA darlegen.⁴³⁵

Der Reformwille zielte dabei auf eine wirklichkeitsnahe und krankenorientierte Ausbildung der Studierenden. Neu ist insbesondere die Gliederung der medizinischen Fakultät, die sich im Gegensatz zu den traditionsreichen Universitäten an der in den USA üblichen Department-Struktur orientiert. Dabei sind die einzelnen Abteilungen und Institute Zentren zugeordnet, die wiederum in Sektionen zusammengefasst sind. Die neue Organisationsstruktur fußt auch auf einem Mitspracherecht für Personal und Studierende, die von Beginn an im Senat vertreten waren.⁴³⁶

Am 17. Mai 1965 wurde die Medizinische Hochschule Hannover feierlich eröffnet. In seiner Rede legte Schoen die grundlegenden Prinzipien der Studienreform in Hannover dar:

„Medizinische Ausbildung und Erziehung zum Arzt sind zwei verschiedene, aber eng verflochtene Aufgaben, die uns anvertraut sind. Selbstverständlich sollen die wissenschaftlichen und praktischen Grundlagen des ärztlichen Berufs in bester Form geboten werden. Hier neue Wege zu gehen, ist unsere feste Absicht. Sie hörten schon vom Unterricht in kleinen Gruppen, der stärkeren Betonung der praktischen Ausbildung am Krankenbett, in den Polikliniken und Laboratorien, im individuellen Unterricht zu gegenseitiger Zusammenarbeit aller Beteiligten. [...] Vor allem sollen die großen Zusammenhänge herausgearbeitet werden, damit sich der Student nicht in nebensächlichen Details verliert. [...] Eine funktionelle Betrachtungsweise kommt demnach dieser Forderung am nächsten und sollte gegenüber der früher beherrschenden Morphologie, deren Bedeutung nicht zu leugnen ist, stärker in den Vordergrund treten. [...]

Die wesentliche Grundlage der ärztlichen Erziehung ist, daß das ganze Studium auf den *Menschen* als Mittelpunkt und Ziel gerichtet ist, den Menschen in seinem somatischen und psychischen Verhalten und seiner sozialen Umwelt, und daß der Student nicht in vornehmer Anonymität sich Vorlesungen anhört, sondern sich ständig im kleinen Kreis bewähren muß – „learning by doing“⁴³⁷

Nachdem ein Eindruck von der neuen Medizinischen Hochschule Hannover vermittelt wurde, soll nun auf die Entwicklung des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin eingegangen werden.

Bereits im Juni 1966 wandte sich der Gründungsrektor Prof. Schoen mit der Bitte an den Niedersächsischen Kultusminister, „den unico loco benannten Professor Dr. Manfred

⁴³⁵ Schaefer; Schoen 1954a.

⁴³⁶ Vgl. Zorn 2015, S. 10–11.

⁴³⁷ Schoen 1965, S. 27–29.

Pflanz für Hannover zu gewinnen. Sollte das nicht gelingen, wird zunächst der Lehrstuhl offen bleiben [...] müssen.“ Für Schoen ist der neu geschaffene ordentliche Lehrstuhl „ein wichtiges Teilstück der geplanten Umgebungsforschung und medizinischen Soziologie“. Eine personelle Alternative scheint es für Schoen nicht gegeben zu haben.⁴³⁸

Ausschlussreich ist der 15 Seiten umfassende „Entwurf der Aufgaben und der Organisation eines Institutes für Epidemiologie und Sozialmedizin“. Die Skizze ist weder datiert, noch unterzeichnet; aus dem Text geht jedoch hervor, dass es sich um einen von Pflanz im Rahmen der Berufungsverhandlungen entworfenen Plan für sein zukünftiges Institut handelt. Die wesentlichen Punkte seiner Vorstellungen sollen im Folgenden skizziert werden.

Zunächst gibt Pflanz eine Begriffsbestimmung der Epidemiologie und Sozialmedizin. Da dies als Grundlage seiner Arbeit in Hannover angesehen werden kann, sollen die Definitionen hier eingefügt werden.

„Die Epidemiologie befaßt sich mit der Feststellung von Häufigkeit und Verteilung der Krankheiten oder anderer medizinisch wichtiger Tatbestände, insbesondere in ihrer Abhängigkeit von materiellen, psychologischen oder sozialen Faktoren. Die Epidemiologie muß daher Methoden entwickeln, um a) eine entsprechende Bevölkerung zur Untersuchung auszuwählen, b) Krankheiten und andere medizinische Tatbestände (z.B. Blutdruck, Beschwerden, Arbeitsunfähigkeit) möglichst exakt festzustellen, c) die ursächlich wichtigen Variablen zu definieren und zu erfassen und d) auf statistischem Wege den Zusammenhang zwischen medizinischen und nicht medizinischen Variablen mathematisch darzustellen.

Diese in der Epidemiologie erhaltenen Resultate dienen dazu, die Ursachen von Krankheiten zu ergründen, die Bedeutung der Krankheiten für die Bevölkerung festzustellen und zahlenmäßige Unterlagen für die Gesundheitspolitik und -organisation zu erarbeiten. Die angewandte Epidemiologie versucht, die in der Forschung gewonnenen Erkenntnisse auch für die Prävention (Vorbeugung sowie Früherkennung) von Krankheiten nutzbar zu machen.“⁴³⁹

Der Begriff Sozialmedizin ist nach Pflanz weniger genau definiert. Als überholt betrachtet er die Einengung auf die Versicherungs- und Begutachtungsmedizin oder auf staatsmedizinische Einrichtungen, auch der Terminus „Sozialhygiene“ sei veraltet und zudem politisch vorbelastet. Pflanz orientiert sich am Begriff der „Sozialmedizin in einem modernen Sinne“, wie er auch in England, Holland und Skandinavien angewandt werde:

⁴³⁸ Arch MHH P 6 Nr. 3 Berufung Prof. Pflanz. Schreiben von Prof. Schoen an den Niedersächs. Kultusminister vom 22.06.1966.

⁴³⁹ Arch MHH P 6 Nr. 3 Berufung Prof. Pflanz. Entwurf der Aufgaben und der Organisation eines Institutes für Epidemiologie und Sozialmedizin.

„Neben den genannten Aufgabenbereichen der Epidemiologie gehören dort [Anm.: in England, Holland und Skandinavien] dazu Gesundheitsdienst, Gesundheitsfürsorge, Ergründung der Zusammenhänge zwischen gesellschaftlichen Bedingungen und Krankheit, Theorie und Praxis der Sozialfürsorge im medizinischen Sektor, soziologische Aspekte des Krankenhauses, der Praxis und des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Medizin-Soziologie), Gesundheits-erziehung, sozialmedizinische Aufgaben des praktischen Arztes.“⁴⁴⁰

Pflanz stellt heraus, dass sich zwar in gewissem Ausmaß Epidemiologie ohne Sozialmedizin betreiben lasse, Sozialmedizin aber nicht ohne Epidemiologie. Die beiden Fächer seien als solche „theoretische, jedoch empirisch ausgerichtete Fächer“. Bemerkenswert ist zudem, dass Pflanz die Medizin-Soziologie als Teilaspekt der Sozialmedizin einordnet. Auch die Lehre der Medizin-Soziologie gehört für Pflanz zu den Aufgabenbereichen des neuen Institutes. Dies kann wohl schon als Vorbereitung auf die 1974 errichtete Abteilung für Medizinische Soziologie gesehen werden. Für Pflanz sei ein Hochschulinstitut nicht für die Durchführung praktischer Aufgaben der Gesundheitsfürsorge, Prävention, Gesundheitserziehung oder Beratung zuständig. Neben den theoretischen Aufgaben sieht Pflanz die Aufgaben der Lehre als zentral an. Erwünscht sei im Rahmen des Studienplanes die Vermittlung von Kenntnissen der Epidemiologie und Sozialmedizin. Dies solle zum Teil in eigenen Vorlesungen und Übungen erfolgen, aber insbesondere als Beteiligung an Gemeinschaftsvorlesungen. Ein wesentlicher Teil der Lehre sei „eine spezielle Weiterbildung („postgraduate training“) für Personen, die im Auftrage von Gesundheitsbehörden oder Einrichtungen der Sozialversicherung epidemiologische oder sozialmedizinische Programme durchzuführen haben“. Zudem solle bis zur Etablierung der Allgemeinpraxis als eigenständiges Lehrfach die Mitarbeit von Studierenden bei praktischen Ärzten angeboten und betreut werden – „denn gerade in der Allgemeinpraxis zeigen sich die wichtigsten sozialmedizinischen Probleme“. Aufgabe der Sozialmedizin sei es in diesem Kontext auch, geeignete Maßnahmen vorzuschlagen, die bei dem zu beobachtenden Mangel in der Versorgung der Landbevölkerung eine ausreichende Betreuung durch Praktische Ärzte gewährleisten können.⁴⁴¹ Pflanz betont insbesondere die Verantwortung der westlichen Medizin für die Entwicklungsländer und die hervorgehobene Rolle von Epidemiologie und Sozialmedizin. Die bereits in Gießen begonnene epidemiologische Forschung in Entwicklungsländern solle fortgesetzt werden. Pflanz plädiert ergänzend für die Ausdehnung der Lehre auf eine Patenuniversität eines Entwicklungslandes; er denke hier an die Ausbildung

⁴⁴⁰ Arch MHH P 6 Nr. 3 Berufung Prof. Pflanz. Entwurf der Aufgaben und der Organisation eines Institutes für Epidemiologie und Sozialmedizin.

⁴⁴¹ ebd.

medizinischer Lehrer oder die Entsendung von Gastdozenten. Pflanz schlägt weiterhin die Einrichtung eines Gesundheitszentrums in einem Entwicklungsland vor, das neben der Versorgung der Bevölkerung auch zu wissenschaftlichen Zwecken und der sozialmedizinischen Ausbildung von Studierenden genutzt werden könnte. Er gibt die politische Wirkkraft eines solchen Zentrums zu bedenken⁴⁴²

Pflanz geht zudem auf die spezielle Situation an der Medizinischen Hochschule Hannover ein. Entsprechend dem Lehrprogramm käme dem Institut „eine dreifache Aufgabe zu: a) Beteiligung an allgemeinen Vorlesungen (z.B. Medizin-Soziologie), b) Beteiligung an der Lehre von Grundlagenwissenschaften, c) Beteiligung an der Lehre in der Klinik.“ In dieser Hinsicht käme der Sozialmedizin eine besondere Bedeutung bei der Koordination des geplanten Institutes für Öffentliche Gesundheitspflege zu, deren Organisation durch den Lehrstuhl für Epidemiologie und Sozialmedizin vorgesehen sei. Da die Hochschule sich nicht in dem Maße von der Stadtgemeinschaft, dem Land Niedersachsen und dem Bund zu isolieren beabsichtige, wie es bei den Universitätsinstituten in der Bundesrepublik der Fall sei, ergebe sich in der Konsequenz eine starke Zusammenarbeit des Institutes mit Einrichtungen der Stadt und des Landes, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Sozialversicherung, der Kassenärztlichen Vereinigung und der ärztlichen Berufsverbände in Bezug auf Planungsaufgaben des Gesundheitswesens. Das Institut an der MHH spiele auch innerhalb des Klinikums eine entscheidende Rolle. Pflanz sieht hier Aufgabenbereiche bei der Planung und Organisation der Dokumentation, den poliklinischen Diensten, „kurz bei allen anderen Aufgaben, die durch Medizin-Soziologie und Verfahrensforschung (Operations Research) zu lösen sind.“ Die Verfahrensforschung befasse sich mit der „Planung von Krankenhäusern, Polikliniken und Gesundheitsdiensten, hierbei auch mit Einzelheiten wie der Versorgung mit Blutkonserven, mit der Planung der Bettenzentrale und -verteilung, mit dem Warteproblem in der Poliklinik“.⁴⁴³

Pflanz votiert zudem für ein Engagement der Medizinischen Hochschule in Fragen der Ausbildungsforschung in der Medizin, also der Erforschung der Auswahl von Studierenden und Dozierenden, der Durchführung und Planung des Unterrichts, der Examina und der praktischen Ausbildung.⁴⁴⁴ Ein solcher Schwerpunkt wurde auch in der medizinischen Fakultät in Gießen im Rahmen der Suche nach einem Nachfolger auf den Lehrstuhl für Sozialmedizin und vor dem Hintergrund der Studienreform diskutiert, von

⁴⁴² Arch MHH P 6 Nr. 3 Berufung Prof. Pflanz. Entwurf der Aufgaben und der Organisation eines Institutes für Epidemiologie und Sozialmedizin.

⁴⁴³ ebd.

⁴⁴⁴ ebd.

den Fakultätsmitgliedern jedoch mehrheitlich abgelehnt. Auf dieser Sitzung war auch Pflanz anwesend.⁴⁴⁵

Für Pflanz folgt aus dieser Vielzahl der Aufgabenfelder, dass in dem geplanten Institut Wissenschaftler aus verschiedenen Fachbereichen zusammenarbeiten müssen. Neben Medizinern nennt Pflanz hier Soziologen, Sozialpsychologen, Wirtschaftswissenschaftler, Psychologen, Fachleute für Verfahrensforschung, Mathematiker, mathematische Statistiker, Kulturanthropologen und Juristen, bzw. Verwaltungsfachleute. Er betont zudem die Notwendigkeit von Hilfskräften, um wissenschaftliche Mitarbeiter von delegierbaren Aufgaben zu entlasten. Er nennt hier als Beispiele die Durchführung von Interviews, Rechnungen oder Erhebungen. Pflanz hält zusätzlich einen vielseitigen „Organisationsleiter“ für notwendig, der Interviewer oder Verschlüsselungspersonal anlernen könne, Außenkontakte aufrechterhalten und redaktionelle Aufgaben übernehmen könne oder auch die Auswahl einer Bevölkerungsstichprobe selbstständig planen und durchführen könne. Da in dem geplanten Institut unmöglich alle für die Sozialmedizin wichtigen Spezialisten vertreten sein können, müsse es unbürokratisch möglich sein, Aufträge an institutsfremde Wissenschaftler zu vergeben. Die Methodik der Epidemiologie und Sozialmedizin bringe es mit sich, dass zwar kein eigenes Laboratorium benötigt werde, die Personalkosten aber vergleichsweise hoch ausfallen. Nach Pflanz solle dies berücksichtigt und so ermöglicht werden, dass kleinere und mittlere Projekte auch ohne die zeitaufwändige Beschaffung von Drittmitteln möglich seien.⁴⁴⁶

Für die Personalplanung bis zur Fertigstellung des endgültigen Gebäudes für das Institut für Öffentliche Gesundheitspflege, meldet Pflanz den Bedarf von insgesamt zehn Stellen an: zwei ständig anwesende wissenschaftliche Assistenten, zwei wissenschaftliche Assistenten, die zunächst nicht im Institut arbeiten, ein akademischer Oberrat, eine Sekretärin, eine Schreibkraft, eine Dokumentations-Assistentin, ein Interviewer und ein Organisationsleiter.⁴⁴⁷

Der Entwurf für sein zukünftiges Institut skizziert ein breit aufgestelltes und auf den Gebieten Epidemiologie und Sozialmedizin gleichberechtigt tätiges Institut, das auch als Modell für vergleichbare Abteilungen innerhalb der Bundesrepublik und über die Grenzen hinaus angesehen werden kann.

Der Berufungsvereinbarung ist zu entnehmen, dass den Wünschen von Pflanz hier nicht vollständig entsprochen wurde. Neben der Professur von Pflanz ist zwar ein

⁴⁴⁵ UAG Dekanat Humanmedizin Sitzungsprotokolle SS 1967. Protokoll der Sitzung vom 03.07.1967.

⁴⁴⁶ Arch MHH P 6 Nr. 3 Berufung Prof. Pflanz. Entwurf der Aufgaben und der Organisation eines Institutes für Epidemiologie und Soziamedizin.

⁴⁴⁷ ebd.

Oberassistent, zwei medizinisch-technische Assistentinnen, zwei Kanzleiangestellte sowie eine nicht weiter definierte Stelle vorgesehen, es wurden aber nur drei Stellen für wissenschaftliche Assistenten bewilligt. Interessant in der Berufungsvereinbarung scheint auch, dass sich das Kultusministerium dafür einsetzen wolle, die von Pflanz in Gießen eingerichtete Spezialbibliothek mit einem Gesamtbetrag von etwa 20.000 DM zu erwerben.⁴⁴⁸

Die feierliche Einweihung des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin fand am 10. Mai 1968 statt. Die Rede, die Pflanz zu diesem Anlass hielt, eröffnet er mit den Worten:

„Jetzt wäre es an der Zeit, eine Definition von Epidemiologie und Sozialmedizin zu geben. Wir werden Sie enttäuschen. [...] Wir haben uns nicht vorgenommen, leere Begriffe mit leeren Worten auszufüllen, sondern wir wollen durch unsere Arbeit zeigen, was Epidemiologie und Sozialmedizin zu leisten vermögen.“⁴⁴⁹

Die zentrale Funktion der Fächer sei es, „von Menschen geschaffene Gegensätze zu überbrücken“. Einen dieser Gegensätze sieht Pflanz im Verhältnis von Forschung und Praxis, das zu einer Entfremdung vom Wesentlichen in der Medizin beigetragen habe: der „Anwendung wissenschaftlicher Kenntnisse auf praktische Probleme kranker Menschen“. Epidemiologie und Sozialmedizin müssten, als interdisziplinäre Fächer, nicht nur Gegensätze innerhalb der Fakultät überwinden, sondern auch mit verschiedenen anderen Fakultäten. Dabei müssten Mediziner mit Soziologen, Statistikern, Wirtschaftsfachleuten und Psychologen zusammenarbeiten, und auch diese Fachvertreter müssten sich auf den Mediziner einlassen. Ein weiterer Gegensatz, den es zu überbrücken gelte, ist für Pflanz die Entwicklungsarbeit, deren Bedeutung er bereits in seinem Institutsentwurf hervorgehoben hat. Er bedauert ausdrücklich, dass in dieser Hinsicht alle bisher gestellten Anträge abgelehnt worden seien. Die Epidemiologie und Sozialmedizin dürfe nach Pflanz nicht den Blick für die beträchtlichen nationalen und internationalen politischen Gegensätze verlieren. Zur Erforschung der gesundheitlichen Versorgung unter verschiedenen politischen und gesundheitspolitischen Voraussetzungen sei ein Forschungsprojekt in Kooperation mit Aberdeen und Warschau ins Leben gerufen worden. Pflanz sieht die Gefahr, in diesem Kontext von verschiedenen Interessensgruppen instrumentalisiert zu werden und entgegnet:

„Es ist leicht zu sagen, daß wir uns vor dieser Gefahr hüten wollen, daß wir wertfreie Wissenschaft treiben werden und sonst nichts. In der konkreten Wirklichkeit einer Vorlesungsstunde oder einer Forschungsarbeit werden wir das

⁴⁴⁸ Arch MHH P 6 Nr. 3 Berufung Prof. Pflanz. Berufungsvereinbarung.

Die generische Schreibweise der Stellenbezeichnungen wurde aus den vorliegenden Dokumenten übernommen.

⁴⁴⁹ Arch MHH P 6 Nr. 2 Epidemiologie und Sozialmedizin. Eröffnungsrede Pflanz, 10.05.1968.

erfüllen können. Denn wir beabsichtigen, engagiert und wissenschaftlich zugleich zu sein. In der Soziologie ist das nicht neu, auch nicht in der Sozialmedizin früherer Jahrzehnte – Rudolf Virchow hat es schon vor 120 Jahren vorgelebt.“⁴⁵⁰

Im Rahmen der Eröffnung des Institutes und eines Meetings des Steering Committee Medical Sociology der International Sociological Association⁴⁵¹ fand zudem ein Treffen von rund 70 Medizinsoziologen der Bundesrepublik in Hannover statt, das nach Pflanz gezeigt habe, dass „unerwartet viele medizinsoziologische Arbeiten in der Bundesrepublik im Gange waren.“⁴⁵²

4.5.1 Die Struktur des Departments für Öffentliche Gesundheitspflege

Johann Jürgen Rohde beschreibt 1985 in dem Band „Medizinische Hochschule Hannover 1965-1985“ die Entwicklungen und Perspektiven der Öffentlichen Gesundheitspflege an der MHH. Das Department für Öffentliche Gesundheitspflege sei als breit angelegtes Zentrum geplant worden, mit Abteilungen für Allgemeine Epidemiologie, Sozialmedizin, Umwelthygiene und Arbeitsmedizin, die später um Abteilungen für Allgemeine Ernährungslehre, Leistungsphysiologie und Sportmedizin ergänzt werden sollten. Auch eine Abteilung für Präventivmedizin und Öffentliches Gesundheitswesen sei durch den „Unterausschuss Präventivmedizin“ im ersten Strukturplan für das Institut für Öffentliche Gesundheitspflege vorgesehen worden.⁴⁵³

Für die Planungen des Institutes für Epidemiologie und Sozialmedizin orientierte sich Pflanz an eben diesem Strukturplan des Departments für öffentliche Gesundheitspflege, der in den eingesehenen Unterlagen im Archiv der MHH leider nicht übermittelt ist. Bezüge auf diesen Strukturplan finden sich wiederholt im untersuchten Schriftgut. Um dieser Vorlage gerecht zu werden, stellte Pflanz im Dezember 1967 einen Antrag auf Errichtung einer Abteilung für Öffentliches Gesundheitswesen und Präventivmedizin am Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin. Zur Begründung führt Pflanz an, dass von einer modernen Sozialmedizin erwartet werde, „daß sie sich auch mit den gesundheitspolitischen, den gesundheitsfürsorgerischen, den gesetzgeberischen und sozialpolitischen Aspekten der Medizin und der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung befaßt“.⁴⁵⁴ Diese Aspekte müssten auch Eingang in die Lehre der Studierenden finden. Als Vorbilder für die Erforschung des öffentlichen Gesundheitswesens verweist Pflanz auf die Entwicklungen in den Vereinigten Staaten und in England. Auch die moderne Präventivmedizin, die Pflanz traditionell in der

⁴⁵⁰ Arch MHH P 6 Nr. 2 Epidemiologie und Sozialmedizin. Eröffnungsrede Pflanz, 10.05.1968.

⁴⁵¹ Ab 1970 war Pflanz Mitglied dieses Komitee, vgl. dazu Kapitel 3.6

⁴⁵² Pflanz 1973g, S. 593.

⁴⁵³ Vgl. Rohde 1985, S. 200.

⁴⁵⁴ Arch MHH FL 5.4 Nr. 1. Schreiben von Pflanz an den Vorsitzenden der Sektion IV vom 29.12.1967.

Hygiene, Mikrobiologie und Immunologie verankert sieht, müsse sich unter Verwendung der Methodik von Epidemiologie und Sozialforschung „Fragen der Vorsorgeuntersuchung, der Gesundheitserziehung und der Ausschaltung schädlicher Momente“ zuwenden, „um entsprechende präventive Maßnahmen zu planen, zu organisieren und in ihrer wirtschaftlichen und gesundheitlichen Bedeutung zu beurteilen.“⁴⁵⁵

Pflanz äußert sich in einem Antwortschreiben im Februar 1968 überrascht über eine Einladung zur nächsten Sitzung des Senats zur Erläuterung der Aufgaben der neuen Abteilung. Er schreibt hier: „Denn ich habe eigentlich nichts anderes getan, als zu versuchen den Strukturplan, den ich vorfand, sowie den Stellenplan für mein Institut, den ich ebenfalls vorfand, in die Wirklichkeit umzusetzen. Die einzige Aktivität, die ich nun entfaltet habe, war die Stellung des Antrages. [...] Ich habe mir den Strukturplan gern zu eigen gemacht, da er mir gut begründet, fortschrittlich und sehr nützlich erschien.“⁴⁵⁶

In einem Schreiben vom 11.12.1970 skizziert Pflanz dann noch einmal die Entwicklung der Abteilung an seinem Institut. Hintergrund der Ausführungen war sein Antrag auf Umbenennung bzw. die Einrichtung einer Abteilung für Medizinische Soziologie. Diese hielt Pflanz mit Verweis auf die neue Approbationsordnung für erforderlich.⁴⁵⁷ Eine Abteilungsleiterstelle sei von Beginn an in seinem Institut vorgesehen gewesen, die Abteilung habe die Bezeichnung „Abteilung für Öffentliches Gesundheitswesen und Präventivmedizin“ erhalten. Die 1968 vorgeschlagenen Bewerber seien jedoch von der Sektion abgelehnt worden. Im Herbst 1969 habe Pflanz schließlich „in einer Zwangssituation“ seine Abteilungsleiterstelle für die Stelle eines ärztlichen Direktors zur Verfügung gestellt. Daraufhin erfolgte die Umbenennung in „Abteilung für Öffentliches Gesundheitswesen und Krankenhausorganisation“. Auch hier sei die Suche nach einem geeigneten Bewerber nicht erfolgreich gewesen. Seinen Antrag auf Umbenennung in „Abteilung für Medizinische Soziologie“ sieht Pflanz im Kontext der „augenblicklichen und zukünftigen Bedürfnissen der Hochschule, in erster Linie für die Lehre, in zweiter Linie für die Forschung und Dienstleistung.“⁴⁵⁸

Im Jahr 1974 wird Pflanz geschäftsführender Direktor des Departments für öffentliche Gesundheitspflege.⁴⁵⁹ Von dieser Ernennung habe er, so Pflanz, „erst durch zufälliges Aufschlagen des Organisationsplanes erfahren“.⁴⁶⁰

⁴⁵⁵ Arch MHH FL 5.4 Nr. 1. Schreiben von Pflanz an den Vorsitzenden der Sektion IV vom 29.12.1967.

⁴⁵⁶ Arch MHH FL 5.4 Nr. 1. Schreiben von Pflanz an den Rektor vom 21.02.1968.

⁴⁵⁷ Arch MHH FL 5.4 Nr. 5. Protokoll der Sitzung vom 04.11.1970, S. 3.

⁴⁵⁸ Arch MHH FL 5.4 Nr. 5. Schreiben von Pflanz an den Vorsitzenden der Sektion IV vom 11.12.1970.

⁴⁵⁹ UA FU Berlin ProfA 34. Lebenslauf Pflanz.

⁴⁶⁰ Arch MHH P 6 Nr. 2 Epidemiologie und Sozialmedizin. Schreiben von Pflanz an den Rektor der MHH vom 10.11.1975, S. 6.

Die Abteilung für Medizinische Soziologie wurde im Jahr 1974 eingerichtet, als Professor und Direktor wurde der Soziologe Prof. Dr. phil. Johann Jürgen Rohde (1929-2001) berufen. Nach Rohde war die Abteilung „zwar nicht die erste, aber die personell am besten ausgestattete in der Bundesrepublik Deutschland.“⁴⁶¹ Rohde war bereits seit 1967 Mitarbeiter im Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, er habilitierte im April 1971 für „Soziologie der Medizin“⁴⁶² und wurde 1973 zum akademischen Oberrat befördert.⁴⁶³ Seine Dissertation zur Soziologie des Krankenhauses⁴⁶⁴ etablierte sich als Standardwerk der Medizinsoziologie. Rohde leitete die Abteilung bis zu seiner Emeritierung im Wintersemester 1994/95, die Abteilung wurde daraufhin als eigenständiger Bereich geschlossen.⁴⁶⁵

Als dritte Abteilung wurde die Abteilung für Medizinische Psychologie etabliert und als Institutsleiter im Jahr 1975 der Diplom-Psychologe Prof. Uwe Tewes berufen.⁴⁶⁶

Im Jahr 1976 wurde als vierte Abteilung die deutschlandweit erste Abteilung für Allgemeinmedizin gegründet.⁴⁶⁷ Der Allgemeinmediziner Klaus-Dieter Haehn († 1986) war bereits seit 1972 Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der MHH und ab 1976 erster ordentlicher Professor für Allgemeinmedizin in der BRD. 1980 wurde er zum Leiter der Abteilung Allgemeinmedizin berufen. Von 1970 bis 1978 war Haehn Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin.⁴⁶⁸

Zu den übrigen im Strukturplan vorgesehenen Abteilungen konstatiert Rohde 1985:

„Der Rest war Schweigen! Arbeitsmedizin, Umwelthygiene, Allgemeine Ernährungslehre und Sportmedizin fielen schlicht unter den Tisch, da bei der sich abzeichnenden Rezession – bei gleichzeitig steigenden Studentenzahlen – die ursprünglichen Intentionen der Hochschulgründer und auch die in der ÄAppO eigentlich gemeinten Reformgedanken verwässert wurden.

Die früher für so wichtig erachtete Forschung in diesen Bereichen fand entweder nicht statt oder wurde ansatzweise in den bestehenden Abteilungen dieses Zentrums und auch anderer Zentren realisiert. Dies gilt vor allem für Präventivmedizin, Umwelthygiene und Sportmedizin, nicht aber für die Arbeitsmedizin, deren Lehrangebot nach Umfang und Inhalt durch den Einsatz

⁴⁶¹ Rohde 1985, S. 201.

⁴⁶² Arch MHH FL 2 Nr. 1. Mitteilungen der MHH Nr. 7, 1971, S. 3.

⁴⁶³ Arch MHH FL 1 Nr. 2 Personal- und Vorlesungsverzeichnis. SS 1973.

⁴⁶⁴ Rohde 1962.

⁴⁶⁵ Vgl. Lohff 2001, S. 45.

⁴⁶⁶ Arch MHH FL 1 Nr. 2 Personal- und Vorlesungsverzeichnis. Personal- und Vorlesungsverzeichnis WS 1974/75 und SS 1975.

Prof. Uwe Tewes ist inzwischen Diplom-Psychologe mit eigener Praxis in Lüneburg. Tewes 2020.

⁴⁶⁷ Vgl. Rohde 1985, S. 201.

⁴⁶⁸ Vgl. EB 1987, S. A-96.

engagierter Werksärzte als Lehrbeauftragte allenfalls die Forderungen der ÄAppO einlösen kann.“⁴⁶⁹

Demnach seien präventivmedizinische Fragen insbesondere in die Arbeit der Abteilungen für Epidemiologie und Sozialmedizin sowie Medizinische Soziologie integriert worden. Die Abteilung für Epidemiologie und Sozialmedizin habe zudem Forschung im allgemein- und umwelthygienischen Bereich betrieben; den Unterricht hätten als Teil des Ökologischen Kursus der Leiter der Abteilung für Mikrobiologie und hinzugezogene Lehrbeauftragte bestritten. Die Sportmedizin habe im Lehrangebot der Abteilung für Leistungsphysiologie Berücksichtigung gefunden.⁴⁷⁰

4.5.2 Die Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V.

Die Bestrebungen, in Hannover einen wichtigen Standort der Sozialmedizin in der Bundesrepublik zu etablieren, waren nicht auf die Medizinische Hochschule beschränkt. Bereits in den Jahren 1965 und 1966 führte der damalige Sozialminister Kurt Partzsch (SPD, 1910-1996) Gespräche mit Hans Schaefer in seiner Funktion als Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Fritz Hartmann von der Medizinischen Hochschule Hannover über die Bildung einer Akademie für Sozialmedizin. Auch Pflanz habe sich mit Antritt seines Amtes in der MHH an den Gesprächen beteiligt. Seine Mitwirkung hielt Partzsch aufgrund seines Wissens und seiner Erfahrung für unentbehrlich.⁴⁷¹ Dabei war, so Rohde, die MHH nicht nur geistige, sondern auch räumliche Heimat der Akademie für Sozialmedizin (AFS). Die Hochschule stellte demnach das Büro für die Geschäftsführung und die Räumlichkeiten für Veranstaltungen zur Verfügung. Personell sei die MHH durch mindestens einen Hochschullehrer im Beirat vertreten worden, und man habe sich darauf geeinigt, dass die Vizepräsidentschaft der AFS durch einen Abteilungsleiter des Zentrums für Öffentliche Gesundheitspflege getragen werden solle.⁴⁷²

Entsprechend dieser Vereinbarung wurde Pflanz bei der Gründungsversammlung der AFS am 15. November 1968 zum Vizepräsidenten gewählt; außerdem im Gründungsvorstand vertreten waren als Präsident Sozialminister Partzsch, sowie als Schatzmeister Landesbankdirektor Törner.⁴⁷³ Die Wertvorstellungen und Zielsetzungen der Akademie für Sozialmedizin werden in ihrer Präsentation im Niedersächsischen Ärzteblatt im Januar 1971 deutlich. Die hier abgedruckte Satzung der AFS bringt die Aufgaben auf den Punkt:

⁴⁶⁹ Rohde 1985, S. 201. ÄAppO = Approbationsordnung für Ärzte

⁴⁷⁰ Vgl. Rohde 1985, S. 206.

⁴⁷¹ Arch LVG & AFS Partzsch 09.01.1969.

⁴⁷² Vgl. Rohde 1985, S. 200, 205.

⁴⁷³ Arch LVG & AFS Gründungsversammlung 15.11.1968.

„§2 Aufgaben

(1) Zweck der Akademie ist es, einen Mittelpunkt zur Förderung und Verbreitung der Sozialmedizin zu bilden. Sie verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke und dient nicht einem Erwerbsgeschäft.

(2) In Kursen, Vorträgen und sonstigen wissenschaftlichen Veranstaltungen werden Ärzte und andere interessierte Gruppen auf dem Gebiet der Sozialmedizin fortgebildet und unterrichtet. Zur Erfüllung ihrer Aufgaben strebt die Akademie die Zusammenarbeit mit allen öffentlichen und privaten Einrichtungen an, die sozialmedizinisch interessiert sind. [...]“⁴⁷⁴

Pflanz führt in seinem Geleitwort näher aus, an wen sich die Akademie mit ihrem Fortbildungsprogramm richten möchte. Er betont, wie wichtig Kenntnisse der Sozialmedizin für praktizierende Ärzte und Krankenhausärzte seien – und wie beschränkt derzeit das Angebot für Fort- und Weiterbildungen. Pflanz bemängelt diesen Zustand insbesondere in Hinblick auf die etwa 6-8 Prozent ärztlicher Kollegen in der Bundesrepublik, die fast ausschließlich Sozialmedizin betreiben würden. Als Beispiele führt Pflanz die Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (wobei hier eine sozialmedizinische Weiterbildung bestehe), der Arbeitsverwaltung, der Berufsgenossenschaften und der Fürsorgeverbände, sowie die Vertrauensärzte der Kranken- und Rentenversicherungen und die hauptamtlichen Gutachter an. Für Pflanz begrenzt sich die Zielgruppe der Akademie aber nicht auf ärztliches Personal. Er gibt ergänzend zu bedenken, dass sich unter den Spezialisten auch viele Nichtärzte befänden. Die Akademie könne keinen der genannten Bereiche ausklammern. Auch die Fortbildung von Ärzten, die als sozialmedizinische Forscher in Frage kämen und solche, die als akademische Lehrer sozialmedizinisches Wissen an Studierende vermitteln könnten, dürfe nicht aus dem Blick geraten.⁴⁷⁵ In diesem Zusammenhang empfiehlt Pflanz in seiner Eröffnungsrede der Akademie am 26.11.1969 in das Programm auch Fortbildungskurse über wissenschaftliche Methoden der Sozialmedizin aufzunehmen. Dies wäre ein erster Schritt, um dem Dilemma zu begegnen, dass die Arbeit der Akademie auf die Erkenntnisse der sozialmedizinischen Forschung angewiesen sei und parallel die zeitlichen Ressourcen des Sozialmediziners durch die Bitte um Vorträge und Kurse beanspruche. Er betont, dass die Veranstaltungen der Akademie an ihrer Qualität und nicht an ihrer Zahl gemessen würden und sich in Zukunft insbesondere auch auf die Anwendung neuartiger Lehrmethoden, wie die Gruppenarbeit einlassen müssen. Der moderne Charakter der Akademie für Sozialmedizin müsse sich auch darin zeigen, dass nicht nur verschiedene Berufsgruppen angesprochen werden, sondern auch eine

⁴⁷⁴ Pflanz; Partzsch; Jahn 1971, S. 44. Als Sonderdruck auch in den Unterlagen des Archivs der LVG & AFS.

⁴⁷⁵ Vgl. Pflanz; Partzsch; Jahn 1971, S. 35–37.

„gleichberechtigte, auf Können und Respekt gegründete Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen“ gefördert werde und diese Zusammenarbeit – ganz im Sinne seiner sozialmedizinischen Forschung – auch Gegenstand der Veranstaltungen der Akademie sei.⁴⁷⁶

Dass die letztgenannten Forderungen schließlich auch ihren Weg in die praktische Arbeit der Akademie für Sozialmedizin fanden, zeigt sich im Protokoll der 9. Mitgliederversammlung im Dezember 1976. Pflanz berichtet von Veranstaltungen für Mitarbeiter im Krankenhaussozialdienst. Auf Wunsch der Teilnehmer seien die Themen „Kooperationsprobleme innerhalb des Krankenhauses“, „Umgang mit krankenhauses-externen Partnern“ und „Umgang mit Problempatienten“ nach einem einleitenden Referat in kleinen Gesprächsgruppen behandelt worden. Im selben Jahr fand unter Leitung von Pflanz die Tagung „Früherkennung von Herz-Kreislaufkrankungen“ mit Wissenschaftlern aus der gesamten Bundesrepublik statt.⁴⁷⁷ Ein Höhepunkt der Veranstaltungen, die an der Akademie für Sozialmedizin unter der Leitung von Pflanz durchgeführt wurden, war sicherlich die Tagung „Methods in Cross-National Socio-Medical Research“ vom 6.-8. März 1974. Anlässlich dieses Seminars kamen Wissenschaftler aus den USA, Kanada, Finnland, England, Israel, der Schweiz und der gesamten Bundesrepublik nach Hannover. Die Ergebnisse und Referate des Seminars veröffentlichte Pflanz gemeinsam mit Elisabeth Schach im Jahr 1976; zur inhaltlichen Darstellung sei auf Kapitel 5.3.2 verwiesen.⁴⁷⁸

Auch heute noch bietet die Akademie für Sozialmedizin, die sich 2008 mit der Landesvereinigung für Gesundheit zusammenschloss,⁴⁷⁹ Fortbildungen und Veranstaltungen im Bereich der Sozialmedizin, Prävention und Rehabilitation an. Das Angebot richtet sich, ganz nach der Leitidee der Gründung an „Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Sozialversicherungsträgern sowie andere im Gesundheitssektor tätige Berufsgruppen und an alle an sozialmedizinischen Themen Interessierten“.⁴⁸⁰

⁴⁷⁶ Vgl. Pflanz; Partzsch; Jahn 1971, S. 40–41.

⁴⁷⁷ Arch LVG & AFS Protokoll der 9. Mitgliederversammlung der AFS.

⁴⁷⁸ Pflanz; Schach 1976.

⁴⁷⁹ Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG & AFS)

⁴⁸⁰ Weidler 2020.

4.6 Und über Hannover hinaus?

Dass Pflanz inzwischen ein national und international renommierter Sozialmediziner war, zeigt sich auf verschiedenen Ebenen.

So war Pflanz von 1967 bis zu seinem Tod Regional Editor der Zeitschrift „Social Science and Medicine“ des Pergamon Press Verlages⁴⁸¹. Erklärtes Ziel der international ausgerichteten Zeitschrift war es, „der medizinischen und sozialen Wissenschaft zu dienen, damit die zwischen den beiden Zweigen herrschende Wechselbeziehung anwächst und die erzielten Resultate grösseren Einfluss und Wirksamkeit gewinnen“.⁴⁸² Neben zahlreichen Buchrezensionen wurden auch eigene Texte von Pflanz in der Zeitschrift veröffentlicht.⁴⁸³ In seinem Text „Die zunehmende Soziologisierung der Medizin“ aus dem Jahr 1973 hebt Pflanz als „Lichtblick“ die von der Zeitschrift organisierten Konferenzen hervor, zu denen zweimal rund 150 Medizinsoziologen in Aberdeen zusammentrafen.⁴⁸⁴

Auch an der 1966 gegründeten Zeitschrift „Social Psychiatry“ war Pflanz von 1969 bis 1974 als Mitherausgeber und in der Folge bis zu seinem Tod als Mitglied des Beirats beteiligt.⁴⁸⁵

Zudem war Pflanz ab 1970 Mitglied der Schriftleitung der Zeitschrift „Das Öffentliche Gesundheitswesen“ für den Bereich Sozialmedizin.⁴⁸⁶ Der erste Jahrgang der Zeitschrift wurde 1935/36 mit dem Titel „Der öffentliche Gesundheitsdienst“ vom Reichsausschuss für Volksgesundheitsdienst e.V., der Staatsmedizinischen Akademie Berlin und der Wissenschaftlichen Gesellschaft der deutschen Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Georg Thieme Verlag veröffentlicht. Themenschwerpunkte waren neben der Rassenhygiene die Aufgaben des Amtsarztes und der staatlichen Gesundheitsämter, der Infektionsschutz und die Jugend- und Schulgesundheit. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde die Zeitschrift 1949/50 durch den Untertitel „Monatsschrift für Gesundheitsverwaltung und Sozialhygiene“ ergänzt und diente als Organ des Verbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Vereinigung für Gesundheitsfürsorge im Kindesalter. Thematische Schwerpunkte waren nun vorrangig der Amtsarzt und das Gesundheitsamt, der Infektionsschutz und Fragen allgemeiner Hygiene. 1968 erfolgte die Umbenennung in „Das öffentliche Gesundheitswesen“, 1992 erhielt die Zeitschrift den noch heute aktuellen und offenen Titel „Das Gesundheitswesen“, ergänzt durch den

⁴⁸¹ „Social Science and Medicine“ wird heute vom Elsevier-Verlag herausgegeben.

⁴⁸² McEwan 1967, S. 3.

⁴⁸³ Pflanz 1970, 1975c, 1978f.

⁴⁸⁴ Vgl. Pflanz 1973g, S. 592.

⁴⁸⁵ Vgl. Häfner 1981, S. 53. Heute: „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology – The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services“, Springer Verlag.

⁴⁸⁶ Vgl. Gostomzyk 2007, S. 425.

Untertitel „Sozialmedizin, Gesundheits-System-Forschung, Public Health, Education, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Medizinischer Dienst“.⁴⁸⁷

In „Der Öffentliche Gesundheitsdienst“ wurden auch verschiedene Publikationen von Pflanz veröffentlicht. Bereits 1956 führte er mit dem Text „Aufgaben und Ziele der sozialwissenschaftlichen Forschung in der Medizin“ in das Problemfeld der soziologischen und sozialpsychologischen Forschung in der Medizin ein.⁴⁸⁸ In den 1970er Jahren folgten Publikationen über die Beurteilung und die Ansprüche an das öffentliche Gesundheitswesen und die Profession des Arztes, sowie eine kurze Einführung in die Methoden der Epidemiologie.⁴⁸⁹

Sein Ansehen in der Fachwelt zeigt sich noch auf weiteren Ebenen. Pflanz avancierte zu einem bevorzugten und häufig gesuchten Berater unterschiedlicher gesellschaftlicher und politischer Institutionen und Gremien. Der Rektor der MHH gibt in seinen Mitteilungen aus dem Jahr 1967 bekannt, dass Pflanz von der Bundesregierung in den Bundesgesundheitsrat berufen wurde.⁴⁹⁰ Der Bundesgesundheitsrat wurde im Jahr 1950 konstituiert und unterstand dem Bundesministerium des Inneren. Das Gremium umfasste achtzig Mitglieder, die auf Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums von der Bundesregierung für vier Jahre berufen wurden und über Erfahrung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens verfügen sollten. Neben der Vollversammlung arbeitete der Bundesgesundheitsrat in Ausschüssen zu den Themen Gesundheitswesen im allgemeinen, Seuchenbekämpfung und Hygiene, Gesundheitsfürsorge, Lebensmittelüberwachung, Arzneimittelversorgung, Veterinärwesen und Medizinalstatistik. Zu den Aufgaben des Bundesgesundheitsrates gehörte die Beratung der Bundesregierung in Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege und der Gesundheitsgesetzgebung.⁴⁹¹ 1996 wurde der Bundesgesundheitsrat ohne Nachfolgegremium aufgelöst. Pflanz war zudem Mitglied des niedersächsischen Landesgesundheitsrates, eine zeitliche Einordnung ergibt sich aus dem Lebenslauf nicht.⁴⁹²

Auf Bundesebene wurde Pflanz im Jahr 1970 in den Sachverständigenausschuss zur Weiterentwicklung der Krankenversicherung im Bundesarbeitsministerium berufen.⁴⁹³ Ein Jahr später berief man Pflanz in den Beirat des Institutes für Sozialmedizin und

⁴⁸⁷ Vgl. Gostomzyk 2000, S. 1–2. Der Untertitel lautet heute „Sozialmedizin, Gesundheits-Systemforschung, Medizinischer Dienst, Public Health, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Versorgungsforschung“. Einen Überblick über die Zeitschrift von ihrer Gründung bis 1967 gibt Stöckel in ihrem Beitrag „Sozialmedizin im Spiegel ihrer Zeitschriftendiskurse“. Stöckel 2005.

⁴⁸⁸ Pflanz 1956a Vgl. dazu Kapitel 4.3 dieser Arbeit.

⁴⁸⁹ Pflanz 1971a, 1972a, 1973e, 1974c, 1978a.

⁴⁹⁰ Arch MHH FL 2 Nr. 1. Mitteilungen des Rektors der MHH Nr. 3 1967.

⁴⁹¹ Vgl. Glaser 1960, S. 75–87.

⁴⁹² UA FU Berlin ProfA 34. Lebenslauf Pflanz Eine Anfrage an das Landesarchiv Niedersachsen ist derzeit noch offen.

⁴⁹³ Arch MHH FL 2 Nr. 1. Mitteilungen der MHH Nr. 5 1969-70, S. 200.

Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes Berlin.⁴⁹⁴ Die Errichtung des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie wurde in der Regierungserklärung vom 28.10.1969 angekündigt; als Vorstufe existierte bereits seit 1967 die Abteilung Erforschung von Umweltschäden und Zivilisationskrankheiten. Die Hauptaufgabe der Abteilung bestehe, so der Vizepräsident des Bundesgesundheitsamtes und Leiter des Institutes Erwin Jahn, in der Erforschung von Häufigkeit und Verbreitung bestimmter Krankheiten sowie von ätiologischen Faktoren verbreiteter Krankheiten in Hinblick auf soziale Faktoren und Umweltfaktoren. Die Aufgaben umfassten zudem „Beobachtung und Analyse der Funktionen und des Wirkungsgrades der Einrichtungen des Gesundheitswesens hinsichtlich der Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit und der Verhütung und Behandlung von Krankheiten“, sowie die „Entwicklung von Verfahren zur Verhütung von Gesundheitsschäden und zur Früherkennung von Krankheiten“.⁴⁹⁵ Zur Durchführung von Feldarbeiten im gesamten Bundesgebiet sei die Abteilung neben den ortsfesten Untersuchungsanlagen in Berlin auch mit mobilen Untersuchungseinrichtungen ausgestattet. Als geplante Forschungsvorhaben führt Jahn eine Untersuchung der erwachsenen Bevölkerung im Bundesgebiet, eine vergleichende Untersuchung über die Effizienz von Früherkennungsverfahren, eine Verifizierungsstudie zur Validierung von Befragungsverfahren und eine Studie über die chronischen Wirkungen von Luftverunreinigungen an.⁴⁹⁶ Nach einem Artikel im Spiegel 1972, der scharfe Kritik an Jahn äußert, habe das neu gegründete Institut keinen Erfolg verzeichnen können. Die geplante Untersuchung von 22.500 Bürgern sei 1970 nur an 2.806 Probanden durchgeführt worden; auch 1971 habe die „rollende Klinik“ größtenteils stillgestanden. Dem Bericht zufolge umfasste das Institut 71 Angestellte, darunter sechs Professoren und 15 wissenschaftliche Mitarbeiter.⁴⁹⁷

Den Jahresberichten der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) ist zu entnehmen, dass Pflanz mindestens von 1970 bis zur Auflösung 1974 ständiger Gast der „Kommission für medizinische Epidemiologie und Sozialmedizin“ war.⁴⁹⁸ Die Kommission wurde im Jahr 1967 berufen, die konstituierende Sitzung fand am 13. April 1967 in Mainz statt. Die Leitung der Kommission hatte Prof. Hans Schaefer aus Heidelberg inne. Die Aufgabe der Kommission bestand in der Beratung der DFG, „in allen Fragen, die das Gebiet der »Medizinischen Epidemiologie und Sozialmedizin«

⁴⁹⁴ Arch MHH FL 2 Nr. 1. Mitteilungen der MHH Nr. 7 1971, S. 149.

⁴⁹⁵ Jahn 1970, S. 58.

⁴⁹⁶ Vgl. Jahn 1970, S. 58–59.

⁴⁹⁷ Vgl. N.N. 1972b, S. 60–61.

⁴⁹⁸ Deutsche Forschungsgemeinschaft 1970, S. 187., 1971, S. 224., 1972, S. 264., 1973, S. 220., 1974, S. 140. In den Berichten der Jahre 1967-1969 findet sich keine Auflistung der Mitglieder.

betreffen.“⁴⁹⁹ Zusätzlich sollte die Kommission zu epidemiologischen Studien anregen, laufende Untersuchungen koordinieren und eine Übersicht „über alle in Deutschland und im Ausland betriebenen oder abgeschlossenen epidemiologischen Arbeiten“ erstellen.⁵⁰⁰ Aus der Korrespondenz mit Schaefer ist zu entnehmen, dass Pflanz wiederholt als ordentliches Mitglied der Kommission angefragt wurde. Er schreibt in einem Brief an Schaefer am 12.05.1969:

„Ich fühle mich jedoch außerstande, diese Wahl anzunehmen. Die aktive und passive Teilnahme an einigen Sitzungen der Kommission hat mich davon überzeugt, daß es meinen Neigungen und Absichten nicht entspricht, in dieser Kommission als volles Mitglied mitzuarbeiten. Ich meine sogar, daß es für die Epidemiologie und Sozialmedizin besser ist, wenn die Kommission nunmehr aufgelöst und ein entsprechender Fachausschuß eingerichtet wird. Damit würden diese neuen Fächer endlich auch in Deutschland den ihnen zukommenden Status fest umrissener und etablierter Fächer bekommen.

Ein weiterer wesentlicher Grund für meine Ablehnung ist Mangel an Zeit. Neben meinen akademischen Verpflichtungen beanspruchen mit Schriftleitertätigkeiten und Arbeit in internationalen Komitees der International Sociological Association und der Weltgesundheitsorganisation stärker als ich ursprünglich annahm. Zudem darf ich nicht vergessen, daß es meine Hauptaufgabe ist, selbst aktiv in der Epidemiologie und Sozialmedizin zu forschen.“⁵⁰¹

Mit seinem Antrag auf Auflösung der Kommission zugunsten einer Gründung eines Fachausschusses für Sozialmedizin sorgte Pflanz, so ist es aus den Korrespondenzen zu entnehmen, für Empörung bei seinen Kollegen. Seinem Antrag hielt Schaefer entgegen, dass für einen Fachausschuss nicht genügend qualifizierte Wissenschaftler zur Verfügung stehen würden, zudem betont Schaefer den Wert der Kommission „ein völlig neues Konzept wissenschaftlicher Beratung“ zu verwirklichen und „darüber hinaus aber den Versuch macht, die sehr kostspieligen epidemiologischen Arbeiten in Deutschland so gut es geht zu koordinieren.“⁵⁰² Aus den Unterlagen ist zu entnehmen, dass Pflanz seinen Antrag zurückzog und in den folgenden Jahren der Kommission weiter als Gast beratend beistand.

⁴⁹⁹ Deutsche Forschungsgemeinschaft 1967, S. 36.

⁵⁰⁰ Deutsche Forschungsgemeinschaft 1967, S. 36–37.

⁵⁰¹ UHA Nachlass Prof. Schaefer (noch unerschlossen), Ordner Med. Epidemiologie. Brief von Pflanz an Schaefer 12.5.1969.

⁵⁰² UHA Nachlass Prof. Schaefer (noch unerschlossen), Ordner Med. Epidemiologie. Brief von Schaefer an Pflanz 28.05.1969.

4.6.1 Austritt aus dem Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer

Pflanz war in den Jahren 1977 und 1978 Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer.⁵⁰³ Aus der im Bundesarchiv vorliegenden Akte der Bundesärztekammer geht hervor, dass bereits die Berufung von Pflanz in den Wissenschaftlichen Beirat für Irritation sorgte. In einem Schreiben an den Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Prof. Volrad Deneke, äußert Dr. Ahrens⁵⁰⁴ seine Bedenken:

„Auch Ihnen wird bekannt sein, daß der Genannte in der ärztlichen Standesvertretung wenig Sympathien genießt. Er hat während seiner Tätigkeit als Sozialmediziner in Hannover insbesondere die Ärztekammern [...] des öfteren erheblich brüskiert. Die Tagespresse war voll von den Ohrfeigen, die Herr Prof. Dr. Pflanz seinen Berufskollegen verpaßte. [...] So stammt von Herrn Prof. Dr. Pflanz die unhaltbare Behauptung, die deutschen Ärzte führten am laufenden Band nur des Geldes wegen, höchst überflüssige Blinddarm-Operationen durch und gefährdeten damit die Gesundheit ihrer Patienten.“⁵⁰⁵

Dr. Ahrens bittet darum, eine mögliche Berufung von Pflanz noch einmal zu überdenken, da diese „mit Sicherheit in breiten Kreisen der Ärzteschaft kein Verständnis finden“ würde.⁵⁰⁶ In einem Begleitschreiben an Prof. Friedrich Loew⁵⁰⁷ wird Ahrens noch deutlicher wenn er konstatiert: „Für die ärztliche Standesvertretung war dieser bisher eine persona non grata.“⁵⁰⁸

Prof. Deneke stellt sich indes hinter Pflanz, wenn er schreibt:

„Der Werdegang und das wissenschaftliche Werk von Pflanz sind mir ganz gut bekannt. Allerdings muß ich Ihnen sagen, daß in diesem bisherigen Lebenswerk meines Erachtens doch eine sehr beachtenswerte Entwicklung sichtbar wird. Heute tritt die ideologisch gefärbte Thetik völlig zurück hinter der wissenschaftlichen Empirie und Theorie eines Epidemiologen, von dem ich persönlich überzeugt bin, daß er auch von späteren Generationen noch zu den Klassikern der deutschen Epidemiologie gerechnet werden wird.“⁵⁰⁹

Im Juli 1976 wird Pflanz vom Vorstand der Bundesärztekammer in den Wissenschaftlichen Beirat berufen.⁵¹⁰ Brisant ist das Ende dieser Tätigkeit: 1978 erklärt Pflanz seinen Rücktritt aus dem Gremium, da er mit dessen Arbeitsweise nicht

⁵⁰³ Arch BÄK Tätigkeitsbericht 1977., Arch BÄK Tätigkeitsbericht 1978.

⁵⁰⁴ Geschäftsführung des Wissenschaftlichen Beirats, Hamburg

⁵⁰⁵ BArch B 417/ 814. Schreiben von Dr. Ahrens an Prof. Deneke, 05.02.1976.

⁵⁰⁶ ebd.

⁵⁰⁷ Stellvertretender Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, Direktor der Neurochirurgischen Universitätsklinik Homburg.

⁵⁰⁸ BArch B 417/ 814. Schreiben von Dr. Ahrens an Prof. Loew, 05.02.1976.

⁵⁰⁹ BArch B 417/ 814. Schreiben von Prof. Deneke an Dr. Ahrens, 11.02.1976.

⁵¹⁰ BArch B 417/ 814. Schreiben von Prof. Sewering an Pflanz, 16.07.1976.

übereinstimme.⁵¹¹ In einem Schreiben an den Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Vilmar, erläutert Pflanz die Gründe seiner Unzufriedenheit. Er kritisiert insbesondere die Entwicklung der Stellungnahmen zur Prävention der Herz- und Kreislaufkrankheiten und zur herzchirurgischen Bedarfsanmeldung. Beide Entwürfe seien nur wenige Minuten diskutiert worden, man sei „durch die Berichte einzelner Personen praktisch überrumpelt“ worden.⁵¹² Pflanz votiert für eine Reduktion der Größe des Beirates sowie eine Beschränkung der behandelten Fragestellungen und daraus resultierenden Empfehlungen.⁵¹³ Aus einem Schreiben von Pflanz an den Vorsitzenden des Wissenschaftlichen Beirates, Prof. Dr. Wolff, ergeben sich weitere Hinweise auf Pflanz Kritik. Er bemängelt hier einen „doppelten Standard“ der Medizin, „der für den Nachweis der Effektivität scheinbar naturwissenschaftlich begündeter Maßnahmen erleichterte Befindungen schafft“.⁵¹⁴ Und weiter:

„In der Tag glaube ich, daß die Struktur des Wissenschaftlichen Beirates große Probleme hat: Zu große Macht des Vorstandes, zu großer Einfluß von Ausschüssen, zu geringe Kompetenz jedes einzelnen Mitgliedes in der Mehrzahl aller Fragen.“⁵¹⁵

Die „doppelte wissenschaftliche Moral“ führt Pflanz an anderer Stelle weiter aus:

„Wenn einem die Leute, die eine Behauptung wissenschaftlicher Art aufstellen, persönlich nicht passen, treibt man sie in die Enge mit der Forderung nach schnellster Herbeischaffung von Beweismaterial. Wenn eine Behauptung dagegen standespolitisch in der rechten Linie liegt, wird überhaupt nicht nach Beweisen gefragt.“⁵¹⁶

Aus einem Auszug aus einem Protokoll der Vorstandssitzung geht hervor, dass die Sitzungsteilnehmer nicht gewillt waren, die Arbeitsweise des Beirats im Sinne der Kritik von Pflanz zu verändern.⁵¹⁷

Aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang ein Interview, das die Zeitschrift „Ärztliche Praxis“ Anfang 1979 mit Pflanz führte. Der Frage des Interviewers, ob sein „unter ziemlich spektakulären Umständen“ stehende Austritt aus dem Beirat der Bundesärztekammer in inhaltlichem Zusammenhang zur Stellungnahme des Beirates

⁵¹¹ BACh B 417/ 814. Schreiben von Pflanz an Dr. Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer, 16.10.1978.

⁵¹² BACh B 417/ 375. Schreiben von Pflanz an Dr. Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer, 20.06.1978.

⁵¹³ BACh B 417/ 375. Schreiben von Pflanz an Dr. Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer, 20.06.1978.

⁵¹⁴ BACh B 417/ 814. Schreiben von Pflanz an Prof. Wolff, 31.08.1978.

⁵¹⁵ ebd.

⁵¹⁶ BACh B 417/ 375. Schreiben von Pflanz an Dr. Odenbach, geschäftsführender Arzt der Bundesärztekammer, 18.09.1978.

⁵¹⁷ BACh B 417/ 814. Auszug aus dem Protokoll der 27. Vorstandssitzung des Beirats vom 27.10.1978.

„Risikofaktoren, Nahrungsfette und degenerative Herz- und Gefäßerkrankungen“⁵¹⁸ im Deutschen Ärzteblatt stehe, erwiderte Pflanz:

„Darf ich erst etwas zu meinem Rücktritt aus dem Wissenschaftlichen Beirat sagen? So einfach, wie Sie es darstellen, war es nicht. Es gab eine ganze Reihe von Gründen, über die ich den Präsidenten der Bundesärztekammer sowie den Vorsitzenden des Beirates frühzeitig informiert hatte; denn mir lag nichts ferner als diese beiden von mir sehr respektierten Kollegen durch meinen Rücktritt zu brüskieren. Die von Ihnen erwähnte Stellungnahme des Beirates enthielt eine ganze Reihe von sachlichen und logischen Fehlern.“⁵¹⁹

Der vom Interviewer der Ärztlichen Praxis angenommene inhaltliche Zusammenhang hat durchaus seine Berechtigung. Im November 1978 veröffentlichte die deutsche Ausgabe der Medical Tribune eine Stellungnahme von Pflanz zu eben diese Empfehlung über „Risikofaktoren, Nahrungsfette und degenerative Herz- und Gefäßerkrankungen“ des Wissenschaftlichen Beirates. Pflanz wirft dem Wissenschaftlichen Beirat vor, kontroverse und kritische Passagen aus der zugrundeliegenden Vorlage der Kommission der Europäischen Gemeinschaften, gestrichen zu haben. Weiter führt Pflanz aus, dass sich die Stellungnahme auf „simplifizierende Behauptungen“ und kaum wirklich vergleichbare Zahlen berufe. Die dort ausgesprochenen Empfehlungen zur Reduktion des Fettgehaltes der Ernährung hält Pflanz im Prinzip für gerechtfertigt, aber praxisfern. Der ätiologische Zusammenhang von Ernährung, Hypercholesterinämie und einem erhöhten Risiko für koronare Herzkrankheiten ist für Pflanz noch nicht ausreichend geklärt.⁵²⁰

Mit dieser öffentlichen Kritik stieß Pflanz wohl auf wenig positive Resonanz. Davon zeugt auch eine Stellungnahme, die Prof. Wolff an den Chefredakteur der Medical Tribune, Dr. Heidler, richtete. Wolff erläutert hier, dass der Entwurf zu der von Pflanz kritisierten Stellungnahme dem Plenum des Wissenschaftlichen Beirates vorgelegt und um kritische Rückmeldungen gebeten worden war. Pflanz habe ihm in einem persönlichen Schreiben mitgeteilt, „dass man nach seiner Ansicht ohne Vorliegen weiterer kontrollierter Studien noch nichts zu der Rolle der Nahrungsfette bei der Entstehung bzw. Verhütung des Herzinfarktes Stellung nehmen könne [sic!].“⁵²¹ Er habe jedoch nicht die „schwerwiegenden Argumente seiner Kritik in diesem ganzen Umfang dargelegt und begründet“.⁵²² Auch Prof. Schettler (Heidelberg) kritisiert, als Verantwortlicher der Stellungnahme, in einem Schreiben an Prof. Wolff, dass Pflanz während der diesbezüglichen Diskussion „nur einige Korrekturen wünschte“ und auch im Nachgang

⁵¹⁸ Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer 1978.

⁵¹⁹ Pflanz 1979b, S. 18.

⁵²⁰ Vgl. Pflanz 1978e.

⁵²¹ BArch B 417/ 814. Schreiben von Prof. Wolff an Peter Heidler, 10.11.1978.

⁵²² ebd.

kein Sondervotum zur Korrektur eingebracht habe. Schettler, der sich augenscheinlich stark angegriffen fühlte, schreibt weiter.

„Offenbar ging es diesem Herrn aber ganz um Konfrontation. In den letzten Jahren hat Herr Pflanz nur all das heruntergebügelt, was gut und vernünftig schien und scheint. [...] Der Mann schlägt einfach um sich, ohne irgendetwas konstruktives zu bringen.“⁵²³

Dem implizierten Vorwurf, die Möglichkeit einer Korrektur nicht ergriffen zu haben, begegnet Pflanz noch vor der Eskalation des Konfliktes in seinem Schreiben an den Präsidenten der Bundesärztekammer mit dem Argument, „daß dies bei einem so kontrovers, weltweit diskutierten Thema und angesichts einer Vorlage, deren Tatsachenbehauptungen nachzuprüfen waren, in dieser kurzen Zeit nicht gewissenhaft geschehen konnte.“⁵²⁴

Dass es bereits in der Vergangenheit zu Differenzen zwischen Pflanz und der Bundesärztekammer gab, ist einem Brief von Pflanz an den geschäftsführenden Arzt der Bundesärztekammer, Dr. Odenbach zu entnehmen. Pflanz schreibt:

„Vielleicht gibt es bei der Bundesärztekammer noch die „Schwarze Akte“ über mich, die Ihnen zeigen würde, mit welchen Methoden man in der Vergangenheit in der Haedenkampstraße [Anm.: Sitz der Bundesärztekammer] versucht hat, Ärzte mit abweichender Meinung einem größeren Kreis von Standesvertretern als „Schwarze Schafe“ darzustellen. Einer der Anlässe war ja seinerzeit, daß ich gefordert habe, daß Beweise für die Wirksamkeit der Krebsfrüherkennungsmaßnahmen vorgelegt werden, was inzwischen nach acht Jahren immer noch nicht geschehen ist.“⁵²⁵

Die von Pflanz erwähnte „Schwarze Akte“ liegt in den Archivunterlagen der Bundesärztekammer im Bundesarchiv nicht vor. Die Reduktion der Hypercholesterinämie ist heute essentieller Bestandteil der kardiovaskulären Prävention. Interessant wäre sicherlich, ob Pflanz diese Empfehlung auf der Grundlage des heutigen Kenntnisstandes unterstützten würde.

4.6.2 Internationale Tätigkeit

Auch international war Pflanz ein gefragter Fachmann. Er war von 1970-1978 Mitglied im Steering Board (dt.: Lenkungsgremium) des Research Committee on the Sociology of Medicine der International Sociological Association (ISA)⁵²⁶ und spielte hier laut

⁵²³ BArch B 417/ 375. Schreiben von Prof. Schettler an Prof. Wolff, 09.11.1978.

⁵²⁴ BArch B 417/ 375. Schreiben von Pflanz an Dr. Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer, 20.06.1978.

⁵²⁵ BArch B 417/ 375. Schreiben von Pflanz an Dr. Odenbach, undatiert, Eingang 06.10.1978 .

⁵²⁶ Die ISA wurde 1948 auf Initiative des Social Science Department der UNESCO ins Leben gerufen und fungiert als Beratungsgremium für den Wirtschafts- und Sozialrat der United Nations. Einen Überblick über die Geschichte der ISA gibt Platt 1998.

Sokolowska, eine Führungsrolle.⁵²⁷ Das Research Committee wurde 1963 zunächst als Sub-Committee unter dem Vorsitz von George Reader⁵²⁸ gegründet, von 1966-1970 folgte ihm Elliot Freidson.⁵²⁹ Beim VII. Kongress der ISA in Varna im Jahr 1970 wurde Pflanz zu einem der sechs Mitglieder des Steering Board ernannt, den Vorsitz übernahm Mark G. Field.⁵³⁰ Es fanden regelmäßige Treffen des Komitees in verschiedenen Ländern statt; im Jahr 1974 übernahm Hannover in Kooperation mit der Akademie für Sozialmedizin die Rolle des Gastgebers.⁵³¹ Nach Field habe Pflanz seit Ende der 1960er Jahre an einem „Trend Report“ über die medizinische Soziologie gearbeitet, nach seinem frühen Tod sei die Aufgabe jedoch unvollendet geblieben. Field hebt in seinem Abriss über die Geschichte des Komitees zudem das Engagement von Pflanz hervor, als Mittelsmann zwischen der WHO und der ISA aufgetreten zu sein.⁵³² Pflanz selbst bezeichnete sich als „Repräsentant der Internationalen Soziologengesellschaft bei der Weltgesundheitsorganisation“.⁵³³ Die internationale Präsenz von Pflanz zeigt sich somit auch an der Teilnahme an zahlreichen Treffen und Kongressen der WHO.⁵³⁴ Pflanz wurde im Mai 1967 zum „Temporary Adviser“ (Kommissarischer Berater) der „Division of Research in Epidemiology and Communications Science“ der WHO in Genf ernannt und nahm in dieser Funktion 1969 an einem Kongress in Genf teil. Ende November 1967 war er als deutscher Delegierter beim WHO-Symposium „Teaching of Epidemiology“ in Brüssel. Vom 6.-10. Oktober 1969 lud die WHO zum „Seminar on the Teaching of the Social Sciences in Medical Education“ nach Hannover ein. Pflanz wird in der Mitteilung als „Temporary Adviser“ des European Office der WHO bezeichnet. 1970 nimmt Pflanz an der WHO-Konferenz „The Role of Primary Physician in the Health Services“ in Noordwijk-aan-Zee, Niederlande teil. Ende Juli 1970 ist Pflanz als „Temporary Adviser“ bei einem Kongress zur „Sociology in Medical Education“ der WHO in Genf.⁵³⁵

⁵²⁷ Vgl. Sokolowska 1981, S. 125.

⁵²⁸ Prof. George G. Reader (1919-2005) war von 1972-1992 Chefarzt und Ordinarius des Departments of Public Health des Weill Cornell Medical College in New York. Reader war Advisory Editor der Zeitschrift „Social Science and Medicine“. N.N. 2005b.

⁵²⁹ Prof. Eliot Freidson (1923-2005) war Professor für Soziologie an der New York University. Er gilt mit seinem Werk „Profession of medicine“ (1970) als einer der Begründer der amerikanischen Medizinsoziologie. Vgl. Conrad 2007, S. 141., Gerhardt 1997, S. 145–146.

⁵³⁰ Prof. Mark G. Field (1923-2015) war Professor für Soziologie an der Boston University (1962-1988) und außerordentlicher Professor am Department of Health Policy and Management an der Harvard School of Public Health. Vgl. Faculty Obituaries 2016.

⁵³¹ Zur inhaltlichen Vertiefung des Seminars und der daraus hervorgehenden Veröffentlichung von Pflanz „Cross-national sociomedical research: concepts, methods, practice“ sei auf Kapitel 4.3.2 verwiesen.

⁵³² Vgl. Field 1983, S. 9–11.

⁵³³ UA FU Berlin ProfA 34. Lebenslauf Pflanz.

⁵³⁴ Im Archiv der WHO konnten in den Aufzeichnungen und Personalakten keine Informationen über Pflanz gefunden werden. Hinweise auf seine Tätigkeit als Berater und Teilnehmer von Kongressen fanden sich in den Mitteilungen der MHH.

⁵³⁵ Arch MHH FL 2 Nr. 1. Mitteilungen der MHH Nr. 3 1967, S. 46; Nr. 4 1968, S. 26; Nr. 5 1969-1970, S. 130-131.

Die beratende Tätigkeit von Pflanz war auch auf europäischer Ebene als Mitglied der Arbeitsgruppe Preventive Medicine des Europarates gefragt. Die Arbeitsgruppe trat zu einem ersten Treffen vom 24.-27. Oktober 1972 in Straßburg zusammen, weitere Treffen folgten im März und Oktober 1973 sowie im März 1974.⁵³⁶ Beim dritten Treffen vom 9.-12. Oktober 1973 wurde Pflanz zum Vorsitzenden der Arbeitsgruppe gewählt.⁵³⁷ Die zentrale Fragestellung war 1971 durch das European Public Health Committee festgelegt worden und umfasste die kritische Untersuchung von Prinzipien und Methoden der Krankheitsfrüherkennung unter besonderer Berücksichtigung ökonomischer Aspekte.⁵³⁸ Die Veröffentlichung „Screening as a Tool of Preventive Medicine“⁵³⁹ aus dem Jahr 1974 spricht nach Pflanz nur eine zurückhaltende Empfehlung für ein allgemeines kardiovaskuläres Screening aus.⁵⁴⁰

Wiederholt empfing Pflanz internationale Wissenschaftler in seinem Institut⁵⁴¹, wie die Arbeitsgruppe „Research on Epidemiology and Communications Science“ der WHO im April 1970.⁵⁴² Anlässlich eines internationalen Symposiums des „Steering Committees der Subsection Medical Sociology“ der ISA vom 7.-10. Mai 1968 waren neben anderen seine Kollegen Prof. George G. Reader und Prof. Eliot Freidson zu Gast im Institut.⁵⁴³

Enge Verbindungen pflegte Pflanz auch zu Prof. Raymond Illsley, Direktor der Medical Sociology Research Unit des Medical Research Council in Aberdeen, Schottland (1965-1984).⁵⁴⁴ Illsley war auch Gast beim bereits erwähnten Symposium der ISA im Mai 1968. Im September 1968 folgte der Gegenbesuch in Aberdeen im Rahmen der International Conference on Social Science and Medicine, wo Pflanz und Rohde den Vortrag „Illness: Deviant behavior or conformity?“ hielten. Vom 7.-10. Mai 1970 war Pflanz gemeinsam mit seinem Mitarbeiter Dr. Schicke in Aberdeen zu Gast, um das gemeinsame Forschungsprojekt „Vergleiche der Gesundheitspflege“ zu besprechen.⁵⁴⁵

Auch die polnische Medizinsoziologin Magdalena Sokolowska⁵⁴⁶ war im Oktober 1969 zu Besuch im Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin. Ihr Nachruf auf Pflanz, „that

⁵³⁶ Arch COE CESP (72) 25., Arch COE CESP/WP/PREV (73) 1., Arch COE CESP/WP/PREV (73) Misc. 2., Arch COE CESP/WP/PREV (74) 6.

⁵³⁷ Arch COE CESP/WP/PREV (73) Misc. 2.

⁵³⁸ Arch COE CESP (72) 25.

⁵³⁹ Council of Europe, European Public Health Committee 1974.

⁵⁴⁰ Vgl. Pflanz 1977d, S. 299.

⁵⁴¹ Die Auflistung von Gästen der MHH erfolgt in den Mitteilungen der MHH nur in den Jahren 1968-1971. Die Darstellung ist somit sicherlich lückenhaft.

⁵⁴² Arch MHH FL 2 Nr. 1. Mitteilungen der MHH Nr. 5 1969-70, S. 131.

⁵⁴³ Arch MHH FL 2 Nr. 1. Mitteilungen der MHH Nr. 4 1968-69, S. 29.

⁵⁴⁴ Vgl. Jefferys 1997, S. 125; 134. Auch Illsley war Advisory Editor der Zeitschrift „Social Science and Medicine“.

⁵⁴⁵ Arch MHH FL 2 Nr. 1. Mitteilungen der MHH Nr. 4 1968-69, S. 29, S. 103-104; Nr. 5 1969-70, S. 191.

⁵⁴⁶ Prof. Magdalena Sokolowska [1922-1989] war eine polnische Ärztin und Medizinsoziologin, die maßgeblich an der Entwicklung der Medizinsoziologie in Polen, Osteuropa und weltweit

giant of a man“ erweckt den Eindruck von einer engen wissenschaftlichen, wertschätzenden und freundschaftlichen Verbindung.⁵⁴⁷

Der Höhepunkt von Pflanz' internationaler Anerkennung ist sicherlich sein Lehrauftrag an der University of Connecticut School of Medicine im akademischen Jahr 1974-75.⁵⁴⁸ Einzige Informationsquelle ist, neben einem Hinweis auf eine Beurlaubung aufgrund der Wahrnehmung einer Gastprofessur in den USA in einem hochschulinternen Protokoll,⁵⁴⁹ ein Artikel aus dem Jahr 1976, in dem Pflanz von seinen Erfahrungen berichtet. Er schreibt hier, dass er als Gastprofessor für Epidemiologie und Internationale Gesundheitsfragen am Department of Community Medicine and Health Care in Farmington unterrichtete. Die School of Medicine in Farmington war wie die MHH eine neue Hochschule, die nach ihrer Gründung 1961 im Jahr 1968 den Lehrbetrieb aufnahm.⁵⁵⁰ Das Department of Community Medicine and Health Care (heute: Department of Public Health Sciences) besteht seit 1971.⁵⁵¹ Nach Pflanz entsprachen sich die School of Medicine und die MHH in ihren Motiven, Ansprüchen und Zielen. Beide neuen Hochschulen hätten sich in ihrem Konzept des integrierten Unterrichts und der patientenbezogenen Ausbildung am Modell der Case Western Reserve University in Cleveland, Ohio orientiert. Pflanz resümiert, dass die Ausbildung bei ähnlicher Unterrichtsstruktur dennoch in Farmington intensiver und erfolgreicher sei und führt dies insbesondere auf die vermehrte Anwesenheit und aktivere Mitarbeit der Studierenden zurück. Einschränkend gibt Pflanz jedoch zu bedenken, dass es an Unterricht von Fächern wie Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umwelthygiene und Rechtsmedizin mangle. Insgesamt, so Pflanz selbstkritisch, bereite die Ausbildung die Studierenden in Farmington jedoch besser als die Lehre an der MHH auf die selbstständige Tätigkeit als Arzt vor.⁵⁵²

Im Mai 1975 teilt Pflanz dem Kurator der Medizinischen Hochschule in einem Schreiben mit, dass er von der University of Connecticut ein Angebot als Professor für Epidemiology and Community Medicine und Direktor der Division of Epidemiology an

mitwirkte. Von 1978-1982 bekleidete sie das Amt der Vizepräsidentin der ISA, zuvor war sie wie Pflanz im Research Committee of the Sociology of Medicine der ISA aktiv. Sie war zudem Präsidentin der European Society of the Sociologists of Medicine und Co-Herausgeberin mehrerer internationaler Fachzeitschriften. Über 30 Jahre arbeitete sie am Institute of Philosophy and Sociology of the Polish Academy of Sciences in Warschau als Abteilungsleiterin des Department of Sociology of Health and Medicine. Die Univeritäten in Helsinki und Siegen verliehen ihr eine Ehrepromotion. Vgl. Firkowska-Mankiewicz 1989.

⁵⁴⁷ Sokolowska 1981.

⁵⁴⁸ Im Archiv der University of Connecticut sind keine Unterlagen über Manfred Pflanz übermittelt. Sein Werk „Sozialer Wandel und Krankheit“ ist aber noch immer in der Universitätsbibliothek UConn Library verfügbar.

⁵⁴⁹ Arch MHH FL 5.4 Nr. 9. Protokoll der Sitzung vom 09.10.1974.

⁵⁵⁰ Vgl. University of Connecticut 2016.

⁵⁵¹ Vgl. University of Connecticut 2017.

⁵⁵² Vgl. Pflanz 1976a, S. 1094-1095; 1105.

der School of Medicine erhalten habe. In gleichem Schreiben erfolgt die Mitteilung über den Ruf als Professor für „Sozialmedizin mit besonderer Berücksichtigung der Epidemiologie“ an die Freie Universität Berlin.⁵⁵³

4.7 Ruf an das Institut für Soziale Medizin an der Freien Universität Berlin

Der Weg bis zum Ruf nach Berlin kann anhand der Lehrstuhllakte des Instituts für Soziale Medizin an der Freien Universität Berlin nachverfolgt werden. Zuvor soll jedoch ein kleiner Exkurs zur Entwicklung des Instituts für Soziale Medizin an der FU Berlin eingefügt werden.

Die ersten Anstöße zur Gründung eines Zentralinstituts für Soziale Medizin an der FU Berlin seien in den Jahren 1967/68 von Arbeitsgruppen im Rahmen von Veranstaltungen zur „Kritischen Universität“, sowie von Assistenten der Medizinischen Fakultät ausgegangen. Ab dem Wintersemester 1968/69 habe die Projektgruppe „Soziale Medizin“, zu der neben anderen auch Udo Schagen gehörte, an der Erstellung eines Gründungsplanes gearbeitet.⁵⁵⁴ Am 11. April 1970 sei die Gründung des Zentralinstituts für Soziale Medizin einstimmig beschlossen worden, nach Göbel hätten zu dieser Entscheidung „sicherlich *auch* die Voten von führenden auswärtigen Wissenschaftlern auf dem Gebiet der Sozialmedizin beigetragen.“⁵⁵⁵ Göbel führt dann auch einige Passagen aus Stellungnahmen zur Institutsgründung auf, neben Kommentaren von Alexander Mitscherlich, Horst-Eberhard-Richter und Helmut Enke.⁵⁵⁶ lässt er auch Pflanz zu Wort kommen:

„Die Sozialmedizin spielt nicht nur in der Ausbildung der Medizinstudenten und in der Fortbildung der Ärzte eine immer größere Rolle, sondern durch ihre wissenschaftliche Betätigung auch für die Sozialpolitik und die Gesundheitspolitik. Die Gründung eines Institutes für Soziale Medizin entsprechend ihrem Vorschlag kann nur wärmstens unterstützt werden.“⁵⁵⁷

Drei Gesichtspunkte seien bei der Konzeption des Institutes vordergründig gewesen: ein wissenschaftstheoretischer, ein gesellschaftspolitischer sowie ein medizindidaktischer

⁵⁵³ Arch MHH P 6 Nr. 2 Epidemiologie und Sozialmedizin. Schreiben von Pflanz an den Kurator der MHH vom 30.05.1975.

⁵⁵⁴ Vgl. Goebel 1981, S. 70–72.

⁵⁵⁵ Goebel 1981, S. 72.

⁵⁵⁶ Prof. Dr. Helmut Enke (1927-2011). Internist und Psychoanalytiker mit dem Schwerpunkt Gruppenpsychotherapie. Von 1961 bis 1967 leitete er die Abteilung für Psychosomatische Medizin am Universitätsklinikum Freiburg i. Br.. 1967 wurde er zum außerordentlichen Professor der Abteilung für Medizinsoziologie und Sozialpsychologie der neu gegründeten Universität Ulm ernannt. Von 1968 bis 1988 leitete er die Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart. Vgl. Tschuschke; Tress 2011.

⁵⁵⁷ Goebel 1981, S. 74. (zit. Nach: M. Pflanz, Brief vom 8. Januar 1970 an den Gründungsausschuß)

Aspekt. Man habe die Organisation innerhalb von drei Sektionen vorgesehen: „Ökonomie und Soziologie des Gesundheitswesens“, „Struktur und Organisation der Institutionen der Krankenversorgung“ und „Soziogenese und soziale Epidemiologie von Erkrankungen“.⁵⁵⁸ Die Auflösung des Zentralinstitutes für Soziale Medizin, bzw. die Angliederung an den medizinischen Fachbereich der FU Berlin im Jahr 1973 steht für Göbel exemplarisch für die „Pervertierung der durch die Studentenbewegung und Mängel in vielen Infrastrukturbereichen ausgelösten Reformanstrengungen der 60er Jahre“.⁵⁵⁹ Die „Kooperation einiger medizinischer Ordinarien, staatlicher Institutionen, von Presse, Parteien und Ärzteschaft“ habe sich „gegen Reformkräfte an der Universität durchsetzen“ können.⁵⁶⁰ Einen Einblick in die „Kampagnen“ rund um das Zentralinstitut für Soziale Medizin gibt ein Artikel im Spiegel vom Mai 1972:

„[...] Und unvertretbar erscheint den FU-Aufsehern vor allem die Personalpolitik der Institutsgründer. Schon die Bestallung der ersten sieben wissenschaftlichen Mitarbeiter im vorigen Jahr verzögerte sich wegen heftiger Fehden zwischen linksliberalen und linken Mitgliedern des Gründungsausschusses um Monate. Schließlich erhielten, im Juni 1971, fünf marxistisch orientierte Assistenten den Zuschlag. Doch bis heute streiten sich Wissenschaftssenator Werner Stein und FU-Präsident Rolf Kreibich vor dem Verwaltungsgericht darüber, ob der Gründungsausschuß -- was Stein bezweifelt -- überhaupt befugt war, die fünf Sozialmediziner zu engagieren. [...]

Und auch in der Presse stieß auf Widerspruch, daß eine aus fünf Fachbereichen zusammengesetzte Berufungskommission bei zwei der vier bislang ausgeschriebenen Professorenstellen für Soziale Medizin als Kandidaten junge Linke an erster Stelle nominiert hatte -- den Gießener Psychiater Professor Erich Wulff, 46, der sich einen "Marxisten in einem weiten Sinne" nennt, und den Marburger Medizin-Soziologen Dr. Hans-Ulrich Deppe, 32, der von sich als "Sozialist" spricht.

Die "BZ" registrierte einen "kommunistischen Handstreich", der laut "Welt" "überzeugte Kommunisten ... auf die ersten Plätze" gebracht hatte; der "Abend" bezeichnete die Spitzenkandidaten als "Fraktionskollegen" von "Kommunisten", und auch die linksliberale "Frankfurter Rundschau" witterte eine SEW-nahe "Meisterhand im Hintergrund".⁵⁶¹

Dieser Exkurs diente der Einordnung der Vorgeschichte des Instituts für Soziale Medizin der Freien Universität Berlin. Mit Schreiben vom 25. Juni 1974 bewarb sich Pflanz, entsprechend der Aufforderung der Gemeinsamen Berufungskommission Soziale

⁵⁵⁸ Vgl. Goebel 1981, S. 75–79.

⁵⁵⁹ Goebel 1981, S. 81.

⁵⁶⁰ Goebel 1981, S. 81–82.

⁵⁶¹ N.N. 1972c, S. 46.

Medizin um die Professur für Sozialmedizin unter besonderer Berücksichtigung der Epidemiologie im Institut für Soziale Medizin der Freien Universität Berlin. Sein Interesse begründet Pflanz zum einen mit der reizvollen Aufgabe, beim Aufbau des Institutes mitzuwirken, zum anderen mit den Forschungsmöglichkeiten in Berlin, die für einen Epidemiologen einmalig günstig seien – und mit dem Wunsch, in seine Heimatstadt zurückzukehren.⁵⁶²

Interessant sind insbesondere die von der Berufungskommission eingeholten Gutachten der Professoren Holland⁵⁶³ und Schaefer, die sich in ihrem Votum stark unterscheiden. Für Holland ist Pflanz der beste der vier Kandidaten, über die seine Meinung eingeholt worden sei. Holland und Pflanz kannten sich demnach seit über zehn Jahren, Holland beschreibt Pflanz als Mann von internationaler Bedeutung, der einige außerordentlich gute und sorgfältige Studien betrieben habe.⁵⁶⁴ Eine gänzlich andere Empfehlung äußert Schaefer, für den Pflanz nicht geeignet erscheint. Nach Schaefer sei Pflanz „ohne Frage [...] der wissenschaftlich profilierteste“ der Kandidaten. Abgesehen von einer Würdigung von Pflanz Werk „Sozialer Wandel und Krankheit“, insbesondere in einer Zeit, in der die Sozialmedizin in Deutschland noch nicht etabliert gewesen sei, kann Schaefer bei Pflanz keine überzeugenden Ergebnisse seiner wissenschaftlichen Arbeit erkennen. Trotz der Möglichkeiten, die Pflanz als Direktor des großen Institutes in Hannover habe, sei „die Leistung, die unter seiner Leitung erbracht wurde, verhältnismäßig klein.“ Zudem sei Pflanz Schaefer „immer wieder durch ein schwieriges persönliches Verhalten aufgefallen“; bei „aller Wertschätzung seiner Intelligenz“, halte er „ihn doch für einen gehemmten Menschen, der mit sich und dem Leben nicht recht fertig wird“. Schaefer stellt die Vermutung auf, dass Pflanz eine Berufung nach Berlin nicht annehmen würde und die damit einhergehenden Verhandlungen „nur benutzen würde, um seine Hannoveraner Stellung zu verbessern.“⁵⁶⁵

Der Brief von Schaefer an die FU erklärt sich vielleicht auch aus der Konfliktlage mit der linksgerichteten Sozialen Medizin. Lengwiler weist auf folgenden Tatbestand hin:

„Das Kuratorium der Freien Universität beschloss 1970, ein interdisziplinäres Institut für Soziale Medizin mit vier Professuren aufzubauen. Das ambitionierte, politisch links orientierte Projekt geriet jedoch in Schiefelage. Formal wurde das Institut zwar 1972 gegründet, doch die geplanten Berufungen verliefen stockend. Dies lag an

⁵⁶² UA FU Berlin ProfA 34. Schreiben von Pflanz an den Präsidenten der FU Berlin vom 25.06.1974.

⁵⁶³ Prof. Walter W. Holland (1929-2018) war ein britischer Epidemiologe und Lehrstuhlinhaber für Klinische Epidemiologie und Sozialmedizin am Department of Community Medicine der St. Thomas's Hospital Medical School in London von 1968-1994. Vgl. Cook 2004, S. 123.

⁵⁶⁴ UA FU Berlin ProfA 34. Übersetzung des Schreibens von Prof. Holland an die Berufungskommission vom 12.08.1974.

⁵⁶⁵ UA FU Berlin ProfA 34. Schreiben von Schaefer an die Berufungskommission vom 19.10.1974.

Kontroversen innerhalb der Berufungskommissionen – unter anderem zwischen reformorientierten und marxistischen Kommissionsmitgliedern – sowie an Konflikten zwischen der progressiven Universität und dem Berliner Senat, der letztverantwortlichen Behörde. Diese setzte zwei der vier beantragten Berufungen wegen politischer Vorbehalte nicht um. Das geplante Institut blieb damit Stückwerk. Aus dem interdisziplinären Zentralinstitut wurde schließlich ein bescheideneres Institut für Sozialmedizin, [...]“⁵⁶⁶

Trotz dieses negativen Votums von Schaefer wurde Pflanz von der Berufungskommission auf die erste Position der Berufsliste gesetzt, an zweiter Position folgte Prof. Siegfried Heyden (1926-2009) vom Department of Community Health Science des Duke University Medical Center in Durham, USA. Die dritte Position blieb, da man keinen geeigneten Kandidat hätte finden können, vakant. Die Berufungskommission sieht Pflanz „zweifellos an der Spitze der Sozialmediziner im deutschen Sprachgebiet.“⁵⁶⁷

Aus einer handschriftlichen Notiz ist zu entnehmen, dass der Ruf an Pflanz am 15.05.1975 erging, am 6.10.1975 wurde die Berufungsverhandlung aufgenommen, am 30.10.1975 erhielt Pflanz das persönliche Angebot der Universität. Nur einen Tag später legte Pflanz schriftlich seine Forderungen zur Anstellung dar, das Dokument ist in den Unterlagen des Archivs leider nicht übermittelt.⁵⁶⁸

4.7.1 Schaefer und Pflanz – konkurrierende Protagonisten der Sozialmedizin

Aufgrund der Deutlichkeit der Kritik dieses Gutachtens von Schaefer über Pflanz, soll ein kurzer Exkurs das Verhältnis der beiden Wissenschaftler näher betrachten. Auf die Ambivalenz im Verhältnis von Pflanz zur Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin, die seit ihrer Gründung maßgeblich durch die Person Hans Schaefer verkörpert wurde, wurde in dieser Arbeit bereits eingegangen. Maßgeblich für diesen Konflikt mögen auch unterschiedliche Vorstellungen von der neuen Disziplin Sozialmedizin gewesen sein, wie es auch Lengwiler 2018 darstellte.⁵⁶⁹ Für Pflanz ist die Sozialmedizin „Teil der medizinischen Wissenschaft“,⁵⁷⁰ ein integrierendes und interdisziplinäres Fach; an anderer Stelle bezeichnet er die Sozialmedizin zusammen mit der medizinischen Soziologie als „Prototypen zusammenführender Wissenschaften“.⁵⁷¹ Für Schaefer hingegen ist die Sozialmedizin eine „ergänzende Betrachtungsweise“ der

⁵⁶⁶ Lengwiler 2018, S. 124–125.

⁵⁶⁷ UA FU Berlin ProfA 34. Schreiben der Berufungskommission an den Senator für Wissenschaft und Kunst vom 02.01.1975.

⁵⁶⁸ UA FU Berlin ProfA 34. Handschriftliche Notiz.

⁵⁶⁹ Vgl. Kap. 3.4

⁵⁷⁰ Pflanz 1978g, S. 49.

⁵⁷¹ Pflanz 1966a, S. 624.

Schulmedizin.⁵⁷² In einem im Nachlass von Schaefer vorliegendem Schreiben von Schaefer an Prof. Georg Picht⁵⁷³ notiert er: „Ich selbst versuche, medizinische Soziologie und Sozialmedizin als eine möglichst von der Naturwissenschaft her befruchtete Wissenschaft zu entwickeln, frei von Idiologie [sic!] und von reinem Wunschdenken.“⁵⁷⁴ Er grenzt sich hier von Pflanz ab, wenn er schreibt:

„Beide Institute [Anm.: Sozialmedizinische Institute in Heidelberg und Hannover] ziehen in keiner Weise am gleichen Strang, da das Institut in Hannover sehr stark in Richtung einer Soziologie arbeitet und offensichtlich Konzepte entwickelt, die auf eine gesellschaftspolitische Kritik hinauslaufen. Das ist zwar in der Medizin sehr notwendig, denn die Strukturen in der Medizin sind außerordentlich wenig erfreulich. Auf der anderen Seite scheint mit [sic!] eine rein soziologische Einstellung dem Wesen der Sozialmedizin nicht gerecht zu werden.“⁵⁷⁵

Während des schwelenden Konfliktes um die Errichtung eines Fachausschusses zu Ungunsten der Kommission für Epidemiologie und Sozialmedizin, auf den bereits in Kapitel 3.6 eingegangen wurde und bei dem es für Pflanz, wie es aus seinen Schreiben zu entnehmen ist, wohl auch um die Begutachtung von Studienvorhaben durch die Kommission und damit verbundene Zusagen für finanzielle Unterstützung durch die DFG sowie um eine formale Organisation der Medizinsoziologen ging, benennt Schaefer 1969 den augenscheinlichen Disput:

„Was die Medizinsoziologen anlangt, so macht mir das nach wie vor einigen Kummer. Es ist nicht ein einziger Medizinsoziologe unserer Gesellschaft beigetreten, obgleich wir doch gerade deretwegen, um es deutlich zu sagen: wegen der Mitarbeiter Ihres Instituts unsere Satzung geändert haben. Das war also ein voller Fehlschlag und insofern hätten wir es ruhig bei der alten Satzung bewenden lassen können. Was ist da nur los? [...] Ich habe, um das offen zu sagen, auch immer das Gefühl, daß Sie mir mit sehr großer Kritik und Ablehnung gegenüberstehen und ich weiß auch von solchen Äußerungen Dritten gegenüber. Warum sagen Sie mir das nicht klar im Gespräch?“⁵⁷⁶

Inwieweit eine sachliche Auseinandersetzung, um die Schaefer bat, stattgefunden hat, ist nicht zu eruieren. Zumindest antwortet Pflanz am 27.06.1969:

„Wie meistens sind auch in diesem Falle die Vorwürfe in ähnlicher Weise gegenseitig erhoben worden. Aber das betrachte ich als Vergangenheit. Das Kriegsbeil ist begraben, und es freut mich in den letzten Monaten, immer feststellen zu können, daß

⁵⁷² Pflanz 1986 Vorwort Schaefer.

⁵⁷³ Pro. Georg Picht (1913-1982) war ein deutscher Philosoph, der in den 1960er Jahren den Begriff „Bildungskatastrophe“ prägte.

⁵⁷⁴ UAH Nachlass Prof. Schaefer (noch unerschlossen). Korrespondenz Prof. Schaefer 1971_2. Schreiben an Prof. Picht 26. Februar 1971.

⁵⁷⁵ ebd.

⁵⁷⁶ UHA Nachlass Prof. Schaefer (noch unerschlossen), Ordner Med. Epidemiologie. Schreiben von Schaefer an Pflanz 19.06.1969.

auch Ihrerseits das Kriegsbeil begraben ist. Es war eine vorübergehende Phase, die ich als abgeschlossen betrachte.“⁵⁷⁷

Aus der weiteren Korrespondenz geht hervor, dass Schaefer wiederholt die Expertise von Pflanz einholte und ihn im Namen der Kommission um Stellungnahme bat. Gegen Ende der 1970er Jahre scheinen sich Schaefer und Pflanz anzunähern, 1977 scheinen Sie in einer nicht weiter ausgeführten Kritik an der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin, zu dieser Zeit unter der Präsidentschaft von Maria Blohmke, vereint. Schaefer schreibt:

„Daß mir diese Entwicklung nicht gefällt, das darf ich Ihnen freilich offen sagen. Ich wäre Ihnen außerordentlich dankbar, wenn Sie gerade in Richtung einer wissenschaftlichen Entwicklung unserer Gesellschaft Ihren Einfluß in Zukunft geltend machen wollten. Ich stimme Ihnen auch völlig darin überein, daß machtpolitische Aspekte keine Rolle spielen sollten, daß es einzig und allein auf die gedankliche und wissenschaftliche Entwicklung ankommt.“⁵⁷⁸

Von großer Anteilnahme und Anerkennung sind die Briefe von Schaefer an Pflanz nach Bekanntwerden seiner Erkrankung gekennzeichnet. Schaefer bekennt hier:

„Ich wüßte nicht, wer, falls Sie durch Krankheit Ihre Arbeit nicht mehr fortsetzen könnten, Ihre Rolle übernimmt. Sie sind für Deutschland ein unersetzlicher Mahner und Kritiker geworden.“⁵⁷⁹

4.7.2 Bleibeverhandlungen mit der Medizinischen Hochschule Hannover

Mit dem Angebot aus Berlin trat die MHH mit Pflanz in Bleibeverhandlungen. Zur Vorbereitung der Gespräche legte Pflanz seine Vorstellungen, Wünsche und Forderungen schriftlich dar. Pflanz betont hier zunächst, dass die Hochschule realistisch davon ausgehen solle, „daß mit meinem Fortgang die Arbeitsrichtung Epidemiologie und Sozialmedizin an der Hochschule definitiv eingestellt werden müßte.“⁵⁸⁰ Auch in Gießen sei sein Lehrstuhl nach nunmehr acht Jahren und Ausschöpfung zweier Berufungslisten noch nicht wieder besetzt, in Berlin stehe er aus Mangel an qualifizierten Bewerbern an alleiniger Stelle.⁵⁸¹ Pflanz moniert, dass die wesentlichen Elemente seiner Berufungszusagen nach Hannover, die einen äquivalenten Status zu seiner Situation in

⁵⁷⁷ UHA Nachlass Prof. Schaefer (noch unerschlossen), Ordner Med. Epidemiologie. Schreiben von Pflanz an Schaefer 27.06.1969.

⁵⁷⁸ UAH Nachlass Prof. Schaefer (noch unerschlossen), 1977 Schriftwechsel K-Z. Schreiben von Schaefer an Pflanz 15.12.1977.

⁵⁷⁹ UAH Nachlass Prof. Schaefer (noch unerschlossen), 1979 Schriftwechsel N-Z. Schreiben von Schaefer an Pflanz 29.10.1979.

⁵⁸⁰ Arch MHH P 6 Nr. 3 Berufung Prof. Pflanz. Schreiben von Pflanz an den Rektor der MHH vom 10.11.1975.

⁵⁸¹ Aus den Unterlagen des Archives der FU Berlin geht hervor, dass Pflanz nicht der einzige Kandidat, aber zumindest der einzige Kandidat aus dem deutschen Sprachraum war. UA FU Berlin ProfA 34. Schreiben der Berufungskommission an den Senator für Wissenschaft und Kunst vom 02.01.1975.

Gießen hätten herstellen sollen, nicht erfüllt worden seien. Er nennt hier folgende drei Punkte:

1. „Das Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin wird Teil eines Departments für Öffentliche Gesundheitspflege, welches die Institute für Arbeitsmedizin, Allgemeine Hygiene, Sportmedizin und Ernährungswissenschaften einschließt. Diese Institute werden im geplanten Institutskomplex III entsprechend den Vorschlägen des Gründungsausschusses untergebracht. Hochschule und Ministerium setzen sich dafür ein, daß dieser Institutskomplex III bevorzugt erstellt werden kann.
2. Die Verwaltung wird die Hochschullehrer und Institute weitgehend entlasten.
3. Die Hochschule wird ein leistungsfähiges Rechenzentrum installieren, welches sämtliche im Rahmen der Epidemiologie anfallenden Arbeiten (einschl. der Programmierarbeit) übernehmen und die notwendigen Geräte und Rechenzeiten bereitstellen wird.“⁵⁸²

Pflanz scheint desillusioniert, dass es die MHH – wie ursprünglich angestrebt – ermöglichen werde, „dem Bereich der öffentlichen Gesundheitspflege (im Sinne von Community Medicine) innerhalb des Hochschulaufbaues und des Unterrichtes neben der theoretischen und der klinischen Medizin Gleichberechtigung zu verschaffen.“⁵⁸³

Einige wichtige Punkte des 15 Seiten umfassenden Schreibens von Pflanz sollen in Zusammenschau mit einem Manuskript, in dem zu einigen Forderungen von Pflanz Stellung genommen wird, herausgegriffen werden.

An erster Stelle fordert Pflanz von der Hochschule eine Stellungnahme zur Orientierung der MHH in Bezug auf die Priorisierung des Gebietes der öffentlichen Gesundheitspflege. Es geht ihm hier um zwei Punkte: 1. Inwieweit die MHH an ihrer ursprünglichen Reformorientierung festhalte, dem Bereich öffentliche Gesundheitspflege in Unterricht und Forschung mehr Gewicht beizumessen; 2. Inwieweit die Hochschule gewillt sei, im Rahmen des Departments für Öffentliche Gesundheitspflege einen bevölkerungsorientierten Ansatz im Gegensatz zur rückschrittlichen Orientierung auf sich selbst und die eigenen Patienten zu wählen.⁵⁸⁴ Im Vermerk zum Brief von Pflanz heißt es hierzu knapp:

„Hier wird die Frage nach der Höhe der Priorität es Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin an der MHH gestellt. Vorerst wird es sicherlich aber kaum Chancen

⁵⁸² Arch MHH P 6 Nr. 3 Berufung Prof. Pflanz. Schreiben von Pflanz an den Rektor der MHH vom 10.11.1975.

⁵⁸³ ebd.

⁵⁸⁴ ebd.

geben, daß ursprünglich einmal geplante Konzept weiter zu verfolgen, da haushaltsmäßig keine Mittel in absehbarer Zeit für die MHH zu erwarten sind.“⁵⁸⁵

Pflanz fordert zudem die Erneuerung des Konzeptes des Departments für Öffentliche Gesundheitspflege. Zusätzlich zu den bestehenden Abteilungen für Epidemiologie und Sozialmedizin, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie sollen folgende Institute, Abteilungen und Arbeitsgruppen etabliert werden: Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin, Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Umwelthygiene, Abteilung Arbeits- und Sportphysiologie, Abteilung Allgemeinmedizin, Arbeitsgruppe menschliche Ernährungslehre. Insbesondere die vorgesehene Professur für Allgemeinmedizin, die nach amerikanischem Modell zusätzlich dem Department Innere Medizin zugeordnet werden solle, nennt Pflanz ausdrücklich als Bleibekriterium.⁵⁸⁶

Ein weiterer Konflikt ist für Pflanz die Finanzierung des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin und die Problematik der verzögerten Abrechnung von Drittmitteln, die eine Behinderung des Forschungsprozesses darstelle. Insbesondere in Bezug auf die Sachmittel sei das Angebot aus Berlin erheblich attraktiver. Weitere Punkte beziehen sich auf die Anerkennung von Pflanz' Tätigkeit als Vizepräsident der Akademie für Sozialmedizin und als Berater für verschiedene Institutionen – Tätigkeiten, die zulasten seiner Anwesenheit und der Lehrtätigkeit an der MHH gingen, aber zeitgleich im unmittelbaren Interesse der MHH lägen.⁵⁸⁷

Zuletzt geht Pflanz auf zwei Aspekte ein, die dazu beigetragen hätten, dass er sich mit dem Gedanken anfreunde, nach Amerika zu gehen – auch wenn er zugibt, dass die genannten Faktoren vermutlich außerhalb des Kompetenzbereichs der Hochschule liegen. Zum einen beklagt Pflanz die mangelnde Beteiligung der Studierenden an den Veranstaltungen, ein Problem, das er auch in seinem Bericht über die Erfahrungen in Farmington ansprach. Zuletzt thematisiert Pflanz in seinem Schreiben nichts weniger als die Freiheit von Forschung und Lehre. Nach seiner Erfahrung seien es insbesondere die ärztlichen und zahnärztlichen Standesorganisationen, die zum Teil ganz offen in diese Freiheiten eingriffen. Pflanz bezweifelt, dass sich der Rektor in einem konkreten Fall einschalten würde – zumal sich die Hochschule hier auch in einem Abhängigkeitsverhältnis befinde.⁵⁸⁸ Pflanz' Bedenken bzgl. der Gefahr der Instrumentalisierung, die er bereits in seiner Eröffnungsrede des Institutes im Mai 1968 ansprach, scheinen für ihn bittere Wahrheit geworden zu sein.

⁵⁸⁵ Arch MHH P 6 Nr. 3 Berufung Prof. Pflanz. Vermerk zu dem Brief von Herrn Professor Dr. Pflanz Der Verfasser des Manuskriptes ist aus dem Dokument nicht ersichtlich. Es liegt nahe, dass es sich um Notizen des Rektors handelt.

⁵⁸⁶ Arch MHH P 6 Nr. 3 Berufung Prof. Pflanz. Schreiben von Pflanz an den Rektor der MHH vom 10.11.1975.

⁵⁸⁷ ebd.

⁵⁸⁸ ebd.

Bemerkenswert scheint auch, dass Pflanz dem Kurator der MHH zur Vorbereitung auf das Gespräch auch eine Publikation von Prof. v. Ferber beilegte. Die darin dargestellten Vorstellungen über die Funktion eines Institutes für Sozialmedizin und dessen Verantwortung für die Gesellschaft betrachte er weitgehend als Grundlage seiner Arbeit.⁵⁸⁹

Die zentralen Forderungen, die Ferber an die Sozialmedizin stellt, um zur Lösung der Strukturkrise einen Beitrag zu leisten, sollen im Folgenden kurz dargelegt werden:

1. Beim Aufbau sozialmedizinischer Fächer⁵⁹⁰ müssten von Anfang an nicht nur die ärztliche Ausbildung, sondern auch die Ausbildung der sozialmedizinischen Berufe im Gesundheitswesen in den Blick genommen werden, also die Ausbildung von klinischen Psychologen, Medizinsoziologen, Sozialarbeitern im Gesundheitswesen, Gesundheitsökonomien und Gesundheitsplanern.
2. Es bedürfe zur Forschungsorganisation und -förderung eines interdisziplinären Verbundes. Zudem müssten Möglichkeiten geschaffen werden, akademische Karrierewege für alle beteiligten Disziplinen zu öffnen. Im Rahmen von sozialmedizinischen Forschungsstätten müsse man Dauerstellen für Forschungsarbeiten vorsehen, um für qualifizierte Wissenschaftler eine zufriedenstellende berufliche Sicherung zu gewährleisten.
3. Dem Praxisbezug sozialmedizinischer Forschung misst Ferber eine besondere Bedeutung zu. Die Forschung müsse stets darauf abzielen, Probleme der Praxis zu lösen und umsetzbare Ergebnisse zu präsentieren. Dabei sei eine enge Kooperation mit den Einrichtungen des Gesundheitswesens zentral, die dort erhobenen Informationen sollten durch gezielte Erhebungen ergänzt werden.⁵⁹¹

Ferber setzt in seinen Forderungen optimistisch voraus, „daß bei der Reorganisation und Modernisierung medizinischer Fachbereiche reformbewußte Mediziner und Gesundheitsminister darauf dringen werden, daß die sozialmedizinischen Fächer mit Vorrang gefördert werden.“⁵⁹² Er schlägt vor, dass man vor der Einrichtung sozialmedizinischer Institute eine regionale Bedarfsermittlung durchführen könne, um somit das Interesse der örtlichen Institutionen des Gesundheitswesens zu wecken, Schwerpunkte für die sozialmedizinische Forschung festzulegen und eine konkrete

⁵⁸⁹ Arch MHH P 6 Nr. 3 Berufung Prof. Pflanz. Schreiben von Pflanz an den Rektor der MHH vom 10.11.1975.

⁵⁹⁰ Darunter fasst Ferber die medizinische Epidemiologie, klinische Psychologie, Allgemeinmedizin, Arbeits- und Sozialmedizin, Medizinsoziologie, Gesundheitsökonomie und -planung.

⁵⁹¹ Vgl. Ferber 1975, S. 5–7.

⁵⁹² Ferber 1975, S. 6.

Verpflichtung für den berufenen Wissenschaftler zu schaffen.⁵⁹³ Ferber bringt seine Forderung noch einmal auf den Punkt:

„Mit anderen Worten, es muß schon bei der Planung und Entwicklung der Sozialmedizin an den Hochschulen bedacht werden, daß sie ein Kristallisationskern und ein Initiativzentrum für die Entfaltung gesundheits-politischer Aktivität sein muß. Genauso wie von dem Bau einer modernen Klinik oder von einem Herzzentrum bestimmte Erwartungen für die medizinische Versorgung eines Einzugsgebietes eingelöst werden müssen, gilt dies für die Sozialmedizin hinsichtlich der Problemerkennungs- und -lösungskapazität für die gesundheitspolitischen Fragen einer Region.“⁵⁹⁴

Am 25. Mai 1976 unterschrieb Pflanz die Bleibvereinbarung mit der Medizinischen Hochschule Hannover.⁵⁹⁵ Am Ende des Schreibens mit seinen Vorstellungen und Wünschen betont er eigens, keine materiellen Forderungen gestellt zu haben. Es gehe ihm vielmehr darum, „daß vieles eindeutig festgestellt wird, das vor 8 Jahren festgelegt und eindeutig schien, aber inzwischen ohne Benachrichtigung, meist auch ohne meine Beteiligung, in Zweifel steht oder umdefiniert wurde.“⁵⁹⁶

Der für ihn vorgesehene Lehrstuhl in Berlin wurde daraufhin Prof. Heyden angeboten, der den Ruf Ende Januar 1978 ebenfalls ablehnte.⁵⁹⁷

4.8 Forschungsprojekte am Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover

In den folgenden Jahren wurde es hochschulpolitisch ruhig um Manfred Pflanz und sein Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie. Um abschließend noch einen Blick auf die umfangreiche Forschungsarbeit von Pflanz in seiner Zeit in Hannover zu werfen, sollen die Projekte des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin aufgezählt werden. Hier kann kein Anspruch auf Vollständigkeit gestellt werden. In den Mitteilungen der MHH erfolgt erst ab 1972 eine Auflistung der Forschungsvorhaben, diese Lücke kann zum Teil durch die eigene Recherche und durch die Darstellung des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin in der Festschrift zum 20-jährigen Bestehen der MHH gefüllt werden.⁵⁹⁸

⁵⁹³ Vgl. Ferber 1975, S. 7.

⁵⁹⁴ ebd.

⁵⁹⁵ Die Bleibvereinbarung lag im Archivmaterial der MHH nicht vor.

⁵⁹⁶ Arch MHH P 6 Nr. 2 Epidemiologie und Sozialmedizin. Schreiben von Pflanz an den Rektor der MHH vom 10.11.1975, S. 15.

⁵⁹⁷ UA FU Berlin ProfA 34. Vermerk Prof. Hierholzer.

⁵⁹⁸ Für eine umfassendere Übersicht über die Forschung von Pflanz sei auf Kapitel 5 verwiesen. Bei Angabe der Laufzeit in den Mitteilungen hier Angabe in Klammern. Projekte, bei denen Pflanz explizit beteiligt war, sind mit einem * markiert. Beteiligte Wissenschaftler sind in den Mitteilungen erst ab 1976 angegeben. Falls vorhanden werden tiefergehende Informationen in der Fußnote angegeben

- 1969⁵⁹⁹ Studie über den „Gesundheitszustand der 50jährigen Hannoveraner“ (1969-1974); gefördert durch die DFG
- 1971⁶⁰⁰ Studie über die Inzidenz und Letalität der Appendektomie in der Bundesrepublik Deutschland und im internationalen Vergleich mit retrospektiver Studie über die Inzidenz der Appendektomie in Hannover
- 1972⁶⁰¹ Krankenhaussoziologische Forschung, Forschung zur med. Ökologie und med. Geographie, Erprobung von Fragebögen als Forschungsinstrument der Epidemiologie
Fortsetzung der WHO Studie „Medizinische Ökologie einer Großstadt“: Ökologisch-geographische Analyse der Säuglingssterblichkeit, der spezifischen Mortalität und der Arztdichte in Niedersachsen
Validitäts- und Reliabilitätsstudie an postalisch versandten Fragebögen (Grippe, psychische Störungen)
Pilotstudie krankenhausesoziologischer Einzelfragen
Entwicklung eines Fettsuchtindex
Zusammenhang zwischen Trinkwasserhärte und Sterblichkeit
- 1973⁶⁰² Ökologische Analyse der Sterbefälle der Säuglingssterblichkeit und der Ärztezahlin Niedersachsen
Interaktion auf Krankenstationen
Epidemiologische Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Wasserhärte und der Mortalität an Herz-Kreislaufkrankheiten
Teilhaber der internationalen Untersuchung der WHO „Study about dental manpower system in relation to oral health status“ mit Unterstützung des BMJFG⁶⁰³ sowie der WHO
- 1974⁶⁰⁴ Mortalität in Beziehung zum SO₂ Gehalt der Luft in Hannover
Erfolgskontrolle schulpsychologischer Beratung
Verhaltenstherapie bei Adipösen
Die Abhängigkeit der Mortalität von der Trinkwasserqualität in Hannover
Versuch eines Kostenvergleichs in ausgewählten Sektoren des Gesundheitswesens der BRD mit Hilfe der in der Literatur beschriebenen Cost-Benefit-Analyse

⁵⁹⁹ Nach Rohde und Schwartz konnte die Studie, insbesondere die Nachuntersuchung nach zehn Jahren durch die Erkrankung von Pflanz nicht zu Ende geführt werden, sie habe „aber entscheidend mit dazu beigetragen, das Interesse an einer multifaktoriell orientierten Epidemiologie und Risikofaktorenmedizin zu etablieren“. Rohde; Schwartz 1985, S. 207. Zu den Ergebnissen der Studie sei auf Kapitel 4.4.1 verwiesen.

⁶⁰⁰ Pflanz 1971b.

⁶⁰¹ Arch MHH FL 2 Nr. 2 Mitteilungen der MHH. Mitteilungen der MHH Nr. 8 1972, S. 49-52.

⁶⁰² Arch MHH FL 2 Nr. 2 Mitteilungen der MHH. Nr. 9 1973, S. 62-66.

⁶⁰³ Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit

⁶⁰⁴ Arch MHH FL 2 Nr. 2 Mitteilungen der MHH. Nr. 10 1974, S. 45-48.

- Ökonomische und soziale Bedingungen in Beziehung zur Mortalität in Niedersachsen mit Hilfe der Faktorenanalyse und Regressionsanalyse
- Soziale Pharmakologie
- Gruppenpraxen in internationaler Perspektive
- Soziale Gegebenheiten als Gesundheitsrisiko
- Studie zum Krankheitsbefall bei Grippeerkrankungen
- Die Krankenhaussituation ausländischer Kinder in Hannover. Finanziert durch Institutsmittel und Mittel des Gesundheitsamtes Hannover
- 1975⁶⁰⁵ Mischgruppenvalidierung bei zwei Diagnoseverfahren und unbekanntem Prävalenzen
- Studie zum Gesundheitsverhalten (Krebsforschung bei der Firma Continental Hannover)
- Lebenssituation, Gesundheitszustand, medizinische Versorgung behinderter ausländischer Kinder und Jugendlicher in der BRD
- Psychologische Situation von Kindern im Krankenhaus
- 1976⁶⁰⁶ Entwicklung eines statistischen Verfahrens zur Schätzung und zum Vergleich von Sensitivität und Spezifität zweier Diagnoseverfahren
- * Evaluation von Herz-Kreislauf-Früherkennungsuntersuchungen, Sekundäranalyse; gefördert durch BMJFG und die Kassenärztliche Vereinigung
- Medizin-soziologische Untersuchungen zur Erklärung der Säuglingssterblichkeit und zur Entwicklung von Möglichkeiten zu ihrer Verringerung; gefördert durch BMJFG (1976-1979)
- Modellaktion „Psychiatrische und psychotherapeutische psychosomatische Versorgung“; gefördert durch BMJFG (1976-1978)⁶⁰⁷
- Mitarbeit an der vom BMJFG in Auftrag gegebenen Planungsstudie zur Psychiatrie-Enquete (1975-1976)
- 1977⁶⁰⁸ * Analyse und kritische Bestandsaufnahme von bisher in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführten Untersuchungen zur Früherkennung von Herz- und Kreislaufkrankheiten (1976-1977); Kostenträger: Bund
- 1978⁶⁰⁹ Abschätzung von Risikofaktoren mittels linearlogistischer Modelle

⁶⁰⁵ Arch MHH FL 2 Nr. 2 Mitteilungen der MHH. Band 11 1975, S. 45.

⁶⁰⁶ Arch MHH FL 2 Nr. 2 Mitteilungen der MHH. Band 12 1976, S. 73-74.

⁶⁰⁷ Hier ist auch eine Erläuterung des Projektes eingefügt: Im Standardversorgungsgebiet der Psychiatrischen Klinik der MHH wird eine Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche errichtet, welche gemeinsam mit einer bereits bestehenden Beratungsstelle für erwachsene psychisch Kranke vorgehalten wird. Dieser Modellversuch einer integrierten Beratungsstelle soll evaluiert werden. Die Tätigkeit der vom Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Hannover vorgehaltenen psychiatrischen Beratungsstellen soll evaluiert werden. Es wird die Situation der Patienten untersucht, die von der Psychiatrischen Klinik der MHH und der Städtischen Nervenambulanz Langenhagen in psychiatrische Großkrankenhäuser bzw. in Heime verlegt werden

⁶⁰⁸ Arch MHH FL 2 Nr. 3 Mitteilungen der MHH. Band 13 1977, S. 79.

⁶⁰⁹ Arch MHH FL 2 Nr. 3 Mitteilungen der MHH. Band 14 1978, S. 83-84.

* Atlas über die Verteilung der Mortalität in den Landkreisen Niedersachsens 1968 bis 1971 (1974-1980)⁶¹⁰

Sprachverhalten psychisch Kranker (1977-1979)

Die Familie in der Auseinandersetzung mit der schizophrenen Erkrankung eines Sohnes (1977-1979)⁶¹¹

Medizin-soziologische Untersuchungen zur Erklärung der Säuglingssterblichkeit und zur Entwicklung von Möglichkeiten zu ihrer Verringerung (1976-1979)

* Möglichkeiten der epidemiologischen Überwachung des Gesundheitszustandes in Gebieten mit unterschiedlicher Luftverunreinigung in der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung eines praktikablen methodischen Ansatzes zur epidemiologischen Erforschung der gesundheitlichen Auswirkungen von Luftverunreinigungen (1978-1980)

Interaktion in Familien Schizophrener. Quantitative Untersuchung der Interaktionsstile in Familien mit einem ersthospitalisierten schizophrenen Sohn anhand von Videoaufzeichnungen von Familiengesprächen. Untersuchung der interpersonellen Wahrnehmung mit Hilfe des Gießentests (1975-1978)

1979⁶¹²

* Leukämiehäufigkeit im Kindesalter in der Umgebung des Kernkraftwerkes Lingen⁶¹³

Auseinandersetzung der Familie mit der schizophrenen Erkrankung eines Sohnes

Zusammenhang zwischen familiärer Interaktion und Institutionskarriere männlicher schizophrener Kranker (1979)

* Herz-Kreislauf-Früherkennungsuntersuchung VW/Salzgitter; Auswertung eines Modellvorhabens der Betriebskrankenkassen Volkswagenwerk AG, Salzgitter AG und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (1979-1980)

Die Röteltiterbestimmung in der Schwangerschaftsvorsorge; epidemiologische und sozialmedizinische Beiträge zu einem Vorsorgeprogramm (1979-1980)

⁶¹⁰ Mit Hilfe von SYMAP-Programmen werden die altersstandardisierten Raten für ca. 100 ausgewählte Todesursachen in den Jahren 1968 bis 1971 für jeden der 75 Kreise Niedersachsens (vor der Gebietsreform) ausgedruckt und in Form eines Atlasbandes zusammengestellt. Ein Bezug zu sozioökonomischen Daten wird mit Hilfe von Korrelationsrechnungen hergestellt.

⁶¹¹ Die Untersuchungen zur Situation und Interaktion von Familien schizophrener erkrankter Söhne ist nach Rohde Teil eines Arbeitsschwerpunktes, der bis zu seinem Ruf auf die Professur für Sozialpsychiatrie an der Universität Hamburg 1984 von Prof. Dr. med. Mathias Angermeyer geleitet wurde. Weitere Themen dieser auch international anerkannten sozialpsychiatrischen und psychiatrisch-soziologischen Forschung sind nach Rohde Untersuchungen zur Suizidmortalität in Niedersachsen, zur Hospitalisierungsrate psychiatrischer Patienten, zum sozialen Netzwerk psychisch Behinderter und zur Frage der Entwicklung der psychotherapeutischen Versorgung. Rohde/Schwartz 1985, S. 208.

⁶¹² Arch MHH FL 2 Nr. 3 Mitteilungen der MHH. Band 15 1979, S. 73-75.

⁶¹³ Über einen 10-Jahreszeitraum von 1968-1977 wurden im Emsland-Kreis und in Gesamt-Niedersachsen die Sterbefälle an Leukämie der 0-15-jährigen Bevölkerung ausgewertet. Die altersstandardisierten Raten wurden jeweils auf die entsprechende Bevölkerung der einzelnen Jahre bezogen und auf Signifikanz untersucht.

* Exploratorische Untersuchung zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Ärzten sowie von Angehörigen der Oberschicht, gefördert durch die DFG (1979-1980)⁶¹⁴

1980⁶¹⁵ Gesundheitsatlas – Grundlagendaten für die Bedarfsplanung in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung Niedersachsens (1980-1983)
Institutionskarrieren psychiatrischer Patienten (1980-1981)
Herz-Kreislauf-Früherkennungsuntersuchung VW/Salzgitter; Daten eines Programmes zur Früherkennungsuntersuchung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus den Jahren 1974-1979 werden epidemiologisch ausgewertet (1979-1981)

⁶¹⁴ Mit Hilfe von standardisierten Interviews wird die Frage untersucht, ob der unterschiedliche Informationsstand sowie die unterschiedliche Einstellung zur Gesundheit und zur Medizin bei der Ober-, Mittel- und Unterschicht zu einem differenten Gesundheits- und Krankheitsverhalten führen. Von Interesse ist auch, inwieweit das nur den Ärzten verfügbare spezifische Wissen deren Gesundheits- und Krankheitsverhalten beeinflusst.

⁶¹⁵ Arch MHH FL 2 Nr. 3 Mitteilungen der MHH. Band 16 1980, S. 54.

Manfred Pflanz verstarb am 27. Juli 1980 in Hannover nach schwerer Krankheit. Die Medizinische Hochschule Hannover zeigt sich über den Verlust dieses „ausgezeichneten Wissenschaftler[s] und hilfsbereiten Menschen“ tief betroffen.⁶¹⁶ Den Nachruf in der Monatsschrift der MHH verfasste sein langjähriger Kollege Prof. Dr. Johann Jürgen Rohde, der hier zum Abschluss mit seiner Würdigung der Person und des Wissenschaftlers Manfred Pflanz noch zu Wort kommen soll:

„Am 27. Juli 1980, zwei Monate vor Vollendung seines 57. Lebensjahres, erlag Dr. med. Manfred Pflanz, Professor für Epidemiologie und Sozialmedizin im Zentrum für Öffentliche Gesundheitspflege, einer schweren Krankheit. Die Medizinische Hochschule Hannover, die ihn 1967 als ersten Ordinarius des Fachgebiets in der Bundesrepublik Deutschland berief, verliert in ihm einen Wissenschaftler, der durch sein Wirken als Forscher, Lehrer und Publizist viel zu dem nationalen und internationalen Ansehen dieser vergleichsweise jungen Ausbildungsstätte für Mediziner und Zahnmediziner beigetragen hat.

Mit dem Gewicht seiner umfassenden Sachkundigkeit hatte er innerhalb des Kreises der medizinischen Wissenschaften die Stellung oft umstrittener ‚neuer‘ Disziplinen und Forschungsrichtungen begründet, gefördert und verteidigt: neben der Epidemiologie und Sozialmedizin auch die Medizinische Soziologie, Medizinische Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie, Medizinische Statistik, Medizinische Ökonomie, Allgemeinmedizin und Präventivmedizin.

Als Mitbegründer der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V., deren Vizepräsident er bis zu seinem Tode war, hat Professor Pflanz mit hervorragendem Gespür für Wesentliches, aber jenseits aller Effekthascherei dafür gesorgt, daß sozialmedizinische Probleme in Fortbildungsveranstaltungen für alle am Gesundheitswesen beteiligten Berufe aufgegriffen, verhandelt und diskutiert wurden. [...]

Nach dem Studium der Medizin und Psychologie in Berlin, Freiburg, Straßburg und München hatte er zunächst die Absicht, sich der Kinder- und Jugendpsychotherapie zu widmen. Die enge Zusammenarbeit mit Thure von Uexküll führte dann aber dazu, daß er Facharzt für Innere Medizin wurde und sich für Innere Medizin und Psychosomatik habilitierte. [...]

Die Liste der wissenschaftlichen Veröffentlichungen umfaßt 250 Titel, ungeachtet der kaum zu zählenden Vorträge und Expertisen, die dieser unermüdliche und gegenüber sich selber schonungslose Arbeiter verfaßte. Sein Gesamtwerk ist so breit und differenziert zugleich, daß man es in Kürze nicht würdigen kann. Hier läßt sich allenfalls exemplarisch andeuten, wie sehr sich Manfred Pflanz ‚vor der Zeit‘ auf der Höhe der Zeit befand.

⁶¹⁶ Hundeshagen; Franke-Stehmann; Kabbara 1980.

Bereits Mitte der 50er Jahre hat er eine Studie über die Wirkung von Psychopharmaka durchgeführt. Die Problematik der Ethik des Forschers, die Manfred Pflanz niemals mehr losließ, war damals schon bei ihm so sehr entwickelt, daß er die zu testenden Substanzen stets auch selbst ‚probierte‘, ehe er sie den Testpersonen zumutete. [...]

Er war in allen Fragen der gesundheitlichen Versorgung und des medizinischen Handelns ein äußerst kritischer, jedoch stets redlicher Mahner. Denn redlich wird man wohl den nennen können, der bereit war, sich zwischen sämtliche Stühle zu setzen, um skeptisch gegenüber jeder Position bleiben zu können, die vorgibt, der Weisheit letzter Schluß sozusagen in der Tasche zu haben. [...]

Wer es in der sozialmedizinischen Ausrichtung mit Wissenschaft ernst meint, der wird wissen, was ihm mit dem Tode von Manfred Pflanz verlorengegangen ist, zugleich jedoch bewahrt bleibt in seinem Werk. Dieses aufzuarbeiten und fortzuführen ist in erster Linie die Aufgabe der Medizinischen Hochschule Hannover, aber auch aller derer, die im In- und Ausland dem Verstorbenen freundschaftlich und kollegial verbunden waren.“⁶¹⁷

Von noch größerer Bewunderung, menschlicher Nähe und Trauer ist der Nachruf seiner Kollegin Magdalena Sokolowska in „ihrer“⁶¹⁸ Zeitschrift *Social Science and Medicine*, der hier in Ausschnitten wiedergegeben werden soll:

„It is difficult to accept the loss of an invaluable friend. Only now, one year after his death am I able to do what he jokingly said to me several years ago: “When I die write a nice article about me for our journal”. I remember answering that I could do that only if he supplied me with a comprehensive list of his activities, because it had been impossible to follow all his interests or to give a full account of what and where he studied and wrote. Such a list has never been compiled. Therefore I am only able to produce a partial account of that giant of a man. [...]

He was an extraordinarily gifted person, with a scientific mind and insatiable curiosity. He was a critical spirit also, always asked ‘why’ and answered ‘yes, but...’ and nothing diverted his search for the right answer. It goes without saying that such an attitude did not make life easy. However, scientific truth was his highest value. He never compromised in that area.

Scientific truth was for Manfred more than an abstraction. The search for it was directed toward one fundamental goal; to find the best possible ways to serve the sick, and help the suffering. Since it is medicine that in developed countries is the main institution aimed at serving the sick, the central theme of Manfred’s work was

⁶¹⁷ Rohde 1980, S. 1–2.

⁶¹⁸ Sokolowska und Pflanz fungierten beide über Jahre als Mitherausgeber der Zeitschrift. Vgl. Kap. 4.6.2

devoted to a critical examination of medicine as knowledge and as a system of action. [...]

Personally he was shy and soft-spoken, kind, thoughtful and considerate. He was the best possible friend. I was honoured by his friendship.

It is June 1981, Holland. The Seventh International Conference on Social Science and Medicine finished today. There were more than 180 participants from 29 countries. I am sure he would have enjoyed it. He will stay forever in our memory and his work remains a lasting memorial for the benefit of those who come after us.”⁶¹⁹

⁶¹⁹ Sokolowska 1981, S. 125–126.

5. Publikationen

5.1 Inauguraldissertation

Manfred Pflanz legte seine Dissertation im Jahr 1948 unter dem Titel „Studie zur Funktionellen Biologie des Wasserhaushaltes“ an der Medizinischen Fakultät der Ludwig - Maximilians - Universität in München vor. Er war zu dieser Zeit an der Medizinischen Klinik unter Direktor Prof. Dr. Gustav von Bergmann tätig.⁶²⁰

Die Arbeit sei ein Versuch, „eine Analyse des Wasserhaushaltes auf biologische Sinnzusammenhänge hin“ zu erstellen.⁶²¹ Eine Untersuchung der Beeinflussung des Wasserhaushaltes durch psychische Faktoren bilde den Ausgangspunkt der Arbeit, die Pflanz im Literaturverzeichnis als unveröffentlichte Promotionsschrift zur Erlangung des Dokortitels der Philosophie charakterisiert.⁶²² Unter „Funktioneller Biologie“ verstehe er die Berechtigung der Biologie als Wissenschaft zur Erforschung des Wesens des Lebendigen, sowie das Erkennen von „sinn- und bedeutungsvolle[n] Zusammenhänge[n]“.⁶²³

Pflanz orientierte sich in seiner Abhandlung an der „Funktionelle[n] Pathologie“ von Gustav von Bergmann und der „Theoretische[n] Biologie“ und der „Bedeutungslehre“ von Jakob von Uexküll.⁶²⁴ Von Bergmann gilt mit seiner „Funktionelle[n] Pathologie“ als einer der Väter der Psychosomatik.⁶²⁵ Jakob von Uexküll, der Vater von Thure von Uexküll, war Biologe und Begründer der Umweltforschung.⁶²⁶ Pflanz sieht seine Untersuchung als Versuch der praktischen Anwendung dieser Arbeiten am Beispiel des Wasserhaushaltes.⁶²⁷

Den Hauptteil der Dissertation bildet die Darstellung des Forschungsstandes zu Regulationsmechanismen des Wasserhaushaltes. Pflanz geht auf die hormonelle, nervale, zentralnervöse und vasomotorische Regulation des Wasserhaushaltes ein, ebenso auf die Bedeutung der Gewebe für den Wasserhaushalt. Er erläutert die Vorgänge der Flüssigkeitsaufnahme und -ausscheidung. Pflanz steht sowohl den rein physiologischen als auch den rein psychologischen Theorien über Entstehung und Stillung des Durstes ablehnend gegenüber. Funktionell-biologisch müsse man subjektive und objektive Faktoren berücksichtigen, die gleichberechtigte Bestandteile

⁶²⁰ Vgl. Kap. 4.1.3

⁶²¹ Pflanz 1948, S. 1.

⁶²² Vgl. Kap. 4.1.2

⁶²³ ebd.

⁶²⁴ Bergmann 1932., Uexküll, J. 1920, Uexküll, J. 1940.

⁶²⁵ Vgl. Hünsche 2019. Zur Vertiefung von Leben und Werk von Prof. Dr. Gustav von Bergmann sei auf die Dissertationsschrift von Alexandra Hünsche verwiesen.

⁶²⁶ Vgl. Otte 2001, S. 11.

⁶²⁷ Vgl. Pflanz 1948, S. 2–3.

eines Funktionskreises⁶²⁸ seien. Pflanz skizziert zudem den Forschungsstand zur Bedeutung des Wassers, der Ionen und der Kolloide für den menschlichen Organismus. Die Methodik vieler Untersuchungen zu diesem Themengebiet sei unzureichend, so werde häufig die Ernährung der Vorperiode nicht genügend berücksichtigt und auch die Blutentnahme an der Fingerbeere stelle durch affektiv ausgelöste Vasokonstriktion eine Fehlerquelle bei der Untersuchung der Blutzusammensetzung dar. Die Zusammensetzung des Blutes variere zudem zwischen verschiedenen Strombahnen und Orten, weitere Fehlerquellen seien unterschiedliche Methoden zur Bestimmung einer Hydrämie, des Eiweißgehaltes, der Erythrozytenzahl und des Hb-Gehaltes. Hier sieht Pflanz die Widersprüche zwischen unterschiedlichen Studien begründet. Weitere Bedeutungsfaktoren werden untersucht, wie die Zeit, meteorobiologische Einflüsse, individuelle Pläne, psychische Faktoren und bedingte Reflexe. Im letzten Abschnitt des Hauptteils erörtert Pflanz Faktoren, die sich störend auswirken und stellt hierzu den Forschungsstand zu Diuretika und Schlafmitteln vor.⁶²⁹

Dazu ordnet Pflanz im Schlussteil seine Ergebnisse theoretisch in die Funktionelle Biologie ein. Eine Skizze des biologischen Kreises des Wasserhaushaltes erläutert dies anschaulich. Erfolgsorgane und Regulationen seien „integrative[n] Glieder[n] eines Kreises“⁶³⁰ in willkürlicher Reihenfolge. Jedes dieser Glieder stünde über den Funktionskreis in Beziehung zum Subjekt des Wasserhaushaltes. Pflanz veranschaulicht diese Theorie am Beispiel von Diabetes insipidus, der eine Betriebsstörung des biologischen Kreises des Wasserhaushaltes darstelle, dessen Auslösung von jedem beliebigen Glied des Kreises möglich sei.⁶³¹

5.2 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Die ersten Veröffentlichungen von Pflanz waren geprägt von seiner klinischen Arbeit unter Thure von Uexküll und seinem Studium der Psychologie.⁶³²

Pflanz veröffentlichte 1952 gemeinsam mit Thure von Uexküll den Artikel „«Entlastung» als pathogenetischer Faktor, ein Beitrag zum Problem der Begriffe «Belastung» und «Entlastung»“. Die Untersuchung stellt vermutlich eine der ersten Rezeptionen von Hans

⁶²⁸ Der Begriff des Funktionskreises geht auf Jakob v. Uexküll zurück. Vgl. Uexküll 1920, S. 97-100; 115-118.

⁶²⁹ Vgl. Pflanz 1948, S. 4–41.

⁶³⁰ Pflanz 1948, S. 43.

⁶³¹ Vgl. Pflanz 1948, S. 41–45.

⁶³² Vgl. Kap. 4.1.2 und 4.2

Selye's Begriff des „Stress“ im deutschen Kontext dar, auf den sich die Autoren auch in ihrer Einleitung beziehen.⁶³³

Den Anstoß für diese Untersuchungen hätten unter anderem Erfahrungen von Thure von Uexküll gegeben, der im Jahre 1945 eine Betreuungsstelle des Roten Kreuzes für entlassene Insassen aus Konzentrationslagern leitete. Gegen seine Erwartungen habe die Zahl der Behandlungsbedürftigen trotz Therapie von Unterernährung und Infektionskrankheiten zugenommen. So betreute er einen Polen jüdischen Glaubens, dessen Herzbeschwerden und Panikattacken im Konzentrationslager verschwunden und wenige Wochen nach der Befreiung zurückkehrte waren.⁶³⁴ Die Autoren führen noch weitere Fallbeispiele an, die ihre Hypothese stützen, dass der plötzliche Wegfall psychisch und physischer Beanspruchung zu Störungen, auch im somatischen Bereich führen könne. Besonders häufig seien anginöse Herzbeschwerden ohne organischen Befund, sowie eine vegetativ-nervöse Übererregbarkeit ohne Nachweis einer hyperthyreotischen Stoffwechsellage. Oft lägen mehrere Monate zwischen der Befreiung aus dem Konzentrationslager und dem Beschwerdebeginn.⁶³⁵

Der These könne man entgegensetzen, der Zusammenhang sei zufällig oder der Schaden bereits während der «Belastung» entstanden und werde erst durch deren Ende manifest. Diese Einwände klären das Phänomen jedoch für die Autoren nur im Einzelfall. Ein weiteres Argument bezieht sich auf die Begriffe «Belastung» und «Entlastung». Die Autoren erläutern, dass eine Situation, die von außen betrachtet wie eine «Entlastung» erscheine, für den Betroffenen eine «Belastung» darstellen könne. Auch gebe es Fälle, in denen eine Situation, die für die meisten Beobachter als schwerste «Belastung» empfunden werde, «Entlastung» bringe und die Befreiung aus dieser Lage eine «Belastung» darstelle. Den Autoren erscheinen diese Begriffe unzureichend, da somit jede «Belastung» auch eine «Entlastung» bedeuten könne und umgekehrt. Zudem könne man nur von einer «Entlastung» sprechen, wenn eine «Belastung» vorangehe. Die Autoren stellen fest, dass dies für eine pathogene Situation nicht zwingend erforderlich sei. Alternativ sprechen Pflanz und Uexküll von einem Spannungsverhältnis zwischen Mensch und Umwelt. Dieses sei nicht nur von Umweltereignissen abhängig, sondern auch von der seelisch-körperlichen Verfassung des Menschen. Allgemein könne man sagen, dass es in bestimmten Lebenssituationen etwas gebe, was «antipathogen» wirke, wobei dies in anderen Situationen fehle. Für die Autoren ist dieses «Etwas» das Vorhandensein eines Zieles, das die Kräfte des Menschen in Spannung

⁶³³ Vgl. Pflanz; Uexküll, T. 1952, S. 414. Zur Rezeption des Stress-Konzeptes und Selye's Forschung Vgl. auch Hofer 2014. Hans Selye (1907-1982) war ein österreichisch-kanadischer Mediziner, der als Begründer der „Stressforschung“ gilt.

⁶³⁴ Vgl. Otte 2001, S. 72.

⁶³⁵ Vgl. Pflanz/Uexküll 1952, S. 414–415.

halte. Es scheine, dass die «Entlastung» im Sinne der Ziellosigkeit pathogene Auswirkungen auf den Organismus habe. Es sei ferner bedeutend, dass das Ziel für den Menschen eine Zugehörigkeit zur Einheit eines größeren Ganzen bedeute und somit sinngebend sei. Die Bedeutung eines möglichen Missverhältnisses von Anforderungen und Kräften im Rahmen einer Belastungssituation möchten die Autoren nicht schmälern. Sie betonen jedoch, dass bei Erreichen des Zieles eine Leere einsetzen könne. Das Setzen eines Zieles sei immer abhängig von der Verfasstheit und Stimmung des Menschen, die nach Uexküll das Körperliche und Seelische umfasse. Neben Stimmungen, die direkt der Lebenserhaltung dienen, gebe es auch subtilere Stimmungen, wie die schöpferisch tätiger Menschen. Die der Erhaltung des biologischen Lebens dienenden Stimmungen, wie Hunger, Durst oder Angst könnten sich gegenüber den speziellen Stimmungen stets durchsetzen. Der Mensch sei jedoch darauf angewiesen, diese „biologischen“ Stimmungen in den Dienst anderer Aufgaben zu stellen, um nicht in einen Zustand der Leere und Ziellosigkeit zu verfallen. Dies könne man in der Therapie anwenden, indem man den Patienten an neue Anforderungen und Ziele herantühre. In der Prophylaxe müsse man nicht nur die „Belastungsfähigkeit“ des Menschen erfragen, sondern auch die „Entlastungsfähigkeit“, also die Fähigkeit zur Gestaltung zielfreier Intervalle; dies sei insbesondere für die seelische Gesundheit im Alter essenziell.

Die Autoren betonen, dass sich die Ausführungen vorläufig nur auf Vermutungen und Hypothesen stützen. Man könnte jedoch bei der Erforschung psycho-somatischer Phänomene davon ausgehen, dass „für jede einschneidende Veränderung in irgendeinem Bereich unseres Organismus oder unseres seelischen Erlebens ein Gesamtgeschehen in Gang gesetzt werden muß, das sich auch in den anderen Bereichen auswirkt“.⁶³⁶

Die Begriffsbedeutung der «Stimmung» erörterten Pflanz und Uexküll 1954 in einem weiteren Text, wobei sie ihre Überlegungen unter anderem auf empirische Untersuchungen an Patienten im Fieber und unter Übelkeit stützten. Unter «Stimmung» verstehen die Autoren hier das Zusammenspiel von einem Ziel, das gewisse Anforderungen stelle und dem «Abgestimmtsein» auf das Ziel. Dieses «Abgestimmtsein» beziehe sich nicht nur auf subjektive, sondern auch auf objektive Faktoren und umfasse sowohl seelische als auch körperliche Erscheinungen. Die Autoren gehen davon aus, dass es eine allgemeine Grundstimmung gebe, die das gesamte Leben umfasse und einzelne Stimmungen als Stimmungslagen dieser allgegenwärtigen Grundstimmung aufzufassen seien, denen ein auslösendes Ereignis

⁶³⁶ Vgl. Pflanz; Uexküll, T. 1952, S. 415–418.

somatischer oder psychischer Qualität vorangehe. Als Beispiel nennen die Autoren die Übelkeit, die durch ein ekelerregendes Ereignis, eine Vestibularisreizung, viszerale Irritationen oder medikamentös ausgelöst werden könne.⁶³⁷

Pflanz veröffentlichte in den folgenden Jahren weitere Artikel in Zusammenarbeit mit Thure von Uexküll, darunter zwei Beiträge über „die kleinste Zeiteinheit der optischen Wahrnehmung“⁶³⁸ sowie „Untersuchungen über die Befindungsweise im Fieber“.⁶³⁹ Ferner veröffentlichten Pflanz und Uexküll gemeinsam mit Elsa Rosenstein⁶⁴⁰ den Artikel „Socio-psychological aspects of peptic ulcer“. Die Autoren stellten in dieser Untersuchung an 45 männlichen Patienten eine Korrelation von Erkrankung oder Rezidiv des peptischen Ulkus mit einem freiwilligen oder unfreiwilligen Ausschluss aus einer Gemeinschaft oder Gruppe heraus.⁶⁴¹

Pflanz' Interesse an der psychosomatischen Medizin zeigte sich zudem in einigen Übersichtsarbeiten zur psychosomatischen Forschung in Deutschland. 1953 veröffentlichte er eine „Übersicht über die wichtigste deutschsprachige Nachkriegsliteratur auf den Gebieten Psychosomatik, Psychotherapie und Orthopädagogik“⁶⁴², 1955 folgte der Artikel „Der gegenwärtige Stand der Psychosomatik in Deutschland“.⁶⁴³ Im Journal of Psychosomatic Research veröffentlichten Pflanz und Uexküll den „Guide to psychosomatic literature in Germany since 1945“.⁶⁴⁴

Pflanz beschreibt die Situation der Psychosomatik in Deutschland zusammenfassend als „Situation der Ambivalenz zwischen Enthusiasmus und kritischer Besinnung“.⁶⁴⁵ Zentrale Themen seien die Erfahrungen der Kriegs- und Nachkriegszeit, er verweist hier auch auf die bereits behandelte Arbeit zur «Entlastung» als pathogenetischem Faktor.⁶⁴⁶ Pflanz geht davon aus, dass in den kommenden Jahren soziologische und sozialpsychologische Gesichtspunkte vermehrt in die Forschung und Lehre eingebunden würden; an der Universität München gebe es unter Thure von Uexküll bereits ein Seminar zu diesem Thema.⁶⁴⁷

In weiteren Publikationen widmet sich Pflanz dem Themenbereich der Psychotherapie. 1959 verfasste er den Beitrag „Mitteleuropa – Gegenwärtiger Stand und Entwicklungstendenzen der Neurosenlehre und Psychotherapie“ im Handbuch der Neurosenlehre

⁶³⁷ Vgl. Pflanz; Uexküll, T. 1954, S. 107–110.

⁶³⁸ Pflanz; Illig; Uexküll, T. 1952. Pflanz; Bose; Uexküll, T. 1953

⁶³⁹ Pflanz; Uexküll, T.; Weimann 1953.

⁶⁴⁰ Dr. Elsa Rosenstein promovierte 1954 mit der Dissertationsschrift „Das Ulkus als sozialpsychologisches Problem“ in München.

⁶⁴¹ Vgl. Pflanz; Rosenstein; Uexküll, T. 1956.

⁶⁴² Pflanz 1953. Orthopädagogik meint hier Heilpädagogik.

⁶⁴³ Pflanz 1955.

⁶⁴⁴ Pflanz; Uexküll, T. 1958.

⁶⁴⁵ Pflanz 1955, S. 172.

⁶⁴⁶ Pflanz/Uexküll 1952.

⁶⁴⁷ Vgl. Pflanz 1955, S. 164–170.

und Psychotherapie von Viktor E. Frankl⁶⁴⁸ und weiteren Herausgebern.⁶⁴⁹ Pflanz geht hier auch auf das Verhältnis der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie ein. In der Praxis der Psychosomatik seien die „Organneurose“ und emotional leicht beeinflussbare Krankheiten wichtige Krankheitsbilder. Therapeutisch sei hier die Psychotherapie noch nicht so weit entwickelt, als nicht-analytische Methode werde vor allem das autogene Training angewandt. In Mitteleuropa erfahre die Psychosomatik eher von Seiten der Internisten als von Seiten der Psychiater Akzeptanz, unter einigen Vertretern nennt Pflanz auch seinen Chefarzt Thure von Uexküll. Trotz Annäherung von somatischer Medizin und Psychotherapie gebe es in Mitteleuropa im Gegensatz zu den angloamerikanischen Ländern jedoch nur wenige internistische Kliniken, in denen Psychotherapeuten beschäftigt seien.⁶⁵⁰ Konfliktreicher sei die Beziehung von Psychiatrie und Psychotherapie. Die Trennung sei vor allem in Deutschland sehr deutlich und insbesondere in Bezug auf die Psychotherapie der Psychosen habe nur bedingt eine Annäherung stattgefunden.⁶⁵¹

Unter der Überschrift „Sozialpsychologie, Soziologie und Psychotherapie“ führt Pflanz an, dass das vermehrte Interesse der Soziologie an anderen Disziplinen in Mitteleuropa bisher kaum Anklang gefunden habe und somit kaum eine europäische Psychotherapie die Gemeinschaftsfähigkeit als Behandlungsziel in den Vordergrund stelle. Jedoch werde die zwischenmenschliche Beziehung als Voraussetzung für erfolgreiche Psychotherapie anerkannt und sozialpsychologische und soziologische Aspekte fänden vermehrt Beachtung in der Psychotherapie und Psychosomatik. Pflanz verweist hier auf seinen Artikel „Aufgaben und Ziele sozialwissenschaftlicher Forschung in der Medizin“.⁶⁵²

Pflanz verfasste zudem einen weiteren Beitrag zum Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie mit dem Titel „Arzneimittelbehandlung und Psychotherapie, Europäische Gesichtspunkte“. Er führt aus, dass in Europa, besonders im Vergleich zu den Vereinigten Staaten die theoretischen Grundlagen und das Wissen über die Anwendung von Neurosemitteln begrenzt seien. So formuliert Pflanz den Leitsatz seines Artikels: „Man muß wissen, was man tut, wenn man einen Neurotiker medikamentös behandelt“.⁶⁵³ Vor der Verordnung von Neurosemitteln sei zu prüfen, ob die Anwendung von Arzneimitteln lediglich der Passivität des Patienten oder der Bequemlichkeit des

⁶⁴⁸ Prof. Dr. Viktor E. Frankl (1905-1997) war Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie an der Universität Wien und gilt als Begründer der Logotherapie. Vgl. Goddemeier 2005.

⁶⁴⁹ Pflanz 1959c.

⁶⁵⁰ Vgl. Pflanz 1959c, S. 55–65.

⁶⁵¹ Vgl. Pflanz 1959c, S. 65–67. Zu dem Konflikt von Psychiatrie und Psychotherapie vgl. Roelcke 2008.

⁶⁵² Vgl. Pflanz 1959c, S. 67–70. Pflanz 1956a.

⁶⁵³ Pflanz 1959a, S. 242.

Arztes diene und ob man unabhängig von der Werbung der Industrie über genügend Kenntnisse über die Wirksamkeit des Medikamentes verfüge. Letztere Prämisse sei durch die ungenügende Entwicklung der Methodik zur klinischen Prüfung von Neurosemiteln erschwert. Pflanz schreibt, man müsse zwischen einer medikamentösen Unterstützung der Psychotherapie, die abhängig von der Therapieform nur in wenigen Fällen sinnvoll sei, und der psychotherapeutischen Unterstützung einer Neurosentherapie unterscheiden. Letztere könne speziell in Situationen mit erschwertem Zugang zu psycho-therapeutischen Verfahren erfolgreich sein. Zu beachten seien außerdem die Nebenwirkungen einer Arzneimitteltherapie.⁶⁵⁴

Pflanz beschäftigte sich bereits vor und auch nach Erscheinen dieses Artikels mit dem Themenfeld psychisch wirksamer Medikamente.

Im Jahr 1954 veröffentlichte er Untersuchungen zur Methodik der Pharmakopsychologie. In eigenen Versuchen an gesunden Probanden untersuchte Pflanz die Stabilität und Empfindlichkeit der Fragemethode, des Farbpyramidentests sowie des Rorschach- bzw. Z-Tafeln-Test.⁶⁵⁵ Anhand von Literatur erläutert Pflanz Hypothesen zur Wirkung von Meskalin und LSD 25 im Rahmen endogener Psychosen und erste Ansätze zum therapeutischen Einsatz von Serotonin und Pipradrol.⁶⁵⁶ Im Jahr 1956 stellt er einen doppel-blindem Versuch zur Wirkung von Ritalin, Koffein und Placebopräparaten vor und geht insbesondere auf die Schwierigkeiten bei der Erfassung psychophysisch anregender Wirkungen ein.⁶⁵⁷ Im Jahr 1959 folgt noch ein weiterer Artikel mit dem Titel „Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß zentraler Stimulantien auf das Elektroenzephalogramm des Menschen“.⁶⁵⁸ Nach Johann Jürgen Rohde, Pflanz' langjährigem Mitarbeiter, testete er die untersuchten Substanzen stets zuerst im Selbstversuch.⁶⁵⁹

Der Aufbau des doppel-blindem Versuches beschäftigt Pflanz weiterhin. Zur inhaltlichen Vertiefung veröffentlicht er 1956 den Beitrag „Technik und Grenzen des doppel-blindem Versuches“. Die Notwendigkeit der Einführung des doppel-blindem Versuches ergebe sich daraus, dass das Bemühen und der Glaube des Arztes an die Wirksamkeit einer Therapie bereits eine heilende Komponente darstellen könne. Zudem sei die Beurteilung des therapeutischen Effektes durch den Arzt, ohne Verblindung, eine Fehlerquelle. Dies begründe sich darauf, dass jede Wahrnehmung im Rahmen einer diagnostischen Methode abhängig von Erwartungen und Vorurteilen des Arztes sei. Diese subjektiven

⁶⁵⁴ Vgl. Pflanz 1959a, S. 243–250.

⁶⁵⁵ Vgl. Pflanz 1954.

⁶⁵⁶ Vgl. Pflanz 1956b.

⁶⁵⁷ Vgl. Pflanz 1956d.

⁶⁵⁸ Pflanz 1959b.

⁶⁵⁹ Vgl. Rohde 1980, S. 2.

Faktoren seien auch bei der Beurteilung von Befunden von Bedeutung. Außerdem seien die Äußerungen des Patienten zu seinen Beschwerden vom Verhalten des Arztes abhängig. Grenzen der Technik des doppelt-blinden Versuches seien Fragestellungen, bei denen ein therapeutischer Effekt nur schwer von Tagesschwankungen oder Spontanremissionen abzugrenzen sei. Hier sei ein Vergleich zwischen behandelten und unbehandelten Patienten vorzuziehen. Weitere Grenzen seien Therapieformen, die nicht in einem doppelt-blinden Versuch überprüft werden könnten, wie einige chirurgische Eingriffe, bestimmte physikalisch-therapeutische Anwendungen und Psychotherapie. Auch ethische Fragestellungen müssten berücksichtigt werden. Der Patient müsse immer darüber informiert sein, dass er an einem doppelt-blinden Versuch teilnehme und möglicherweise kein wirksames Mittel erhalte. Der Versuchsaufbau beabsichtige keinesfalls, psychische Faktoren vollständig auszuklammern, sondern besonders in den Vordergrund zu stellen und kritisch zu betrachten.⁶⁶⁰

Im Jahr 1957 untersucht Pflanz die Beziehung von psycho-somatischer Medizin und Pharmakopsychologie. Die Pharmakopsychologie untersuche erwünschte und unerwünschte psychische Reaktionen nach Gabe von Medikamenten oder chemischen Substanzen. Eine Schwierigkeit, mit der beide Disziplinen konfrontiert seien, bestehe in der Entwicklung von Methoden zur Registrierung und Objektivierung seelischer Veränderungen. Unerlässlich sei es, den pharmakopsychologischen Versuch als doppelt-blinden Versuch durchzuführen, um somit sozialpsychologische Momente auszuschalten. Ein weiteres Problem sei die unzureichende Terminologie in der Beschreibung seelischer Veränderungen, wobei der Psychosomatiker unterstützend einwirken könne. Bei der Medikamentenwirkung sei das gegenseitige Bedingen äußerer und innerer Einflüsse zu beachten. Insbesondere auf die Bedeutung der Persönlichkeit geht Pflanz näher ein. Ein gemeinsames Forschungsfeld sei die Physiologie der Emotionen, wobei die Pharmakopsychologie einen Beitrag zur Erforschung der beteiligten chemischen Substanzen leisten könne. Auch die medikamentöse Therapie im Rahmen der psycho-somatischen Medizin stelle ein Arbeitsfeld der Pharmakopsychologie dar. Aufgaben seien hier die Erarbeitung der pharmakologischen Grundlagen der Wirkung und die Bereitstellung von Methoden zur Objektivierung des Therapieerfolges. Auch wenn man noch nicht beurteilen könne, ob die Pharmakotherapie im Rahmen einer Psychotherapie wirksam sei, solle jeder Psychosomatiker die verfügbaren Mittel kennen und unter Beachtung möglicher Wirkungen und Nebenwirkungen anwenden.⁶⁶¹

⁶⁶⁰ Vgl. Pflanz 1956c, S. 1235–1238.

⁶⁶¹ Vgl. Pflanz 1957.

Zwei Jahre später folgt ein Artikel mit dem Titel „Psychopharmakologie in der Grundlagenforschung der Psycho-somatischen Medizin“, der sich ebenfalls der Frage widmet, welchen Beitrag die Psychopharmakologie für die psycho-somatische Medizin leisten könne. Eine begriffliche Unterscheidung von Pharmakopsychologie und Psychopharmakologie trifft Pflanz hier nicht.⁶⁶² Im Jahr 1960 veröffentlicht Pflanz zwei Aufsätze zur Anwendung psychisch wirksamer Medikamente in der Praxis.⁶⁶³ Hierin geht er erneut auf die Nebenwirkungen psychisch wirksamer Medikamente ein. Bei einer guten Betreuung durch den Arzt müsse man sich nicht vor Gewöhnung oder Sucht fürchten. Pflanz sieht eher eine Gefahr in der Verschreibung von Psychopharmaka, wenn diese eine Lösung des Konflikts verhindern und somit eine Chronifizierung ermöglichen. Er betont, dass der Einsatz psychisch wirksamer Substanzen keine Psychotherapie ersetze.⁶⁶⁴ Im Jahr 1961 folgt ein weiterer Artikel zum Themenbereich der psychisch wirksamen Medikamente unter dem Titel: „Methodologische Überlegungen zur psycho-pharmakologischen Beeinflussung der Psychomotorik, der Psychosensorik, der Leistung und der Intelligenz“.⁶⁶⁵

Diese Aufsätze fügen sich ein in Pflanz' Suche nach wissenschaftlich belegbaren Zusammenhängen zwischen der organischen Bedingtheit einer Krankheit und den psychologischen und sozialen Umständen. Als Psychosomatiker blickt er nicht auf die Krankheit, sondern auf den kranken Menschen in seiner seelischen und sozialen Verflechtung. Dabei bleibt Pflanz noch dicht an einem kurativen Blick auf den Patienten, der Perspektivwechsel zu einer sozialmedizinischen und medizinsoziologischen Betrachtungsweise auf Gesundheit und Krankheit steht hier noch aus.

In weiteren Publikationen widmet sich Pflanz der Theorie des Phänomens „Suggestion“.⁶⁶⁶ Im Jahr 1958 wurde ein von ihm 1956 vor der Österreichischen Ärztesgesellschaft für Psychotherapie gehaltener Vortrag unter dem Titel „Suggestion als zwischenmenschlicher Grundvollzug“ veröffentlicht. Laut Pflanz würden übliche Suggestionstheorien davon ausgehen, dass es zwischen zwei Individuen einen aktiven Suggestor gebe, der den Vorgang einleite und von dem aus etwas zum passiven Suggestendus ausstrahle, der entscheide, ob er den Inhalt der Suggestion annehme. Pflanz bezeichnet dies als «individualistische Theorie». Im Gegensatz dazu formuliert Pflanz eine «universalistische Theorie», wonach die Suggestion, da mindestens zwei

⁶⁶² Vgl. Pflanz 1959d.

⁶⁶³ Pflanz 1960a. Pflanz 1960c.

⁶⁶⁴ Vgl. Pflanz 1960c, S. 313.

⁶⁶⁵ Pflanz 1961b.

⁶⁶⁶ Suggestion: „geistig-psychische Beeinflussung eines Menschen [mit dem Ziel, ihn zu einem bestimmten Verhalten zu veranlassen]“ Vgl. DUDEN 2020.

Menschen beteiligt seien, als zwischenmenschlicher Vorgang zu betrachten sei. Unabhängig von jeder rationalen Zielsetzung würden die Beteiligten zu einer gemeinsamen Handlung gebracht und auf gemeinsame Ziele ausgerichtet. Er spricht von einem «Grundvollzug», da dieser erst die Voraussetzung dafür sei, dass es einen Suggestor und einen Suggestendus gebe. Bereits vor ihrem Zusammentreffen gebe es Spielregeln und ein überindividuelles Ordnungsschema des zwischenmenschlichen Grundvollzugs. Der Sinn der Suggestion bestehe in einer primären Kommunikationsmöglichkeit. Anstatt von der Suggestibilität des Suggestendus zu sprechen, nutzt Pflanz den Begriff des Mangels. Dies bilde ein allgemeines Bedürfnis ab und meine sowohl das «Fehlen *von* etwas» als auch das «Bedürfnis *nach* etwas». Wie die Suggestionspartner seien Mangel und Suggestionseinheit kontrapunktisch aufeinander abgestimmt. Voraussetzung für den Ausgleich dieses Mangels auf Seiten des Suggestendus sei die Überlegenheit des Suggestors. Diese sei keine feststehende Eigenschaft, sondern im Verlaufe der Suggestion einer Wandlung unterworfen. Auch wenn man keine Aussage darüber treffen könne, welchen Anteil die Suggestion an verschiedenen somatischen und psychotherapeutischen Therapieformen habe, könne man feststellen, dass bei fast jeder Therapie suggestive Anteile eine Rolle spielten. Pflanz schließt seinen Aufsatz mit der Erkenntnis, dass die Suggestion die Grundlage jeder Psychotherapie bilde.⁶⁶⁷

Zum Problemfeld der Suggestion veröffentlicht Pflanz 1961 gemeinsam mit Dr. Berthold Stokvis seine erste Monographie mit dem Titel „Suggestion in ihrer relativen zeitbedingten Begrifflichkeit, medizinisch und sozial-psychologisch betrachtet“.

Stokvis (1905-1963) war Leiter der Psychosomatischen Zentrale der Reichs-Universität Leiden und Dozent für Experimentell-Medizinische Psychologie. Schwerpunkte seiner psychotherapeutischen Arbeit waren Suggestivverfahren und Hypnose.⁶⁶⁸

Als Ausgangspunkt ihrer Arbeit benennen die Autoren in ihrem Vorwort die Zeit des Nationalsozialismus, die gezeigt habe, „wazu affektive Resonanz, der zwischenmenschliche Grundvollzug, die Suggestion, die Massensuggestion und auch die Autosuggestion mißbraucht werden können und zu welchen bestürzenden Vorgängen sie zu führen vermögen“.⁶⁶⁹ Die Untersuchung solle einen Beitrag leisten, die Suggestion als sinnvolles, lebensnotwendiges und humanes Konzept zu begreifen.⁶⁷⁰

Die Autoren gliedern ihre Untersuchung in zwei Teile. Zunächst wird eine Übersicht über den Suggestionbegriff gegeben und die eigene Definition entwickelt:

⁶⁶⁷ Vgl. Pflanz 1958c, S. 71–74.

⁶⁶⁸ Vgl. Carp, Eugène A. D. E. 1963, Hohberger 1963.

⁶⁶⁹ Stokvis; Pflanz 1961b, Vorwort.

⁶⁷⁰ Vgl. ebd., Vorwort.

„Suggestion ist die Beeinflussung des Denkens, Fühlens, Wollens oder Handelns eines anderen Menschen unter Umgehung seiner rationalen Persönlichkeitsanteile auf der Grundlage eines zwischenmenschlichen Grundvollzuges, der zur affektiven Resonanz führt.“⁶⁷¹

Die Formulierung des «zwischenmenschlichen Grundvollzuges» ist auf Pflanz zurückzuführen, der dies in dem bereits oben erläuterten Artikel herausstellt.⁶⁷² Der Begriff der «affektiven Resonanz» geht auf Eugen Bleuler⁶⁷³ zurück, den Stokvis in eigenen Publikationen aufgreift.⁶⁷⁴ Gemeint sei, dass Suggestor und Suggestendus in einem Verhältnis des Aufeinander-Abgestimmtseins stünden. Die Suggestion sei ein einheitlicher Vorgang, die Beteiligten seien auf ein gemeinsames Ziel ausgerichtet. In der Suggestion gebe es keine lineare Wechselwirkung, sondern eine doppelseitige Resonanz. Den zeitlichen Ablauf der Suggestion gliedern die Autoren in drei Stadien: Stadium akzeptionis, Stadium suggestionis und Stadium effectionis, wobei diese nicht zwingend zeitlich nacheinander ablaufen müssten.⁶⁷⁵

Der zweite Teil wird durch den Abschnitt „Suggestion in der Medizin“ eingeleitet. Die beabsichtigte Suggestion, also die Hypnose als wissenschaftliches Instrument habe gezeigt, dass es keine Organfunktion gebe, die nicht durch Suggestion beeinflussbar sei.⁶⁷⁶ Die Autoren betonen, dass, trotz zahlreicher empirischer Befunde, keine Theorie die suggestive Beeinflussung der Organfunktionen befriedigend erkläre. Nach ihrer Auffassung gebe es keine prinzipielle Trennung von seelischen und körperlichen Faktoren. Vollziehe man eine Suggestion, wirke sich diese seelisch-körperlich aus und äußere sich psychisch als Affekterleben und somatisch als Affektausdruck.⁶⁷⁷

Ein weiterer Bereich der Suggestion in der Medizin sei die Formierung von Krankheitssymptomen. Bei der Entstehung organischer Krankheiten sei die Suggestion von geringerer Relevanz, könne aber pathoplastisch wirken. Der Einfluss der Suggestion auf Patienten mit vegetativen Beschwerden ohne organischen Befund sei hingegen evident.⁶⁷⁸ Besonders zu beachten sei die Rolle des Arztes als Suggestor und in diesem Kontext insbesondere das Phänomen «iatrogener Krankheiten» im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen.⁶⁷⁹ Diese ersten beiden Unterkapitel, „Die Reichweite suggestiver Einflüsse im Organismus“ und „Suggestion bei der Formierung von

⁶⁷¹ Stokvis; Pflanz 1961b, S. 6.

⁶⁷² Pflanz 1958c.

⁶⁷³ Bleuler 1925.

⁶⁷⁴ Stokvis 1937. Stokvis 1938.

⁶⁷⁵ Vgl. Stokvis/Pflanz 1961b, S. 21–34.

⁶⁷⁶ Vgl. Stokvis; Pflanz 1961b, S. 110–111.

⁶⁷⁷ Vgl. Stokvis; Pflanz 1961b, S. 115.

⁶⁷⁸ Vgl. Stokvis; Pflanz 1961b, S. 117.

⁶⁷⁹ Vgl. Stokvis; Pflanz 1961b, S. 120–121.

Krankheitssymptomen“ veröffentlichten Stokvis und Pflanz Anfang 1961 in einem Artikel in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift.⁶⁸⁰

Ein weiterer Bereich sei die Suggestion in der Therapie. Stokvis und Pflanz betonen, dass es keine Behandlungsmethode in der Medizin gebe, die völlig frei von Suggestion sei.⁶⁸¹ Neben der Suggestion als Grundlage der Psychotherapie gehen sie auch auf die Suggestion als eigenständige Therapieform ein, sowie auf die larvierte Suggestion, also die unabsichtliche oder absichtliche Durchführung einer Therapie zum Schein, wie zum Beispiel die Behandlung mit Placebopräparaten. Letzteres finde Anwendung im therapeutisch-klinischen Versuch zur Unterscheidung der «pharmako-dynamischen» von der «psycho-dynamischen» Wirkung eines Medikamentes, wobei zur weitgehenden Ausschaltung der Suggestion die Durchführung eines doppelt-blinden Versuches notwendig sei.⁶⁸²

In der Schlussbetrachtung betonen Pflanz und Stokvis zunächst, dass jede Untersuchung der Suggestion affektreich und auf einen bestimmten Bezugsrahmen gerichtet sei. Die Wissenschaft beschäftige sich vermehrt mit dem Vorgang und den Folgen der Suggestion, wodurch eine sachlichere Auseinandersetzung ermöglicht werde. Sie schließen mit der Bemerkung, dass die Suggestion ein Mittel zur leichteren Bewältigung des menschlichen Lebens im zwischenmenschlichen Kontakt sei und somit eine sinnvolle, lebensnotwendige Funktion, die der Anpassungsfähigkeit des Menschen diene.⁶⁸³

In Bezugnahme auf die einleitenden Worte der Autoren, das Phänomen der Suggestion bedürfe in jeder Epoche einer neuen Interpretation, resümiert Dietrich Langen⁶⁸⁴ in seiner Buchbesprechung, dass die Autoren hier eine umfassende Neuinterpretation gegeben hätten.⁶⁸⁵ Clemens de Boor⁶⁸⁶ bemerkt, dass den Autoren eine klare und umfassende Darstellung der Probleme gelungen sei, die der Begriff „Suggestion“ aufwerfe.⁶⁸⁷

⁶⁸⁰ Stokvis; Pflanz 1961a.

⁶⁸¹ Stokvis/Pflanz 1961b, S. 123.

⁶⁸² Vgl. Stokvis; Pflanz 1961b, S. 157–160.

⁶⁸³ Vgl. Stokvis; Pflanz 1961b, S. 186–191.

⁶⁸⁴ Prof. Dr. Dietrich Langen (1913-1980) war von 1965-1980 Professor für Psychotherapie an der Universität Mainz. Ein Forschungsschwerpunkt seiner Arbeit war die Hypnotherapie. Vgl. Schäfer 1990, S. 1–3.

⁶⁸⁵ Langen 1963.

⁶⁸⁶ Prof. Dr. Clemens de Boor (1920-2005) leitete von 1976 bis 1983 das Sigmund-Freud-Institut in Frankfurt. Zuvor habilitierte er an der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg. Vgl. Moersch 1996, S. 413.

⁶⁸⁷ Boor 1962-1963.

5.3 Sozialwissenschaftliche Forschung in der Medizin

Pflanz prognostiziert in seinem Aufsatz „Aufgaben und Ziele sozialwissenschaftlicher Forschung in der Medizin“ bereits 1956, dass „die Durchdringung der Medizin mit den Ergebnissen und Denkweisen der sozialen Wissenschaften [...] nicht nur auf die ‚soziale Medizin‘ im traditionellen Sinne beschränkt bleiben“ werde.⁶⁸⁸ In diesem „jungen Zweig der Medizin“ gehe es darum, „die mannigfaltigen Beziehungen aufzuspüren, die den Menschen in Gesundheit und Krankheit mit der sozialen Umwelt verbinden, sie zu beschreiben, die Regeln der Verflochtenheit zu erkennen und sie prophylaktisch und therapeutisch nutzbar zu machen.“⁶⁸⁹ Pflanz konstatiert, dass in der deutschen Medizin „bisher soziologische Untersuchungen nicht einmal dort systematisch vorgenommen“ worden seien, „wo es sich um Phänomene handelt, deren wesentlicher Grund im Sozialen“ liege.⁶⁹⁰ Folgerichtig eröffnet Pflanz den Artikel mit einer Definition des Begriffes „sozial“, der im Ursprung ein „Bezogensein zur Gemeinschaft und zu den Mitmenschen“ ausdrücke.⁶⁹¹ Pflanz erkennt, dass es sich „bei der sozialwissenschaftlichen Betrachtungsweise der Medizin [...] keineswegs um eine Moderichtung oder eine feuilletonistische Strömung, sondern um ein Wissensgebiet“ handelt, „das auf intensivere Bearbeitung wartet“.⁶⁹² Pflanz zeigt dabei auch auf, dass die „soziale Medizin“ ein „altes europäisches Gedankengut“ sei.⁶⁹³ Er zeichnet hier kurz die Geschichte der Sozialmedizin vom Schweizer Arzt Samuel Auguste Tissot (1728-1797) über Johann Peter Frank (1745-1821), Salomon Neumann (1819-1908) und Rudolf Virchow (1821-1902) hin zur Einführung der Sozialversicherung und der arbeitsmedizinischen Bewegung Ende des 19. Jahrhunderts nach. Als Protagonisten der „Sozialen Pathologie“ Anfang des 20. Jahrhunderts greift Pflanz Willy Hellpach (1877-1955) und Alfred Grotjahn (1869-1931) heraus.⁶⁹⁴ Die „moderne“⁶⁹⁵ sozialwissenschaftliche Medizin sei begründet durch die Psychoanalyse, die Kulturanthropologie, die Psychosomatik und die Soziologie. In Deutschland sei diese neue Entwicklung soziologisch-medizinischer Forschung durch Viktor von Weizsäcker⁶⁹⁶ 1930 erschienenenes Buch „Soziale Krankheit und soziale Gesundheit“

⁶⁸⁸ Pflanz 1956a, S. 319.

⁶⁸⁹ ebd.

⁶⁹⁰ ebd.

⁶⁹¹ ebd.

⁶⁹² Pflanz 1956a, S. 320.

⁶⁹³ Pflanz 1956a, S. 327.

⁶⁹⁴ Vgl. Pflanz 1956a, S. 320.

⁶⁹⁵ Pflanz führt hier nicht näher aus, was an dieser Stelle der Begriff „modern“ meint und inwiefern sich die „moderne sozialwissenschaftliche Medizin“ von ihren Vorgängern abgrenzt.

⁶⁹⁶ Prof. Dr. Viktor von Weizsäcker (1886-1957) war ein deutscher Internist und Neurologe. Er war Professor für Neurologie in Heidelberg (1922-1941) und Breslau (1941-1945) und von 1946-1952 Professor für Allgemeine Klinische Medizin in Heidelberg. In dieser Abteilung wurde 1950 unter Leitung von Alexander Mitscherlich die deutschlandweit erste universitäre Abteilung

eingeleitet worden und habe durch die medizin-soziologischen Untersuchungen von Paul Christian und Renate Haas einen neuen Impuls erhalten.⁶⁹⁷

Erklärtes Ziel des Aufsatzes ist eine Darstellung der Aufgaben soziologischer und sozialpsychologischer Forschung in der Medizin. Zentral sei die Vielfalt sozialpsychologischer Bezüge von Erkrankungen, dabei müsse man stets die Überschneidungen von «krankheitsbedingenden» und «krankheitsbedingten» Faktoren bedenken, dies zeigt Pflanz am Beispiel der Isolation, die Folge und Ursprung von Krankheit sein könne. Zudem müssten in Bezug auf medizinische Fragestellungen „soziale Spielregeln“ untersucht werden, die nicht nur interkulturell, sondern auch innerhalb einer Gemeinschaft und innerhalb von Sozialschichten sehr unterschiedlich sein könnten. Ihre Kenntnis sei ein wichtiger Baustein der Arzt-Patienten-Beziehung und spiele auch eine Rolle in der Beziehung von Gesundheit und Krankheit. Pflanz betont, dass die Voraussetzung für die Korrelation von Erkrankungen mit bestimmten soziologischen Faktoren, eine eindeutige Definition der zu untersuchenden sozialen Gebilde sei. So bilde die soziologische Forschung in der Medizin die Grundlage für die empirische Sozialwissenschaft.⁶⁹⁸

Die soziologisch-medizinische Untersuchung solle, nach Pflanz in Zusammenarbeit mit Soziologen erfolgen und einem festen Schema folgen. Als Einstieg in die epidemiologische Untersuchung, müsse zunächst die Festlegung von Kriterien zur Unterscheidung sozialer Gebilde erfolgen. Im nächsten Schritt müsse man die Häufigkeit von Krankheiten, Konstitutionsmerkmalen sowie anatomischen, physiologischen und psychologischen Aspekten erfassen und statistisch auswerten. Den Abschluss der epidemiologischen Untersuchung bilde die Interpretation und Deutung der gefundenen Korrelationen, um daraus Schlüsse für prophylaktische Maßnahmen ziehen zu können. Ebenso müsse man das Auftreten von Krankheiten beim Wechsel einer sozialen Gruppe untersuchen, beispielsweise beim Wechsel von einer Kultur zu anderen oder von einem sozialen Stand zum anderen.⁶⁹⁹

für psychosomatische Medizin eingerichtet. Sein Verhalten zur Zeit des Nationalsozialismus wird in der Wissenschaft kontrovers diskutiert. Das Werk „Soziale Krankheit und soziale Gesundung“ stellt nach Benzenhöfer das sozialmedizinische Hauptwerk von Weizsäcker dar. Vgl. Benzenhöfer 2007, S. 44-47, 97-101, 143-151, 161-173, 179-202.

⁶⁹⁷ Vgl. Pflanz 1956a, S. 319–320.

Prof. Dr. Paul Christian (1910-1996) war Professor für Innere Medizin und Direktor des Instituts für Allgemeine Klinische Medizin in Heidelberg. Er war 1962 Mitbegründer des Instituts für Sozial- und Arbeitsmedizin an der Universität Heidelberg. Vgl. Drüll 2009, S. 147.

Über Renate Haas ist nicht viel bekannt. Sie lebte und arbeitete als Psychoanalytikerin in Paris. Vgl. Petzold 2010.

Pflanz bezieht sich auf das Werk „Wesen und Form der Bipersonalität. Grundlagen für eine medizinische Soziologie“. Christian; Haas 1949.

⁶⁹⁸ Vgl. Pflanz 1956a, S. 321–323.

⁶⁹⁹ Vgl. Pflanz 1956a, S. 323.

Im Folgenden greift Pflanz auf bisherige Untersuchungen der medizinischen Soziologie zurück. Forschungsbereiche seien die Feststellung der Krankheitshäufigkeit bei «primitiven Völkern», in fest umrissenen Kollektiven des abendländischen Kulturkreises oder unter besonderen soziologischen Bedingungen, außerdem Längsschnittuntersuchungen und Untersuchungen zur Kulturgeschichte der Krankheiten. Letztere seien begrenzt durch den Wissensmangel in Bezug auf soziologische Bedingungen zu verschiedenen Zeiten und die Weiterentwicklung der Medizin. Eine große Rolle werde die Bedeutung von soziologischen Faktoren in der Pathogenese von Erkrankungen einnehmen, wie Vererbung, Ernährung, Bekleidung, Wohnung, Arbeit, religiöse Momente, familiäre Verhältnisse und die Mutter-Kind-Beziehung. Wenn auch der Zusammenhang von biologischen und soziologischen Faktoren noch nicht ausreichend geklärt sei, geht Pflanz von einer Einheit des Soziologischen und Biologischen aus, die jeweils Teilerscheinungen eines einheitlichen Geschehens seien. Ergänzend untersucht Pflanz sozialwissenschaftliche Fragestellungen in Bezug auf die ärztliche Tätigkeit, wie die Herausforderungen der Arzt-Patienten-Beziehung oder gruppenspezifischer Therapieformen. Er schließt den Aufsatz mit der Feststellung, dass ein „Mißverhältnis zwischen wissenschaftlicher sauberer Erkenntnis und Spekulation“ bestehe und „bisher erst wenig Gesichertes auf dem medizinisch-soziologischen Gebiet erarbeitet wurde“.⁷⁰⁰ Pflanz sieht bereits als junger Wissenschaftler, dass die Verengung der Medizin auf den einzelnen Kranken und die unmittelbare Krankheitsursache von der „sozialen Medizin“ durchbrochen wird, dass aber dafür das diagnostische Instrumentarium erweitert werden muss. Auch taucht bereits früh der Gedanke präventiver Medizin auf, wenn er von der prophylaktischen Anwendung der Erkenntnisse spricht. Die Forderung nach systematischer Wissenschaftlichkeit durchzieht auch in den Folgejahren die Publikationen.

Im Jahr 1958 veröffentlichte Pflanz einen Artikel zur epidemiologischen Methode in der medizinischen Soziologie. Dieser wurde von René König und Margret Tönnemann⁷⁰¹ in einem Sonderheft der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie mit dem Titel „Probleme der Medizin-Soziologie“ veröffentlicht. Ziel des Beitrages sei es, durch die Vermittlung der Grundlagen der Epidemiologie im Rahmen einer medizinischen Soziologie zu einer kritischeren Betrachtung epidemiologischer Arbeiten durch Soziologen und Mediziner beizutragen. Hierfür stellt er die unterschiedlichen Verfahren des Arbeitsfeldes mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen zusammen und geht auch auf Probleme und Gefahren in der Auswertung und Interpretation ein. Ziel der Epidemiologie sei es, Erkenntnisse über die Bedingungen von Krankheiten zu erlangen und Faktoren

⁷⁰⁰ Pflanz 1956a, S. 327. Vgl. Pflanz 1956a, S. 323–327.

⁷⁰¹ Zu dem Sonderheft vgl. Kap. 3.4.1.

herauszuarbeiten, deren Änderung bedeutsam für die Prophylaxe einer Erkrankung sein könnten. So äußert Pflanz, dass die epidemiologische Methode in wachsendem Selbstbewusstsein nach „möglichst objektiver Sicherung der Beobachtungsdaten“ strebe.⁷⁰² Die epidemiologische Methode versuche „den intuitiven Eindruck, das ‚naive‘ Beobachten der Zusammenhänge als Methode zu überwinden, sie versucht den Absolutismus in der Wissenschaft, in dem eine autoritäre Lehrmeinung oft mehr galt als die Wahrheit, durch eine wissenschaftliche Demokratie zu ersetzen.“⁷⁰³ Gleichzeitig macht er darauf aufmerksam, dass diese „Abkehr von der intuitiven Methode“ irreversibel sei, die Gefahr der „Ausweitung in die bloße Empirie und Statistik“ jedoch auch kritisch reflektiert werden müsse. Pflanz verspricht sich für die Zukunft eine Ausweitung der weltweiten und internationalen epidemiologischen Tätigkeit.⁷⁰⁴ Seinen Betrag beschließt Pflanz mit der offenen Frage, „ob auf medizinisch-soziologischem Gebiet die Zeit schon reif ist, durch epidemiologische Untersuchungen zu Lehrsätzen zu kommen, die unmittelbar und mit Erfolg in gesundheitspolitische und prophylaktische Maßnahmen zu übersetzen sind.“⁷⁰⁵

Diese Publikationen von Pflanz aus den 1950er Jahren stehen ganz unter seinem Wissenschaftsanspruch der soziologischen und epidemiologischen Forschung. Er blickt hier bereits, wenn auch noch mit einer gewissen Skepsis, auf gesundheitspolitische und prophylaktische Schritte.

5.3.1 Sozialer Wandel und Krankheit

Unter dem Titel „Sozialer Wandel und Krankheit – Ergebnisse und Probleme der medizinischen Soziologie“ veröffentlichte Pflanz 1962 sein bekanntestes Werk. Grundlage bildete seine Habilitationsschrift für Innere und Psychosomatische Medizin aus der Medizinischen Poliklinik der Justus-Liebig-Universität Gießen unter Direktor Prof. Dr. Thure von Uexküll.

Die Vorworte zum Buch verfassten Paul Christian und René König. Christian konstatiert den Verdienst von Manfred Pflanz, die soziokulturelle Dimension der Krankheit umfassend im Rahmen eines Überblicks über Aufgaben, Methoden, Hypothesen und bisherige Ergebnisse der Medizin-Soziologie dargestellt zu haben.⁷⁰⁶

Dass René König, einer der zentralen Protagonisten der Soziologie in der Bundesrepublik ein Vorwort verfasste, ist recht bemerkenswert.⁷⁰⁷ Laut König habe

⁷⁰² Pflanz 1958b, S. 135.

⁷⁰³ ebd.

⁷⁰⁴ Vgl. Pflanz 1958b, S. 136.

⁷⁰⁵ Pflanz 1958b, S. 147.

⁷⁰⁶ Vgl. Pflanz 1962, Vorwort P. Christian.

⁷⁰⁷ René König verfasste ebenfalls ein Correferat zur Habilitationsschrift von Pflanz, Vgl. dazu Kapitel 3.4 dieser Arbeit.

Pflanz' Werk dazu beigetragen, Anschluss an die internationale Literatur auf dem Gebiet der Medizinsoziologie zu finden und könne den entscheidenden Anstoß geben, vorwissenschaftliche Kenntnisse über die Bedeutung des Sozialen für Gesundheit und Krankheit kritisch zu hinterfragen.⁷⁰⁸

Für die ungekürzte Neuausgabe des Buches, das auf der Grundlage der Habilitationsschrift im Jahr 1986 publiziert wurde, schrieb Hans Schaefer das Vorwort. Er bezeichnet das Werk von Pflanz als einen der drei deutschsprachigen Klassiker zur Beziehung von Krankheit und sozialen Bedingungen, gemeinsam mit Johann Peter Franks „Medizinische Polizey“ von 1780 und Alfred Grotjahns „Soziale Pathologie“ aus dem Jahr 1912. Daher sei es für die Orientierung im deutschen Schrifttum notwendig, Pflanz Werk neu aufzulegen.⁷⁰⁹ In seiner Buchbesprechung aus dem Jahr 1963 schreibt Schaefer, es finde sich „auf jeder Seite Interessantes, oft geradezu Aufregendes“, das Werk erschließe „Neuland, mutig, sachlich und qualifiziert“.⁷¹⁰

Pflanz gliedert sein Werk in drei Abschnitte: Abschnitt A gibt eine Einführung in die medizinische Soziologie und die Theorie des sozialen Wandels. Abschnitt B stellt die Ergebnisse seiner eigenen Untersuchungen zusammen, die er mit den Erkenntnissen anderer Autoren verknüpft. Pflanz nimmt hier zuerst die medizinischen Daten und anschließend die soziologischen Daten als Ausgangspunkt seiner Analyse. In Abschnitt C seines Werkes diskutiert Pflanz die zentralen Hypothesen der medizinischen Soziologie vor dem theoretischen Hintergrund.

Bevor nun vertiefend auf Pflanz Hauptwerk eingegangen wird, soll zunächst auf seine Vorstellung von medizinischer Soziologie und Sozialmedizin eingegangen werden.⁷¹¹

Dafür lohnt sich ein Blick in die einleitenden Kapitel des Werkes. Hier betont Pflanz, dass sich Ärzte in ihrer praktischen Arbeit bereits mit der sozialen und kulturellen Dimension der Medizin in der Auseinandersetzung mit der Lebenswirklichkeit der Patienten befasst hätten. Diese Bemühungen seien jedoch meist „nur als vorwissenschaftlich anzusehen“, im Vergleich zur naturwissenschaftlichen Forschung „mangelte es ihnen an Methode, an Systematik und an Schlüssigkeit.“⁷¹² Ohne den Anspruch, die medizinische Soziologie als neues Fach zu etablieren, habe eine Annäherung von Medizin, Soziologie und Sozialpsychologie stattgefunden. Diese Interessensgemeinschaft bezeichnet Pflanz als „medizinische Soziologie“, betont jedoch, dass man „mit gleichem Recht von

⁷⁰⁸ Vgl. Pflanz 1962, Vorwort René König.

⁷⁰⁹ Vgl. Pflanz 1986, Vorwort Hans Schaefer.

⁷¹⁰ Schaefer 1963.

⁷¹¹ Vgl. zu seinem Verständnis auch Kapitel 2.4.1 und 4.3.1

⁷¹² Pflanz 1962, S. 1.

soziologischer Medizin (*Th. V. Uexküll 1958*) oder von Medizin-Soziologie (*R. König 1958a*) sprechen kann.⁷¹³

Als Arbeitsprogramm definiert Pflanz:

„Sie [Anm.: Die medizinische Soziologie] erforscht alle Verbindungen, die zwischen den verschiedenen Gegenständen der Medizin und denen der Soziologie und Sozialpsychologie bestehen.“⁷¹⁴

Dabei bilden für Pflanz medizinische und soziologische Fragestellungen in gleichem Maße den Ausgangspunkt der Forschung. In seiner soziologischen Terminologie orientiere sich das Werk an Königs Lexikon der Soziologie.⁷¹⁵ Die epidemiologisch-statistische Methode ist für Pflanz ein wichtiges Hilfsmittel der medizinischen Soziologie, er gibt jedoch zu bedenken, dass statistische Korrelationen keine Aussage über die Kausalität zuließen und zudem über die in diesem Werk behandelten soziologischen Faktoren hinaus somatische Faktoren in der polyätiologischen Entstehung von Krankheiten eine zentrale Rolle spielten.⁷¹⁶

Doch wie grenzt Pflanz die „Medizinische Soziologie“ von der „Sozialmedizin“ ab?

Für Pflanz ist das entscheidende Kriterium die Definition des Begriffes „sozial“. Das Verständnis der Sozialmedizin sei begrenzt auf fürsorgerische, arbeitsmedizinische, rechtliche und gesundheitspolitische Belange. Die Definition der medizinischen Soziologie gehe darüber hinaus und umfasse „die gesamten zwischenmenschlichen Beziehungen und Strukturformen in wissenschaftlicher Betrachtung – ohne den reformerischen Akzent.“⁷¹⁷ Daraus ergeben sich für Pflanz neben vielen Überschneidungen der Disziplinen, die wesentlichen Differenzen. Zukünftig sieht Pflanz die Aufgabe der medizinischen Soziologie darin, die wissenschaftliche Grundlage für die praktische Tätigkeit der Sozialmedizin zu schaffen. Er sagt auch eine zunehmende Bedeutung der Soziologie im Bereich der Gesundheitspolitik voraus.⁷¹⁸ Im Verhältnis von Psychosomatik und medizinischer Soziologie sieht Pflanz überschneidende Aufgabenbereiche und Methoden. Die Disziplinen seien aufeinander angewiesen, um den individuellen Zugangsweg der Psychosomatik mit der statistischen Methodik der medizinischen Soziologie zu verknüpfen.⁷¹⁹

⁷¹³ Pflanz 1962, S. 2. Pflanz bezieht sich hier auf Uexküll 1958 und , König 1958a.

⁷¹⁴ Pflanz 1962, S. 2.

⁷¹⁵ König 1958b.

⁷¹⁶ Vgl. Pflanz 1962, S. 1–5.

⁷¹⁷ Pflanz 1962, S. 13.

⁷¹⁸ Vgl. Pflanz 1962, S. 16–17.

⁷¹⁹ Vgl. Pflanz 1962, S. 17–20.

Angelehnt an Robert Straus⁷²⁰ gliedert Pflanz die Aufgaben der medizinischen Soziologie in die Bereiche „sociology of medicine“ und „sociology in medicine“.⁷²¹ Letztere stelle den Hauptteil seiner Arbeit dar, einzelne Fragestellungen seien jedoch erst in Verknüpfung mit der „sociology of medicine“ verständlich. Die „sociology of medicine“ sei nur von Soziologen durchführbar, Gegenstände seien die Medizin als „Kultur“, die Rolle, der Beruf und die Ausbildung des Arztes, die Rolle des Kranken, des medizinischen Hilfspersonals, sowie die Soziologie des Krankenhauses.⁷²² Einen Einblick in die „sociology of medicine“ gibt auch Pflanz' Artikel „Die ärztliche Tätigkeit in soziologischer Sicht“ aus dem Jahr 1961.⁷²³ Seine Ausführungen über die „sociology in medicine“ orientiert Pflanz an seinem Aufsatz „Aufgaben und Ziele sozialwissenschaftlicher Forschung in der Medizin“ aus dem Jahr 1956.⁷²⁴ Pflanz betont, dass die medizinische Soziologie „noch kein geschlossenes Wissenschaftsgebiet“ darstelle.⁷²⁵ Dies zeige auch ein Blick auf die Entwicklung in den Vereinigten Staaten. Dort seien an einigen Universitäten Professuren for medizinische Soziologie eingerichtet worden, die sich insbesondere der „sociology of medicine“ widmen würden. Die Soziologie als Ausbildungsfach im medizinischen Bereich sei bisher vor allem in Schools of Public Health präsent, eine Integration in die Ausbildung des Mediziners sei derzeit nicht abzusehen. Der Blick auf Europa ist dann noch ernüchterner, hier halte sich das Interesse der Soziologen an medizinischen Fragestellungen in Grenzen, eigene Professuren gebe es nicht, an vereinzelt Universitäten würden dem Medizinstudenten Einblicke in medizin-soziologische Themen vermittelt. Pflanz konstatiert: „In der Forschung haben sich die Mediziner durch Soziologen weder beraten lassen noch sich mit ihnen zur gemeinsamen Arbeit zusammengefunden. Die sehr wenigen Ausnahmen bestätigen nur die Regel.“⁷²⁶ Große Aufmerksamkeit erhielten in der europäischen Literatur sogenannte „Zivilisations- und Managerkrankheiten“. Pflanz lehnt den Begriff der „Zivilisationskrankheiten“ ab, da dieser nicht hinreichend definiert sei und eine Wertung bestimmter Zeiterscheinungen enthalte. Zu bevorzugen sei die Terminologie „Sozialer Wandel“. Ebenso handele es sich bei der „Managerkrankheit“ um einen Begriff, der weder soziologisch noch medizinisch definiert sei. Beide Begriffe seien somit nicht zur Ableitung empirisch nachprüfbarer Hypothesen geeignet.⁷²⁷

⁷²⁰ Straus 1957. Straus war von 1959-1987 Lehrstuhlinhaber des Departement of Behavioral Science des Medical College an der University of Kentucky. Straus 1999.

⁷²¹ Pflanz 1962, S. 21.

⁷²² Vgl. Pflanz 1962, S. 21--26.

⁷²³ Pflanz 1961a.

⁷²⁴ Vgl. Pflanz 1956a, S. 114.

⁷²⁵ Pflanz 1962, S. 35.

⁷²⁶ Pflanz 1962, S. 36–37.

⁷²⁷ Vgl. Pflanz 1962, S. 37–40.

Nach dieser Einführung in Pflanz' Verständnis von medizinischer Soziologie, das in dieser Arbeit als zentraler Dreh- und Angelpunkt von Pflanz wissenschaftlichem Wirken wiederholt thematisiert wird, soll nun sein Hauptwerk „Sozialer Wandel und Krankheit“ vorgestellt werden.

Als zentrale Problemstellung wolle Pflanz untersuchen, ob es einen Zusammenhang von soziologischen Faktoren und Krankheiten bzw. Beschwerdebildern gebe.

Er formuliert hierzu vier Hypothesen:

- „1. Der Mensch ist mit seinen physiologischen und pathologischen Funktionen auch von soziologischen Faktoren abhängig.
2. Krankheiten verteilen sich in der Bevölkerung nicht gleichmäßig, sondern werden in ihrer Häufigkeit von soziologischen Faktoren mitbestimmt.
3. Das individuelle Bild der Krankheit mit den geäußerten Beschwerden steht in Beziehung zu soziologischen Faktoren.
4. Am Rande wird die Hypothese geprüft, daß auch medizinische Diagnosen von soziologischen Faktoren mitbestimmt werden.“⁷²⁸

Die soziologischen Faktoren sollen laut Pflanz unter dem Gesichtspunkt des sozialen Wandels betrachtet werden und im Mittelpunkt seiner Untersuchung stehen. Zur Überprüfung seiner Hypothesen will er empirische Ergebnisse dem theoretischem Hintergrund gegenüberstellen.

In die Theorie des sozialen Wandels führt Pflanz im dritten Kapitel von Abschnitt A ein und orientiert sich dabei an soziologischer Literatur, namentlich nennt er den Beitrag von Peter Heintz im Fischer-Lexikon Soziologie von König.⁷²⁹ Für das vorliegende Werk seien besonders die Auswirkungen auf das Individuum relevant. Zentrale Prozesse seien hier die Enkulturation, also das Hineinwachsen in eine Kultur während der Kindheit, sowie die Akkulturation, die zum einen zwischen zwei fremden Kulturen stattfindet, zum anderen eine Rolle für das Individuum bei der Einwanderung spiele. Bei Letzterem seien zudem auch psychologische Aspekte zu beachten. Im Rahmen dieser Veränderungen müssten auch die Reaktionen auf den notwendigen sozialen Wandel beachtet werden, der immer eine Anpassungsleistung erfordere und zu Spannungen und Wertkonflikten führen könne. Der soziale Wandel gebe Gelegenheit zu individuellen Veränderungen von Wohnsitz, Sozialschicht, Familiengröße oder weiteren soziologischen Faktoren. Pflanz betont, dass kein Teil des sozialen Systems vom raschen sozialen Wandel ausgenommen sei. Der Autor geht in diesem Werk von der nicht beweisbaren Hypothese aus, „daß nicht so sehr die soziologischen Faktoren an

⁷²⁸ Pflanz 1962, S. 5.

⁷²⁹ Heintz, P. 1958. Prof. Dr. Peter Heintz (1920-1983) war ein Schüler von René König. Er wurde 1966 auf den Lehrstuhl für Soziologie der Universität Zürich berufen. Vgl. Soziologisches Institut der Universität Zürich. Vgl. Scheuch 1998, S. 241.

sich mit bestimmten Krankheiten in Beziehung stehen, sondern das an ihnen, was in einem Wandlungsprozeß steht und daher Anlaß zu Anpassungsleistungen, Wertkonflikten und Spannungen gibt.“⁷³⁰ Pflanz nennt im Folgenden Beispiele für Manifestationsformen des sozialen Wandels, wie den Wandel von der Groß- zur Kleinfamilie, Veränderungen im Bereich von Beruf und Arbeit und den vermehrten Zuzug in Städte, wobei die Veränderungen in gegenseitiger Abhängigkeit voneinander stünden. Im Bereich der Medizin habe insbesondere der rational-technische Fortschritt einen Beitrag zum sozialen Wandel geleistet und sei umgekehrt auch von ihm abhängig. Der Zusammenhang von sozialem Wandel und Krankheit sei nicht beweisbar und könne lediglich durch die Feststellung von statistisch signifikanten Korrelationen zwischen soziologischen Faktoren und Krankheitshäufigkeit an Wahrscheinlichkeit gewinnen. Im Bereich der Psychologie gebe es diesbezüglich bereits Erkenntnisse. Pflanz verweist hier auf seinen Artikel „Soziokulturelle Faktoren und psychische Störungen“ aus dem Jahr 1960, in dem er neben Theorien zum Einfluss gesellschaftlicher Faktoren auf psychische Krankheiten auch Ergebnisse von Untersuchungen europäischer und amerikanischer Forscher auf diesem Gebiet zusammenträgt.⁷³¹

Im Bereich nicht-psychiatrischer Fächer würden vergleichbare Arbeiten fehlen, sodass seine Arbeit eine Pionierarbeit darstelle, die weitere Untersuchungen, insbesondere in Form von Feldstudien, erfordere.⁷³²

Abschnitt B seiner Arbeit leitet Pflanz in Kapitel IV mit einem Überblick über die Fragestellung und Methodik der eigenen Untersuchungen ein. Die Grundhypothese des Zusammenhangs zwischen sozialem Wandel und Krankheit sei nur über statistische Korrelationen von soziologischen und medizinischen Daten nachzuweisen. Pflanz unterscheidet hier zwei Teilprobleme: Zum einen stelle sich die Frage, ob eine Änderung der Gruppenzugehörigkeit zu bestimmten Krankheiten oder Beschwerdebildern führe, unter der Annahme, dass dies ähnliche Anpassungsleistungen des Individuums erfordere, „wie der gesamte soziale Wandel einer Kultur oder Sub-Kultur bei deren Mitgliedern“.⁷³³ Zum anderen müsse gefragt werden, „ob der gesamte soziale Wandel der Kultur oder Sub-Kultur Beziehungen zu individuellen Krankheitsbildern und Beschwerdekomplessen aufweist“, wobei für diese Fragestellung das eigene Material nicht ausreichend sei und die Diskussion in dieser Arbeit auf empirischen Daten anderer Autoren basiere.⁷³⁴

⁷³⁰ Pflanz 1962, S. 48.

⁷³¹ Vgl. Pflanz 1960b.

⁷³² Vgl. Pflanz 1962, S. 43–53.

⁷³³ Pflanz 1962, S. 54.

⁷³⁴ Vgl. ebd.

In Kapitel IV.1 stellt Pflanz die eigene Methodik vor. Die Datengewinnung sei durch Unterstützung des Bundesinnenministeriums finanziert worden. Zwischen 1956 und 1958 erfasste die Studie 9911 Patienten der Medizinischen Poliklinik in Gießen mithilfe eines Fragebogens, der neben Angaben zur Person auch anamnestische und diagnostische Fragen enthielt. Der Fragebogen wurde allen Personen vorgelegt, die in der Zeit vom 1.11.1956 bis 31.3.1958, mit einer Unterbrechung im Januar und Februar 1957, die Medizinische Poliklinik der Universität aufsuchten. Ausgenommen wurden lediglich Patienten, die aufgrund einer psychotischen Störung in der Psychiatrischen Klinik waren und zu einer konsiliarischen Untersuchung in die Poliklinik kamen. Weiterhin wurde bei der Zusammenstellung der Ergebnisse das Klinik- und Hochschulpersonal nicht erfasst, die im Rahmen einer Routineuntersuchung die Poliklinik aufsuchten. Eine Auswertung habe gezeigt, dass sich diese Gruppe nicht als Kontrollgruppe eignete. Eingeschlossen in die Auswertung wurden somit 9456 Fragebögen. Dieses Kollektiv sei nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung des Einzugsgebietes, da die Poliklinik im Vergleich von mehr Männern, mehr Menschen der mittleren Altersgruppen, mehr Heimatvertriebenen und mehr Verheirateten aufgesucht wurde. Das Material wurde nach einem eigenen Schema verschlüsselt und statistisch ausgewertet, wobei sich 750 statistisch signifikante Korrelationen ergaben. In seiner kritischen Betrachtung der eigenen Methodik charakterisiert Pflanz seine Untersuchung als „Verbindung von Krankenhausstatistik mit der Erforschung ausgewählter Patientengruppen“⁷³⁵ und wägt dies gegenüber anderen Methoden ab. Fehlermöglichkeiten einer solchen Untersuchung seien die Diagnosestellung, die Zuverlässigkeit der soziologischen Daten und Fehler in der statistischen Auswertung. Pflanz bespricht diese anhand von Sekundärliteratur und zeigt Stärken und Schwächen seiner eigenen Untersuchung auf.⁷³⁶ In Bezug auf Vor- und Nachteile der Poliklinik als Untersuchungsobjekt der Medizin-Soziologie stellte Pflanz 1966 in einer Publikationsreihe eine Studie an der Medizinischen Poliklinik Gießen vor, die verschiedene Aspekte in diesem Kontext beleuchtete.⁷³⁷

In Kapitel V nimmt Pflanz die medizinischen Daten als Ausgangspunkt seiner Betrachtungen. Er formuliert hierbei zunächst anhand von Literatur die medizinische Hypothese sowie die Definition der Diagnose, gibt Ergebnisse anderer Autoren zur Häufigkeit der Erkrankung sowie dem Vorkommen oder Fehlen in anderen Sozietäten soweit möglich tabellarisch wieder und erläutert bisherige medizinisch-soziologische

⁷³⁵ Pflanz 1962, S. 63.

⁷³⁶ Vgl. Pflanz 1962, S. 54–68.

⁷³⁷ Pflanz 1966f, 1966e, 1966d, 1966c, 1966b.

Befunde und Hypothesen. Anschließend erklärt Pflanz die eigenen Ergebnisse und diskutiert diese in Zusammenhang mit Befunden anderer Autoren.⁷³⁸

Kapitel V.1 behandelt vegetative und nervöse Beschwerden und Funktionsstörungen.

Pflanz nennt fünf Hypothesen, die hier wörtlich aus seinem Werk entnommen werden:

- „1. Soziokulturelle Faktoren sind mitentscheidend dafür, ob geringfügige Sensationen bereits als Beschwerden gedeutet werden.
2. Soziokulturelle Faktoren entscheiden darüber, ob Beschwerden als so wesentlich angesehen werden, daß sie bei einer Befragung dem Arzt mitgeteilt werden, oder umgekehrt als so unbedeutend, daß sie verschwiegen werden.
3. Soziokulturelle Faktoren entscheiden darüber, ob das Bemerken von Beschwerden Anlaß gibt, ärztlichen Rat zu suchen.
4. Soziokulturelle Faktoren sind dafür bestimmend, in welches Organ oder Organsystem die Sensationen bei allgemeinem Mißbefinden projiziert werden.
5. Soziokulturelle Faktoren sind mitbestimmend beim Beschwerdetyp, d.h. ob die Beschwerden mehr auf ein Organ bezogen oder allgemein als Müdigkeit, Nervosität, innere Unruhe empfunden werden.“⁷³⁹

Pflanz diskutiert diese Hypothesen durch Literaturanalyse und in Verbindung mit seinen eigenen Ergebnissen anhand folgender Beschwerdebilder: Vegetative Beschwerden, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Herzklopfen, Herzschmerzen, innere Unruhe, Müdigkeit, Oberbauchbeschwerden, Appetitstörungen, Schlafstörungen und Obstipation. Auffallend sei unter anderem der starke Unterschied der Korrelationen von Männern und Frauen in Bezug auf vegetative Beschwerden, die geringere Häufigkeit von Oberbauchbeschwerden im Vergleich zu den anderen Beschwerden, sowie das vermehrte Vorkommen von Obstipation unter Angestellten.⁷⁴⁰

Zusammenfassend sieht Pflanz für die erste und zweite der oben genannten Hypothesen „gewisse Hinweise“. Die dritte Hypothese sei mithilfe seiner Methodik nicht eindeutig zu beweisen, dagegen würden die vierte und fünfte Hypothese bestätigt.⁷⁴¹

In Kapitel V.2 setzt sich Pflanz kritisch mit der Diagnose „vegetativer Störungen“ auseinander, die in seiner Untersuchung als Ausschlussdiagnose gewählt wurde, wenn die Beschwerden nicht in Zusammenhang mit organischen Ursachen standen und sich kein Hinweis auf Funktionsabweichungen ergab. Er räumt ein, dass es keine einheitliche Theorie zur Pathogenese vegetativer Störungen gebe. Pflanz erläutert hierzu die

⁷³⁸ Vgl. Pflanz 1962, S. 69.

⁷³⁹ Pflanz 1962, S. 70.

⁷⁴⁰ Vgl. Pflanz 1962, S. 73–106.

⁷⁴¹ Vgl. Pflanz 1962, S. 105–106.

Ansichten unterschiedlicher Autoren aus den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik und innerer Medizin und äußert Skepsis gegenüber der Annahme einer Zunahme und Symptomwandlung vegetativer und neurotischer Störungen. Ein Zusammenhang zu soziologischen Faktoren sei bisher nur vereinzelt bestätigt worden, auch die eigenen Untersuchungen zeigten nur wenige Korrelationen in Bezug auf Pendelwanderung⁷⁴², sozialen Aufstieg sowie eine vermehrte Häufigkeit in den oberen Sozialschichten. Eine wissenschaftliche Überprüfung von Hypothesen, die vegetative Störungen „als Ausdruck der Zivilisation“ ansehen oder eine Interpretation der gefundenen Unterschiede ist für Pflanz auf Grundlage der bisherigen Daten nicht möglich.⁷⁴³

Anschließend wendet sich Pflanz der Besprechung organischer Krankheitsbilder zu. Den Abschnitt zu Herz- und Kreislaufkrankheiten eröffnet er mit einer kritischen Betrachtung der Auswertung von Todesursachenstatistiken, die von unterschiedlichen Faktoren abhängig sei. Auffällig sei eine erhöhte relative Mortalität an Herz- und Kreislaufkrankungen in Nordeuropa und den Vereinigten Staaten im Vergleich zu anderen Ländern. Konkrete Vergleichswerte nennt Pflanz hier nicht.⁷⁴⁴

In Bezug auf Herzklappenfehler und Herzmuskelschäden erläutert Pflanz kurz einige Hypothesen, die sich nur zum Teil in den eigenen Untersuchungen widerspiegeln. Den größeren Teil dieses Kapitels widmet Pflanz der Hypertonie, einem Krankheitsbild, das in einer Vielzahl seiner Publikationen wiederzufinden ist und in dieser Arbeit als eines seiner zentralen Forschungsgebiete noch beleuchtet werden wird.⁷⁴⁵

Zur Problematik der Methode epidemiologischer Blutdruckuntersuchungen verweist Pflanz auf seinen Artikel „Zur Epidemiologie der Hypertonie“ aus dem Jahr 1961.⁷⁴⁶ Problemfelder seien unter anderem der Umstand, dass nur der zufällige Blutdruckwert erfasst werden könne, die willkürliche Grenzsetzung, sowie die Auswahl des Patientenkollektivs. In zahlreichen Untersuchungen konnte nach Pflanz bereits gezeigt werden, dass der Mittelwert bei Männern bis zum 45. Lebensjahr etwas höher, anschließend aber ein rascherer Anstieg bei Frauen zu beobachten sei. Vorteilhafter sei jedoch die Beurteilung der Hypertoniehäufigkeit, da diese nicht durch hypotone Patienten im Kollektiv beeinflusst werde. Es zeige sich hier ein Anstieg der prozentualen Häufigkeit im Alter, verstärkt bei Frauen ab 45 Jahren, sowie ein erhöhter Prozentsatz der Hypertonie unter Adipösen. Pflanz stellt tabellarisch einige Untersuchungen vor, die einen Vergleich von Hypertoniehäufigkeit und -mittelwerten zwischen unterschiedlichen

⁷⁴² Unter Pendelwanderung versteht Pflanz die tägliche Fahrt zwischen Wohn- und Arbeitsort.

Vgl. Pflanz 1962, S. 258.

⁷⁴³ Vgl. Pflanz 1962, S. 106–120.

⁷⁴⁴ Vgl. Pflanz 1962, S. 120–122.

⁷⁴⁵ Vgl. Kap. 5.4.1

⁷⁴⁶ Pflanz 1961c.

Völkern vornahmen. Hinweisen eines selteneren Vorkommens von Bluthochdruck in anderen Kulturkreisen ständen eine Vielzahl von Ausnahmen gegenüber. Bisherige Ergebnisse zu medizinisch-soziologischen Unterschieden seien nicht einheitlich, auch die eigene Untersuchung habe nur wenige Korrelationen gezeigt. Aus den sich mit der Literatur deckenden Befunden ergäben sich drei Hypothesen. Zum einen konnte auch in Untersuchungen anderer Autoren nachgewiesen werden, dass Menschen mit weniger Bewegung häufiger einen erhöhten Blutdruck haben. Die Beziehung von Qualität und Quantität der Ernährung zum Bluthochdruck kann Pflanz in seiner Untersuchung nicht stützen. Zwar hätten Adipöse höhere Mittelwerte und eine erhöhte Hypertoniefrequenz, aber auch Nichtadipöse würden entsprechende Abweichungen von den Erwartungswerten zeigen. Die dritte Hypothese, dass in Berufsgruppen und Sozialschichten mit größerem Anspruchsniveau an das Berufsziel, höhere Blutdruckwerte gefunden würden, kann Pflanz ebenfalls nicht bestätigen. Aus den Ergebnissen lasse sich vielmehr schließen, dass es bei Nicht-Befriedigung des Anspruchs in der Realität zu einer Erhöhung des Blutdrucks komme.⁷⁴⁷

Aufgrund der einfachen Objektivierbarkeit der Blutdruckwerte und der Häufigkeit der Erkrankung eigne sich die Hypertonie gut, internationale epidemiologische Studien durchzuführen, die einen Beitrag zur Erforschung der Ätiologie der Hypertonie leisten könnten.⁷⁴⁸ Pflanz selbst führte in den folgenden Jahren Blutdruckstudien durch, auf die später in dieser Arbeit noch eingegangen wird.⁷⁴⁹

Als weiteres Krankheitsbild der Herz- und Kreislaufkrankungen beleuchtet Pflanz die Coronarerkrankungen, deren Häufigkeit in den hochindustrialisierten Ländern erheblich zugenommen habe. Eine Korrelation zwischen Fettverbrauch und Herzinfarkthäufigkeit sei festgestellt worden, woraus jedoch keine Kausalität abgeleitet werden könne. In der eigenen Untersuchung wurden aufgrund der Häufigkeit lediglich die Daten männlicher Patienten ausgewertet, wobei sich unter ihnen vermehrt Beamte und Kranke, deren Kinder die höhere Schule besuchten, fanden und weniger Angehörige der untersten Sozialschicht. Diese Befunde deckten sich mit den Ergebnissen anderer Autoren, wonach Coronarerkrankungen in Berufen mit schwerer körperlicher Arbeit seltener nachzuweisen seien. Die medizinische Soziologie könne auch hier einen wichtigen Beitrag zur Klärung der Pathogenese leisten.⁷⁵⁰

Zuletzt geht Pflanz in diesem Abschnitt auf die Arteriosklerose ein, die auch in Verbindung zu den Coronarerkrankungen stehe. Die Hypothese, die Arteriosklerose

⁷⁴⁷ Vgl. Pflanz 1962, S. 123–140.

⁷⁴⁸ Vgl. Pflanz 1962, S. 140.

⁷⁴⁹ Vgl. Kap. 5.4.1

⁷⁵⁰ Vgl. Pflanz 1962, S. 140–147.

stehe in Zusammenhang mit dem Fettgehalt der Nahrung, sei noch nicht erwiesen. In seiner eigenen Untersuchung sei eine erhöhte Häufigkeit der Arteriosklerose bei Frauen aufgefallen, die in traditioneller Tracht die Klinik aufsuchten, hier fand sich auch eine eindeutige Korrelation zwischen Arteriosklerose und Diabetes.⁷⁵¹

Als nächsten Komplex betrachtet Pflanz die Gruppe der Magen-Darmerkrankungen, wobei das Kapitel zu *Ulcus ventriculi* und *Ulcus duodeni* den größten Teil beansprucht. Zu diesem Themenkomplex veröffentlichte Pflanz 1956 gemeinsam mit Elsa Rosenstein und Thure von Uexküll den Artikel „Socio- psychological aspects of peptic ulcer“ im *Journal of psychosomatic research*.⁷⁵² Die Vielzahl von ätiologischen und pathogenetischen Auffassungen umreißt Pflanz nur kurz. Für die Hypothese, Ulcuserkrankungen seien in weniger zivilisierten Ländern nicht anzutreffen, finde sich kein Beleg. Im Rahmen medizinisch-soziologischer Untersuchungen sei unter anderem gezeigt worden, dass Männer häufiger an einem *Ulcus* leiden, wobei bei Frauen eine Diskrepanz zwischen klinischer *Ulcus*häufigkeit und postmortal nachgewiesenen *Ulcus*narben bestehe. Auch in der eigenen Untersuchung zeigten sich viele Korrelationen, woraus sich zwei wesentliche Hypothesen ergäben:

1. Das *Ulcus* komme bei Menschen häufiger vor, die aus einer Gemeinschaft ausschieden, wie Verheiratete, Geschiedene und Heimatvertriebene.
2. Das *Ulcus* sei bei Angehörigen der untersten Sozialschichten häufiger, die in ihrem Beruf keine Untergebenen hätten, sowie bei Werkmeistern, deren beruflicher Ehrgeiz nie ganz befriedigt werden könne.⁷⁵³

Weniger empirische Befunde gebe es in Bezug auf weitere Magenerkrankungen, wie Gastritis, Gastroduodenitis, vegetative Magenbeschwerden und Darmkrankheiten, die Pflanz im Zusammenhang mit seinen eigenen Ergebnissen darstellt.⁷⁵⁴ In den folgenden Abschnitten wertet Pflanz seine Untersuchungen zu Leber- und Gallenblasenerkrankungen, Lungentuberkulose, anderen Lungenkrankheiten, banalen Infekten, Krankheiten der Bewegungsorgane, malignen Tumoren, Krankheiten des Endokriniums und des Stoffwechsels und weiteren Krankheiten im Zusammenschau mit Ergebnissen der Literatur aus.⁷⁵⁵

Von diesen Erkrankungen wird hier nur auf seine Ergebnisse zur Fettsucht eingegangen, da Pflanz das Problemfeld der Adipositas auch in weiteren Untersuchungen erforschte. Die Ätiologie der Fettsucht sei schon länger Forschungsgegenstand der Medizin. Aktuelle Lehrmeinung sei es, die Adipositas als «energetisches Problem» anzusehen.

⁷⁵¹ Vgl. Pflanz 1962, S. 147–151.

⁷⁵² Pflanz/Rosenstein/Uexküll 1956.

⁷⁵³ Vgl. Pflanz 1962, S. 151–166.

⁷⁵⁴ Vgl. Pflanz 1962, S. 166–168.

⁷⁵⁵ Vgl. Pflanz 1962, S. 168–218.

Übergewicht sei darauf zurückzuführen, dass erhöhte Nahrungsaufnahme und verringerter Bewegungsdrang zu einer erhöhten Nahrungsbilanz führe und nicht verwertete Nahrungsstoffe umgewandelt und deponiert würden. Die bisherigen medizinisch-soziologischen Daten bezeichnet Pflanz als widerspruchsvoll, die Bedeutung soziologischer und sozialpsychologischer Faktoren für die Ätiologie der Adipositas erachtet er jedoch als wahrscheinlich. Pflanz geht an dieser Stelle näher auf Erkenntnisse anderer Autoren zur Verwurzelung der Nahrungsaufnahme in kulturelle Wertesysteme und das unterschiedliche Ansehen von Fettsüchtigen ein. In der eigenen Untersuchung zeigten sich viele signifikante Korrelationen, die sich mit den Hypothesen der Literatur deckten, wobei Frauen und Männern unterschiedliche Zusammenhänge aufwiesen, die alle für eine starke Abhängigkeit von Umweltfaktoren sprächen.⁷⁵⁶

Den Abschluss von Kapitel V bildet eine Abhandlung über die Epidemiologie der Gesundheit. Die eigene Untersuchung lasse sich aufgrund einer starken Selektion dahingehend nicht auswerten. Pflanz resümiert, dass es keine klare Definition des Gesundheitsbegriffes gebe und somit eine epidemiologische Untersuchung der Gesundheit nicht möglich sei.⁷⁵⁷

In Kapitel VI nimmt Pflanz schließlich die soziologischen Daten als Ausgangspunkt seiner Untersuchung. Um auch für den Mediziner verständlich zu sein, erläutert er zu den betrachteten Faktoren soziologische Definitionen und Hypothesen im Rahmen des sozialen Wandels, pathogenetisch bedeutsame sozialpsychologische und soziologische Tatsachen, bisher festgestellte Korrelationen sowie eigene Befunde. Hierbei zeigt er zum einen auf, bei welchen Krankheitsbildern die jeweilige Sozialgruppe hervortritt, zum anderen, welche Krankheiten bei dieser Sozialgruppe vom Erwartungswert abweichen.⁷⁵⁸ Pflanz geht zunächst auf das soziokulturelle Phänomen der Verschiedenartigkeit der Geschlechter ein, wobei auch die biologischen Faktoren nicht vernachlässigt werden dürften. Übereinstimmend mit der Literatur habe er ein vermehrtes Auftreten von Adipositas, Hypertonie, Kreislaufkrankungen, Gallenblasenleiden, Polyarthritiden, Arthrosen sowie neurotischen und funktionellen Störungen bei der Frau gefunden, während sich beim Mann eine größere Häufigkeit von Coronarleiden und Ulcus duodeni zeigte. Bisher nicht geklärt sei, warum nur beim Mann der Infarkt in statistischer Korrelation zu Hypertonie und Adipositas stehe. Zur weiteren Klärung der Bedeutung soziologischer Faktoren für die Geschlechtsunterschiede sei es nötig, die Quotienten für verschiedene Sozialgruppen zu bestimmen. Dies sei in seiner Untersuchung noch nicht durchgeführt worden und habe auch in der Literatur keinen

⁷⁵⁶ Vgl. Pflanz 1962, S. 197–206.

⁷⁵⁷ Vgl. Pflanz 1962, S. 218–219.

⁷⁵⁸ Vgl. Pflanz 1962, S. 220.

nennenswerten Niederschlag gefunden.⁷⁵⁹ Auch das Alter sei ein biologisches und sozial-psychologisches Phänomen, das erhebliche Unterschiede in verschiedenen Sozietäten aufweise. Pflanz plädiert dafür, nicht nur die negativen, sondern auch die positiven Aspekte des Alters in der Forschung zu berücksichtigen. Im nächsten Schritt beleuchtet Pflanz die Familie, die im Rahmen des sozialen Wandels eine Umwertung erfahren habe. Er geht hierbei auch näher auf die Ergebnisse in Bezug auf einzelne Faktoren wie die Geschwisterzahl, den Familienstand, das Heiratsalter, den Verlust des Ehepartners und die Kinderzahl ein.⁷⁶⁰ Unter Migration als soziologischen Faktor fasst Pflanz alle Formen der Wanderungsbewegungen zusammen, die ein unterschiedliches Maß an Anpassung erforderten und in verschiedener Weise mit dem sozialen Wandel verknüpft seien. So sei zum Beispiel Emigration und Immigration neben den Herausforderungen der Akkulturation meist auch mit einer vertikalen Mobilität in Form eines sozialen Abstieges verbunden. Flüchtlinge hingegen seien zusätzlich dadurch belastet, dass es sich nur in einem geringen Maße um eine individuelle Entscheidung handele. Pflanz bezieht sich in diesem Abschnitt insbesondere auf deutsche Flüchtlingsbewegungen. In seinem Kollektiv fanden sich Heimatvertriebene aus dem Sudetenland, aus Schlesien, aus der Mark und aus Pommern, aus Ostpreußen, Polen, Westpreußen, Böhmen und den Balkanstaaten. Zudem erfasste Pflanz Zuwanderer aus der Sowjetischen Besatzungszone [SBZ], wobei hier meist ein Entschluss unter Druck, aber individueller Natur zugrunde liege. Insgesamt zeigten sich je nach Herkunftsland unterschiedliche Korrelationen, für die Pflanz vereinzelt Deutungen aufführt. Die Binnenwanderung innerhalb der Staatsgrenzen sei steigend, wobei in Deutschland die Zuwanderung vom Land in die Großstädte fast beendet sei. Da dies zuvor ein sehr bedeutendes Phänomen gewesen sei, erläutert Pflanz anhand von Literaturbelegen die Hintergründe. In seiner Untersuchung erfasste Pflanz lediglich die Gruppe von Patienten, die zwischen 1939 und 1957 ihren Wohnort wechselten und stellt die Ergebnisse einiger Untergruppen vor. Als letzte Form der Migration geht Pflanz auf die Pendelwanderung, also die tägliche Fahrt zwischen Wohn- und Arbeitsort ein, die insbesondere nach dem Krieg zugenommen habe. Neben Ergebnissen aus der Literatur führt Pflanz seine eigenen Befunde an, die eine Vielzahl von Korrelationen zeigten und erweiterter medizinisch-soziologischer Untersuchungen bedürften.⁷⁶¹

Als weiteren soziologischen Faktor behandelt Pflanz die Sozialschicht, deren soziologische Bedeutung er eingehend darlegt. Die Auswertung der eigenen Daten sei methodologisch schwierig gewesen, zum Zwecke der Schichteneinteilung konnten

⁷⁵⁹ Vgl. Pflanz 1962, S. 220–226.

⁷⁶⁰ Vgl. Pflanz 1962, S. 226–247.

⁷⁶¹ Vgl. Pflanz 1962, S. 247–260.

lediglich die Angaben zum Beruf herangezogen werden. Es ergaben sich jedoch in Übereinstimmung mit Ergebnissen der Literatur deutliche Differenzen zwischen Ober-, Mittel- und Unterschicht, zudem zeigten Frauen andere Korrelationen als Männer. Im Hinblick auf die Schichtenmobilität entsprachen die Befunde denen der aufnehmenden Schicht. Pflanz untersuchte neben der Intra- und Inter-Generationen-Mobilität auch die Auswirkungen durch Mobilitätsvorgänge der Kinder.⁷⁶² In Kapitel VI.7 behandelt Pflanz die medizin-soziologischen Probleme von Arbeit und Beruf, wobei in diesem Gebiet erst wenige empirische Daten vorlägen. Er bespricht die Ergebnisse in Bezug auf Arbeiter, Angestellte, Beamte und Landwirte. In der Erwerbstätigkeit der Frau sieht Pflanz keinen gesundheitsschädigenden Faktor, sondern dies sei im Bereich des sozialen Wandels eine gesellschaftliche und oft auch individuelle Notwendigkeit. Zusätzlich stellt Pflanz die Ergebnisse zur Arbeitslosigkeit vor und bespricht die Problemfelder der Invalidität und Pensionierung anhand von Untersuchungen in der Literatur.⁷⁶³

In Bezug auf die Wohnregionen kann Pflanz die Erkenntnisse zur Großstadt nur mithilfe von Literatur analysieren. Seine eigenen Untersuchungen zur Kleinstadt, zu der nur wenige empirische Daten vorlägen, sowie zum Land sprächen nicht für eine Relation von städtischer beziehungsweise ländlicher Lebensweise und Krankheiten. Gefundene Korrelationen seien eher Ausdruck verschiedener Berufe und Sozialschichten.⁷⁶⁴ Den Abschluss von Kapitel VI bilden die Ergebnisse zur Sozialversicherung, sowie zu bestimmten Sondergruppen, wie das Klinikpersonal, Arbeiter und Angestellte amerikanischer Dienststellen und Frauen, die in traditioneller Tracht die Klinik aufsuchten. Letztere betreffend fiel ein gehäuftes Auftreten von Diabetes, Arteriosklerose, Katarakt, Hypertonie und Adipositas auf, wobei eine Interpretation nicht möglich sei und weitere Untersuchungen durch die sinkende Anzahl von Tracht tragend Frauen erschwert würden.⁷⁶⁵

Den Schwerpunkt von Abschnitt C bildet der theoretische Bezugsrahmen der medizinischen Soziologie. Eingeleitet wird dies durch eine Abhandlung über Erklärungsmöglichkeiten für die betrachteten Korrelationen in Abhängigkeit von Faktoren, die eine medizinisch-soziologische Statistik beeinflussen können. Zunächst geht Pflanz auf statistische Artefakte als Fehlerquellen ein, zum Beispiel durch eine fehlende Gliederung nach Alter und Geschlecht, der in seiner Untersuchung durch die Methode der erwartungsmäßigen Ereignisse begegnet wurde, oder durch eine zu große Verschiedenartigkeit der Untersuchungs- und der Vergleichsgruppe. Eine vollständige

⁷⁶² Vgl. Pflanz 1962, S. 260–284.

⁷⁶³ Vgl. Pflanz 1962, S. 284–298.

⁷⁶⁴ Vgl. Pflanz 1962, S. 298–306.

⁷⁶⁵ Vgl. Pflanz 1962, S. 306–312.

Elimination statistischer Artefakte sei nicht möglich, eine kritische Betrachtung im Rahmen einer epidemiologischen Arbeit wünschenswert. Ein weiterer Grund für Korrelationen könne die Selektion, bzw. Siebung sein, die beispielsweise in Bezug auf die Einweisung in verschiedene medizinische Institute von medizin-soziologischer Bedeutung sein könne.⁷⁶⁶ Weiterhin zu beachten seien soziologische Faktoren, die einen Kranken zum Arzt führen. Pflanz widmete sich dieser Fragestellung noch einmal eingehender in seinem Aufsatz „Der Entschluß zum Arzt zu gehen“ aus dem Jahr 1964⁷⁶⁷. Anhand von Literatur erläutert Pflanz verschiedene Faktoren, wie die von der Sozialgruppe abhängige Grenzziehung zwischen „gesund“ und „krank“, die wechselseitige Beziehung von Krankheitserlebnis und Arztbesuch oder die zwischen Sozialschichten auftretenden unterschiedlichen Beschwerden, bei denen ein Arzt aufgesucht oder Präventivuntersuchungen wahrgenommen werden. Die Frage, ob ein Mensch zum epidemiologischen „Fall“ werde, sei also sozialpsychologisch determiniert. Auf Seiten des Arztes seien zudem ätiologische, diagnostische und therapeutische Vorurteile zu beachten. Pflanz verweist hier auf seine Arbeiten aus dem Jahr 1958, „Über ätiologische Vorstellungen“⁷⁶⁸ und „Entstehung und Bedeutung von Vorstellungen über die Ursachen der Krankheiten“⁷⁶⁹. Insbesondere in Bezug auf die Differenzierung von funktionellen und organischen Störungen seien Vorurteile von Bedeutung, wie Pflanz durch Literatur belegt. Letztlich hänge auch die Wahl der Therapie von der Bestimmung von Ätiologie, Diagnose und von Vorstellungen über die Erwartung des Patienten ab. Einige medizinisch-soziologische Korrelationen könne man also auf sozialpsychologische Faktoren in Ätiologie, Diagnostik und Therapie zurückführen.⁷⁷⁰

Den Abschluss von Kapitel VII bilden soziologische Überlegungen zum Konzept der Relativität von „normal“ und „abnorm“. Pflanz resümiert, dass sich diese Relativität nicht auf alle Aspekte des Verhaltens bezieht und man neben der kulturellen Dimension auch weitere Faktoren beachten muss, die zur Betrachtung oder Empfindung als „abnorm“ führen würden.⁷⁷¹

In Kapitel VIII bespricht Pflanz Fragen wie die Pathogenese im medizinisch-soziologischen Bereich und das Problem von Krankheit und Kultur. Den Ausführungen liege das anthropologische Konzept der gegenwärtigen medizinischen Soziologie zugrunde.⁷⁷² Festzuhalten sei zunächst, dass soziologische Faktoren in der Entstehung von Krankheiten zwar mitbeteiligt, aber nie allein ursächlich seien.

⁷⁶⁶ Vgl. Pflanz 1962, S. 313–317.

⁷⁶⁷ Pflanz 1964a.

⁷⁶⁸ Pflanz 1958d.

⁷⁶⁹ Pflanz 1958a.

⁷⁷⁰ Vgl. Pflanz 1962, S. 319–323.

⁷⁷¹ Vgl. Pflanz 1962, S. 324–326.

⁷⁷² Vgl. Pflanz 1962, S. 314.

Im ersten Abschnitt beleuchtet Pflanz kulturell geformte Gewohnheiten, Riten und Gebräuche als Krankheitsursache. An Beispielen, wie dem Rauschmittelgenuss oder der Nahrungsaufnahme bei Festen macht Pflanz deutlich, dass kulturell geformte Gewohnheiten unmittelbar zur Krankheitsursache werden könnten. Pflanz stellt die Hauptschwierigkeiten der Erstellung pathogenetischer Hypothesen in der medizinischen Soziologie dar. Dies sei unter anderen die Abgrenzung verschiedener Krankheitsgruppen, wie Neurosen und somatische Krankheitsbilder, sowie die Grenzgebiete der Psychosen und psychosomatische Krankheitsbilder. Diesen Gruppierungen lägen unterschiedliche Konzepte über die Pathogenese zugrunde, die die Einschätzung der Rolle soziologischer Faktoren und somit auch die Hypothesenbildung beeinflussen. Ebenso seien medizinisch-soziologische Hypothesen von den soziologischen Vorstellungen zur Gesellschaft und zum Individuum abhängig. Diese Abhängigkeiten böten die Möglichkeit der gegenseitigen Korrektur, die Überprüfung bestehender Deutungsmuster werde so zur Aufgabe medizinisch-soziologischer Modelle.⁷⁷³ Um den theoretischen Rahmen pathogenetischer Hypothesen der medizinischen Soziologie abzubilden, müsse der allgemeine Hintergrund anhand von Literatur dargestellt werden. So skizziert Pflanz das Menschenbild der medizinischen Soziologie, das von einer vorgegebenen Einheit von Mensch und Kultur ausgehe. Ergänzend beleuchtet er die Kultur „als gestaltende Kraft des menschlichen Organismus“.⁷⁷⁴ Pflanz stellt detailliert die Vorgänge vor, die er unter dem Oberbegriff der „kulturellen Formung“ zusammenfasst.⁷⁷⁵ Diese kulturellen Einflüsse auf Entwicklung und Ausrichtung physiologischer Funktionen könnten eine pathogene Wirkung entfalten, wenn die Ziele der Funktionen des Organismus mit den Zielen der Kultur kollidierten. Eigene Untersuchungen, sowie die Ergebnisse anderer Autoren sprächen für einen solchen Zusammenhang bei Schlaf- und Appetitstörungen, Obstipation und Adipositas.⁷⁷⁶ Eine weitere Determinante von Gesundheit und Krankheit sei die kulturell bestimmte Kindererziehung. Pflanz stellt einige Vorstellungen über die Persönlichkeitsentwicklung durch Erziehung sowie die Zusammenhänge mit einer späteren Erkrankung dar, wobei letzteres im Rahmen neurotischer Krankheiten als wahrscheinlich und bei psychotischen und psychosomatischen Krankheiten als eher wahrscheinlich gelte. Für organische Krankheiten gebe es diesbezüglich keine Anhaltspunkte. Pflanz ergänzt diese Erkenntnisse durch die Betrachtung des

⁷⁷³ Vgl. Pflanz 1962, S. 327–330.

⁷⁷⁴ Pflanz 1962, S. 333.

⁷⁷⁵ Pflanz 1962, S. 335.

⁷⁷⁶ Vgl. Pflanz 1962, S. 331–339.

Problemfeldes der „Pseudoheredität“, also die familiäre Häufung von Krankheiten durch Übernahme von Haltungen und Gewohnheiten.⁷⁷⁷

In den Kapiteln VIII.4 bis VIII.10 betrachtet Pflanz spezielle Hypothesen der medizinischen Soziologie. Die Hypothese der Krankheit als Störung der Einheit von Individuum und Kultur verdeutlicht Pflanz anhand der Beispiele des Voodoo-Todes und der Schädigung bei gestörter Mutter-Kind-Symbiosis. Dieses Modell könne zur Interpretation der Korrelation des Ulkus mit Geborgenheitsverlust bei Heimatvertriebenen, Geschiedenen, Werkmeistern oder in der unteren Sozialschicht herangezogen werden. Insgesamt sei die Hypothese jedoch zu allgemein gefasst.⁷⁷⁸

Ferner betrachtet Pflanz die Hypothese der Krankheit als Erscheinungsform von sozialer Desorganisation und Anomie und bezieht sich hierbei auf René Königs Ausführungen im Fischer-Lexikon Soziologie.⁷⁷⁹ Die soziale Desorganisation auf individueller Ebene äußere sich als abweichendes Verhalten, Krankheit könne als Ausdrucksform dieser Abweichung gesehen werden. Dieses Modell sei auf die Definition eines Ideal-Zustandes angewiesen und enthalte somit nicht beweisbare und moralisierende Momente. Diesem Problem entgehe der Begriff der Anomie, der vom französischen Soziologen Emile Durkheim (1858-1917)⁷⁸⁰ eingeführt worden sei. In diesem Sinne sei abweichendes Verhalten keine individuelle Eigenschaft, sondern auf ein Strukturproblem der Gesellschaft zurückzuführen und könne als Notwendigkeit für das Gleichgewicht einer Gruppe angesehen werden. Somit könne auch die Krankheit eine soziale Funktion erfüllen, wobei diese und die vorige Hypothese nicht gesichert seien.⁷⁸¹

Pflanz stellt im Anschluss an den amerikanischen Soziologen Talcott Parsons⁷⁸² vertiefend die Rolle des Kranken vor. Er bezeichnet sie als „eine der profiliertesten Hypothesen der medizinischen Soziologie“. ⁷⁸³ Die Rollenbilder von Arzt und Patient seien im Rahmen des sozialen Wandels Veränderungen unterworfen, wobei beim gegenwärtigen Stand der Forschung verbindliche Aussagen nicht möglich seien. Als weiteres Problemfeld in diesem Kontext betrachtet Pflanz die iatrogenen Krankheiten, deren Bedeutung er bereits mit Stokvis im Buch „Suggestion in ihrer relativen

⁷⁷⁷ Vgl. Pflanz 1962, S. 339–343.

⁷⁷⁸ Vgl. Pflanz 1962, S. 343–345.

⁷⁷⁹ König 1958b.

⁷⁸⁰ Emile Durkheim gilt als Klassiker der französischen Soziologie. Er war der erste Lehrstuhlinhaber für Soziologie in Frankreich. In seinem Werk «Le suicide: étude de sociologie» (Durkheim 1897) entwickelte er den Begriff der Anomie. Vgl. Müller 2019, S. 9-12; 21-24.

⁷⁸¹ Vgl. Pflanz 1962, S. 345–349.

⁷⁸² Talcott Parsons (1902-1979) gilt als einer der bedeutendsten Soziologen des 20. Jahrhunderts, Pflanz bezieht sich hier unter anderem auf sein Werk «Illness and the role of the physician – a sociological perspective» (Parsons 1951). Zur Vertiefung zu Parsons Werk sei unter anderem auf Segre 2012 verwiesen.

⁷⁸³ Pflanz 1962, S. 349.

zeitbedingten Begrifflichkeit“ von 1961⁷⁸⁴ herausstellte. Zu beachten sei auch das Prestige, das dem Kranken zuteil werden könne, sowie die Erwartungen von Arzt und Patient an die Therapie, die für den Erfolg der Behandlung entscheidend sein könnten.⁷⁸⁵ Die Bedeutung von sozialpsychologischen Krankheitsbedingungen erläutert Pflanz anhand des Konzeptes der affektiv-vegetativen Kommunikation von v. Ditfurth.⁷⁸⁶ Die Pathogenität der zwischenmenschlichen Beziehung zeige sich zum Beispiel im Fehlen dieser Kommunikation, was zu Krankheiten führen könne. Zudem sei die Pathogenität abhängig von der Art der Kommunikation. Die eigenen Ergebnisse zum Ulkus sprächen für eine ätiologische Bedeutung des Kommunikationsverlust für dieses Krankheitsbild. Zur Einschätzung der Bedeutung der besonderen Weise der Kommunikation für medizin-soziologische Korrelationen seien vertiefende Untersuchungen erforderlich.⁷⁸⁷ Ergänzend widmet sich Pflanz der Hypothese der «protective reaction pattern» des amerikanischen Neurologen und Psychosomatikers Harold G. Wolff.⁷⁸⁸ Die Erkenntnis, dass das krankmachende Moment nicht das Ereignis an sich sei, sondern die Bedeutung, die das Ereignis für das Individuum habe, eröffne eine Interpretationsmöglichkeit für die Frage, warum nicht alle Menschen in der gleichen sozialen Konstellation dieselbe Krankheit entwickeln.⁷⁸⁹ Unbewiesen, aber wahrscheinlich sei die Hypothese, dass der Ausdruck und seine Unterdrückung in Bezug auf neurotische und psychosomatische Erkrankungen pathogen wirken. Pflanz betont, dass sich dies nur auf motorische und sensible Ausdrucksformen beziehen könne, da vegetative Symptome nicht das Element der sozialen Mitteilungsfunktion erfüllten.⁷⁹⁰ Als letzte Hypothese betrachtet Pflanz die Diskrepanz zwischen Anspruchsniveau und Verwirklichungsmöglichkeiten als pathogenen Faktor. In der gegenwärtigen Kultur werde der Anspruch durch den Vergleich mit anderen künstlich erhöht, was zu einem nicht realisierbaren Anspruchsniveau führen könne. Folgen seien Enttäuschungen, ein Nachlassen der Leistungsfähigkeit, Angst, neurotische Störungen, kriminelle Handlungen und weitere abweichende Verhaltensweisen. Es erfolge eine vegetative Bereitstellung auf das entsprechende Leistungsziel, was sich bei inadäquater Reaktion pathogen auswirken könne. In Bezug auf die Hypertonie bei Beamten und Angestellten ergäben sich gewisse Hinweise für diese Hypothese, die bisher nicht bewiesen sei.⁷⁹¹

⁷⁸⁴ Stokvis/Pflanz 1961b.

⁷⁸⁵ Vgl. Pflanz 1962, S. 349–354.

⁷⁸⁶ Ditfurth 1957.

⁷⁸⁷ Vgl. Pflanz 1962, S. 354–356.

⁷⁸⁸ Wolff 1947.

⁷⁸⁹ Vgl. Pflanz 1962, S. 356–359.

⁷⁹⁰ Vgl. Pflanz 1962, S. 359–363.

⁷⁹¹ Vgl. Pflanz 1962, S. 363–365.

Im Schlussteil betont Pflanz zunächst die Geltung von anatomischen, physiologischen, biochemischen und psychologischen Faktoren für Krankheit und Gesundheit. Er fasst noch einmal zusammen, dass es nicht Ziel der medizinischen Soziologie sei eine neue Spezialdisziplin zu gründen, sondern vielmehr die Verknüpfung verschiedener Teilbereiche zu fördern. Die medizinische Soziologie sei ein interdisziplinäres Fach und als solches auf die Zusammenarbeit mit Psychologie, Sozialpsychologie, Geschichtswissenschaften, politische und ökonomische Wissenschaften, Naturwissenschaften, mathematische Statistik und Regeltechnik angewiesen. Aufgabe sei es, durch empirische Untersuchungen die Grundlage für Prognosen über die Gesundheit der Bevölkerung zu schaffen und diese bei geplanten Veränderungen in der Gesetzgebung und dem wirtschaftlich-technischen Bereich einzubringen. Pflanz fordert zuverlässige medizinisch-soziologische Untersuchungen außerhalb des westlichen Kulturkreises, um den Aufgaben der Weltgesundheit gerecht werden zu können. Er formuliert das Fernziel, einzelne soziologische Bedingungen als ätiologische Faktoren zu isolieren und zu eliminieren, um somit Krankheiten vorzubeugen. Dies sei jedoch aufgrund der bisherigen Forschungsergebnisse nicht möglich, weitere gründlichere Untersuchungen seien notwendig. Die Zukunft der medizinischen Soziologie läge „nicht in spekulativen Überlegungen, sondern in der Bearbeitung brennender Fragen, die sowohl die Erkenntnisse der Medizin als auch jene der Soziologie fördern“.⁷⁹²

Tobias Brocher⁷⁹³ schreibt in seiner Buchbesprechung, Pflanz habe „zum ersten Mal im deutschsprachigen Raum eine vorzügliche und umfassende Monographie der Aufgaben, Methoden, Hypothesen und Ergebnisse der Medizin-Soziologie gegeben“, die Studie besteche „durch gewissenhafte Sorgfalt und das behutsame Abwägen der möglichen Folgerungen“.⁷⁹⁴ Die internationale Wahrnehmung des Werkes spiegelt sich in der Buchvorstellung von Richard O. Nahrendorf⁷⁹⁵ der Los Angeles State University im *American Sociological Review* 1963. Laut Nahrendorf bietet das Buch von Pflanz viel Unterrichtsmaterial für Studierende der Medizin und Sozialpsychologie und stelle nicht nur eine historische Abhandlung sondern eine Synthese der bisherigen medizin-soziologischen Forschung dar.⁷⁹⁶

⁷⁹² Pflanz 1962, S. 386. Vgl. Pflanz 1962, S. 366–368.

⁷⁹³ Prof. Dr. Tobias Brocher (1917-1998) war ein deutscher Psychoanalytiker und Sozialpsychologe. Er war Professor für Sozialpsychologie in Frankfurt am Main und Pittsburgh, USA. Vgl. Brocher 2015, S. 187.

⁷⁹⁴ Brocher 1962-1963, S. 850.

⁷⁹⁵ Richard O. Nahrendorf (1906-1982) war Professor für Soziologie an der California State University in Los Angeles, einer seiner Forschungsschwerpunkte war der soziale Wandel. Er wurde in Deutschland geboren und studierte an der Universität Leipzig sowie der University of Southern California. Vgl. The Emeriti Association of California State University, Los Angeles 1982, S. 3.

⁷⁹⁶ Nahrendorf 1963, S. 681.

5.3.2 Medizinische Soziologie – die Anfänge einer neuen Wissenschaft

Pflanz Anerkennung in der Forschungsgemeinschaft ist auch an seinen Beiträgen in Sammelwerken namhafter Wissenschaftler, wie Alexander Mitscherlich und René König zu erkennen.

Im Jahr 1967 veröffentlichte Mitscherlich gemeinsam mit weiteren Herausgebern das Sammelwerk „Der Kranke in der modernen Gesellschaft“. Das Werk stelle nach den Herausgebern eine Einführung in medizinsoziologisches Denken dar und solle ein Problembewusstsein für das Spannungsverhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft schaffen.⁷⁹⁷ Von Pflanz erschienen in diesem Sammelwerk vier Beiträge: „Gesundheitsverhalten“, „Medizinsoziologische Untersuchungen über Gesundheitsverhalten“, „Soziokulturelle, epidemiologische und ökologische Aspekte der Krankheit“ sowie „Soziokulturelle Faktoren und innere Erkrankungen“.

Der Text „Gesundheitsverhalten“ wurde 1965 in der Zeitschrift «Mensch und Medizin» erstveröffentlicht.⁷⁹⁸ Pflanz geht darin von der These aus, dass Gesundheitsverhalten nicht nur von Beschwerden und Krankheitszeichen, sondern auch von Gefühlen und der sozialen Umwelt bestimmt werde. Dies betreffe insbesondere das Gesundheitsverhalten beschwerdefreier Menschen. Die Erforschung dieses Verhaltens stelle eine wichtige Voraussetzung bei der Planung des Gesundheitswesens, der medizinischen Ausbildung, der Gesetzgebung und der Krankenversicherung dar.⁷⁹⁹ In dem Text „Medizinsoziologische Untersuchung über Gesundheitsverhalten“, den Pflanz gemeinsam mit seinen Mitarbeitenden Maria Pinding, Alfred K.-W. Armbrüster und Maria Török bereits im Jahr 1966 in der «Medizinischen Welt» veröffentlichte, erörtern die Autoren eine Studie zum Gesundheitsverhalten von Poliklinikpatienten in Gießen.⁸⁰⁰ Die Ergebnisse dieser Befragung von 596 Patienten wurden 1966 in einer Publikationsreihe der Zeitschrift «Die medizinische Welt» vorgestellt.⁸⁰¹ Die Fragestellungen umfassten allgemein das Gesundheitsverhalten und die Ernährung der Patienten, sowie die Selbstmedikation. Näher untersucht wurde in der Studie die Frage, ob der Patient in bestimmten Situationen, wie Erkältung oder innerer Unruhe im professionellen oder im Laiensystem Hilfe suche. Als wichtigste Ergebnisse der Untersuchung führen die Autoren an, dass ein großer Teil der Patienten bereit sei, etwas für die eigene Gesundheit zu tun. Zudem spiele insbesondere das Laiensystem bei Beratung und Therapieentscheidung eine wichtige Rolle, wobei das Gesundheitsverhalten des Einzelnen keinem einheitlichen Muster folge. Die Arbeitsgruppe stellt fest, dass sich

⁷⁹⁷ Vgl. Mitscherlich; Brocher; Mering et al. 1967, S. 13.Vorwort.

⁷⁹⁸ Pflanz 1967c.

⁷⁹⁹ Vgl. Pflanz 1967c, S. 283.

⁸⁰⁰ Pflanz 1967d.

⁸⁰¹ Vgl. Pflanz 1966d.

unterschiedliche Formen des Gesundheitsverhaltens etwa gleichmäßig auf verschiedene Bevölkerungsschichten verteilen. Somit konnten Ergebnisse anderer Autoren, wonach erhebliche Unterschiede zwischen verschiedenen Sozialschichten bestünden, nicht bestätigt werden. Pflanz und sein Team hätten wiederholt festgestellt, dass eine Einteilung in Sozialschichten für medizin-soziologische Fragestellungen unbefriedigend sei. Aus der Untersuchung der vorwiegend ländlichen Bevölkerung sei eher zu schließen, dass die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe verhaltensformend sei.⁸⁰²

Mit dem Text „Soziokulturelle, epidemiologische und ökologische Aspekte der Krankheit“, den Pflanz bereits 1963 fertig stellte, eröffnet er den Achten Teil von Mitscherlichs Sammelwerk mit dem Titel „Probleme der Epidemiologie“.⁸⁰³ Nach einer Erläuterung der Grundvoraussetzungen für epidemiologische Forschung und der Darstellung konkreter Probleme der Epidemiologie, wie zum Beispiel der Definition des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, der Auswahl einer geeigneten Untersuchungsgruppe, der Reproduzierbarkeit von Befragungen und unterschiedlicher Selektionsfaktoren, schließt Pflanz, dass die bisherige Forschung ergeben habe, dass soziokulturelle Faktoren sowohl mittelbar als auch unmittelbar an der Entstehung von Krankheiten beteiligt seien. Es müsse vom Konzept der Multikausalität ausgegangen werden.⁸⁰⁴ Diese These greift Pflanz auch in seinem Text „Soziokulturelle Faktoren und innere Erkrankungen“ auf, das ebenfalls in Mitscherlichs Sammelwerk erschien. Hier stellt er die Ergebnisse seiner Untersuchung von rund 10.000 Patientenakten in Gießen im Rahmen seines Werkes «Sozialer Wandel und Krankheit» zusammen. Konkret erörtert Pflanz seine Ergebnisse in Bezug auf das Ulcus pepticum, die Fettsucht, den Herzinfarkt und den Hypertonus, auf die inhaltlich bereits in Kapitel 4.3.1 eingegangen wurde. Pflanz plädiert für einen Ausbau der Sozialmedizin in Deutschland, um eine wissenschaftliche Basis für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und die Prävention von Krankheiten zu schaffen.⁸⁰⁵

Im Jahr 1969 veröffentlichte René König das «Handbuch der empirischen Sozialforschung». Pflanz' Beitrag gibt eine Einführung in die Medizinsoziologie. Kennzeichnend für die gegenwärtige Medizinsoziologie sei ihr Wachstum und die Vielfalt der Forschungsgebiete. Die Sektion „Medizinische Soziologie“ der American Sociological Association zähle inzwischen rund 800 Mitglieder, die zu großen Teilen forschend tätig seien. Pflanz definiert die Medizinsoziologie als „Anwendung

⁸⁰² Vgl. Pflanz 1967d, S. 290–299.

⁸⁰³ Pflanz 1967g.

⁸⁰⁴ Vgl. Pflanz 1967g, S. 371–379.

⁸⁰⁵ Vgl. Pflanz 1967f, S. 391–414.

soziologischer Theorien und Methoden auf das Gesundheitssystem sowie auf die Phänomene Gesundheit und Krankheit“, die in ihrer heutigen Form erst nach 1946 entstanden sei.⁸⁰⁶ Er vermeide in der Definition absichtlich den Begriff „Medizin“, der soziologisch noch schwieriger abzugrenzen sei, als die Begriffe „Gesundheitswesen“, „Krankheit“ und „Gesundheit“. Für die Lehrbuchsystematik der medizinischen Soziologie hält Pflanz die Unterscheidung zwischen der „Soziologie der Medizin“ (sociology of medicine) und der „Soziologie in der Medizin“ (sociology in medicine) von Robert Straus für essentiell. In der Soziologie der Medizin werde „das gesamte Institutions- und Verhaltensgefüge der Medizin im weitesten Sinne Gegenstand der soziologischen Fragestellung und Analyse“,⁸⁰⁷ die Soziologie in der Medizin untersuche dagegen die „mannigfaltigen Integrations- und Verknüpfungsweisen von Gesundheit und Krankheit einerseits und soziologischen Bedingungen andererseits“.⁸⁰⁸ Für die praktische Forschung gelte: „Je mehr der Fachmann in der Medizinsoziologie sowohl von Soziologie als auch von Medizin versteht, desto besser für die Forschung“.⁸⁰⁹ Zugleich fordert er „die volle Breite der existierenden soziologischen Theorie anzuwenden“.⁸¹⁰ Die wesentlichen Kennzeichen der gegenwärtigen Medizinsoziologie seien „ihr Wachstum und die wenig konvergierende Mannigfaltigkeit ihrer Forschungsgebiete“.⁸¹¹ Pflanz definiert insgesamt sechs Forschungsbereiche: Soziologie der Medizin als Institution; die Soziologie des Patienten; die Soziologie der Subinstitutionen des Gesundheitswesens; die Soziologie der Berufe des Gesundheitswesens; die Soziologie der Krankheit und Gesundheit und die Erforschung soziologischer Probleme spezieller medizinischer Veranstaltungen, wie der Diagnosestellung, Therapie, Rehabilitation und Prophylaxe. Einer großen Anzahl an Hypothesen zu kausalen Zusammenhängen von soziologischen Faktoren und Krankheit stünde dürftiges Beweismaterial gegenüber.⁸¹² Dieser Beitrag kann zu Recht als orientierende und niveauvolle Zusammenschau der soziologischen Arbeitsfelder in der Medizin betrachtet werden. Die Abgrenzung der Disziplinen Sozialmedizin und Medizinsoziologie bleibt in den Publikationen unklar. In seiner Publikation „Die Bedeutung soziologischer Methoden in der klinischen Medizin“⁸¹³ aus dem Jahr 1966 bezeichnet Pflanz die Sozialmedizin und auch die Medizinische Soziologie als Prototypen von „zusammenführenden Wissenschaften“,

⁸⁰⁶ Pflanz 1969b, S. 1123.

⁸⁰⁷ Vgl. Pflanz 1969b, S. 1124.

⁸⁰⁸ ebd.

⁸⁰⁹ ebd.

⁸¹⁰ Pflanz 1969b, S. 1125. In dieser Forderung schließt er sich George G. Reader (1919-2005) und Mary E.W. Goss (1926-2010) in Reader; Goss 1959 an.

⁸¹¹ Pflanz 1969b, S. 1125.

⁸¹² Vgl. Pflanz 1969b.

⁸¹³ Vortrag in einem Kolloquium des Hygiene-Instituts der Humboldt-Universität Berlin

„die nur dann Erfolge zeitigen können, wenn eine Reihe von Fachleuten, deren Ausbildung und Interesse über den engen Rahmen ihres eigenen Fachgebietes hinausgeht, gleichberechtigt und gleichverpflichtet auf gleicher Ebene zusammenarbeitet. Ich möchte mich aber dagegen wehren, daß soziologische Methoden und Argumente in der klinischen Medizin popularisiert oder vulgarisiert werden, d.h., daß differenzierte Konzepte vergrößert, komplizierte Methoden simplifiziert und mühsam herausgearbeitete Einzelergebnisse unkritisch verallgemeinert werden.“⁸¹⁴

In der innermedizinischen Beziehungsebene erkennt Pflanz, „daß es eine Begrenzung medizinisch-soziologischer Forschung überall dort gibt, wo Selbstwert und Selbstverständnis der Ärzte berührt werden können und Ärzte die Untersuchung deshalb torpedieren, weil sie fürchten, es könne etwas für sie Unangenehmes herauskommen.“⁸¹⁵ Langsam werde sich allerdings herumsprechen, „daß es eher eine Auszeichnung für eine Klinik ist, wenn in ihr eine medizinisch-soziologische Untersuchung durchgeführt wird.“⁸¹⁶ Pflanz prognostiziert, dass die methodische Erforschung der „soziologischen Korrelation von Krankheiten“ vermutlich feststellen werde, „dass es nicht viele Krankheiten gibt, die völlig unabhängig von sozialen Faktoren sind.“⁸¹⁷ Für seine Überzeugung, dass es zu früh sei, „um aus den Resultaten soziologischer Forschungen in der klinischen Medizin präventiv unmittelbare Schussfolgerungen zu ziehen“, sei er mit dem Vorwurf eines fragwürdigen Wissenschaftsethos konfrontiert worden.⁸¹⁸ Er betont jedoch, dass es zunächst notwendig sei, „die Anwendungsmöglichkeiten mit soziologischen Methoden empirisch zu analysieren.“⁸¹⁹ Pflanz schließt seine Rede mit dem Appell,

„dass sich der Kliniker seiner eigenen Tätigkeit mehr als bisher bewußt wird, selbst wenn dabei seine eigenen Fehler klarwerden. Man kann sich kaum vorstellen, wie ein großer klinischer Betrieb human und doch rationell organisiert werden kann, ohne daß Antworten auf die wichtigsten dieser Fragen vorliegen. Obwohl die Planung im Gesundheitswesen von solchen medizin-soziologischen Untersuchungen bisher kaum Kenntnis genommen hat, wird sie in Zukunft darauf nicht mehr verzichten können.“⁸²⁰

In seinen Äußerungen zu den Vorbehalten in der Ärzteschaft wird Pflanz deutlicher, was sicher auch ein Ausdruck gestiegenen Selbstbewusstseins ist. Die Sozialmedizin und die Medizinsoziologie nennt er in einem Atemzug als kooperative Wissenschaften.

⁸¹⁴ Pflanz 1966a, S. 624.

⁸¹⁵ Pflanz 1966a, S. 627.

⁸¹⁶ ebd.

⁸¹⁷ ebd.

⁸¹⁸ Vgl. Pflanz 1966a, S. 629.

⁸¹⁹ ebd.

⁸²⁰ Pflanz 1966a, S. 630.

Pflanz blickt wiederholt in die Zukunft und betont die zunehmende Bedeutung der soziologischen Methoden in der Empirie des Gesundheitswesens. Es ist zu erkennen, dass Pflanz strukturelle Bedingungen der Gesundheitsversorgung soziologisch in den Blick nimmt, dabei jedoch die „sociology of medicine“ eindeutig dem Aufgabenbereich der im medizinischen Bereich vorgebildeten Soziologen zuschreibt.

Pflanz stellt in seiner Veröffentlichung „Sozialmedizin, Epidemiologie und Medizin-Soziologie in der Vereinigten Staaten“ fest, dass die in Deutschland im „Entstehen begriffene Sozialmedizin [...] große Teile der Medizin-Soziologie in sich aufnehmen“ müsse.⁸²¹ Mit Blick auf die Medizin in den USA appelliert Pflanz an seine Kollegen und Kolleginnen:

„Jede Wissenschaft kommt weiter, wenn man nicht nur mit gründlichen Kenntnissen der Theorie und Methodik, sondern auch mit frischem Mut an die Forschung herangeht. Die bei uns üblichen endlosen Diskussionen über Definitionen, Abgrenzungen, Ideologie führen nicht weiter. Was könnten wir leisten, wenn die Zeit, die man bei uns mit Diskutieren und Definieren verbringt, der Forschung gewidmet wäre!“⁸²²

Dieses Statement zeigt zum einen Pflanz' generelle Forderung nach theoretischer und methodischer Verankerung, es zeugt aber auch von seinem Unverständnis über akademische Debatten und ideologische Positionen in der Medizin und Hochschule und erscheint kongruent zu der Beobachtung, dass er sich selbst nicht auf eine Definition der Sozialmedizin, Medizinsoziologie und Sozialhygiene festlegen möchte.

Im Jahr 1975 veröffentlichte Paul Lüth⁸²³ in der Reihe *Interdisciplina* eine Sammlung von Aufsätzen und Vorträgen von Manfred Pflanz mit dem Titel „Die soziale Dimension in der Medizin“.⁸²⁴ Zudem veröffentlichte er in derselben Reihe das Sammelwerk „Beiträge zur Sozialmedizin – Aufsätze zu ihrer Theorie und Praxis“ mit eigenen Publikationen sowie Texten von Manfred Pflanz, René König, Hans Schaefer, Horst-Eberhard Richter und weiteren Autoren. In seinem Vorwort zum Werk „Die soziale Dimension in der Medizin“ schreibt Pflanz, dass das Anliegen des Herausgebers eine Zusammenstellung des

⁸²¹ Pflanz 1966g, S. 385.

⁸²² Pflanz 1966g, S. 386.

⁸²³ Prof. Dr. Paul Lüth (1921-1986) war Allgemeinmediziner in Rengshausen (Hessen), Publizist und Honorarprofessor für Sozialmedizin in Kassel (1971-1977) und Mainz (ab 1977). Zu weiteren Vertiefung zur Person Paul Lüth, sowie seinem wissenschaftlichen Wirken sei auf die Dissertation von Frau Balmaceda-Harmelink verwiesen. Vgl. Balmaceda-Harmelink 2007.

Die Herausgabe eines Sammelwerkes von Texten von Manfred Pflanz durch Paul Lüth erscheine der Autorin folgerichtig, da dieser im Rahmen seiner eigenen sozialmedizinischen Forschung immer wieder Anknüpfungspunkte bei Pflanz gefunden habe. Vgl. Balmaceda-Harmelink 2007, S. 141–142.

⁸²⁴ Pflanz; Lüth 1975.

Gesamtwerkes seiner Arbeiten sei, die in Form von Vorträgen zum Teil nie gedruckt oder an verschiedenen Stellen veröffentlicht wurden. Nicht nur an der Erstellung der Manuskripte, auch an Auswahl und Anordnung der Beiträge sei seine Ehefrau intensiv beteiligt gewesen. Die Aufsätze seien nicht chronologisch sondern in Themenbereiche gegliedert.⁸²⁵

Der erste Abschnitt umfasst Texte über den „vormedizinischen Bereich des Gesundheitsverhaltens“, wie die Übersichtsarbeit „Gesundheitsverhalten“, die auch in Mitscherlichs Sammelwerk veröffentlicht wurde. Im Abschnitt „Krankheit als Teil der Kultur“ ist neben anderen Beiträgen ein Rundfunkvortrag aus dem Jahr 1967 abgedruckt. Pflanz erörtert hier den Wandel wichtiger Krankheitsbilder im Kontext der kulturellen Entwicklung. Noch vor wenigen Generationen seien Infektionserkrankungen wie Diphtherie, Cholera, Fleckfieber und Tuberkulose Gegenstand der Ängste der Bevölkerung gewesen. Seit der Jahrhundertwende habe sich dies gewandelt und Erkrankungen wie der Magen- und Duodenalulcus, Lungenkrebs, Herzinfarkt, Arteriosklerose, Diabetes und Aterielle Hypertonie hätten an Bedeutung gewonnen. Dies hänge insbesondere mit den Rauch- und Ernährungsgewohnheiten der Bevölkerung zusammen. Gewandelt habe sich somit auch die Beeinflussbarkeit der Erkrankungen durch das Individuum. Während die Eindämmung von Epidemien von hygienischen Maßnahmen der gesamten Gesellschaft abhängig seien, sei ein Großteil der oben genannten Erkrankungen individuell vermeidbar oder durch eine Behandlung kontrollierbar. Pflanz betont jedoch auch, dass man nicht den trügerischen Schluss ziehen könne, die Problematik der Infektionserkrankungen durch verbesserte hygienische Verhältnisse überwunden zu haben. Durch Virusinfektionen, wie die Grippe und weitere noch unbekannte Erreger, seien auch in Zukunft Epidemien zu erwarten, wobei es bisher kaum Möglichkeiten der Prävention oder Therapie gebe.⁸²⁶ Diese Aussage erscheint auch heute hoch aktuell.

Der dritte Teil von Lüths Sammelwerk „Soziale Faktoren und Krankheit“ umfasst Beiträge wie „Soziale und epidemiologische Aspekte der psychosomatischen Medizin“⁸²⁷ oder „Sozialmedizinische Aspekte der Herz- und Kreislauferkrankungen“.⁸²⁸ Der vierte Teil über „Medizin und soziales Handeln“ enthält neben anderen einen abgedruckten Vortrag, den Pflanz 1969 vor Richtern des Bundessozialgerichtes in Kassel hielt. Er erörtert in diesem Text die Abgrenzung der Sozialmedizin von der Begutachtungsmedizin. Während man bisher als Sozialmediziner einen Gutachter, Vertrauensarzt oder

⁸²⁵ Vgl. Pflanz; Lüth 1975, S. 7–8.

⁸²⁶ Vgl. Pflanz 1975g, S. 94–101.

⁸²⁷ Pflanz 1975d.

⁸²⁸ Pflanz 1975e.

einen Arzt der staatlichen Verwaltung verstand, befinde sich dieses Verständnis zur Zeit im Wandel. In der BRD hätten zwei Ereignisse zu dieser Entwicklung beigetragen: die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin im Jahr 1963 und die Einrichtung von einigen Universitätsinstituten für Sozialmedizin. Die Sozialmedizin als Wissenschaft befasse sich mit den gesellschaftlichen Aspekten von Krankheit und des Gesundheitswesens. Die Begutachtungsmedizin als solche sei kein Bestandteil, sondern ein Untersuchungsobjekt der Sozialmedizin.⁸²⁹

Der fünfte Teil umfasst Texte zur Bedeutung soziologischer Methoden in der klinisch-epidemiologische Krankheitsforschung. In einem Text aus dem Jahr 1966 bespricht Pflanz drei Anwendungsbereiche soziologischer Methoden. In der klinischen Forschung und Tätigkeit könnte mithilfe dieser Methodik eine Basis für diagnostische Standards geschaffen werden, um die Beobachter- bzw. Beurteilungsfehlerquote zu senken. Zudem beruhe die Erfassung und Verarbeitung klinischer Forschungsdaten nach empirischen Standards auf sozialwissenschaftlichen Methoden. Als weiteres Anwendungsgebiet erläutert Pflanz die epidemiologisch-ätiologische Forschung und deren praktische Anwendung. Im Kontext sozialer Variablen von Krankheiten solle die Forschung nicht nur die Ätiologie einer Erkrankung, sondern auch die sozialen Konsequenzen der Krankheit in die Untersuchungen einschließen. Das dritte Gebiet soziologischer Methoden in der Medizin ist für Pflanz die Soziologie der klinischen Tätigkeit und der Krankenhausorganisation. Erforderlich seien nicht nur Untersuchungen zur Rolle des Arztes und Patienten und der Arzt-Patienten-Beziehung, sondern auch zur Rolle der Pflege. Für diese Forschungsaufgaben sei am besten ein Soziologe mit Kenntnissen über die medizinische Tätigkeit geeignet, Sozialmediziner sollten sich nur mit medizin-soziologischer Zusatzausbildung mit dieser soziologischen Tätigkeit befassen.⁸³⁰

Im sechsten und siebten Teil des Sammelwerkes von Lüth finden sich Texte zu „Interaktionen“, wie „Suggestion als zwischenmenschlicher Grundvollzug“⁸³¹ und „Pläne und Planungen“. Den Abschluss bildet der Text „Quo vadis medicina – aus der Sicht der Sozialmedizin“ aus dem Jahr 1967, in dem Pflanz für die Stärkung der „Präventivmedizin“ und „vorbeugenden Gesundheitspflege“ als unverzichtbaren Paradigmenwechsel von der kurativen zur präventiven Medizin eintritt. Die Verantwortlichkeit des Arztes müsse sich dann nicht nur auf den Kranken, sondern auch „auf die Gemeinschaft Gesunder“ beziehen.⁸³² Der praktische Arzt werde in Zukunft der

⁸²⁹ Vgl. Pflanz 1975b, S. 187–188.

⁸³⁰ Vgl. Pflanz 1975a, S. 269–282.

⁸³¹ Pflanz 1975f.

⁸³² Vgl. Pflanz 1967e, S. 406.

einzig sein, der „eine familienbezogene, gemeinschaftsbezogene und kontinuierliche Gesundheitspflege für alle Altersstufen und für alle häufigen Krankheiten“ anbieten könne.⁸³³ Für diese Zukunftsperspektiven bilden für Pflanz die quantitativen Methoden und die sozialen Theorien den wissenschaftliche Hintergrund. Pflanz plädiert unermüdlich für die wissenschaftliche Fundierung allen ärztlichen Tuns und zugleich der Strukturen und Bedingungen des klinischen und öffentlichen Gesundheitswesens: „So ist es die Pflicht der Wissenschaft, insbesondere der [...] modernen Sozialmedizin, nüchtern und kritisch Tendenzen aufzuspüren und auf sie hinzuweisen.“⁸³⁴

Auch dieser Beitrag von Pflanz ist geprägt von der Überzeugung in den Wert und die Entwicklung der Sozialmedizin, aber zugleich auch von der Auseinandersetzung mit gegenläufigen Tendenzen und Kräften innerhalb der Medizin und des Gesundheitswesens. Im Kontext eines medizinischen Selbstverständnisses, das die „Gemeinschaft Gesunder“ in den Blick nimmt, setzt Pflanz der kurativen Medizin eine Sozial- und Präventivmedizin gegenüber.

Das Sammelwerk von Lüth gibt eine wertvolle Übersicht über die sozialwissenschaftlichen Veröffentlichungen und Vorträge sowie die thematischen Schwerpunkte von Manfred Pflanz bis 1975.

Im Jahr 1976 veröffentlichte Pflanz gemeinsam mit Elisabeth Schach⁸³⁵ das Sammelwerk „Cross-National Sociomedical Research: Concepts, Methods, Practice“. Es enthält Beiträge eines Seminars an der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. im März 1974. An diesem Seminar nahmen Wissenschaftler aus den USA, Kanada, Finnland, England, Israel, der Schweiz und Deutschland teil, sie stammten aus den Bereichen Soziologie, klinische Psychiatrie, Gesundheitswissenschaften und Epidemiologie. Ziel der Veranstaltung sei zum einen der Meinungs- und Erfahrungsaustausch in Bezug auf die grundlegende Methodik sozialmedizinischer Forschung gewesen, zum anderen sei das Seminar für interessierte Forscher eine Möglichkeit gewesen, ihr Wissen in Bezug auf bestimmte Forschungsmethoden und -probleme zu erweitern.⁸³⁶

Part 1 thematisiert Nutzen, Entwicklung und Kategorien länderübergreifender Studien zum Gesundheitswesen. Interessant sei hier die Untersuchung von Nationen vergleichbaren Industrialisierungsgrades in Bezug auf den Gesundheitsstatus, die

⁸³³ Pflanz 1967e, S. 407.

⁸³⁴ Pflanz 1967e, S. 408.

⁸³⁵ Elisabeth Schach war Diplom-Volkswirtin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Rechenzentrum der Universität Dortmund. Vgl. Schäfer, T. 2006.

⁸³⁶ Vgl. 1976, Preface.

Lebenserwartung, die Säuglingssterblichkeit und die Systemzufriedenheit. Diese Faktoren müsse man stets im Kontext des soziopolitischen Systems betrachten.⁸³⁷

Der zweite Abschnitt behandelt die Vergleichbarkeit offizieller Statistiken und Berichte, sowie die Problematik einer komparablen Diagnosestellung. Pflanz verfasste zu diesem Thema den Beitrag „Problems and Methods in Cross-National Comparisons of Diagnoses and Diseases“. Länderübergreifende Vergleiche von Krankheiten und Diagnosen seien nicht nur Gegenstand wissenschaftlicher Forschung, sondern auch Teil einer aktuell öffentlich geführten Debatte. Pflanz verweist auf die in Tageszeitungen diskutierte erhöhte Häufigkeit von Myokardinfarkten in Finnland oder vermehrte Blinddarmentzündungen in BRD und DDR. Grundlegend zu beachten sei hierbei die Vergleichbarkeit von Diagnosen und Krankheiten innerhalb eines Landes, zudem müssten die Bedingungen, Kategorien und Methoden nach Möglichkeit standardisiert sein. In länderübergreifenden Studien müssten Diagnoseverfahren und -kriterien klar definiert werden. Dies betreffe neben Anamnese und körperlicher Untersuchung auch apparative Diagnostik wie Elektrokardiographie und radiologische Diagnostik. Zudem müsse man soziale Prozesse bei der Erfassung von Krankheitsfällen beachten.⁸³⁸

Part 3 und 4 thematisieren spezielle Aspekte länderübergreifender sozialmedizinischer Forschung. Die Autoren gehen auf Vor- und Nachteile von Haushaltsinterviews im Rahmen internationaler Forschung, sowie auf Probleme bei der Erfassung von Gesundheitsverhalten und auf zu beachtende Faktoren bei der Messung von Reliabilität ein.⁸³⁹

5.3.3 Allgemeine Epidemiologie

Im Jahr 1973 veröffentlicht Pflanz im Georg Thieme Verlag das Werk „Allgemeine Epidemiologie: Aufgaben – Technik – Methoden“. Ziel sei es, so schreibt es Pflanz in seinem Vorwort, die Methodik der Epidemiologie zu vermitteln, sowie eine Einführung in epidemiologisches Denken und Argumentieren zu geben.⁸⁴⁰

Er gliedert sein Werk in sechs Teile. In der Einleitung definiert Pflanz die Epidemiologie als „Wissenschaftszweig, der sich mit der Verteilung von physiologischen Variablen sowie von Krankheiten und deren physikalischen, chemischen, psychischen und sozialen Determinanten und Folgen in der Bevölkerung befaßt“.⁸⁴¹ Grenzen epidemiologischer Forschung sieht Pflanz im Schutz der Probanden, bezogen auf

⁸³⁷ Vgl. Pflanz; Schach 1976, S. 2.

⁸³⁸ Vgl. Pflanz 1976b, S. 60–68.

⁸³⁹ Vgl. Pflanz 1976, S. 100–140.

⁸⁴⁰ Vgl. Pflanz 1973a, Vorwort.

⁸⁴¹ Pflanz 1973a, S. 1.

eventuelle Gesundheitsgefährdungen bei der Versuchsdurchführung, aber auch in Bezug auf die Gewährleistung der Freiwilligkeit der Teilnahme. Zudem gebe es in Deutschland keine ausreichende gesetzliche Regelung der Schweigepflicht und des Datenschutzes im Rahmen epidemiologischer Untersuchungen.⁸⁴²

Teil II des Werkes widmet sich den Grundlagen des Aufstellens von Modellen und Hypothesen. Modelle seien notwendig, um Verallgemeinerungen zu ermöglichen und in der praktischen epidemiologischen Arbeit zu prüfen, inwiefern Modell und Wirklichkeit übereinstimmen. Pflanz stellt die Prinzipien der modernen Epidemiologie anhand des Modelles von Jacob Yerushalmy und Carroll E. Palmer⁸⁴³ vor. Demnach müsse das «verdächtige Charakteristikum» häufiger bei Personen mit der fraglichen Krankheit auftreten, als bei Personen ohne diese Krankheit. Zudem müssten Personen, auf die das Charakteristikum zutreffe, die Krankheit häufiger entwickeln als nicht-exponierte Personen. Bei einem beobachteten Zusammenhang zwischen Merkmal und Krankheit müsse die Spezifität durch Untersuchung anderer ähnlicher Krankheiten bzw. ähnlicher Merkmale getestet werden.⁸⁴⁴

In der epidemiologischen Forschung müsse man zudem auslösende und verursachende Faktoren unterscheiden. Aussagen zur Kausalität von Beziehungen könne man ohne Durchführung von Experimenten nicht mit Sicherheit treffen. Man könne jedoch aus Beobachtungsdaten Hinweise darauf gewinnen, ob ein Faktor eine Krankheit auslöse oder verursache. Pflanz diskutiert an dieser Stelle auch verschiedene Arten kausaler Beziehungen, wie die Dosis-Wirkung-Beziehung oder das Alles-oder-nichts-Prinzip, ebenso die Unterscheidung von direkten und indirekten Beziehungen. Die im Rahmen der Ätiologie chronischer Erkrankungen diskutierte Multikausalität werde häufig nicht ausreichend definiert, man könne aber auch hier verschiedene Arten unterscheiden. Zum einen könne Multikausalität bedeuten, dass in der Kausalkette kein Glied fehlen dürfe. Es gebe aber auch Modelle, wonach sich verursachende Faktoren summieren, hierunter falle die Mosaiktheorie bei der Hypertonie, bei der eine Reihe von Einzelfaktoren gleichzeitig einen Effekt erzielten. Weitere Modelle von Multikausalität seien, dass die gleiche Krankheit durch verschiedene Variablen hervorgerufen werde oder dass der gleiche Faktor verschiedene, voneinander unabhängige Krankheiten bedinge. Der Begriff des Risikofaktors beschreibe das „kalkulierbare Risiko einer Person mit einem bestimmten Charakteristikum [...] in einem definierten Zeitraum von einer bestimmten Krankheit befallen zu werden“.⁸⁴⁵ Bei einem statistisch signifikanten

⁸⁴² Vgl. Pflanz 1973a, S. 1–7.

⁸⁴³ Yerushalmy; Palmer 1959.

⁸⁴⁴ Vgl. Pflanz 1973a, S. 8–10.

⁸⁴⁵ Pflanz 1973a, S. 13.

Unterschied zwischen diesem Risiko und dem Risiko einer nicht-exponierten Person spreche man von einem Risikofaktor, wobei dieser Zusammenhang nicht mit Kausalität gleichzusetzen sei.⁸⁴⁶

Den dritten Teil seines Werkes widmet Pflanz dem epidemiologischen Problemfeld der Messung. Pflanz gibt hier eine Einführung in die Operationalisierung einer Fragestellung und geht insbesondere näher auf die Konzepte der Reliabilität und der Validität einer Untersuchung ein.⁸⁴⁷

Das Sammeln von Krankheitsdaten thematisiert Pflanz im vierten Teil. Er geht auf Begriffe und Probleme der Datenerhebung ein und erklärt epidemiologische Häufigkeitsziffern, wie Inzidenz und Prävalenz. Pflanz gibt zudem eine Übersicht über verschiedene Raten in der Epidemiologie und Medizinalstatistik, wie die Inzidenzrate, die Prävalenzrate, die durchschnittliche Krankheitsdauer oder Krankenhausverweildauer, die Letalität oder Mortalität. Für die epidemiologische Forschung seien zudem nicht nur die Häufigkeit von Krankheiten oder Merkmalen interessant, sondern auch das relative Risiko, also das Verhältnis verschiedener Häufigkeiten zueinander. Bedeutend bei der Sammlung von Krankheitsdaten seien die Verfahren zur Altersstandardisierung, deren Vor- und Nachteile Pflanz darlegt, sowie das Problem der Selektion. Die wesentlichen Datenquellen für die Epidemiologie, deren Merkmale Pflanz kurz erläutert, seien Bevölkerungsuntersuchungen, Untersuchungen von Spezialgruppen, Sozialversicherungsdaten, Statistiken der Rentenversicherung, Daten aus Untersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung, Datenbanken, in der freien Praxis erhobene Daten, Daten des Gesundheitsamtes, Musterungsuntersuchungen, Krankenhausunterlagen, Polikliniken, Krankheitsregister sowie die Todesursachen- und Sektionsstatistik.⁸⁴⁸

Pflanz wendet sich dem Problemfeld diagnostischer Klassifikationen zu und erläutert die Vor- und Nachteile unterschiedlicher Verfahren. Üblich seien die Übernahme «klinischer Diagnosen» anderer Ärzte, die Schaffung einer eigenen Klassifikation, die Einordnung in das Diagnoseschema der ICD⁸⁴⁹, operationalisierte Ad-hoc-Diagnosen⁸⁵⁰ sowie die Herstellung von «Diagnosekonstrukten».⁸⁵¹

Zum Abschluss des vierten Teils stellt Pflanz die verschiedenen Typen von Untersuchungsplänen vor. Nach einer Erläuterung der Prinzipien prospektiver und retrospektiver Studien betrachtet Pflanz die Methodik sowie die Vor- und Nachteile von

⁸⁴⁶ Vgl. Pflanz 1973a, S. 11–13.

⁸⁴⁷ Vgl. Pflanz 1973a, S. 16–48.

⁸⁴⁸ Vgl. Pflanz 1973a, S. 49–104.

⁸⁴⁹ International Classification of Diseases

⁸⁵⁰ Auswertung standardisierter Fragebögen nach einem vorher festgelegten Schema. Eine bestimmte Zahl und/oder Konfiguration von Antworten wird einer Ad-hoc-Diagnose zugeordnet.

⁸⁵¹ Vgl. Pflanz 1973a, S. 105–110.

Fall-Kontroll-Studien, retrospektive Querschnittsstudien, einfache Longitudinalstudien, prospektive Studien mit rückverlegtem Ausgangspunkt und zusammengesetzte Longitudinalstudien.⁸⁵²

Den fünften Teil widmet Pflanz speziellen Themen. So erläutert er die Probleme bei Datenerhebung und Interpretation ökologischer Fragestellungen. Darunter versteht Pflanz die unterschiedliche räumliche Verteilung innerhalb eines geographisch definierten Großraumes. Des Weiteren erörtert er wichtige Gesichtspunkte der gleichzeitigen Häufung in Zeit und Raum, der Methodik des Kohortenmodells und der Berechnung von Überlebenskurven.⁸⁵³

Im sechsten Teil ordnet Pflanz schließlich die bisherigen theoretischen Ausführungen in den Kontext praktischer epidemiologischer Arbeiten ein. Er erläutert die verschiedenen Arbeitsschritte von der Hypothesenbildung, über die Planung und Organisation epidemiologischer Studien, die Auswahl der Untersuchungspopulationen, die Dokumentation epidemiologischer Daten, die Befragung, die Auswertung und Darstellung bis hin zur Interpretation epidemiologischer Resultate.⁸⁵⁴

5.4 Schwerpunkte der klinisch-epidemiologischen Forschung

5.4.1 Hypertonie und Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Ein Forschungsschwerpunkt von Pflanz war, gemessen an der Vielzahl von Publikationen, die Epidemiologie des Bluthochdrucks.

Bereits im Jahr 1962 stellte Pflanz „Psychosomatische Untersuchungen an Hochdruckkranken“ vor, die er gemeinsam mit Thure von Uexküll durchführte. Die Untersuchung stand im größeren Kontext eines Gießener Forschungsprojektes zur Hypertonie unter der Federführung von Thure von Uexküll.⁸⁵⁵

Die Autoren prüften an 129 Hypertonikern und 55 Kontrollpersonen verschiedene somatische und psychologische Hypothesen. Es zeigte sich unter anderem eine vermehrte familiäre Belastung bei Hochdruckkranken, psychologische Faktoren seien neben den somatischen als gleichberechtigt anzusehen. Hypertoniker würden häufiger vegetativen Beschwerden und chronische Belastungen aufweisen. Die Autoren bestätigten zudem die Hypothese, dass Unterdrückung oder Nicht-Erleben aggressiver Impulse zu Blutdruckerhöhung führe. Die Bedeutung für den Dauerhochdruck bleibe aber offen.⁸⁵⁶

⁸⁵² Vgl. Pflanz 1973a, S. 111–126.

⁸⁵³ Vgl. Pflanz 1973a, S. 133–148.

⁸⁵⁴ Vgl. Pflanz 1973a, S. 149–229.

⁸⁵⁵ Vgl. Roelcke 2021.

⁸⁵⁶ Vgl. Pflanz; Uexküll, T. 1962.

1969 äußerte sich Pflanz zurückhaltender in Bezug auf die Bedeutung der Psychosomatik für die Hypertonie. Dass eine „Situationshypertonie“ zu einem Dauerhochdruck führen könne, sei „nicht einmal wahrscheinlich gemacht worden“.⁸⁵⁷ Ähnlich drückt er sich 1974 bei der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Bezug auf die Bedeutung psychologischer Aspekte der Hypertonie aus, ebenso 1974 in seinem Artikel „Psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung des Hochdrucks“.⁸⁵⁸ Den meisten psychosomatischen Studien fehle es durch ihren retrospektiven Charakter und die selektive Patientenauswahl in Kliniken und Polikliniken an Repräsentativität. Auch die Frage nach der direkten Bedeutung von kulturellem und sozialem Stress, bzw. von sozialen Faktoren für den Bluthochdruck ohne den „Umweg“ über die Adipositas sei nicht eindeutig zu beantworten. Psychologische und sozialmedizinische Faktoren seien aber insbesondere in Hinblick auf Früherkennung und Therapie relevant.⁸⁵⁹ Den Zusammenhang von Adipositas und Hypertonie habe man in internationalen epidemiologischen Studien zeigen können. Das relative Körpergewicht stelle den entscheidenden zu beachtenden Einzelfaktor dar. Pflanz gibt in diesem Artikel eine Übersicht über die bedeutendsten epidemiologischen Blutdruckuntersuchungen. Ein Vergleich sei durch die Standardisierung von Bevölkerungsauswahl, Messung und Auswertung möglich. In diesen Studien sei eine erhöhte Hypertoniehäufigkeit bei der farbigen Bevölkerung in den Vereinigten Staaten und Westindien gezeigt worden, die man nicht auf «Rasseneigentümlichkeiten», Industrialisierung oder auf die «seelischen Belastungen der Rassengegensätze» zurückführen könne.⁸⁶⁰ In diesem Text bezieht sich Pflanz auf eine Blutdruckuntersuchung durch einen Mitarbeiter des Arbeitskreises in Südwestafrika. Die vorläufigen Ergebnisse wiesen keinen wesentlichen Unterschied im Vergleich zu Werten einer gesunden Bevölkerung in Deutschland auf. Festgestellt wurde ein Anstieg des Blutdruckes bei Zunahme des relativen Körpergewichts, sowie bei Analphabeten. Zur Klärung des Hypertonieproblems sei die Zusammenarbeit von Klinikern, Soziologen, Kulturanthropologen und Statistikern notwendig.⁸⁶¹

1964 nahm Pflanz an einem Symposium zur Epidemiologie der Hypertonie in Chicago teil. Kontrovers diskutiert wurden dort unter anderem genetische Einflüsse auf die Hypertonie, die Bedeutung des Ernährungszustandes und der Kochsalzzufuhr für den Blutdruck. Die bisherigen Auffassungen zur Hypertonie als Krankheit der Stadtbewohner, Managerkrankheit oder Zivilisationskrankheit seien verlassen worden.⁸⁶²

⁸⁵⁷ Pflanz 1969c, S. 186.

⁸⁵⁸ Vgl. Pflanz 1974d.

⁸⁵⁹ Vgl. Pflanz 1974e.

⁸⁶⁰ Vgl. Pflanz 1963a, S. 75–76.

⁸⁶¹ Vgl. Pflanz 1963a.

⁸⁶² Vgl. Pflanz 1965b.

Letzteres betont Pflanz auch in weiteren Texten aus den Jahren 1963⁸⁶³ und 1974.⁸⁶⁴ In Diskussionsbeiträgen zu Vorträgen des Symposiums in Chicago präsentierte Pflanz Ergebnisse einer Studie in Indien und setzt diese in Verbindung zu eigenen Untersuchungen in Deutschland, Afrika und Griechenland. Eine Korrelation von Blutdruck und Körpergewicht sei festgestellt worden, wobei dieser Zusammenhang auch die niedrigen Blutdruckwerte von Rauchern und Betelkauern erklären könne.⁸⁶⁵ In einem weiteren Beitrag ist Pflanz überzeugt, dass etwa 80 Prozent der sozialen Epidemiologie der Hypertonie im Grunde eine soziale Epidemiologie des Körpergewichts sei.⁸⁶⁶

Im Jahr 1967 stellte Pflanz gemeinsam mit einer Arbeitsgruppe eine Untersuchung zu Blutdruck und funktionellen Beschwerden bei griechischen Gastarbeiterinnen vor. Die Einwanderung von Gastarbeiterinnen stelle durch den soziokulturellen Umstellungsprozess eine «quasi-experimentelle» Situation dar. Zur Interpretation der Auswirkungen auf den Gesundheitszustand sei ein Vergleich mit der Bevölkerung des Heimatlandes notwendig. Die Autoren fanden keinen eindeutigen Zusammenhang von Blutdruck und funktionellen Beschwerden mit der Umstellung und den Anpassungsvorgängen. Der höhere Blutdruck griechischer Gastarbeiterinnen in Deutschland bestehe unabhängig von der Aufenthaltsdauer. Dies weise darauf hin, dass der Zusammenhang nicht allein durch den sozio-kulturellen Wandel zu erklären sei. Darauf, dass Anpassungsschwierigkeiten zu funktionellen Beschwerden führten, weise nur die vermehrte Angabe von innerer Unruhe bei gelernten Arbeitern hin, die im Gastland in einem anderen Beruf arbeiteten, sowie vermehrte innere Unruhe, Mattigkeit und Schlafstörungen bei Männern, die mit der Situation in Deutschland unzufrieden seien. Funktionell nervöse Beschwerden seien, abgesehen von Schlafstörungen, bei Gastarbeitern aber insgesamt seltener vorzufinden, was im Widerspruch zu bisherigen Veröffentlichungen stehe.⁸⁶⁷

In seinem 1974 veröffentlichten Text „Hypertonie und soziale Schichtung“ stellt Pflanz Ergebnisse einer Studie an 50-jährigen Personen in Hannover vor, die im Gegensatz zu bisherigen Erkenntnissen aus der Poliklinik in Gießen und analog zu anderen aktuellen Untersuchungen gezeigt habe, dass bei Männern kein Unterschied in der Hypertoniehäufigkeit in Abhängigkeit von Beruf und sozialer Schicht vorlägen. Bei Frauen fand sich hingegen eine erhöhte Hypertoniehäufigkeit bei Arbeiterinnen, bei Frauen von Arbeitern und bei Frauen aus einer niedrigen Sozialschicht, während eine enge Korrelation zu Übergewicht bestünde. Eine verbesserte Ernährung, auch in Entwicklungsländern müsse für die Vorbeugung der Hypertonie in der Gesundheitsplanung jedes Landes

⁸⁶³ Vgl. Pflanz 1963b.

⁸⁶⁴ Vgl. Pflanz 1974a.

⁸⁶⁵ Vgl. Pflanz 1967b, S. 230–232.

⁸⁶⁶ Vgl. Pflanz 1967b, S. 314–315.

⁸⁶⁷ Vgl. Pflanz 1967a.

bedacht werden. Die Prophylaxe der Adipositas sei auch eine der Hypertonie, ihre Therapie ein wichtiger Baustein jeder Bluthochdruckbehandlung. Hier sei die Überwindung sozialer und psychologischer Barrieren zentral.⁸⁶⁸

1977 wirkte Pflanz an einem interdisziplinären Gespräch zum Thema „Sozialmedizinische Probleme der Hypertonie in der Bundesrepublik Deutschland“ mit. In seinem Beitrag ging Pflanz auf Probleme der Epidemiologie und Datenerfassung bei Hypertonie ein, wie die uneinheitlichen Messmethoden und die beliebigen Grenzwertsetzungen. Ein vernachlässigtes Problem sei, sozialmedizinisch betrachtet, die hohe Zahl von Normotonikern unter den Personen, die angaben, an Hypertonie zu leiden. Das Wissen über den Verlauf von behandeltem und unbehandeltem Bluthochdruck sei gering, entsprechende Daten hierzu aus der Rentenversicherung und Kriegsopferversorgung seien nicht ausgewertet worden. Es bestehe ein erhebliches Defizit, vorhandene Erkenntnisse, wie den Effekt einer Adipositas-Prophylaxe für den Hypertonus, gesundheits- und sozialpolitisch anzuwenden.⁸⁶⁹

Bei der Entwicklung von individual- und sozialmedizinischen Strategien im Umgang mit der Hypertonie müsse man sowohl klinische als auch epidemiologische Befunde berücksichtigen. So zeigten Patienten in Praxen, Krankenhäusern und Polikliniken häufiger nervöse oder funktionelle Beschwerden als Normotoniker, ein Zusammenhang, der in epidemiologischen Feldstudien nicht bestätigt werden konnte. Zudem sei in der Klinik das Verhältnis von sekundärer und essentieller Hypertonie zugunsten der sekundären Formen verschoben.⁸⁷⁰

In seinem Text „Die Bluthochdruckprobleme und ihre Auswirkungen in der Sicht der heutigen Medizin“ aus dem Jahr 1979 betont Pflanz, dass die Entdeckungs- und Behandlungsquote der Hypertoniker unzureichend sei. Demnach würde nur jeder zweite Hypertoniker erkannt und ausreichend informiert. Von diesen würde nur jeder zweite behandelt und unter den Behandelten sei nur in der Hälfte der Fälle eine adäquate Blutdrucksenkung festzustellen. Das Programm zur Bekämpfung des Bluthochdruckes in Amerika habe erreicht, dass dieser Prozentsatz auf jeweils 20% abgesunken sei. Derartige Forschungsprogramme seien in Deutschland vorgeschlagen, bisher jedoch nicht umgesetzt worden. Eine mögliche Barriere in der Hypertoniebehandlung sei unter anderem das Fehlen von spezifischen Beschwerden und subjektiver Besserung bei einer Behandlung. Zudem gebe es uneinheitliche Kriterien in Bezug auf die Diagnosestellung und Behandlungsbedürftigkeit. Die Blutdruckkontrolle, das Gespräch und die Besprechung der Medikation seien für den Arzt zeitintensiv. Gesundheits-

⁸⁶⁸ Vgl. Pflanz 1974a.

⁸⁶⁹ Vgl. Pflanz 1978d.

⁸⁷⁰ Vgl. Pflanz 1978b.

politisch seien zwei Versuche für eine Verbesserung der Situation unternommen worden. Zum einen wurde die Blutdruckmessung in die Krebsfrüherkennungsprogramme aufgenommen. Pflanz äußert sich an dieser Stelle skeptisch, dass diese Maßnahme positive Auswirkungen auf die Betreuung von Hypertonikern habe. Nachteilig sei zum Beispiel, dass der Blutdruck durch die emotionale Belastung oft situativ erhöht sei und die durchführenden Ärzte nicht die Dauerbehandlung übernehmen. Ein weiterer Versuch sei die Einführung von Modelluntersuchungen zur Früherkennung von Herz- und Kreislaufkrankheiten, wobei eine Erhöhung der Zahl der ausreichend behandelten Hypertoniker jedoch nicht erreicht werden konnte. Pflanz empfehle Primärärzten, bei jedem stattfindenden Arztkontakt eine Blutdruckmessung, durchzuführen sowie Aufklärungs- und Behandlungsgespräche zu intensivieren.⁸⁷¹

Die Hypertonie gehöre, neben einem pathologischen Glucosetoleranztest, einer Hypercholesterinämie, starkem Rauchen und Übergewicht zu den Risikofaktoren des Herzinfarkts. Einige Autoren zählten hierzu auch einen bestimmten psychophysischen Konstitutionstyp. Der Begriff des «Risikofaktors» beschreibe eine statistische Korrelation, die nicht zwingend ätiologisch zu deuten, aber als Indikator für die Wahrscheinlichkeit eines Herzinfarktes anzunehmen sei. Die Beseitigung eines Risikofaktors scheine das Risiko des Herzinfarktes zu senken, deren Erkennung und Therapie mit etwa 40 Jahren beginnen solle. Die Betreuung des Patienten sei eine sozialmedizinische Aufgabe für jeden einzelnen Arzt.⁸⁷²

5.4.2 Früherkennung, Vorsorgeuntersuchung, Prävention

Das Problemfeld der präventiven Maßnahmen und Vorsorgeuntersuchungen greift Pflanz in seiner Zeit als Professor für Epidemiologie und Sozialmedizin an der MHH in Hannover mehrfach auf. Auch als Mitglied und Vorsitzender der Arbeitsgruppe Preventive Medicine des Europarates befasste sich Pflanz mit dem Themenkomplex der Vorsorgeuntersuchungen.⁸⁷³ Den inhaltlichen Schwerpunkt legte er neben der allgemeinen Betrachtung der Bedeutung von Prävention auf die Früherkennung und Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Pflanz folgt in seinem Aufsatz im Deutschen Ärzteblatt im Jahr 1971⁸⁷⁴ dem Vorschlag der Commission on Chronic Illness, die Prävention in die Bereiche primär, sekundär und tertiär zu unterteilen. Die primäre Prävention umfasse die Verhinderung bestimmter

⁸⁷¹ Vgl. Pflanz 1979a.

⁸⁷² Vgl. Pflanz 1973f, S. 24–25.

⁸⁷³ Vgl. dazu Kapitel 3.6

⁸⁷⁴ Vortrag, gehalten in einem sozialmedizinischen Seminar der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin-Grünwald

Krankheiten durch spezifische Maßnahmen, wie Impfungen und Hygienemaßnahmen. Das Ziel der Sekundärprävention sei es, durch Früherkennung von Erkrankungen eine Behandlung im Frühstadium zu ermöglichen. Diagnostik in diesem Rahmen werde in Deutschland als Vorsorgeuntersuchung bezeichnet. Diese beiden ersten Formen der Prävention seien besonders eng mit der Sozialmedizin verknüpft. Unter tertiärer Prävention verstehe man die Verhütung einer Verschlimmerung oder eines Rezidivs einer bereits eingetretenen Erkrankung.⁸⁷⁵

Pflanz analysiert in seiner Abhandlung verschiedene Formen der Vorsorgeuntersuchungen. Er geht zunächst auf die „Allgemeine Filteruntersuchung“, bzw. „mass screening“ ein, die eine Anamnese und körperliche Untersuchung, sowie apparative Diagnostik wie Elektrokardiographie (EKG), Röntgenaufnahmen und Laboruntersuchungen beinhalte. Ziel dieser Filteruntersuchung sei die Feststellung von der Norm abweichender Befunde, wobei erst durch weitere Untersuchungen eine Diagnose gestellt werden könne. Die Filteruntersuchung sei das „feinste und treffsicherste Instrument der Vorsorgeuntersuchungen“, wobei ihr größter Nachteil darin bestehe, die Bevölkerung zu einer regelmäßigen Teilnahme zu motivieren und sich die Gefahr ergebe, dass sich Personen durch die Untersuchung in Sicherheit wähnen. Beide genannten nachteiligen Faktoren beträfen jedoch alle Arten der Vorsorgeuntersuchung. Als weitere Maßnahme stellt Pflanz die Durchführung gezielter Untersuchungen in Bezug auf eine bestimmte Erkrankung vor, wie zum Beispiel Röntgenuntersuchungen, Diabeteserkennungsaktionen oder die zytologische Untersuchung des Portioabstriches.⁸⁷⁶ Das Verfahren der Zytologie zur Krebsfrüherkennung beleuchtet Pflanz in Artikeln aus den Jahren 1974 und 1977 kritisch, da die epidemiologische Grundlage über die Wirksamkeit des Verfahrens ungenügend sei.⁸⁷⁷

Ein weiteres Verfahren der Vorsorgeuntersuchung sei die erweiterte Anamnese mit Blick auf die Lebensumstände und eventuelle Schädigungsmöglichkeiten, deren Schwäche in geringer Trennschärfe und unzureichender Vorhersagefähigkeit läge. Als letzte Form der Vorsorgeuntersuchung beschreibt Pflanz die Früherkennung von Krankheiten, die bereits Symptome aufweisen, auch wenn dies im strengen Sinne keine Vorsorgeuntersuchung sei. Die Stellung der Diagnose erfolge hier mit derselben Qualität wie bei der Filteruntersuchung, wobei der Vorteil dieses Verfahrens ihre große Breitenwirksamkeit sei. Vor der Durchführung weiterführender Diagnostik müsse im Arzt-

⁸⁷⁵ Vgl. Pflanz 1971c, S. 467–468.

⁸⁷⁶ Vgl. Pflanz 1971c, S. 471.

⁸⁷⁷ Vgl. Pflanz 1974b. Pflanz 1977b. Pflanz 1977c.

Patienten-Kontakt geklärt werden, ob der Patient lediglich eine Ursachenfindung oder auch eine Therapie wünsche.⁸⁷⁸

Der Epidemiologe habe im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen nicht nur die Aufgabe, bei der Auswahl geeigneter Verfahren mitzuwirken, sein Aufgabenfeld sei auch das Auffinden von Ursachen und Mitfaktoren von Krankheiten sowie das Aufdecken von fälschlicherweise als verursachend angesehenen Faktoren. Auch der Nachweis von Risikofaktoren und Risikopopulationen falle in das Aufgabenfeld des Epidemiologen. Ein Risikofaktor müsse nicht selbst ursächlich beteiligt sein, sei aber statistisch mit einem erhöhten Krankheitsrisiko verknüpft; Risikopopulationen seien Bevölkerungsgruppen mit besonders hohem Risiko. Dies habe auch eine praktische Konsequenz, weil man Vorsorgeuntersuchungen auf bestimmte Risikopopulationen begrenzen könne und so den technischen und personellen Gegebenheiten gerecht werde. Ein weiteres Themenfeld der Epidemiologen sei die Feststellung optimaler „Filterwerte“, also die Prüfung der Validität einer Untersuchung. Auch die Bereinigung der Frage- und Dokumentationsbögen sei Aufgabe des Epidemiologen, wobei eine Prüfung jeder einzelnen Frage bzw. Untersuchung nötig sei. Eine gemeinsame Aufgabe von Epidemiologen und Sozialmedizinern sei wiederum die Qualitätskontrolle der Vorsorgeuntersuchungen sowie die Messung ihrer Wirksamkeit. Ein Bestandteil dieser Wirksamkeitsmessung sei außerdem die Feststellung von Schädigungen durch Vorsorgeuntersuchungen.⁸⁷⁹

Abschließend konstatiert Pflanz ein Problem in der Ausbildung von Sozialmedizinern und Epidemiologen. Es existiere in der gesamten Bundesrepublik nur ein einziger Lehrstuhl für Epidemiologie und ein Bundesinstitut. Zudem sei die Ausbildung der niedergelassenen Ärzte, in deren Händen die praktische Ausführung präventiver Maßnahmen liege, mangelhaft.⁸⁸⁰

Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen

Im Jahr 1977 wurde in den Tagungsberichten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ein Gutachten von Manfred Pflanz mit dem Titel „Früherkennung auf Risikofaktoren und Frühstadien von Herz- und Kreislauferkrankungen – eine Bestandsaufnahme“ veröffentlicht. Die drei Grundvoraussetzungen für die Prävention von Herz-Kreislauferkrankungen seien die Bedeutung dieser Erkrankungen als Todesursache, der Umstand, dass man durch klinische Beobachtungen und epidemiologische Studien Risikofaktoren herausgestellt habe und

⁸⁷⁸ Vgl. Pflanz 1971c, S. 471–472.

⁸⁷⁹ Vgl. Pflanz 1971c, S. 472–474.

⁸⁸⁰ Vgl. Pflanz 1971c, S. 474.

dass von diesen Faktoren mehrere durch Therapie oder Verhaltensänderungen beeinflussbar seien. Als zentrale Risikofaktoren führt Pflanz die Blutdruckerhöhung, die Cholesterinerhöhung, das Zigarettenrauchen und die pathologische Glukosetoleranz bzw. Diabetes auf. Weitere Faktoren seien die Harnsäureerhöhung, eine Verringerung der Vitalkapazität, eine positive Familienanamnese der Koronarkrankheit und ein pathologisches EKG. Die Adipositas stehe nur indirekt durch die Korrelation mit Blutdruck, Cholesterin und Glukosetoleranzstörung mit dem Herzinfarkt in Verbindung. Umstritten sei die Bedeutung von körperlicher Inaktivität, Persönlichkeit, Konstitution, Stress, Trinkwasserhärte, Spurenelementen und Zuckerverbrauch. Es sei gezeigt worden, dass das koronare Risiko bei Kombination mehrerer Faktoren steige.⁸⁸¹

Eine Schwierigkeit in der Diskussion um Krankheitsfrüherkennung seien die nicht einheitlich definierten Begrifflichkeiten. Pflanz bevorzuge es, als «Prävention» die Verhütung von Krankheiten durch Ursachenbeseitigung oder durch Stärkung der Abwehrmechanismen zu bezeichnen. «Krankheitsfrüherkennung» oder «Screening» sei das Erkennen noch symptomloser Krankheiten in einem Stadium mit besseren Behandlungsaussichten.⁸⁸² Grenzen der Beeinflussungsmöglichkeiten im Rahmen der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sei zum einen das steigende durchschnittliche Lebensalter. Zum anderen seien noch nicht alle Risikofaktoren bekannt und die Frage, ob eine Beseitigung eines Risikofaktors tatsächlich das Risiko einer koronaren Herzkrankheit senke, sei noch nicht geklärt. Der anfängliche Optimismus in Bezug auf die Beeinflussbarkeit der Risikofaktoren sei durch Forschungsarbeiten gedämpft worden. Dies spiegele sich auch in offiziellen Stellungnahmen nationaler und internationaler Gremien wider. Es werde gefordert, Früherkennungsprogramme zu evaluieren, denn als Erfolgskriterium könne nicht die reine Anzahl erkannter pathologischer Befunde herangezogen werden, vielmehr müsse man die Beeinflussung des Gesamtverlaufs durch die Präventionsmaßnahmen beurteilen. Pflanz erläutert einige Grundsätze der Evaluation, wobei man drei verschiedene Abschnitte unterscheide. Die Prä-Evaluation habe zum Ziel, Methode und Organisation des Programmes auf Zuverlässigkeit, Gültigkeit, Akzeptierbarkeit und Beeinflussbarkeit festgestellter Befunde zu prüfen. Die Prozess-Evaluation untersuche, ob die angewandten Methoden bei möglichst vielen Personen anwendbar seien. Bei der Evaluation des Resultates werde die Frage nach dem Erreichen der Ziele des Programmes und der ökonomischen Effizienz gestellt.⁸⁸³ Anhand von Literatur beleuchtet Pflanz die Bedeutung verschiedener Methoden im Rahmen der Herz-

⁸⁸¹ Vgl. Pflanz 1977a, S. 58–59.

⁸⁸² Vgl. Pflanz 1977a, S. 60.

⁸⁸³ Vgl. Pflanz 1977a, S. 65–79.

Kreislauf-Früherkennung. Die nach den Kriterien der Prä-Evaluation bedeutendsten Methoden seien die Blutdruckmessung, das Erfragen der Rauchgewohnheiten, die Messung von Größe und Gewicht sowie die Cholesterinbestimmung. Er betont, dass jede präventive Maßnahme ohne die Sicherstellung weiterer erforderlicher Diagnostik und kontinuierlicher Therapie nicht zu empfehlen sei. Pflanz begutachtet anschließend vier verschiedene Modellversuche zur Herz-Kreislauf-Früherkennung in der kassenärztlichen Praxis. Eine Evaluation der Programme habe in Teilen stattgefunden, müsse jedoch ausgebaut werden. Eine Aussage über die Effektivität in Hinblick auf die Verhütung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und vorzeitigem Tod könne man erst in einigen Jahren treffen. Auch die Frage, ob Früherkennungsmaßnahmen durch Kassenärzte oder durch eigene Institutionen durchgeführt werden sollten, sei noch nicht abschließend beantwortet.⁸⁸⁴ In seinen Schlussfolgerungen betont Pflanz abermals, dass das Ziel der Prävention eines Programmes nur erreichbar sei, wenn weitere Diagnostik, Beratung, Behandlung und laufende Überwachung des Patienten garantiert werde. Zudem müsse überlegt werden, die Maßnahmen auf die Vorbeugung von Risikofaktoren auszuweiten, anstatt nur bereits bestehende Risikofaktoren zu beeinflussen. Als Empfehlung zur Reduktion der Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nennt Pflanz drei Maßnahmen, die Bestandteil jedes ärztlichen Kontaktes sein sollen: die Rauchentwöhnung bei starken Zigarettenrauchern, die Verhütung und Bekämpfung der Fettsucht sowie die häufige Blutdruckmessung aller Patienten, inklusive Aufklärung, Therapie und Überwachung der hypertonen Patienten. Unterstützt werden solle dies durch eine geeignete Dokumentation des Arztes oder der Krankenkasse oder durch die Einführung eines Gesundheitspasses. Dringend erforderlich sei auch die Entwicklung und Erforschung von Methoden, die den dauerhaften Erfolg der Maßnahmen sicherstellen würden.⁸⁸⁵

Im Jahr 1978 stellt Pflanz in seinem Text „Erfolge im Kampf gegen den Herzinfarkt“ eine Analyse der positiven Entwicklung der Verhütung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den Vereinigten Staaten vor. Dies sei nicht auf die Einführung von Früherkennungsuntersuchung zurückzuführen, es werde vielmehr versucht, durch Aufklärungskampagnen die Ernährungs- und Rauchgewohnheiten der gesamten Bevölkerung zu verändern. Ein bundesweites Bevölkerungsprogramm zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes sei initiiert worden und werde durch Bundesmittel unterstützt. Zudem werde die wissenschaftliche Erforschung von Risikofaktoren und Ursachen des vorzeitigen Herztodes und deren Verhütung von der Politik finanziert. Auch die Behandlung der Koronarkrankheiten sei verbessert worden, unter anderem durch wirkungsvollere

⁸⁸⁴ Vgl. Pflanz 1977a, S. 79–93.

⁸⁸⁵ Vgl. Pflanz 1977a, S. 98–100.

Medikamente wie Betablocker, medizintechnische Maßnahmen wie den Herzschrittmacher und operative Techniken, wie die Bypass-Operation. Auch das präklinische Management des Herzinfarkts und Rehabilitationsprogramme seien weiterentwickelt worden. Pflanz plädiert dafür, in Deutschland nicht die Ergebnisse wissenschaftlicher Langzeitstudien abzuwarten, sondern aktiv im Kampf gegen den Herzinfarkt zu werden, um in absehbarer Zeit Erfolge melden zu können.⁸⁸⁶

Pflanz hat nun endgültig den Schritt zur Gesundheitssystemforschung vollzogen. Sozialmedizin, Epidemiologie und Medizinsoziologie sind für ihn in diesem Problemkontext die grundlegenden Wissenschaften. Gleichzeitig plädiert er unmissverständlich für den Wert und die Bedeutung öffentlicher Forschung. Prävention, veränderte Lebensgewohnheiten und die Ausschaltung von Risikofaktoren stehen für Pflanz für die zukünftige Qualität menschlichen Lebens. Hier sieht man auch die Weiterentwicklung der epidemiologischen Forschung – noch 1958 äußerte er sich skeptisch über die praktische Bedeutung epidemiologischer Forschung für Gesundheitspolitik und Prävention.⁸⁸⁷ Pflanz erforscht nicht mehr nur die unmittelbare ärztliche Arbeit, sondern er fordert Forschungen für eine angepasste Gesundheitsplanung.

5.4.3 Appendizitis-Forschung

Ein weiterer Schwerpunkt von Pflanz wissenschaftlicher Tätigkeit am Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin in Hannover war das Krankheitsbild der Appendizitis, bzw. die Epidemiologie der Appendektomie. Hervorzuheben ist, dass Pflanz mit seiner Forschung hier nicht nur eine kleine interessierte Gruppe sozialmedizinisch Interessierter ansprach, sondern durch das Aufgreifen der Thematik durch den SPIEGEL eine breite Öffentlichkeit erreichte – was angesichts der Brisanz seiner Aussagen nicht überrascht.⁸⁸⁸

Im Jahr 1971 veröffentlichte Pflanz gemeinsam mit seiner Doktorandin Sigrid Lichtner im Journal „Medical Care“ den Artikel „Appendectomy in the Federal Republic of Germany“. Die Autoren stellten heraus, dass die Mortalität der Appendizitis in deutschsprachigen Ländern mindestens dreifach höher sei als in anderen Ländern. Daten der Ortskrankenkasse in der BRD zeigten eine doppelt so hohe Inzidenz der Appendizitis, verglichen mit den Vereinigten Staaten. Zu beachten sei jedoch, dass der Wert nationaler Statistiken, aufgrund erswerter Bedingungen zur Qualitätskontrolle,

⁸⁸⁶ Vgl. Pflanz 1978c.

⁸⁸⁷ Vgl. Pflanz 1958b, S. 147. Vgl. dazu auch S. 2, Abschnitt 5.1 dieser Arbeit.

⁸⁸⁸ Vgl. N.N. 1972a.

limitiert sei.⁸⁸⁹ Pflanz und Lichtner führten zudem eine eigene retrospektive Studie anhand von Patientenakten und OP-Berichten zur Appendektomie an 25 Krankenhäusern in und um Hannover in den Jahren 1966 und 1967 durch. Eingeschlossen wurden 6.841 Patienten. In der Studie zeigte sich die Rate der Appendektomien alters- und geschlechtsabhängig. Zudem ergab sich eine erhöhte Appendektomie-Rate bei Angestellten und Beamten im Vergleich zu Fabrikarbeitern. Es zeigte sich weiterhin, dass in den Monaten Juli, August und Dezember weniger Appendektomien durchgeführt wurden. Dies könne darauf zurückgeführt werden, dass sowohl mögliche Patienten, als auch operierende Ärzte in diesen Monaten vermehrt im Urlaub seien. In Bezug auf die Verteilung innerhalb einer Woche zeigten Pflanz und Lichtner jedoch, dass am Wochenende lediglich ein Drittel der erwarteten Appendektomien durchgeführt wurden, ohne dass dies von einer erhöhten Rate am Montag begleitet sei. Die Auswertung der pathologischen Analyse zeige, dass sich bei Männern nur in einem von drei Präparaten und bei Frauen in einem von fünf Präparaten histologisch eine Appendizitis nachweisen ließ. Zu bedenken sei jedoch, dass diese Daten durch krankenhausspezifische Verfahren bei der Einsendung der Präparate selektiv seien. Die Ergebnisse der in Hannover durchgeführten Untersuchungen stimmten mit in Deutschland durchgeführten Studien anhand von Daten der Ortskrankenkassen überein.⁸⁹⁰ Im internationalen Vergleich zeige sich, dass die Mortalität der Appendizitis in Deutschland etwa dreifach erhöht sei, ebenso die Inzidenz der Appendizitis. Da etwa 90% der hospitalisierten Patienten mit der Diagnose Appendizitis operiert würden, ergäbe sich kein signifikanter Unterschied bei der Beurteilung der Anzahl der Appendizitiden oder der Anzahl der Appendektomien. Unter Beachtung der anatomisch-pathologischen Befunde sei nicht davon auszugehen, dass die Inzidenz der Appendizitis in Deutschland im Ländervergleich tatsächlich höher sei – zumal es sich dann um eine Krankheit handeln würde, die am Wochenende weniger häufig auftrete. Die erhöhte Mortalität der Appendizitis sei vielmehr auf die erhöhte Appendektomie-Rate zurückzuführen. Dies werde unterstützt durch den in Studien gezeigten Abfall der Mortalitätsrate in den USA im Zuge eines Rückgangs der Operationshäufigkeit.

Pflanz und Lichtner diskutieren mögliche Gründe für die erhöhte Operationsrate. Eine Erklärung könne sein, dass die Appendektomie-Rate in den USA vor rund 40 Jahren deutlich höher war, und somit die Zahl der Risiko-Patienten geringer sei. Dem widerspreche jedoch, dass die meisten Appendektomie-Patienten jung, d.h. über die Hälfte unter 25 Jahren alt sei. Ein weiterer Grund könne sein, dass die Überweisung in

⁸⁸⁹ Vgl. Pflanz 1971b, S. 311–316.

⁸⁹⁰ Vgl. Pflanz 1971b, S. 316–324.

die Klinik meist durch den Hausarzt erfolge und die Diagnosestellung der Dynamik des Arzt-Patienten-Kontaktes unterliege. Der Chirurg seinerseits würde eine Appendektomie bei einer Einweisung durch einen hausärztlichen Kollegen und aufgrund des Drucks durch den Patienten nicht ablehnen, bis er durch die Operation Sicherheit habe, dass keine Appendizitis vorliege. In diesem Zusammenhang stellen Pflanz und Lichtner die Hypothese auf, dass dem Chirurgen durch einen Patienten mit höherem Sozialstatus, wie beispielsweise einem Angestellten, im Falle von Komplikationen aufgrund einer nicht durchgeführten Operation mehr Schwierigkeiten drohen. Zudem könne die Anzahl der Appendektomien, die für die Facharztausbildung erforderlich seien, ein Anreiz für den Chirurgen sein. Die Einflussnahme von Krankenhaus und Gesundheitssystem auf die Anzahl der Appendektomien sehen Pflanz und Lichtner als limitiert an. Insgesamt sei es schwierig, solche Annahmen wissenschaftlich zu bestätigen, die Etablierung longitudinaler Studien könne hierbei jedoch helfen.⁸⁹¹

Diese Ergebnisse griff der SPIEGEL 1972 auf und schreibt über diese „Merkwürdige Krankheit“ plakativ: „Überall wo deutsch miteinander geredet wird, da sitzt das Messer des Chirurgen locker – und der Blinddarm des Patienten auch.“⁸⁹²

In seinem Text aus dem Jahr 1980 widerspricht Pflanz der oben genannten Hypothese, dass die erhöhte Mortalität an die erhöhte Operationsrate geknüpft sei. Untersuchungen in der DDR hätten gezeigt, dass die überhöhte Sterblichkeit an Appendizitis nur zu 7-23% auf die erhöhte Appendektomie-Rate zurückzuführen sei. Zudem zeige sich in der WHO-Todesratenstatistik aus dem Jahr 1974 ein Rückgang der Sterbefälle bei Appendizitis. Seit 1973 könne in den Daten der Ortskrankenkassen außerdem ein Rückgang der Appendizitis-Rate unter Erwachsenen festgestellt werden. Zur Erforschung der Ätiologie und Pathogenese der Appendizitis sowie anderer Ursachen, die zur Appendektomie führen, seien weitere sozialmedizinische Forschungen notwendig. Die Diagnostik und Indikationsstellung müsse verbessert werden und eine standardisierte pathologische Untersuchung aller entfernter Appendizes durchgeführt werden. Die weitere Forschung sei insbesondere mit Blick auf die hohen Kosten und die damit verbundene volkswirtschaftliche Bedeutung erforderlich.⁸⁹³

⁸⁹¹ Vgl. Pflanz 1971b, S. 324–328.

⁸⁹² N.N. 1972a, S. 80.

⁸⁹³ Vgl. Pflanz 1980, S. 1857–1859.

5.5 Pflanz in der Tradition der Sozialmedizin

Wenn Pflanz als führender Wissenschaftler zur Etablierung der Sozialmedizin und der Medizinsoziologie in der Bundesrepublik gesehen wird, so muss untersucht werden, wie sich Pflanz selber zur vielseitigen Geschichte der Sozialmedizin positionierte, wo er anknüpfte und sich abgrenzte. Die folgenden Textbezüge sollen zeigen, dass sich Pflanz eindeutig in die sozialreformerische und wissenschaftliche Tradition der Sozialmedizin einband. Pflanz sucht Bezüge zu den Protagonisten der Sozialmedizin sofern sie für sein eigenes Selbstverständnis und für die Begründung seiner wissenschaftlichen Arbeiten wichtig erscheinen. Dies zeigt sich vor allem in der Einleitung seiner Habilitationsschrift. Im historischen Abriss seiner Einleitung zu „Sozialer Wandel und Krankheit“ erkennt Pflanz an, dass viele Gedankengänge von Johann Peter Frank auch heute noch aktuell seien, auch wenn er sich mit seinen Ideen aufgrund der gesellschaftlichen Strukturen und der Dominanz der naturwissenschaftlichen Medizin und Hygiene nicht durchsetzen konnte.⁸⁹⁴ Mit den revolutionären Ideen von 1848 und Rudolf Virchow begann für Pflanz in Deutschland die „Frühphase der medizinischen Soziologie“. Virchow sei bewusst gewesen, dass „auch eine radikale Reform der Medizin nicht weiter aufgeschoben werden könne“.⁸⁹⁵ Auch zu Beginn seiner Rede vor der Hauptversammlung der Vereinigung der Schule des öffentlichen Gesundheitswesens in Düsseldorf 1979 bezieht sich Pflanz auf Virchow. Er beschreibt ihn als einen „der bedeutendsten Vertreter der frühen Sozialepidemiologie“ und als „Vorbild für das Bedürfnis des Epidemiologen, aus seinen Beobachtungen Schlüsse zu ziehen, die auf die Forderung nach einer tiefgreifenden Änderung der Sozialstruktur hinauslaufen.“⁸⁹⁶ Damit bindet Pflanz die Sozialmedizin an die sozialreformerischen Ansprüche Virchow's an.

Im historischen Abriss seiner Habilitationsschrift würdigt Pflanz auch Salomon Neumann, für den „die medizinische Wissenschaft [...] in ihrem innersten Kern und Wesen eine soziale Wissenschaft“ sei.⁸⁹⁷ Seine Forderung nach einer „umfassenden Statistik medizinischer und sozialer Daten“ entspreche den Aufgaben der gegenwärtigen Epidemiologie, die sich in den folgenden Jahren weiterentwickelt habe.⁸⁹⁸

Die Leistung von Max Mosse und Gustav Tugendreich sei es gewesen, „eine große Anzahl [...] soziologischer Fakten in ihrer Beziehung zu Krankheit und Gesundheit vor allem an Hand statistischen Materials dargestellt“ zu haben.⁸⁹⁹ 1977 schreibt Pflanz dann ein Vorwort zur ungekürzten Neuauflage von Mosse und Tugendreich (1913) „Krankheit

⁸⁹⁴ Vgl. Pflanz 1962, S. 8.

⁸⁹⁵ Pflanz 1962, S. 9.

⁸⁹⁶ Pflanz 1979c, S. 93.

⁸⁹⁷ Pflanz 1962, S. 9.

⁸⁹⁸ Vgl. Pflanz 1962, S. 9–10.

⁸⁹⁹ Pflanz 1962, S. 10.

und Soziale Lage“. Er erkennt hier voller Respekt und wissenschaftlicher Wertschätzung an, dass „unsere heutige Sozialmedizin, wiedererstanden lange Jahre nach dem 2. Weltkrieg, noch längst nicht wieder den Stand des Wissens und vor allem des Ansatzens an soziale Probleme erreicht hat, der damals selbstverständlich war.“⁹⁰⁰ Die momentane Zeit sei „erst angelangt im Mittelalter und bei der Auffassung, alles Kranksein ist der Sünde Sold, der Sünden des Essens, Rauchens und Trinkens“ - soziale Faktoren würden „entweder abgewertet oder übermäßig gezeichnet“. Er stellt fest, „daß uns das dickleibige Werk Quellen erschließt, die wir längst vergessen haben, Quellen, die Tatsachen beschreiben, die wir immer noch wiederentdecken müssen.“⁹⁰¹ Die damaligen Ergebnisse seien heute „vielfach bestätigt“, die Methoden hätten sich verfeinert und der Blick sei kritischer geworden. Pflanz scheut mit seinem Schlusssatz nicht die Konfrontation mit seinen Fachkolleg:innen: „Über die heutige Sozialmedizin [...] lernen wir mehr, wenn wir uns den Mosse/Tugendreich wieder vornehmen, als wenn wir unsere gegenwärtigen Lehrbücher zur Hand nehmen.“⁹⁰² In seinem historischen Rückblick hebt Pflanz die sozialpathologischen Arbeiten von Hellpach⁹⁰³ und Grotjahn hervor:

„Eine tiefgründige Analyse legte jedoch Hellpach schon 1904 in seiner Arbeit ‚Sozialpathologie als Wissenschaft‘ vor, in der er die Neurasthenie⁹⁰⁴ als Zeitkrankheit des kapitalistischen Bürgertums bezeichnete. Diesen Begriff der Sozialpathologie in seiner doppelten Bedeutung als Pathologie einer (zeitgebundenen) Gesellschaft und andererseits der Beeinflussung pathologischer Vorgänge beim Einzelmenschen durch die Gesellschaft greift Grotjahn wenig später auf, der in seinem Standardwerk ‚Soziale Pathologie‘ schon durchaus moderne Gesichtspunkte bringt, die in ihrer Grundsätzlichkeit offenbar erst jetzt richtig verstanden werden.“⁹⁰⁵

In diesem Zitat verbinden sich seine Vorstellungen von der sozialen Medizin und der Wissenschaftlichkeit von Grotjahns Pathologie.

Mit Grotjahns Sozialpathologie als Lehre von den sozialen Beziehungen der Krankheiten, so schreibt Pflanz in seiner Habilitation, habe die gegenwärtige Phase der medizinischen Soziologie begonnen. Dabei sei Grotjahns Programm weit über das der damaligen Sozialmedizin hinausgegangen. Leider seien seine Anregungen,

⁹⁰⁰ Mosse; Tugendreich 1977 (1913). Vorwort zur Neuauflage Pflanz.

⁹⁰¹ ebd.

⁹⁰² ebd.

⁹⁰³ Willy Hugo Hellpach (1877 – 1955), Politiker, Journalist, Psychologe und Arzt. Hellpach prägte Anfang des 20. Jahrhunderts den Begriff der Psychologie der Umwelt.

⁹⁰⁴ Die Begriffsgeschichte der „Neurasthenie“ ist umfangreich, als moderne Varianten bezeichnet Schäfer das „Chronic Fatigue Syndrom“, die „Fibromyalgie“ sowie die „Multiple Chemische Sensibilität“, also Diagnosen die Symptome der chronischen Müdigkeit und Erschöpfung erfassen. Vgl. Schäfer, M. 2002.

⁹⁰⁵ Pflanz 1956a, S. 320.

„die soziologischen Bedingungen selbst und nicht nur einige ihrer oberflächlichsten Äußerungsformen in der Beziehung zu Gesundheit und Krankheit zu studieren, kaum aufgenommen worden.“⁹⁰⁶ Dazu habe auch beigetragen, dass er „auf eine Zusammenarbeit mit Sozialwissenschaftlern verzichtete und der Versuchung eines soziologischen Dilettantismus nicht immer widerstehen konnte.“⁹⁰⁷ Offen bleibt, ob diese Möglichkeiten wissenschaftlicher soziologischer Methodik zu Beginn des Jahrhunderts bereits gegeben waren. Pflanz ist und bleibt kein Freund vorwissenschaftlichen Dilettantismus.

5.5.1 Pflanz' Abgrenzung gegenüber der Medizin des Nationalsozialismus

Pflanz bewegte sich in München und Gießen in einem wissenschaftlichen Umfeld, das sich nachdrücklich für eine Aufarbeitung der nationalsozialistischen Vergangenheit von Personen und Institutionen einsetzte. Über seinen Lehrer und Förderer Thure von Uexküll konstatiert Roelcke die „große und anhaltende Bedeutung, die die Konfrontation mit der Medizin im Nationalsozialismus“ für ihn gehabt habe.⁹⁰⁸ Uexküll habe ausgehend von der öffentlichen Auseinandersetzung mit dem „menschenverachtenden Verhalten von Ärzten im Nationalsozialismus“ und „deutlich abweichend vom Schweigen oder exkulperierenden Opfernarrativen bei der überwiegenden Mehrheit der deutschen Ärzteschaft [...] nach destruktiven Potenzialen in der modernen Medizin“ gefragt.⁹⁰⁹ Entsprechend wurden auch die Texte von Pflanz aufmerksam auf Bezüge zum Nationalsozialismus hin untersucht.

Es stellt sich die Frage, wie und in welcher Weise der junge Pflanz, Teammitglied und Mitautor zahlreicher Veröffentlichungen von diesem Denken und dieser Haltung geprägt wurde. Der Unterschied zwischen Pflanz und Uexküll ist in dieser Hinsicht, dass Uexküll die menschenverachtende Medizin des Nationalsozialismus unmittelbar erlebt hatte. Pflanz war als junger Soldat und Student nicht in eine vergleichbare Konfliktsituation hineingestellt. Die intensive Durchsicht von Pflanz' Veröffentlichungen über drei Jahrzehnte konnte nicht sehr viele, aber doch recht bemerkenswerte Stellen ausfindig machen. Einen interessanten und aufschlussreichen Blick auf den Menschen Manfred Pflanz ermöglicht das gemeinsame Vorwort mit dem jüdischen Psychosomatiker und Psychotherapeuten Berthold Stokvis zu ihrem Buch „Suggestion in ihrer relativen zeitbedingten Begrifflichkeit, medizinisch und sozialpsychologisch betrachtet“ (1961).⁹¹⁰

⁹⁰⁶ Pflanz 1962, S. 11.

⁹⁰⁷ ebd.

⁹⁰⁸ Roelcke 2021, S. 484.

⁹⁰⁹ Roelcke 2021, S. 483.

⁹¹⁰ Stokvis/Pflanz 1961b Über Stokvis konnten nur wenige biographische Informationen in Erfahrung gebracht werden. Als Professor war Stokvis Lektor der Experimental-Medizinischen

Die Autoren bekennen, dass die inhaltliche und die wissenschaftliche Grundlage für beide die Medizin gewesen sei. Die Aussage – „Ausgangspunkt dieser Forschungen waren Überlegungen und Versuche, die teilweise bereits vor dem zweiten Weltkrieg, teilweise während der Kriegsjahre unter schwierigen persönlichen Umständen vorgenommen wurden“⁹¹¹ – bezieht sich offenbar auf die bedrohte persönliche Situation von Stokvis im besetzten Holland. Die persönliche Bedeutung für beide lassen die gewählten Bekenntnisse und Formulierungen erkennen.

„Eine Welt voller politischer Vorurteile und massensuggestiver Beeinflussungen trennte damals die beiden Verfasser. Eben diese verdunkelte Welt lieferte viel Material für das vorliegende Buch. Hatte sich doch in diesen unseligen Jahren gezeigt, wozu affektive Resonanz, der zwischenmenschliche Grundvollzug, die Suggestion, die Massensuggestion und auch die Autosuggestion mißbraucht werden können und zu welchen bestürzenden Vorgängen sie zu führen vermögen. Es schien, als hätten die düsteren Aussagen vieler Autoren über die Suggestion Recht bekommen. Es war daher notwendig, sich vor Beginn der hier vorliegenden Untersuchung von manchen Erinnerungen und Vorurteilen zu befreien und eine Brücke zu schlagen - im wissenschaftlichen wie auch im menschlichen Bereich. Möge dieses Buch einen Beitrag dazu liefern, das Vergangene zu überwinden und die optimistische These zu stützen, daß die affektive Resonanz, auch wenn sie als Begriff zeitbedingt relativ ist, ein sinnvolles, lebensnotwendiges, dem Mensch-Sein innewohnendes Geschehen ist, das dem Individuum und der Gesellschaft, der es zugehört, zu einer besseren Anpassung an die immer wechselnden Umstände des Lebens und zu einem besseren Verständnis der Mitmenschen verhelfen kann.“⁹¹²

Man erkennt die Ernsthaftigkeit von Pflanz' innerem Ringen. Da Pflanz Ende des Krieges 22 Jahre alt war, ist es schwierig, über Schuld und Verstrickung zu spekulieren, da er sicher nicht zu den Entscheidungsträgern seiner Zeit gehörte. Pflanz und Stokvis erkennen und bekennen, wie wichtig der Prozess des Erinnerns und des Brückenschlagens für ihre eigene Zukunft und die der Gesellschaft sind.

In seinem Betrag „Vom Problemkind zum Wunderknaben“ von 1979 blickt Pflanz zunächst recht eindeutig zurück.

Psychologie und Leiter der Psychosomatischen Zentrale der Reichsuniversität Leiden. In den Nachrufen wird er, der ein anerkannter Spezialist der Psychosomatik und der psychotherapeutischen Beeinflussung von Patienten war, als eine Persönlichkeit beschrieben, der für seine Wissenschaft und seine Familie lebte. Die Dissertation „Beitrag zu Kenntnis der Psychologie und der Hypnotherapie des essentiellen Hochdrucks durch andauernde Registrierung des Blutdrucks“ legte Stokvis 1937 an der Universität Leiden vor. Vgl. Carp, Eugène A. D. E. 1963, Hohberger 1963.

⁹¹¹ Stokvis/Pflanz 1961b Vorwort.

⁹¹² ebd. Vorwort.

„Die Ereignisse zwischen 1933 und 1945 in Deutschland haben der Epidemiologie einen Schlag versetzt, von dem sie sich bis heute noch nicht erholt hat. Jüdische Medizinstatistiker und Sozialhygieniker mußten emigrieren oder wurden an der Arbeit gehindert. Schulen konnten sich nicht bilden. Mit einer Verarmung der epidemiologischen Methoden ging eine Entwicklung einher, die man vielleicht als "Buchhaltung des Teufels" bezeichnen kann. Epidemiologie mußte dazu dienen, die rassistische Ideologie zu untermauern. Rassenhygiene und Erbhygiene bemächtigten sich der psychiatrischen Epidemiologie. [...] Planungsdaten wurden herbeigeschafft, um die Maschinerie der Vernichtung optimal nutzen zu können. Aus diesen Erfahrungen heraus läßt sich verstehen, daß bis heute bis in der Bevölkerung der Bundesrepublik eine tiefe Abneigung gegen alle Arten von Registrierung von Krankheiten, gegen Datenarchive oder Gesundheitspässe besteht.“⁹¹³ [...] „Die Zeit von 1933 bis 1945 und die Nachkriegsjahre haben gründlich dafür gesorgt, daß die deutsche Wissenschaft den Kontakt mit dem Ausland verlor.“⁹¹⁴

Pflanz findet deutliche Worte, wenn er von einer „Buchhaltung des Teufels“, von einer Bemächtigung durch die Rassen- und Erbhygiene oder von einer „Maschinerie der Vernichtung“ spricht. Damit beschreibt er sowohl die rassenhygienische Ausrichtung der Medizin als den damit verbundenen institutionellen Vernichtungsapparat der NS-Terrorherrschaft.

Pflanz nimmt mit diesen Charakterisierungen Ergebnisse der nachfolgenden medizin-historischen Forschungen zur Rolle der Medizin im Nationalsozialismus vorweg. Wenn man den Sewering-Skandal als Beispiel für die Stimmungslage in der Bundesrepublik, insbesondere in den Landesorganisationen der Ärzteschaft nimmt, so kann man Pflanz' Statement als Hinweis darauf sehen, dass er in dieser Hinsicht durchaus vom Umfeld rund um Thure von Uexküll beeinflusst wurde.⁹¹⁵

Offen bleiben muss, warum sich Pflanz für ein Studium an der Reichsuniversität Straßburg entschied und wie er die Entscheidung rückblickend bewertet.

⁹¹³ Pflanz 1979c, S. 94.

⁹¹⁴ Pflanz 1979c, S. 95.

⁹¹⁵ Hans-Joachim Sewering (1916-2010) war Mitglied der SS (ab 1933) und der NSDAP (ab 1934). In seiner Tätigkeit als Arzt der Pflegeanstalt Schönbrunn war er verantwortlich für den Transfer von neun Patient:innen von Schönbrunn nach Eglfing-Haar zwischen Juni 1943 und Februar 1945, fünf von ihnen starben. Entsprechende Vorwürfe wurden bereits 1978 vom Spiegel veröffentlicht. Nach aktuellem Forschungsstand erscheint die von Sewering erklärte Unwissenheit nicht plausibel. Als sich Sewering, Präsident der Bundesärztekammer von 1973 bis 1978, in den 1990er Jahren um die Präsidentschaft des Weltärztebundes bemühte, führten internationale Proteste zu seinem Rücktritt. Die Bundesärztekammer bezeichnete die Proteste als Verleumdungskampagne, die Staatsanwaltschaft München stellte ein Ermittlungsverfahren ein. Der Nachruf im Deutschen Ärzteblatt enthielt keinen Hinweis auf seine NS-Vergangenheit. Zum aktuellen Forschungsstand vgl. Hohendorf 2014.

5.5.2 Pflanz – ein politischer Arzt und Wissenschaftler

Inwiefern kann Pflanz als politischer Wissenschaftler bezeichnet werden? Diese Frage drängt sich auf, als die Gegenstände und die Ergebnisse der Sozialmedizin und der Medizinsoziologie in sich politische Implikationen enthalten. Die Medizin ist keine reine Privatsache zwischen Patient und Arzt, sondern das Gesundheitswesen ist ein gesellschaftspolitisches Geflecht, weil ein öffentliches Interesse an der Medizin besteht und dies Teil der Medizin selber ist. Pflanz äußert sein soziales und ein politisches Anliegen, wenn er den sozialen Wandel in Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit bringt. Pflanz' Forschungsarbeiten und sein wissenschaftlicher Anspruch weisen eine unmittelbare gesellschaftliche Relevanz auf und somit kann er zu Recht als politischer Arzt und Wissenschaftler bezeichnet werden. Pflanz' Gesundheits-systemforschungen haben sozialpolitische Bedeutung, denn er weiß, dass die Planungen von Krankenhäusern und Forschungsinstituten von politischen Institutionen getroffen werden.

Einige ausgewählte Beispiele mögen zeigen, in welchen Zusammenhängen er sich gesellschaftskritisch und politisch äußert und einmischt.

Bereits der junge Pflanz zeigt sich in seinem Fachartikel über die epidemiologische Methode in der medizinischen Soziologie 1958 als politisch denkender Demokrat und Wissenschaftler. So stellt er dem Absolutismus der Wissenschaft, „in dem eine autoritäre Lehrmeinung oft mehr galt als die Wahrheit“, die Demokratisierung der Wissenschaft entgegen.⁹¹⁶ Pflanz plädiert für die Überwindung jeglicher Provinzialität und für das weltweite, übernationale und überkontinentale Wirken.⁹¹⁷ Diesem Anspruch wird Pflanz auch in seinem wissenschaftlichen Wirken gerecht, wenn er sich auf weltweiten Symposien fortbildet, internationale Forschungsarbeiten initiiert und sich auf verschiedenen Ebenen in Gremien und als Herausgeber von Zeitschriften einbringt.

In seinem Beitrag von 1971 zu den „Sozialwissenschaften im medizinischen Unterricht“ ist erkennbar, dass die Politisierung der Universitäten in Pflanz' Institut angekommen ist: "Immer drängender wird die Frage der Medizinstudenten nach ihrer Stellung in der Gesellschaft und nach der Stellung des Arztes im Gesundheitswesen von morgen."⁹¹⁸

Der Forderung aus der Studentenschaft nach Unterstützung der politisch aktiven Studenten entgegnet Pflanz: „Es kann nicht ausdrückliches Ziel des sozialwissenschaftlichen Unterrichts sein, Wertvorstellungen und Normen beim

⁹¹⁶ Pflanz 1958b, S. 135.

⁹¹⁷ Pflanz 1958b, S. 137.

⁹¹⁸ Pflanz 1971d, S. 221.

Medizinstudenten zu setzen oder zu verändern, wohl aber durch besseres Verständnis für die sozialen Probleme die Einstellung zum Patienten zu ändern.“⁹¹⁹

Bei der Institutseröffnung in Hannover, wird Pflanz konkreter, wenn er in Hinblick auf wissenschaftliche Arbeit für und in Entwicklungsländern konstatiert, „daß die Welt größere Probleme – auch in der Forschung und in der Gesundheitspolitik – hat als unsere bundesdeutschen.“⁹²⁰ Und weiter:

„Schließlich dürfen wir in der Epidemiologie und Sozialmedizin nicht übersehen, daß es so beträchtliche politische Gegenätze nicht nur in unserem Land, sondern in der Welt gibt. [...] Dieser Auseinandersetzung dürfen wir uns weder im eigenen Land noch in größerem Maßstab entziehen. Wir betrachten es als stimulierend und wesentlich, daß unterschiedliche politische Ansichten im Institut diskutiert und toleriert werden, sofern darunter nicht die Arbeit leidet, für die wir uns verantwortlich fühlen.“⁹²¹

Pflanz weiß, dass die zukünftige Gesundheitsplanung von politischen Entscheidungen abhängt. Daher sei es notwendig, „den Politiker mit zuverlässigen Kennziffern zu versehen, die ihn zur Setzung von Prioritäten befähigen und ihm ermöglichen, die richtigen Entscheidungen zu treffen.“⁹²² Pflanz öffnet den Blick der Gesundheitsplanung auch auf Fragen des Wohnungsbaus, der Stadtplanung, der Ökologie von Großstädten und des Umweltschutzes. Er denkt die Bedeutung seiner Forschung größer, wenn er festhält „Epidemiologie, Sozialmedizin und Medizinsoziologie“ sind Forschungsgebiete, „die für die Qualität menschlichen Lebens, für unsere Zukunft von entscheidender Bedeutung sind.“⁹²³ Pflanz sieht die Sozialmedizin mit ihrem Wissenschaftsanspruch im Spannungsfeld der Debatten um „die Struktur, die Organisation und Funktion des Gesundheitswesens“⁹²⁴ und damit auch im Spannungsfeld von Medizin und Politik. Er weiß um die politischen Implikationen seiner „unbestechlichen Analysen“, aber er nimmt für sich keine „unpolitische Haltung oder wissenschaftliche Wertneutralität“ in Anspruch, sondern fordert die „Unabhängigkeit der Sozialmedizin von Mehrheitsinteressen, von Gruppeninteressen und von den Interessen der Geldgeber für die Forschung.“⁹²⁵ Pflanz sieht, dass Medizin und (sozial-)medizinische Forschung durch demokratischen Diskurs, durch Freiheit und Unabhängigkeit zu sichern sind.

Pflanz mischt sich auch politisch bzw. wissenschafts- und universitätspolitisch ein, wenn er 1978 feststellt, dass in der Bundesrepublik eine „eindeutige Forschungspolitik“ fehle und sich die „Bundesregierung aufgrund politischer Überlegungen dazu entschließt, die

⁹¹⁹ Pflanz 1971d, S. 221.

⁹²⁰ Arch MHH P 6 Nr. 2 Epidemiologie und Sozialmedizin. Antrittsrede Pflanz .

⁹²¹ Arch MHH P 6 Nr. 2 Epidemiologie und Sozialmedizin. Antrittsrede Pflanz .

⁹²² Pflanz 1973c, S. 15.

⁹²³ Pflanz 1973c, S. 19.

⁹²⁴ Pflanz 1978g, S. 47.

⁹²⁵ Pflanz 1978g, S. 50.

Forschung an bestimmten Institutionen zu fördern.“⁹²⁶ Auch seien die Universitäten mit „Studenten und Lehraufgaben überlastet, so eingeengt von allen Seiten“, dass größere epidemiologische Projekte kaum mehr durchführbar seien. Die Diskrepanz und das Dilemma der Universitäten zwischen Forschung und Lehre werden hier sichtbar. Pflanz erkennt zudem das Problem, dass „schon heute der größte Teil öffentlicher Forschungsgelder auf dem Gebiet der Epidemiologie und Sozialmedizin an private Institute“ vergeben würden. Pflanz ist skeptisch, wenn er auf deren geringe Erfahrung verweist.⁹²⁷

Politisch lässt sich Pflanz eher „links-sozial“ einordnen. Dies ergibt sich nicht nur aus seinem Bekenntnis zur sozialpolitischen Tradition der Sozialmedizin und seinen sozial- und gesellschaftspolitischen Einschätzungen und Forderungen über drei Jahrzehnte, sondern auch aus seinen autoritätskritischen Konflikten mit der eher konservativen Ärzteschaft. Diese Einordnung findet einen Beleg im Schlusssatz seines Beitrages zu sozialpolitischen Lage des Arztes im Jahrbuch für kritische Medizin. Pflanz nimmt Bezug auf eine aufmerksame und kritischer werdende Öffentlichkeit, auf die die Ärzteschaft mit Missbilligung reagieren würde. „Wer sich zum Sprecher der nach Abhilfe Suchenden machte, wurde als Ideologe abqualifiziert. Ich frage mich was noch geschehen muß, damit die Ärzte endlich hinhören, Geduld und Toleranz bewahren und sich der Verantwortung bewußt werden die aus ihrer einzigartigen Machtposition erwächst.“⁹²⁸

Auch sein positiver Blick auf die DDR, die dortigen Forschungen und das gemeinschaftsbezogene und präventive Gesundheitssystem werden in großen Teilen der bundesdeutschen Ärzteschaft kritisch bzw. ablehnend aufgenommen worden sein. In dem oben genannten Vortrag bei der „Konferenz über Forschungsplanung in medizinischer Epidemiologie und Sozialmedizin“ weist Pflanz auf „die sehr lehrreichen Thesen des Symposiums ‚Sozialismus, wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin‘“ hin, das sich mit der „Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaft in der DDR“ befasst habe.⁹²⁹

„Wenn man einmal das dort unvermeidliche politische Beiwerk fortläßt, bleibt ein harter sachlicher Kern übrig. [...] Fast alle Begründungen und Ausführungen in diesen Thesen betreffen epidemiologische und sozialmedizinische sowie medizinsoziologische Problemkreise. Es wird ausdrücklich hervorgehoben, daß diese Wissenschaften zur Bewältigung der großen Aufgaben der Medizin der Gegenwart und Zukunft unerlässlich

⁹²⁶ Pflanz 1979c, S. 100.

⁹²⁷ ebd.

⁹²⁸ Pflanz 1977e, S. 13.

⁹²⁹ Pflanz 1973c, S. 19.

sein. Ich würde es bedauern, wenn politischer Antagonismus es verhinderte, sich ernsthaft und ausführlich mit diesen Thesen zu befassen.“⁹³⁰

Pflanz zollt in einem Artikel auch dem Gesundheitsminister der DDR Anerkennung, weil er aus seiner Beobachtung einer dreimal höheren Zahl der Blinddarmoperationen in der Bundesrepublik, deren sich „leider die Illustrierten bemächtigt“ hätten, eine entsprechende Anordnung zur Untersuchung gegeben habe, die angewendeten Methoden würden in der Bundesrepublik noch nicht angewendet. Das Interview ist von viel Frustration über die Lage der Sozialmedizin in der Bundesrepublik bestimmt.⁹³¹

Seine politische Einstellung lässt sich auch durch sein Interesse für den Lehrstuhl am Institut für Soziale Medizin an der Freien Universität Berlin vermuten, auf die links-politischen Hintergründe dieses Reformprojektes wurde in dieser Arbeit bereits eingegangen.

Auch die Untersuchungen zum gewandelten ärztlichen Selbstverständnis, zum Arzt-Patient-Verhältnis und zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen belegen Pflanz' gesellschaftspolitischen Kommentierungen und Implikationen, wie die folgenden Abschnitte zeigen sollen.

5.5.3 Hochschulpolitik: Sozialwissenschaftlicher Unterricht in der Medizin

Eine Vielzahl von Publikationen von Manfred Pflanz beschäftigen sich mit der Thematik der Lehre im medizinsoziologischen Kontext, aber auch mit der Ausbildung von Medizinstudierenden, ärztlichem Personal und Pflegekräften im Allgemeinen.

Im Bereich der Ausbildungsforschung veröffentlichte Pflanz im Jahr 1969 eine im Gießener Institut für Sozialmedizin durchgeführte Studie zu Herkunft, Berufswunsch und weiterem Werdegang abgelehnter Bewerber zum Medizinstudium. Pflanz und sein Team schlussfolgern, dass auf empirischer Basis gerechtere und treffsichere Verfahren zur Auswahl der Medizinstudierenden entwickelt werden sollten, insbesondere mit Blick auf die Diskrepanz von sich bewerbenden Personen und Studienplätzen und die Fehlausgaben im Falle eines Studienplatzwechsel.⁹³² In den weiteren Publikationen von Pflanz findet diese Forderung keinen Niederschlag, erscheint jedoch noch heute eine brandaktuelle Forderung zu sein.

Im Jahr 1971 beschreibt Pflanz die Ergebnisse eines Seminars, das auf Anregung des Europäischen Büros der Weltgesundheitsorganisation im Herbst 1969 in Hannover

⁹³⁰ Pflanz 1973c, S. 19.

⁹³¹ N.N. 1974, S. 1078. Nach Pflanz initiierte der Gesundheitsminister eine „Sektion der gestorbenen Fälle nach Blinddarmoperation sowie deren Beurteilung durch Ärztekommisionen“

⁹³² Vgl. Pflanz 1969a, S. 347.

stattfind und sich mit der Einführung des sozialwissenschaftlichen Unterrichts in die medizinische Ausbildung befasste. Teilnehmende waren neben den 23 Delegierten auch Berater, Studierende und Beobachter. Ein Problem sei, dass in Europa bereits die Definition des Begriffes „Sozialwissenschaften“ uneinheitlich sei, die Tendenz gehe aber dahin, Sozialwissenschaften unabhängig von der Psychologie und der Sozialmedizin als Teil der vorklinischen Grundlagenausbildung in das Curriculum des Medizinstudiums aufzunehmen. Neben der Wissensvermittlung solle auch das Erlernen sozialen Handelns eine Rolle spielen und ein Verständnis für soziale Probleme geschaffen werden. Der Kurs solle speziell für Medizinstudierende konzipiert werden, als Hauptthemen schlägt Pflanz ein ganzheitliches Konzept menschlichen Verhaltens, die menschliche Entwicklung, Reaktionen auf Krankheit, Prinzipien der Kommunikation sowie die Organisation der Gesundheitsversorgung und die Probleme der Menschen in der Gesellschaft vor. Als Lehrmethode kämen neben Vorlesungen auch Seminare, die Arbeit in kleinen Gruppen, Praktika und wissenschaftliche Untersuchungen in Frage. Lehrende könnten Mitarbeitende soziologischer Institute oder Mitglieder einer medizinischen Abteilung wie Psychiatrie, Sozialmedizin oder Innere Medizin sein. Zu bevorzugen sei jedoch die Einrichtung selbstständiger Abteilungen durch ärztliches Personal, die über ausreichende Erkenntnisse auf dem soziologischen Gebiet verfügen oder durch Soziologen, die sich im medizinischen Bereich weitergebildet hätten. Nachwuchsprobleme beständen in allen Ländern.⁹³³

Nach Veröffentlichung der neuen Approbationsordnung im Jahr 1971 fand erneut ein Seminar zu Zielen und Inhalten des Faches Medizinische Soziologie in Hannover statt. Nach Pflanz konnten hier erfreuliche Fortschritte erzielt werden. Diskussionsthema waren unter anderem die Errichtung von Lehrstühlen sowie die Abgrenzung zum klinischen Fach der Sozialmedizin.⁹³⁴ Im Zuge der neuen Approbationsordnung veröffentlichte Pflanz 1971 gemeinsam mit Fritz Hartmann das Heft „Klinisches und sozialwissenschaftliches Curriculum an der Medizinischen Hochschule Hannover“. Während Fritz Hartmann⁹³⁵ die Entwicklung des klinischen Curriculums an der MHH, beginnend mit der Aufbauphase von 1965 bis 1971, sowie die Neuregelungen im Zuge der neuen Approbationsordnung beschreibt, stellt Pflanz die Entwicklung des sozialwissenschaftlichen Unterrichts an der MHH vor. Nach Pflanz herrschte seit 1965 in der „Kleinen Kommission“⁹³⁶ ein breiter Konsens zur Einführung der Medizinischen

⁹³³ Vgl. Pflanz 1971d, S. 221–222.

⁹³⁴ Vgl. Pflanz 1971e, S. 244–245.

⁹³⁵ Zu Prof. Dr. Fritz Hartmann Vgl. Fußnote 434, S. 86.

⁹³⁶ Die „Kleine Kommission zur Neuordnung der ärztlichen Ausbildung“ wurde vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG) berufen und tagte von 1966 bis 1969. Erarbeitet wurde ein Konzept für die Eckpunkte einer neuen ärztlichen Ausbildung. Vgl. Schleicher 1997, S. A-907.

Soziologie als Prüfungsfach, ohne dass das Fach hinreichend definiert oder gegenüber anderen Fächern abgegrenzt worden sei. Nach Pflanz habe es keine Interessengruppe gegeben, die sich für die Etablierung der Medizinsoziologie einsetzte. Die Deutsche Gesellschaft für Soziologie sei uninteressiert und uninformiert gewesen, eine Gruppenvertretung der Medizinsoziologen habe nicht bestanden. Lediglich die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin habe die Interessen der Medizinsoziologen, allerdings ohne Nachdruck vertreten. In der Bundesrepublik seien vor 1967 nur an einzelnen Fakultäten wie Hamburg, Gießen und München, Vorlesungen über medizinsoziologische Themen etabliert worden, die von Studierenden der Soziologie und Medizin besucht worden seien. In Hannover seien im vorklinischen Studienabschnitt bereits früh wöchentliche Veranstaltungen in Soziologie, Sozialpsychologie, Vergleichender Verhaltenslehre und Medizinischer Psychologie eingeführt worden. Im Wintersemester 1967/68 sei durch die Gründung des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin in Hannover eine neue Phase eingeleitet worden. Dort seien somit fast alle Dozenten tätig gewesen, die bisher in der Bundesrepublik Medizinische Soziologie gelehrt hätten. Namentlich nennt Pflanz hier seine eigene Person, sowie die Kollegen Christian von Ferber und Johann Jürgen Rohde. Neben dem vorklinischen Unterricht seien auch im klinischen Studienabschnitt Veranstaltungen zu Psychologischer Medizin und Sozialmedizin angeboten worden. Die bereits etablierten Konzepte seien ab 1970 an die Anforderungen der neuen Approbationsordnung angepasst worden. Laut Pflanz diene das Programm der MHH als Grundlage für den Lernzielkatalog „Medizinische Soziologie“, der von der Lernzielkommission der Ständigen Konferenz der Hochschullehrer für Psychosomatik, Psychotherapie, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie entwickelt wurde.⁹³⁷ Das Programm in Hannover sei zudem mit ausländischen Erfahrungen abgestimmt worden, hierzu dienten laut Pflanz insbesondere die Konferenzen „Social Science and Medicine“ in Aberdeen 1968 und 1970 sowie das Seminar „Social Science Teaching in Medical Education“ im Oktober 1969 in Hannover.⁹³⁸

Neben der Etablierung der Medizinischen Soziologie als Lehrfach seien in Hannover im Rahmen des Instituts für Epidemiologie und Sozialmedizin auch medizinsoziologische Forschungsprojekte durchgeführt worden. Pflanz plädiert an dieser Stelle für ein Aufbaustudium in Medizinischer Soziologie, um eine spezialisierte Weiterbildung für den erforderlichen wissenschaftlichen Nachwuchs zu gewährleisten. Die bisher tätigen Medizinsoziologen seien auf diesem Spezialgebiet fast ausschließlich Autodidakten.

⁹³⁷ Zur „Ständigen Konferenz der Hochschullehrer für Psychosomatik, Psychotherapie, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie“ vgl. Fußnote 251, S. 55.

⁹³⁸ Vgl. Pflanz; Hartmann 1971, S. 48–56.

Er betont zum Abschluss, dass die Medizinische Hochschule Hannover den Vorteil habe, durch renommierte und international anerkannte Dozenten der Sozialwissenschaften vertreten zu werden, deren gemeinsames Ziel, trotz unterschiedlicher beruflicher Herkunft, die Forschung und Lehre im Bereich der Medizinsoziologie sei.⁹³⁹ Pflanz diskutiert nicht nur die Bedeutung der Sozialmedizin für die ärztliche Tätigkeit, er betont auch den Wert einer sozialmedizinischen Orientierung in der Krankenpflege. Da sich die Sozialmedizin noch in der Phase der Selbstfindung bewege, könne sie keine konkreten Lehrinhalte und Modelle bieten, es sei jedoch essenziell, die Vermittlung von Grundkenntnissen auf dem Gebiet der Sozialmedizin in die Aus- und Weiterbildung der Pflegekräfte zu integrieren und somit eine bestmögliche Betreuung der Patienten zu gewährleisten.⁹⁴⁰

Im Jahr 1976 veröffentlichte Pflanz einen Artikel über seine Erfahrungen als Gastprofessor an der Medical School der University of Connecticut im akademischen Jahr 1974/75. Er vergleicht hierbei die Struktur, den Lehrplan und die Unterrichtsprogramme mit dem Programm der etwa zeitgleich gegründeten Medizinischen Hochschule Hannover. Pflanz resümiert, dass sich der Unterricht der vornehmlich patientenbezogenen Ausbildung im Aufbau nicht wesentlich unterscheide, wenn auch die Lehre in den Fächern Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umwelthygiene und Rechtsmedizin in Connecticut unzureichend ausgebaut sei. Durch vermehrte und aktivere Teilnahme der Studierenden in Connecticut sei die Ausbildung jedoch erfolgreicher und die Studierenden somit mit größerer Selbstständigkeit auf das Berufsleben vorbereitet.⁹⁴¹

In dem Text „Basic assumptions in teaching medical sociology in medical schools: the case of West Germany“ aus dem Jahr 1978,⁹⁴² den Pflanz gemeinsam mit Johannes Siegrist⁹⁴³ verfasste, gehen die Autoren auf den aktuellen Stand und die Voraussetzungen für die Lehre der Medizinsoziologie in der Bundesrepublik Deutschland ein. Dem einführenden Text des Sammelwerkes ist zu entnehmen, dass die gesammelten Publikationen an einem Seminar zum Thema „Training Programs in Medical Sociology“ vorgestellt wurden, das vom 23.-26. August 1976 in Leuven, Belgien stattfand.⁹⁴⁴ Die Autoren konstatieren, dass sich die Deutsche Gesellschaft für

⁹³⁹ Vgl. Pflanz; Hartmann 1971, S. 56–59.

⁹⁴⁰ Vgl. Pflanz 1972b.

⁹⁴¹ Vgl. Pflanz 1976a.

⁹⁴² Pflanz; Siegrist 1978.

⁹⁴³ Prof. Dr. Johannes Siegrist (*1943), Soziologe, von 1973-1992 Professor für Medizinische Soziologie an der Universität Marburg, von 1992-2011 Professor für Medizinische Soziologie und Direktor des postgraduierten Studienganges Public Health an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Vgl. Universitätsklinikum Düsseldorf.

⁹⁴⁴ Vgl. Nuyens 1978, S. 3.

Soziologie, trotz der absehbaren Entwicklung, nicht genügend auf die Einführung der medizinischen Soziologie in das Curriculum des Medizinstudiums 1971 vorbereitet und es versäumt habe, frühzeitig die Ausbildung von Medizinsoziologien zu initiieren. Nach anfänglichen Schwierigkeiten seien dann in weniger als vier Jahren bis 1976 in 13 der 27 medizinischen Fakultäten Ordinariate und Institute für medizinische Soziologie gegründet worden. Die Organisation und Zugehörigkeit dieser Institute sei sehr verschieden, der Großteil der Abteilungen sei in psychosoziale oder ökologische Zentren integriert, unabhängige Institute bildeten eine Ausnahme. Auch der wissenschaftliche Hintergrund der medizinischen Soziologen sei sehr uneinheitlich, nur 7 der 13 Professoren seien ausgebildete Soziologen.⁹⁴⁵ Die medizinische Soziologie in der BRD sei bemüht, standardisierte Lehrziele zu entwickeln. Minimaler Konsens sei derzeit die Vermittlung von Grundkenntnissen zu demographischen und sozio-kulturellen Entwicklungen in der Gesellschaft sowie zum Einfluss sozialer Faktoren auf Gesundheit und Krankheit. Zudem solle das professionelle Rollenverständnis im Zuge der beruflichen Sozialisierung geschärft und der Umgang mit Mitgliedern anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen geschult werden. Medizinische Soziologie beinhalte somit nicht nur theoretisches Wissen, sondern auch die Vermittlung kommunikativer Fähigkeiten. Problematisch bei der Erreichung dieser Ziele sei jedoch, dass der medizinsoziologische Unterricht derzeit im Allgemeinen nicht verpflichtend sei. Nur an wenigen Fakultäten sei im Rahmen des psychosozialen Kurses eine Anwesenheitspflicht eingeführt worden. Zudem sei die medizinsoziologische Lehre durch die Verortung in der vorklinischen Ausbildung in ihren Themenfeldern begrenzt. Einige Fakultäten hätten in Kooperation mit klinischen Fächern interdisziplinäre Veranstaltungen im Rahmen von Praktika entwickelt. Die Autoren plädieren für eine Intensivierung der medizinsoziologischen Forschung, um sich auch wissenschaftlich von benachbarten Fächern wie Sozialmedizin, Public Health, Epidemiologie, Klinische Psychologie und Psychosomatik abzugrenzen.⁹⁴⁶

5.5.4 Qualitätssicherung, Effizienz und Effektivität ärztlicher Verrichtungen

Seine Antrittsvorlesung in Hannover am 25. Mai 1968 nutzt Pflanz dazu, die grundsätzliche Problematik der „Beurteilung der Qualität ärztlicher Verrichtungen“ zu reflektieren. Damit beteiligt er sich früh an der sich entwickelnden Diskussion um Evidenzbasierte Medizin, um Qualitätsmaßstäbe und Qualitätskontrolle in der Medizin.

⁹⁴⁵ Vgl. Pflanz/Siegrist 1978, S. 107–110.

⁹⁴⁶ Vgl. Pflanz; Siegrist 1978, S. 111–117.

Pflanz verweist darauf, dass es in anderen Lebensbereichen, wie für Waren und Werkstücke prüfbare Standards gebe. „Im Alltag setzt man voraus, daß die Qualität der Ware oder einer Dienstleistung gleichbleibend gut ist, daß es eindeutige Gütekriterien gibt und daß auf Grund dieser Kriterien eine Gütekontrolle durchgeführt wird.“⁹⁴⁷ Im Medizinischen Sektor seien Verfahren der Qualitätskontrolle insbesondere im Bereich der Impfstoffe, der Medikamente und im klinischen Laboratorium bekannt. Umso mehr überrasche es ihn, „daß die ärztliche Tätigkeit, welche für die Gesellschaft von größter Wichtigkeit ist, weder eine systematische Aufstellung von Gütenormen noch eine wirkungsvolle Überwachung der Einhaltung dieser Normen kennt.“⁹⁴⁸ Die fehlende „Orientierung an festgelegten Qualitätsnormen“ sei umso bedrückender, weil es sich um eine Tätigkeit handle, „bei der für den Menschen viel auf dem Spiel steht.“⁹⁴⁹ Der Arzt könne seine Tätigkeit „weitgehend unkontrolliert, ohne Orientierung an festgelegten Qualitätsnormen“ ausüben.⁹⁵⁰ Die Methode der Endresultatsanalyse, wie beispielsweise die Ziffer der Säuglingssterblichkeit und die standardisierte Sterbeziffer ist für Pflanz als Standardverfahren der Qualitätsbeurteilung „nicht ganz unproblematisch“, weil sie zwar für die Erforschung „größerer Systeme“, nicht aber für die „Qualität der Tätigkeit von Einzelärzten“ geeignet sei.⁹⁵¹

Er rechnet mit größtem Widerstand von jenen Ärzten, „die selbst das Gefühl haben, ihre Qualität genüge nicht dem allgemeinen Standard“ und gibt zu bedenken, dass auch die „Abneigung großer Bevölkerungsteile gegenüber anonymen technokratisch-bürokratischen Überwachungs-mechanismen“ respektiert werden müsse.⁹⁵² Abschließend äußert Pflanz die Hoffnung, „daß Ärzte und Standesorganisationen einsehen, wie viel besser sie in der Öffentlichkeit dastehen, wenn sie die Qualität ihrer Tätigkeit darlegen, als wenn sie mit der bisherigen Verschleierungstaktik weiterfahren.“ Das Vertrauen in die Ärzte werde eher beeinträchtigt, „wenn der Ärztestand sich weiterhin den Anschein eines Geheimbundes gibt.“⁹⁵³

Mit der Forderung, dass „eine neue Forschungspolitik in den Bereichen Epidemiologie und Sozialmedizin [...] Anreize für Qualität und Quantität bieten“⁹⁵⁴ müsse, eröffnet Pflanz 1971 sein Referat bei einer Tagung, die die Deutsche Forschungsgemeinschaft auf Vorschlag der Kommission für medizinische Epidemiologie und Sozialmedizin durchführte. Dazu sei insbesondere eine verbesserte Ausbildung der Forschenden,

⁹⁴⁷ Pflanz 1968, S. 1945.

⁹⁴⁸ ebd.

⁹⁴⁹ Pflanz 1968, S. 1947.

⁹⁵⁰ Pflanz 1968, S. 1946.

⁹⁵¹ Pflanz 1968, S. 1947.

⁹⁵² Pflanz 1968, S. 1949.

⁹⁵³ ebd.

⁹⁵⁴ Pflanz 1973c, S. 12.

sowie die Förderung des Nachwuchses und universitärer Einrichtungen notwendig. Im Brennpunkt des gegenwärtigen Forschungsinteresses würde die „Gesundheitsplanung“ stehen. „Die Zeit, in welcher man ausschließlich alle möglichen Einzelkrankheiten epidemiologisch untersuchte oder sich mit ihren Konsequenzen befaßte, ist vorbei.“⁹⁵⁵ Es bedürfe zuverlässiger Statistiken über die Krankenhausfälle, die Arztpraxen, die gesetzliche Krankenversicherung und das öffentliche Gesundheitswesen. In einem zweiten Schritt müsste die „Effektivität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung“ überprüft werden.⁹⁵⁶ Hierbei gehe es auch um die politische Beratung zum Thema Gesundheits- und Stadtplanung. Für Pflanz ist es an der Zeit, „mit den wissenschaftlichen Methoden der experimentellen Epidemiologie die präventiven und therapeutischen Möglichkeiten der Ausschaltung von Risikofaktoren durch Medikamente und evtl. durch Änderung der Lebensgewohnheiten festzustellen.“⁹⁵⁷ Für ihn ist die Medizinsoziologie für die genannten Themen von „enormer Bedeutung“ und er bezeichnet das Trio aus Epidemiologie, Sozialmedizin und Medizinsoziologie als „Forschungsgebiete“, die „für die Qualität menschlichen Lebens, für unsere Zukunft von entscheidender Bedeutung sind.“⁹⁵⁸ Daher sei die materielle Absicherung der Forschung unabdingbar. Bei kommerziellen Forschungsinstituten empfindet Pflanz Unbehagen. Die Zuverlässigkeit ihrer Ergebnisse sei oft recht fragwürdig, und er vermisse das „Verantwortungsgefühl gegenüber der Öffentlichkeit“.⁹⁵⁹

Auch in anderen Zusammenhängen medizinischer Aktivitäten und wissenschaftlicher Untersuchungen geht es Pflanz stets um Evidenz und Qualität im Kleinen wie im Großen. Wenn er 1967 „Quo vadis medicina“ fragt, so zielt er auf die Entwicklung eines leistungsfähigen Kontrollsystems, das auch Zukunftstendenzen rasch zu entdecken erlaube.⁹⁶⁰ Zu Pflanz' Auseinandersetzung mit der Ärzteschaft gehört immer auch seine Forderung nach Leistungs- und Qualitätsbeurteilung. Pflanz sieht, dass die Öffentlichkeit „den Nachweis von Fakten und insbesondere die Möglichkeit einer Überprüfung ärztlichen Tuns“ erwartet.⁹⁶¹

Im Jahre 1977 stellt Pflanz in seiner Reflexion über „die sozialpolitische Lage des Arztes“ ernüchert fest, dass der Gedanke der Evaluation von Effektivität und Effizienz ärztlicher Tätigkeit noch fremd sei, obwohl ohne Zweifel „Maßnahmen der Überwachung ärztlicher Tätigkeit [...] erforderlich und geeignet“ seien, „Schaden zu verhüten und den Menschen

⁹⁵⁵ Pflanz 1973c, S. 14.

⁹⁵⁶ Pflanz 1973c, S. 15.

⁹⁵⁷ Pflanz 1973c, S. 16f.

⁹⁵⁸ Pflanz 1973c, S. 19.

⁹⁵⁹ Pflanz 1973c, S. 18.

⁹⁶⁰ Pflanz 1967e, S. 406

⁹⁶¹ Pflanz 1973d, S. 578.

vor Krankheit oder vorzeitigem Tod zu schützen.“⁹⁶² Im Ländervergleich sei in der Bundesrepublik zu wenig unternommen worden, die Leistungen des Gesundheitssystems, und somit die Leistungen der Ärzte und anderer Personen im Gesundheitswesen zu untersuchen. Für Pflanz ist die Evaluation darauf gerichtet, unzureichende Maßnahmen zu entdecken und zu verbessern, Alternativen aufzuzeigen und damit Voraussetzungen für sinnvolle Planungen zu schaffen. Statt Evaluation und Planung würde ein „solches Gegeneinander“ herrschen und das in einem „empfindlichen, komplexen und teuren [sic!] System, unbegreiflich, welchen Leerlauf, welche Eifersüchteleien und welches Konkurrenzdenken wir uns leisten.“⁹⁶³

5.5.5 Selbstverständnis des Arztes und das Patient-Arzt-Verhältnis

Eine durchgehendes und bleibendes Beschäftigungsfeld ist in den Veröffentlichungen von Pflanz die Arzt-Patient-Beziehung, beziehungsweise das Patienten-Arzt-Verhältnis. Die Beziehungssituation weist nicht nur in das Zentrum ärztlichen Handelns, es berührt auch das Kerngebiet der Medizinsoziologie. Pflanz benennt 1956, am Ende seines Aufsatzes „Aufgaben und Ziele sozialwissenschaftlicher Forschung“, als anstehenden Forschungsauftrag das sozialpsychologische Problem der Arzt-Patient-Beziehung, da dies noch von „viel Unklarheit“, „Vorurteil und Affekt“ bestimmt sei.⁹⁶⁴ Das Arzt-Patient-Verhältnis betrachtet Pflanz als soziale Situation, „bei der außer dem Patienten und dem Arzt stets mehr oder minder anonyme soziale Mächte“ als potentielle Störfaktoren wirksam seien. Diese Mächte sind für Pflanz die gesetzlichen oder privaten Krankenkassen, der staatliche Gesundheitsdienst oder im Falle von Privatpatienten „das Geld als äußerst vieldeutiger Faktor einer kapitalistischen Sozialordnung.“⁹⁶⁵ Pflanz konstatiert 1961, dass „die ärztliche Tätigkeit zu sehr verschiedenen Anteilen der Sozialstruktur einer Gesellschaft Beziehung hat.“⁹⁶⁶ Das Arzt-Patient-Verhältnis, für Pflanz korrekter das Patient-Arzt-Verhältnis - schließlich gehe der erste Anstoß vom Patienten aus - betrachte der Soziologe nicht als „personale, zwischenmenschliche, intime“ Beziehungssituation, sondern er blicke darauf, „was sie im gesamtgesellschaftlichen Verhalten, in der Sozialstruktur bedeutet.“⁹⁶⁷ Pflanz greift

⁹⁶² Pflanz 1977e, S. 10.

⁹⁶³ Pflanz 1977e, S. 11.

⁹⁶⁴ Pflanz 1956a, S. 326.

⁹⁶⁵ ebd. An dieser Stelle stellt Pflanz die gesundheitspolitische Systemfrage, „welches Gesundheitssystem vom Standpunkt des therapeutischen Erfolges aus optimal ist, das privatwirtschaftliche, das genossenschaftliche oder das staatliche.“

⁹⁶⁶ Pflanz 1961a, S. 1265. Beispielhaft greift Pflanz die Arztdichte, die Struktur medizinischer Ausbildung, die soziale Rolle in der Gesellschaft, das Überweisungssystem oder die Arzt-Arzt-Beziehungen auf.

⁹⁶⁷ Pflanz 1961a, S. 1267.

Studien amerikanischer Soziologen auf, nach denen „die jüngeren im oder nach dem Kriege examinieren Jahrgänge versuchten, sich als Partner auf die gleiche Ebene mit dem Patienten zu begeben und auf jedes ausschließlich autoritäre Prestige zu verzichten.“⁹⁶⁸ Diese Form der Arzt-Patienten-Kommunikation greift Pflanz 1977 auf, als er konstatiert, dass wegen der unterschiedlichen Interessenslage „der Arzt im Patienten oder dem Bürger als potentiell Patienten einen Partner sehen [sollte], der an der gleichen Aufgabe mitwirkt und mitentscheidet.“⁹⁶⁹ Er umreißt hier ein Modell, das Mitte der 1990er Jahre im angloamerikanischen Raum als Konzept des „shared decision making“ entwickelt wurde und heute einen festen Platz in der Arzt-Patienten-Beziehung gefunden hat.⁹⁷⁰

1973 hält Pflanz fest, dass die „Änderungen des gesellschaftlichen Bewußtseins“ die Stellung des Arztes und auch das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis beeinflussen.⁹⁷¹ Pflanz spitzt diesen Prozess der Arzt-Patient-Beziehung zu, wenn er den Versuch der Patienten sieht, „sich aus dem Zustande des unmündigen, manipulierten und letztlich stets betrogenen Konsumenten zu befreien.“⁹⁷² Für Pflanz steht der Wandlungsprozess fest: „Der Arzt als Magier oder als unbefragte Autorität verschwindet immer mehr von der Bildfläche, und es erscheint dafür der Arzt als Anbieter von Dienstleistungen, die in ihrer Qualität ebenso befragt und überprüft werden sollen wie andere Dienstleistungen.“⁹⁷³ Pflanz schlägt mit seinen Untersuchungen zur Arzt-Patienten-Beziehung einen Bogen von seinen Forschungen zur Bedeutung der Suggestion Anfang der 1960er Jahre hin zur Gesundheitssystemforschung und seiner Forderung zur Entwicklung qualitätssichernder Kontrollsysteme für die ärztliche Tätigkeit.

5.6 Sonderdrucksammlung an der Medizinischen Hochschule Hannover

Ein weiterer Beleg für Pflanz' breites Interesse an verschiedenen Themenbereichen der Medizin, der Epidemiologie und der Sozialmedizin stellt die Sonderdrucksammlung dar, die Pflanz in seiner Zeit in Hannover anlegte und die noch heute im Archiv der Medizinischen Hochschule aufbewahrt wird.⁹⁷⁴

Für eine grobe Übersicht über die Forschungsschwerpunkte von Pflanz soll hier eine kleine Auswahl der schwerpunktmäßigen Themengebiete gegeben werden, wobei Kategorien zusammengefasst wurden, die eine thematische Einheit bilden:

⁹⁶⁸ Pflanz 1961a, S. 1266

⁹⁶⁹ Pflanz 1977e, S. 12.

⁹⁷⁰ Vgl. Klemperer 2005.

⁹⁷¹ Pflanz 1973d, S. 575.

⁹⁷² Pflanz 1973d, S. 577.

⁹⁷³ Pflanz 1973d, S. 578.

⁹⁷⁴ Arch MHH ZA Sonderdrucksammlung.

je über 1.000 Artikel der Themenbereiche

Blutdruckforschung

Herz-Kreislauf- Erkrankungen

je über 500 Artikel der Themenbereiche

Krebserkrankungen

Adipositas

Psychosomatik/Psychotherapie/Psychopharmaka

je über 200 Artikel der Themenbereiche

Gesundheitserziehung und -verhalten

Allgemeine Epidemiologie und Statistik

Medizinische Ausbildung

je über 100 Artikel der Themenbereiche

Ulcerkrankungen;

Vorsorgeuntersuchung;

Diabetes;

Allgemeinmedizin;

Säuglingssterblichkeit;

Rauchen;

Tuberculose

Die Darstellung ist zwar nicht genügend ausdifferenziert und die Methodik fehleranfällig, dennoch zeigt sich eine gewisse Äquivalenz der erarbeiteten Schwerpunkte in den Publikationen von Pflanz und den gesammelten Sonderdrucken und Artikeln.

6. Diskussion und Einordnung

Die vorgelegte Dissertation ist unter die Frage nach dem Stellenwert des Wissenschaftlers und Sozialmediziners Manfred Pflanz und seiner Bedeutung für die junge medizinische Fachdisziplin in Deutschland, an der Justus-Liebig-Universität Gießen, an der MHH in Hannover und in der internationalen Wissenschaftsgemeinde gestellt. Zwar existieren bisher keine historischen Rekonstruktionen von Pflanz' Werk und seiner Biographie, jedoch finden sich erste Einordnungen und Bewertungen in den Nachrufen sowie in einigen Standortbestimmungen von Fachkolleg:innen, die das Bild eines fleißig, akribisch, kenntnisreich und kreativ arbeitenden Wissenschaftlers und Arztes zeichnen. Zum Abschluss dieser Arbeit soll gezeigt werden, was von Pflanz bleibt, was seine Forschungen, sein Wirken und sein Lebenswerk bemerkenswert und bleibend machen. Die Untersuchung von Pflanz's Leben und akademischer Karriere zeigt dabei über das Vorbekanntes hinaus Konflikt- und Entwicklungslinien. Dabei gilt es, Pflanz im Kontext der Entwicklung einer aufstrebenden Wissenschaft mit neuen Methoden und spezifischen Fragestellungen, aber auch in den großen Linien eines medizinhistorischen Blickwinkels zu betrachten. So steht auch diese Arbeit nicht in einem luftleeren Raum, sondern wird zunächst eingebettet in eine Darstellung des (medizin-)historischen Kontextes. Ohne das Wissen um die Wandlungen des Verständnisses der Medizin als sozialer Wissenschaft und die Anfänge von Sozialmedizin und Medizinsoziologie würde eine Einordnung von Pflanz und seines Beitrages zur Entwicklung dieser Disziplinen ohne kontextuellen Zusammenhang bleiben.

Es wird herausgearbeitet, dass die Sozialmedizin für eine Medizin steht, die mit 1933 nicht nur eine Zäsur erlebte, sondern bis zum Neubeginn in den 50er Jahre nicht mehr existent war. Der Aufbruch in der jungen Bundesrepublik wurde erschwert durch die personellen Kontinuitäten in der Ärzteschaft und die naturwissenschaftliche, individualistische und kurative Grundausrichtung der Medizin. Pflanz reflektierte den Umbruch der NS-Zeit für die Medizin bzw. für die Sozialmedizin zunächst nicht, sondern blickte nach vorne, kämpfte um wissenschaftliche und strukturelle Anerkennung und Fortschritt. Aus der historischen Distanz scheint es bemerkenswert, dass Pflanz den schwierigen Neuanfang der Sozialmedizin erst in einem Text aus dem Jahr 1979 (Vgl. Kap. 5.5.1) im gesellschaftlichen und historischen Kontext reflektierte. Die von Pflanz festgestellte Rückständigkeit der Sozialmedizin, insbesondere im internationalen Vergleich, hatte ihre Ursachen in der dargestellten Entwicklung zur Zeit des Nationalsozialismus. Die biologistisch orientierte Sozialhygiene bildete die Grundlage und den Orientierungspunkt für das Gesundheitskonzept der Nachkriegszeit und wurde von belasteten Akteuren dominiert. In seinem Gießener Umfeld muss Pflanz dies bewusst gewesen sein. Er scherte in den 50er und 60er Jahren nicht aus der Reihe des

Schweigens und der Verdrängung aus. Er gehörte mit seiner nationalsozialistischen Sozialisation und Jugend auch zur Generation des Schweigens und des Ignorierens. Pflanz hat mutmaßlich aus persönlichem Interesse und politischer Überzeugung in Straßburg studiert. Eine Reflexion über diese Zeit ist in den vorliegenden Quellen und Texten nicht zu finden. Als Sozialmediziner, der sich als Bürger an der Demokratie und als Mediziner an Public Health orientierte, ist es bemerkenswert, dass er die offen liegenden Konfliktlinien zur NS-Vergangenheit des ärztlichen Standes und entscheidender Akteure nicht eindringlicher thematisierte.

Im Jahre 2008 fand am Bonner Medizinhistorischen Institut eine Tagung statt, die nach neuen Interpretationsmodellen für die Nachkriegsgeschichte fragte. Hans-Georg Hofer, der den Einführungsvortrag hielt, analysiert in seinem Beitrag „Medizin und Gesellschaft in Westdeutschland 1945-1970: Koordinaten, Korrelationen“⁹⁷⁵ den Zusammenhang der Wandlungsprozesse dieser Zeit und „der Wahrnehmung, Deutung und Konzeptualisierung von Gesundheit und Krankheit.“⁹⁷⁶ Hofer charakterisiert die Wandlungsprozesse zwischen 1950 und 1970 als eine Zeit des endgültigen Übergangs von einer „Zusammenbruchs- zu einer Modernisierungsgesellschaft“.⁹⁷⁷ Wenn man die „Wissensgeschichte der Medizin“ betrachte, so erkennt Hofer aus medizinhistorischer Sicht eine intensive Phase der Suche nach Selbstbestimmung und Neuausrichtung der universitären Medizin und der Gesundheitspolitik: „Neben naturwissenschaftlichen spielten insbesondere anthropologische, philosophische und soziologische Wissensbestände eine bedeutende Rolle.“⁹⁷⁸ Hofer nennt die Psychosomatische Medizin, die Arbeits- und Sozialmedizin und die Rehabilitationsmedizin sowie die Gerontologie und Geriatrie als Spezialdisziplinen, die „in einem engen Zusammenhang mit gesellschaftlichen Konstellationen und kulturellen Wandlungsprozessen“ standen.⁹⁷⁹ Wenn Hofer konstatiert: „Die Medizin der Nachkriegszeit war nicht allein naturwissenschaftliche Medizin; sie war weitaus facettenreicher, umstrittener und widersprüchlicher als es auf den ersten Blick erscheint.“⁹⁸⁰, so lässt sich Pflanz mit seinem interdisziplinären Ansatz und seinem Spannungsverhältnis zur „Schulmedizin“ als Beispiel nennen. In den Wandlungsprozessen der Nachkriegszeit erkennt Hofer „Diskurse um ‚moderne Krankheiten‘“, die „neuartige soziale ökonomische Entwicklungen“ abbildeten.⁹⁸¹ In diese Diskurse eingebunden war, wie die vorliegende

⁹⁷⁵ Das Themenheft Medizin und Gesellschaft in Westdeutschland geht auf eine im Sommer 2008 veranstaltete Tagung des Bonner Medizinhistorischen Instituts zurück.

⁹⁷⁶ Hofer 2010, S. 2.

⁹⁷⁷ Hofer 2010, S. 1f.

⁹⁷⁸ Hofer 2010, S. 11.

⁹⁷⁹ ebd.

⁹⁸⁰ Hofer 2010, S. 12.

⁹⁸¹ Vgl. Hofer 2010, S. 13.

Forschungsarbeit zeigt, sicher auch Pflanz, der mit seiner Ablehnung der Terminologien „Zivilisations- und Managerkrankheit“ seiner Zeit etwas voraus war und auch seine epidemiologischen Untersuchungen zu sozialen Faktoren und Krankheit sind bedeutsam für weitreichende Perspektiven in der Prävention, Therapie und Gesundheitsversorgung.

Zu den Wandlungsprozessen zählt Hofer auch die „Medialisierung und Popularisierung der Medizin“.⁹⁸² Dies lässt sich ebenfalls an den Untersuchungen zu Pflanz nachzeichnen. Er trug seine Erkenntnisse und gesundheitspolitischen Forderungen nicht nur in Fachzeitschriften vor, sondern suchte auch die Repräsentation in den populären Zeitschriften wie dem Spiegel. Die „Blinddarmprovokation“ zeigt, wie wichtig für Pflanz zunehmend die Aufklärung der Bevölkerung im gesellschaftlichen Diskurs und damit der gesundheitsbewusste Bürger und Patient waren. Im Dezember 1972 titelte der SPIEGEL „Merkwürdige Krankheit – In den deutschsprachigen Ländern sterben drei- bis viermal so viele Menschen an Blinddarmentfernung wie in allen übrigen Ländern der Welt.“⁹⁸³ Der Artikel nimmt Bezug auf die Untersuchung von Pflanz' Doktorandin Sigrid Lichtner „Appendectomy in the Federal Republic of Germany“ (Vgl. Kap. 5.4.3).⁹⁸⁴

Als „Unberechtigte Vorwürfe gegen die deutschen Chirurgen“ wurde im Deutschen Ärzteblatt die Reaktion der Bayerischen Landesärztekammer auf die Publikation von Lichtner und Pflanz veröffentlicht. Das Ergebnis einer Umfrageaktion unter zugelassenen Klinikdirektoren und Chefärzten sollte die „schwerwiegenden Vorwürfe“ als „unberechtigt“ belegen. Aus Ärger über die „Anmaßung“ von Pflanz sprachen die befragten Chefärzte „einem Sozialmediziner die Fähigkeit und damit die Berechtigung zur Veröffentlichung einer Arbeit ab, die im wesentlichen [sic!] dem chirurgischen Fachgebiet zugehört.“⁹⁸⁵ Die Stellungnahme spricht von „Unklarheiten und widersprüchlichen Feststellungen“⁹⁸⁶ in der unter Pflanz von Sigrid Lichtner verfassten Doktorarbeit.⁹⁸⁷ Die Aufarbeitung in der Presse schien einer der Hauptgründe für die konflikthafte Auseinandersetzung gewesen zu sein, denn nach Weidinger habe die Pressekampagne in außerordentlich bedenklicher Weise zur Verunsicherung der Bevölkerung beigetragen. Er betont in seinem Artikel, dass Pflanz „unwissenschaftlich“ gehandelt habe, „als er im Dezember 1972 ein Presseinterview gab, durch das schon vor der nötigen fachlichen Diskussion und einer chirurgischen Stellungnahme zu den von ihm erhobenen Vorwürfen eine über Monate anhaltende Welle von unsachlichen

⁹⁸² Vgl. Hofer 2010, S. 13–14.

⁹⁸³ N.N. 1972a.

⁹⁸⁴ Pflanz 1971b.

⁹⁸⁵ Weidinger 1974, S. 308.

⁹⁸⁶ Weidinger 1974, S. 309.

⁹⁸⁷ Vgl. Weidinger 1974, S. 309–310.

Publikationen in der Laienpresse entstand“. Und auch Pflanz äußert 1973 im Niedersächsischen Ärzteblatt sein Unbehagen: „Ein Journalist bastelte aus unserer Arbeit und einem dazu gegebenem Interview eine große Rakete, die mit lautem, häßlichem Knall in die Lüfte stieg unter Hinterlassung eines großen Funkenregens.“⁹⁸⁸ Doch Weidinger führt in seiner sich über zwei Ausgaben erstreckenden Stellungnahme noch weitere, inhaltliche Kritikpunkte an, die in Teilen durchaus nachvollziehbar sind. So habe die veranlasste Umfrage der Landesärztekammer in Bayern ergeben, dass in den meisten Kliniken nicht standardmäßig eine pathologische Untersuchung des entfernten Wurmfortsatzes erfolge, sondern insbesondere in kleineren Häusern lediglich in makroskopisch unklaren Fällen eine solche veranlasst werde.⁹⁸⁹ Pflanz erkennt die Selektivität des untersuchten Materials, in der Diskussion seiner Ergebnisse findet diese Einschränkung jedoch keinen Niederschlag.⁹⁹⁰ Zudem weist Weidinger darauf hin, dass sich die Verteilung über die Wochentage und Urlaubsperioden daraus ergebe, dass die Terminierung der sogenannten Intervallappendektomien, also die prophylaktische Entfernung des Appendix im „Ruhestadium“, in Rücksprache mit dem Patienten erfolge. An dieser Stelle zeigt sich ein weiterer Kritikpunkt von Weidinger: Lichtner und Pflanz unterscheiden in ihrer Arbeit nicht zwischen Appendizitis und Appendektomie, ebenso moniert Weidinger die fehlende Abgrenzung von chronischer und akuter Appendizitis.⁹⁹¹ Dieser Einwand muss nun aber seinerseits kritisch beleuchtet werden, war doch das Krankheitsbild der „chronischen Appendizitis“ in den USA zu Beginn der 1950er verlassen worden, in Großbritannien zeigte sich eine ähnliche Entwicklung in den 1960er Jahren. In Deutschland sei diese Entwicklung, so Hontschik, durch die Veröffentlichung von Lichtner und Pflanz und die sich daraus ergebenden Diskussionen wieder in Bewegung gebracht worden.⁹⁹² Für Hontschik, der 1987 mit der Arbeit „Theorie und Praxis der Appendektomie – Eine historische, psychosoziale und klinische Studie“ promovierte, waren die Feststellungen von Lichtner und Pflanz „natürlich ein schwerer Vorwurf, ja fast eine Anklage gegen die ganze Zunft.“⁹⁹³ Er betrachtet die im internationalen Vergleich verzögerte Entwicklung in deutschsprachigen Ländern vor einem medizinhistorischen Hintergrund. Demnach erfuhr die deutsche Chirurgie nach dem 2. Weltkrieg „durch die Ächtung Deutschlands [...] eine Art vorübergehende

⁹⁸⁸ Pflanz 1973b, S. 67. Unklar bleibt, auf welchen Zeitungsartikel Pflanz sich an dieser Stelle bezieht.

⁹⁸⁹ Weidinger 1974, S. 310.

⁹⁹⁰ Pflanz 1971b, S. 322.

⁹⁹¹ Weidinger 1974, S. 309–310.

⁹⁹² Vgl. Hontschik 2012, S. 27.

⁹⁹³ Hontschik 1994, S. 64.

Abkopplung“ von der wissenschaftlichen Zusammenarbeit.⁹⁹⁴ Diese These hätten die Chirurgen wohl vehement zurückgewiesen.

Robra greift die Debatte 2020 auf und würdigt Pflanz' frühen Beitrag zur Versorgungsepidemiologie der Appendektomie: „Damit rüttelten sie [Anm.: Lichtner und Pflanz] an der Doktrin der frühen Operation bei Appendizitisverdacht. Seither wandelt sich die Appendizitisversorgung, Qualitätssicherung wurde entwickelt, Evidenzgrundlagen verbreitert, [...]. Die Appendizitis-Sterblichkeit hat mit einem beschleunigenden Trendknick Anfang der 1970er Jahre kontinuierlich auf ein sehr geringes Niveau abgenommen. Die Zahl der Appendektomien geht zurück.“⁹⁹⁵ Für die Sozialmedizin resümiert Robra zum Abschluss seines Aufsatzes: „Es lohnt sich also, medizinische Versorgung zu evaluieren und um ihre Qualität zu ringen. Lichtner und Pflanz haben 1971 dazu einen Stein ins Wasser geworfen. Das Vertrauen in die Chirurgie hat dies – anders als befürchtet - nicht erschüttert.“⁹⁹⁶

In dieser öffentlich ausgetragenen Auseinandersetzung spiegelt sich die grundsätzliche Konfliktlage zwischen traditioneller Schulmedizin und dem Emporkömmling der Sozialmedizin. Die Diskussionen um seine Appendizitisforschung können als Einzelbeleg für die Differenzen mit der naturwissenschaftlich orientierten Schulmedizin gelten, die Pflanz in den 60er und 70er Jahren immer wieder thematisiert. Dies zeigt sich beispielhaft an den dargestellten Kontroversen zwischen Pflanz und der MHH im Rahmen der Bleibeverhandlungen 1975. Zentrale Punkte waren hier die Priorisierung des Gebietes der Öffentlichen Gesundheitspflege, sowie die mangelnde Finanzierung der epidemiologischen und sozialmedizinischen Forschung (Vgl. Kap. 4.7.2).

Die Entwicklung der „neuen Fächer“ war dabei auch geprägt von Differenzen zwischen einzelnen Fachkollegen, wie dies beispielhaft am Spannungsverhältnis der beiden Protagonisten der Sozialmedizin, Hans Schaefer und Manfred Pflanz (Vgl. Kap. 4.7.1) dargestellt wird. Zudem dürften nicht wenige Untersuchungen und Aufsätze von Pflanz von den führenden Fachdisziplinen der Medizin als anmaßende Provokation aufgefasst worden sein. Das zeigt sich exemplarisch auch an den Diskussionen um Pflanz' Mitwirken im Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer (Vgl. Kap. 4.6.1). Die Anerkennung sozialwissenschaftlicher Erkenntnisse hatte und hat es schwer gegen eine naturwissenschaftlich, kurativ und individualistisch ausgerichtete Medizin mit ihrem Trend und ihrer Dynamik zu Technisierung und Spezialisierung. Pflanz durchbrach diese Einseitigkeit in der Ärzteschaft und in der Gesellschaft. Er wusste, dass der Wert der Sozialmedizin dadurch bestimmt werden würde, was sie an Wissen über die sozialen

⁹⁹⁴ Vgl. Hontschik 1994, S. 65.

⁹⁹⁵ Robra 2020, S. 607.

⁹⁹⁶ Robra 2020, S. 610.

Bedingungen für Gesundheit und Krankheit zusammentragen und generieren konnte. Wenn Pflanz vom kranken Menschen sprach, dann band er ihn stets in die sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen seiner Existenz, in die Lebenswirklichkeit sozialer Individuen ein. Sein Forschungsschwerpunkt war es, konsequent die sozialen Indikatoren, Determinanten und Folgen von Gesundheit und Krankheit zu erforschen sowie Erkrankungen unter strukturellen, kulturellen und institutionellen Aspekten zu betrachten. Für Pflanz ging es dabei nie um politische Abstinenz, sondern darum, sich als Sozialmediziner den politischen Implikationen seiner Analysen und Befunde bewusst zu sein.⁹⁹⁷

Die Verknüpfung von Psychosomatik, Sozialmedizin und medizinischer Soziologie erscheint im wissenschaftlichen Wirken von Pflanz schlüssig, weil es für ihn elementar war, sowohl einen individuellen Zugang zum Patienten zu finden und zugleich die Methoden der Epidemiologie und Soziologie zur Analyse der sozialen und strukturellen Bedingungen von Erkrankungen zu nutzen. Die Psychosomatik seines Lehrvaters Thure von Uexküll lehrte ihm das Menschenbild und den umseitigen Blick auf die Patienten als Individuen. Die vertiefende Beschäftigung in Pflanz' frühen Publikationen über Psychosomatik und Psychotherapie belegen seine Überzeugung, dass der Mensch als soziales Wesen mehr ist als ein biologisch funktionierender Organismus. Zugleich tauchte die Frage nach neuen wissenschaftlichen Methoden in der (sozial-)medizinischen Forschung auf. Eine oberflächliche und eindimensionale Betrachtungsweise des Menschen und seiner Erkrankungen waren Pflanz fremd.

Pflanz' Forschungsergebnisse dürften für jeden praktizierenden Arzt ein diagnostischer und therapeutischer Gewinn gewesen sein. Beispielhaft gilt dies für seine wissenschaftliche Begleitung der Hypertonieforschung, die in dieser Arbeit herausgestellt wurde. Pflanz reflektierte Fragen nach dem Forschungsstand zur Entwicklung und Stellung der Sozialmedizin, der Epidemiologie und der Medizinsoziologie in der Bundesrepublik und in der bundesdeutschen Medizin-Literatur. Dabei war er bestens orientiert über den Stand, den Stellenwert und die wissenschaftlichen Ergebnisse und Untersuchungen in Skandinavien, in Großbritannien und vor allem in den USA. Dies zeigen seine Bezüge zur internationalen Literatur, er greift diese Ergebnisse und Untersuchungen auf und bezieht sie auf die bundesdeutsche Situation oder bearbeitet diese durch eigene Forschungen. Seine vielfältigen internationalen Tätigkeiten in Gremien, die Einladungen zu Fachvorträgen, Tagungen und Gastvorlesungen belegen seine wissenschaftliche Wertschätzung und sein Prestige.

⁹⁹⁷ Vgl. Pflanz 1978g, S. 50.

Pflanz vollzieht den Schritt von der Epidemiologie der Einzelkrankheiten zu einer problembezogenen Sozialmedizin und schließlich zu Fragestellungen und Planungen des Gesundheitssystems. Ausgangspunkt seiner Argumentationen und Überlegungen war stets eine gründliche wissenschaftliche Bearbeitung. Pflanz ging es nie allein um den akademischen Diskurs, er suchte Wege und Bedingungen der Veränderung im strukturellen wie im individuellen Handeln des Arztes, des Wissenschaftlers und in den Institutionen des Gesundheitswesens. Zentral war für ihn auch die Nutzbarmachung seiner Erkenntnis im präventiven Kontext, die Überwindung krankmachender sozialer Lebensbedingungen und Lebensgewohnheiten. Er war von der wissenschaftlichen Leistungsfähigkeit der Sozialmedizin und ihrer Wirksamkeit für die Praxis überzeugt. Wissenschaftliche und praktische Sozialmedizin dürfen allerdings nicht ohne Beziehung nebeneinander bestehen. Pflanz wusste, dass institutionelle Bedingungen des Faches wichtig sind, aber entscheidender war für ihn die disziplinäre, methodische und personelle Entwicklung des Faches. Die Methoden- und Theoriebildung und die Professionalisierung der Sozialmedizin waren für ihn der Ausgangspunkt und die Basis für wissenschaftliche Relevanz und Anerkennung. Hinter dem Konflikt um die treffende Definition von Sozialmedizin, der sich Pflanz immer wieder entzog, steckte auch sein Ruf nach gründlichen wissenschaftsbasierten Methoden und Aufgabenstellungen. Pflanz verweigerte zwar eine eindeutige Definition, aber stellte stets heraus, was Sozialmedizin mit ihren Methoden und Theorien leistet. Zu Pflanz' wissenschaftlichem Selbstverständnis gehörte die Einsicht, dass die erarbeiteten Befunde und Ergebnisse immer nur Zwischenstände markieren. Viele Publikationen enden sinngemäß mit dem Satz: „Obwohl noch längst nicht alle Zusammenhänge geklärt sind.“⁹⁹⁸

Die in dieser Dissertation herausgearbeiteten Entwicklungslinien und die Darstellung von Pflanz' wissenschaftlichem und gesundheitspolitischem Wirken erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Wie bereits in der Einleitung dargestellt, konnten nicht alle Fragen beantwortet und nicht jedem Hinweis nachgegangen werden. Das Leben und Wirken eines Menschen, eines Wissenschaftlers bietet ein schier unendliches Maß an ergänzenden Vertiefungen, Exkursen und Nachforschungen. Vor dem Hintergrund des historischen Kontextes konnte anhand der biographischen Stationen und den Forschungsprojekten und Publikationen, das Bild eines Wissenschaftlers gezeichnet werden, der für die Etablierung der Sozialmedizin als einer eigenständigen Fachrichtung, unverzichtbar war. So konnte die tragende Rolle von Pflanz im Rahmen der Forschungsfrage des Dissertationsprojektes bestätigt werden, zugleich ergeben sich

⁹⁹⁸ Pflanz 1978c, S. 255.

Möglichkeiten für weiterführende Forschung, die im Folgenden exemplarisch dargestellt werden sollen.

So könnten, anlehnend an Roelcke's Arbeit zur Blutdruckforschung von Thure von Uexküll, die Untersuchungen von Pflanz zur Hypertonie vertiefend untersucht und in den Kontext des Projektes von Uexküll gestellt werden. Von Interesse sind auch die weiteren Forschungsschwerpunkte von Pflanz zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Adipositas und Appendizitis – um nur einige zu nennen – vor dem Hintergrund der damaligen Forschung und im Vergleich zum heutigen Wissensstand. Einzelne Projekte im Bereich der Versorgungs- und Gesundheitsforschung, an denen Pflanz national und international beteiligt war, könnten vergleichend beleuchtet werden.

Analog zur Betrachtung der Entwicklung der Sozialmedizin in Gießen nach dem Weggang von Pflanz wäre auch ein Blick auf den Prozess der Etablierung der Sozialmedizin in Hannover, aber auch deutschlandweit ein mögliches weiteres Forschungsprojekt. In einem größeren medizinhistorischen Rahmen könnte dabei auch die Frage von Bedeutung sein, welchen Stellenwert die Sozialmedizin für die Demokratisierungsprozesse in Medizin und Gesellschaft, für das Selbstverständnis der Ärzteschaft oder das Patient-Arzt-Verhältnis hatte und welchen Niederschlag Pflanz' Engagement für die Sozialmedizin und seine sozialmedizinischen und medizin-soziologischen Forschungen im Gesamtkontext medizinischen Fortschritts in den 50er bis in die 70er Jahre und darüber hinaus fanden.

Es könnte auch gefragt werden, wie sich das Verhältnis von sozialmedizinisch und naturwissenschaftlich orientierter Medizin über die Wirkungszeit von Pflanz hinaus entwickelte, bzw. wie sich die Qualität medizinischen Handelns durch die zunehmende Anerkennung sozialmedizinischer Methoden und Einsichten auf die Gesamtentwicklung der Medizin perspektivisch auswirkte. Auch könnte erforscht werden, welchen Einfluss Pflanz' Impulse für die Verknüpfung von Lehre und Praxis für die Inhalte und Methoden des Medizinstudiums und auch für die Ausbildung medizinischer Berufe hatte.

Die Kernzeit seines Lebens und wissenschaftlichen Wirkens ist in eine Zeit gefallen, die von zunehmender Demokratisierung der Gesellschaft und aller Lebensbereiche, der Universitäten und der medizinischen Fakultäten geprägt war. Pflanz reflektierte konkrete politische und gesellschaftliche Auseinandersetzungen in seinen Publikationen nicht ausdrücklich. Dies ist verständlich, weil er Akteur dieses dynamischen Prozesses war. In seinem Wesen und Anspruch war Pflanz Wissenschaftler, vielleicht sogar mehr Natur- als Sozialwissenschaftler. Er entsagte es sich als Wissenschaftler, sich in fremdem Terrain anspruchsvoll zu bewegen. Pflanz wollte sicher keine Politik betreiben, aber er wollte mit seiner Forschung für die Gesundheits- und Sozialpolitik relevant sein und

diese gestalten. Seine Veröffentlichungen sind über die Jahre zunehmend von politisch strukturellen Forderungen für die Gesamtheit des Gesundheitswesens bestimmt.

In einer Gesamtschau kann man Manfred Pflanz als einen kreativen und unerschrockenen Wissenschaftler charakterisieren, der mit den Methoden der Sozialmedizin und der Medizinsoziologie konkrete soziale und sozialmedizinische Zusammenhänge von Krankheit und Gesundheit, von klinischer Diagnosestellung und Therapie, von Prävention und Rehabilitation untersuchte und analysierte. Pflanz war ein Meister darin, auf Defizite hinzuweisen. Er tat dies mit scharfen Worten und auch recht unnachgiebig. Dabei schien Pflanz voller Neugierde und Offenheit für weiterführende und komplexer werdende Problemstellungen und die entsprechenden Methoden, seine Sprache war stets klar und verständlich und auch in schwierigen und komplexen Zusammenhängen blieben seine Texte les- und verstehbar. Pflanz sparte selten an scharf formulierter Kritik an der Ärzteschaft und den medizinischen Institutionen und stellte zugleich Forderungen für die personelle und sachliche Ausgestaltung der Fächer. Er reflektierte grundsätzliche Fragen der Medizin, der ärztlichen Tätigkeit und die strukturellen Probleme des Gesundheitssystems, der Standesorganisationen und der Qualitätssicherung. Er erforschte die Effizienz und Evidenz medizinischer Maßnahmen und Institutionen, die Bedingungen sozialer Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten im Gesundheitswesen, das ärztliche Selbstverständnis, die ärztliche Stellung in der Gesellschaft, die vermeintliche Wertneutralität bzw. Unabhängigkeit von Wissenschaft. Pflanz wusste aus seinen soziologischen Untersuchungen um die Grenzen, die in den persönlichen und sozialen Bedingungen des Menschseins und in den Strukturen einer Gesellschaft liegen und die es erschweren, individuelle und strukturelle Bedingungen zu verändern und Maßnahmen der Prävention nachhaltig zu implementieren.

Pflanz prägte und bestimmte mit dieser Forschung die (universitäre) Etablierung der Sozialmedizin und Medizinsoziologie. Einige Konfliktlinien dieser Entwicklung können in der vorliegenden Arbeit dargestellt werden. Sie zeigen, wie mühsam sich die Neuorientierung medizinischer und universitärer Strukturen gestalten kann. Zugleich profitieren wir heute von den Früchten dieser Arbeit, die Bedeutung der Epidemiologie ist durch die Pandemie auch in der allgemeinen Bevölkerung deutlich präsenter geworden, Sozialmedizin und Medizinische Soziologie sind als feste Bestandteile in die medizinische Ausbildung integriert. In den 1980er und 90er Jahren entwickelte sich in Deutschland mit Public Health ein interdisziplinäres Fach, das sich mit Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens befasst. Der disziplinären Etablierung von Public Health könnte wohl eine eigene Abhandlung gewidmet werden, an dieser Stelle soll nur auf eine Besonderheit hingewiesen werden: an der Medizinischen Hochschule Hannover

etablierte das Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung einen Masterstudiengang „Bevölkerungsmedizin und Gesundheitswesen (Public Health)“. Pflanz hätte diese Entwicklung mit Sicherheit begrüßt.

Manfred Pflanz hat sich dem Lesen, Denken und Schreiben so lange gewidmet, wie es seine schwere Krankheit zuließ.⁹⁹⁹ Sein viel zu früher Tod hat nicht nur sein Wirken und Streben unterbrochen, sondern ihm die Möglichkeit genommen, die Entwicklungen und Ergebnisse seiner eigenen Forschungen und die der Sozialmedizin und der Medizinsoziologie rückblickend in den gegebenen gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Kontexten kritisch zu reflektieren.

In diesem Sinne lesen sich die letzten Worte von Manfred Pflanz in seinem Aufsatz über „Die Bluthochdruckprobleme und ihre Auswirkungen in der Sicht der heutigen Medizin“ aus dem Jahre 1979 wie ein Selbstbild und ein Vermächtnis eines zukunftsweisend denkenden Wissenschaftlers.

„Das Beispiel des Hochdruckes zeigt den rasanten Wandel der Medizin: die Entwicklung eines neuen Arzt-Patient-Verhältnisses, die Verantwortung jedes Bürgers und jedes Politikers für die Lösung von speziellen Gesundheitsproblemen und für die Entwicklung neuer Maßnahmen, die nur dann allen Betroffenen zugute kommen können, wenn ärztliche Kunst, Selbstverantwortung des Patienten, wissenschaftliche Forschung und vorausschauende Gesundheitspolitik auf ein gemeinsames Ziel hin arbeiten.“¹⁰⁰⁰

⁹⁹⁹ In einem Briefwechsel mit Hans Schaefer berichtet Pflanz im November 1979 von seinen Operationen und ihren Folgen, aber er schreibt zugleich zuversichtlich „Aber ich komme wieder zum Lesen und Denken, wenn auch noch nicht zum Schreiben.“ UAH Nachlass Prof. Schaefer (noch unerschlossen), 1979 Schriftwechsel N-Z. Schreiben von Pflanz an Schaefer 04.11.1979.

¹⁰⁰⁰ Pflanz 1979a, S. 930.

7. Zusammenfassung

Der Mediziner Manfred Pflanz (1923-1980) war als konzeptioneller Denker und Wissenschaftler ein maßgeblicher Protagonist für die Etablierung und die Entwicklung der Sozialmedizin und Medizinsoziologie in der Bundesrepublik Deutschland. Pflanz habilitierte 1961 unter Thure von Uexküll für Innere und Psychosomatische Medizin. Er wurde 1966 erster außerordentlicher Professor für Sozialmedizin an der Universität Gießen und 1967 erster Lehrstuhlinhaber für Epidemiologie und Sozialmedizin an der neu gegründeten Medizinischen Hochschule Hannover. Seine vielfältigen Tätigkeiten in Fachgremien, als Schriftleiter und Herausgeber von Zeitschriften, als Mitbegründer der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. (1968) und auch international in der International Sociological Association (1970-1978) und als Gastprofessor an der University of Connecticut, USA (1974-1975) bezeugen sein bemerkenswertes Engagement.

Pflanz' wissenschaftliches Wirken fiel in eine Zeit, in der die Medizin und die medizinischen Fakultäten von strengen hierarchischen Strukturen und einer klinisch-naturwissenschaftlichen Denkweise geprägt waren. Seine Untersuchungen und Publikationen zur Bedeutung sozialer Faktoren für die Entstehung und Behandlung von Erkrankungen öffneten den Blick für eine Medizin, die den Patienten als ein soziales Wesen in den Mittelpunkt des wissenschaftlichen und ärztlichen Handelns stellte. Geprägt wurde Pflanz dabei sicherlich von seiner mehrjähriger ärztlichen Tätigkeit in München und Gießen unter Thure von Uexküll, der als zentrale Figur dieser neuen Denkweise gilt. Eine rechtswirksame Bestätigung fand diese Bewegung mit der Integration von Medizinischer Psychologie, Medizinischer Soziologie, Psychosomatik, Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Geschichte der Medizin in die Approbationsordnung von 1970.

Widerstände und Konflikte begleiteten diese Entwicklung, wie der Aufschrei der Chirurgen wegen seiner Veröffentlichungen zur Epidemiologie der Appendizitis oder die Auseinandersetzungen um seine Mitwirkung und seinen Austritt aus dem Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer zeigen. Nicht frei von Spannungen war auch sein Verhältnis zur Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin, deren Gründungsmitglied er war, sowie zu zentralen Vertretern der Sozialmedizin, wie seinem Kollegen Hans Schaefer.

Manfred Pflanz trat ein für ein erkenntnisbasiertes ärztliches Handeln und ein systematisch evaluiertes Gesundheits- und Vorsorgesystem. Zentral war für ihn stets eine sozialmedizinische Forschung, die die Bedingungen von Gesundheit und Krankheit erforschte und daraus Lehren für die Diagnostik, die Therapie und die Prävention ableitete.

8. Summary

As a conceptual thinker and scientist, the physician Manfred Pflanz (1923-1980) was a key protagonist in the establishment and development of social medicine and medical sociology in the Federal Republic of Germany. Pflanz habilitated in 1961 under Thure von Uexküll in internal and psychosomatic medicine. He became the first associate professor of social medicine at the University of Giessen in 1966 and the first chair of epidemiology and social medicine at the newly founded Hannover Medical School in 1967. His many activities in expert committees, as editor of journals, as co-founder of the Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. (1968) and also internationally in the International Sociological Association (1970-1978) and as visiting professor at the University of Connecticut, USA (1974-1975) display his remarkable commitment.

Pflanz' scientific work took place in a time when medicine and medical faculties were characterized by strict hierarchical structures and a clinical-scientific way of thinking. His investigations and publications on the significance of social factors for the pathogenesis and treatment of diseases allowed the development of a medicine that placed the patient as a social being at the centre of scientific and medical action. Pflanz was certainly influenced by his many years of medical work in Munich and Giessen under Thure von Uexküll, who is considered to be the central figure of this new way of thinking. This movement was legally confirmed with the integration of medical psychology, medical sociology, psychosomatics, social medicine, occupational medicine and history of medicine into the medical licensing regulations of 1970.

This development was accompanied by resistance and conflicts, as shown by the outcry of surgeons because of his publications on the epidemiology of appendicitis or the disputes about his participation in and resignation from the Scientific Advisory Board of the German Medical Association. His relationship with the German Society for Social Medicine, of which he was a founding member, and with central representatives of social medicine, such as his colleague Hans Schaefer, were also not free from tension.

Manfred Pflanz advocated knowledge-based medical practice and a systematically evaluated health system. One of his key issues throughout his entire career was a socio-medical research investigating the conditions of health and disease and using this knowledge for the improvement of diagnostics, therapy and prevention.

9. Quellen

Unpublizierte Quellen

Arch BÄK Tätigkeitsbericht 1977. Archiv der Bundesärztekammer, Berlin, Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1977. Mitglieder Wissenschaftlicher Beirat. S. 303-304.

Arch BÄK Tätigkeitsbericht 1978. Archiv der Bundesärztekammer, Berlin, Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1978. Mitglieder Wissenschaftlicher Beirat. S. 302-303.

Arch MHH P 6 Nr. 3 Berufung Prof. Pflanz. Archiv der Medizinischen Hochschule Hannover, Hannover, Arch MHH P 6 Nr. 3 Berufung Prof. Pflanz.

Arch MHH P 6 Nr. 2 Epidemiologie und Sozialmedizin. Archiv der Medizinischen Hochschule Hannover, Hannover, Arch MHH P 6 Nr. 2 Epidemiologie und Sozialmedizin.

Arch MHH FL 2 Nr. 1. Archiv der Medizinischen Hochschule Hannover, Hannover, Forschung und Lehre 2 Nr. 1. Mitteilungen der MHH 1966-1971.

Arch MHH FL 2 Nr. 2 Mitteilungen der MHH. Archiv der Medizinischen Hochschule Hannover, Hannover, Forschung und Lehre 2 Nr. 2. Mitteilungen der MHH 1972-1976.

Arch MHH FL 2 Nr. 3 Mitteilungen der MHH. Archiv der Medizinischen Hochschule Hannover, Hannover, Forschung und Lehre 2 Nr. 3. Mitteilungen der MHH 1977-1980.

Arch MHH FL 1 Nr. 2 Personal- und Vorlesungsverzeichnis. Archiv der Medizinischen Hochschule Hannover, Hannover, Forschung und Lehre 1 Nr. 2. Personal- und Vorlesungsverzeichnis WS 1972/73 - SS 1976.

Arch MHH FL 5.4 Nr. 9. Archiv der Medizinischen Hochschule Hannover, Hannover, Forschung und Lehre 5.4 Nr. 9. Die Sitzungen der Sektion IV der Medizinischen Hochschule Hannover, Band 9 (71.-80. Sitzung), 1974/75.

Arch MHH FL 5.4 Nr. 5. Archiv der Medizinischen Hochschule Hannover, Hannover, Forschung und Lehre 5.4 Nr. 5. Die Sitzungen der Sektion IV der Medizinischen Hochschule Hannover, Band 5 (31.-40. Sitzung), 1970/71.

Arch MHH FL 5.4 Nr. 1. Archiv der Medizinischen Hochschule Hannover, Hannover, Forschung und Lehre 5.4 Nr. 1. Die Sitzungen der Sektion IV der Medizinischen Hochschule Hannover, Band 1 (1.-10. Sitzung), 1967/68.

Arch MHH ZA Sonderdrucksammlung. Archiv der Medizinischen Hochschule Hannover, Hannover, Zwischenarchiv Sonderdrucksammlung Pflanz.

Archiv IGPP, 10/5. Archiv des Instituts für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene e.V., Freiburg i. Br., Verzeichnis der Straßburger Institutsmitglieder und Hörer (1942-1944) (Vorsign. A/III/16) [noch unverzeichnet].

BNUS Studierendenverzeichnis WS 1934/44. Bibliothèque nationale universitaire, Strasbourg, M 41 199 : Reichsuniversität Strassburg : Verzeichnis der Studierenden im Winter-Semester 1943/44, Seite 59.

BArch B 563 / Bd. 60225, Seite 148. Bundesarchiv, Berlin, 1. / Infanterie-Ersatz-Bataillon 9.

BArch B 563 / Bd. 17864, Seite 81. Bundesarchiv, Berlin, 1. Sanitätskompanie 23.

BArch B 563 / Bd. 70267, Seite 53. Bundesarchiv, Berlin, 10. / Infanterie-Regiment 9.

BArch P – 380 / 369. Bundesarchiv, Berlin, Karteikarte der zentralen Personenkartei, Manfred Pflanz.

BArch B 563 / Bd. 15264, Seite 24. Bundesarchiv, Berlin, Sanitätskompanie (mot.) 119.

BArch B 417/ 814. Bundesarchiv, Koblenz.

BArch B 417/ 375. Bundesarchiv, Koblenz.

Arch COE CESP/WP/PREV (73) 1. Council of Europe Archives, Strasbourg, Groupe de Travail sur la Medicine Preventive 2ème réunion Strasbourg 20-23 mars 1973.

Arch COE CESP/WP/PREV (73) Misc. 2. Council of Europe Archives, Strasbourg, Groupe de Travail sur la Medicine Preventive 3ème réunion Strasbourg 9-12 octobre 1973.

Arch COE CESP (72) 25. Council of Europe Archives, Strasbourg, Working Party on Preventive Medicine 1st meeting Strasbourg, 24-27 October 1972.

Arch COE CESP/WP/PREV (74) 6. Council of Europe Archives, Strasbourg, Working Party on Preventive Medicine 4th meeting Paris, 12-15 March 1974.

Arch LVG & AFS Gründungsversammlung 15.11.1968. Landesvereinigung für Gesundheits und Akademie für Sozialmedizin e.V., Hannover, Niederschrift über die Gründungsversammlung der Akademie für Sozialmedizin in Hannover am 15.11.1968.

Arch LVG & AFS Protokoll der 9. Mitgliederversammlung der AFS. Landesvereinigung für Gesundheits und Akademie für Sozialmedizin e.V., Hannover, Protokoll der 9. Mitgliederversammlung der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. vom 17.12.1976.

Arch LVG & AFS Partzsch 09.01.1969. Landesvereinigung für Gesundheits und Akademie für Sozialmedizin e.V., Hannover, Schreiben des Niedersächsischen Sozialministers Partzsch vom 09.01.1969.

UA FU Berlin ProfA 34. Universitätsarchiv der Freien Universität Berlin, Berlin, Professurakten 34 Besetzung der AH 6 - Professur (II), 1972-1979.

UAB Studentenverzeichnis WiSe 1941/42. Universitätsarchiv der Humboldt-Universität, Berlin, Studentenverzeichnis WiSe 1941/42.

UAG Berufungen, 4. Lieferung, Pflanz. Universitätsarchiv der Justus-Liebig-Universität, Gießen, Berufungen 4. Lieferung, Manfred Pflanz.

UAG Dekanat Humanmedizin, Pflanz. Universitätsarchiv der Justus-Liebig-Universität, Gießen, Dekanat Humanmedizin, 2. Lieferung, Karton 118, Manfred Pflanz.

UAG Dekanat Humanmedizin Sitzungsprotokolle 1959-1962. Universitätsarchiv der Justus-Liebig-Universität, Gießen, Dekanat Humanmedizin 1. Lieferung, Karton 58. Sitzungen und Protokolle 1959-1962.

UAG Dekanat Humanmedizin Sitzungsprotokolle 1963-1965. Universitätsarchiv der Justus-Liebig-Universität, Gießen, Dekanat Humanmedizin 1. Lieferung, Karton 61. Sitzungen und Protokolle 1963-1965.

UAG Dekanat Humanmedizin Sitzungsprotokolle 1965-1966. Universitätsarchiv der Justus-Liebig-Universität, Gießen, Dekanat Humanmedizin 1. Lieferung, Karton 37. Sitzungen und Protokolle 1965-1966.

UAG Dekanat Humanmedizin Sitzungsprotokolle 1966-1967. Universitätsarchiv der Justus-Liebig-Universität, Gießen, Dekanat Humanmedizin 1. Lieferung, Karton 45. Sitzungen und Protokolle 1966-1967.

UAG Dekanat Humanmedizin Sitzungsprotokolle SS 1967. Universitätsarchiv der Justus-Liebig-Universität, Gießen, Dekanat Humanmedizin 1. Lieferung, Karton 46. Sitzungen und Protokolle SS 1967.

UAM Studentenkartei III Pflanz. Universitätsarchiv der Ludwig-Maximilians-Universität, München, Karteikarte aus der Studentenkartei III, Manfred Pflanz.

UAM N-Npr-GA-1948. Universitätsarchiv der Ludwig-Maximilians-Universität, München, Promotionsakte der Medizinischen Fakultät Pflanz.

UAM Personalbogen Pflanz. Universitätsarchiv der Ludwig-Maximilians-Universität, München, Personalbogen Manfred Pflanz.

UAH Nachlass Prof. Schaefer (noch unerschlossen), 1977 Schriftwechsel K-Z. Universitätsarchiv der Universität Heidelberg, Heidelberg.

UAH Nachlass Prof. Schaefer (noch unerschlossen), 1979 Schriftwechsel N-Z.
Universitätsarchiv der Universität Heidelberg, Heidelberg.

UHA Nachlass Prof. Schaefer (noch unerschlossen), Ordner Med. Epidemiologie.
Universitätsarchiv der Universität Heidelberg, Heidelberg, Kommission für Med.
Epidemiologie.

UAH Nachlass Prof. Schaefer (noch unerschlossen). Korrespondenz Prof. Schaefer
1971_2. Universitätsarchiv der Universität Heidelberg, Heidelberg.

Literatur

Publikationen von Manfred Pflanz

Pflanz, Manfred 1948: Studie zur funktionellen Biologie des Wasserhaushaltes.
Dissertation. München, 1948.

Pflanz, Manfred 1953: Übersicht über die wichtigste deutschsprachige
Nachkriegsliteratur auf den Gebieten Psychosomatik, Psychotherapie und
Orthopädagogik. *Acta psychotherapeutica, psychosomatica et orthopaedagogica* 1
(1953), S. 83–92.

Pflanz, Manfred 1954: Zur Methodenlehre der Pharmakopsychologie. *Zeitschrift für
experimentelle und angewandte Psychologie* 2 (1954), S. 514–551.

Pflanz, Manfred 1955: Der gegenwärtige Stand der Psychosomatik in Deutschland. *Acta
psychotherapeutica, psychosomatica et orthopaedagogica* 3 (1955), S. 164–174.

Pflanz, Manfred 1956a: Aufgaben und Ziele sozialwissenschaftlicher Forschung in der
Medizin. *Der öffentliche Gesundheitsdienst* 18 (1956), Heft 8, S. 319–327.

Pflanz, Manfred 1956b: Gibt es Psychoseantagonisten? *Deutsches medizinisches
Journal* 7 (1956), S. 581–583.

Pflanz, Manfred 1956c: Technik und Grenzen des doppelt-blinden Versuchs. *Die
medizinische Welt* 36 (1956), S. 1235–1238.

Pflanz, Manfred 1956d: Zur Prüfung der sogenannten zentralen Stimulantien am
Menschen. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 81 (1956), Heft 28, S. 1130–1133.

Pflanz, Manfred 1957: Pharmakopsychologie und Psycho-somatische Medizin.
Zeitschrift für psycho-somatische Medizin 4 (1957), 35-42.

Pflanz, Manfred 1958a: Entstehung und Bedeutung von Vorstellungen über die
Ursachen der Krankheiten. *Acta psychotherapeutica, psychosomatica et
orthopaedagogica* 6 (1958), S. 156–168.

- Pflanz, Manfred 1958b: Die epidemiologische Methode in der medizinischen Soziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderheft 3 (1958), S. 134–149.
- Pflanz, Manfred 1958c: Suggestion als zwischenmenschlicher Grundvollzug. Nervenarzt 29 (1958), Heft 2, S. 71–74.
- Pflanz, Manfred 1958d: Über ätiologische Vorstellungen. Die medizinische Welt 1 (1958), S. 52–55.
- Pflanz, Manfred 1959a: Arzneimittelbehandlung und Psychotherapie. Europäische Gesichtspunkte. In: Frankl, Viktor E.; Gebattel, Victor E. von; Schultz, Johannes H. (Hrsg.): Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. unter Einschluß wichtiger Grenzgebiete, S. 242–251. Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, 1959.
- Pflanz, Manfred 1959b: Experimentelle Untersuchung über den Einfluß zentraler Stimulantien auf das Elektroencephalogramm des Menschen. Klinische Wochenschrift 37 (1959), S. 483–485.
- Pflanz, Manfred 1959c: Mitteleuropa. Gegenwärtiger Stand und Entwicklungstendenzen der Neurosenlehre und Psychotherapie. In: Frankl, Viktor E.; Gebattel, Victor E. von; Schultz, Johannes H. (Hrsg.): Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. unter Einschluß wichtiger Grenzgebiete, S. 35–81. Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, 1959.
- Pflanz, Manfred 1959d: Psychopharmakologie in der Grundlagenforschung der Psychosomatischen Medizin. Zeitschrift für psycho-somatische Medizin 6 (1959), Heft 1, S. 23–29.
- Pflanz, Manfred 1960a: Psychisch wirksame Medikamente in der Praxis. Therapie der Gegenwart 99 (1960), Heft 4, S. 195–199.
- Pflanz, Manfred 1960b: Soziokulturelle Faktoren und psychische Störungen. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 28 (1960), Heft 9, S. 471–508.
- Pflanz, Manfred 1960c: Wie und wann verende ich Psychopharmaka in der Praxis? Die Therapie des Monats 10 (1960), Heft 7, 307-313.
- Pflanz, Manfred 1961a: Die ärztliche Tätigkeit in soziologischer Sicht. Ärztliche Mitteilungen 46 (1961), Heft 22, S. 1263–1268.
- Pflanz, Manfred 1961b: Methodologische Überlegungen zur psychopharmakologischen Beeinflussung der Psychomotorik, der Psychosensorik, der Leistung und der Intelligenz. Revue de Psychologie Appliquée 11 (1961), S. 387–401.

- Pflanz, Manfred 1961c: Zur Epidemiologie der Hypertonie. Fragestellung, Methodik und Ergebnisse epidemiologischer Blutdruckuntersuchungen. Zeitschrift für Kreislauf-Forschung 50 (1961), S. 464–476.
- Pflanz, Manfred 1962: Sozialer Wandel und Krankheit. Enke, Stuttgart, 1962.
- Pflanz, Manfred 1963a: Internationale Blutdruckstudien. Die Therapie des Monats 13 (1963), S. 73–77.
- Pflanz, Manfred 1963b: Medizin-soziologischer Beitrag zur Hochdruckforschung. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 69 (1963), S. 500–510.
- Pflanz, Manfred 1964a: Der Entschluß, zum Arzt zu gehen. Hippokrates 35 (1964), Heft 22, S. 894–897.
- Pflanz, Manfred 1964b: Der unklare Fall. Münchner Medizinische Wochenschrift 106 (1964), Heft 38, S. 1649–1655.
- Pflanz, Manfred 1965a: "Zivilisationskrankheiten" und psychosomatische Probleme im ländlichen Indien. Münchner Medizinische Wochenschrift 107 (1965), Heft 31, S. 1493–1502.
- Pflanz, Manfred 1965b: Neue Ergebnisse auf dem Gebiet der Epidemiologie des Blutdruckes. Ein Symposium in Chicago, Februar 1964. Münchner Medizinische Wochenschrift 107 (1965), Heft 2, S. 99–102.
- Pflanz, Manfred 1966a: Die Bedeutung soziologischer Methoden in der klinischen Medizin. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 60 (1966), Heft 10, S. 624–630.
- Pflanz, Manfred 1966b: Die Poliklinik als Untersuchungsobjekt der Medizin-Soziologie. I. Literaturübersicht. Die medizinische Welt 17 (1966), Heft 16, S. 903–910.
- Pflanz, Manfred 1966c: Die Poliklinik als Untersuchungsobjekt der Medizin-Soziologie. II. Statistik der Inanspruchnahme. Die medizinische Welt 17 (1966), Heft 24, S. 1343–1346.
- Pflanz, Manfred 1966d: Die Poliklinik als Untersuchungsobjekt der Medizin-Soziologie. III. Überweisung und Erwartungen der Patienten. Die medizinische Welt 17 (1966), Heft 39, S. 2090–2093.
- Pflanz, Manfred 1966e: Die Poliklinik als Untersuchungsobjekt der Medizin-Soziologie. IV. Erwartungen der einweisenden Ärzte. Die medizinische Welt 17 (1966), Heft 40, S. 2149–2152.
- Pflanz, Manfred 1966f: Die Poliklinik als Untersuchungsobjekt der Medizin-Soziologie. V. Der Poliklinikpatient aus der Sicht des Personals. Die medizinische Welt 17 (1966), Heft 43, S. 2344–2347.

- Pflanz, Manfred 1966g: Sozialmedizin, Epidemiologie und Medizin-Soziologie in den Vereinigten Staaten. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene* 1 (1966), Heft 11, S. 382–386.
- Pflanz, Manfred 1967a: Blutdruck und funktionelle Beschwerden bei Gastarbeitern. ein transkultureller Vergleich. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene* 2 (1967), Heft 5, S. 181–185.
- Pflanz, Manfred 1967b: Diskussionsbeiträge. In: Stamler, J.; Stamler, R.; Pullman T.N. (Hrsg.): *The epidemiology of hypertension*. Grune & Stratton, New York, 1967.
- Pflanz, Manfred 1967c: Gesundheitsverhalten. In: Mitscherlich, Alexander; Brocher, Tobias; Mering, Otto von et al. (Hrsg.): *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. Neue wissenschaftliche Bibliothek, 22 : Soziologie, S. 283–289. Kiepenheuer & Witsch, Köln, 1967.
- Pflanz, Manfred 1967d: Medizinsoziologische Untersuchung über Gesundheitsverhalten. In: Mitscherlich, Alexander; Brocher, Tobias; Mering, Otto von et al. (Hrsg.): *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. Neue wissenschaftliche Bibliothek, 22 : Soziologie, S. 290–303. Kiepenheuer & Witsch, Köln, 1967.
- Pflanz, Manfred 1967e: Quo vadis medicina. aus der Sicht der Sozialmedizin. *Hippokrates* 38 (1967), S. 405–408.
- Pflanz, Manfred 1967f: Soziokulturelle Faktoren und innere Erkrankungen. In: Mitscherlich, Alexander; Brocher, Tobias; Mering, Otto von et al. (Hrsg.): *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. Neue wissenschaftliche Bibliothek, 22 : Soziologie, S. 391–416. Kiepenheuer & Witsch, Köln, 1967.
- Pflanz, Manfred 1967g: Soziokulturelle, epidemiologische und ökologische Aspekte der Krankheit. In: Mitscherlich, Alexander; Brocher, Tobias; Mering, Otto von et al. (Hrsg.): *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. Neue wissenschaftliche Bibliothek, 22 : Soziologie, S. 369–381. Kiepenheuer & Witsch, Köln, 1967.
- Pflanz, Manfred 1968: Beurteilung der Qualität ärztlicher Verrichtungen, Antrittsvorlesung an der Medizinischen Hochschule Hannover am 25.5.1968. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 110 (1968), Heft 35, S. 1944–1949.
- Pflanz, Manfred 1969a: Abgelehnte Bewerber zum Medizinstudium. *Deutsches Ärzteblatt* 66 (1969), 204-208; 272-277; 346-348.
- Pflanz, Manfred 1969b: Medizinsoziologie. In: König, René (Hrsg.): *Handbuch der empirischen Sozialforschung*, S. 1123–1156. Enke, Stuttgart, 1969.

- Pflanz, Manfred 1969c: Psychosomatische Aspekte der essentiellen Hypertonie. In: Heintz, Robert; Losse, Heinz (Hrsg.): Arterielle Hypertonie, S. 185–192. Thieme, Stuttgart, 1969.
- Pflanz, Manfred 1970: Illness: Deviant behavior or conformity. *Social Science and Medicine* 4 (1970), S. 645–653.
- Pflanz, Manfred 1971a: Ansprüche der Öffentlichkeit an ein modernes Gesundheitswesen. Bericht über die 7. Gesundheitspolitische Tagung des Innenministeriums des Landes Schleswig-Holstein. *Das Öffentliche Gesundheitswesen* 33 (1971), Sonderheft 3, S. 84–88.
- Pflanz, Manfred 1971b: Appendectomy in the Federal Republic of Germany. Epidemiology and medical care patterns. *Medical Care* 9 (1971), Heft 4, S. 311–330.
- Pflanz, Manfred 1971c: Epidemiologie und Präventivmedizin. *Deutsches Ärzteblatt* 68 (1971), Heft 7, S. 467–474.
- Pflanz, Manfred 1971d: Sozialwissenschaften im medizinischen Unterricht. *Fortschritte der Medizin* 89 (1971), Heft 6, S. 221–222.
- Pflanz, Manfred 1971e: Sozialwissenschaftlicher Unterricht im Medizinstudium. Seminar der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V., vom 11. bis 13. Februar 1971. *Das Öffentliche Gesundheitswesen* 33 (1971), S. 244–245.
- Pflanz, Manfred 1972a: Beurteilung der Effektivität der Gesundheitsdienste. Bericht über eine Arbeitsgruppe des Europäischen Büros der WHO in Slanchev Briag. *Das Öffentliche Gesundheitswesen* 34 (1972), S. 620–621.
- Pflanz, Manfred 1972b: Sozialmedizinische Aspekte in der Krankenpflegeausbildung. In: Schwitajewski, Hannelore; Rohde, Johann J. (Hrsg.): *Lehren und Lernen in der Krankenpflege*, S. 142–150. Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, Wien, 1972.
- Pflanz, Manfred 1973a: *Allgemeine Epidemiologie*. Thieme, Stuttgart, 1973.
- Pflanz, Manfred 1973b: Blinddarmforschung ohne Lorbeeren. oder: Immer Ärger mit der Presse. *Niedersächsisches Ärzteblatt* 46 (1973), Heft 3, S. 66–68.
- Pflanz, Manfred 1973c: Epidemiologische und sozialmedizinische Forschung. In: Deutsche Forschungsgemeinschaft (Hrsg.): *Medizinische Epidemiologie und Sozialmedizin*, S. 11–20. Bonn - Bad Godesberg, 1973.
- Pflanz, Manfred 1973d: Medizinsoziologie als Selbstreflexion des Arztes. *Der praktische Arzt* 10 (1973), S. 570–581.
- Pflanz, Manfred 1973e: Motivation: Amtsarzt. *Das Öffentliche Gesundheitswesen* 35 (1973), S. 147–151.

- Pflanz, Manfred 1973f: Sozialmedizinische Aspekte der Herz- und Kreislauferkrankungen. *Universitas* 28 (1973), Heft 1, S. 17–25.
- Pflanz, Manfred 1973g: Die zunehmende Soziologisierung der Medizin. In: Albrecht, Günter; Daheim, Hans-Jürgen; Sack, Fritz (Hrsg.): *Soziologie. Sprache, Bezug zur Praxis, Verhältnis zu anderen Wissenschaften*, S. 588–600. Opladen, Westdeutscher Verlag, 1973.
- Pflanz, Manfred 1974a: Hypertonie und soziale Schichtung. Weltweite Befunde und ihre Konsequenzen. *Ärztliche Praxis* 26 (1974), S. 235.
- Pflanz, Manfred 1974b: Kritik an der Zytologie als Massen-Screening-Verfahren. *Fortschritte der Medizin* 92 (1974), Heft 9, 351–352; 388.
- Pflanz, Manfred 1974c: Prinzipien und Methoden der Beurteilung von Leistungen im Gesundheitswesen. *Das Öffentliche Gesundheitswesen* 36 (1974), S. 537–544.
- Pflanz, Manfred 1974d: Psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung des Hochdrucks. *Der Internist* 15 (1974), Heft 3, S. 124–128.
- Pflanz, Manfred 1974e: Psychologische und sozialmedizinische Aspekte der Hypertonie. *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Innere Medizin* 80 (1974), S. 42–49.
- Pflanz, Manfred 1975a: Die Bedeutung soziologischer Methoden in der Medizin (1966). In: Pflanz, Manfred; Lüth, Paul (Hrsg.): *Die soziale Dimension in der Medizin. Eine Sammlung von Aufsätzen und Vorträgen*, S. 269–282. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1975.
- Pflanz, Manfred 1975b: Begutachtungsmedizin und Sozialmedizin (1969). Vortrag vor den Richtern des Bundessozialgerichtes Kassel (1969). In: Pflanz, Manfred; Lüth, Paul (Hrsg.): *Die soziale Dimension in der Medizin. Eine Sammlung von Aufsätzen und Vorträgen*, S. 187–196. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1975.
- Pflanz, Manfred 1975c: Relations between social scientists, physicians and medical organizations in health research. *Social Science and Medicine* 9 (1975), Heft 1, S. 7–13.
- Pflanz, Manfred 1975d: Soziale und epidemiologische Aspekte der psychosomatischen Medizin (1966). In: Pflanz, Manfred; Lüth, Paul (Hrsg.): *Die soziale Dimension in der Medizin. Eine Sammlung von Aufsätzen und Vorträgen*, S. 146–152. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1975.
- Pflanz, Manfred 1975e: Sozialmedizinische Aspekte der Herz- und Kreislauferkrankungen (1968). In: Pflanz, Manfred; Lüth, Paul (Hrsg.): *Die soziale Dimension in der Medizin. Eine Sammlung von Aufsätzen und Vorträgen*, S. 169–178. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1975.

- Pflanz, Manfred 1975f: Suggestion als zwischenmenschlicher Grundvollzug (1958). In: Pflanz, Manfred; Lüth, Paul (Hrsg.): Die soziale Dimension in der Medizin. Eine Sammlung von Aufsätzen und Vorträgen, 313-319. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1975.
- Pflanz, Manfred 1975g: Wandlungen wichtiger Krankheitsbilder und die kulturelle Entwicklung (1967). Rundfunkvortrag vom 6. Dezember 1967 beim RIAS Berlin. In: Pflanz, Manfred; Lüth, Paul (Hrsg.): Die soziale Dimension in der Medizin. Eine Sammlung von Aufsätzen und Vorträgen. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1975.
- Pflanz, Manfred 1976a: Medizinische Ausbildung an einer neuen Hochschule in den USA. Therapie der Gegenwart 115 (1976), S. 1094–1105.
- Pflanz, Manfred 1976b: Problems and methods in cross-national comparisons of diagnoses and diseases. In: Pflanz, Manfred; Schach, Elisabeth (Hrsg.): Cross-national sociomedical research. Concepts, methods, practice : a seminar convened by the Akademie für Sozialmedizin Hannover e. V. under the auspices of the Research Committee "Sociology of Medicine" of the International Sociological Association, S. 60–68. Thieme, Stuttgart, 1976.
- Pflanz, Manfred 1977a: Gutachten: Früherkennung auf Risikofaktoren und Frühstadien von Herz- und Kreislaufkrankheiten. Eine Bestandsaufnahme. In: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Hrsg.): Herz-Kreislauf-Vorsorgeprogramme in der Bundesrepublik Deutschland, S. 58–103. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln-Lövenich, 1977.
- Pflanz, Manfred 1977b: Interview. Was hat die Krebsvorsorge gebracht? Münchner Medizinische Wochenschrift 119 (1977), S. 10–11.
- Pflanz, Manfred 1977c: Kosten-Nutzen-Analysen von Untersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung. Kritik eines Nichtökonom. In: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Hrsg.): Früherkennung bösartiger Neubildungen bei der Frau. Erfahrungsergebnisse der Krebsfrüherkennung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 68–77. Deutscher Ärzteverlag, Köln-Lövenich, 1977.
- Pflanz, Manfred 1977d: Rapid cost expansion in the health care system of the Federal Republic of Germany. Preventive Medicine 6 (1977), Heft 2, S. 290–301.
- Pflanz, Manfred 1977e: Die sozialpolitische Lage des Arztes. Jahrbuch für kritische Medizin 2 (1977), S. 7–13.
- Pflanz, Manfred 1978a: Epidemiologische Häufigkeitsziffern. Inzidenz und Prävalenz. Das Öffentliche Gesundheitswesen 40 (1978), S. 304–307.

- Pflanz, Manfred 1978b: Epidemiologische und psychosomatische Probleme der Hypertonie. In: Gessler, Ulrich (Hrsg.): Differentialdiagnose und Therapie der Hypertonie, S. 71–78. Aesopus Verlag, Lugano, München, 1978.
- Pflanz, Manfred 1978c: Erfolge im Kampf gegen den Herzinfarkt. *Universitas* 33 (1978), S. 253–260.
- Pflanz, Manfred 1978d: Hypertonie: Epidemiologische Fragen und Datenerfassung. In: Bock, Klaus D.; Hofmann, L.; Anlauf, Manfred (Hrsg.): Sozialmedizinische Probleme der Hypertonie in der Bundesrepublik Deutschland. Ein interdisziplinäres Gespräch: Essener Hypertonie-Kolloquium, Schloss Huguenpoet, 24./25. Juni 1977, S. 4–11. Thieme, Stuttgart, 1978.
- Pflanz, Manfred 1978e: Kritische Passagen wurden gestrichen. Die Zuverlässigkeit wissenschaftlicher Empfehlungen der Bundesärztekammer unter der Lupe. *Medical Tribune - Internationale Wochenzeitung - Ausgabe für Deutschland* 13 (1978), 44, 03. November 1978, S. 80–84.
- Pflanz, Manfred 1978f: Sex differences in abdominal illness. *Social Science and Medicine* 12 (1978), B, S. 171–176.
- Pflanz, Manfred 1978g: Wissenschaft im Spannungsfeld: Sozialmedizin. *Ärztliche Praxis* 30 (1978), Heft 3, S. 47–50.
- Pflanz, Manfred 1979a: Die Bluthochdruckprobleme und ihre Auswirkungen in der Sicht der heutigen Medizin. *Universitas* 34 (1979), S. 923–930.
- Pflanz, Manfred 1979b: Infarktprophylaxe: "Diättempfehlungen sind praxisfremd". Interview. *Ärztliche Praxis* 31 (1979), S. 18–20.
- Pflanz, Manfred 1979c: Vom Problemkind zum Wunderknaben. Entwicklung der Epidemiologie in der Bundesrepublik Deutschland. In: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen (Hrsg.): 5. Hauptversammlung der Vereinigung der Schulen für das öffentliche Gesundheitswesen in Europa. 26.-29. Sept. 1977, S. 93–102. Düsseldorf, 1979.
- Pflanz, Manfred 1980: Sozialmedizinische Aspekte der Appendizitis. *Therapiewoche* 30 (1980), S. 1857–1859.
- Pflanz, Manfred 1986: Sozialer Wandel und Krankheit. Ergebnisse und Probleme der medizinischen Soziologie. Ungekürzte Neuausgabe. Jürgen Cromm Verlag, Göttingen, 1986.
- Pflanz, Manfred; Bose, Hans-Jürgen von; Uexküll, Thure v. 1953: Untersuchungen zur pharmakologischen Beeinflussung der kleinsten Zeiteinheit ("Moment") der optischen Wahrnehmung. *Klinische Wochenschrift* 31 (1953), S. 1073–1075.

- Pflanz, Manfred; Hartmann, Fritz 1971: Klinisches und sozialwissenschaftliches Curriculum an der Medizinischen Hochschule Hannover. Arbeitskreis für Hochschuldidaktik, Hamburg, 1971.
- Pflanz, Manfred; Illig, Hansheiner; Uexküll, Thure v. 1952: Experimentelle Untersuchungen über die kleinste Zeiteinheit (Moment) der optischen Wahrnehmung. Pflügers Archiv 257 (1952), Heft 2, S. 121–136.
- Pflanz, Manfred; Lüth, Paul (Hrsg.) 1975: Die soziale Dimension in der Medizin. Eine Sammlung von Aufsätzen und Vorträgen. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1975.
- Pflanz, Manfred; Partzsch, Kurt; Jahn, Erwin 1971: Präsentation der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. Niedersächsisches Ärzteblatt 44 (1971), Heft 2, S. 34–48.
- Pflanz, Manfred; Rosenstein, Elsa; Uexküll, Thure v. 1956: Socio-psychological aspects of peptic ulcer. Journal of psychosomatic research 1 (1956), Heft 1, S. 68–74.
- Pflanz, Manfred; Schach, Elisabeth (Hrsg.) 1976: Cross-national sociomedical research. Concepts, methods, practice : a seminar convened by the Akademie für Sozialmedizin Hannover e. V. under the auspices of the Research Committee "Sociology of Medicine" of the International Sociological Association. Thieme, Stuttgart, 1976.
- Pflanz, Manfred; Siegrist, Johannes 1978: Basic assumptions in teaching medical sociology in medical schools: the case of West Germany. In: Nuyens, Yvo; Vansteenkiste, Janin (Hrsg.): Teaching medical sociology. retrospection and propection, S. 107–117. Martinus Nijhoff Social Sciences Division, Leiden, 1978.
- Pflanz, Manfred; Uexküll, Thure v. 1952: "Entlastung" als pathogenetischer Faktor. Ein Beitrag zum Problem der Begriffe "Belastung" und "Entlastung". Klinische Wochenschrift 30 (1952), S. 414–419.
- Pflanz, Manfred; Uexküll, Thure v. 1954: Begriff und Probleme der Stimmung im Rahmen der psychosomatischen Medizin. Psychologische Rundschau 5 (1954), S. 105–115.
- Pflanz, Manfred; Uexküll, Thure v. 1958: Guide to psychosomatic literature in Germany since 1945. Journal of psychosomatic research 3 (1958), Heft 1, S. 56–71.
- Pflanz, Manfred; Uexküll, Thure v. 1962: Psychosomatische Untersuchungen an Hochdruckkranken. Medizinische Klinik 57 (1962), Heft 9, S. 345–351.
- Pflanz, Manfred; Uexküll, Thure v.; Weimann, Georg 1953: Untersuchungen über die Befindungsweise im Fieber. Zeitschrift für klinische Medizin 152 (1953), Heft 3, S. 159–173.

Stokvis, Berthold; Pflanz, Manfred 1961a: Suggestion in der Medizin. Deutsche medizinische Wochenschrift 86 (1961), Heft 6, S. 237–243.

Stokvis, Berthold; Pflanz, Manfred 1961b: Suggestion in ihrer relativen zeitbedingten Begrifflichkeit, medizinisch und sozialpsychologisch betrachtet. Karger, Basel, 1961.

Sonstige Publikationen

Andree, Christian (Hrsg.) 2010: Virchow, Rudolf. Sämtliche Werke. Die medicinische Reform. Eine Wochenschrift erschienen vom 10. Juli 1848 bis zum 29. Juni 1849. Sämtliche Werke Medizin, Band 5. Georg Olms Verlag, Hildesheim, 2010.

Approbationsordnung für Ärzte 1970. In: Bundesgesetzblatt Teil I (1970), S. 1458–1478.

Asal, Sonja; Meyer, Annette (Hrsg.) 2020: Ernesto Grassi in München. Aspekte von Werk und Wirkung. Wilhelm Fink, Paderborn, 2020.

Baader, Gerhard 2005: Von der Sozialen Medizin und Hygiene über die Rassenhygiene zur Sozialmedizin (BRD) / Sozialhygiene (DDR). 100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland, S. 1–36. Berlin, 2005. <https://www.dgsmp.de/100-jahre/>.

Balmaceda-Harmelink, Ute 2007: Paul Lüth - eine Biographie. unter besonderer Berücksichtigung seines Beitrages für die theoretische und praktische Medizin, Dissertation, 2007.

Bauer, Eberhard 1998: Hans Bender und die Gründung des "Instituts für Grenzgebiete der Psychologie und Psychohygiene". In: Jahnke, Jürgen, Fahrenberg, Jochen; Stegic, Reiner; Bauer, Eberhard (Hrsg.): Psychologiegeschichte. Beziehungen zu Philosophie und Grenzgebieten. Passauer Schriften zur Psychologiegeschichte, Heft 12, S. 461–476. Profil, München, 1998.

Baumeyer, Franz 1971: Zur Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland. 60 Jahre Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse 17 (1971), Heft 3, S. 203–240.

Bauriedl, Thea; Brundke, Astrid (Hrsg.) 2008: Psychoanalyse in München. Eine Spurensuche. Bibliothek der Psychoanalyse. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2008.

Bekes, Peter; Frederking, Volker; Krommer, Alex (Hrsg.) 2010: Philos. Philosophieren in der Oberstufe. Schöningh-Schulbuch. Schöningh, Paderborn, 2010.

Benison Saul 1978: George Rosen: An appreciation. Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 33 (1978), Heft 3, S. 245–253.

- Benzenhöfer, Udo 2007: Der Arztphilosoph Viktor von Weizsäcker. Leben und Werk im Überblick. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2007.
- Bergmann, Gustav v. 1932: Funktionelle Pathologie. Eine klinische Sammlung von Ergebnissen und Anschauungen einer Arbeitsrichtung. Springer, Berlin, 1932.
- Beyer, Alfred; Winter, Kurt 1970: Lehrbuch der Sozialhygiene. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1970.
- Bleuler, Eugen 1925: Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. Carl Marhold, Halle a.S., 1925.
- Boberach, Heinz 1982: Jugend unter Hitler. Fotografierte Zeitgeschichte. Droste Verlag, Düsseldorf, 1982.
- Boor, Clemens de 1962-1963: Buchbesprechung. Stokvis B., Pflanz, M.: Suggestion. *Psyche* 16 (1962-1963), Heft 8, S. 839.
- Brocher, Tobias 1962-1963: Buchbesprechung. Pflanz, M.: Sozialer Wandel und Krankheit. *Psyche* 16 (1962-1963), Heft 8.
- Brocher, Tobias 2015: Gruppenberatung und Gruppendynamik. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, 2015.
- Brosig, Burkhard 2014: Von der Psychosomatik zur Friedensbewegung - Horst-Eberhard Richter im Kontext. Ein persönlicher Rückblick. In: Karl, Siegfried; Burger, Hans-Georg (Hrsg.): Frieden sichern in Zeiten des Misstrauens. Zur Aktualität von Martin Buber, Dag Hammarskjöld und Horst-Eberhard Richter. *Dialog leben*, S. 95–100. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2014.
- Carp, Eugène A. D. E. 1963: Dr. Berthold Stokvis. 24. März 1906 - 8. September 1963. *Acta Psychotherapeutica et Psychosomatica* 11 (1963), Heft 6, S. 399.
- Chakraborty, Trinad 2007: Institut für Medizinische Mikrobiologie. In: Roelcke, Volker (Hrsg.): Die Medizinische Fakultät der Universität Giessen von der Wiedegründung 1957 bis zur Gegenwart. Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen 1607 - 2007, Bd. 3, S. 83–87. Societäts-Verlag, Frankfurt/Main, 2007.
- Christian, Paul; Haas, Renate 1949: Wesen und Formen der Bipersonalität. Grundlagen für eine medizinische Soziologie. Enke, Stuttgart, 1949.
- Cocks, Geoffrey 1997: Psychotherapy in the Third Reich. The Göring Institute. Transaction Publishers, New Brunswick, 1997.
- Conrad, Peter 2007: Eliot Freidson's revolution in medical sociology. *Health* 11 (2007), Heft 2, S. 141–144.
- Cook, Christopher 2004: Oral history - Walter Holland. *Journal of public health* 26 (2004), Heft 2, S. 121–129.

- Council of Europe, European Public Health Committee 1974: Screening as a Tool of Preventive Medicine. Strasbourg, 1974.
- Deppe, Hans-Ulrich: 25 Jahre Medizinische Soziologie an der J.W. Goethe-Universität in Frankfurt am Main. Arbeitspapier aus der Abteilung für Medizinische Soziologie Nr. 18, S. 1–54.
- Deutsche Forschungsgemeinschaft 1967: Bericht der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Über ihre Tätigkeit vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 1967. Bonn, 1967.
- Deutsche Forschungsgemeinschaft 1970: Tätigkeitsbericht der DFG. Bonn, 1970.
- Deutsche Forschungsgemeinschaft 1971: Tätigkeitsbericht der DFG. Bonn, 1971.
- Deutsche Forschungsgemeinschaft 1972: Tätigkeitsbericht der DFG. Bonn, 1972.
- Deutsche Forschungsgemeinschaft 1973: Tätigkeitsbericht der DFG. Bonn, 1973.
- Deutsche Forschungsgemeinschaft 1974: Tätigkeitsbericht der DFG. Bonn, 1974.
- Deutsches Ärzteblatt 1979: Gewählt. Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin, e.V. Deutsches Ärzteblatt 76 (1979), Heft 1, S. 57.
- Deutsches Ärzteblatt 1980: Prof. Dr. med. Manfred Pflanz. Deutsches Ärzteblatt (1980), Heft 35, S. 2086.
- Deutsches Ärzteblatt 2013: Hans-Joachim Woitowitz. Anwalt der Patienten. Deutsches Ärzteblatt 110 (2013), Heft 22, S. 1111.
- Dietze, Carola 2001: "Nach siebzehnjähriger Abwesenheit...". Das Blaubuch. Ein Dokument über die Anfänge der Soziologie in Göttingen nach 1945 unter Helmuth Plessner. In: Klingemann, Carsten; Neumann, Michael; Rehberg, Karl-Siegbert et al. (Hrsg.): Jahrbuch für Soziologie-Geschichte 1997/98, S. 243–300. Leske + Budrich, Opladen, 2001.
- Ditfurth, Hoimar von 1957: Die affektiv-vegetative Kommunikation. Nervenarzt 28 (1957), Heft 103, S. 70.
- Drüll, Dagmar 2009: Heidelberger Gelehrtenlexikon 1933-1986. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, 2009.
- DUDEN: Suggestion. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Suggestion> (Abruf: 01.07.2020).
- Durkheim, Emile 1897: Le suicide. étude de sociologie. Alcan, Paris, 1897.
- EB 1987: Klaus-Dieter Haehn gestorben. Deutsches Ärzteblatt 84 (1987), Heft 3, A-96.
- Eckart, Wolfgang U.; Sellin, Volker; Wolgast, Eike (Hrsg.) 2006: Die Universität Heidelberg im Nationalsozialismus. Springer, Heidelberg, 2006.

- The Emeriti Association of California State University, Los Angeles 1982: Richard O. Nahrendorf. *The Emeritimes* 3 (1982), Heft 3, S. 3.
- Faculty Obituaries: A 'Classical Meritocrat'. Mark G. Field. <https://www.bu.edu/bostonia/summer16/faculty-obituaries/> (Abruf: 02.12.2020).
- Ferber, Christian v. 1975: Die Vertrauenskrise der Medizin - eine Herausforderung für die Hochschulen. Hat die Sozialmedizin jetzt eine Chance? *Soziale Sicherheit* 24 (1975), Heft 10, S. 297–303.
- Ferber, Christian v. 1986: Sozialmedizin und Medizinsoziologie in der Bundesrepublik. Erben einer großen Tradition im elfenbeinernen Turm. *Medizin Mensch Gesellschaft* 11 (1986), S. 180–186.
- Ferber, Christian v. 1989: Hat die Medizinsoziologie eine Chance? *Soziale Welt* 40 (1989), Heft 1, S. 269–282.
- Field, Mark G. 1983: RC 15 Sociology of Medicine. *isa bulletin* 33 (1983), S. 9–12.
- Firkowska-Mankiewicz, Anna 1989: Obituary: Magdalena Sokolowska [1922-1989]. *Social Science and Medicine* 29 (1989), Heft 10, S. 1145–1146.
- Forsbach, Ralf 2011: Die 68er und die Medizin. Gesundheitspolitik und Patientenverhalten in der Bundesrepublik Deutschland (1960-2010). *Medizin und Kulturwissenschaft. Bonner Beiträge zur Geschichte, Anthropologie und Ethik der Medizin*, Bd. 5. V & R Unipress, Göttingen, 2011.
- Freimüller, Tobias 2007: Alexander Mitscherlich. Gesellschaftsdiagnosen und Psychoanalyse nach Hitler. *Beiträge zur Geschichte des 20. Jahrhunderts*, Band 6. Wallstein-Verlag, Göttingen, 2007.
- Gallus, Alexander 2013: Helmut Schelsky. Der politische Anti-Soziologe. Wallstein Verlag GmbH, Göttingen, 2013.
- Gerhardt, Uta 1997: The Dilemma of Social Pathology. In: Porter, Dorothy (Hrsg.): *Social Medicine and Medical Sociology in the Twentieth Century*. The Wellcome Institute series in the history of medicine, Heft 43, S. 137–164. Rodopi, Amsterdam, 1997.
- Glaser, Kurt 1960: Vom Reichsgesundheitsrat zum Bundesgesundheitsrat. Ein Beitrag zur Geschichte des deutschen Gesundheitswesens. Schriftenreihe aus dem Gebiete des Öffentlichen Gesundheitswesens. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1960.
- Glasow, Matthias; Eckert, Lukas: Eintrag von "Hans Göbbels" im Hamburger Professorinnen- und Professorenkatalog. https://www.hpk.uni-hamburg.de/resolve/id/cph_person_00000604 (Abruf: 25.11.2020).
- Goddemeier, Christof 2005: Viktor E. Frankl. Willen zum Sinn. *Deutsches Ärzteblatt* PP 4 (2005), Heft 3, S. 113.

- Goebel, Eberhard 1981: *Ärzte aus der Retorte? Theoretische und empirische Untersuchungen zur Studienreform im Fach Humanmedizin in der Bundesrepublik Deutschland*, 50 = Ser. Studien zu Theorie u. Praxis d. Medizin). Pahl-Rugenstein Verlag, Köln, 1981.
- Gostomzyk, J. G. 2000: Die Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“ und der Wandel öffentlicher Gesundheit. *Das Gesundheitswesen* 62 (2000), Heft 1, S. 1–3.
- Gostomzyk, Johannes G. 1991: Sozialmedizin und Staat. *Das Öffentliche Gesundheitswesen* 53 (1991), Heft 11, S. 715–718.
- Gostomzyk, Johannes G. 1996: Sozialmedizin und öffentlicher Gesundheitsdienst. *Das Gesundheitswesen* 58 (1996), Sonderheft 3, 194-199.
- Gostomzyk, Johannes G. 2001: In Memoriam Hans Schaefer (1906-2000). Gründer der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention. *Das Gesundheitswesen* 63 (2001), S. 119–120.
- Gostomzyk, Johannes G. 2007: Prof. Dr. Walter Steuer: Vier Jahrzehnte Steuermann für öffentliche Gesundheit. *Das Gesundheitswesen* 69 (2007), 8-9, S. 424–426.
- Griefahn, Barbara; Brennecke, Ralph; Schwartz, Friedrich W. et al. 1988: Sozialmedizin als Lehrfach an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland. Vorschläge zur inhaltlichen und organisatorischen Gestaltung. *Sozial- und Präventivmedizin* 33 (1988), S. 56–59.
- Grosz-Ganzoni, Ita; Arx, Silvia von; Staub, Susanne 2014: Nachruf auf Dr. med. Margret Tönnemann. *Journal für Psychoanalyse* 55 (2014), S. 160–162.
- Grotjahn, Alfred 1912: *Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der menschlichen Krankheiten als Grundlage der sozialen Medizin und der sozialen Hygiene*. Verlag von August Hirschwald, Berlin, 1912.
- Grotjahn, Alfred 1923: *Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der Krankheiten als Grundlage der sozialen Hygiene*. Verlag von Julius Springer, Berlin, 1923.
- Grotjahn, Alfred 1925: *Leitsätze zur sozialen und generativen Hygiene. Sozialhygienische Abhandlungen, Band 3*. Verlagsbuchhandlung C. F. Müller, Karlsruhe, 1925.
- Grotjahn, Alfred 1926: *Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung. Versuch einer praktischen Eugenik*. Urban & Schwarzenberg, Berlin, 1926.
- Grunert, Johannes 1984: Zur Geschichte der Psychoanalyse in München. *Psyche* 38 (1984), Heft 7, S. 865–904.

- Gutmann, Thomas; Weischer, Christoph; Wittreck, Fabian (Hrsg.) 2017: Helmut Schelsky. Ein deutscher Soziologe im zeitgeschichtlichen, institutionellen und disziplinären Kontext - Interdisziplinärer Workshop zum 100. Geburtstag. Rechtstheorie, Beihefte, Band 22. Duncker & Humblot, Berlin, 2017.
- Häfner, Heinz 1981: In Memoriam: Manfred Pflanz. *Social psychiatry* 16 (1981), Heft 2, S. 53.
- Haupt, Werner 1991: Die deutschen Infanterie-Divisionen 1-50. Infanterie-, Jäger-, Volksgrenadierdivisionen 1921-1945. Podzun-Pallas, Friedberg/Hessen, 1991.
- Hausmann, Frank-Rutger 2006: Hans Bender (1907 - 1991) und das "Institut für Psychologie und Klinische Psychologie" an der Reichsuniversität Straßburg 1941 - 1944. *Grenzüberschreitungen*, Band 4. Ergon Verlag, Würzburg, 2006.
- Heintz, Peter 1958: Sozialer Wandel. In: König, René (Hrsg.): *Soziologie. Das Fischer-Lexikon*, Heft 10, S. 268–274. Fischer Bücherei, Frankfurt am Main, 1958.
- Hillebrandt, Frank 2017: Auf der Suche nach Wirkung. Zum Einfluss Helmut Schelskys auf die Soziologie. In: Gutmann, Thomas; Weischer, Christoph; Wittreck, Fabian (Hrsg.): *Helmut Schelsky. Ein deutscher Soziologe im zeitgeschichtlichen, institutionellen und disziplinären Kontext - Interdisziplinärer Workshop zum 100. Geburtstag. Rechtstheorie, Beihefte*, Heft 22, S. 243–257. Duncker & Humblot, Berlin, 2017.
- Historical Commission for the Medical Faculty of the Reichsuniversität Straßburg: *Medicine and National Socialism. Historical Commission for the Medical Faculty of the Reichsuniversität Straßburg, 1941-1944.* <https://dhvs.unistra.fr/en/research/historical-commission-for-the-medical-faculty-of-the-reichsuniversitaet-strassburg-1941-1944/> (Abruf: 22.04.2021).
- Hofer, Hans-Georg 2010: Medizin und Gesellschaft in Westdeutschland 1945-1970. Koordinaten, Kontexte, Korrelationen. *Medizinhistorisches Journal* 45 (2010), Heft 1, S. 1–23.
- Hofer, Hans-Georg 2014: Labor, Klinik, Gesellschaft. Stress und die westdeutsche Universitätsmedizin (1950–1980). *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History*, Online-Ausgabe 11 (2014), Heft 3.
- Hohberger, I.A.D. 1963: Dr. Berthold Stokvis. 24. März 1906 - 8. September 1963. *Acta Psychotherapeutica et Psychosomatica* 11 (1963), Heft 6, S. 400–402.
- Hohendorf, Gerrit 2014: The Sewering Affair. In: Roelcke, Volker; Topp, Sascha; Lepicard, Etienne (Hrsg.): *Silence, scapegoats, self-reflection. The shadow of Nazi*

- medical crimes on medicine and bioethics. V & R Academic, Bd. 59, S. 131–145. V & R Unipress, Göttingen, 2014.
- Hontschik, Bernd 1994: Theorie und Praxis der Appendektomie. Eine historische, psychosoziale und klinische Studie, Zugl.: Frankfurt am Main, Univ., Diss., 1987. Mabuse-Verlag Wissenschaft, Band 3. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 1994.
- Hontschik, Bernd 2012: Kurze Geschichte der Appendektomie. Mythen, Fakten, Perspektiven. Hans Marseille Verlag, München, 2012.
- Hoyer, Timo 2008: Im Getümmel der Welt. Alexander Mitscherlich - ein Porträt. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2008.
- Hubenstorf, Michael 2005: Sozialhygiene, Staatsmedizin, Public Health - Konzeptwandel oder deutscher Sonderweg? 100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland, S. 1–27. Berlin, 2005. <https://www.dgsmp.de/100-jahre/>.
- Hubenstorf, Michael; Milles, Dietrich; Rodriguez-Ocaña, Esteban 1984: Die Errungenschaften der Hygiene und der Medizin allen zugänglich machen! Die soziale Verantwortung des Arztes im bewegten Leben von Ludwig Teleky (1872-1957). In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz (Hrsg.): Beiträge zur Geschichte der Arbeiterkrankheiten und der Arbeitsmedizin in Deutschland. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz Sonderschrift, Heft 15, S. 459–472. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, 1984.
- Hueppe, Ferdinand 1899: Handbuch der Hygiene. Verlag von August Hirschwald, Berlin, 1899.
- Hundeshagen, Heinz 1979: Zum Tode von Gründungsrektor Dr. Rudolf Schoen. Hochschulinformation Medizinische Hochschule Hannover (1979), Heft 4, S. 1–2.
- Hundeshagen, Heinz; Franke-Stehmann, Wolfgang; Kabbara, Tarek 1980: Todesfälle. Hochschulinformation Medizinische Hochschule Hannover (1980), Heft 9, S. 1.
- Hünsche, Alexandra 2019: Gustav von Bergmann. Pionier einer Wissenschaft der Psychosomatik. V & R Unipress, Göttingen, 2019.
- Jahn, Erwin 1970: Die Aufgaben des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie (i.E.) des Bundesgesundheitsamtes. Bundesgesundheitsblatt 13 (1970), Heft 5, S. 57–59.
- Jefferys, Margot 1997: Social Medicine and Medical Sociology 1950-1970. The Testimony of a Partisan Participant. In: Porter, Dorothy (Hrsg.): Social Medicine and Medical Sociology in the Twentieth Century. The Wellcome Institute series in the history of medicine, Heft 43, S. 120–136. Rodopi, Amsterdam, 1997.

- Johach, Eva 2008: Krebszelle und Zellenstaat. Zur medizinischen und politischen Metaphorik in Rudolf Virchows Zellulärpathologie. Berliner Kulturwissenschaft, Band 5. Rombach Verlag, Freiburg i. Br., 2008.
- Kaup, Ignaz 1922: Ferdinand Hueppe. Münchner Medizinische Wochenschrift 69 (1922), S. 1547.
- Klee, Ernst (Hrsg.) 2011: Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945. Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt am Main, 2011.
- Klemperer, D. 2005: Shared Decision Making und Patientenzentrierung - vom Paternalismus zur Partnerschaft in der Medizin. Balint Journal 6 (2005), Heft 3, S. 71–79.
- Klönne, Arno 2013: Jugendliche Opposition im "Dritten Reich". Landeszentrale für politische Bildung, Erfurt, 2013.
- König, René 1958a: Probleme der Medizin-Soziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderheft 3 (1958), 1-9.
- König, René (Hrsg.) 1958b: Soziologie. Das Fischer-Lexikon, Band 10. Fischer Bücherei, Frankfurt am Main, 1958.
- Kozljanič, Robert J. 2003: Ernesto Grassi. Leben und Denken. Fink, München, 2003.
- Kronsbein, Hans-Jürgen 1982: Psychosomatische Medizin. Justus-Liebig-Universität Gießen: Gießener Universitätsblätter 15 (1982), Heft 3, S. 50–154.
- Künzel, Wolfgang; Tinneberg, Hans-Rudolf 2007: Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. In: Roelcke, Volker (Hrsg.): Die Medizinische Fakultät der Universität Giessen von der Wiedergründung 1957 bis zur Gegenwart. Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen 1607 - 2007, Bd. 3, S. 244–252. Societäts-Verlag, Frankfurt/Main, 2007.
- Labisch, Alfons 2018: Der "öffentliche Werth der Gesundheit". Oder: was bringt eine Gesellschaft dazu, gesund sein und bleiben zu wollen. Die historische Perspektive. In: Schmiedebach, Heinz-Peter (Hrsg.): Medizin und öffentliche Gesundheit. Konzepte, Akteure, Perspektiven. Schriften des Historischen Kollegs, Heft 98, S. 29–46. De Gruyter Oldenbourg, Berlin, Boston, 2018.
- Labisch, Alfons; Tennstedt, Florian 1985: Der Weg zum "Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen Gesundheitswesens in Deutschland. Schriftenreihe der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Band 1, 1985.

- Langen, Dietrich 1963: Buchbesprechung. Stokvis, B. und Pflanz, M.: Suggestion in ihrer relativen zeitbedingten Begrifflichkeit, medizinisch und sozialpsychologisch betrachtet. *Medizinische Welt* (1963), Heft 7, S. 392.
- Lehnert, Gerhard 2008: Helmut Valentin: Pionier der Arbeits- und Sozialmedizin. *Deutsches Ärzteblatt* 105 (2008), Heft 40, S. 2109.
- Lengwiler, Martin 2018: Prävention zwischen Staat und Subjekt. Der sozialmedizinische Aufbruch in der Bundesrepublik und auf internationaler Ebene (1960-1980). In: Schmiedebach, Heinz-Peter (Hrsg.): *Medizin und öffentliche Gesundheit. Konzepte, Akteure, Perspektiven*. Schriften des Historischen Kollegs, Heft 98, S. 115–130. De Gruyter Oldenbourg, Berlin, Boston, 2018.
- Locket, Regine 1985: *Erinnern und Durcharbeiten. Zur Geschichte der Psychoanalyse und Psychotherapie im Nationalsozialismus*. Fischer-Taschenbücher, Band 3852. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 1985.
- Locket, Regine 2010: DPV und DPG auf dem dünnen Eis der DGPT. Zur Beziehungsgeschichte von Deutscher Psychoanalytischer Vereinigung (DPV) und Deutscher Psychoanalytischer Gesellschaft (DPG) innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie (DGPT) bis 1967. *Psyche* 64 (2010), Heft 12, S. 1206–1242.
- Lohff, Brigitte 2001: Zum Tode von Professor Johann Jürgen Rohde. *MHHinfo Das Magazin der Medizinischen Hochschule Hannover* (2001), Heft 5, S. 45.
- Lohff, Brigitte (Hrsg.) 2005: *40 Jahre MHH. Eine Ausstellung der Abteilung Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin*. Hannover, 2005.
- Lux, Anna 2021: *Wissenschaft als Grenzwissenschaft. Hans Bender (1907-1991) und die deutsche Parapsychologie. Okkulte Moderne, Band 5*. De Gruyter Oldenbourg, München, Berlin, 2021.
- Macke-Bruck, Brigitte 2005: Uexküll, Thure von. In: Stumm, Gerhard; Pritz, Alfred; Gumhalter, Paul et al. (Hrsg.): *Personenlexikon der Psychotherapie*, S. 479–481. Springer, Vienna, 2005.
- Marx, Jens T.: *Die vertagten medizinischen Fakultäten zu Straßburg. In ihren historischen, politischen, universitätsinstitutionellen und wissenschaftlichen Kontexten 1538-1944*. Inauguraldissertation zur Erlangung des medizinischen Doktorgrades Ruprecht-Karls-Universität, Medizinische Fakultät Heidelberg, Heidelberg, 2008.
- McEwan, Peter J. M. 1967: Editorial. *Social Science and Medicine* 1 (1967), S. 1–5.

- MHHinfo 2014: Die Rektoren des ersten Jahrzehnts. MHHinfo Das Magazin der Medizinischen Hochschule Hannover (2014), 8-9.
- Milles, Dietrich 2005: Sozialhygiene, Soziale Medizin und deutsche Arbeiterbewegung. 100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland, S. 1–24. Berlin, 2005. <https://www.dgsmp.de/100-jahre/>.
- Mitscherlich, Alexander; Brocher, Tobias; Mering, Otto von et al. (Hrsg.) 1967: Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Neue wissenschaftliche Bibliothek, 22 : Soziologie. Kiepenheuer & Witsch, Köln, 1967.
- Moebius, Stephan 2015: René König und die "Kölner Schule". Eine soziologiegeschichtliche Annäherung. Springer VS, Wiesbaden, 2015.
- Moersch, Emma 1996: Forschung und Berufspolitik. Das Sigmund-Freud-Institut unter Clemens de Boor. In: Plänkers, Tomas; Laier, Michael; Otto, Hans-Heinrich et al. (Hrsg.): Psychoanalyse in Frankfurt am Main. Zerstörte Anfänge, Wiederannäherung, Entwicklungen, S. 413–449. edition diskord, Tübingen, 1996.
- Möhler, Rainer 2020: Die Reichsuniversität Straßburg 1940-1944. Eine nationalsozialistische Musteruniversität zwischen Wissenschaft, Volkstumspolitik und Verbrechen. Veröffentlichungen der Kommission für Geschichtliche Landeskunde in Baden-Württemberg. Reihe B, Forschungen. W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2020.
- Moser, Gabriele; Schleiermacher, Sabine 1996: Sozialhygiene und öffentliche Gesundheitspflege. Kontinuität und Diskontinuität in der deutschen Nachkriegsentwicklung. *Mabuse* 101 (1996), S. 23–25.
- Mosse, Max; Tugendreich, Gustav (Hrsg.) 1977 (1913): Krankheit und soziale Lage. Selbstverlag, Göttingen, 1977 (1913).
- Müller, Hans-Peter (Hrsg.) 2019: Das soziologische Genie und sein solides Handwerk. Studien zu Émile Durkheims Forschungsprogramm. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, 2019.
- Myers, Jerome K.; Straus, Robert 1989: A sociological profile of August B. Hollingshead. *Sociological inquiry* 59 (1989), Heft 1, S. 1–6.
- N.N. 1972a: Merkwürdige Krankheit. *Der Spiegel* 53 (1972), S. 80–82.
- N.N. 1972b: Schlechte Presse. *Der Spiegel* 51 (1972), S. 60–65.
- N.N. 1972c: Sozialmedizin: Lautlose Kräfte. *Der Spiegel* 22 (1972), S. 46.
- N.N. 1974: Was kann die Sozialmedizin leisten? Geldnot und Desinteresse hemmen die Methodenentwicklung - ÄP-Gespräch mit Professor M. Pflanz. *Ärztliche Praxis* 26 (1974), Heft 22, S. 1076–1079.

- N.N. 2005a: Josef Kurt Winter (Kurzbiographie). 100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland. Berlin, 2005. <https://www.dgsmp.de/100-jahre/>.
- N.N. 2005b: Paid Notice: Deaths Reader, Dr. George G. New York Times (2005), National edition, S. 35.
- Nahrendorf, Richard O. 1963: Book Review. Sozialer Wandel und Krankheit by Manfred Pflanz. *American Sociological Review* 28 (1963), Heft 4, S. 681.
- Neumann, Alexander; Oehler-Klein, Sigrid 2007: Physiologie in Bad Nauheim: Ein Angebot Hans Schaefers an die Wehrmacht. In: Oehler-Klein, Sigrid (Hrsg.): Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit: Personen und Institutionen, Umbrüche und Kontinuitäten. Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen, 1607 bis 2007 ; Band 2, S. 396–400. Steiner Verlag, Stuttgart, 2007.
- Neumann, Salomon 1983: Die öffentliche Gesundheitspflege im Staate des Eigenthumsrechts, ihre rechtliche Begründung und ihre zweckmäßige Organisation. Aus: Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigenthum. Kritisches und Positives mit Bezug auf die preußische Medizinalverfassungs-Frage. Berlin 1947, S. 63-112. In: Karbe, Karl-Heinz (Hrsg.): Salomon Neumann 1819-1908: Wegbereiter sozialmedizinischen Denkens und Handelns. Ausgewählte Texte. Sudhoffs Klassiker der Medizin, S. 87–120. Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1983.
- Niehoff, Jens-Uwe; Schneider, Frank 1992: Sozialhygiene - Das Ende einer akademischen Disziplin? Reflexionen zur Geschichte der Sozialhygiene der DDR. *Jahrbuch für kritische Medizin (= Argument-Sonderband 198)* 18 (1992), S. 54–80.
- Nuyens, Yvo 1978: Teaching medical sociology: retrospection and propection. In: Nuyens, Yvo; Vansteenkiste, Janin (Hrsg.): Teaching medical sociology. retrospection and propection, S. 3–12. Martinus Nijhoff Social Sciences Division, Leiden, 1978.
- Oehler-Klein, Sigrid; Roelcke, Volker (Hrsg.) 2007: Vergangenheitspolitik in der universitären Medizin nach 1945. Institutionelle und individuelle Strategien im Umgang mit dem Nationalsozialismus. Pallas Athene: Beiträge zur Universitäts- und Wissenschaftsgeschichte, Band 22. Franz Steiner, Stuttgart, 2007.
- Otte, Rainer 2001: Thure von Uexküll. Von der Psychosomatik zur integrierten Medizin. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 2001.
- Parsons, Talcott 1951: Illness and the role of the physician. a sociological perspective. *The American journal of orthopsychiatry* 21 (1951), Heft 3, S. 452–460.

- Petzold, Ernst R. 2010: Die Entdeckung der Bipersonalität. *Balint Journal* 11 (2010), Heft 03, S. 83–87.
- Platt, Jennifer 1998: History of ISA. 1948 - 1997. International Sociological Association / ISA, Madrid, 1998.
- Porter, Dorothy 1997: The Decline of Social Medicine in Britain in the 1960s. In: Porter, Dorothy (Hrsg.): *Social Medicine and Medical Sociology in the Twentieth Century*. The Wellcome Institute series in the history of medicine, Heft 43, S. 97–119. Rodopi, Amsterdam, 1997.
- Reader, George G.; Goss, Mary E. 1959: The Sociology of Medicine. In: Merton, Robert K. (Hrsg.): *Sociology today. problems and prospects*, S. 229–246, 1959.
- Regneri, Günter 2011: Salomon Neumann. Sozialmediziner - Statistiker, Stadtverordneter. *Jüdische Miniaturen*, Band 107. Hentrich & Hentrich, Berlin, 2011.
- Rieger, Monika; Drexler, Hans; Hildenbrand, Sibylle 2016: Friedrich Wilhelm Schmahl. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie* 66 (2016), Heft 1, S. 55–56.
- Riemann, Fritz 1973: Fritz Riemann *1902. In: Pongratz, Ludwig J. (Hrsg.): *Psychotherapie in Selbstdarstellungen*, S. 346–376. Hans Huber Verlag, Bern, 1973.
- Riemann, Fritz 2003: *Grundformen der Angst. Eine tiefenpsychologische Studie*. Ernst Reinhardt Verlag, München, 2003.
- Robra, Bernt-Peter 2018: Verleihung der Salomon-Neumann-Medaille 2017 – Rede des Preisträgers Prof. Bernt-Peter Robra am 5. September 2017 in der St.-Petri-Kirche zu Lübeck. *Das Gesundheitswesen* 80 (2018), Heft 7, S. 594–597.
- Robra, Bernt-Peter 2020: Manfred Pflanz (1923–1980), Versorgungsforscher – sein früher Beitrag zur Versorgungsepidemiologie der Appendektomie. *Das Gesundheitswesen* 82 (2020), Heft 7, S. 607–613.
- Roelcke, Volker 2004: *Psychotherapy between Medicine, Psychoanalysis, and Politics. Concepts, Practices, and Institutions in Germany, c. 1945-1992*. *Medical History* 48 (2004), Heft 4, S. 473–492.
- Roelcke, Volker 2008: Rivalisierende "Verwissenschaftlichung des Sozialen". *Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie im 20. Jahrhundert*. In: Reulecke, Jürgen; Roelcke, Volker (Hrsg.): *Wissenschaften im 20. Jahrhundert: Universitäten in der modernen Wissenschaftsgesellschaft*. Geschichte, 131-148. Steiner, Stuttgart, 2008.
- Roelcke, Volker 2012a: *Medizin im Nationalsozialismus - Radikale Manifestation latenter Potentiale moderner Gesellschaften? Historische Kenntnisse, aktuelle Implikationen*.

- In: Fangerau, Heiner; Polianski, Igor J. (Hrsg.): Medizin im Spiegel ihrer Geschichte, Theorie und Ethik. Schlüsselthemen für ein junges Querschnittsfach. Kulturanamnesen, Heft 4, S. 35–50. Steiner, Stuttgart, 2012.
- Roelcke, Volker 2012b: Psychotherapie in Westdeutschland nach 1945. Brüche, Kontinuitäten, Thematisierungen und Reflexionen zur nationalsozialistischen Vergangenheit. *Psychotherapeut* 57 (2012), Heft 2, S. 103–112.
- Roelcke, Volker 2013: Die universitäre Etablierung von psychosomatischer Medizin und Psychotherapie in der Nachkriegszeit. Oder: Wo bleibt der Mensch in der Medizin. *psychosozial* 36 (2013), II (Nr. 132), S. 121–128.
- Roelcke, Volker 2019: Thure von Uexküll oder wie führt man einen Paradigmenwechsel in der Medizin herbei. In: Geisthövel, Alexa; Hitzer, Bettina (Hrsg.): Auf der Suche nach einer anderen Medizin. *Psychosomatik im 20. Jahrhundert. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft*, Heft 2264, S. 289–299. Suhrkamp, Berlin, 2019.
- Roelcke, Volker 2021: Biografie, sozialer Kontext und Körper im Experiment: Evidenz durch integrierte Methodik am Beispiel der Blutdruckforschung bei Thure von Uexküll. *NTM Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin* 29 (2021), Heft 4, S. 475–506.
- Rohde, Johann J. 1962: *Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin.* Enke, Stuttgart, 1962.
- Rohde, Johann J. 1980: Zum Tode von Professor Dr. Manfred Pflanz. *Hochschulinformation Medizinische Hochschule Hannover* (1980), Heft 9, S. 1–2.
- Rohde, Johann J. 1985: Öffentliche Gesundheitspflege. Entwicklung, Bestand und Perspektiven (1967-1985). In: Der Rektor der Medizinischen Hochschule Hannover (Hrsg.): *Medizinische Hochschule Hannover 1965-1985*, S. 200–206. Hannover, 1985.
- Rohde, Johann J.; Schwartz, Friedrich W. 1985: Epidemiologie und Sozialmedizin. In: Der Rektor der Medizinischen Hochschule Hannover (Hrsg.): *Medizinische Hochschule Hannover 1965-1985*, S. 206–208. Hannover, 1985.
- Rosen, George 1975: Die Entwicklung der sozialen Medizin. In: Deppe, Hans-Ulrich; Regus, Michael (Hrsg.): *Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte*, S. 74–131. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1975.
- Rosen, George 1977: Was ist Sozialmedizin? Analyse der Entstehung einer Idee (1947). In: Lesky, Erna (Hrsg.): *Sozialmedizin. Entwicklung und Selbstverständnis. Wege der Forschung*, Heft 273, S. 283–354. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 1977.

- Sander, Kathrin 2012: Organismus als Zellenstaat. Rudolf Virchows Körper-Staat-Metapher zwischen Medizin und Politik. Neuere Medizin- und Wissenschaftsgeschichte, Band 28. Centaurus Verlag & Media UG, Freiburg, 2012.
- Schaefer, Hans 1963: Buchbesprechung. Sozialer Wandel und Krankheit. Medizinische Welt (1963), Heft 18, S. 1045–1046.
- Schaefer, Hans; Blohmke, Maria 1978: Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin mit Schlüssel zum Gegenstandskatalog. Thieme, Stuttgart, 1978.
- Schaefer, Hans; Gostomzyk, Johannes G. 1996: Zur frühen Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM). Das Gesundheitswesen 58 (1996), Sonderheft 3, S. 157–158.
- Schaefer, Hans; Schoen, Rudolf 1954a: Probleme der medizinischen Universitätsausbildung. Ärztliche Mitteilungen (1954), 20-21.
- Schaefer, Hans; Schoen, Rudolf 1954b: Probleme der medizinischen Universitätsausbildung. I. Teil. Ärztliche Mitteilungen 39 (1954), Heft 20, S. 669–684.
- Schäfer, M. L. 2002: Zur Geschichte des Neurastheniekonzeptes und seiner modernen Varianten Chronic-Fatigue-Syndrom, Fibromyalgie sowie Multiple Chemische Sensitivität. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 70 (2002), Heft 11, S. 570–582.
- Schäfer, Thomas 2006: Laudatio zum 70. Geburtstag von Prof. Dr. Siegfried Schach. GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie 2 (2006), Heft 3, S. 3–4.
- Schäfer, Eberhard 1990: In memoriam Prof. Dr. Ernst Kretschmer und Prof. Dr. med. Dietrich Langen. In: Diehl, Bernhard J. M.; Miller; Theres (Hrsg.): Moderne Suggestionsverfahren. Hypnose. Autogenes Training. Biofeedback. Neurolinguistisches Programmieren., S. 1–5. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 1990.
- Schagen, Udo 2002: Reformen auf dem Papier - Studium der Humanmedizin in der Bundesrepublik Deutschland seit 1970. In: Bollinger, Heinrich; Gerlinger, Thomas (Hrsg.): Qualifizierung und Professionalisierung. Kritische Medizin im Argument, Heft 37, S. 7–23. Argument-Verl., Hamburg, 2002.
- Schagen, Udo 2005: Sozialmedizin - verdrängter Lehrinhalt im Medizinstudium. 100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland. Berlin, 2005. <https://www.dgsmp.de/100-jahre/>.
- Schagen, Udo; Schleiermacher, Sabine 2005a: Biographie Manfred Pflanz. 100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland. Berlin, 2005. <https://www.dgsmp.de/100-jahre/>.

- Schagen, Udo; Schleiermacher, Sabine 2005b: Soziale Medizin im 20. Jahrhundert: Leitideen und Perspektiven einer wissenschaftlichen Disziplin zwischen Aufbruch und Anpassung. Eine Einleitung. 100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland. Berlin, 2005. <https://www.dgsmp.de/100-jahre/>.
- Schagen, Udo; Schleiermacher, Sabine 2006: 100 Jahre soziale Medizin in Deutschland. Das Gesundheitswesen 68 (2006), S. 85–93.
- Scheuch, Erwin K. 1998: Wissenschaft - Anwendung - Publizistik. Drei Leben als Sozialwissenschaftler. In: Bolte, Karl M.; Neidhardt, Friedhelm (Hrsg.): Soziologie als Beruf. Erinnerungen westdeutscher Hochschulprofessoren der Nachkriegsgeneration. Soziale Welt. Sonderband, Heft 11, S. 233–266. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1998.
- Schleicher, Marilene 1997: Die ärztliche Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklungen - Gegenwärtige Lage - Vorstellungen für die Zukunft. Deutsches Ärzteblatt 94 (1997), Heft 14, A-906 - A-911.
- Schleiermacher, Sabine 2010: Die Rockefeller Foundation und ihr Engagement bei einer Neuorientierung von Medizin und Public Health in Deutschland in den 1950er Jahren. Medizinhistorisches Journal 45 (2010), Heft 1, S. 43–65.
- Schmidt, Klaus L. 2002: Victor Rudolf Ott (1914-1986). Europäischer Schrittmacher und Kämpfer. Zeitschrift für Rheumatologie 61 (2002), Heft 4, 469-482.
- Schmidt, Mathias; Groß, Dominik; Westemeier, Jens (Hrsg.) 2018: Die Ärzte der Nazi-Führer. Karrieren und Netzwerke. Medizin und Nationalsozialismus, Band 5. LIT, Berlin, Münster, 2018.
- Schneider, Joachim 2015: Laudatio auf Professor (em.) Dr. med. Hans-Joachim Weitowitz. Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie 65 (2015), Heft 6, S. 299–300.
- Schoen, Rudolf 1965: Die große, einmalige Chance der Neugründung. In: Gesellschaft der Freunde der Medizinischen Hochschule Hannover eV (Hrsg.): Feierliche Eröffnung der Medizinischen Hochschule Hannover am 17. Mai 1965, S. 26–31. Hannover, 1965.
- Schwartz, Friedrich W. 2005: Von der "medizinischen Polizey" zu den Gesundheitswissenschaften: zum Verhältnis von Gesundheitsexperten und Staat. 100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland, S. 1–23. Berlin, 2005. <https://www.dgsmp.de/100-jahre/>.
- Segre, Sandro 2012: Talcott Parsons. An Introduction. University Press of America, Lanham, 2012.

- Sokolowska, Magda 1981: Manfred Pflanz (1923-1980). A personal account of admiration and sorrow. *Social Science and Medicine* 15C (1981), S. 125–127.
- Soziologisches Institut der Universität Zürich: Prof. Dr. Peter Heintz. <https://www.suz.uzh.ch/de/institut/aboutus/emeriti/heintz.html> (Abruf: 03.05.2019).
- Steegmann, Robert 2010: Das Konzentrationslager Natzweiler-Struthof und seine Außenkommandos an Rhein und Neckar 1941 - 1945. Metropol Verlag & La Nuée Bleue, Berlin, 2010.
- Stöckel, Sigrid 1996: Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Das Beispiel Berlins im Kaiserreich und in der Weimarer Republik. Veröffentlichungen der Historischen Kommission zu Berlin, v.91. De Gruyter, Berlin, 1996.
- Stöckel, Sigrid 2005: Sozialmedizin im Spiegel ihrer Zeitschriftendiskurse. Von der Monatsschrift für soziale Medizin bis zum Öffentlichen Gesundheitsdienst. 100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland, S. 1–35. Berlin, 2005. <https://www.dgsmp.de/100-jahre/>.
- Stokvis, Berthold 1937: Hypnose, Psyche en Bloeddruk. Tijdstroom, Lochem, 1937.
- Stokvis, Berthold 1938: Zur Psychologie des Suggestionvorganges. *Monatsschrift für Psychologie und Neurologie* 100 (1938), Heft 4, S. 237–240.
- Straus, Robert 1957: The Nature and Status of Medical Sociology. *American Sociological Review* 22 (1957), Heft 2, S. 200.
- Straus, Robert 1999: Medical Sociology: A Personal Fifty Year Perspective. *Journal of Health and Social Behavior* 40 (1999), Heft 2, S. 103.
- Stürz, Henning 2007: Klinik für Orthopädie. In: Roelcke, Volker (Hrsg.): Die Medizinische Fakultät der Universität Giessen von der Wiedergründung 1957 bis zur Gegenwart. Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen 1607 - 2007, Bd. 3, S. 61–67. Societäts-Verlag, Frankfurt/Main, 2007.
- Tessin, Georg 1973: Verbände und Truppen der deutschen Wehrmacht und Waffen-SS im Zweiten Weltkrieg 1939-1945. Die Landstreitkräfte 131-200, Band 7. Biblio-Verlag, Osnabrück, 1973.
- Tewes, Uwe: Über mich. <http://www.prof-dr-tewes.de/über-mich/> (Abruf: 30.11.2020).
- Toellner, Richard 1989: Ärzte im Dritten Reich. Wortlaut des Vortrages, gehalten auf der 1. Plenarsitzung des 92. Deutschen Ärztetages in Berlin. *Deutsches Ärzteblatt* 86 (1989), Heft 33, A2271-A2279.
- Tönnesmann, Margret 1958: Einige Aspekte zur Entwicklung der einer Medizin-Soziologie und Sozialpsychologie in Deutschland. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderheft* 3 (1958), S. 294–336.

- Tschuschke, Volker; Tress, Wolfgang 2011: Helmut Enke - Ein Nachruf. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 57 (2011), Heft 3, S. 299–301.
- Ueberschär, Gerd R. 1984: Das Scheitern des Unternehmens "Barbarossa". Der deutsch-sowjetische Krieg vom Überfall bis zur Wende vor Moskau im Winter 1941/42. In: Ueberschär, Gerd R.; Wette, Wolfram (Hrsg.): "Unternehmen Barbarossa". Der deutsche Überfall auf die Sowjetunion 1941. Sammlung Schöningh zur Geschichte und Gegenwart, S. 141–172. Ferdinand Schöningh, Paderborn, 1984.
- Uexküll, Jakob v. 1920: Theoretische Biologie. Paetel, Berlin, 1920.
- Uexküll, Jakob v. 1940: Bedeutungslehre. J. A. Barth, Leipzig, 1940.
- Uexküll, Thure v. 1958: Was kann eine Spezialdisziplin "Soziologische Medizin" für eine allgemeine Medizin leisten? Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderheft 3 (1958), S. 58–79.
- Uexküll, Thure v. 1963: Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, 1963.
- Universitätsklinikum Düsseldorf: Prof. Dr. J. Siegrist. <https://www.uniklinik-duesseldorf.de/patienten-besucher/klinikeninstitutezentren/institut-fuer-medizinische-soziologie/team/seniorprofessorship-work-stress-research/prof-dr-j-siegrist> (Abruf: 12.02.2020).
- University of Connecticut: About Us | School of Medicine. <https://medicine.uconn.edu/about-us/#> (Abruf: 04.12.2020).
- University of Connecticut: History | Department of Public Health Sciences. <https://health.uconn.edu/public-health-sciences/about-us/history/> (Abruf: 04.12.2020).
- van Bentinck Schoonheten, Anna 2020: Karl Abraham: Leben und Werk. Bibliothek der Psychoanalyse. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2020.
- Virchow, Rudolf 1849: Mittheilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie. Die Mittel gegen die Krankheit. Archiv für Pathologische Anatomie und Physiologie und für Klinische Medicin 2 (1849), Heft 2, S. 291–322.
- Virchow, Rudolf 2010: Die öffentliche Gesundheitspflege. Die medicinische Reform No. 5, Freitag den 4. August 1848. Berlin. In: Andree, Christian (Hrsg.): Virchow, Rudolf. Sämtliche Werke. Die medicinische Reform. Eine Wochenschrift erschienen vom 10. Juli 1848 bis zum 29. Juni 1849. Sämtliche Werke Medizin, Heft 5, S. 21–22. Georg Olms Verlag, Hildesheim, 2010.

- Vollnhals, Clemens (Hrsg.) 1991: Entnazifizierung. Politische Säuberung und Rehabilitierung in den vier Besatzungszonen 1945-1949. dtv Dokumente. Deutscher Taschenbuch Verlag, München, 1991.
- Walter, Ulla 1995: Entwicklung von Public Health in Deutschland im Überblick. Public Health Forum 3 (1995), Heft 10, S. 6–7.
- Weber, A.; Strebl, H.; Lehnert, Gerhard 1995: Sozialmedizin 2000. Ein Fach auf der Suche nach seiner Identität. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin 30 (1995), S. 440–450.
- Wechsler, Patrick 2005: La Faculté de Medecine de la "Reichsuniversität Straßburg" (1941-1945) à l'heure nationale-socialiste. Freiburg i. Br., 2005.
- Weidinger, Anton 1974: Unberechtigte Vorwürfe gegen die deutschen Chirurgen. Deutsches Ärzteblatt 71 (1974), Heft 5, S. 307–312.
- Weidler, Eric: Wir über uns (AFS) – Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. <https://www.gesundheit-nds.de/index.php/aboutus/about-us-afs> (Abruf: 09.12.2020).
- Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer 1978: Risikofaktoren, Nahrungsfette und degenerative Herz- und Gefäßerkrankungen. Deutsches Ärzteblatt 75 (1978), Heft 39, A-2193 - 2194.
- Wöhrle, Patrick 2015: Zur Aktualität von Helmut Schelsky. Einleitung in sein Werk. Springer VS, Fachmedien [Germany], Wiesbaden [Germany], 2015.
- Woitowitz, Hans-Joachim 1982: Arbeits- und Sozialmedizin. Gießener Universitätsblätter 153 (1982), S. 53–56.
- Wolff, Harold G. 1947: Protective reaction patterns and disease. Annals of internal medicine 27 (1947), Heft 6, S. 944–969.
- Wulf, Andreas 2001: Der Sozialmediziner Ludwig Teleky (1872 - 1957) und die Entwicklung der Gewerbehygiene zur Arbeitsmedizin. Mabuse-Verlag Wissenschaft, Band 52. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main, 2001.
- Yerushalmy, Jacob; Palmer, Carroll E. 1959: On the methodology of investigations of etiologic factors in chronic diseases. Journal of chronic diseases 10 (1959), Heft 1, S. 27–40.
- Zeidler, Henning; Manns, Michael 2007: Die MHH trauert um ihren »geistigen Vater«. Prof. Dr. Fritz Hartmann starb im Alter von 86 Jahren. MHHinfo Das Magazin der Medizinischen Hochschule Hannover (2007), Heft 2, S. 46–47.
- Zorn, Stefan 2015: Auf zu neuen Ufern. In: 50 Jahre MHH, S. 10–11, 2015.

10. Anhang

10.1 Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten von Manfred Pflanz

Zunächst werden die Publikationen von Pflanz als Alleinautor in chronologischer Reihenfolge genannt, Monographien werden gesammelt aufgeführt. Im Anschluss folgen Publikationen mit weiteren Autoren in alphabetischer Reihenfolge des jeweiligen Mitautors.

Publikationen, die das bisher vorliegende Verzeichnis aus dem Anhang der Neuauflage von Pflanz' Werk „Sozialer Wandel und Krankheit“ aus dem Jahr 1986 ergänzen, sind mit einem Stern (*) gekennzeichnet.

Monographien

1. Suggestion in ihrer relativen zeitbedingten Begrifflichkeit, medizinisch und sozialpsychologisch betrachtet. Mit Berthold Stokvis. Karger, Basel, 1961.
2. Sozialer Wandel und Krankheit. Ergebnisse und Probleme der medizinischen Soziologie. Enke, Stuttgart, 1962.
Ungekürzte Neuausgabe. Jürgen Cromm Verlag, Göttingen, 1986.
3. Klinisches und sozialwissenschaftliches Curriculum an der Medizinischen Hochschule Hannover. Mit Fritz Hartmann. Arbeitskreis für Hochschuldidaktik, Hamburg, 1971.
4. Die soziale Dimension in der Medizin. Eine Sammlung von Aufsätzen und Vorträgen. Hrsg. von Paul Lüth. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1975.
5. Allgemeine Epidemiologie. Thieme, Stuttgart, 1973.

Publikationen als Alleinautor

6. Studie zur funktionellen Biologie des Wasserhaushaltes. Dissertation. München, 1948.
7. Forderungen des jungen Mediziners an eine künftige Psychohygiene. In: Pfister-Ammende, Maria (Hrsg.): Die Psychohygiene, S. 384–389. Hans Huber, Bern, 1949.
8. Klinische Erfahrungen mit Aureomycin. Berliner medizinische Zeitschrift 1 (1950), 27/28, 709-713.
9. Erfahrungen mit der Anwendung des Aureomycin bei inneren Krankheiten. Münchner Medizinische Wochenschrift 93 (1951), Heft 5, 233-239.
10. Streptokinase und Streptodornase. Deutsches medizinisches Journal 3 (1952), S. 81–82.

11. Zur Verteidigung des Unfallneurotikers. *Die Heilkunst* 65 (1952), Heft 1, S. 22–26.
12. Der Einfluß rhythmischer Sinnesreize auf den Organismus. *Deutsches medizinisches Journal* 4 (1953), S. 579–582.
13. Übersicht über die wichtigste deutschsprachige Nachkriegsliteratur auf den Gebieten Psychosomatik, Psychotherapie und Orthopädagogik. *Acta psychotherapeutica, psychosomatica et orthopaedagogica* 1 (1953), S. 83–92.
14. Weitere Untersuchung zur pharmakologischen Beeinflussung der kleinsten Zeiteinheit ("Moment") der optischen Wahrnehmung. *Klinische Wochenschrift* 32 (1954), S. 704–705.
15. Zur Methodenlehre der Pharmakopsychologie. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie* 2 (1954), S. 514–551.
16. Der gegenwärtige Stand der Psychosomatik in Deutschland. *Acta psychotherapeutica, psychosomatica et orthopaedagogica* 3 (1955), S. 164–174.
17. Morbus Besnier-Boeck-Schaumann (Sarcoidose). *Deutsches medizinisches Journal* 6 (1955), Heft 3, S. 125–126.
18. Aufgaben und Ziele sozialwissenschaftlicher Forschung in der Medizin. *Der öffentliche Gesundheitsdienst* 18 (1956), Heft 8, S. 319–327.
19. Gibt es Psychoseantagonisten? *Deutsches medizinisches Journal* 7 (1956), S. 581–583.
20. Technik und Grenzen des doppelt-blinden Versuchs. *Die Medizinische Welt* 36 (1956), S. 1235–1238.
21. Pharmakopsychologie und Psycho-somatische Medizin. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 4 (1957), 35-42.
22. Die epidemiologische Methode in der medizinischen Soziologie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie Sonderheft* 3 (1958), S. 134–149.
Auch in: *Hippokrates* 32 (1961), S. 925-933.
23. Entstehung und Bedeutung von Vorstellungen über die Ursachen der Krankheiten. *Acta psychotherapeutica, psychosomatica et orthopaedagogica* 6 (1958), S. 156–168.
24. Suggestion als zwischenmenschlicher Grundvollzug. *Nervenarzt* 29 (1958), Heft 2, S. 71–74.
25. Über ätiologische Vorstellungen. *Die medizinische Welt* 1 (1958), S. 52–55.

26. Arzneimittelbehandlung und Psychotherapie. Europäische Gesichtspunkte. In: Frankl, Viktor E.; Gebattel, Victor E. von; Schultz, Johannes H. (Hrsg.): Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, S. 242–251. Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, 1959.
27. Mitteleuropa. Gegenwärtiger Stand und Entwicklungstendenzen der Neurosenlehre und Psychotherapie. In: Frankl, Viktor E.; Gebattel, Victor E. von; Schultz, Johannes H. (Hrsg.): Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, S. 35–81. Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, 1959.
28. * Auf den Spuren Ernst Jüngers. Die Therapie des Monats 9 (1959), Heft 6, S. 226–263.
29. Psychopharmakologie in der Grundlagenforschung der Psycho-somatischen Medizin. Zeitschrift für psycho-somatische Medizin 6 (1959), Heft 1, S. 23–29.
30. Psychisch wirksame Medikamente in der Praxis. Therapie der Gegenwart 99 (1960), Heft 4, S. 195–199.
31. Psychopharmacology in the psychosomatic fundamentals. Advances in psychosomatic medicine 1 (1960), S. 5–15.
32. Soziokulturelle Faktoren und psychische Störungen. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 28 (1960), Heft 9, S. 471–508.
33. Wie und wann verwende ich Psychopharmaka in der Praxis? Die Therapie des Monats 10 (1960), Heft 7, 307-313.
34. Die ärztliche Tätigkeit in soziologischer Sicht. Ärztliche Mitteilungen 46 (1961), Heft 22, S. 1263–1268.
35. Methodologische Überlegungen zur psychopharmakologischen Beeinflussung der Psychomotorik, der Psychosensorik, der Leistung und der Intelligenz. Revue de Psychologie Appliquée 11 (1961), S. 387–401.
36. Münchhausen-Syndrom. Deutsche medizinische Wochenschrift 86 (1961), Heft 48, S. 2323–2327.
37. Sociocultural factors and psychosomatic affections. Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry Nr. 2. World Congress of Psychiatry, Montreal, 1961.
38. Zur Epidemiologie der Hypertonie. Fragestellung, Methodik und Ergebnisse epidemiologischer Blutdruckuntersuchungen. Zeitschrift für Kreislauf-Forschung 50 (1961), S. 464–476.
39. Medizinisch-soziologische Aspekte der Fettsucht. Psyche 16 (1962), Heft 10, S. 579–591.

40. Soziokulturelle Faktoren und innere Erkrankungen. *Der Internist* 3 (1962), Heft 2, S. 80–85.
 41. * Buchbesprechung. Rohde, J. J.: *Soziologie des Krankenhauses*, Zur Einführung in die Soziologie der Medizin 1962. *Medizinische Welt* (1963), Heft 20, S. 1140.
 42. Differentialdiagnostischer Wert klassischer Beschwerdesymptome bei Magenkranken. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung* 52 (1963), Heft 5, S. 319–321.
 43. Internationale Blutdruckstudien. *Die Therapie des Monats* 13 (1963), S. 73–77.
 44. Medizin-soziologischer Beitrag zur Hochdruckforschung. *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Innere Medizin* 69 (1963), S. 500–510.
 45. Soziale Umwelt und Kranksein. *Berliner Ärzteblatt* 76 (1963), S. 11–14.
 46. Sozialer Wandel und Krankheit. *Therapie der Gegenwart* 102 (1963), Heft 1, S. 6–12.
 47. Der Entschluß, zum Arzt zu gehen. *Hippokrates* 35 (1964), Heft 22, S. 894–897.
 48. Der unklare Fall. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 106 (1964), Heft 38, S. 1649–1655.
 49. Krankheit und Kultur. *Hippokrates* 35 (1964), Heft 9, S. 362–365.
 50. Der Apotheker als Berater in Gesundheitsbelangen? *Berliner Ärzteblatt* 78 (1965), S. 1370–1379.
 51. Epidemiologie der Hypertonie. *Asklepios* 6 (1965), S. 363–366.
 52. Ernährung und Blutdruck. *Lebensversicher.-Med* 17 (1965), S. 79–92.
 53. Gesundheitsverhalten. *Mensch und Medizin* 6 (1965), S. 173-175, 186.
- Auch in: Mitscherlich, Alexander; Brocher, Tobias; Mering, Otto von et al. (Hrsg.): *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. Neue wissenschaftliche Bibliothek 22 Soziologie, S. 283–289. Kiepenheuer & Witsch, Köln, 1967.
55. Neue Ergebnisse auf dem Gebiet der Epidemiologie des Blutdruckes. Ein Symposium in Chicago, Februar 1964. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 107 (1965), Heft 2, S. 99–102.
 56. Sozialanthropologische Aspekte der Anorexia nervosa. In: Meyer, J.-E.; Feldmann, H. (Hrsg.): *Anorexia nervosa*, S. 146–150. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1965.
 57. Soziologische Aspekte psychotischer Störungen. Vortrag, gehalten auf der 7. Psychiatertagung. Süchteln, 1965.

58. Die Bedeutung soziologischer Methoden in der klinischen Medizin. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 60 (1966), Heft 10, S. 624–630.
59. Sozialmedizin, Epidemiologie und Medizin-Soziologie in den Vereinigten Staaten. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene 1 (1966), Heft 11, S. 382–386.
60. * Buchbesprechung. Mukerji, G. S., und Spiegelhoff, W.: Yoga und unsere Medizin. Ärztliche Anleitungen zu Yoga Übungen. Hippokrates, Stuttgart (1963). Fortschritte der Medizin 85 (1967), Heft 21, S. 928.
61. * Diskussionsbeiträge. In: Stamler, J.; Stamler, R.; Pullman T.N. (Hrsg.): The epidemiology of hypertension. Grune & Stratton, New York, 1967.
62. Ernährung und Blutdruck. Fortschritte der Medizin 85 (1967), Heft 7, S. 267–271.
63. Ernährungssitten und Ernährungsberatung. In: Blanckenburg, P. v.; Cremer, H.-D (Hrsg.): Handbuch der Landwirtschaft und Ernährung in den Entwicklungsländern, S. 576–594. Eugen Ulmer Verlag, Stuttgart, 1967.
64. Quo vadis medicina. aus der Sicht der Sozialmedizin. Hippokrates 38 (1967), S. 405–408.
65. Soziale Epidemiologie. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 73. Kongress (1967), S. 78–90.
66. Soziale und epidemiologische Aspekte der psychosomatischen Medizin. Excerpta medica: the international medical abstracting service 150 (1967), S. 566–569.
67. Soziokulturelle Faktoren und innere Erkrankungen. In: Mitscherlich, Alexander; Brocher, Tobias; Mering, Otto von et al. (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Neue wissenschaftliche Bibliothek 22 Soziologie, S. 391–416. Kiepenheuer & Witsch, Köln, 1967.
68. Soziokulturelle, epidemiologische und ökologische Aspekte der Krankheit. In: Mitscherlich, Alexander; Brocher, Tobias; Mering, Otto von et al. (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Neue wissenschaftliche Bibliothek 22 Soziologie, S. 369–381. Kiepenheuer & Witsch, Köln, 1967.
69. Soziologische und sozialpsychologische Aspekte der Gesundheitspolitik. Soziologie und gesundheitliche Volksberatung. Archiv für Verwaltungssoziologie 4 (1967), Heft 2, S. 5–8.
70. Statistics of impressions. International Journal of Psychiatry 3 (1967), Heft 1, S. 21–22.

71. Transkulturelle Psychosomatik. Praxis: Schweizerische Rundschau für Medizin 56 (1967), S. 1091–1098.
72. * Wandlungen wichtiger Krankheitsbilder und die kulturelle Entwicklung (1967). Rundfunkvortrag vom 6. Dezember 1967 beim RIAS Berlin. In: Pflanz, Manfred; Lüth, Paul (Hrsg.): Die soziale Dimension in der Medizin. Eine Sammlung von Aufsätzen und Vorträgen. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1975.
73. Zur Epidemiologie der Hypertonie. Naturwissenschaft und Medizin 4 (1967), S. 55–63.
74. Zur sozialen Epidemiologie des Übergewichtes. In: Sanke, H. (Hrsg.): Medizin und Soziologie. Materialien des 2. Internationalen Symposions, Berlin, 1.-3.12.1966, S. 108–111. VEB Leipziger Druckhaus, Leipzig, 1967.
75. Beurteilung der Qualität ärztlicher Verrichtungen, Antrittsvorlesung an der Medizinischen Hochschule Hannover am 25.5.1968. Münchner Medizinische Wochenschrift 110 (1968), Heft 35, S. 1944–1949.
76. Die Zukunftsperspektive in der Medizin. Krankheit und Hoffnung. Universitas 23 (1968), Heft 6, S. 597–610.
77. Epidemiologie in der Medizin und im öffentlichen Gesundheitswesen. Fortschritte der Medizin 86 (1968), Heft 13, S. 543–544.
78. Medizin-Soziologie und Sozialarbeit. Mitteilungen der Deutschen Zentrale für Volksgesundheit 12 (1968), Heft 3, S. 12–16.
79. Sozialmedizinische Aspekte der Herz- und Kreislauferkrankungen. Naturwissenschaft und Medizin 5 (1968), S.56-63
auch in: Universitas 28 (1973), Heft 1, S. 17–25.
80. Soziologische und sozialmedizinische Betrachtung der Arbeitsunfähigkeit. Niedersächsisches Ärzteblatt 2. Kongreßsondernummer (1968).
81. Soziologie. In: Beske, Fritz (Hrsg.): Lehrbuch für Krankenschwestern und Krankenpfleger. In zwei Bänden, Band 1, Heft 2, S. 532–548. Thieme, Stuttgart, 1968. (2. überarb. u. erw. Aufl., 1970 / 3. überarb. u. erw. Aufl., 1974 / 4. überarb. u. erw. Aufl., „Lehrbuch für Krankenpflegeberufe“, S. 2.1-2.18, 1980)
Auch in: Castel, Werner, Dost, F.H., Kübler, W., Oehme, J. (Hrsg.): Das gesunde und das kranke Kind, S. 125-140. Thieme, Stuttgart, 1972.
82. Versuchspersonen und Kontrollgruppen. psychologische und epidemiologische Gesichtspunkte. Die medizinische Welt 19 (1968), Heft 11, S. 682–688.
83. Abgelehnte Bewerber zum Medizinstudium. Deutsches Ärzteblatt 66 (1969), 204-208; 272-277; 346-348.

84. *Arbeitstagung der World Health Organization: Research on Epidemiology and Communication Science. August 1968 in Genf. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 21 (1969), S. 426–428.
85. Ärztliche Vorsorgebetreuung Schwerbeschädigter, eine sozialmedizinische Aufgabe. Kriegsopfer-Versorgung 18 (1969), S. 97–101.
86. * Begutachtungsmedizin und Sozialmedizin (1969). Vortrag vor den Richtern des Bundessozialgerichtes Kassel (1969). In: Pflanz, Manfred; Lüth, Paul (Hrsg.): Die soziale Dimension in der Medizin. Eine Sammlung von Aufsätzen und Vorträgen, S. 187–196. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1975.
87. Der unnatürliche Tod. In: Schaefer, Hans; Campenhausen, Hans v. (Hrsg.): Was ist der Tod? 11 Beiträge und eine Diskussion zwischen Hans von Campenhausen und Hans Schaefer, S. 27–37. Piper paperback, München, 1969.
88. Epidemiologie des normalen Blutdrucks. Anlage und Umwelt, ethnische, konstitutionelle, nutritive und klimatische Einflüsse. In: Heintz, Robert; Losse, Heinz (Hrsg.): Arterielle Hypertonie, S. 54–62. Thieme, Stuttgart, 1969.
Auch in: Lüth, Paul (Hrsg.): Beiträge zur Sozialmedizin. Aufsätze zu ihrer Theorie und Praxis, S. 144–157. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1975.
89. Epidemiologische Aspekte der Depression. In: Schulte, Walter; Mende, W. (Hrsg.): Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung, S. 88–92. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1969.
90. Essentielle Hypertonie. Epidemiologie, Soziologie. In: Heintz, Robert; Losse, Heinz (Hrsg.): Arterielle Hypertonie, S. 163–169. Thieme, Stuttgart, 1969.
91. *Gemeinsame Arbeitstagung der Schweizerischen Gesellschaft für Präventivmedizin und der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie. 16.01.1969 in Zürich. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 21 (1969), S. 433–434.
92. Gesundheitsprobleme der weiblichen Vertriebenen und Flüchtlinge in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Übersicht, Gutachten erstattet im Auftrage des Bundesministers für Gesundheitswesen. In: Lehr, Ursula; Paul, H. A.; Pflanz, Manfred et al. (Hrsg.): Gesundheitsprobleme der weiblichen Bevölkerung, S. 86–138. Bartmann Verlag, Frechen, 1969.
93. Medizinsoziologie. In: König, René (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung, S. 1123–1156. Enke, Stuttgart, 1969.
94. * Medizinsoziologie. Literaturbesprechungen. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 21 (1969), S. 923–924.

95. Preliminary report of a sociological approach to a study of limb malformations: Discussion. In: Swinyard, Chester A. (Hrsg.): Limb development and deformity: Problems of evaluation and rehabilitation, S. 430–434. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1969.
96. Psychosomatische Aspekte der essentiellen Hypertonie. In: Heintz, Robert; Losse, Heinz (Hrsg.): Arterielle Hypertonie, S. 185–192. Thieme, Stuttgart, 1969.
97. Selbstmedikation. Münchner Medizinische Wochenschrift 111 (1969), S. 282–287.
98. * Sozialer Wandel und Krankheit. In: Jungk, Robert (Hrsg.): Menschen im Jahr 2000. Eine Übersicht über mögliche Zukünfte, S. 201–209. Umschau Verlag, Frankfurt am Main, 1969.
99. Sozialmedizin und Frauenheilkunde. Archiv für Gynäkologie 207 (1969), S. 1–8.
100. Soziologie in der Gesundheitsforschung. Zeitschrift für Präventivmedizin 14 (1969), S. 95–100.
101. Adipositas. Epidemiologie und genetische Aspekte. medizin heute 19 (1970), S. 148–150.
102. Der Arzt der primären Krankenversorgung. Fortschritte der Medizin 88 (1970), S. 1277–1278.
103. Epidemiologie und Ätiologie der arteriellen Hypertonie. Niedersächsisches Ärzteblatt 43 (1970), S. 594–597.
104. Soziale Krankheitsfaktoren. In: Schraml, Walter J. (Hrsg.): Klinische Psychologie, S. 27–45. Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1970. (2. Aufl. 1971, 3. überarb. u. erw. Aufl. 1975; hrsg. Von Schraml., W.J.; Baumann, U.)
Auch in: Schraml, Walter J. (Hrsg.): Psicología clínica, S. 29–49. Herder Verlag, Barcelona, 1970.
105. Ansprüche der Öffentlichkeit an ein modernes Gesundheitswesen. Bericht über die 7. Gesundheitspolitische Tagung des Innenministeriums des Landes Schleswig-Holstein. Das Öffentliche Gesundheitswesen 33 (1971), Sonderheft 3, S. 84–88.
106. Eingliederung der Allgemeinmedizin in die Ausbildung der Medizinstudenten. Internationale Allgemeinmedizin und Hochschule 2 (1971), Heft 13, S. 101–104.
107. Epidemiological and sociocultural factors in the etiology of duodenal cancer. Advances in psychosomatic medicine 6 (1971), S. 121–151.
108. Epidemiologie und Präventivmedizin. Deutsches Ärzteblatt 68 (1971), Heft 7, S. 467–474.

- Auch in: Volkholz, V. et al. (Hrsg.): Analyse des Gesundheitsverhaltens, S. 68-82. Athenäum Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt, 1974.
109. German health insurance. The evolution and current problems of the pioneer system. *International Journal of health services* 1 (1971), Heft 4, S. 315–330.
 110. * Präsentation der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. *Niedersächsisches Ärzteblatt* 44 (1971), Heft 2, S. 34–48.
 111. Sozialwissenschaften im medizinischen Unterricht. *Fortschritte der Medizin* 89 (1971), Heft 6, S. 221–222.
 112. * Sozialwissenschaftlicher Unterricht im Medizinstudium. Seminar der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V., vom 11. bis 13. Februar 1971. *Das Öffentliche Gesundheitswesen* 33 (1971), S. 244–245.
 113. * Beurteilung der Effektivität der Gesundheitsdienste. Bericht über eine Arbeitsgruppe des Europäischen Büros der WHO in Slanchev Briag. *Das Öffentliche Gesundheitswesen* 34 (1972), S. 620–621.
 114. Die medizinische Versorgung der Hypertoniker in der Bevölkerung. *Rheinisches Ärzteblatt* 26 (1972), S. 786–794.
 115. Geriatrie als Studienfach einführen. *Medical Tribune* 7 (1972), Heft 42, S. 31.
 116. Institutionelle Probleme der Situation des Pflegepersonals. In: Schwitajewski, Hannelore; Rohde, Johann J. (Hrsg.): *Lehren und Lernen in der Krankenpflege*, S. 200–211. Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, Wien, 1972.
 117. Sozialmedizinische Aspekte in der Krankenpflegeausbildung. In: Schwitajewski, Hannelore; Rohde, Johann J. (Hrsg.): *Lehren und Lernen in der Krankenpflege*, S. 142–150. Urban & Schwarzenberg, München, Berlin, Wien, 1972.
 118. Widersprüchliche Forderungen. *Der praktische Arzt* 10 (1972), S. 26–34.
 119. Aktuelle Fragen in der Epidemiologie der Hypertonie. *Nieren- und Hochdruckkrankheiten* 2 (1973), S. 49–51.
 120. Ambulante ärztliche Versorgung und Bedarfsrechnungen. *Monatsschrift des Marburger Bundes* 26 (1973), Heft 4, S. 196–202.
 121. * Hinweise für die Antragstellung auf Sachbeihilfen für Epidemiologische und Sozialmedizinische Forschungsarbeiten. In: Deutsche Forschungsgemeinschaft (Hrsg.): *Medizinische Epidemiologie und Sozialmedizin. Anhang*. Bonn - Bad Godesberg, 1973.
 122. * Blinddarmforschung ohne Lorbeeren. oder: Immer Ärger mit der Presse. *Niedersächsisches Ärzteblatt* 46 (1973), Heft 3, S. 66–68.

123. Die zunehmende Soziologisierung der Medizin. In: Albrecht, Günter; Daheim, Hans-Jürgen; Sack, Fritz (Hrsg.): Soziologie. Sprache, Bezug zur Praxis, Verhältnis zu anderen Wissenschaften, S. 588–600. Opladen, Westdeutscher Verlag, 1973.
124. Epidemiologie der Neurosen. Gutachten: Erstattet im Auftrag- der Arbeitsgruppe Psychotherapie/ Psychosomatik der Sachverständigen-Kommission zur Erarbeitung der Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD. Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, 1973.
125. Epidemiologische und sozialmedizinische Forschung. In: Deutsche Forschungsgemeinschaft (Hrsg.): Medizinische Epidemiologie und Sozialmedizin, S. 11–20. Bonn - Bad Godesberg, 1973.
126. Medizinische Betreuung alter Menschen. Gesundheitsversorgung einer Minoritätengruppe? Acta geront. 3 (1973), S. 487–491.
127. Medizinsoziologie als Selbstreflexion des Arztes. Der praktische Arzt 10 (1973), S. 570–581.
128. Methodische Grundlagen für epidemiologische Untersuchungen in der Praxis. Internationale Allgemeinmedizin und Hochschule 4 (1973), S. 291–296.
129. Motivation: Amtsarzt. Das Öffentliche Gesundheitswesen 35 (1973), S. 147–151.
130. * Sozialstruktur und Gesundheit (1973). Vortrag bei der Internationalen Tagung für Medizinsoziologie Jablonna/Warschau 1973. In: Pflanz, Manfred; Lüth, Paul (Hrsg.): Die soziale Dimension in der Medizin. Eine Sammlung von Aufsätzen und Vorträgen. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1975.
131. Soziokulturelle Faktoren und innere Krankheiten. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 79 (1973), S. 69–74.
132. * Soziologische Aspekte der Ernährungs- und Diätberatung (1973). Vortrag auf dem Internationalen Kongress für Diätetik. Hannover 1973. In: Pflanz, Manfred; Lüth, Paul (Hrsg.): Die soziale Dimension in der Medizin. Eine Sammlung von Aufsätzen und Vorträgen. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1975.
133. Soziosomatische Aspekte der Hypertonie. Therapeutische Berichte 1 (1973), 3ff.
134. Überlegungen zur primärärztlichen Betreuung der Bevölkerung. In: Döhner, O. (Hrsg.): Arzt und Patient in der Industriegesellschaft, S. 36–48. Suhrkamp Verlag, Frankfurt, 1973.
135. Vorwort zum Buch. In: Heyes, Heinrich; Sybrecht, Gerhard (Hrsg.): Das Studium der Medizin. Ferdinand Schöningh, Paderborn, 1973.
136. A critique of Anglo-American medical sociology. International Journal of health services 4 (1974), 565-574.

137. Hypertonie und soziale Schichtung. Weltweite Befunde und ihre Konsequenzen. *Ärztliche Praxis* 26 (1974), S. 235.
138. Krankheit und Sozialstruktur. *Medical Tribune* 24 (1974), Heft 17.
139. Kritik an der Zytologie als Massen-Screening-Verfahren. *Fortschritte der Medizin* 92 (1974), Heft 9, 351–352; 388.
- Auch in: Lüth, Paul (Hrsg.): *Beiträge zur Sozialmedizin. Aufsätze zu ihrer Theorie und Praxis*, S. 219–224. Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1975.
140. Prinzipien und Methoden der Beurteilung von Leistungen im Gesundheitswesen. *Das Öffentliche Gesundheitswesen* 36 (1974), S. 537–544.
- Auch in: *Der praktische Arzt* 11 (1974), S. 1558-1566.
141. Psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung des Hochdrucks. *Der Internist* 15 (1974), Heft 3, S. 124–128.
142. Psychologische und sozialmedizinische Aspekte der Hypertonie. *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Innere Medizin* 80 (1974), S. 42–49.
143. Soziokulturelle Faktoren bei Entstehung und Ablauf von Krankheiten. *Medizinische Klinik* 69 (1974), S. 1307–1310.
144. Appendectomy, doctor visits vary widely. In: Ehrlich, David A. (Hrsg.): *The health care cost explosion. Which way now? Based on a Symposium in Geneva organized by the Henry Dunant Institute*, S. 114–116. Hans Huber, Bern, Stuttgart, Vienna, 1975.
145. Den Hypertoniker auffinden und betreuen. *Medizinische Klinik* 70 (1975), 1159-1165.
146. Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Und was dann? *Medical Tribune* 43 (1975), S. 29.
147. Relations between social scientists, physicians and medical organizations in health research. *Social Science and Medicine* 9 (1975), Heft 1, S. 7–13.
148. Unions' domination broken. In: Ehrlich, David A. (Hrsg.): *The health care cost explosion. Which way now? Based on a Symposium in Geneva organized by the Henry Dunant Institute*, S. 184. Hans Huber, Bern, Stuttgart, Vienna, 1975.
149. Bundesdeutsche Gesundheitsstatistik. Ein schwerkranker Patient? *Medical Tribune* 8 (1976), S. 12.
150. Daten zur Epidemiologie der Appendizitis. *Münchner Medizinische Wochenschrift* 118 (1976), 29/30, S. 933–936.

151. Hinweise auf eine Rückbildung des Carcinoma in situ auf eine zweite Form des invasiven Zervixkarzinoms, Connecticut 1935-73. Übersetzung der Veröffentlichung Meigs, J.W. et al.: Evidence for regression of carcinoma-in-situ and for a second form of invasive cervical cancer, Connecticut 1935-73. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 36 (1976), S. 554–569.
152. Medizinische Ausbildung an einer neuen Hochschule in den USA. *Therapie der Gegenwart* 115 (1976), S. 1094–1105.
153. Modelle des Gesundheitswesens. *Der praktische Arzt* 13 (1976), S. 2944–2956.
154. Nichts als Hypothesen. *Medical Tribune* 51 (1976), S. 21.
155. Problems and methods in cross-national comparisons of diagnoses and diseases. In: Pflanz, Manfred; Schach, Elisabeth (Hrsg.): *Cross-national sociomedical research. Concepts, methods, practice : a seminar convened by the Akademie für Sozialmedizin Hannover e. V. under the auspices of the Research Committee "Sociology of Medicine" of the International Sociological Association*, S. 60–68. Thieme, Stuttgart, 1976.
156. Social structure and health. Methodological and substantial problems without solutions. In: Sokolowska, M.; Holowka, J.; Ostrowska, A. (Hrsg.): *Health, medicine, society*, S. 253–266. D. Reidel, Dordrecht, Boston, 1976.
- Auch in: Sokolowska, M. et al. (Hrsg.): *Socjologia a zdrowie*. PWN, Warszawa, 1976.
157. Sociology in community medicine. In: Acheson, R. M.; Aird, L. (Hrsg.): *Seminars in community medicine*, S. 3–14. Oxford University Press, London, 1976.
158. Von der Ethik einer Profession zur Profession der Ethik. *Therapiewoche* 26 (1976), Heft 7, S. 932–938.
159. Das Gutachten aus der Sicht des Sozialmediziners. *Medizin-Mensch-Gesellschaft* 2 (1977), Heft 2, S. 65–69.
160. Die sozialpolitische Lage des Arztes. *Jahrbuch für kritische Medizin* 2 (1977), S. 7–13.
161. Editorial. Das Gutachten und seine sozialen Probleme. *Medizin-Mensch-Gesellschaft* 2 (1977), Heft 2, S. 65–69.
162. Eine neue Phase der Herz-Kreislauf-Vorsorge. *Niedersächsisches Ärzteblatt* 12 (1977), S. 387–389.
163. Epidemiologie des essentiellen Hochdrucks. *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Kreislauf-Forschung* 43 (1977), 20–27.
164. Erläuterungen zur Herz-Kreislauf-Früherkennung. *Niedersächsisches Ärzteblatt* 12 (1977), S. 390–391.

165. * Gutachten zur Diagnoseerfassung aus kassenärztlichen Belegen beim Aufbau einer Datenbank des LdO Bayerns. Zu dem Gutachten von Professor Dr. med. Bernfried Leiber, veröffentlicht in Heft 50/1976, Seiten 3219-3221 und 3257-3262. Deutsches Ärzteblatt (1977), Heft 9, S. 607.
166. Gutachten: Früherkennung auf Risikofaktoren und Frühstadien von Herz- und Kreislaufkrankheiten. Eine Bestandsaufnahme. In: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Hrsg.): Herz-Kreislauf-Vorsorgeprogramme in der Bundesrepublik Deutschland, S. 58–103. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln-Lövenich, 1977.
167. Hochschule und Allgemeinmedizin. Der praktische Arzt 14 (1977), S. 2691–2698.
168. Interview. Was hat die Krebsvorsorge gebracht? Münchner Medizinische Wochenschrift 119 (1977), S. 10–11.
169. Kosten-Nutzen-Analysen von Untersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung. Kritik eines Nichtökonomens. In: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Hrsg.): Früherkennung bösartiger Neubildungen bei der Frau. Erfahrungsergebnisse der Krebsfrüherkennung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 68–77. Deutscher Ärzteverlag, Köln-Lövenich, 1977.
170. Patienten-Compliance als sozialmedizinisches Problem. In: Weber, Ellen; Gundert-Remy, Ursula; Schrey, A. (Hrsg.): Patienten Compliance. Workshop über Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung, S. 71–73. G. Witzstrock, Baden-Baden, Köln, 1977.
171. Vorwort zum Buch. In: Mosse, Max; Tugendreich, Gustav: Krankheit und soziale Lage, 1913. Ungekürzte Neuausgabe, Cromm, Jürgen (Hrsg.) Selbstverlag, Göttingen, 1977.
172. Epidemiologie der essentiellen Hypertonie. Modelle - Ergebnisse - Schlußfolgerungen. Der praktische Arzt 15 (1978), S. 1249–1261.
173. Epidemiologie der essentiellen Hypertonie. Modelle - Ergebnisse - Schlußfolgerungen. Monatskurse für die ärztliche Fortbildung 28 (1978), S. 11–15.
Auch in: Bayerische Landesärztekammer (Hrsg.): Vorträge des 28. Nürnberger Fortbildungskongresses vom 2. bis 4. Dez. 1977, S. 117-123. München 1978.
174. Epidemiologische Aussagen in der Gesundheitssystemforschung. Methode und Inhalt. In: van Eimeren, Wilhelm (Hrsg.): Perspektiven der Gesundheitssystemforschung. Frühjahrstagung, Wuppertal 1978. Medizinische Informatik und Statistik, Band 10, S. 154–158. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1978.

175. Epidemiologische Häufigkeitsziffern. Inzidenz und Prävalenz. Das Öffentliche Gesundheitswesen 40 (1978), S. 304–307.
176. Epidemiologische und psychosomatische Probleme der Hypertonie. In: Gessler, Ulrich (Hrsg.): Differentialdiagnose und Therapie der Hypertonie, S. 71–78. Aesopus Verlag, Lugano, München, 1978.
177. Epidemiologische und sozio-ökonomische Aspekte der Adipositas. In: Kasper, Heinrich (Hrsg.): Aktuelle Probleme der klinischen Diätetik, S. 75–80. Thieme, Stuttgart, 1978.
- Auch in: Der praktische Arzt 15 (1978), S. 2613-2625.
178. Pflanz, Manfred 1978: Erfolge im Kampf gegen den Herzinfarkt. Universitas 33 (1978), S. 253–260.
- Auch in: „Betriebsärztliches“ I (1979), S. 45-50.
179. Grenzen der Aussagefähigkeit epidemiologischer Untersuchungen. Arzneimittel-Forschung 28 (1978), S. 2019–2023.
180. Grenzen des Wachstums - Grenzen der Medizin. Medizin-Technischer Dialog 2 (1978), S. 44–48.
- Auch in: Der niedergelassene Arzt 27 (1978), S. 47-58.
181. Herz-Kreislauf-Vorsorge mit der Lupe betrachtet. Niedersächsisches Ärzteblatt 51 (1978), S. 855–856.
182. Hypertonie. Schicksal oder Streß? Notabene medici 8 (1978), S. 376–379.
183. Hypertonie: Epidemiologische Fragen und Datenerfassung. In: Bock, Klaus D.; Hofmann, L.; Anlauf, Manfred (Hrsg.): Sozialmedizinische Probleme der Hypertonie in der Bundesrepublik Deutschland. Ein interdisziplinäres Gespräch: Essener Hypertonie-Kolloquium, Schloss Hugenpoet, 24./25. Juni 1977, S. 4–11. Thieme, Stuttgart, 1978.
184. * Kritische Passagen wurden gestrichen. Die Zuverlässigkeit wissenschaftlicher Empfehlungen der Bundesärztekammer unter der Lupe. Medical Tribune - Internationale Wochenzeitung - Ausgabe für Deutschland 13 (1978), Heft 44, S. 80–84.
185. Modelle beratender Institutionen in Amerika. Medizin-Mensch-Gesellschaft 3 (1978), Heft 3, S. 192–195.
186. Neuere Daten zur Epidemiologie der koronaren Herzkrankheiten. Niedersächsisches Ärzteblatt 51 (1978), S. 299–300.

187. Primäre Gesundheitsversorgung und Allgemeinmedizin. Bericht über die Konferenz für primäre Gesundheitsversorgung in Alma-Ata und Deklaration. Der praktische Arzt 15 (1978), S. 3987–3992.
188. Schwierigkeiten wissenschaftlicher Wahrheitsfindung. Ärztliche Praxis 30 (1978), S. 3507.
189. Sex differences in abdominal illness. Social Science and Medicine 12B (1978), S. 171–176.
190. Pflanz, Manfred 1978: Stellungnahme zu Fragen der Diagnosedokumentation, -erfassung und -verschlüsselung in der ambulanten medizinischen Versorgung. In: Schwartz, Friedrich W., Schwefel, D. (Hrsg.): Diagnosen in der ambulanten Versorgung. Aussagefähigkeit und Auswertbarkeit. Eine Expertenumfrage in der Bundesrepublik Deutschland. Wissenschaftliche Reihe des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Band 9, S. 95–102. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln-Löwenich, 1978.
191. The two faces of the patient-doctor relationship in a changing welfare state. The Federal Republic of Germany. In: Gallagher, Eugene B. (Hrsg.): The doctor-patient relationship in the changing health scene, S. 45-55. U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1978.
192. Vorsorge statt Früherkennung. Erfahrungen aufgrund der Auswertung von 14 Programmen zur Herz-Kreislauf-Früherkennung. In: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.): Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung. Teil 2: Perspektiven - Erfahrungen, Band 4, S. 173–197. Bonn, 1978.
193. Wissenschaft im Spannungsfeld:.. Sozialmedizin. Ärztliche Praxis 30 (1978), Heft 3, S. 47–50.
194. Die Bluthochdruckprobleme und ihre Auswirkungen in der Sicht der heutigen Medizin. Universitas 34 (1979), S. 923–930.
In engl. Übersetzung: High blood pressure problems and their effects from the modern medical viewpoint. Universitas 22 (1980), S. 9-15.
In span. Übersetzung: Los problemas de la hipertensión y sus consecuencias desde la perspectiva de la medicina actual. Universitas 17 (1980), S. 225-232.
195. Einführung zum Buch. In: Brenner, M.H. (Hrsg.): Wirtschaftskrisen, Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankung, S. V-IX. Medizin und Sozialwissenschaften, Band 5. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1979.

196. Epidemiologie koronarer Herzkrankheiten. (Epidemiology of Cardiovascular Diseases). Bull. Europ. Org. Contr. Circ. Dis. 5 (1979), S. 90–109.
197. Infarktprophylaxe: "Diättempfehlungen sind praxisfremd". Interview. Ärztliche Praxis 31 (1979), S. 18–20.
198. Interview: Nahrungsfette und Herzinfarkt. Eine Theorie gerät ins Wanken. Der Kassenarzt 19 (1979), S. 1627–1631.
199. Beitrag in: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.): Leistung und Finanzierung des Gesundheitswesens in den 80er Jahren. Fragen und Antworten zur zukünftigen Entwicklung, Band 8, S. 109–128. Bonn, 1979.
200. Medizinsoziologie. In: König, René; Fürstenberg, Friedrich; Mörth, Ingo (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung. Religion, Bildung, Medizin, Band 14, S. 238–344. 2. Völlig neubearb. Auflage. Enke Verlag, Stuttgart, 1979.
201. Migraciones y enfermedades. Cambio de residencia y sus consecuencias sobre la salud del individuo y de los grupos humanos. An. Sanidad 13 (1979), S. 63–73. Übersetzung von „Migration und Krankheit: Ortswechsel und seine Konsequenzen für den Gesundheitszustand von Individuen und Bevölkerungsgruppen“, Reimers Stiftung 1974.
202. Problem "Hoher Blutdruck". In: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.): Gesundheitspolitisch relevante Herz- und Kreislauferkrankungen. Epidemiologie, Prävention, Rehabilitation, Heft 7, S. 53–60. Bonn, 1979.
203. Realistische Aussichten, "dem Krebs zu entkommen". Der praktische Arzt 16 (1979), S. 491–498.
204. Technische und organisatorische Möglichkeiten der Früherkennung und Feststellung von Risikofaktoren. In: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.): Gesundheitspolitisch relevante Herz- und Kreislauferkrankungen. Epidemiologie, Prävention, Rehabilitation, Heft 7, S. 105–112. Bonn, 1979.
205. Unkonventionelle Methoden zur Beeinflussung von Herz- und Kreislauferkrankungen. Transzendente Meditation, Erhöhung des Faserverbrauchs, Beeinflussung des Härtegrades des Trinkwassers, Magnesiumbeigabe, regelmäßiger gesteuerter Alkoholkonsum, Arbeitsplatzgestaltung. In: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.): Gesundheitspolitisch relevante Herz- und Kreislauferkrankungen. Epidemiologie, Prävention, Rehabilitation, Heft 7, S. 151–157. Bonn, 1979.

206. Versorgung mit Gesundheitsleistungen in strukturgefährdeten ländlichen Räumen. In: Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.): Strukturgefährdete ländliche Räume. Zur Notwendigkeit einer Ziel- und Instrumentenrevision. Forschungs- und Sitzungsberichte, Band 128, S. 141–161. Schroedel, Hannover, 1979.
207. Vom Problemkind zum Wunderknaben. Entwicklung der Epidemiologie in der Bundesrepublik Deutschland. In: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen (Hrsg.): 5. Hauptversammlung der Vereinigung der Schulen für das öffentliche Gesundheitswesen in Europa. 26.-29. Sept. 1977, S. 93–102. Düsseldorf, 1979.
208. * Was kostet uns die koronare Herzkrankheit? *Moderne Medizin* 7 (1979), S. 329–334.
209. Sozialmedizinische Aspekte der Appendizitis. *Therapiewoche* 30 (1980), S. 1857–1859.
210. Was uns krank macht. In: Hausmann, W. (Hrsg.): *Medizin morgen*, S. 238–260. Fischer Taschenbuch, Frankfurt, 1980.

Publikationen mit weiteren Autoren

211. Pflanz, M.; Antilla, S.; Thienhaus-Grotjahn: Analyse und kritische Bestandsaufnahme von bisher in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführten Untersuchungen zur Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen. Hannover, 1977.
212. Pflanz, M.; Basler, Heinz Dieter u.a.: Zur Problematik der Diabetes-Früherkennung. *Leserzuschrift. Deutsche medizinische Wochenschrift* 97 (1972), S. 1437–1438.
213. Pflanz, M.; Basler, Heinz Dieter u.a. 1974: Ergebnisse einer Pilot-Studie des Kneipp-Bundes zur Prophylaxe von koronaren Herzkrankheiten. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 116 (1974), S. 541–546.
214. Pflanz, M.; Basler, Heinz Dieter; Collatz, J.; Schwoon, D. Einfluß der Härte des Trinkwassers auf den Blutdruck und andere Gesundheitsparameter. *Forum Umwelt-Hygiene* 27 (1976), S. 53–55.
215. Pflanz, M.; Basler, Heinz Dieter.; Schwoon, D.: Eine faktorenanalytische Methode zur Bestimmung von Konstitutionstypen. *HOMO* 28 (1977), S. 35–40.
216. Pflanz, M.; Basler, Heinz Dieter; Schwoon, D.: Use of Tranquilizing Drugs by a Middle-Aged Population in a West German City. *Journal of Health and Social Behavior* 18 (1977), Heft 2, S. 194–205.

217. Pflanz, M.; Bose, Hans-Jürgen von; Uexküll, Thure v.: Untersuchungen zur pharmakologischen Beeinflussung der kleinsten Zeiteinheit ("Moment") der optischen Wahrnehmung. *Klinische Wochenschrift* 31 (1953), S. 1073–1075.
218. Pflanz, M.; Brüggemann, W. u.a.: Die Kneipp-Studie zur Prophylaxe von Koronarkrankheiten. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 114 (1972), S. 491–496.
219. Frentzel-Beyme, U.; Keil, U.; Pflanz, M. et al.: Mortalitätsdaten und Mortalitätsstatistik. Bedeutung für Gesundheitswesen und epidemiologische Forschung. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 122 (1980), S. 901–906.
220. Pflanz, M.; Gebert, A.J.: Optimierung der Medizin in der Schweiz. In: Latzel, G. (Hrsg.): *Optimierung der Medizin in der Schweiz*, S. 13–52. Schwabe & Co. Verlag, Basel, Stuttgart, 1977.
221. Pflanz, M.; Geissler, U.: Rapid cost expansion in the health care system of the Federal Republic of Germany. *Preventive Medicine* 6 (1977), Heft 2, S. 290–301.
222. Pflanz, M.; Greiser, E.: Datenbedarf für die Epidemiologie. In: Kaase, Max; Krupp, H.-J.; Pflanz, Manfred (Hrsg.): *Datenzugang und Datenschutz. Konsequenzen für die Forschung. Monographien sozialwissenschaftliche Methoden, Band 3*, S. 23–30. Athenäum, Königstein/Taunus, 1980.
223. Pflanz, M.; Gruber, K.; Illig, Hansheiner: Zur Prüfung der sogenannten zentralen Stimulantien am Menschen. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 81 (1956), Heft 28, S. 1130–1133.
224. Pflanz, M.; Harlacher, Alfred: Streptokinase und Streptodornase. Ihre Wirkungen und therapeutische Anwendung. *Medizinische Klinik* 47 (1952), Heft 1, S. 17–19.
225. Pflanz, M.; Hasenknopf, O.; Costas, P.: Blutdruck und funktionelle Beschwerden bei Gastarbeitern. ein transkultureller Vergleich. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene* 2 (1967), Heft 5, S. 181–185.
226. Pflanz, M.; Illig, Hansheiner; Uexküll, Thure v.: Experimentelle Untersuchungen über die kleinste Zeiteinheit (Moment) der optischen Wahrnehmung. *Pflügers Archiv* 257 (1952), Heft 2, S. 121–136.
227. Kaase, Max; Krupp, H.-J.; Pflanz, M. (Hrsg.): *Datenzugang und Datenschutz. Konsequenzen für die Forschung. Monographien sozialwissenschaftliche Methoden, Band 3*. Athenäum, Königstein, Taunus, 1980.
228. Pflanz, M.; Keupp, H.: A sociological perspective on concepts of disease. *International social science journal* 29 (1977), S. 386-396.
- Auch: Le concept de maladie: une perspective sociologique. *Revue internationale de sécurité sociale* 29 (1977), S. 415-427.

229. Pflanz, M.; Lambelet, L.: "Zivilisationskrankheiten" und psychosomatische Probleme im ländlichen Indien. Münchner Medizinische Wochenschrift 107 (1965), Heft 31, S. 1493–1502.
230. Lehr, Ursula; Paul, H. A.; Pflanz, M. et al. (Hrsg.): Gesundheitsprobleme der weiblichen Bevölkerung. Bartmann Verlag, Frechen, 1969.
231. Pflanz, M.; Lichtner Sigrid: Appendectomy in the Federal Republic of Germany. Epidemiology and medical care patterns. Medical Care 9 (1971), Heft 4, S. 311–330.
Auch in: Centro Latinoamericano de Administracion Medica (Traducciones 41), 1974.
232. Pflanz, M.; Lichtner, Sigrid: Ist die Appendizitis ein Thema für den Medizinsoziologen? In: Winter, K.; Hüttner, H. (Hrsg.): IV. Symposium "Medizin und Soziologie", S. 207–209. Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR, Berlin, 1973.
233. * Pflanz, M.; Partzsch, Kurt; Jahn, Erwin: Präsentation der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. Niedersächsisches Ärzteblatt 44 (1971), Heft 2, S. 34–48.
234. Pflanz, M.; Pinding, M.: Epidemiologische und sozialmedizinische Aspekte bei rheumatischen Krankheiten. Münchner Medizinische Wochenschrift 107 (1965), Heft 1, S. 54–60.
235. Pflanz, M.; Pinding, M., Armbrüster, A.K.-W., Török, Maria 1966: Medizinsoziologische Untersuchung über Gesundheitsverhalten. Medizinische Klinik 61 (1966), S. 391-396
Auch in: Mitscherlich, Alexander; Brocher, Tobias; Mering, Otto von et al. (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Neue wissenschaftliche Bibliothek 22, Soziologie, S. 290–303. Kiepenheuer & Witsch, Köln, 1967.
Reihe: Die Poliklinik als Untersuchungsobjekt der Medizin-Soziologie (1966)
236. Pflanz, M.; Pinding, M.: Die Poliklinik als Untersuchungsobjekt der Medizin-Soziologie. I. Literaturübersicht. Die medizinische Welt 17 (1966), Heft 16, S. 903–910.
237. Pflanz, M.; Török, Maria: Die Poliklinik als Untersuchungsobjekt der Medizin-Soziologie. II. Statistik der Inanspruchnahme. Die medizinische Welt 17 (1966), Heft 24, S. 1343–1346.
238. Pflanz, M.; Pinding, M.; Armbrüster, A.K.-W., Török, Maria: Die Poliklinik als Untersuchungsobjekt der Medizin-Soziologie. III. Überweisung und Erwartungen der Patienten. Die medizinische Welt 17 (1966), Heft 39, S. 2090–2093.

239. Pflanz, M.; Armbrüster, A.K.-W., Pinding, M.: Die Poliklinik als Untersuchungsobjekt der Medizin-Soziologie. IV. Erwartungen der einweisenden Ärzte. *Die medizinische Welt* 17 (1966), Heft 40, S. 2149–2152.
240. Pflanz, M.; Pinding, M.: Die Poliklinik als Untersuchungsobjekt der Medizin-Soziologie. V. Der Poliklinikpatient aus der Sicht des Personals. *Die medizinische Welt* 17 (1966), Heft 43, S. 2344–2347.
241. Pflanz, M.; Rohde, Johann Jürgen: Illness: Deviant behavior or conformity. *Social Science and Medicine* 4 (1970), S. 645–653.
242. Pflanz, M.; Rosenstein, Elsa; Uexküll, Thure v.: Socio-psychological aspects of peptic ulcer. *Journal of psychosomatic research* 1 (1956), Heft 1, S. 68–74.
243. Pflanz, M.; Schach, Elisabeth (Hrsg.): Cross-national sociomedical research. Concepts, methods, practice: a seminar convened by the Akademie für Sozialmedizin Hannover e. V. under the auspices of the Research Committee "Sociology of Medicine" of the International Sociological Association. Thieme, Stuttgart, 1976.
244. Pflanz, M.; Schrader, A.: Experimentelle Untersuchung über den Einfluß zentraler Stimulantien auf das Elektroencephalogramm des Menschen. *Klinische Wochenschrift* 37 (1959), S. 483–485.
245. Pflanz, M., Schwoon, D.: Methodische Probleme der Epidemiologie psychischer Störungen. In: Keupp, Heinrich (Hrsg.): *Verhaltensstörungen und Sozialstruktur. Epidemiologie - Empirie, Theorie, Praxis. Medizin und Sozialwissenschaften*, Heft 1, S. 226–240. Urban und Schwarzenberg, München, Berlin, Wien, 1974.
246. Pflanz, M.; Siegrist, Johannes: Basic assumptions in teaching medical sociology in medical schools: the case of West Germany. In: Nuyens, Yvo; Vansteenkiste, Janin (Hrsg.): *Teaching medical sociology. retrospection and propection*, S. 107–117. Martinus Nijhoff Social Sciences Division, Leiden, 1978.
247. Stokvis, Berthold; Pflanz, M.: Suggestion in der Medizin. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 86 (1961), Heft 6, S. 237–243.
248. Pflanz, M.; Thienhaus D.u.M.; Silomon, H.: 3 x 10 Thesen über den Gutachter, das Gutachten und die Begutachtung. *Medizin-Mensch-Gesellschaft* 2 (1977), S. 64–65.
249. Pflanz, M.; Thienhaus-Grotjahn, M.: Über die übermäßige Ansammlung von Körperfett. *Diabetes-Journal* 3 (1980), S. 108–110.
250. Pflanz, M.; Török, Maria: Krankenblattokumentation am Gießener Klinikum. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene* 2 (1967), Heft 1, S. 13–16.

251. Pflanz, M.; Török, Maria: Steigt der Blutdruck mit dem Alter an? Zeitschrift für Gerontologie 2 (1969), S. 156–167.
252. Pflanz, M.; Uexküll, Thure v.: "Entlastung" als pathogenetischer Faktor. Ein Beitrag zum Problem der Begriffe "Belastung" und "Entlastung". Klinische Wochenschrift 30 (1952), S. 414–419.
253. Pflanz, M.; Uexküll, Thure v.; Weimann, Georg: Untersuchungen über die Befindungsweise im Fieber. Zeitschrift für klinische Medizin 152 (1953), Heft 3, S. 159–173.
254. Pflanz, M.; Uexküll, Thure v.: Begriff und Probleme der Stimmung im Rahmen der psychosomatischen Medizin. Psychologische Rundschau 5 (1954), S. 105–115.
In span. Übersetzung: Concepto y problemas del estado de animo en el marco de la medicina psicosomatica. Folia clinica internacional 4 (1954), S. 153ff.
255. Pflanz, M.; Uexküll, Thure v.: Guide to psychosomatic literature in Germany since 1945. Journal of psychosomatic research 3 (1958), Heft 1, S. 56–71.
256. Pflanz, M.; Uexküll, Thure v.: Die "banale" belegte Zunge. Münchner Medizinische Wochenschrift 103 (1961), Heft 8, S. 393–395.
257. Pflanz, M.; Uexküll, Thure v.: Psychosomatische Untersuchungen an Hochdruckkranken. Medizinische Klinik 57 (1962), Heft 9, S. 345–351.
258. Pflanz, M.; Wolf, E.; Keil, U.: Hartes und weiches Trinkwasser und seine Beziehung zur Mortalität, besonders an kardiovaskulären Krankheiten in der Stadt Hannover in den Jahren 1968 und 1969. Umwelthygiene 4-5 (1975), S. 110–117.
259. Pflanz, M.; Wolf, E.: Härte des Trinkwassers und kardiovaskuläre Sterblichkeit in den niedersächsischen kreisfreien Städten. Forum Umwelt-Hygiene 27 (1976), S. 246–248.
260. Pflanz, M.; Wolf, E., u.a.: Wohndichte und Krankheit. Medizin-Mensch-Gesellschaft 1 (1976), Heft 4, S. 214–221.

11. Ehrenwörtliche Erklärung

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, und dass die vorgelegte Arbeit weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt wurde. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt und indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Ort/Datum

Unterschrift

12. Danksagung

Ich möchte mich sehr herzlich bei Prof. Dr. Volker Roelcke bedanken, der mir dieses spannende Thema überlassen hat, mich an die medizinhistorische Forschung heranführte und mich fortwährend und weiterbringend unterstützte.

Mein Dank gilt auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Archive und Institutionen, die mich bei der Recherchearbeit unterstützten. Einen besonderen Dank möchte ich an dieser Stelle an Herrn Trautmann im Universitätsarchiv der Justus-Liebig-Universität Gießen sowie an Herrn Siegwarth im Hochschularchiv der Medizinischen Hochschule Hannover für die Einführung in die Archive sowie ihre Denkanstöße richten.

Bedanken möchte ich mich auch bei Prof. Bernd Robra für die Anregungen, die Unterlagen und das persönliche Gespräch, ebenso bei Prof. Johannes Siegrist für das informative Telefonat. Auch möchte ich mich bei Prof. Heintz-Dieter Basler, Matthias Claus Angermeyer, Hartmut Hecker und Karl Oeter für die Korrespondenz bedanken. Die Berichte und Erinnerungen gaben mir die Möglichkeit, eine Vorstellung vom Wissenschaftler und der Person Manfred Pflanz zu bekommen.

Mein herzlicher Dank gilt auch der Familie von Manfred Pflanz, insbesondere seiner Ehefrau Elisabeth Pflanz und seinem in Aberdeen lebenden Sohn Sebastian Pflanz für die zugesagte Unterstützung meiner Forschungsarbeit.

Ein großer Dank gilt meiner Familie, insbesondere meinen Eltern Peter und Sigrid Riehl, die mich immer tatkräftig unterstützt haben und mir die Kraft und das Durchhaltevermögen gegeben haben, diese Arbeit zu Ende zu führen.

Zuguterletzt möchte ich meinem Mann, Lucas Delventhal danken, der während der Jahre des Einarbeitens, der Recherche und des Schreibens stets ein offenes Ohr hatte und es schaffte, mich immer wieder neu zu motivieren. Danke für alles!