

III. GESUNDHEITSPOLITISCHE MASSNAHMEN UND IHRE AUSWIRKUNGEN IN VERSCHIEDENEN PROBLEMBEREICHEN DES GESUNDHEITSWESENS

Im folgenden soll anhand von vier Themen die konkrete Umsetzung von Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland und in Großbritannien genau untersucht werden. Es geht zunächst um die Bekämpfung der Tuberkulose, dann der Kinderlähmung sowie der Geschlechtskrankheiten, um schließlich das Problem der Schwangeren- und Säuglingsvorsorge einer umfassenden Betrachtung zu unterziehen. Die Analyse der Struktur der Gesundheitssysteme, die im II. Kapitel unternommen wurde, bildet dabei die Grundlage und einen wichtigen Bezugspunkt für die Untersuchung der Gesundheitspolitik in ihren konkreten Herausforderungen.

1 TUBERKULOSE

1.1 DIE „ALTE“ KRANKHEIT TUBERKULOSE

Tuberkulose (Tbc) ist eine seit der Antike bekannte Krankheit, altgriechisch als *φθισις* (*phthisis* = Schwindsucht) bezeichnet.¹ Bis in das 19. Jahrhundert, außerhalb der medizinischen Fachwelt auch noch lange danach, war der Name Schwindsucht oder Auszehrung (im Englischen *consumption*) für die Krankheit gebräuchlich. Dies rekurrierte vor allem auf die körperliche Verfassung der Kranken, die bei Fortschreiten der Erkrankung stark an Gewicht verloren und sehr schwach wurden.² Ende des 19. Jahrhunderts setzte sich der erstmals 1834 benutzte Begriff Tuberkulose durch (nach lateinisch *tuberculum* = Knötchen). Damit bezog man sich nun auf die entzündlichen Gewebeveränderungen in Form von Knötchen, die in den befallenen Organen auftraten.³ Lange Zeit standen sich zwei Theorien über die Verbreitungswege der Krankheit gegenüber: zum einen, daß sie durch Infektion übertragen werde, zum anderen, daß die Krankheit bei entsprechender Disposition ausbreche und sowohl durch Vererbung als auch Konstitution und Lebensbedingungen beeinflusst werde.⁴

¹ LÖFFLER, Geschichte, S. 7–16; OURY, Geschichte, S. 2827–8; FERLINZ, Tuberkulose 1995, S. 617; BOCHALLI, Geschichte, S. 527–8.

² HÄHNER-ROMBACH, Sozialgeschichte, S. 21.

³ LÖFFLER, Geschichte, S. 32.

⁴ FERLINZ, Tuberkulose 1995, S. 618; BÄHR, Forschungsansätze, S. 98–101; LÖFFLER, Geschichte, S. 52–4.

Die Entdeckung des Erregers, des *Myobacterium Tuberculosis*, durch Robert Koch⁵ im Jahr 1882 stellte einen entscheidenden Schritt in der Geschichte der Tuberkulosebekämpfung dar. Nach längeren Auseinandersetzungen setzte sich die Definition der Tuberkulose als Infektionskrankheit in der Fachwelt durch. Damit war eine Diagnose der Krankheit möglich geworden, die Hoffnung auf eine Therapie sollte sich jedoch nicht so rasch erfüllen.⁶

Die Tuberkulose wird heute als Infektionskrankheit verstanden, die meist chronisch verläuft und in der Regel durch Tröpfcheninfektion von Mensch zu Mensch übertragen wird, sehr selten durch Staubpartikel bzw. eingetrocknete Exkrete. Der Ausbruch der Krankheit hängt sowohl von der Anzahl der Erreger als auch von der Widerstandsfähigkeit des jeweiligen Organismus ab. Die Tuberkulose läuft in mehreren Phasen ab: die sogenannte Primärtuberkulose ist meist eine Tuberkuloseinfektion der Lunge. Sie beginnt symptomarm mit einem grippeähnlichen Verlauf, wobei sich der sogenannte Primärkomplex bildet: ein Infektionsherd, der mit den ihn umgebenden entzündeten Lymphknoten in Verbindung steht. In den meisten Fällen kapselt sich der Primärkomplex ab, und die Tbc heilt spontan aus, der Mensch verfügt dann über Antikörper gegen die Krankheit. In der zweiten Phase, der sogenannten postprimären Tuberkulose, die nur bei einem kleinen Teil der ursprünglich Infizierten eintritt, streuen die Bakterien über den Blutkreislauf und das Lymphsystem im ganzen Körper und können verschiedene Organe befallen. Es bilden sich knötchenartige Gewebeveränderungen (Tuberkel); bei der sogenannten Miliartuberkulose (*milium* = Hirsekorn) entstehen kleinere Gewebeveränderungen (Läsionen) in den betroffenen Organen. Die Tuberkel können auch zerfallen, so daß Hohlräume entstehen, die in der Lunge „Kavernen“ genannt werden. Diese zweite Krankheitsphase, bei der sich die Bakterien in verschiedensten Organen festsetzen können, verläuft unbehandelt in der Regel tödlich. Typisch für die Erkrankung ist eine lange Leidensphase des Patienten. Lediglich bei einem Befall der Hirnhaut (tuberkulöse Meningitis) tritt sehr rasch der Tod ein.⁷

Beim Tuberkuloseerreger differenziert man zwei verschiedene Arten des Bazillus, *Typus humanus* und *Typus bovinus*. Diese Unterscheidung wurde erstmals 1901 von Koch vorgenommen, der den Rinderbazillus als für den Menschen harmlos einschätzte. Die tatsächliche Infektiosität des *Typus bovinus* war daraufhin längere Zeit heftig umstritten. Tatsächlich verursachte die Rinder-

⁵ Dr. Robert Koch (1834–1910), erforschte 1876 den Milzbranderreger und wurde auf Grund seiner Erfolge 1880 Leiter des neugegründeten Kaiserlichen Gesundheitsamtes Berlin. Neben weiteren Entdeckungen im Bereich der Bakteriologie gelang es ihm, Tuberkuloseerreger im Gewebe nachzuweisen und zu züchten. Vgl. HÄHNER-ROMBACH, Sozialgeschichte, S. 22–3; BOCHALLI, Geschichte, S. 530.

⁶ LÖFFLER, Geschichte, S. 58–9; CONDRAU, Lungenheilanstalt, S. 15.

⁷ Vgl. zur Definition der Krankheit Artikel „Tuberkulose“, in: Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch, S. 1609–11; WINKLE, Geisseln, S. 84; HÄHNER-ROMBACH, Sozialgeschichte, S. 20; CONDRAU, Lungenheilanstalt, S. 15; HEDVALL, Infektionsquellen, S. 500, 506–10.

tuberkulose, die meist über infizierte Milch übertragen wurde, einen nicht unbeträchtlicher Teil der Tuberkulosefälle, insbesondere bei Kindern. Auch die bovine Tuberkulose kann beim Menschen zum Tode führen.⁸ Mit der sich während des 20. Jahrhunderts durchsetzenden Pasteurisierung der Milch – durch ausreichende Erhitzung können die Bakterien abgetötet werden – sowie einer Kontrolle und Überwachung der Rinderbestände wurde jedoch diese Tuberkuloseform zumindest seit den 1930er Jahren in Europa stark zurückgedrängt. In den Vereinigten Staaten war die Rindertuberkulose schon sehr viel früher unter Kontrolle gebracht worden, da man hier schon seit der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert begonnen hatte, Herden zu testen, Erreger-positive Tiere zu schlachten sowie die Pasteurisierung der Milch voranzutreiben.⁹

Insbesondere im 19. Jahrhundert wütete die Tuberkulose in den sich entwickelnden Industriestaaten und forderte gerade in der Altersgruppe der 15–35jährigen zahlreiche Todesopfer. Tbc traf zwar Menschen aus allen Klassen, verbreitete sich aber besonders in den unteren Schichten. Mangelhaft ernährte, überarbeitete Menschen, die in engen, schlecht belüfteten, feuchten Arbeiterquartieren zusammenwohnten, trugen ein wesentlich größeres Risiko, sich anzustecken, als die wohlhabenden Angehörigen der oberen Schichten.¹⁰ Mitte des 19. Jahrhunderts erreichte die Tuberkulosesterblichkeit in England ihren Höhepunkt, in den anderen europäischen Staaten und den USA Ende des 19. Jahrhunderts. Seitdem ging die Sterblichkeitsrate in den industrialisierten Ländern – von den Auswirkungen der beiden Weltkriege einmal abgesehen – kontinuierlich zurück, so auch in Deutschland.¹¹

Über die Gründe dieses Rückgangs, der bereits lange vor der Einführung von wirksamen Chemotherapeutika einsetzte, ist viel diskutiert worden. Die von Thomas McKeown aufgestellte These, daß die sinkenden Tuberkulosezahlen bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts lediglich mit der sich bessernden Ernährungs- und auch Wohnsituation der Bevölkerung zusammenhinge und die Therapiemethoden keinerlei Wirkung gezeigt hätten, wurde lange breit akzeptiert.¹² In jüngerer Zeit ist diese Theorie jedoch in Frage gestellt und auch der Isolierung ansteckender Fälle durch Behandlungen in Krankenhäusern und Sanatorien, die eine Weiterverbreitung der Krankheit somit verhindert hätten,

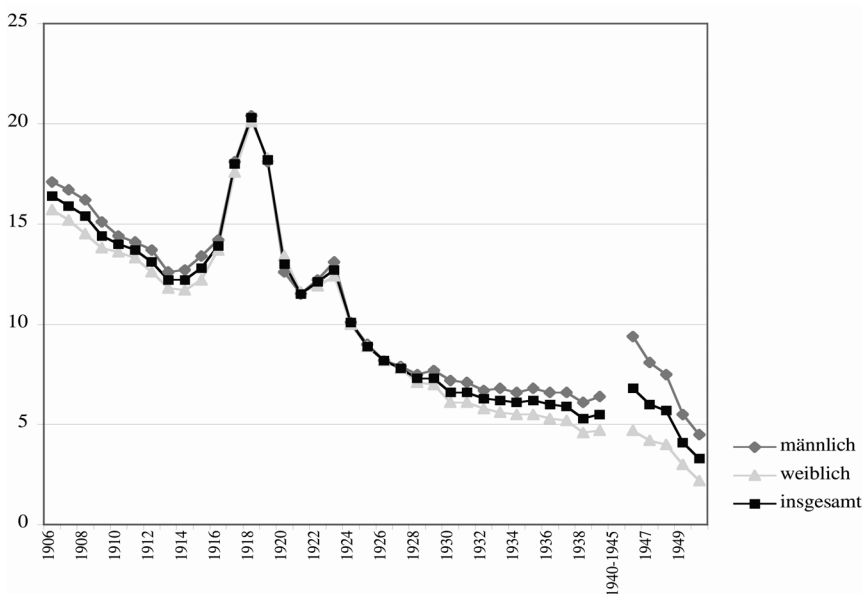
⁸ 1933 sollen noch etwa 6 Prozent der Tuberkulose-Todesfälle in Großbritannien von der bovinen Form verursacht worden sein; MYERS, *Tuberculosis*, S. 87–9; HEDVALL, *Infektionsquellen*, S. 501.

⁹ HEDVALL, *Infektionsquellen*, S. 500–2; LÖFFLER, *Geschichte*, S. 70–2; GSELL, *Tuberkulose*, S. 332; vgl. zu den Auseinandersetzungen um die verschiedenen Bakterienformen ROSENKRANTZ, *Trouble*, S. 156–60.

¹⁰ LONG, *Tuberculosis*, S. 302; in Deutschland war die Tbc für etwa 10 Prozent aller Todesfälle verantwortlich, vgl. CONDRAU, *Lungenheilanstalt*, S. 40–2. Vgl. zur Tuberkulose als Armenkrankheit CONDRAU, *Lungenheilanstalt*, S. 47–56; F.B. SMITH, *Retreat*, S. 10–1, 19–20.

¹¹ F.B. SMITH, *Retreat*, S. 1–7; LONG, *Tuberculosis*, S. 304; OURY, *Geschichte*, S. 2847.

¹² Vgl. für das 19. Jahrhundert MCKEOWN und RECORD, *Reasons*, für das 20. Jahrhundert MCKEOWN et al., *Interpretation*; insgesamt MCKEOWN, *Modern Rise*.

Diagramm 2: Sterblichkeit an Lungentuberkulose in Deutschland, 1906–1950¹³

eine beträchtliche Wirkung zugeschrieben worden.¹⁴ Während des 20. Jahrhunderts sank die Sterblichkeit an Tuberkulose weiter und verlagerte sich vor allem in das höhere Alter. Auch die Erstinfektion, die früher meist im Kindesalter erfolgt war, fiel nun in spätere Lebensphasen.¹⁵ Während die Tuberkulose im

¹³ Anzahl der Todesfälle an Lungentuberkulose auf je 10000 Einwohner; nach dem jeweiligen Gebietsstand, 1939 Deutsches Reich einschl. Österreich und Sudetenland, ab 1946 Bundesrepublik (1946 ohne Rheinland-Pfalz und Baden); Statistik der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 61, Gesundheitswesen 1946–50, S. 48.

¹⁴ Vgl. hierzu LEONARD G. WILSON, *Decline*, S. 389–95; als weiterer Kritiker ist Simon Szreter zu nennen, der die These vertritt, daß die Sanierung der Städte und die Durchsetzung hygienischer Vorschriften den Rückgang der Infektionskrankheiten und auch der Tuberkulose ganz wesentlich unterstützt hat; vgl. SZRETER, *Importance*. Zur Auseinandersetzung um die Ursachen für den Rückgang der Infektionskrankheiten in der deutschen Literatur vgl. SPREE, *Soziale Ungleichheit*, S. 93–137, der den Ausbau des Gesundheitswesen nur zu einem geringen Teil als Ursache für den Rückgang ansieht und ebenfalls die bessere Ernährung und die durch die zunehmende Sanierung der Städte besseren Wohnverhältnisse in den Vordergrund rückt; zusammenfassend für die Diskussion BÄHR, *Forschungsansätze*, HÄHNER-ROMBACH, *Sozialgeschichte*, S. 75–83.

¹⁵ LÖFFLER, *Geschichte*, S. 74, 79–81; CONDRAU, *Lungenheilanstalt*, S. 48. Die Verschiebung ist darauf zurückzuführen, daß der „Durchseuchungsgrad“ der Bevölkerung zurückging. Mit einem hohen Durchseuchungsgrad ist ein hohes Infektionsrisiko für die jüngeren Altersgruppen verbunden. Wenn die Verbreitung des Erregers und damit das Infektionsrisiko sinkt, verschiebt sich die Krankheit eher in die höheren Altersgruppen; vgl. allgemein zum Rückgang der Krankheit DEMPSEY, *Decline*, S. 157–8; ROSENKRANTZ, *Consumption*, S. 3–6.

19. Jahrhundert noch eine der vorherrschenden Todesursachen gewesen war, trat sie im Laufe des 20. Jahrhunderts in der westlichen Welt weit hinter die chronisch-degenerativen Krankheiten wie Krebs und Herzkrankheiten zurück.

Ende des 19. Jahrhunderts hatten in den meisten europäischen Ländern und den Vereinigten Staaten die Stadtverwaltungen bzw. Gesundheitsbehörden begonnen, sich der Tuberkulosebekämpfung systematisch zu widmen. Fast überall wurden zudem Vereinigungen gegründet, die sich die Bekämpfung der Krankheit auf die Fahnen geschrieben hatten.¹⁶ Als gängige Behandlungsform entwickelte sich bereits seit Mitte des 19. Jahrhunderts – zunächst in Deutschland, bald aber auch in der Schweiz, Frankreich und den USA – die Sanatoriumsbehandlung, mit dem Konzept einer streng reglementierten Lebensweise auf dem Land bzw. in den Bergen, sowie viel frischer Luft und Ruhe. Als Begründer dieser Therapie gelten die deutschen Ärzte Hermann Brehmer und Peter Dettweiler. In der Schweiz wurde seit Ende des 19. Jahrhunderts eine beträchtliche Anzahl an Sanatorien gegründet, wo man meist eine vom Schweizer Arzt K. Turban propagierte strenge Liegekur im Hochgebirge praktizierte. Dabei hatten viele der Heilstätten jedoch eher den Charakter eines Hotels als den eines Krankenhauses. Die Schweizer Sanatorien waren unter den gehobenen Schichten ganz Europas populär; so gab es in Davos beispielsweise eigene englische und holländische Einrichtungen.¹⁷ Obwohl die Sanatoriumstherapie besonders in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts sehr verbreitet war und lange als nahezu einzige Therapieform galt, konnte ihre Wirksamkeit nie nachgewiesen werden. Über den Ausbau der Sozialversicherung und kommunaler Gesundheitssysteme, die ebenfalls eine wachsende Zahl an Sanatorien – allerdings weniger luxuriös – betrieben, wurde diese Behandlung in den europäischen Ländern auch den unteren Schichten zugänglich. Zahlreiche gemeinnützige Vereine förderten ebenfalls – insbesondere in Deutschland – den Bau von Heilstätten.¹⁸ Die Therapie selbst mag bei manchen Patienten den Tod hinausgezögert haben oder epidemiologisch wirksam geworden sein, indem Infektionsträger von der Öffentlichkeit ferngehalten wurden. Beweise für eine medizinische Wirksamkeit gibt es jedoch kaum, da die Patienten nur in den seltensten Fällen nach Verlassen der Heilstätte systematisch nachbetreut wurden. Statt dessen gab es zahlreiche Berichte über spontane Heilungen (die teils auf die frische Luft, teils auf die Besserung der Blutzirkulation etc. zurückgeführt wurden), weswegen sich die Heilstätten größter Beliebtheit bei den Kranken erfreuten. Insbesondere in Deutschland entwickelte sich die Förderung der Sanatorien zu einer Massenbewegung – ungeachtet einer Anzahl von Kritikern, die bereits Anfang des 20. Jahrhunderts auf die Irrationalität dieser Therapie hinwiesen.¹⁹

¹⁶ LONG, Tuberculosis, S. 308; OURY, Geschichte, S. 2846; vgl. zu den Vereinigten Staaten auch TELLER, Tuberculosis Movement.

¹⁷ Vgl. zur Geschichte der Schweizer Sanatorien ausführlich EHRLER, Bekannten.

¹⁸ GSELL, Kampf, S. 461.

¹⁹ Vgl. zur Geschichte der Tuberkuloseheilstätten insgesamt BIGNALL, Century, S. 20; GSELL,

Große Hoffnungen setzte man zunächst auf das von Robert Koch 1890 entwickelte Tuberkulin, ein Filtrat von abgetöteten Tuberkulosebazillen, von dem man zunächst annahm, daß es die Erreger im menschlichen Körper unschädlich machen könnte. Die überhastet angewandte Therapie führte aber zu erheblichen Nebenwirkungen und konnte kaum Besserungserfolge aufweisen.²⁰ Das Tuberkulin erzeugt beim nicht infizierten Menschen wie auch beim Tier keine Reaktion, beim einmal infizierten Menschen oder Tier (auch wenn diese Infektion unbemerkt war) löst es dagegen eine lokale Reaktion aus (Rötung der Haut, kleine Pusteln), so daß sich das Tuberkulin vor allem zu einem diagnostischen Mittel entwickelte. In den USA zunächst für Tests bei Rinderherden benutzt, wurden in den ersten Dekaden des 20. Jahrhunderts mehrere Tuberkulinproben für Menschen entwickelt.²¹

Ein weiteres wichtiges diagnostisches Mittel waren die 1895 entdeckten Röntgenstrahlen. Radiologische Untersuchungen wurden seit der Jahrhundertwende zur Diagnose der Tuberkulose angewandt, Reihendurchleuchtungen gab es in der französischen Armee bereits 1901. Nach dem Ersten Weltkrieg wurden Röntgenaufnahmen dann verstärkt in der medizinischen Diagnostik eingesetzt. Wichtig war für die Verbreitung des Verfahrens die Entwicklung der Schirmbildfotografie 1924, die in den nächsten Dekaden Massenuntersuchungen ermöglichte; im Englischen *Mass Miniature Radiography*, im Deutschen meist Röntgenreihenuntersuchungen (RRU) genannt. Zahlreiche unbekannte Tbc-Fälle konnten so aufgedeckt werden.²²

Seit der Entdeckung des Tuberkulosebazillus durch Koch arbeiteten verschiedene Forscher daran, einen Impfstoff zu entwickeln. 1908 berichteten die französischen Forscher Calmette und Guérin über Bazillen vom *Typus bovinus*, die durch bestimmte Züchtungen ihre Virulenz verloren hatten. Nach dem Ersten Weltkrieg setzte Calmette seine Forschungen am *Institut Pasteur* in Paris fort und entwickelte den sogenannten BCG-Impfstoff (*Bacillus Calmette-Guérin*) für Menschen. Die Impfung wurde ab 1921 in verschiedenen Staaten in Europa eingesetzt; zunächst waren die Ergebnisse ermutigend. Einen schweren Rückschlag erlitt die Impfung durch ein Impfunglück 1930 in Lübeck, bei dem

Tuberkulose, S. 332; LÖFFLER, Geschichte, S. 39–47; BOCHALLI, Geschichte, S. 641. Besonders die großen Schweizer Sanatorien und ihr internationales, wohlhabendes Publikum wurden zum Gegenstand zahlreicher literarischer Abhandlungen, als deren berühmteste *Der Zauberberg* von Thomas Mann zu nennen ist; vgl. MANN, *Zauberberg*. Die darin geschilderten Begebenheiten sind allerdings von der Realität der meisten Heilstätten, insbesondere der „Volksheilstätten“ für Arme, die sich durch Kargheit und strenge Disziplin auszeichneten, weit entfernt.

²⁰ BIGNALL, *Century*, S. 21; F. B. SMITH, *Retreat*, S. 56–7; CONDRAU, *Lungenheilanstalt*, S. 121–2; LÖFFLER, Geschichte, S. 60.

²¹ Unter anderem die nach ihren Erfindern Mantoux (intrakutane Probe) bzw. Moro (Salbenreaktion) benannten Testverfahren; MYERS, *Tuberculosis*, S. 87–8; OURY, Geschichte, S. 2834; NEUMANN, *Epidemiologie*, S. 31; BOCHALLI, Geschichte, S. 532.

²² FERLINZ, *Tuberkulose* 1995, S. 623; LONG, *Tuberculosis*, S. 310; OURY, Geschichte, S. 2834; BOCHALLI, Geschichte, S. 591.

ein verunreinigtes Impfpräparat zu zahlreichen Todesfällen führte. Nach eingehenden Untersuchungen, die die Sicherheit des Impfstoffs bestätigten, wurde vor allem in den skandinavischen Ländern die Impfung dennoch vor dem Zweiten Weltkrieg wieder breit eingesetzt. Üblicherweise wurde und wird die Impfung intrakutan gespritzt; an der Impfstelle bildet sich dann ein sehr kleiner tuberkulöser Primärkomplex in Form eines Knötchens (meist unter einem Zentimeter Durchmesser), der aber keine fortschreitende Tbc erzeugt. Der Impfschutz hält bei 80 Prozent der Geimpften über sieben Jahre.²³

Von dem italienischen Arzt Forlanini war 1882 erstmals die Methode des sogenannten artifiziellen Pneumothorax praktiziert worden, die sich seit den 1920er Jahren weit verbreitete.²⁴ Bei dem auch als Kollapstherapie bezeichneten Vorgehen hoffte man, durch Stillegen des betroffenen Lungenteils die Selbstheilungskräfte zu fördern. Dabei wurde durch Einblasen von Luft bzw. Gas in die Pleurahöhle²⁵ der Unterdruck in der Lunge aufgehoben und ein künstlicher Pneumothorax-Zustand herbeigeführt; die betreffende Lungenhälfte fiel zusammen, der Zugang wurde wieder verschlossen. Da sich das Vakuum in der Lunge langsam von selbst wiederaufbaute, mußte der artifizielle Pneumothorax durch regelmäßiges erneutes Einführen von Luft bzw. Gasen in die Pleurahöhle aufrecht erhalten werden (im englischen als *Refill* bezeichnet). Die Wirksamkeit der Therapie war letztlich nicht erwiesen; der artifizielle Pneumothorax stellte aber bis zur Einführung einer wirksamen Chemotherapie die Hauptbehandlungsart der Tbc dar – auch weil diese Behandlung relativ einfach durchzuführen war, keine aufwendige Operationstechnik benötigte und zugleich den Patienten den Eindruck vermittelte, daß etwas unternommen wurde.²⁶

²³ LÖFFLER, Geschichte, S. 86; GSELL, Tuberkulose, S. 331; OURY, Geschichte, S. 2846–7; vgl. zur Schutzimpfung Artikel „Schutzimpfung“, in: Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch, S. 1432, vgl. zu dem Impfunglück in Lübeck ausführlich S. 141.

²⁴ OURY, Geschichte, S. 1838; LÖFFLER, Geschichte, S. 104–5.

²⁵ Spalt zwischen den beiden Blättern des Brustfells.

²⁶ BIGNALL, Century, S. 21. Vgl. hierzu auch den sehr anschaulichen Bericht über die Pneumothoraxpatienten in Thomas Manns *Zauberberg*, wo diese den „Verein Halbe Lunge“ bilden, und die Therapie von den anderen Patienten mit Ehrfurcht und Sensationsgier beschrieben wird: „Es ist etwas aus der Chirurgie, wie du dir denken kannst, eine Operation, die hier oben häufig ausgeführt wird. Behrens hat große Übung darin ... Wenn eine Lunge sehr mitgenommen ist, verstehst du, die andere aber gesund oder vergleichsweise gesund, so wird die kranke mal einige Zeit von ihrer Tätigkeit dispensiert, um sie zu schonen ... Das heißt: man wird hier aufgeschnitten, hier irgendwo seitwärts, – ich kenn die Stelle ja nicht genau, aber Behrens hat es großartig los. Und dann wird Gas in einen hineingelassen, Stickstoff, weißt du, und so der verkäste Lungenflügel außer Betrieb gesetzt. Das Gas hält natürlich nicht lange vor, halbmonatlich etwas muß es erneuert werden, – man wird gleichsam aufgefüllt, so mußt du dir's vorstellen. und wenn das ein Jahr lang geschieht oder länger, und alles geht gut, so kann die Lunge durch Ruhe zur Heilung kommen. Nicht immer, verstehst sich, es ist wohl sogar eine gewagte Sache. Aber es sollen schon schöne Erfolge mit dem Pneumothorax erzielt worden sein. Alle haben ihn, die du da eben sahst. Frau Ilitis war auch dabei – die mit den Leberflecken – und Fräulein Levi, die magere, du erinnerst dich, – sie hat

Das nach dem artifiziellen Pneumothorax am häufigsten angewandte Verfahren der Lungenchirurgie war die sogenannte Thorakoplastik, bei der durch eine chirurgische Umgestaltung der Brustwand ebenfalls der Kollaps einer Lungenhälfte herbeigeführt wurde. Größere Eingriffe an der Lunge wurden durch neue Methoden der Thoraxchirurgie Anfang des 20. Jahrhunderts möglich. Ferdinand Sauerbruch führte beispielsweise in Deutschland 1904 das Druckdifferenzverfahren ein, wodurch Operationen an der offenen Lunge und die Entfernung befallener Lungenteile (Resektionschirurgie) möglich wurden. Derartige große Operationen wurden allerdings erst im Zusammenhang mit dem Einsatz von Antibiotika ein zuverlässiges Verfahren und kamen seit Ende der 1940er Jahre in größerem Maße zum Einsatz. Jedoch begann das Interesse an den chirurgischen Eingriffen ab den 1960er Jahren schnell wieder zu schwinden, da nun die meisten Tuberkulosefälle allein durch medikamentöse Therapie ausgeheilt werden konnten.²⁷

Sowohl die Sanatoriumsbehandlung als auch die lungenchirurgischen Verfahren konnten sich sowohl positiv als auch negativ auf die Krankheitsentwicklung auswirken. Wirkliche Heilungen gab es kaum. Die meisten Patienten mußten bis an ihr Lebensende mit der Tuberkulose zurechtkommen; selbst wenn es ihnen viele Jahre lang besser ging, starben sie doch meist an den Spätfolgen der Tbc. Erst mit Hilfe der Chemotherapie, die nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelt und eingesetzt wurde, konnte die Tuberkulose effektiv behandelt werden.²⁸

Zunächst wurde die Wirkung des 1944 von amerikanischen Forschern isolierten Antibiotikums Streptomycin auf den Tuberkuloseerreger entdeckt und sehr schnell zur Bekämpfung der Tbc-Infektion eingesetzt.²⁹ Das Streptomycin zeigte vor allem bei der Behandlung von tuberkulöser Meningitis eine gute Wirkung. Ein großes Problem wurden jedoch die gegen das Antibiotikum resistenten Erregerstämme, die sich vor allem wegen der anfangs zu kurzen Therapiedauer entwickeln konnten. 1946 wurde die Para-Aminosalicylsäure (PAS) in den USA als weiteres wichtiges Tuberkulostatikum³⁰ erkannt. Vor allem in der Kombinationstherapie mit Streptomycin glückte es, früh erkannte

so lange zu Bett gelegen. Sie haben sich zusammengefunden, denn so etwas wie der Pneumothorax verbindet die Menschen natürlich, und nennen sich ‚Verein Halbe Lunge‘, unter diesem Namen sind sie bekannt. Aber der Stolz des Vereins ist Hermine Kleefeld, weil sie mit dem Pneumothorax pfeifen kann, – das ist eine Gabe von ihr – es kann durchaus nicht jeder. Wie sie es fertigbringt, das kann ich dir auch nicht sagen, sie selbst kann es nicht deutlich beschreiben.“ MANN, Zauberberg, S. 74–5.

²⁷ OURY, Geschichte, S. 1838; LONG, Tuberculosis, S. 315; BIGNALL, Century, S. 21.

²⁸ LEONARD G. WILSON, Decline, S. 369; BIGNALL, Century, S. 22; BURNS AMBERSON, Retrospect, S. 347. Vgl. in CONDRAU, Lungenheilstätte, die sehr überzeugende Schilderung der Patientenschicksale nach der Entlassung aus den Heilstätten, S. 261–72.

²⁹ FELDMAN und HINSHAW, Streptomycin.

³⁰ Tuberkulostatikum, auch als Antituberkulotikum bezeichnet = Medikament gegen Tuberkulose.

Fälle von Tuberkulose gänzlich auszuheilen und Resistenzen zu vermeiden. 1951 gelang der Nachweis, daß eine eigentlich schon sehr lange, seit 1912 bekannte Substanz, das Isoniazid (im deutschen auch als Isonicotinsäurehydrazid bezeichnet und INH abgekürzt), ebenfalls eine erhebliche antituberkulöse Eigenschaft besaß. Diese Wirkung wurde fast gleichzeitig in zwei Laboren amerikanischer Pharmafirmen wie auch bei der Firma Bayer in Deutschland nachgewiesen.³¹ Alle drei genannten Therapeutika wurden in der Folgezeit die wichtigsten Mittel in der Bekämpfung der Tuberkulose. Einen weiteren Fortschritt erzielte das 1966 nach langen Forschungsarbeiten entwickelte Rifampizin, das die Dauer der Behandlung stark herabzusetzen vermochte.³² Mit dem Einsatz dieser Medikamente war die Bedrohung durch die Tuberkulose zumindest in der westlichen Welt auf ein Minimum geschrumpft; die Krankheit konnte im wesentlichen unter Kontrolle gehalten werden.

In der Öffentlichkeit wie auch in der Kunst hat das Phänomen Tuberkulose große Aufmerksamkeit erregt, zumindest solange es als allgegenwärtige Bedrohung empfunden wurde. Dies mag auch daran liegen, daß die Tbc wie wenig andere Krankheiten stark mit Metaphern befrachtet war, wie Susan Sontag in ihrem berühmten Essay hervorgehoben hat.³³ Der Tuberkulose haftete wegen ihres Krankheitsbildes, das die Infizierten langsam abmagern ließ, im 19. Jahrhundert eine Aura des Geistigen und Spirituellen an. Mit der Tbc verband sich die Vorstellung, daß sich das Opfer der Krankheit vom Leben loslöste, mit der Abmagerung und Schwächung in eine geistige Welt hinüberglitt.³⁴ Zu den Symptomen der Krankheit gehörten außerdem oft auch glänzende Augen sowie leichte Erregung und leichtes Erröten durch etwas erhöhte Körpertemperatur. Gerade bei Frauen der höheren Schichten galten im 19. Jahrhundert solche Erscheinungen zusammen mit Zartheit und Zerbrechlichkeit als erstrebenswert, so daß sich manche Symptome der Tuberkulose mit gängigen Schönheitsidealen verbanden. Oft wurde der Tbc daher eine erotische Komponente zugesprochen.³⁵ Eine solche Überhöhung und Romantisierung der Krankheitssymptome wurde allerdings lediglich in den gehobenen Schichten kultiviert; sie paßte kaum in die Lebens- und Wohnrealität der Arbeiterklasse, in der die meisten Tbc-Fälle zu beklagen waren.

³¹ LÖFFLER, Geschichte, S. 106–8; OURY, Geschichte, S. 2842; vgl. zur Entwicklung des Streptomycin COMROE, Pay Dirt.

³² GSELL, Tuberkulose, S. 333.

³³ SONTAG, Krankheit, S. 7–9; vgl. hierzu auch die amerikanischen Studien FELDBERG, Disease und OTT, Lives, die die Krankheit sowohl unter sozial- wie auch kulturgeschichtlichen Aspekten untersuchen; sowie das in Kap. III, 3.1 zur Syphilis Gesagte.

³⁴ CALDWELL, Crusade, S. 17.

³⁵ CALDWELL, Crusade, S. 23–8; SONTAG, Krankheit, S. 15–6. Als berühmtestes Beispiel für die Erotisierung der Krankheit ist *Die Kameliendame* von Alexandre Dumas zu nennen, in der in etlichen berühmten Szenen die Beschreibung der Schönheit der Marguerite Gautier mit der Schilderung der Symptome der Tbc verbunden wird. Vgl. DUMAS, Kameliendame, besonders S. 83–94.

Seit Ende des 19. bzw. Anfang des 20. Jahrhunderts wurde die Tuberkulose verstärkt als Armutskrankheit und „Proletarierkrankheit“ definiert, da man auch im Zusammenhang mit dem Aufkommen der Sozialhygiene die Erkrankung stärker mit den sozialen und materiellen Lebensbedingungen in Verbindung brachte. Sozialhygieniker sahen Krankheiten grundsätzlich in ihrem gesellschaftlichen Kontext und versuchten, gefährdete Gruppen durch gesundheitspolitische Maßnahmen zu betreuen und zu kontrollieren.³⁶ Die Tuberkulose wurde nun in Verbindung mit mangelhafter Ernährung und schlechten Wohnverhältnisse wahrgenommen, die die Ausbreitung der Krankheit stark begünstigten. So verband sich die Vorstellung der Krankheit mehr und mehr mit den beengten, schlecht belüfteten und feuchten Wohnblöcken der Arbeiterviertel in den schnell wachsenden Städten der Industrienationen sowie mit der Vorstellung von unzureichender Kleidung und Ernährung. Dies ging so weit, daß sich Patienten aus der Mittelklasse der Erkrankung schämten und nach Rechtfertigungsgründen suchten.³⁷

Während in den 1950er und 1960er Jahren das Interesse der medizinischen Forschung zurückging bzw. sich eher auf Studien über den „Siegesszug“ gegen die Krankheit verlagerte,³⁸ hat sich in den letzten Jahren die Geschichtsschreibung dem Phänomen der Tuberkulose wieder genähert. Dabei rückten sowohl die eben angeführten mentalitätsgeschichtlichen wie auch sozialgeschichtliche Aspekte in den Vordergrund.³⁹ In jüngster Zeit hat auch die Krankheit selbst wieder an Brisanz gewonnen. In den Ländern der Dritten Welt konnte sie nie so stark zurückgedrängt werden wie in den Industrienationen und ist dort nach wie vor eine häufige Todesursache. Im Zusammenhang mit der AIDS-Erkrankung – viele immungeschwächte Patienten erkranken an Tbc als Sekundärinfektion – und mit dem Auftreten von multiresistenten Bakterienstämmen in

³⁶ Vgl. grundsätzlich zur Sichtweise der Sozialhygiene MOSSE und TUGENDREICH, *Krankheit; zur Sozialhygiene* auch das Kapitel über Geschlechtskrankheiten, wo diese Disziplin eine noch weitaus größere Bedeutung bei der Bekämpfung der Krankheiten erlangte, vgl. Kap. III, 3.1.

³⁷ CONDRAU, *Lungenheilstätten*, S. 47–56, 215; CALDWELL, *Crusade*, S. 31–6; SONTAG, *Krankheit*, S. 18.

³⁸ Zu Werken, die sich aus dieser Perspektive mit der Tuberkulose beschäftigen, vgl. MYERS, *Tuberculosis* (mit dem Untertitel „A Half Century of Study and Conquest“); sowie WAKSMAN, *Conquest*.

³⁹ Vgl. hierzu auch die Hinweise in der Einleitung, Kap. I. Allerdings kommen die meisten Studien aus dem angloamerikanischen Sprachraum und beziehen sich auf die Zeit bis zur Einführung der Chemotherapeutika, so daß sie hier vor allem für die Abschnitte über die Vorgeschichte verwendet werden können. Als wichtigste Studien für die vorliegende Untersuchung sind der 2000 erschienene sozialgeschichtliche Vergleich zwischen Deutschland und Großbritannien von Flurin Condrau, der vor allem die Heilstättenbehandlung zum Thema hat und die Zeitspanne bis in die 1930er Jahre abdeckt (CONDRAU, *Lungenheilstätten*), und die Arbeit von Linda Bryder zur Sozialgeschichte der Tuberkulose in England zu nennen (BRYDER, *Mountain*), daneben das ebenfalls jüngst erschienene Buch von Sylvelyn Hähner-Rombach (HÄHNER-ROMBACH, *Sozialgeschichte*), die in ihrer Studie über Deutschland die NS-Zeit einbezieht, sich allerdings im wesentlichen auf eine Region beschränkt.

verschiedenen Ländern ist sie in den letzten Jahren wieder stärker ins Bewußtsein der westlichen Länder gerückt.⁴⁰

1.2 DIE BEKÄMPFUNG DER TUBERKULOSE IN DER ERSTEN HÄLFTE DES 20. JAHRHUNDERTS

1.2.1 *Deutschland*

Für die deutsche Armenfürsorge des 19. Jahrhunderts war die Tuberkulose mit ihrem chronischen Krankheitsverlauf ein schwerwiegendes Problem, da die Kranken lange Zeit Unterstützung benötigten und dies von den Institutionen der Armenhilfe kaum geleistet werden konnte.⁴¹ Staatliche bzw. kommunale Fürsorgeeinrichtungen speziell für Tuberkulöse wurden dennoch lange nicht eingerichtet. Dies mag auch daran gelegen haben, daß sich in Deutschland alle Maßnahmen sehr stark auf den Ausbau von Heilstätten konzentrierten.⁴²

Bereits Mitte des 19. Jahrhunderts wurde die erste dieser Einrichtungen durch den Arzt Hermann Brehmer gegründet. Brehmer postulierte, daß die Tuberkulose im Anfangsstadium heilbar sei, und begründete 1856 das Konzept der Freiluft-Liegekur. Mit dem Bau einer ersten Heilstätte wurde 1862 in Göbersdorf im Riesengebirge begonnen, da Brehmer hier einen „immunen Ort“ vermutete (an dem es keine Tbc-Kranken gab) und annahm, daß die Erkrankungen von allein abklingen würden.⁴³ Peter Dettweiler baute das Konzept der Liegekur aus, erfand den für die Heilstätten typischen Liegestuhl und den Taschenspucknapf. Solche Kuren waren zunächst nur für gehobene Gesellschaftsschichten erschwinglich.⁴⁴

Nach der Entdeckung des Erregers, 1882, bekam die Heilstättenbewegung in Deutschland durch die medizinischen Fortschritte großen Auftrieb. Es wurden zahlreiche Sanatorien gegründet, von denen die meisten sich bald nach der von Dettweiler begründeten „strengen Liegekur“ richteten, bei der die Patienten einen Tagesplan mit genau eingeteilten Liegezeiten an der frischen Luft einhalten mußten. Heilstättenaufenthalte waren weiterhin teuer und für die unteren sozialen Schichten, die besonders stark von der Krankheit betroffen waren, nicht erschwinglich. Um auch solchen Patienten eine Kur zu ermöglichen, wurden Ende des 19. Jahrhunderts zahlreiche Vereine für den Bau sogenannter „Volksheilstätten“ ins Leben gerufen.⁴⁵

⁴⁰ DORMANDY, *White Death*, S. 384–92; WINKLE, *Geisseln*, S. 152.

⁴¹ CONDRAU, *Lungenheilanstalt*, S. 61.

⁴² HÄHNER-ROMBACH, *Sozialgeschichte*, S. 84–8; FERLINZ, *Tuberkulose 1995*, S. 622; RUDLOFF, *Wohlfahrtsstadt*, S. 689.

⁴³ LÖFFLER, *Geschichte*, S. 37–9; FERLINZ, *Tuberkulose 1996*, S. 15; FERLINZ, *Tuberkulose 1995*, S. 619; BIGNALL, *Century*, S. 19.

⁴⁴ EHRLER, *Kampf*, S. 459; LÖFFLER, *Geschichte*, S. 39–40; LINDIG, *Heilstätte*, S. 174.

⁴⁵ Z.B. wurde der Bau einer 1898 in Planegg bei München eröffneten Volksheilstätte maßgeb-

Aus dieser Heilstättenbewegung heraus wurde 1895 das *Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose* (DZK) gegründet. Dem DZK gelang es, die Eliten aus Politik und Gesellschaft, Sozialhygieniker wie auch Ärzte für sein Anliegen zu gewinnen; als Ehrenpräsident fungierte der jeweilige Reichskanzler. Das Ziel der Vereinigung war in erster Linie die Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke, aber auch die Verbesserung der Fürsorge für Tbc-Kranke sowie die Förderung der medizinischen Forschung und Aufklärung.⁴⁶

Wie bei den Geschlechtskrankheiten oder der Säuglingssterblichkeit – auf die in den weiteren Kapiteln eingegangen wird – entwickelte sich auch die Bekämpfung der Tuberkulose um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert in Deutschland zu einem zentralen gesellschaftlichen Anliegen.⁴⁷ Die Gründe sind zum einen in den Fortschritten der Medizin, zum anderen in der sich stark entwickelnden kommunalen Fürsorge zu suchen. Auch die in Deutschland sehr prominente Disziplin der Sozialhygiene spielte bei der Armutskrankheit Tuberkulose eine wichtige Rolle.⁴⁸

Neben den Heilstätten entstanden in dieser Zeit auch andere Betreuungsmöglichkeiten für die Kranken. 1899 wurde in Halle die erste Fürsorgestelle für Tuberkulose eingerichtet.⁴⁹ Nach der Jahrhundertwende breiteten sich diese Einrichtungen dann rasch im ganzen Reichsgebiet aus. 1907 gab es 117 dieser Stellen, 1920 wurden bereits 3029 gezählt. Anfangs wurden die meisten Fürsorgestellen noch von gemeinnützigen Vereinen betrieben, so auch die 1907 gegründete Münchner Tuberkulosefürsorgestelle.⁵⁰ Die Einrichtungen boten in erster Linie eine ärztliche Diagnosemöglichkeit an, zudem registrierten sie die Kranken. Sie kümmerten sich um weitere Maßnahmen, vermittelten unter Umständen einen Heilstättenaufenthalt und veranlaßten in jedem Fall Besuche von Fürsorgerinnen bzw. Fürsorgeschwestern bei den Kranken. Die Tuberkulosefürsorgestellen versuchten, die Tbc-Infizierten zu kontrollieren und in deren Familien hygienische Maßnahmen durchzusetzen, vor allem getrennte Schlafräume für Tuberkulose und den Rest der Familie. Letzteres ließ sich aber angesichts der beengten Wohnverhältnisse in den unteren Schichten kaum durchsetzen. 1909 teilten beispielsweise nach einer Untersuchung der Münchner Ortskrankenkasse 76 Prozent der Erkrankten ihren Schlafraum mit anderen Personen. Eine Behandlung fand in den Fürsorgestellen nicht statt, da dies zu

lich durch einen gemeinnützigen Münchner Verein unterstützt. FERLINZ, Tuberkulose 1996, S. 15–6; EHRLER, Kampf, S. 461; RUDLOFF, Wohlfahrtsstadt, S. 689.

⁴⁶ FERLINZ, Tuberkulose 1996, S. 17. Das DZK führte zunächst den Namen „Deutsches Centralkomitee zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke“.

⁴⁷ Vgl. zu den Geschlechtskrankheiten Kap. III, 3.1; zur Säuglingssterblichkeit Kap. III, 4.1.1.

⁴⁸ HÄHNER-ROMBACH, Sozialgeschichte, S. 38–51; BLASIUS, Tuberkulose: Signalkrankheit, S. 323; vgl. als zeitgenössische Schrift über den Zusammenhang von sozialer Lage und Tuberkulose MOSSE, Einfluß; sowie oben S. 136.

⁴⁹ CONDRAU, Lungenheilanstalt, S. 63; FERLINZ, Tuberkulose 1995, S. 622.

⁵⁰ RUDLOFF, Wohlfahrtsstadt, S. 690; vgl. zur zeitlich ähnlich verlaufenden Entwicklung der Fürsorgestellen in Aachen BOLZENIUS, Tuberkulose, S. 123–33.

Konflikten mit der niedergelassenen Ärzteschaft geführt hätte, die Eingriffe in ihre Zuständigkeit befürchteten.⁵¹ Obwohl sich die Tuberkulosefürsorgestellen in der Regel sehr bemühten, nicht den Unmut der Ärzte zu erregen, war die Zusammenarbeit in den meisten Städten nicht sehr gut. Viele Kranke wurden von den Ärzten gar nicht an die Tbc-Stellen gemeldet, was deren Effizienz nicht gerade verbesserte.⁵² Die Fürsorgeeinrichtungen waren jedoch trotz dieser Probleme der Kern der kommunalen Tuberkulosefürsorge und hatten vor allem in ihrer Funktion als Vermittler von Heilverfahren beträchtlichen Einfluß.

Die seuchenpolitische Gesetzgebung war für die Tuberkulosebekämpfung in Deutschland eher von geringer Bedeutung. Das Reichsseuchengesetz von 1900, das Meldepflicht und hygienische Vorschriften für Epidemien bei bestimmten Infektionskrankheiten anordnete, schloß die Tbc nicht mit ein. Allerdings entstanden infolge des Reichsgesetzes einige Landesgesetze, die zumindest die Tuberkulosesterblichkeit meldepflichtig machten.⁵³ 1923 führte das Gesetz zur Bekämpfung der Tuberkulose dann eine reichsweite Anzeigepflicht bei den Gesundheitsämtern für alle übertragbaren Fälle der Tuberkulose ein.⁵⁴

Als gesundheitspolitische Maßnahme weit wichtiger einzuschätzen ist die Bismarcksche Sozialversicherung, die einen erheblichen Einfluß auf die Bekämpfung der Tuberkulose hatte. Allerdings blieb dabei die Krankenversicherung von geringerer Bedeutung, da diese im Krankheitsfall nur 13 Wochen Krankengeld gewährte – ein für Tuberkulosekranke viel zu kurzer Zeitraum, in Anbetracht dessen, daß sich die Tbc als chronische Krankheit meist über Jahre hinzog. Die Tuberkulosekranken wurden vielmehr als langfristig Erwerbsunfähige zu einem Problem der Alters- und Invalidenversicherung. Die Invalidenversicherung mußte Personen, die mindestens fünf Jahre eingezahlt hatten, bei langandauernder Erwerbsunfähigkeit mit einem niedrigen Betrag langfristig unterstützen. Daraus erklärt sich das in Deutschland so starke Engagement der Alters- bzw. später der Rentenversicherung in der Tuberkulosehilfe. Die Landesversicherungsanstalten (LVAs) als Träger der Rentenversicherung versuchten, dem hohen Kostenfaktor der Tuberkulosekranken zu begegnen, indem sie zusammen mit den Krankenkassen Heilbehandlungen unterstützten, um auf diese Weise die Arbeitskraft der Kranken möglichst wiederherzustellen. Zunächst wurde die kurze Zahlungspflicht der Krankenkassen in Anspruch genommen, danach wurden die Behandlungen von den Landesversicherungsanstalten finanziert, sofern Aussicht auf Heilung bestand. Die Regelung bestand in Deutschland seit 1894.⁵⁵ Dies führte dazu, daß die Landesversicherungsan-

⁵¹ CONDRAU, Lungenheilanstalt, S. 623–4; RUDLOFF, Wohlfahrtsstadt, S. 693.

⁵² RUDLOFF, Wohlfahrtsstadt, S. 696.

⁵³ CONDRAU, Lungenheilanstalt, S. 82–3; NEUMANN, Epidemiologie, S. 26.

⁵⁴ LOCK, 90 Jahre, S. 394.

⁵⁵ CONDRAU, Lungenheilanstalt, S. 86–7; TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung.

stalten innerhalb kürzester Zeit etwa die Hälfte der deutschen Lungenheilstätten selbst unterhielten, die übrigen zu einem großen Teil finanziell unterstützten sowie auch viele der Tuberkulosefürsorgestellen betrieben. Die Kostenübernahme durch die Rentenversicherer entlastete die Krankenkassen erheblich, die dadurch paradoxerweise von der Bekämpfung einer der wichtigsten Todesursachen weitgehend befreit waren. Die Krankenkassen zahlten deswegen sogar freiwillig Unterstützung an die Angehörigen der Tbc-Kranken, die sich einer Heilbehandlung unterzogen. Diese Regelung wiederum führte dazu, daß in Deutschland Heilstättenaufenthalte auch in den unteren Schichten gut akzeptiert wurden. Der stationäre Aufenthalt in einem Sanatorium wurde in Deutschland so zur gängigen Behandlungsform für Tuberkulose; über 80 Prozent der Tbc-Therapien fanden dort statt.⁵⁶

Sowohl die Heilstätten als auch die Tuberkulosefürsorgestellen wurde in den ersten Dekaden des 20. Jahrhunderts stark ausgebaut. Während der letzten Jahre des Ersten Weltkrieges stiegen die Tuberkulosezahlen wieder heftig an, begünstigt durch Mangelernährung und Wohnungsnot der letzten Kriegsjahre. Dies führte Anfang der 1920er Jahre zu einer wachsenden Besorgnis um die Gesundheit der Nation und zu einer erheblichen Intensivierung der Tuberkulosefürsorge. Mitte der 1920er Jahre gab es bereits 500 Heilstätten mit ca. 43 000 Betten.⁵⁷

Gleichzeitig verbesserte sich damals auch die Diagnostik. Da die meisten Heilstätten über die Finanzierung der Landesversicherungsanstalten abgesichert waren, engagierte sich das DZK nun stärker in der Förderung der Tbc-Fürsorge. Der Verein unterstützte beispielsweise die Anschaffung der teuren Röntgengeräte in den Fürsorgestellen. Der offiziöse Charakter, den das DZK im Kaiserreich hatte, bestand in der Weimarer Republik fort; weiterhin saßen im Vorstand Vertreter der zuständigen Reichsbehörden (Reichsversicherungsanstalt und Ministerien).⁵⁸ Das Komitee hatte so einen erheblichen Einfluß auf die Gestaltung der Gesundheitspolitik bei der Tbc-Bekämpfung. Durch den Ausbau und die bessere Ausstattung der Fürsorgestellen konnten diese in den 1920er Jahren genauere Diagnosen bei den Kranken stellen, so daß die Heilstätteneinweisungen gezielter vorgenommen werden konnten. Nur bei Vorliegen eines pathologischen Röntgenbefundes wurde ab 1925 eine Behandlung zugestanden; zuvor war eine vage Diagnose ausreichend gewesen und viele Nicht-Tbc-Kranke hatten die Heilstätten bevölkert. Dies hatte zwar die Erfolgsbilanzen der Sanatorien besser aussehen lassen, war aber aus gesundheits-

⁵⁶ BAK, B 142/386, Mitgliederversammlung des DZK in Bonn, 14. 4. 1950; vgl. auch TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung; CONDRAU, Lungenheilstätt, S. 90.

⁵⁷ Vgl. WEINDLING, Health, S. 359; NEUMANN, Epidemiologie, S. 36. Die Zahlen beziehen sich auf das Jahr 1925.

⁵⁸ LOCK, 90 Jahre, S. 393; CONDRAU, Lungenheilstätt, S. 111.

politischer Sicht höchst problematisch gewesen.⁵⁹ Auch Tuberkulintests wurden mittlerweile in manchen Stellen zur Früherkennung durchgeführt.

Die Tuberkulose blieb trotz des Ausbaus und der besseren Organisation der Fürsorge- und Therapieangebote eine tödliche Krankheit. Die nicht sehr zahlreichen Untersuchungen über die Lebenserwartungen der Patienten zeigten stets, daß ein Großteil der Kranken innerhalb einiger Jahre verstarb – relativ unabhängig von einem Heilstättenaufenthalt.⁶⁰ Dennoch wurde diese Therapieform weiterhin als erfolgversprechende Maßnahme gesehen und auch in den 1920er Jahren ausgeweitet. In Deutschland wurde die Kollapstherapie mit Pneumothorax und strenger (Freiluft-)Liegekur zur wichtigsten Form der Behandlung bis in die 1940er Jahre.⁶¹

In der Prävention hinsichtlich der Übertragung von Rindertuberkulose lag man in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern und insbesondere zu den USA weit zurück. In Deutschland hatte die Übertragung von Mensch zu Mensch stets im Vordergrund gestanden.⁶² Während in Chicago beispielsweise bereits 1908 die Pasteurisierung der Milch eingeführt und wenig später Massentests bei den Rindern vorgenommen wurden, widmete man sich diesem Problem in Deutschland eigentlich erst nach dem Zweiten Weltkrieg systematisch. In Berlin ging man in den 1930er Jahren von ca. 10 Prozent boviner Tuberkulosen an den Tbc-Erkrankungen aus. Nach einer Repräsentativerhebung waren in ganz Deutschland fast zwei Drittel der Rinderbestände tuberkuloseinfiziert.⁶³

Auch die in Frankreich entwickelte BCG-Impfung gegen Tuberkulose begann man in Deutschland nur sehr zögerlich einzusetzen, während in anderen Ländern damit bereits in den 1920er Jahren die Tuberkulosesterblichkeit unter Kindern und Jugendlichen stark gesenkt werden konnte. 1927 noch warnte der Reichsgesundheitsrat – das oberste beratende Gremium der Weimarer Republik in Gesundheitsfragen – vor der Anwendung der Impfung. Schließlich entschloß man sich 1930 in Lübeck zur Impfung von Freiwilligen, was jedoch in einer Katastrophe endete: 251 Kinder erkrankten und 72 starben nach oraler Applikation einer mit einem virulenten Stamm kontaminierten BCG-Kultur.⁶⁴ Obwohl Untersuchungen nachwiesen, daß das Problem nicht am Impfstoff

⁵⁹ FERLINZ, Tuberkulose 1995, S. 622.

⁶⁰ NEUMANN, Epidemiologie, S. 28. Hier wird eine Untersuchung der 1920er Jahre zitiert, nach der von einer Gruppe von 1921 mit offener Tuberkulose gemeldeten Patienten nach zwei Jahren 58 Prozent, nach fünf Jahren 77 Prozent und nach zehn Jahren 84 Prozent nicht mehr am Leben waren.

⁶¹ AUGE, Betrachtungen, S. 219; LOCK, 90 Jahre, S. 394.

⁶² Dies wird mitunter auf die Forschungen von Robert Koch zurückgeführt, der die Unterschiede der beiden Erreger feststellte und zunächst davon ausging, daß der Rinderbazillus für den Menschen nicht ansteckend sei. Vgl. FERLINZ, Tuberkulose 1995, S. 625.

⁶³ Die Erhebung ergab 1935/36 eine Infektionsquote von 63 Prozent bei Kindern; NEUMANN, Epidemiologie, S. 41; vgl. auch FERLINZ, Tuberkulose 1995, S. 625.

⁶⁴ LÖFFLER, Geschichte, S. 87; NEUMANN, Epidemiologie, S. 32.

selbst lag, sondern menschliches Versagen den Impfstoff verunreinigt hatte, war damit die BCG-Impfung in Deutschland zunächst völlig diskreditiert.⁶⁵

Im Nationalsozialismus wurde auch die Tuberkulosefürsorge stark von den rassehygienischen Vorstellungen der NS-Ideologie tangiert. Organisatorisch lösten die Nationalsozialisten zunächst das Präsidium des DZK auf, benannten das Komitee in *Reichs-Tuberkulose-Ausschuß* um und unterstellten es direkt dem Innenministerium.⁶⁶ Durch das Vereinheitlichungsgesetz von 1934 kam auch die Tuberkulosefürsorge unter eine zentralistische Verwaltung und wurde den staatlichen Gesundheitsämtern überantwortet. Die Aufgaben der Tuberkulosefürsorge bestanden ansonsten im wesentlichen fort; die Heilstättenverfahren wurden weiterhin über die LVAs finanziert. Neu war, daß die Fürsorgestellen verstärkt mit den Vereinigungen der NS-Volkswohlfahrt zusammenarbeiteten.⁶⁷ Tuberkulose galten im „Dritten Reich“ grundsätzlich als gefährlicher „Seuchenherd“ für die Volksgesundheit und als mögliche Träger minderwertigen Erbgutes, obwohl die Krankheit längst eindeutig als Infektionskrankheit identifiziert war. Dem entspricht auch, daß die Meldepflicht 1938 verschärft und auf alle Fälle der Tuberkulose ausgedehnt wurde.⁶⁸ Die Maßnahmen gegen Tuberkuloseerkrankte hielten sich in den nächsten Jahren jedoch in Grenzen und waren weniger scharf als gegenüber anderen Kranken, etwa den an Geschlechtskrankheiten leidenden Personen.⁶⁹ Dies hatte verschiedene Gründe: Zum einen stellte die Tuberkulosefürsorge ein anerkanntes, funktionierendes System dar, an dem auch die Nationalsozialisten nicht rütteln wollten, zum anderen konnten die Nationalsozialisten nicht umhin, die Infektiosität der Tuberkulose insoweit zur Kenntnis zu nehmen, als Tuberkulose „nicht an sich zu den minderwertigen Volksgenossen gerechnet“ wurden.⁷⁰ Ehestandsdarlehen wurden bei Tuberkuloseerkrankung nicht automatisch abgelehnt, es stand aber im Ermessen des Arztes, diese Darlehen zu verweigern. Die Tuberkulose gehörte auch nicht zu den im Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses explizit genannten Krankheiten. Dennoch wurde in manchen Fällen die Eheerlaubnis bei Tuberkulose verwehrt.⁷¹

Besondere Aufmerksamkeit wurde während der nationalsozialistischen Herrschaft den Zwangsmaßnahmen gegen sogenannte „asoziale Offentuber-

⁶⁵ NEUMANN, Epidemiologie, S. 36. Damals wurde unter anderem kolportiert, die Franzosen hätten den aus Frankreich importierten Impfstoff verseucht, um deutsche Kinder umzubringen, vgl. WINKLE, Geisseln, S. 148–9. Erst in den 1950er Jahren konnte die Impfung wieder für breitere Bevölkerungsschichten eingesetzt werden.

⁶⁶ LOCK, 90 Jahre, S. 394.

⁶⁷ REINICKE, Tuberkulosefürsorge, S. 195–200.

⁶⁸ Vgl. KELTING, Tuberkuloseproblem, S. 15; HÄHNER-ROMBACH, Sozialgeschichte, S. 264; BLASIUS, Tuberkulose im Dritten Reich, S. 79; vgl. zur Meldepflicht LOCK, 90 Jahre, S. 394.

⁶⁹ Vgl. zu den Maßnahmen gegen Geschlechtskranke im Dritten Reich Kap. III, 3.2.1.

⁷⁰ BLASIUS, Tuberkulose im Dritten Reich, S. 80–1.

⁷¹ REINICKE, Tuberkulosefürsorge, S. 219; HÄHNER-ROMBACH, Sozialgeschichte, S. 265–6, BLASIUS, Tuberkulose: Signalkrankheit, S. 329.

kulöse“ gewidmet. Die Zwangsisolierung „böswilliger Kranker“ war bereits während der Weimarer Zeit heftig diskutiert worden und fand zumindest seit Ende der 1920er Jahre relativ breite Zustimmung. Unter dem Nationalsozialismus wurde dieses Vorgehen nun wichtiger Bestandteil der Gesundheitspolitik. Bereits das *Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Besserung und Sicherung* vom November 1933 verschärfte die Strafen drastisch und führte Präventivmaßnahmen wie Sicherungsverwahrung bzw. Schutzhaft ein.⁷² „Asoziale Offentuberkulöse“ konnten nun relativ einfach „zwangsasyliert“ werden. Gleichzeitig schuf man eigene „Zwanganstalten“ für diese Fälle.⁷³ Dies entsprach in vieler Hinsicht dem Vorgehen gegenüber Geschlechtskranken. In einer dieser Anstalten in Stadtroda wurden bezeichnenderweise 50 tuberkulöse und 20 geschlechtskranke Frauen gemeinsam eingesperrt.⁷⁴ In der *Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten* von 1938 wurden die Regelungen zur zwangsweisen Behandlung von Infektionskranken, in die nun auch die Tuberkulosekranken einbezogen waren, neu gefaßt.⁷⁵

Während die segregierenden Maßnahmen der Nationalsozialisten nach dem Zusammenbruch der NS-Herrschaft weitgehend aufgehoben wurden, blieb die Organisation der Tbc-Bekämpfung mit den während der Zeit des Dritten Reichs eingeführten Änderungen bestehen. Die Tuberkulosefürsorgestellen unterstanden nach dem fortgeltenden Vereinheitlichungsgesetz von 1934 weiterhin den Gesundheitsämtern; auch die wichtige Rolle der Landesversicherungsanstalten bei der Bekämpfung der Tbc änderte sich durch die Wiedererrichtung der Sozialversicherung in ihrer traditionellen Form nicht.⁷⁶

Während des Zweiten Weltkriegs waren die Tuberkulosezahlen bis 1944 relativ unverändert geblieben, ehe sie in die Höhe schnellten.⁷⁷ Zu den nach Kriegsende dramatisch angestiegenen Erkrankungszahlen auf dem Gebiet der späteren Bundesrepublik Deutschland trugen einerseits die vielen Flüchtlinge bei, die unter miserablen Bedingungen in Lagern hausen mußten und sich dort relativ leicht infizieren konnten. Aber auch die Einheimischen waren durch die beengten und unhygienischen Wohnverhältnisse sowie insbesondere die schlechte Ernährungslage nach dem Krieg stark gefährdet. Gleichzeitig hatte es seit 1944 kaum noch eine systematische Betreuung der bestehenden Tuber-

⁷² RGBl. 1933 I, S. 995: Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Besserung und Sicherung vom 24. 11. 1933; vgl. auch WERLE, Justiz-Strafrecht, S. 86–107.

⁷³ HÄHNER-ROMBACH, Sozialgeschichte, S. 131, 272. Solche Anstalten entstanden in Stadtroda (Thüringen), Benninghausen (Westfalen) und Göhrden bei Brandenburg.

⁷⁴ HÄHNER-ROMBACH, Sozialgeschichte, S. 273–88; vgl. zu den Zwangsmaßnahmen gegen Geschlechtskranke Kap. III, 3.2.1.

⁷⁵ RGBl. 1938 I, S. 1721; vgl. auch BREU, Intensivierung, S. 185.

⁷⁶ Vgl. NEUMANN, Epidemiologie, S. 38; vgl. zum Fortbestand der Sozialversicherung Kap. II, 1.1.

⁷⁷ NEUMANN, Epidemiologie, S. 42.

kulosefälle gegeben; viele Heilanstalten waren geschlossen und die Kranken in infektiösem Zustand entlassen worden, was zu einer Weiterverbreitung der Krankheit sicherlich beigetragen hatte. Dazu kam noch, daß zahlreiche Soldaten sich in Krieg oder Gefangenschaft infiziert hatten und nun in ihre Heimat zurückkehrten.⁷⁸ Wie stark die sozialen Gegebenheiten die Tuberkulosezahlen beeinflussten, zeigt sich am Beispiel Nordrhein-Westfalens: die Tbc-Neuerkrankungen waren in den Stadt- und Industriebezirken angesichts zerbombter Wohnungen und Infrastruktur sowie katastrophaler Ernährungslage wesentlich höher als in den ländlichen Bezirken, wo zumindest eine graduell bessere Ernährung gewährleistet war.⁷⁹ In einem Bericht des Sozialministers des Landes Nordrhein-Westfalen über das Medizinalwesen und die Gesundheitspflege im Land hieß es im Juni 1947:

Der durch Hunger verursachte elende Gesundheitszustand der Bevölkerung fällt bei den Krankheiten durch die enorme Zunahme der Tuberkulose auf. [...] Im letzten Weltkrieg [dem Zweiten Weltkrieg] ist ein langsames Ansteigen der Todesfälle zu bemerken, die auch 1945 und 1946 noch keine Neigung zum Absinken, sondern noch ein weiteres geringes Ansteigen erkennen lassen. Eine bei weitem bedrohlichere Zunahme findet sich bei den Erkrankungszahlen der Tuberkulose. Während wir im Jahre 1938 14,5 Neuerkrankungen auf 10000 Einwohner hatten, ist diese Zahl auf 41,7 im Jahre 1946 angestiegen. Die Zahl der offen Tuberkulösen im Land Nordrhein-Westfalen beträgt 25000. Mit Bedauern müssen wir feststellen, daß wir angesichts dieser Zahlen leider nur 12000 Betten in Krankenhäusern, Heilstätten und Heimen für die Behandlung zur Verfügung haben.⁸⁰

Nachdem sich die sozialen Verhältnisse und die Ernährungslage etwas gebessert hatten, konnte man bereits 1948 einen Rückgang bei den Tuberkulose-Neuerkrankungen beobachten, der sich in den folgenden Jahren fortsetzte.⁸¹

Angesichts der stark angestiegenen Tuberkulosezahlen und dem Ausmaß der Kriegszerstörungen war in den ersten Nachkriegsjahren die Unterbringung der Tuberkulosekranken ein großes Problem. Es gab zu wenig Betten in Heilstätten, so daß viele Tbc-Kranke zunächst in Kurhotels oder ähnlichen Gebäuden untergebracht werden mußten, die oft die jeweiligen Militärregierungen oder das Kommissariat für Flüchtlingswesen beschlagnahmt hatten.⁸² Andererseits

⁷⁸ Vergleiche für die Lage in Nordrhein-Westfalen z. B. NRW HstA, NW 6/194, Bl. 4; für Hessen NRW HstA, NW 6/193, Bl. 110; sowie SONS, Gesundheitspolitik, S. 134–9.

⁷⁹ SONS, Gesundheitspolitik, S. 145.

⁸⁰ NRW HstA, NW 6/194, Bl. 14. Vgl. auch GILLMANN, Kritische Betrachtung; zu den Nachkriegsverhältnissen in Berlin MAURHOFF, Tuberkulose. Dagmar Ellerbrock weist allerdings überzeugend darauf hin, daß gerade die deutschen Amtsärzte die Tuberkulosegefahr möglichst dramatisch darstellten, um gegenüber den Besatzungsmächten ein Druckmittel zu haben, vgl. ELLERBROCK, Gesundheitspolitik, S. 330–1.

⁸¹ Vgl. hierzu HAGEN, 10 Jahre.

⁸² BayHStA, MInn 80889, Regierung von Schwaben an das bayerische Staatsministerium des Innern vom 13. 10. 1949. Proteste der Eigentümer gegen solche Maßnahmen blieben nicht aus, und Anfang der fünfziger Jahre wurden viele dieser Einrichtungen zurückgefordert, die gerade in Bayern oft in attraktiven Erholungsgebieten lagen. So war beispielsweise auch das frühere Kurhotel Luitpoldbad in Bad Oberdorf 1946 in die Tbc-Heilstätte „Alpensanato-

hatten die Militärregierungen anfangs auch Heilstätten in Militärlazarette umgewandelt und somit selbst zur Bettenknappheit beigetragen. Die Wartezeit auf bewilligte Kuren betrug 1947 in Nordrhein-Westfalen etwa vier Monate.⁸³ Die Landesversicherungsanstalten forderten deswegen in den Nachkriegsjahren stets einen Ausbau der Heilstätten und einen Neukauf von Gebäuden.⁸⁴

Trotz dieser Probleme führte die Einführung des Tuberkulostatikum Streptomycin, das in der britischen und US-amerikanischen Zone seit Sommer 1948 erhältlich war, zu einem relativ schnellen Rückgang der Krankheitszahlen und besonders der Todesfälle. Zunächst wurde es nur für die Behandlung von Tuberkulose-Meningitis genehmigt, da das Medikament sehr teuer war und gerade bei dieser sonst tödlichen Krankheit gute Erfolge gezeigt hatte.⁸⁵ Ab Dezember 1948 stand das Mittel dann an allen Krankenversicherten zur Verfügung, wenn andere Medikamente versagt hatten.

Auch die BCG-Impfung wurde 1947 durch das dänische und schwedische Rote Kreuz in Deutschland eingeführt. Immer noch begegneten die deutschen Behörden mit Blick auf das Lübecker Impfunglück von 1930 dieser Maßnahme mit großem Mißtrauen. Man impfte auch nicht, wie von den Dänen empfohlen, Säuglinge, sondern zunächst ältere Schulkinder.⁸⁶ In einem Bericht des Landes Hessen über die neuen Maßnahmen von 1947 heißt es beispielsweise rechtfertigend:

Folgende Tatsachen werden von allen Sachverständigen als sicher nachgewiesen angenommen:

- 1) Das Verfahren ist völlig unschädlich. Die Infektion von Kindern in Lübeck im Jahre 1930 beruhte nachgewiesenermaßen auf einer Verwechslung der Bakterienkulturen. [...]
- 2) Die Kinder werden sorgfältig ausgesucht. Nur solche, welche auf Tuberkulinproben nicht reagieren und schutzlos zu sein scheinen werden geimpft. Nach einem Vorschlag von Dr. Catel werden zuerst die drei- bis vierzehnjährigen Kinder geimpft. [...]
- 5) Besonders erfahrene dänische Ärzte führen mit ihren Fürsorgeschwestern in alle Einzelheiten des Verfahrens ein, das sich bei ihnen bewährt hat. [...]
- 6) Das Dänische Rote Kreuz stellt auch den einheitlichen Impfstoff und Instrumente auf seine Kosten.⁸⁷

rium“ umgewandelt worden. Aufgrund der Klagen des früheren Eigentümers mußte es dann 1950 wieder geräumt werden, wogegen die 190 Patienten heftig protestierten.

⁸³ NRW HStA, NW 38/50, Leiter der LVA Rheinprovinz an den Light Field Ambulance Lt. Col. Wood, Düsseldorf, 12. 9. 1945. Diese Wartezeit war für die Kranken sicherlich sehr belastend, im Vergleich zu Großbritannien: muten solche Wartezeiten allerdings noch sehr kurz an. Vgl. hierzu unten, S. 205–211.

⁸⁴ NRW HStA, NW 38/50, LVA Rheinprovinz an den Minister für Wiederaufbau des Landes Nordrhein-Westfalen, 3. 7. 1947.

⁸⁵ SONS, Gesundheitspolitik, S. 141. Sons erläutert, daß Versuche, das Mittel privat zu beziehen, meist schon am Preis scheiterten: Durchschnittlich wurden für die Behandlung eines Erkrankungsfalles 150g Streptomycin benötigt wurden, der Preis lag damals in den Vereinigten Staaten bei 2,10 Dollar pro Gramm.

⁸⁶ SONS, Gesundheitspolitik, S. 148.

⁸⁷ NRW HStA, NW6/193, Bl. 110.

Die Bevölkerung nahm die neuen Impfmaßnahmen in verschiedenen Regionen höchst unterschiedlich auf. Nur selten kamen alle aufgerufenen Personen zu den Impfungen; in Schleswig wurde 1947 lediglich eine Quote von 18,5 Prozent angegeben. Die Impfung dürfte also zum raschen Rückgang der Tbc wenig beigetragen haben.

1.2.2 Großbritannien

In Großbritannien gab es Ende des 19. Jahrhunderts kaum Behandlungs-, Beratungs- und Therapiemöglichkeiten für Tuberkulose, obwohl diese Krankheit eine der häufigsten Todesursachen darstellte.⁸⁸ Tbc-Kranke konnten vor allem in den Einrichtungen des *Poor Laws*, den Krankenhäusern der Armenfürsorge, unterkommen. Diese *Poor Law Infirmarys* waren jedoch für die Pflege von infektiösen, tuberkulösen Patienten kaum geeignet, so daß die Tuberkulosekranken ein großes Problem darstellten und die Notwendigkeit getrennter Einrichtungen für Lungenkranke immer deutlicher zu Tage trat. Für die Tbc-Kranken selbst waren die *Infirmarys* in erster Linie Sterbehäuser. Zwar gab es in Großbritannien auch einige wenige spezialisierte Krankenhäuser, die Tuberkulosepatienten aufnahmen; diese hatten für die Versorgung der Kranken insgesamt jedoch keine große Bedeutung.⁸⁹ Frischluftkuren und eine Langzeitbehandlung, die Ende des 19. Jahrhunderts auch in Großbritannien als notwendige Therapie für Tbc-Kranke erachtet wurden, waren dort aus Platzmangel meist nicht möglich.⁹⁰ Trotz des großen Bedarfs schritt die Errichtung von Sanatorien für Lungenkranke in Großbritannien nicht so rasch voran wie in Deutschland. Auch bildete sich keine so starke und breite gesellschaftliche Bewegung, die eben dies unterstützt hätte. Der Heilstättenbau kam erst nach 1900 stärker in Bewegung.⁹¹

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts verstärkten sich generell die gesundheitspolitischen Aktivitäten auf dem Gebiet der Tuberkulose. Auch in Großbritannien förderten – wie in Deutschland – mehrere Faktoren das neuerwachte Interesse: Zum einen ist wiederum der medizinische Fortschritt zu nennen, der mit der Entdeckung des Erregers ganz neue Möglichkeiten auch in der Prävention zu eröffnen schien. Zum anderen herrschte in Großbritannien um die Jahrhundertwende eine starke Betroffenheit über den schlechten physischen Zustand der Nation, da im Burenkrieg die mangelnde körperliche Leistungsfähigkeit der britischen Rekruten deutlich zu Tage getreten war. Ein daraufhin eingesetztes Komitee, das die *Physical Deterioration* der britischen Nation untersuchen sollte, hatte neben dem Thema der Säuglingssterblichkeit der hohen Tuberku-

⁸⁸ Ministry of Health, *On the State of Public Health 1952*, S. 97.

⁸⁹ CONDRAU, *Lungenheilstalt*, S. 70–3; TELEKY, *Entwicklung*, S. 63.

⁹⁰ BRYDER, *Mountain*, S. 23; CONDRAU, *Lungenheilstalt*, S. 78.

⁹¹ CONDRAU, *Lungenheilstalt*, S. 58.

loserate in den urbanen Ballungsräumen besondere Aufmerksamkeit gewidmet.⁹²

In dieser Zeit, 1898, wurde auch die *National Association for the Prevention of Tuberculosis* (NAPT) unter Vorsitz von Edward, Prince of Wales, ins Leben gerufen. Die Vereinigung wollte sowohl in der Gesundheitserziehung als auch als *Pressure Group* im politischen Leben zur Bekämpfung der Tuberkulose beitragen. Die Organisation war einerseits wesentlich breiter angelegt als das Deutsche Zentralkomitee, das sich anfangs vor allem auf die Errichtung und Unterhaltung von Heilstätten konzentrierte, und andererseits stärker lokal organisiert. Finanziell war die Organisation in den Anfangsjahren sehr schlecht gestellt; im Gegensatz zum DZK war die NAPT auf private Zuschüsse angewiesen und bezog kaum staatliche Gelder, so daß die hochgesteckten Ansprüche kaum erreicht werden konnten. In den folgenden Dekaden konzentrierten sich die Tätigkeiten der NAPT vor allem auf Öffentlichkeitsarbeit in Form von Ausstellungen, hygienischen Kampagnen (z.B. die Anti-Spuck-Kampagnen), Vorträgen, Plakat- und Handzettelaaktionen; damit sollten hygienische Maßnahmen propagiert und das Interesse der Bevölkerung an der Bekämpfung der Krankheit geweckt werden.⁹³

In Großbritannien stand weit weniger als in Deutschland der sozialhygienische Ansatz im Vordergrund, demzufolge vor allem das schlechte soziale Umfeld, die unzureichende Ernährung und Wohnlage für die Krankheit verantwortlich gemacht wurden. Statt dessen setzte die britische NAPT den Schwerpunkt auf die Erziehung der Menschen zu besserer persönlicher Hygiene. Die Eigenverantwortung bei der Bekämpfung der Tuberkulose wurde stark betont. Dies stimmte mit den bei der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit praktizierten Grundsätzen überein, wo ebenfalls die Erziehung der Mutter zu besserer häuslicher Hygiene im Vordergrund stand.⁹⁴

Die Seuchengesetzgebung spielte in Großbritannien bei der Bekämpfung der Tuberkulose dagegen eine wichtigere Rolle als in Deutschland. Durch die 1889 und 1899 erlassenen *Infectious Disease Notification Acts* wurden die Lokalbehörden zunächst bevollmächtigt und im zweiten Gesetz dann sogar verpflichtet, Meldepflichten für bestimmte Infektionskrankheiten in ihrem Zuständigkeitsbereich einzuführen. Auch wenn Tuberkulose in diesen Gesetzen noch nicht als meldepflichtige Krankheit definiert wurde, begannen dennoch viele Lokalverwaltungen nach 1899 eine freiwillige Meldung der Tuberkulosekranken einzuführen. Ab 1908 galt eine Meldepflicht für Kranke, die sich in Insti-

⁹² Vgl. zu den Folgen dieser Betroffenheit auch das Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, Kap. III, 4.1.2. Das damals eingesetzte Komitee richtete außerdem die Aufmerksamkeit auf die eklatant hohe Säuglingssterblichkeit; vgl. insgesamt SZRETER, *Fertility*, S. 203–18. Zu der ebenfalls in der ersten Dekade des 20. Jahrhunderts eingesetzten „British Royal Commission on Tuberculosis“ vgl. FRANCIS, *Work*.

⁹³ CONDRAU, *Lungenheilstalt*, S. 112–6.

⁹⁴ BRYDER, *Mountain*, S. 19–21.

tutionen des *Poor Law* befanden; 1912 wurde sie auf alle Tuberkulosekranken ausgedehnt.⁹⁵ Allerdings zeigten verschiedene Untersuchungen, daß trotzdem bei weitem nicht alle Fälle erfaßt wurden. Zum einen versagte oft die Diagnostik, zum anderen versuchten die Patienten – unterstützt von vielen Ärzten – eine Meldung zu vermeiden, die für sie erhebliche, vor allem wirtschaftliche Nachteile bedeutete.⁹⁶ Die Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte mit den Tuberkuloseberatungsstellen gestaltete sich wie in Deutschland eher problematisch.⁹⁷ Trotz allem war durch diese Gesetze eine bessere Erfassung der Tuberkulosekranken als in Deutschland gewährleistet.

Obwohl man in den ersten Dekaden des 20. Jahrhunderts schließlich auch in Großbritannien begann, verstärkt Heilstätten für Tuberkulosekranke aufzubauen, blieb die Zahl der zur Verfügung stehenden Betten für Tbc-Patienten zunächst gering. In den englischen Sanatorien orientierte man sich anfangs am Prinzip der deutschen Frischluftliegekur. Der Bau des 1906 eröffneten *King Edward VII. Sanatorium* wurde beispielsweise durch einen Besuch des Königs in einer deutschen Heilstätte angeregt.⁹⁸ Zunächst betrieben karitative Organisationen die meisten Sanatorien; das Angebot richtete sich an Patienten der unteren Schichten.

Beratungsstellen bzw. Ambulanzen für Tuberkulose wurden in England relativ spät eingeführt. 1909 entstand im Londoner Stadtteil Paddington die erste Einrichtung dieser Art, ein sogenanntes *Tuberculosis Dispensary*.⁹⁹ In den folgenden Jahren wurden durch die Kommunalverwaltung, gemeinnützige Organisationen oder private Initiativen in den meisten Städten solche Stellen eingerichtet. 1911 gab es 50 *Dispensaries* von karitativen und gemeinnützigen Organisationen, während die lokalen Gesundheitsbehörden insgesamt 14 betrieben.¹⁰⁰

Einen wichtigen Wendepunkt in der Geschichte der Tuberkulosebekämpfung generell wie der Heilstätten im besonderen stellte die Einführung der *National Insurance* im Jahr 1911 dar. Die Bekämpfung der Tbc wurde der Krankenversicherung als wichtige Aufgabe zugewiesen. Die Leistungen für Versicherte enthielten auch ein sogenanntes *Sanatorium Benefit*, das den Patienten entsprechende Heilbehandlungen finanzieren sollte.¹⁰¹ Gleichzeitig

⁹⁵ BRYDER, Mountain, S. 41–2.

⁹⁶ BRYDER, Not Always; vgl. auch TELEKY, Entwicklung, S. 64. Vielen Kranken wurde beim Bekanntwerden der Tuberkulosekrankheit oftmals aus Angst vor Ansteckung gekündigt; sie verloren so ihrer Existenzgrundlage.

⁹⁷ Vgl. zu der problematischen Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens Kap. II, 2.2 und 3.2.

⁹⁸ Ministry of Health, On the State of Public Health 1952, S. 98; vgl. auch BRYDER, Mountain, S. 24.

⁹⁹ Allerdings gab es im schottischen Edinburgh bereits seit 1887 ein Tuberculosis Dispensary.

¹⁰⁰ BRYDER, Mountain, S. 33–4.

¹⁰¹ Die Einführung dieser Leistung war stark von der deutschen Organisation der Tuberkulose-

dachte man über eine generelle Neuorganisation der Tuberkulosebehandlung und -bekämpfung nach. Ein 1912 zu diesem Zweck eingesetztes Komitee, das nach seinem Vorsitzenden benannte *Astor Committee*, forderte in seinem im selben Jahr veröffentlichten Zwischenbericht sowohl eine Ausweitung der Leistungen auf nicht Versicherte als auch eine besser organisierte Betreuung der Tuberkulosekranken durch Beratungsstellen sowie einen Ausbau der Präventivmaßnahmen.¹⁰² Diese Empfehlungen wurden in den nächsten Jahren im wesentlichen umgesetzt. Das bedeutete eine stärkere Einbindung der lokalen Verwaltung in die Bekämpfung der Tuberkulose, da die örtlichen Behörden die Leistungen für die Nichtversicherten übernahmen und so auch diesen Patienten Heilstättenaufenthalte ermöglichten. Der Staat beteiligte sich zur Hälfte an den Kosten, den Rest mußten die lokalen Behörden selbst aufbringen. Für den Bau von Heilstätten wurden Extrazuschüsse bewilligt. In den folgenden Jahren stieg deswegen die Zahl der Sanatorien rasant an. Zwischen 1911 und 1919 verdreifachten sich die zur Verfügung stehenden Betten für Tuberkulosekranke.¹⁰³ Gleichzeitig setzte sich in England eine bestimmte Form der Therapie durch: die sogenannte „Arbeitstherapie“, bei der die Patienten täglich je nach Krankheitszustand einige Stunden mit leichteren Arbeiten beschäftigt wurden. Oft halfen sie einfach bei den im Sanatorium zu erledigenden Tätigkeiten mit (z.B. in der Wäscherei). Man ließ also die Patienten „unter günstigeren hygienischen Bedingungen ganz einfach weiter arbeiten.“¹⁰⁴

Auch für die *Tuberculosis Dispensaries* stellte der *National Insurance Act* von 1911 eine Wende dar. Sowohl die Finanzierung als auch die Aufgaben der Tuberkuloseambulanzen wurden umorganisiert und auf eine solidere finanzielle Grundlage gestellt. Die Lokalverwaltungen waren nun dazu gehalten, eigene Pläne zur Verhütung und Behandlung von Tuberkulose zu entwickeln und die Organisation der bis dahin nicht einheitlich verwalteten Ambulanzen zu übernehmen. Bis 1914 wurden von den örtlichen Behörden beispielsweise 192 *Tuberculosis Officers*, die man als Amtsärzte für Tbc bezeichnen könnte, für die Leitung der *Tuberculosis Dispensaries* eingestellt und weitere Ambulanzen neu eingerichtet.¹⁰⁵ Finanziert durch Gelder der *National Insurance* wurden die Beratungsstellen zur zentralen Stelle bei der Versorgung der Tuberkulosekranken. Dazu gehörte nicht nur, daß Tbc-Patienten wie in Deutschland dort untersucht bzw. deren Diagnose bestätigt und Heilstättenaufenthalte vermittelt wurden. Darüber hinaus versorgten die Ambulanzen auch Patienten, die keinen Heilstättenplatz erhalten hatten, zu Hause. Dieses sogenannte *Sanatorium Treatment at Home* hatte gleichzeitig den Vorteil, deutlich kostengünstiger zu

fürsorge durch die Sozialversicherung beeinflusst, insbesondere von den zahlreichen von den Landesversicherungsanstalten betriebenen Heilstätten.

¹⁰² Astor Report; vgl. auch TELEKY, Entwicklung, S. 64.

¹⁰³ Ministry of Health, On the State of Public Health 1952, S. 98.

¹⁰⁴ CONDRAU, Lungenheilstalt, S. 136; vgl. auch BOCHALLI, Geschichte, S. 642.

¹⁰⁵ Ministry of Health, On the State of Public Health 1952, S. 98.

sein als ein Heilstättenaufenthalt. Den Tuberkuloseambulanzen oblag auch die Nachsorge für Patienten, die aus Heilstätten entlassen waren. Ferner sollten sie in ihrem Bezirk Öffentlichkeitsarbeit für die Bekämpfung der Tuberkulose betreiben.¹⁰⁶ Diese Aufgabenvielfalt stand im Gegensatz zu den deutschen Beratungsstellen, die auf Untersuchung, Beratung und Vermittlung beschränkt blieben. In der Praxis waren die britischen Ambulanzen allerdings meist in bescheidenen Räumlichkeiten untergebracht und nicht sehr patientenfreundlich; viele öffneten nur wenige Stunden in der Woche. Bei den Patienten waren die Tuberkuloseambulanzen dennoch anerkannt, auch weil die Kranken dort umsonst Lebertran und Hustensaft erhielten. Eine weitere wichtige Aufgabe war wie in Deutschland die Kontrolle der Patienten: Ansteckungsquellen wurden identifiziert und den Patienten Hausbesuche abgestattet.¹⁰⁷

Nach der Gründung des Gesundheitsministerium 1919 erhielt die Tbc-Bekämpfung weitere Impulse. Erstmals gab es nun eine zentrale medizinische Abteilung, die sich mit der Tuberkulosebekämpfung beschäftigte. Der *Public Health (Tuberculosis) Act* von 1921 faßte die gesamte Organisation der Tuberkulosebekämpfung und -behandlung unter der Verwaltung der lokalen Gesundheitsbehörden zusammen.¹⁰⁸ Damit befand sich nun in Großbritannien die gesamte Tbc-Fürsorge und -Behandlung in einer Hand. Während der 1920er Jahre wurden die Beratungsstellen und das Heilstättenwesen der LHAs stark ausgebaut. 1930 gab es insgesamt 25 000 Betten für Tuberkulosekranke, die Zahl der *Tuberculosis Officers* war auf 380 gestiegen. Gleichzeitig sank während der 1930er Jahre die Zahl der Tuberkulosekranken deutlich. Sanatoriumsbehandlung mit operativen Eingriffen stand in dieser Zeit im Vordergrund der Behandlung.¹⁰⁹

Die medizinische Versorgung war in Großbritannien in den Einrichtungen der LHAs im wesentlichen kostenlos. Was in Deutschland durch die Invaliden- bzw. die Krankenversicherung von Anfang an – wenn auch in geringem Rahmen – gewährleistet war, nämlich die finanzielle Unterstützung in Form einer Rente für Tuberkulose sowie eine Unterstützung der Angehörigen, konnte in Großbritannien bis in die 1940er Jahre nicht Fuß fassen. Arbeitsunfähigen Personen wurden dort keine derartigen Rentenzahlungen zugesprochen, so daß ein Heilstättenaufenthalt des Hauptverdieners für eine Familie zu einem großen finanziellen Problem werden konnte.¹¹⁰ Da Kranke nach den Sanatoriums-

¹⁰⁶ CONDRAU, Lungenheilanstalt, S. 80.

¹⁰⁷ F.B. SMITH, *Retreat*, S. 65–72. Allerdings hatten die englischen Health Visitors und Tuberculosis Officers im Gegensatz zu den deutschen Fürsorgerinnen kein Recht, sich Zugang zu den Wohnungen zu verschaffen und gingen wohl weniger intrusiv als ihre deutschen Kollegen vor. Vgl. zu den Funktionen der Stellen auch Ministry of Health, *On the State of Public Health* 1952, S. 97.

¹⁰⁸ TELEKY, *Entwicklung*, S. 65.

¹⁰⁹ MINISTRY OF HEALTH, *On the State of Public Health* 1952, S. 98–9.

¹¹⁰ F.B. SMITH, *Retreat*, S. 79–82. Vgl. hierzu die ähnliche Problematik bei den Unterstützungs-

aufenthalten zudem nur schwer Arbeit fanden, wurden in Großbritannien spezielle Einrichtungen geschaffen, die diesem Problem abhelfen sollten: Siedlungen für Tuberkulose, in denen sie mit ihren Familien nach einer Heilstättenbehandlung wohnen und einer betreuten Arbeit nachgehen konnten, die sogar tariflich bezahlt wurde. Die berühmteste dieser Einrichtungen war das 1917 gegründete *Papworth Village Settlement*, das als eine Vorzeigeeinrichtung des britischen Gesundheitswesens galt.¹¹¹

Einen weiteren Wendepunkt in der britischen Tuberkulosebehandlung und -bekämpfung stellte die Zeit des Zweiten Weltkriegs dar. Nach Kriegsbeginn stieg die Tuberkulosesterblichkeit deutlich an, deswegen fand die Krankheit generell wieder stärkere Beachtung.¹¹² Genauere Untersuchungen des Einkommens und des Lebensmittelverbrauchs von „Tuberkulose-Haushalten“ wurden veranlaßt. Eine Studie, die von der NAPT unterstützt wurde, kam im Jahr 1942 zu dem Ergebnis, daß sich mindestens 30 Prozent der untersuchten Familien nicht einmal die empfohlenen Ernährungsstandards für gesunde Menschen leisten konnten. Mit den Forderungen der NAPT nach einer besseren materiellen Versorgung und ökonomischen Unterstützung der Tuberkulosekranken verschob sich der Fokus der Organisation von der Betonung der Eigenverantwortlichkeit der Kranken hin zu einer stärkeren Wahrnehmung der sozialen Probleme der Tbc-Patienten.¹¹³

Gleichzeitig wurden während der Zeit der Luftangriffe zahlreiche Sanatorien evakuiert und die Patienten einfach nach Hause geschickt.¹¹⁴ Dies löste unter der Bevölkerung erhebliche Beunruhigung aus, wozu auch die Aussage eines Tuberkulosearztes beitrug, „every tuberculous person turned forth is like a bomb thrown among the public“.¹¹⁵ Infolge des Protestes verschiedener Organisationen setzte das Gesundheitsministerium ein *Standing Advisory Committee on Tuberculosis* ein. Dieses Komitee drängte darauf, die Notbetten, die man in den Tuberkulosekrankenhäusern für die zu erwartenden Opfer von Luftangriffen eingerichtet hatte, wieder für die Behandlung der „normalen“ Tuberkulosefälle freizugeben, was auch zum Teil geschah.

Auf Bitten des Gesundheitsministeriums setzte auch das *Medical Research Council* ein Komitee ein, das die Gründe für den Anstieg der Tuberkulose während der letzten Jahre untersuchen und Bekämpfungsmaßnahmen empfehlen sollte. In dem 1942 veröffentlichten Report des Komitees wurden besonders Röntgenreihenuntersuchungen angeraten, um Tbc-Fälle früher entdecken und

zahlungen für Schwangere und Mütter mit Neugeborenen, die in Großbritannien als Family Allowances ebenfalls erst nach dem Zweiten Weltkrieg eingeführt wurden, Kap. III, 4.1.2.

¹¹¹ BRYDER, Papworth.

¹¹² Ministry of Health, *On the State of Public Health 1952*, S. 99; vgl. auch BRYDER, Mountain, S. 227.

¹¹³ BRYDER, Mountain, S. 230.

¹¹⁴ WEBSTER, *Health Services*, Band 1, S. 321.

¹¹⁵ Zitiert nach BRYDER, Mountain, S. 229.

behandeln zu können. Die Empfehlungen setzten die Gesundheitsbehörden rasch um und führten bereits 1943 Massenröntgenuntersuchungen ein.¹¹⁶ Begonnen wurde mit der Durchleuchtung von Fabrikpersonal in London, insgesamt von mehreren zehntausend Personen. Der Prozentsatz der neu gefundenen Tuberkulosefälle war so alarmierend hoch, daß den Lokalverwaltungen daraufhin einige weitere Röntgengeräte zur Verfügung gestellt wurden.¹¹⁷

Zum anderen wurden nun finanzielle Beihilfen gewährt, die es Patienten im Frühstadium der Lungentuberkulose ermöglichen sollten, ihre Arbeit aufzugeben und eine Behandlung zu beginnen, solange die Krankheit noch beeinflussbar schien. Diese bestanden aus einer niedrigen Unterhaltszahlung, die in etwa den Arbeitslosenbeihilfen gleichkam, sowie Zahlungen für die abhängigen Familienmitglieder des Kranken. Personen, die nicht an Lungentuberkulose litten, und Patienten mit fortgeschrittenen Erkrankungen waren allerdings davon ausgeschlossen. Der Ausschluß einer großen Anzahl der Patienten sowie die geringe Höhe der Beihilfen führte zu heftiger Kritik an dem neuen System, grundsätzlich wurde aber die Einführung von Subsistenzbeihilfen sehr begrüßt.¹¹⁸ Auch hinsichtlich einer umfassenderen Pasteurisierung der Milch kamen neue Anstöße während der Kriegszeit, um damit das Risiko der Übertragung von Rindertuberkulose zu senken.¹¹⁹

Die sich rasch ausdehnenden Massenröntgenuntersuchungen führten während der Kriegsjahre zu weiteren Neuentdeckungen von Tuberkulosefällen und damit zu einer extremen Knappheit an Betten für Tbc-Patienten, die durch den großen Mangel an Schwestern und Pflegepersonal noch verschärft wurde.¹²⁰ Die Arbeitsbedingungen in den Tbc-Krankenhäusern und Heilstätten wie auch die Bezahlung waren sehr schlecht, außerdem fürchtete sich das Personal vor Ansteckung. Die geringe Entlohnung war während des Krieges kaum zu ändern, der Ansteckungsgefahr begann das Ministerium aber mehr Aufmerksamkeit zu schenken.¹²¹ Dies war der Hauptgrund, warum die BCG-

¹¹⁶ Ministry of Health, *On the State of Public Health 1952*, S. 99; vgl. auch TELEKY, *Entwicklung*, S. 66; BRYDER, *Mountain*, S. 231.

¹¹⁷ Entdeckt wurden drei bis vier Tbc-Fälle unter 1000 Untersuchten; BRYDER, *Mountain*, S. 238.

¹¹⁸ BRYDER, *Mountain*, S. 232–5. Die Tuberculosis Officers beklagten allerdings die kurze Dauer der Beihilfen-Gewährung. Durch ihre knappe Bemessung und sehr eingeschränkte Anwendung stellten die Tuberkulosebeihilfen keine umfassende Hilfeleistung dar.

¹¹⁹ BRYDER, *Mountain*, S. 245. Zum einen empfahl das vom MRC eingesetzte Tuberkulose-Komitee entschieden eine Ausweitung der Pasteurisierungsmaßnahmen. Zum anderen führte die Evakuierung von Tausenden von Kindern aus London, wo es pasteurisierte Milch gab, in ländliche Gegenden, wo vor allem rohe Milch konsumiert wurde, zu erheblichem Unbehagen unter den Eltern und lenkte so die Aufmerksamkeit ebenfalls auf das Thema Rindertuberkulose.

¹²⁰ TELEKY, *Entwicklung*, S. 66.

¹²¹ BRYDER, *Mountain*, S. 242. In Tbc-Krankenhäusern sollten nun nur noch Schwestern arbeiten, die nach dem Mantoux-Test positiv waren, also Antikörper gegen den Tuberkuloseerreger hatten.

Impfung, die vom *Medical Research Council* jahrelang mit größtem Mißtrauen beäugt worden war, nun wieder ernsthaft in Betracht gezogen wurde, um das Risiko einer Infektion für das medizinische Personal zu vermindern.

1.3 TUBERKULOSEBEKÄMPFUNG VON ENDE DER 1940ER BIS ANFANG DER 1960ER JAHRE IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

1.3.1 *Entwicklung der Krankheit und Organisation der Tuberkulosebekämpfung*

Nach der starken Zunahme der Tuberkulosezahlen während der letzten Kriegs- und ersten Nachkriegsjahre sank die Tbc-Sterblichkeit durch die sich rasch verbessernde soziale Lage und den Einsatz der neuen Medikamente ab. Dies trifft auf die Bundesrepublik wie auf Großbritannien zu. An den standardisierten Sterbeziffern kann man aber sowohl eine insgesamt höhere Sterblichkeit in der Bundesrepublik als auch eine deutlich höhere Sterblichkeit der Männer beobachten, deren Ursachen für Westdeutschland vor allem in den Kriegsfolgen zu suchen sind.

Tabelle 8: Standardisierte Sterbeziffern von Lungentuberkulose in der Bundesrepublik Deutschland und Großbritannien¹²²

Jahr	Bundesrepublik Deutschland			England und Wales		
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
1952	31,6	14,8	22,7	28,8	12,6	20,2
1953	26,3	11,1	18,3	24,4	10,6	16,9
1954	25,6	10,3	17,5	21,8	9,0	15,0
1955	26,3	9,7	17,5	18,3	6,9	12,2
1956	25,5	8,9	16,8	15,4	5,4	10,1
1957	25,0	8,6	16,4	13,7	4,5	8,7
1958	22,9	7,5	14,7	12,6	4,2	8,1
1959	22,1	6,9	14,2	11,1	3,3	7,0
1960	23,0	6,5	14,3	9,8	2,9	6,1
1961	20,1	5,5	12,3	9,2	2,9	5,9
1962	19,8	4,9	11,9	8,5	2,5	5,3
1963	20,4	5,0	12,2	8,2	2,1	4,9
1964	17,7	4,4	10,6	6,8	1,8	4,2
1965	18,1	4,3	10,7	5,9	1,8	3,7

¹²² Gesundheitswesen 1965, S. 116; Gesundheitswesen 1970, S. 138; Standardisierte Sterbeziffern bedeutet hier, daß die Sterbeziffern (Anzahl der an einer bestimmten Todesursache Gestorbenen auf jeweils 100 000 der Bevölkerung) zur Ausschaltung der den Sterblichkeitsvergleich störenden Strukturunterschiede im Altersaufbau getrennt nach dem Geschlecht standardisiert wurden. Die Sterbeziffern wurden für beide Länder und die Jahre 1952, 1958, 1961 auf den Altersaufbau in der Bundesrepublik Deutschland von 1950 umgerechnet sowie für die dazwischen liegenden Jahre durch lineare Inter- bzw. Extrapolation bearbeitet. Dies

Die Zahlen der Neuerkrankungen gingen ebenfalls zurück, jedoch deutlich langsamer als die Sterblichkeitsziffern. Der starke Rückgang der Sterblichkeit führte anfangs nicht zu einem erheblichen Rückgang der Gesamtzahl (des „Bestandes“) an Tuberkulösen. Durch die neuen Chemotherapeutika blieben viele Patienten am Leben, deren Tuberkulose dennoch oft schon so weit fortgeschritten war, daß eine Heilung ausgeschlossen war.¹²³ Insbesondere Leiden aus der Kriegszeit nahmen oft diesen Charakter an. Durch den zunehmenden Anteil chronischer Langzeitpatienten blieb in der Bundesrepublik Deutschland der Bestand an Tuberkulösen gerade unter der männlichen Bevölkerung hoch und sank nur allmählich ab.¹²⁴ Diese unterschiedlichen Entwicklungen werden in der Tabelle auf der nächsten Seite deutlich.

Der Rückgang der Tuberkulose war seit 1950 beim weiblichen Geschlecht deutlich stärker als beim männlichen. Zwar gab es ähnliche Beobachtungen auch in anderen europäischen Ländern, doch verstärkten in der Bundesrepublik die Auswirkungen des Zweiten Weltkriegs die Tuberkuloseraten der Männer gegenüber den Frauen nochmals deutlich.¹²⁵ Mitte der 1960er Jahre waren immer noch mehr als doppelt so viele Männer an Tbc erkrankt als Frauen.¹²⁶ Die großen Unterschiede beim Bestand der Tuberkulösen zwischen Männern, Frauen und Kindern spiegelt das folgende Diagramm 3 wider, das sich allerdings nur auf bayerische Zahlen bezieht.

Trotz des allgemeinen rückläufigen Trends gab es noch deutliche soziologische Unterschiede in der Präsenz der Krankheit. Nimmt man Bayern als Beispiel, so sieht man, daß in den strukturschwachen, agrarisch geprägten Landkreisen der Oberpfalz und Niederbayerns die Zahl der Neuerkrankungen in der Nachkriegszeit am höchsten war und hier auch am langsamsten zurückging.¹²⁷ Dies hatte wahrscheinlich mehrere Gründe. In Betracht zu ziehen sind einerseits die eher mangelhafte medizinische Versorgung auf dem Land und die schlechteren hygienischen Verhältnisse, andererseits auch die vielen Flüchtlinge, die in den Anfangsjahren der Bundesrepublik vorwiegend in Landgemeinden

ist bei der Tuberkulosestatistik deswegen sinnvoll, weil sonst die Übersterblichkeit der Männer in der Bundesrepublik Deutschland während der Nachkriegszeit die Zahlen erheblich verzerrt.

¹²³ BAK, B 142/386, Mitgliederversammlung des DZK, 29. 4. 1952 in Bad Pyrmont.

¹²⁴ BAK, B 142/93, Memorandum des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, 17. 7. 1953.

¹²⁵ Gesundheitswesen 1968, S. 172.

¹²⁶ Gesundheitswesen 1968, S. 172. Bei Männern wurde die Krankheit auch zunehmend zu einer Alterserkrankung; vgl. BORGOLTE, Tuberkulose.

¹²⁷ Vgl. Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 61 (1953), S. 22. In Niederbayern und der Oberpfalz lagen die Zahlen der Neuerkrankungen 1947 bei 9,6 bzw. 9,2 auf 10000 der Bevölkerung und sanken bis 1953 auf 6,7 bzw. 7,1 ab. In Oberbayern lagen die Zahlen dagegen 1947 schon bei 7,6 und sanken bis 1953 auf 5,5 pro 10000 der Bevölkerung ab. Vgl. ausführlicher, LINDNER Milchpfennig, S. 220.

Tabelle 9: Bestand an Tuberkulosekranken und Neuerkrankungen an Tuberkulose in der Bundesrepublik Deutschland¹²⁸

<i>Jahr</i>	Bestand der Tbc-Kranken (alle Tuberkulose- formen)	Bestand an Tbc- Kranken auf 10 000 Einwohner (alle Tuberkuloseformen)	Neuerkrankungen an Tbc aller Formen	Neuerkrankungen an Tbc aller Formen auf 10 000 Einwohner
1949	516 056	111,5	147 001	32,93
1950	498 173	104,0	122 928	26,47
1951	487 547	100,9	117 546	25,06
1952	474 705	97,46	110 797	23,44
1953	471 513	95,68	107 538	21,95
1954	453 762	92,96	96 103	19,73
1955	430 561	86,97	91 655	18,63
1956	409 336	81,69	85 562	17,13
1957	392 562	75,73	82 017	15,93
1958	369 686	70,43	79 176	15,18
1959	347 880	65,58	72 816	13,80
1960	316 241	59,29	65 632	12,36
1961	328 494	57,80	65 040	11,57
1962	305 461	53,36	58 968	10,36
1963	285 804	49,39	57 305	9,95
1964	271 568	46,35	55 204	9,44
1965	257 574	43,44	55 010	9,32

untergebracht wurden und dort unter besonders ungünstigen Lebens- und Wohnbedingungen litten, die das Auftreten von Tuberkulose begünstigten.¹²⁹ In den sechziger Jahren hörte die Tuberkulose auf, eine allgemeine Bedrohung für die Gesundheit der Bevölkerung zu sein. Vor allem die Zahl der Neuerkrankungen ging laufend zurück. Dieser im Grunde seit Beginn des Jahrhunderts anhaltende Trend war lediglich durch die Problemlagen der beiden Weltkriege unterbrochen worden und setzte sich danach weiter fort.¹³⁰

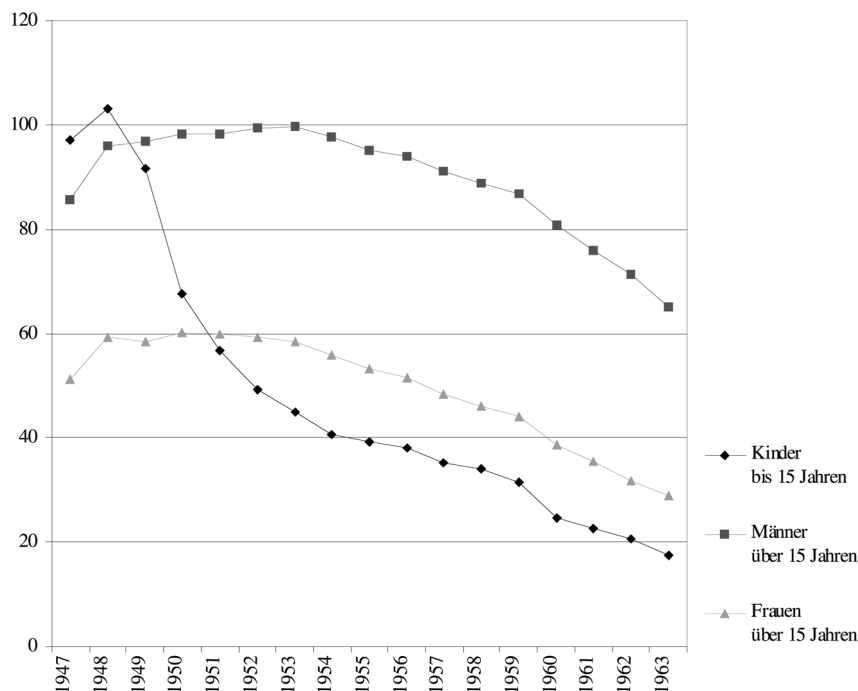
Bei der Tuberkulose waren, wie vor 1945, auch in der Bundesrepublik verschiedene Institutionen jeweils für Vorsorge, Organisation der Behandlung sowie die Therapie selbst zuständig. Auch in der Nachkriegszeit finanzierten nicht – wie bei anderen Krankheiten – die Krankenkassen die Behandlung, sondern waren weiterhin die Rentenversicherungen für die Heilbehandlung zuständig.¹³¹ Die Gesundheitsämter und die ihnen unterstellten Tuberkulose-

¹²⁸ Gesundheitswesen 1968, S. 175–6.

¹²⁹ Vgl. Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 60 (1952), S. 78; KURZ, Tuberkulosesituation, vergleicht die Befunde von Röntgenreihenuntersuchungen für Stadtbevölkerung mit denen für Landbevölkerung in schlecht erschlossenen Gebieten und kommt zu ähnlichen Ergebnissen.

¹³⁰ Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 60 (1952), S. 14.

¹³¹ Diese Besonderheit bei der Tuberkulose wird auch in der Literatur oft falsch beschrieben. Vgl. z. B. EMPKIE, Comparative Organization, der in seinem Aufsatz über die Tuberkulose-

Diagramm 3: Bestand an Aktiv-Tuberkulösen in Bayern (jeweils auf 10000)¹³²

beratungsstellen kümmerten sich vor allem um die Diagnose und Vorsorge. Hierzu wurden Tbc-Sprechstunden abgehalten, bei denen sich Patienten untersuchen lassen konnten. Die Beratungsstellen übernahmen auch Nachuntersuchungen sowie Hausbesuche bei Tuberkulosekranken und koordinierten die Wohnungsfürsorge für die Patienten. Die Gesundheitsämter beantragten bei den entsprechenden Stellen Heilbehandlung und Unterstützung für die Kranken und vermittelten sie an ein Sanatorium.¹³³ Außerdem übernahm die Geschäftsstelle des *Deutschen Zentralkomitees für Tuberkulose* die Funktion einer Zentral-Einweisungsstelle für Tbc-Kranke, die die Heilstättenbehandlungen bundesweit koordinierte sowie Sanatoriumsaufenthalte im Ausland (insbeson-

bekämpfung in der BRD und DDR zu Unrecht auf die wichtige Rolle der Krankenkassen hinweist und die Landesversicherungsanstalten völlig unerwähnt läßt.

¹³² Zusammengestellt nach: Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 71 (1963), S. 17.

¹³³ StAM, Gesundheitsämter 722, 724 und 730, Jahresberichte des Gesundheitsamts Aichach für 1952, 1954 und 1960.

dere der Schweiz) zuwies.¹³⁴ In der Organisation der Fürsorgestellen gab es gegenüber der Situation vor 1945 eine wichtige Veränderung: in verschiedenen Bundesländern (Hessen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein sowie den Stadtstaaten) wurden die Gesundheitsämter kommunalisiert, während sie in den anderen Bundesländern (Bayern, Baden-Württemberg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Saarland) nun dem Land direkt unterstanden.¹³⁵ Damit wurde die Tuberkulosefürsorge sehr unterschiedlich verwaltet.¹³⁶ Manche der Amtsärzte in den Tbc-Fürsorgestellen schienen grundsätzlich große Probleme mit der neuen Pluralität im Gesellschaftssystem zu haben:

Es besteht keine Stelle, an die man sich wenden könnte, die etwas von der Materie versteht und Verständnis für unsere Arbeit zeigt. Wende ich mich an die Parteiführer [sic], so wollen diese es ausnützen, um der feindlichen Partei eins zu versetzen. Man gilt dann als Mitglied dieser Partei und wird von den anderen bekämpft oder besser gesagt, man selbst wird in der Tbc.-Fürsorge bekämpft. Alles unerfreuliche, unhaltbare Zustände! Aus diesen Gründen sehe ich schwarz in die Zukunft, wenn das Steuer nicht herumgeworfen wird, und die Leitung der Tbc.-Bekämpfung von höherer Warte aus geführt und den Kirchturmpolitikern aus der Hand genommen wird.¹³⁷

Bei den Kosten für die Tuberkulosebehandlung bestand die alte Aufteilung fort. Für rentenversicherte Patienten trugen die Rentenversicherungsträger, also die Landesversicherungsanstalten, sämtliche Kosten des Tuberkuloseheilverfahrens sowie der wirtschaftlichen Hilfe für die Kranken und ihre Angehörigen. Dagegen waren bei nicht rentenversicherten Patienten die Landesfürsorgeverbände zuständig. Dies entsprach einem Erlaß des Reichsarbeitsministeriums von 1944, der auch in der Bundesrepublik Deutschland weiterhin gültig war.¹³⁸ In den Nachkriegsjahren versuchten die Rentenversicherungsträger, die finanziellen Aufwendungen für die wirtschaftliche Versorgung der Kranken und für langjährige Isolierungsfälle zunehmend auf die Landesfürsorgeverbände abzuwälzen. Die Landesversicherungsanstalten sahen sich auf Grund ihrer schlechten Finanzlage, die durch die Währungsreform noch verschärft

¹³⁴ NRW HStA, NW 38/53, Verwaltung für Arbeit des Vereinigten Wirtschaftsgebietes an die Arbeitsministerien der Länder, 30. 9. 1949.

¹³⁵ HÜNERBEIN, Gesundheitsamt 1952, S. 69–70, wobei dies für die Stadtstaaten kaum einen Unterschied machte; vgl. hierzu auch oben, Kap. III, 2.1.

¹³⁶ BAK, B 142/386, vgl. z. B. Dr. med Herold, Leiter der Tbc-Beratungsstelle Wiesbaden an Obermedizinalrat Dr. Ickert, Hannover, 13. 9. 1950. Die Kommunalisierung wurde von den Beratungsstellenleitern, die nur widerwillig bereit waren, sich einer kommunalen Leitung unterzuordnen, oftmals heftig kritisiert.

¹³⁷ BAK, B 142/386, Dr. med Herold, Leiter der Tbc-Beratungsstelle Wiesbaden an Obermedizinalrat Dr. Ickert, Hannover, 13. 9. 1950.

¹³⁸ Zuerst wurde diese Aufteilung 1942 durch mehrere Durchführungsverordnungen festgelegt, wobei jedoch die wirtschaftliche Hilfe für die Rentenversicherer noch Kann-Leistung war. Erst durch den Verbindlichkeits-Erlaß vom 3. 6. 1944 wurde dies für beide Träger verpflichtend. Vgl. BAK, B 149/3361, Niederschrift über die Besprechung am 17. 3. 1950 über die Mittelaufbringung für die Tuberkulosebekämpfung; auch BayHStA, MInn 80895, Tuberkulosefachberater Dr. Konrad Sixt an das bayerische Staatsministerium des Innern vom 20. 6. 1954. Vgl. SIXT, Tuberkulosehilfe, S. 503.

worden war, und wegen des Wegfalls von früheren Reichszuschüssen nicht mehr in der Lage, neben den Therapiekosten auch noch die wirtschaftliche Versorgung und gegebenenfalls die „Asylierung“ von Tuberkulosefällen zu bezahlen.¹³⁹ So ging die Entwicklung während der 1950er Jahre dahin, daß auch die rentenversicherten Tbc-Patienten nach ihrer Heilstättenbehandlung meist von den Landesfürsorgeverbänden wirtschaftliche Hilfe erhielten.

Der Schwerpunkt der Tuberkulosebekämpfung blieb eindeutig bei den gesetzlichen Rentenversicherungen. 1953 hatten diese insgesamt ca. 241 Mio. DM für die Behandlung der Tbc ausgegeben, wovon der weitaus größte Teil, ca. 180 Mio. DM, auf die Heilstätten entfallen war, die auch weiterhin gänzlich von den LVAs getragen wurden. Gleichzeitig bauten die Rentenversicherer ihre Leistungen in der Therapie weiter aus: Die stationäre Behandlung galt als Pflichtleistung und die berufliche Rehabilitation der Erkrankten wurde ausgedehnt.¹⁴⁰

Demgegenüber fielen die Aufwendungen der Landesfürsorgeverbände für die Tuberkulosehilfe – im Jahr 1953 ca. 80 Mio. – sehr viel geringer aus.¹⁴¹ Dennoch sahen sich diese Verbände ihrerseits finanziell nicht in der Lage, die wirtschaftliche Hilfe in dem vorgesehenen Umfang auch für versicherte Patienten zu leisten, da sie ohnehin die ganzen Kosten für die nicht versicherten Kranken trugen. In der Nachkriegszeit wuchs die Gruppe der Nicht-Rentenversicherten durch die große Zahl der Vertriebenen und Flüchtlinge, die in der Regel keine Rentenansprüche hatten.¹⁴² Um der Finanznot der Landesfürsorgeverbände beizukommen, setzten einige Bundesländer die Einkommensgrenzen für Leistungen bereits in den Nachkriegsjahren erheblich herunter. Dies bedeutete wiederum für die Patienten große Härten.¹⁴³

Im April 1954 gab es eine Vereinbarung zwischen den Landesfürsorgeverbänden und den Rentenversicherungsträgern, die jedoch die Zuständigkeiten wiederum nicht eindeutig regelte.¹⁴⁴ 1957 änderte sich die Lage erneut, indem nun die Krankenversicherungen stärker in die Leistungen für Tuberkulosekranke einbezogen wurden. Diese übernahmen jetzt die ambulante Behand-

¹³⁹ BAK, B 149/3361, Niederschrift über die Besprechung am 17. 3. 1950 über die Mittelaufbringung für die Tuberkulosebekämpfung.

¹⁴⁰ BAK, B 149/3361, Abteilung IV des Arbeitsministeriums an den Minister, 3. 11. 1956; vgl. auch LOCK, 90 Jahre, S. 395; HOPPE, Wandel, S. 700.

¹⁴¹ BAK, B 149/3361, Abteilung IV des Arbeitsministeriums an den Minister, 3. 11. 1956.

¹⁴² BAK, B 149/3361, Niederschrift über die Besprechung am 17. 3. 1950 über die Mittelaufbringung für die Tuberkulosebekämpfung.

¹⁴³ BAK, B 149/3361, Niederschrift über die Besprechung am 17. 3. 1950 über die Mittelaufbringung für die Tuberkulosebekämpfung.

¹⁴⁴ BAK, B 149/3361, Landesversicherungsanstalt Unterfranken an das bayerische Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, 28.9. 1954; SIXT, Tuberkulosehilfe, S. 504–5. Dieses Abkommen beinhaltete unter anderem, daß die LVAs nach der Heilstättenkur nur dann Überbrückungsgeld zahlen mußten, wenn eine *vorübergehende* Invalidität vorlag; war die Arbeitsunfähigkeit längerdauernd, mußten dagegen die Landesfürsorgeverbände die Kosten übernehmen.

lung der Kranken, während Heilstättenbehandlungen weiterhin zu den Aufgaben der Rentenversicherung gehörten.¹⁴⁵ Die Landesfürsorgeverbände wie auch die Rentenversicherer waren jahrelang darum bemüht, eine bundeseinheitliche Neuregelung ihrer Leistungen zu erreichen. Entsprechende Verhandlungen scheiterten jedoch bis 1958 vor allem an Finanzfragen.¹⁴⁶ Nach langen Querelen wurde im Juli 1959 das Tuberkulosehilfegesetz des Bundes verabschiedet, das die Landesfürsorgeverbände generell als für die wirtschaftliche Tuberkulosehilfe zuständig erklärte, also für die finanzielle Unterstützung des Patienten und seiner Familienmitglieder, Eingliederungsmaßnahmen für den Kranken sowie besondere Beihilfen für Ernährung und Einrichtung.¹⁴⁷ Die Rentenversicherer mußten weiterhin für die Heilstättenkur aufkommen, ebenso engagierten sie sich bei der Rehabilitation der Kranken.¹⁴⁸ Das Bundesseuchengesetz von 1961 faßte dann Meldevorschriften für alle infektiösen Krankheiten zusammen, worunter auch die Tuberkulose fiel.

Mit dem immer stärkeren Einsatz der Chemotherapeutika gewann Ende der 1950er Jahre die ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte immer mehr an Bedeutung und somit auch die Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Tuberkulosebekämpfung. Die Tbc wurde mehr und mehr zu einer „normalen“ Krankheit.

Die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Fürsorgestellen, die seit Beginn der organisierten Tuberkulosebekämpfung problematisch gewesen war, gestaltete sich auch in der Bundesrepublik äußerst schwierig. Doppeluntersuchungen und -diagnosen, einmal durch die öffentlichen Stellen, dann noch einmal durch niedergelassene Ärzte, waren keine Seltenheit im deutschen System.¹⁴⁹ Die Amtsärzte in den Tuberkulosefürsorgestellen sahen in den 1950er Jahren die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten sehr kritisch:

In diesem Zusammenhang ist auch die Tätigkeit der frei praktizierenden Lungenfachärzte zu erwähnen. Ohne jede Polemik muß gesagt werden, daß das Ausnutzen der Niederlassungsfreiheit durch Einrichten einer freien Lungenpraxis möglichst in jeder kleinen Kreisstadt Spannungen einerseits unter den frei praktizierenden Lungenfachärzten selbst, andererseits zwischen diesen und den Tuberkulosefürsorgeärzten hervorrufen muß: die

¹⁴⁵ BAK, B 142/390, Sitzung Arbeitsausschusses für stationäre Behandlung des DZK, 30. 3. 1957 in Wiesbaden.

¹⁴⁶ BayHStA, MInn 80895, Niederschrift über die Besprechung der Ländervertreter betreffend die Neuordnung der Tuberkulosehilfe am 19. 2. 1954 in Frankfurt am Main; MInn 80892, Landesfürsorgeverband Oberbayern an das bayerische Staatsministerium des Innern, vom 10. 1. 1958 und MInn 80892, Landesfürsorgeverband Oberbayern an das bayerische Staatsministerium des Innern vom 10. 1. 1958. Es ging vor allem darum, ob zusätzliche Kosten der Landesfürsorgeverbände aus Bundes- oder Landesmitteln bestritten werden sollten.

¹⁴⁷ BGBl. 1959 I, S. 513–524: Gesetz über die Tuberkulosehilfe vom 23. 7. 1959.

¹⁴⁸ Die Zuständigkeit der Rentenversicherer für die stationäre Heilbehandlung der Tuberkulose endete offiziell in erst im Jahr 1984, als diese Aufgabe ganz den Krankenversicherungen übertragen wurde; DANIEL, Abschied, S. 7.

¹⁴⁹ BENNIGHOF, Problem, S. 101.

Grenzen des Lungenfachs sind an und für sich sehr eng, so daß der frei praktizierende Lungenfacharzt sich schon vor der Niederlassung darüber klar werden muß, inwieweit er bei seiner späteren Tätigkeit mit der Arbeitsweise der Tuberkulosefürsorgestellen bei Tuberkulosefällen und mit den praktischen Ärzten bei unspezifischen Erkrankungen der Lunge in Konflikt geraten könnte.¹⁵⁰

Innerhalb der sich überschneidenden Zuständigkeiten zwischen den verschiedenen Akteuren hatte das *Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose* in der Bundesrepublik eine entscheidende Mittlerfunktion. Das DZK wurde bereits 1946 in der britischen Zone als Verein wiedergegründet und nach verschiedenen organisatorischen Querelen 1949 entsprechend seiner früheren Funktion wiederum als bundesweite Vereinigung geschaffen. Präsident wurde Franz Redeker, der Leiter der Gesundheitsabteilung des Bundesinnenministeriums.¹⁵¹ Den schon im Kaiserreich und der Weimarer Republik bestehenden stark offiziöse Charakter behielt das DZK bei; im wesentlichen setzte sich das Komitee aus Vertretern der staatlichen Organisationen und Verwaltungen zusammen, die sich für die Tuberkulosebekämpfung einsetzten. Neu war, daß das Zentralkomitee in der stärker föderalistisch organisierten Bundesrepublik nun von Länderorganen bestimmt war, also den Landesversicherungsanstalten und den Vertretern der obersten Gesundheitsbehörden der Länder.¹⁵²

Auch die internationale Vertretung war eine wichtige Aufgabe des DZK. 1951 kehrte die Vereinigung wieder in die Internationale Union gegen die Tuberkulose zurück, ein Jahr nachdem die Bundesrepublik auch in die Weltgesundheitsorganisation aufgenommen worden war. Diese Entwicklung wurde vom DZK mit großer Zufriedenheit gesehen:

Es ist nach beiden Kriegen so gewesen, dass die Internationale Union zur Bekämpfung der Tuberkulose, die kein Personenverein ist, sondern einen Verband der Länder und Länderorganisationen darstellt, uns gegenüber sehr zurückhaltend war. Nach dem 1. Weltkrieg ist die Wiederaufnahme Deutschlands in die ‚Union‘ erst im Jahre 1926 in Washington besprochen worden und 1928 erfolgt. Auch jetzt, nach dem Zweiten Weltkrieg war es nicht einfach.¹⁵³

Auch in den folgenden Jahren gestaltete sich die Teilnahme an internationalen Veranstaltungen meist problematisch. Zum einen fühlte man sich als nicht freundlich genug behandelt. Bei der Tagung der *Union Internationale* in Istanbul im Jahr 1959 wurde daher ausdrücklich erwähnt, daß die Gastgeber „deutschfreundlich“ gewesen seien. Kontinuierliche Probleme gab es bei internationalen Veranstaltungen auch mit Hinblick auf die DDR und die Frage der

¹⁵⁰ GÖTTSCHEG, Voraussetzungen, S. 257.

¹⁵¹ Vgl. zu Redeker oben, Kap. II, 1.1.

¹⁵² BAK, B 142/386, Mitgliederversammlung des DZK, 14. 4. 1950 in Bonn; Vgl. auch LOCK, 90 Jahre, S. 395.

¹⁵³ BAK, B 142/386, Mitgliederversammlung des DZK, 29. 4. 1952 in Bad Pyrmont.

innerdeutschen Verhältnisse. Man bemängelte bei der Internationalen Vereinigung fehlendes Verständnis für die schwierige deutsche Situation.¹⁵⁴

In der Bundesrepublik selbst nahm das DZK, in dem die wichtigsten Repräsentanten des Bundes und der Länder für den Bereich Tuberkulosebekämpfung saßen, eine höchst wichtige Funktion wahr, da es die Bemühungen der Länder auf dem Gebiet der Tbc koordinierte. Während bei anderen Problemen der Gesundheitspolitik, wie etwa der Kinderlähmung, eine derartige Funktion eher von der Sitzung der leitenden Medizinalbeamten der Länder übernommen wurde, liefen bei der Tuberkulose wichtige gesundheitspolitische Entscheidungen über dieses bereits bestehende Fachgremium.¹⁵⁵ Auch hinsichtlich der Tbc-Therapie und -Prävention gab das Komitee Richtlinien heraus. Ein Arbeitsausschuß für Chemotherapie erarbeitete regelmäßig Anweisungen zum Einsatz tuberkulostatischer Mittel und dem Problem der Resistenzen; der Arbeitsausschuß zur stationären Behandlung entwickelte Richtlinien zur Heilstättentherapie.¹⁵⁶

1.3.2 Prävention

Zur gesundheitspolitischen Tuberkuloseprävention standen im wesentlichen drei Maßnahmen zur Verfügung – die Impfung, die Ausrottung der Rinder-Tbc sowie die Röntgenreihenuntersuchungen zur Frühentdeckung –, die in der Bundesrepublik mit sehr unterschiedlichem Erfolg gehandhabt wurden.

Noch vor Gründung der Bundesrepublik hatte 1949 in der Trizone eine Impfkation mit dänischem und schwedischem BCG-Impfstoff, der kostenlos zur Verfügung gestellt worden war, stattgefunden. Danach überlegte man in der jungen Bundesrepublik, ob die Impfungen als eigene Maßnahme fortgesetzt werden sollten. Im neugegründeten Impfausschuß des DZK war 1950 noch eine erhebliche Skepsis gegenüber der Immunisierung festzustellen. Sowohl mögliche Schäden als auch die hohen Kosten der Impfung wurden betont.¹⁵⁷ Die BCG-Impfung wurde in der Bundesrepublik schließlich als freiwillige Impfung kostenlos angeboten; sie unterstand der Länderhoheit und wurde von Gesundheitsämtern und geschulten Ärzten sowie bei Neugeborenen von den Geburtskliniken durchgeführt.¹⁵⁸ Ungeachtet dessen, daß sowohl die WHO als auch die UNICEF die BCG-Impfung seit Beginn der 1950er Jahre weltweit empfohlen und unterstützten, nahm die deutsche Ärzteschaft insgesamt eine sehr ablehnende Haltung ein, was die Akzeptanz in der Bevöl-

¹⁵⁴ BAK, B 142/387, Sitzung des Präsidiums der DZK, 5. 12. 1959 in Augsburg.

¹⁵⁵ Vgl. hierzu das Kapitel über Kinderlähmung, Kap. III, 2.3.1.

¹⁵⁶ BAK, B 142/836, Mitgliederversammlung des DZK, 28. 4. 1954 in Bad Pyrmont.

¹⁵⁷ BAK, B 142/389, Sitzung des Arbeitsausschusses der DZK für BCG-Schutzimpfung, 4. 6. 1950 in Rothenburg o.d.T.

¹⁵⁸ BAK, B 142/389, Entwurf Bericht von Prof. Dr. Spiess September 1962; JENTGENS, BCG-Schutzimpfung.

kerung nicht gerade förderte.¹⁵⁹ Beim DZK wich unter dem internationalen Einfluß bis 1952 die Skepsis einer Befürwortung von Impfmaßnahmen. Dennoch machte die Immunisierung gegen Tbc in der Bundesrepublik kaum Fortschritte.¹⁶⁰ Zwar blickte man in die DDR, wo eine 1951 eingeführte freiwillige Impfung sehr gut angenommen wurde, doch gab in diesem Fall das Konkurrenzverhältnis zum anderen deutschen Staat offenkundig kaum Impulse. Während 1956 in der DDR 60 Prozent aller Neugeborenen BCG-geimpft wurden, waren es im selben Jahr in der Bundesrepublik lediglich 7 Prozent.¹⁶¹

Der Streit um die Wirksamkeit der BCG-Impfung war in der Bundesrepublik auch Ende der 1950er Jahre noch nicht beendet. Impfgegner führten stets Einzelfälle an, in denen es trotz Impfung zu einer Tuberkuloseerkrankung gekommen war. Als problematisch erwies sich, daß kaum große wissenschaftliche Studien über die Wirksamkeit der Impfung existierten.¹⁶² Seit Mitte der 1950er Jahre gab es sogar wiederholt Bestrebungen, die Impfungen wieder einzustellen, obwohl in der Bundesrepublik nach einer Untersuchung in Nordrhein-Westfalen immer noch etwa 46 Prozent der 15jährigen mit Tuberkulose infiziert waren, während diese Zahl beispielsweise in Schweden nur noch bei 5 Prozent lag. Bei einer so hohen „Durchseuchungsrate“ und einer so starken Präsenz der Krankheit wurde von zahlreichen Fachleuten eine Intensivierung der Impfung gefordert. In der Bundesrepublik überwog aber weiterhin eine sehr kritische Haltung.¹⁶³

Bis 1957 stand in Westdeutschland wie in anderen Ländern nur BCG-Flüssigimpfstoff zur Verfügung, dessen Lagerung und Handhabung sich schwierig gestaltete. Ab diesem Zeitpunkt konnte man dann auf Trockenimpfstoff zurückgreifen, den die Behring-Werke herstellten und dessen Einsatz weitaus weniger Aufwand erforderte. Trotz dieser Vereinfachung entwickelte sich die BCG-Impfung auch in den folgenden Jahren in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. Lediglich im Stadtstaat Hamburg wurden 1959 68 Prozent und 1961 81 Prozent aller Neugeborenen geimpft und so eine epidemiologisch wirksame Zahl erreicht. In Nordrhein-Westfalen stieg die Impfquote zwischen 1959 und 1961 von 22 auf 38 Prozent aller Neugeborenen, in Rheinland-Pfalz lag sie 1961 weiterhin nur bei 18,7 Prozent.¹⁶⁴ Anfang der 1960er

¹⁵⁹ BAK, B 142/386, Mitgliederversammlung des DZK, 29. 4. 1952 in Bad Pyrmont; vgl. zur weltweiten Empfehlung POLLOCK, BCG Vaccination, S. 399.

¹⁶⁰ BAK, B 142/386, Mitgliederversammlung des DZK, 29. 4. 1952 in Bad Pyrmont.

¹⁶¹ BAK, B 142/389 III, DZK an die Mitglieder des Arbeitsausschusses BCG-Schutzimpfung, 1951; BAK, B 142/387, Stand des Tuberkuloseproblems, September 1958.

¹⁶² EBERHARD O. ADAM, Beurteilung, S. 770.

¹⁶³ BAK, B 142/389, Sitzung des Arbeitsausschusses der DZK für BCG-Schutzimpfung, 8. 1. 1957 in Hannover. Einem angeblichen Impfunglück in Schweden, bei dem möglicherweise vier Kinder infolge einer Infektion nach der BCG-Impfung gestorben waren – der Zusammenhang mit der Impfung war jedoch nicht genau nachgewiesen – wurde beispielsweise im Ausschuß für Schutzimpfungen große Bedeutung beigemessen.

¹⁶⁴ NEUMANN, Epidemiologie, S. 36.

Jahre hatte sich der Nutzen der BCG-Immunisierung für Säuglinge und Kleinkinder auch in der Bundesrepublik weitgehend durchgesetzt. Ein flächendeckenden Impfschutz eines hohen Prozentsatzes der Kinder war jedoch noch keineswegs erreicht. Als Schutzimpfung für Erwachsene, wie sie in England beispielsweise seit langem für gefährdete Personen (etwa Krankenschwestern und -pfleger in Tuberkulosekliniken) angewandt wurde, blieb die BCG-Impfung in der Bundesrepublik nach wie vor umstritten.¹⁶⁵

Präventive Maßnahmen konnten auch im Bereich der Rindertuberkulose angewandt werden. Diese war in Deutschland in den 1920er und 1930er Jahren nicht systematisch bekämpft worden und die Zahl der kranken Tiere war während des Zweiten Weltkrieges erheblich angestiegen. Vor allem Kinder infizierten sich über die Kuhmilch, was häufig zu Abdominaltuberkulosen führte.¹⁶⁶ Ein großer Teil des Anstiegs von Nicht-Lungentuberkulosen bei Kindern in der Nachkriegszeit führte man auf dieses Problem zurück.¹⁶⁷ Eine wichtige Rolle spielte dabei die ungenügende Erhitzung der Milch vor allem in kleinen Molkereien, wo nicht die notwendige Temperatur ($>85^{\circ}\text{C}$) und Erhitzungsdauer erreicht wurden. Nach Untersuchungen von 1948 wurden in zehn Prozent von „pasteurisierten“ Milchproben noch Tuberkuloseerreger gefunden. Das DZK zeigte sich von diesen Befunden alarmiert und startete 1951 eine große Kampagne gegen die Rindertuberkulose. Insbesondere bei der Schulumilch war die mangelnde Tbc-Sicherheit nach Ansicht des DZK hochproblematisch. Es wurde zunächst eine genauere Überprüfung der Molkereien auf die tatsächlichen Hitzegrade bei der Pasteurisierung und eine generelle Hocherhitzung für Schulumilch gefordert.¹⁶⁸ Auch eine amerikanische Ärztekommision, die 1951 Deutschland bereiste, zeigte sich entsetzt über den Durchseuchungsgrad der Rinder und die hohen Zahlen der Kindertuberkulose.¹⁶⁹ 1952 mußte man in der Bundesrepublik noch von einem 10-prozentigen Anteil der bovinen Tuberkulose an den auftretenden Tbc-Fällen ausgehen, was einen deutlich höheren Prozentsatz ausmachte als in anderen europäischen Ländern.¹⁷⁰

Das DZK, das den Standpunkt vertrat, daß „die Milchhygiene bei der Kuh zu beginnen hat und dass vor Ausmerzung aller tuberkulösen Kühe nicht gut von einer einwandfreien Trinkmilch gesprochen werden kann“,¹⁷¹ plädierte in den nächsten Jahren stets für eine systematische Schlachtung von tuberkulosepositiven Rinderbeständen.¹⁷² Meist gegen den heftigen Widerstand der Land-

¹⁶⁵ WEICKSEL, Beitrag.

¹⁶⁶ BECH, Frage, S. 361; MOOSER, Rolle; REINER W. MÜLLER, Rindertuberkulose, S. 702.

¹⁶⁷ BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß des DZK für Kindertuberkulose, Sitzung am 20. 1. 1951 in Hannover.

¹⁶⁸ BAK, B 142/386, Mitgliederversammlung des DZK, 27. 4. 1951 in Bonn; BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß des DZK für Kindertuberkulose, Sitzung am 20. 1. 1951 in Hannover.

¹⁶⁹ BECH, Frage, S. 361.

¹⁷⁰ KNAPPE, Bovinus-Tuberkulose, S. 761.

¹⁷¹ BAK, B 142/386, Mitgliederversammlung des DZK, 27. 4. 1951 in Bonn.

¹⁷² BAK, B 142/386, Mitgliederversammlung des DZK, 10. 2. 1953 in Bonn.

wirte versuchte man in den einzelnen Bundesländern durch unterschiedliche Verfahren tuberkulosefreie Rinderbestände zu erreichen.¹⁷³ Gerade in den agrarisch geprägten Ländern ging die Bekämpfung der Rindertuberkulose nur langsam voran. In Schleswig Holstein waren 1952 30 Prozent der Rinder tuberkulin-positiv; dagegen konnte das benachbarte Dänemark durch eine systematische Bekämpfung der Krankheit bereits im selben Jahr völlig Rindertuberkulose-freie Herden vorweisen.¹⁷⁴ In Bayern wurde 1954 vom Innenministerium noch ausdrücklich empfohlen, Milch auf keinen Fall von Bauernhöfen zu kaufen, sondern ausschließlich von Molkereien, die die Milch sachgemäß erhitzen und so die Tuberkelbazillen vernichten konnten. Damals waren erst 26,7 Prozent der bayerischen Kühe einem staatlich gelenkten Verfahren unterworfen, das tuberkulosefreie Milch garantierte.¹⁷⁵ In den nächsten Jahren machte die Aktion zur Bekämpfung der Rinder-Tbc dann große Fortschritte: 1958 galten 74 Prozent des deutschen Rinderbestandes als tuberkulosefrei, 1962 praktisch 100 Prozent.¹⁷⁶ Damit war die Gefahr einer Übertragung von Rindertuberkulose auf den Menschen gebannt. Insbesondere in den ländlichen Gegenden sank die Kinder-Tbc durch diese Maßnahmen erheblich.¹⁷⁷

Die Röntgenreihenuntersuchungen (RRU) als ein weiteres präventives Mittel, das vor allem zur Früherkennung von Tbc-Krankheiten beitragen sollte, wurden erst sehr spät, Anfang der 1950er Jahre, flächendeckend eingeführt. Dies geschah zu einem Zeitpunkt, als die Tuberkulose bereits stark im Sinken begriffen war und man in Großbritannien wieder vermehrt zu gezielten Untersuchungen überging.

Die Röntgendiagnostik hätte schon während des „Dritten Reiches“ ausgebaut werden sollen, dieses Vorhaben blieb jedoch während des Krieges weitgehend in der Planung stecken. Lediglich in Württemberg wurde in den Jahren 1941 bis 1944 die erste „Volksröntgenuntersuchung“ durchgeführt, Wiederholungen fanden jedoch bis 1948 nicht statt. Eine regelmäßige Röntgenkontrolle für Lehrer war bereits 1942 angeordnet worden, konnte jedoch in den Kriegswirren der folgenden Jahre nicht mehr umgesetzt werden.¹⁷⁸

In den meisten Bundesländern waren in den unmittelbaren Nachkriegsjahren sporadisch Röntgenreihenuntersuchungen auf freiwilliger Basis durchgeführt worden, um die Tbc-Kranken besser erfassen und rechtzeitig behandeln zu können. Hierbei hatte sich allerdings gezeigt, daß nur ein relativ kleiner Teil der Bevölkerung dieses Angebot wahrnahm. Etliche Länder waren deswegen bereits vor Gründung der Bundesrepublik zu Pflichtuntersuchungen überge-

¹⁷³ FERLINZ, Tuberkulose 1995, S. 625.

¹⁷⁴ ICKERT, Wende, S. 227.

¹⁷⁵ Rindertuberkulose, S. 230.

¹⁷⁶ FERLINZ, Tuberkulose 1995, S. 625.

¹⁷⁷ MÜNCHBACH, Tuberkulose.

¹⁷⁸ SCHRAG, Organisation, S. 396–397; TRÜB, Mitteilung, S. 670.

gangen, so Hamburg 1946 und Schleswig-Holstein im Jahr 1947.¹⁷⁹ Anfang der 1950er Jahre begann man dann in den einzelnen Ländern, die Röntgenreihenuntersuchung systematisch auszubauen, wobei sich die Vorgehensweise aber deutlich unterschied. Während in Bayern, Baden-Württemberg, Niedersachsen, Bremen und Schleswig-Holstein die Untersuchungen obligatorisch waren, blieben die anderen Bundesländer bei freiwilligen Röntgenreihenuntersuchungen. Der Streit um eine verpflichtende oder freiwillige Beteiligung war dabei zunächst von geringer praktischer Bedeutung, da für die angestrebten verpflichtenden Massenuntersuchungen der Bevölkerung bei weitem nicht genug Röntengeräte zur Verfügung standen.¹⁸⁰

Dennoch sahen viele Länderparlamente eine Untersuchungspflicht als notwendig an. In Bayern wurde ein entsprechendes Gesetz beispielsweise im Juli 1953 vom Landtag verabschiedet. Wer sich dort der Untersuchung entzog, mußte mit einer Geldstrafe von 150 DM rechnen.¹⁸¹ Bei den Beratungen des Landtags über das Gesetz im Oktober 1952 und Februar 1953 gab es zwar kontroverse Diskussionen, ob eine solche gesetzliche Verpflichtung überhaupt mit den Grundrechten vereinbar sei. Diese Bedenken wurden aber vom Rechts- und Verfassungsausschuß des bayerischen Landtags mit der Begründung verworfen, daß im Interesse der Sicherung der Volksgesundheit die Zwangsuntersuchung unbedingt notwendig sei.¹⁸² In Nordrhein-Westfalen sah man dagegen wie in anderen Ländern auch aus grundsätzlichen Erwägungen von solch einem Gesetz ab, da im Zuge der Untersuchungen mit Körperschäden gerechnet werden müsse und man zudem Bedenken hatte, die im Grundgesetz verankerten Persönlichkeitsrechte einzuschränken.¹⁸³

Ein praktisches Problem der Röntgenreihenuntersuchungen bestand darin, daß zahlreiche Verdachtsfälle gefunden wurden, die sich jedoch im nachhinein nicht als Tuberkulose herausstellten, sondern möglicherweise Hinweise auf andere Krankheiten gaben. Daher waren sorgfältige Nachuntersuchungen bei diesem Verfahren sehr wichtig, was aber den Aufwand erheblich steigerte.¹⁸⁴ Die weitere Entwicklung sei anhand des Beispiels Bayern skizziert: Seit 1954 wurden bei den Bezirksregierungen sogenannte Schirmbildstellen eingerichtet, die sich aus einer zentralen Auswertungsstelle und dem „Schirmbild-Reise-

¹⁷⁹ BAK, B 149/19, Arbeitsausschuß des DZK für Röntgenschirmbilduntersuchungen, 29. 10. 1950; Vorarchiv ArbMin NRW, 1121.52, Vermerk zu Entwurf eines Gesetzes über Röntgenreihenuntersuchungen mit Anlagen, 15. 9. 1953; vgl. auch BayHStA, MInn 80893, Bericht von Tuberkulosefachberater Dr. Konrad Sixt: „Der Wert der Röntgenreihenuntersuchung für die Bekämpfung der Tuberkulose in Bayern“ vom Juni 1958.

¹⁸⁰ ARENS und MEIER, Entwicklung, S. 511; BREU, Intensivierung, S. 186.

¹⁸¹ WEILER, Gesetz, S. 120.

¹⁸² Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt 1953, S. 103: Gesetz über Röntgenreihenuntersuchungen vom 13. 7. 1953; WEILER, Gesetz, S. 120.

¹⁸³ Vorarchiv ArbMin NRW, 1121.52, Vermerk zum Entwurf eines Gesetzes über Röntgenreihenuntersuchungen 15. 9. 1953.

¹⁸⁴ DETERMANN, Ergebnisse, S. 539–580.

trupp“ zusammensetzten, der mit einem transportablen Spiegeloptik-Röntgengerät im Lande unterwegs war. 1958 arbeiteten bereits acht Schirmbildstellen, deren durchschnittliche Leistungsfähigkeit ca. 150 000 Aufnahmen pro Jahr betrug, unter der Aufsicht der Medizinalreferenten bei den Bezirksregierungen. Der Leiter der Schirmbildstelle sollte eng mit den Gesundheitsämtern und den Tuberkulosefürsorgestellen kooperieren. Zuerst wurden Röntgenaufnahmen der Lunge angefertigt, dann untersuchte der Arzt der Schirmbildstelle etwa zwei Wochen später die geröntgten Personen nochmals persönlich. Wenn eine Schirmbildstelle ihre Arbeit in einer Stadt oder einem Landkreis abgeschlossen hatte, wurden die Ergebnisse in einer Statistik zusammengefaßt und die Kranken der Tbc-Fürsorgestelle zur weiteren Behandlung übergeben.¹⁸⁵ Die Akzeptanz der Röntgenreihenuntersuchung scheint hoch gewesen zu sein, jedenfalls beehrten nur zwei oder drei Prozent der Vorgeladenen dagegen auf, folgten der Aufforderung nicht und ließen sich auch anderweitig nicht untersuchen.¹⁸⁶

Auch die Tuberkulosefürsorgestellen der Gesundheitsämter wurden Anfang der 1950er Jahre flächendeckend mit Röntgenapparaten ausgestattet. Sie führten gezielte Untersuchungen von Patienten, ihrer Kontaktpersonen und Familien durch sowie Nachuntersuchungen der Reihenuntersuchungen durch.¹⁸⁷ Anhand der bayerischen Zahlen läßt sich die Entwicklung der beiden Untersuchungsformen während der 1950er Jahre gut verfolgen. Die Zahl der Reihenuntersuchungen überstieg schon bald nach der Einführung die der Untersuchungen in den Fürsorgestellen.

Tabelle 10: Leistungen der Tuberkulose-Fürsorgestellen und der Röntgenreihenuntersuchung in Bayern¹⁸⁸

	1950	1952	1954	1956	1957
<i>Tuberkulose-Fürsorgestellen:</i>					
Gezielte Röntgenaufnahmen und Untersuchungen insgesamt	370 099	475 738	360 416	376 212	428 395
<i>Schirmbildstellen:</i>					
Röntgenreihenuntersuchungen nach dem Gesetz	–	–	304 693	960 455	979 660

¹⁸⁵ Vgl. LINDNER, Milchpfennig, S. 257. Diese gründliche statistische Auswertung gab es nur in Bayern, weswegen hier auch vor allem auf die bayerischen Zahlen zurückgegriffen wird. Andere Länder versuchten Ende der 1950er Jahre, nachträglich ihre Daten mit Geldern der DZK auszuwerten, was jedoch nur sehr bedingt gelang.

¹⁸⁶ BayHStA, MInn 80893, Bericht von Tuberkulosefachberater Dr. Konrad Sixt: „Der Wert der Röntgenreihenuntersuchung für die Bekämpfung der Tuberkulose in Bayern“ vom Juni 1958. Eine Geldstrafe wurde nur höchst selten beantragt, obwohl sie im Gesetz eigentlich vorgesehen war.

¹⁸⁷ BAK, B 149/19, Arbeitsausschuß für Röntgenschirmbilduntersuchungen und für Röntgentechnik des DZK, Sitzung am 1. 7. 1952 in Bonn.

Auch auf Grund der Erfolge in Bayern hielt der zuständige Ausschuß des DZK auf einer Sitzung im Dezember 1955 die Fortführung von für die gesamte Bevölkerung verpflichtenden Röntgenreihenuntersuchungen für absolut notwendig. In Ländern wie Nordrhein-Westfalen, wo keine gesetzliche Pflicht bestand, war die Beteiligung an diesen Untersuchungen nach Meinung der zuständigen Medizinalbeamten viel zu gering. Das DZK wollte auch dort Pflichtuntersuchungen einführen, was sich allerdings nicht durchsetzen konnte.¹⁸⁹

Das Problem der Strahlenbelastung begann man 1955 ebenfalls zu diskutieren, insbesondere der mitunter sorglose Umgang mit Jugendlichen. Ein Fall war bekannt geworden, daß bei einer Reihenuntersuchung „aus Versehen“ der Beckenbereich von Kindern mitgeröntgt worden war und so die Keimzellen einer starken Belastung ausgesetzt waren. Solche Fälle sollten unbedingt vermieden werden. Bei sachgemäßer Handhabung der Apparate bestünde jedoch weder für die Patienten noch für die Untersuchenden eine Gefahr.¹⁹⁰

Ende der fünfziger Jahre kamen die Untersuchungen wegen dieser Gefahren immer stärker in die Kritik: In der Öffentlichkeit diskutierte man nun heftig die Gefährdung des menschlichen Organismus durch Röntgenstrahlen.¹⁹¹ Verursacht wurde diese neue Aufmerksamkeit vor allem durch entsprechende Berichte aus den USA. Das DZK nahm die öffentliche Kritik nicht sehr ernst und sprach statt dessen von einer „weit verbreiteten Strahlenpsychose der Laienkreise“. ¹⁹² In der Presse hingegen war von einer „Tuberkulosepsychose“ die Rede; der Sinn von Röntgenreihenuntersuchungen wurde gänzlich in Frage gestellt. In der „Welt“ hieß es am 17. April 1958:

Die Tuberkulose ist kaum noch unter die wichtigsten Todesursachen zu rechnen. Aber je mehr das Objekt ‚Tuberkulose‘ verschwand, um so aktiver wurden Maßnahmen der Tuberkulosebekämpfer. Es gelang ihnen, unter dem Eindruck einer Tuberkulosepsychose in einer Reihe von Bundesländern Gesetze zur Zwangsdurchleuchtung der Gesamtbevölkerung zu erreichen. [...] Das Verfahren ist zwecklos und erfolglos. Auf 1000 Durchleuchtungen wird noch nicht ganz ein Fall von offener Lungentuberkulose entdeckt. [...] Um diesen Fall aufzufinden, werden über 999 Gesunde durch den Röntgenapparat mit

¹⁸⁸ Zusammengestellt nach: Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 65 (1957), S. 19.

¹⁸⁹ BAK, B 149/19, Arbeitsausschuß für Röntgenschirmbilduntersuchungen und für Röntgentechnik des DZK, Sitzung am 3. 12. 55 in Düsseldorf. Es wurden immerhin auch einige Bedenken hinsichtlich der Zwangsuntersuchung formuliert: „Die Umstände, unter denen ein Röntgenreihenuntersuchungsgesetz durchgeführt werden muss, sind zudem nicht in jedem Punkte erfreulich. Es werden lästige Untersuchungen verlangt und selbst bei taktvollster Durchführung bleibt immer noch ein gewisser Rest, der Anlass zu Vergleichen mit einer Musterung gibt.“

¹⁹⁰ BAK, B 149/19, Arbeitsausschuß für Röntgenschirmbilduntersuchungen und für Röntgentechnik des DZK, Sitzung am 3. 12. 55 in Düsseldorf.

¹⁹¹ Vgl. BAK, B 149/19, passim; vgl. auch Briefe einzelner Personen, die die Strahlen für schwere Schädigungen verantwortlich machten und die Röntgenreihenuntersuchungen mit Atombomben verglichen. Vgl. Dr. Johannes Cramer an Minister des Innern des Landes Niedersachsen und den Bundesminister des Innern, 31. 2. 1957.

¹⁹² BAK, B 149/19, Arbeitsausschuß für Röntgenschirmbilduntersuchungen und für Röntgentechnik des DZK, Sitzung am 28. 3. 1958 in Mainz.

ionisierenden Strahlen durchstrahlt. Diese Durchstrahlung bedeutet eine ernste Verletzung der im Grundgesetz garantierten körperlichen Unversehrtheit!¹⁹³

Streit um die Röntgenreihenuntersuchungen gab es auch mit der freien Ärzteschaft. Jene schlossen sich dem Argument der Strahlenbelastung an, was auf Seiten des DZK jedoch als bloßer Ausdruck berufsständischer Interessen abgetan wurde. Auf einer Präsidialsitzung des DZK urteilte der Röntgenexperte Prof. Griesbach:

Der Streit um die Röntgenreihenuntersuchung ist nicht aus wissenschaftlichen Überlegungen gekommen, sondern er kam von der Ärzteschaft nicht als Wissenschaftler, sondern als berufliche Interessengruppe. Die freipraktizierende Ärzteschaft glaubte, daß durch die Methode der Röntgenreihenuntersuchung die zwangsläufig in Staatshänden sein muß, die Freizügigkeit ihrer ärztlichen Handlung beschnitten werde.¹⁹⁴

Das DZK wies jede Kritik zurück und pochte im Herbst 1958 darauf, daß eine verpflichtende Röntgenreihenuntersuchung der Gesamtbevölkerung absolut notwendig sei.

Eine schädliche Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Gonaden bei Beachtung der Sicherheitsvorschriften wird fast grundsätzlich verneint. Gezielte RRU oder solche auf freiwilliger Grundlage führen nur zu Teilerfolgen, entscheidende Ergebnisse können nur durch systematische und häufig – möglichst jährlich – zu wiederholende Röntgenreihenuntersuchungen der *gesamten* Bevölkerung erreicht werden. Für eine konsequente Tuberkulosebekämpfung sind diese nicht die Methode der Wahl, sondern eine unbedingte Notwendigkeit.¹⁹⁵

In Folge der öffentlichen Kritik stellte das DZK zumindest Geld für eine genauere statistische Auswertung der Röntgenreihenuntersuchungen zur Verfügung, von der man sich eine Bestätigung der eigenen Position erhoffte. Bis dahin hatte es in der ganzen Bundesrepublik nur sehr oberflächliche Interpretationen der Untersuchungsergebnisse gegeben, außer in Bayern, das eine detaillierte Statistik führte. Die nun initiierte Auswertung bisheriger RRU-Daten erwies sich als problematisch, da die Schirmbildstellen ihre Ergebnisse offenbar sehr unterschiedlich registriert hatten und diese somit nicht vergleichbar waren. Die Zahlen erlaubten kaum eine nachvollziehbare, sinnvolle Interpretation, geschweige denn definitive Aussagen über die Notwendigkeit der Untersuchungen.¹⁹⁶ Um so erstaunlicher erscheint es, daß das DZK an Pflicht- und Massenuntersuchungen als zentraler Präventivmaßnahme auch in den nächsten Jahren festhielt. 1960 war man immerhin bereit, auf Reihenuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren grundsätzlich zu verzichten.¹⁹⁷

Daß in den 1960er Jahren die Tuberkulose aufhörte, eine Bedrohung für die Gesundheit der bundesdeutschen Bevölkerung zu sein, zeigte sich nicht zuletzt

¹⁹³ BAK, B 142/387, Auszug aus Artikel „Tuberkulose“, in: Die Welt, 17. 4. 1958.

¹⁹⁴ BAK, B 142/387, Präsidialsitzung 17. 5. 1958 Bad Wildungen, Anlage 3.

¹⁹⁵ BAK, B 142/387, Stand des Tuberkuloseproblems, September 1958.

¹⁹⁶ BAK, B 142/387, DZK an Dr. Buurmann, Bad Godesberg, 14. 9. 1960.

¹⁹⁷ BAK, B 142/387, DZK an Dr. Lotz, Niedersächsischer Verein zur Bekämpfung der Tuberkulose, 30. 5. 1960.

darin, daß bei den Röntgenreihenuntersuchungen immer weniger Neuerkrankungen entdeckt wurden. Dessenungeachtet plädierten die Gesundheitspolitiker in den Ländern mit gesetzlichen Regelungen weiterhin dafür, diese Pflichtuntersuchung beizubehalten. In Bayern wurde beispielsweise eine Umstellung auf andere Methoden abgelehnt, da der „Durchseuchungsgrad“ der Bevölkerung, also die Anzahl der tuberkulinpositiven Personen, noch zu hoch sei.¹⁹⁸ Erst bei einem Wert von acht Prozent, wie er beispielsweise in den USA bei den 17- bis 21jährigen schon 1950 erreicht war, konnte nach Meinung des Innenministeriums auf Reihenuntersuchungen verzichtet werden.¹⁹⁹ In den 1960er Jahren hatten die Röntgenreihenuntersuchungen ihre größte Verbreitung. Danach verlagerte sich der Schwerpunkt (nun auch in der Bundesrepublik) zunehmend auf Nachuntersuchungen sowie auf gezielte Untersuchungen bei gefährdeten Personen.²⁰⁰ Erst in den 1970er Jahren wurde zugestanden, daß Massen-Röntgenkontrollen nicht mehr nötig seien. In Bayern reduzierte man Mitte der achtziger Jahre schließlich die Anzahl der Schirmbildstellen von neun auf zwei.²⁰¹

Tabelle 11: Befunde auf Tbc nach Röntgenreihenuntersuchungen in Bayern²⁰²

Jahr	Röntgenaufnahmen gesamt	Neue Befunde	Befunde auf 1000 Untersuchungen
1955	767 242	9 077	11,8
1957	979 660	10 401	10,6
1959	1 189 067	14 293	12,0
1961	1 101 371	10 337	9,4
1963	942 483	7 552	8,0
1965	1 029 562	8 028	7,8
1967	986 483	5 095	5,2
1969	1 016 854	4 856	4,8
1971	1 033 609	4 219	4,1

¹⁹⁸ Bei den 19jährigen lag 1950 die Quote bei 75 Prozent; BayHStA, MInn 80893, Bericht von Tuberkulosefachberater Dr. Konrad Sixt: „Der Wert der Röntgenreihenuntersuchung für die Bekämpfung der Tuberkulose in Bayern“ vom Juni 1958.

¹⁹⁹ BayHStA, MInn 80893, Bericht von Tuberkulosefachberater Dr. Konrad Sixt: „Der Wert der Röntgenreihenuntersuchung für die Bekämpfung der Tuberkulose in Bayern“ vom Juni 1958; vgl. auch NEUMANN, Röntgendiagnostik, der den Wert dieser Maßnahmen für die Bundesrepublik auch Mitte der 1960er Jahre noch sehr hoch einschätzte.

²⁰⁰ Vgl. ARENS und MEIER, Entwicklung, S. 511; vgl. außerdem Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 79 (1971), S. 21; Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 88 (1980), S. 155. Noch 1990 wurden in Niederbayern und der Oberpfalz 78 271 Personen, jedoch vor allem bei gezielten Untersuchungen, bei den Schirmbildstellen geröntgt; vgl. Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 98 (1990), S. 158.

²⁰¹ Vgl. GSELL, Tuberkulose, S. 335; ARENS und MEIER, Entwicklung, S. 512. Die Schirmbildaktionen wurden nach Auskunft der Abteilung Gesundheitswesen des bayerischen statistischen Landesamts erst 1996 komplett eingestellt; vgl. hierzu auch LINDNER, Milchpfennig, S. 258.

²⁰² Zusammenge stellt nach: Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 70 (1963), S. 18; 75 (1968), S. 22; 79 (1971), S. 22.

Die Länder hielten lange unverändert an dieser präventiven Maßnahme fest. Dies ist sicherlich von der Tatsache beeinflusst worden, daß sie auf die Therapie und wirtschaftliche Hilfe für Tuberkulose kaum Einfluß hatten und die Prävention ihr einziges Aufgabengebiet darstellte. Nachdem die BCG-Impfung in Deutschland zumindest in den 1950er Jahren keine Popularität gewann, versteifte man sich offensichtlich auf die Röntgenreihenuntersuchungen als angemessenen Beitrag zur Bekämpfung der Tuberkulose, obwohl dies spätestens in den 1960er Jahren kaum noch sinnvoll war.

In den Ländern ohne Pflichtuntersuchung hatten die Röntgenreihenuntersuchungen nur wenig Erfolg. Dies mag teilweise daran liegen, daß eine gut koordinierte bundesweite Öffentlichkeitsarbeit zur Tuberkulose fehlte. Aufklärung über Präventionsmaßnahmen wurde von den Ländern nur sehr unregelmäßig betrieben. Zwar gab es in den Städten während der Durchführung von Röntgenreihenuntersuchungen meist große Werbeaktionen, doch gestaltete sich ein entsprechendes Vorgehen auf dem Land deutlich schwieriger.²⁰³ Das DZK war in Sachen Öffentlichkeitsarbeit vor allem beratend tätig und engagierte sich nicht bei der Herstellung von Aufklärungsmaterial. Bis 1959 verfügte das Komitee über gar kein eigenes Material. Erst der internationale Druck veranlaßte das DZK, sich stärker in diesem Bereich zu engagieren.²⁰⁴ 1960 wurde beispielsweise ein Film über die Röntgenreihenuntersuchungen mit dem Titel „Das muß sein“ gedreht, der den Landesvereinen der DZK und allen Schirmbildstellen zur Verfügung gestellt wurde.²⁰⁵

1.3.3 Gesundheitspolitische Maßnahmen und Praxis

Die Bekämpfung der Tuberkulose zählte Anfang der fünfziger Jahren noch zu den wichtigen Problemen der bundesdeutschen Gesundheitspolitik.²⁰⁶ Sehr deutlich wirkte in der Bundesrepublik bei Maßnahmen gegen die Tuberkulose das Erbe des Nationalsozialismus fort. Mit Bedauern wurde beispielsweise von einigen Tuberkulosefürsorgestellen darauf hingewiesen, daß die Zwangsassylierung nun nicht mehr in dem Maße wie früher möglich sei. Grundsätzlich tat man sich mit der Einschränkung der Zwangseinweisung durch das nun geltende Grundgesetz in Fachkreisen recht schwer und bedauerte diese Ein-

²⁰³ Vgl. z. B. zur Stadt Kiel GRABENER, Röntgenreihenuntersuchung.

²⁰⁴ BAK, B 142/387, Geschäftsbericht des Generalsekretärs des DZK, 1959/60. Zuvor hatte das Komitee nur Empfehlungen abgegeben, zum Beispiel hinsichtlich ausländischer Aufklärungsfilme, die von den einzelnen Landesregierungen dann angeschafft wurden. Vgl. den Ankauf der österreichischen Filme *Macht im Dunkel* (über Tbc und Sanatoriumsbehandlung) und *Achtung TB* (über RRU, BCG-Impfung, Chemotherapeutika) durch das Land Hessen und die Empfehlungen des DZK; BAK, B 142/386, Mitgliederversammlung des DZK, 27. 4. 1951 in Bonn.

²⁰⁵ BAK, B 142/387, Geschäftsbericht des Generalsekretärs des DZK, 1959/60.

²⁰⁶ Vgl. HAGEN, 10 Jahre, S. 114; ICKERT, Wende, S. 226. Beispielsweise gab es 1953 in Bayern noch 23 279 Fälle von offener Tuberkulose.

schränkung. Sogenannte „asoziale Tuberkulose“ konnten zwar weiterhin in Heilstätten zwangseingewiesen werden, hatten dort aber dieselbe Bewegungsfreiheit wie andere Patienten. Dies war in Augen der Fachleute zwecklos: Der „asoziale Mensch“ handle meist keineswegs überlegt, sondern aus Mangel an Selbstbeherrschung einem Impuls folgend, wenn er sich den seiner ansteckenden Krankheit entsprechenden Anordnungen nicht füge und seine Mitmenschen in Gefahr bringe.²⁰⁷ In der Fachpresse wurde 1950 deshalb gefordert, solche Leute verstärkt durch Gerichtsbeschluß in Gefängnisse einzuweisen. Im Zusammenhang mit diesem Problem äußerte sich auch der Leiter der Tbc-Beratungsstelle Wiesbaden:

Auch die Zwangsasylierung ist bei uns auf ein totes Gleis gekommen. Wird einer mal nach der Polizeiverordnung asyliert, so stehe ich mit dem Polizeipräsidenten wegen Freiheitsberaubung vor Gericht. Jetzt macht die Polizei bei uns nicht mehr mit. Also müssen wir die Asozialen in Ruhe lassen. Was nützt mir eine wundervolle Röntgen-Einrichtung und eine gut arbeitenden Fürsorgestelle, wenn immer wieder neue Fälle von diesen ‚Schweinen‘ [sic] angesteckt werden. Das sind Probleme der Tbc-Bekämpfung, die heute im Vordergrund stehen.²⁰⁸

Diese Haltung ist um so bemerkenswerter, als die sogenannten „asozialen Tbc-Kranken“ eine denkbar kleine Gruppe darstellten und man mit den 1950 erhältlichen Chemotherapeutika die Ansteckungsgefahr sofort reduzieren konnte, also eine langdauernde „Asylierung“ vom medizinischen Standpunkt nicht mehr nötig war. Um so erschreckender sind die weiteren Ausführungen des eben zitierten Beratungsstellenleiters und Facharztes:

Ich möchte ja alle Tuberkulösen, die ansteckend sind, wie Leprakranke asylieren lassen, dann hätten wir in 10 Jahren kaum noch Tuberkulose, und das Geld wäre für andere wichtige Dinge frei. So aber ist es ein Kampf, der nie aufhört.²⁰⁹

Es ist bezeichnend, mit welcher Einstellung manche der Tuberkuloseärzte auch in den 1950er Jahren noch ihre Patienten behandelten. Erst gegen Ende der 1950er Jahre bemühte man sich dann, von den Termini „Zwangsasylierung“ und „asoziale Tuberkulose“ abzukommen und sprach nun von „Nichtbelehrbarkeit“ und „Isolierung eines ansteckend Erkrankten“.²¹⁰ Allerdings hatte ein Tuberkulosefürsorgstellenleiter 1958 Bedenken, ob diese Änderung im Sprachgebrauch überhaupt durchsetzbar sei: „es bestehen Zweifel, ob sich die

²⁰⁷ PACZOWSKY, Forderungen, S. 702.

²⁰⁸ BAK, B 142/386, Dr. med Herold, Leiter der Tbc-Beratungsstelle Wiesbaden an Obermedizinalrat Dr. Ickert, Hannover, 13. 9. 1950.

²⁰⁹ BAK, B 142/386, Dr. med Herold, Leiter der Tbc-Beratungsstelle Wiesbaden an Obermedizinalrat Dr. Ickert, Hannover, 13. 9. 1950.

²¹⁰ Vgl. z. B. SCHLEPCKOW und WAGNER, Kritisches, S. 34–6. Als „Asylierungsfälle“ bezeichnete man dagegen weiterhin ansteckende Personen mit nicht mehr heilbarer Tuberkulose. Solche Fälle wurden in der Bundesrepublik sehr unterschiedlich untergebracht, z.T. in Krankenhäusern, aber auch in Heilstätten oder Heimen.

allgemein eingebürgerten Ausdrücke noch ausmerzen [sic] lassen; ein Blick in das Schrifttum der letzten Jahre lehrt das Gegenteil.“²¹¹

Ansonsten bestimmten Anfang der 1950er Jahre vor allem praktische Probleme die Therapie. Angesichts des hohen Bestandes an Aktiv-Tuberkulösen stellte sich die Frage der Unterbringung der Patienten in der Bundesrepublik mit dem durch die Kriegszerstörungen und den Zustrom der Vertriebenen und Flüchtlinge höchst knappen Wohnraum sehr dringlich. Es war oft weder nötig noch angesichts der begrenzten Kapazitäten überhaupt möglich, die vielen Kranken in Heilstätten unterzubringen. Statt dessen sollten sie zu Hause wohnen. Allerdings erwuchsen den Tuberkulosepatienten aus dem allgemeinen Mangel an Wohnraum besondere Schwierigkeiten. Die Wohnungen mußten nämlich ausreichend groß sein, und dem Patienten mußte mindestens ein eigenes Schlafzimmer zur Verfügung stehen, um andere Familienmitglieder nicht zu gefährden. Bei vielen Tuberkulosekranken, die ihre wirtschaftliche Existenzbasis verloren hatten und nicht arbeiten konnten, war das aber nicht der Fall.²¹² Insbesondere Flüchtlinge waren von diesem Problem betroffen, da sie in wesentlich beengteren Wohnverhältnissen als die Einheimischen leben mußten.²¹³ In Bayern hatten beispielsweise 1953 von den ca. 23 000 offenen Tuberkulosekranken etwa 10 000 keinen eigenen Raum zur Verfügung, 300 besaßen nicht einmal ein eigenes Bett.²¹⁴ Bei der Wohnungssuche konnten die Behörden kaum weiterhelfen, da die Tbc-Kranken selten in der Lage waren, die Mieten für eine Sozialwohnung zu bezahlen oder gar das nötige Eigenkapital für den Bau von staatlich gefördertem Wohneigentum aufzubringen.

Dies hing mit der schlechten wirtschaftlichen Lage vieler Tuberkulosekranker zusammen. Wenn Tbc-Kranke den Heilstättenaufenthalt nicht von der Rentenversicherung bezahlt bekamen, entstanden oft Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme durch die Landesfürsorgeverbände, die in den Bundesländern nach unterschiedlichen Bemessungsgrenzen abrechneten. Für manche Patienten wurde so der Sanatoriumsaufenthalt unbezahlbar.²¹⁵ Aber selbst wenn die Finanzierung des Heilstättenaufenthalts geklärt war, hatten Tbc-Kranke anschließend meist große finanzielle Schwierigkeiten, wie die folgende Leidensgeschichte zeigt.

Christian L., verheiratet und Vater von drei Kindern, war seit Oktober 1948 Patient in der Tbc-Heilstätte Parsberg gewesen und wurde im Februar 1949 mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 80 Prozent entlassen. Da er aber

²¹¹ NEUMANN, Zwangsabsonderung, S. 81.

²¹² BayHStA, MInn 80891, Oberste Baubehörde an den Bundesminister für Wohnungsbau vom 10. 12. 1954.

²¹³ LÜTGERATH und DECKER, Wohnraumfrage, S. 164–7.

²¹⁴ BayHStA, MInn 80891, Oberste Baubehörde an den Bundesminister für Wohnungsbau vom 10. 12. 1954.

²¹⁵ Vgl. z. B. BayHStA, MInn 80889, Regierung von Mittelfranken an das bayerische Staatsministerium des Innern vom 31. 7. 1951.

nur 83 DM Rente für sich und seine Familie erhielt, sah er sich gezwungen, wieder in seinem früheren Beruf als Isolatorenkitter zu arbeiten. Diese Arbeit belastete ihn jedoch so stark, daß er im August 1950 erneut in eine Heilstätte eingewiesen wurde. Im März 1951 entließ man ihn wieder, diesmal mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 70 Prozent; die monatliche Rente betrug nun nur noch 52 DM. Abermals sah er seine einzige Chance darin, in seinen früheren Beruf zurückzukehren. Christian L. hielt dieser Belastung nicht lange stand. Im Februar 1952 wurde er ein drittes Mal in eine Heilstätte eingeliefert. Mittlerweile war seine Tuberkulose so weit fortgeschritten, daß eine Heilung Jahre dauern würde.²¹⁶ Solche Fälle, in denen aus finanziellen und wirtschaftlichen Gründen eine Ausheilung der Krankheit unmöglich zu sein schien, waren in den Nachkriegsjahren häufig.

Um zumindest der akuten Wohnungsnot ansatzweise abzuhelpen, wurden verschiedene Initiativen ins Leben gerufen. Die bayerische Regierung initiierte damals ein Sofortprogramm zur Behebung der Wohnungsnot von Tbc-Kranken, für das der bayerische Staat ab 1953 jährlich 500 000 DM zur Verfügung stellte. Dadurch konnte beispielsweise im Jahr 1953 62 Tbc-Kranken eine Wohnung verschafft werden.²¹⁷ Die Deutsch-Amerikanischen Clubs versuchten Anfang der 1950er Jahre in ganz Deutschland über den Verkauf von Weihnachtsmarken Beträge für die Tuberkulosehilfe zu sammeln. Solche Aktionen gestalteten sich allerdings im Nachkriegsdeutschland offenbar sehr schwierig. Die angesprochenen Bürger lehnten nach Aussagen der Organisatoren eine Spende oft mit dem Satz ab, „hierfür zahle ich Steuern“. In verschiedenen Bundesländern gab es eine Reihe von Sammelaktionen, meist nach amerikanischem Vorbild. In Berlin etwa wurden ebenfalls Weihnachtsmarken verkauft und der Erlös für die Tuberkulosebekämpfung sowie die Unterstützung der Patienten eingesetzt.²¹⁸ Solche Aktionen konnten jedoch nur eine marginale Besserung für das Gros der Tuberkulosekranken bringen. Die Situation vieler Tbc-Kranker hätte nur durch eine deutliche Erhöhung der Renten nachhaltig verbessert werden können. Das erschien jedoch angesichts der schwierigen Finanzlage der Länder und des Staates in den 1950er Jahren unmöglich.²¹⁹

Die Tuberkuloseheilstätten waren Anfang der 1950er Jahre überbelegt. Daher wurden viele der in der Besatzungszeit beschlagnahmten Häuser auch wei-

²¹⁶ BayHStA, MInn 80890, Dr. Linker, Versehrtenheilstätte Wollershof, an das bayerische Staatsministerium des Innern vom 14. 6. 1952.

²¹⁷ „Gesunde Wohnungen für Tbc-Kranke“, in: *Süddeutsche Zeitung*, 19. 11. 1957. 15 weiteren Familien griff im selben Jahr das *Bayerische Komitee zur Wohnraumbeschaffung für Tuberkulosekranke*, eine karitative Organisation, mit Baukostenzuschüssen von insgesamt 20 000 DM unter die Arme.

²¹⁸ BAK, B 142/386, Mitgliederversammlung des DZK, 10. 2. 1953 in Bonn.

²¹⁹ Vgl. hierzu die Ausführungen des bayerischen Innenministeriums: BayHStA, MInn 80891, Vermerk des bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 21. 5. 1955.

terhin als Sanatorien genutzt, was zunehmend den Unwillen der Bürger erregte. In Bayern finden sich hierfür einige Beispiele.²²⁰

In Herrsching am Ammersee war in einer ehemaligen Fachschule der bayerischen Finanzbehörden ein Tbc-Krankenhaus eingerichtet worden, in dem Patienten aus ganz Oberbayern behandelt wurden. Die Gemeinde Herrsching versuchte in zahlreichen Petitionen, die Tbc-Kranken loszuwerden, da sie angeblich Badebetrieb und Fremdenverkehr störten.²²¹ 1954 wurde das Anwesen schließlich an die Finanzverwaltung zurückgegeben. Ähnlich verhielt es sich in Gauting, wo die UN-Flüchtlingsorganisation ein riesiges Sanatorium vor allem für Tbc-krankte *Displaced Persons* unterhielt, das 1951 an den Freistaat übergeben wurde.²²² Als eine der größten Tuberkuloseheilstätten in Europa zog das Sanatorium immer wieder die Kritik der Lokalpresse und der Anwohner auf sich. Hier verstärkte sich das Unbehagen gegenüber Tbc-Kranken noch durch das allgemeine Mißtrauen gegenüber „Ausländern“. 1954 häuften sich Vorwürfe in der Lokalpresse über angeblich fürchterliche Zustände: „Ausländer“ aus dem Tuberkuloseheim würden im Ort randalieren und „ehrbare Bürger“ angreifen. Diese Vorwürfe konnten zwar vom Aufsichtsausschuß des Sanatoriums entkräftet werden, der Widerstand aus der Einwohnerschaft blieb jedoch hartnäckig.²²³ Die genannten Beispiele waren keine Einzelfälle, sondern verweisen auf ein grundsätzliches Problem, mit dem sich die Gesundheitspolitik nach 1945 auseinandersetzen mußte.

Im Laufe der 1950er Jahre entspannte sich die Lage in den Heilstätten zunehmend. Der Rückgang der Patientenzahlen vollzog sich jedoch langsamer, als es die rückläufigen Zahlen der Neuerkrankungen vermuten ließen, da der Gesamtbestand an Tuberkulosekranken nur allmählich abnahm.²²⁴ Eine weitere Entlastung ergab sich daraus, daß deutsche Tuberkulose ab 1. September 1949 offiziell in der Schweiz in Sanatorien untergebracht werden konnten. Bereits die Verwaltung für Wirtschaft des Vereinigten Wirtschaftsgebietes hatte im Rahmen von Wirtschaftsverhandlungen ein entsprechendes Abkommen getroffen. Zunächst waren 500 Patienten pro Jahr vorgesehen, als Höchstbetrag wurden pro Patient und Aufenthaltsmonat 900 Schweizer Franken überwiesen. Alle Tuberkulosekranken konnten sich theoretisch über ihre Tbc-Fürsorgestelle um einen Heilstättenaufenthalt in der Schweiz bewerben. Die Geschäftsstelle des *Deutschen Zentralkomitees* fungierte dabei als Zentral-Einweisungsstelle für Tuberkulosekuren in der Schweiz, die über die Zulassung entschied.²²⁵

²²⁰ Vgl. LINDNER, Milchpfennig, S. 220–1.

²²¹ BayHStA, StK 113662, Patientenrat des Tbc-Krankenhauses Herrsching an den Beschwerdeausschuß des bayerischen Landtags vom 22. 10. 1954.

²²² BayHStA, MInn 80890, Auszug aus der Zeitschrift für Tbc-Kranke. Nachrichtenblatt für die gesundheitliche Förderung der Heilstätten und Pflinglinge vom 15. 1. 1952.

²²³ BayHStA, MArb-LFV 2089, Niederschrift über die Sitzung des Aufsichtsausschusses des staatlichen Tbc-Sanatoriums Gauting am 20. 10. 1954.

²²⁴ Vgl. Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 65 (1957), S. 21.

²²⁵ NRW HStA, NW 38/53, Verwaltung für Arbeit des Vereinigten Wirtschaftsgebietes an die

Bei der Behandlung der Tuberkulose stieg man in Deutschland wie in den anderen europäischen Ländern auf die neuen antibiotischen Medikamente um. Grundsätzlich reagierten die Fachausschüsse des DZK, die in der Bundesrepublik maßgeblich für die Behandlungsrichtlinien verantwortlich waren, sehr zurückhaltend auf Therapieerfolge in anderen Ländern. Auch in den Fachzeitschriften überwog in der Bundesrepublik zunächst das Mißtrauen gegenüber den neuen Medikamenten.²²⁶ Ständig wurde ihre Effizienz angezweifelt, obwohl Rückfälle offenbar eher an einer falschen Kombination der Medikamente und an einer zu geringen Dosierung lagen. Im Protokoll einer Sitzung des Arbeitsausschusses für Chemotherapie des DZK heißt es beispielsweise 1951:

Herr Hein [ein Mitglied des Ausschusses] hat den Eindruck, dass nach einer vorhergegangenen Chemotherapie der Tuberkuloseprozess nach einer gewissen Zeit, etwa nach der gleichen Zeit, wo bei konservativer Therapie die Wirksamkeit der Medikamente aufhört, auch unter dem Kollaps die Wirksamkeit bzw. die Tuberkulose ihren normalen Ablauf nimmt. Überall dort, wo wir mit normalen Behandlungsmethoden zum Ziel kommen, hält Herr Hein jede Art von antibiotischer und Chemotherapie für verfehlt.²²⁷

Das Problem der Resistenzen gegen die Medikamente Streptomycin und PAS wurde sowohl in den Expertenausschüssen des DZK wie auch in Veröffentlichungen stark betont, obwohl es in den USA bereits Erfahrungen mit erfolgreichen Kombinationstherapien verschiedener Medikamenten gab, die diese weitgehend unterbanden.²²⁸ Die Experten des DZK lehnten jedoch eine Kombinationstherapie mit Streptomycin und PAS aus einem grundsätzlichen Mißtrauen und finanziellen Erwägungen heraus noch 1951 ab.²²⁹

Das Skepsis gegenüber den pharmazeutischen Neuerungen zeigte sich auch bei der Behandlung von erkrankten Kindern. Bei Lungentuberkulose wurden die neuen Medikamente nur sehr zögerlich eingesetzt, obwohl man bei Tuberkulose-Meningitis von Kindern durch den Einsatz von Streptomycin auch in Deutschland gute Besserungsquoten erreicht hatte.²³⁰ Während in den Verei-

Arbeitsministerien der Länder, 30. 9. 1949. Ausgenommen von dieser Regelung war die Einweisung von Kriegsbeschädigten in das Sanatorium Valbella, das früher den Namen „Deutsches Krieger-Kurhaus Davos“ trug; hier traf das Bundesarbeitsministerium direkt die Entscheidung über die Zulassung.

²²⁶ HACKER, Neue Methoden.

²²⁷ BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß für Chemotherapie des DZK, Sitzung am 29. 6. 1951 in Mainz.

²²⁸ Vgl. zu erfolgreichen Therapien z.B. BOTTKE und SCHRÖTER, Erfahrungen; zu Resistenzdiskussion, UNHOLTZ, Resistenz.

²²⁹ BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß für Chemotherapie des DZK, Sitzung am 29. 6. 1951 in Mainz.

²³⁰ BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß des DZK für Kindertuberkulose, Sitzung am 20. 1. 1951 in Hannover. Vgl. hierzu auch folgenden Fall, der in einer Fachzeitschrift zitiert wurde: „12-jähriges Mädchen, Hospitalaufnahme am 3. 1. 1948. Spätesekundäre Spitzen-Oberfeld Tuberkulose re., bronchogene Streuung lks. [...] Im März rapide Frühjahrsverschlechterung, weiche exsudative Ausweitung des rechtsseitigen Prozesses, Auftreten einer pflaumengroßen Spitzenkaverne in wenigen Tagen, rasch aufeinander folgende, bronchogene Streuschübe. [...] Gewichtssturz, septische Temperaturen, schweres Krankheitsbild. Sehr

nigten Staaten hohe Dosen empfohlen wurden, neigte man in Deutschland zu niedriger Dosierung des Streptomycin. 1950 waren auch die Krankenkassen meist nur bereit, die Medikamente zu bezahlen, wenn andere Therapien versagt hatten. Dies bedeutete, daß der Patient dann bereits in einem sehr fortgeschrittenen Zustand war und eine Behandlung deutlich erschwert wurde.²³¹ Im DZK hielt sich ebenfalls eine konservative Anschauung: Im Ausschuß für Kindertuberkulose wurde sogar noch 1951 kritisch darauf verweisen, daß PAS und Streptomycin zu häufig bei Kindern gegeben würden; man solle viel sparsamer damit umgehen und es nur bei unbedingter Notwendigkeit einsetzen.²³² Mißerfolge der Chemotherapie in der Bundesrepublik waren so in erster Linie auf zu niedrig dosierte Medikamentengaben zurückzuführen.²³³

Meist wurde Anfang der 1950er Jahre die medikamentöse Therapie noch im Zusammenhang mit dem artifiziellen Pneumothorax angewandt. Üblicherweise versuchte man, die entzündlichen Prozesse zunächst durch Chemotherapie zu stoppen und dann mit einer Kollapsbehandlung die endgültige Ausheilung zu fördern.²³⁴ Kritische Äußerungen zur Therapie des Pneumothorax von Seiten einiger Heilstättenärzte stellten zu dieser Zeit das Verfahren nicht grundsätzlich in Frage, sondern forderten Verbesserungen in der Methodik. Die folgende Argumentation vermittelt den Eindruck, daß nicht das Wohlergehen des Patienten, sondern der Bestand der Methode im Vordergrund stand:

Hat sich der Pnth. [= Pneumothorax] in den ersten Wochen oder spätestens in einem halben Jahr nicht als komplett oder selektiv wirksam erweisen und ließ er sich durch Kaustik nicht vervollständigen, so bestehen keine guten Heilungsaussichten und man sollte den Pnth. sofort aufgeben, um den Patienten einer anderen Behandlung, gegebenenfalls auch dem Resektionsverfahren zuzuführen. Nur so läßt sich vermeiden, daß der Pneumothorax prinzipiell verurteilt wird.²³⁵

Als neues Medikament kam in der Bundesrepublik 1952 das Isoniazid (INH) auf den Arzneimittelmarkt; auf breiter Basis verschrieben wurde es im folgenden Jahr. Gerade bei schweren Formen der Tuberkulose zeigte Isoniazid eine

schlechte Prognose. Beginn der Streptomycin Behandlung am 18. 3. 1948, täglich 0,9g Streptomycin fraktioniert in 4-, später 6-stündlichen Abständen. Der therapeutische Effekt war eindrucksvoll. Nach sieben Tagen waren die Temperaturen normal und blieben es fast fünf Monate hindurch, sehr rasches Schwinden des schweren toxischen Bildes, großer Appetit. Leibschmerzen, Durchfälle, Schweiß schwanden, ebenso Husten und Auswurf. Sputum und Magenspülwasser lassen Tuberkelbazillen vermissen.“ Es kam dann zwar zu einem Rückfall nach Absetzen des Streptomycin, dennoch konnte das Mädchen nach erneuter Behandlung als gebessert entlassen werden. Vgl. BASSERMANN, Streptomycin.

²³¹ PIES, Kritisches, S. 46.

²³² BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß des DZK für Kindertuberkulose, Sitzung am 20. 1. 1951 in Hannover.

²³³ Vgl. BASSERMANN, Streptomycin.

²³⁴ BOTTFKE und SCHRÖTER, Erfahrungen, S. 577; EFFENBERGER, Kritik, S. 628–629; SCHMIDT, Liegestuhl, S. 62.

²³⁵ HOPPE, 10-Jahresstatistik, S. 655–656. Kaustik = Verätzungsverfahren, Resektion = chirurgisches Entfernen erkrankter Lungenteile.

unverhoffte Wirkung und bewahrte offenbar zahlreiche Kranke vor dem Tod – die Sterblichkeitszahlen sanken nochmals deutlich.²³⁶ Dennoch wiederholte sich hier die zögerliche Reaktion der bundesdeutschen Expertenkreise. In Fachzeitschriften wurde beschrieben, daß die Patienten zwar rasch sputum-negativ wurden, es aber nach Absetzen der Medikamente zu zahlreichen Rückfällen kam. Die Folgen der neuen Medikamentation wurden sehr negativ gesehen:

Wenn wir aber sehen, daß wir mit unseren neuen Chemotherapeutika zwar die Tuberkulosesterblichkeitsziffern herabmindern können, aber zugleich wieder neue Infektionsquellen schaffen, durch welche die Kinder nicht nur angesteckt, sondern auch tuberkulosekrank werden, so gelangen wir schließlich in eine Art *circulus vitiosus*.²³⁷

Trotz dieser Schwierigkeiten und des großen Mißtrauens der Ärzteschaft setzten sich die neuen Medikamente auch in der Bundesrepublik durch. Mitte der 1950er Jahre war es schließlich unumstritten, jede aktive Tuberkulose mit Chemotherapeutika zu behandeln. Als Standardmedikamente wurden Streptomycin, PAS und INH gegeben. Auch die Kombinationstherapie hatte sich Mitte der 1950er Jahre im wesentlichen durchgesetzt. Als Behandlungsdauer empfahl das DZK nun mindestens sechs Monate; die anfänglichen Mißerfolge der Chemotherapie wurden nun zunehmend auf die zu kurze Dauer der Therapien zurückgeführt.²³⁸ Die Ärzte analysierten Rückfälle mittlerweile genauer und verbesserten die Dosierung. Das anfänglich in Deutschland verbreitete Vorgehen, Chemotherapeutika erst einzusetzen, wenn alle anderen Methoden versagt hatten, war nun der Einsicht gewichen, daß die Medikamente vor allem in der Frühphase einer Infektion gut ansprachen und gleich zu Beginn der Therapie hochdosiert eingesetzt werden mußten.²³⁹

Der artifizielle Pneumothorax wurde zwar nicht mehr so häufig angewandt wie zuvor, aber auch der Arbeitsausschuß für Chemotherapie des DZK betonte noch 1956,

daß sich selbstverständlich mit der Chemotherapie die Indikation zum Pneumothorax geändert habe, daß der Pneu bisher aber keineswegs völlig hinfällig geworden sei.²⁴⁰

Eine *rein* chemotherapeutische, ambulante Behandlung ohne Allgemeinbehandlung in einer Heilstätte lehnte das DZK im selben Jahr noch grundsätzlich ab. Lediglich bei Wartezeiten auf den Sanatoriumsplatz befürwortete das Komitee eine alleinige Chemotherapie:

²³⁶ ICKERT, Wende, S. 226.

²³⁷ ICKERT, Wende, S. 226.

²³⁸ BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß für Chemotherapie des DZK, Sitzung am 4. 3. 1956 in Borstel.

²³⁹ LÜTGERATH und SPIELMANN, Fürsorgerische Kontrollen, S. 758.

²⁴⁰ BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß für Chemotherapie des DZK, Sitzung am 4. 3. 1956 in Borstel.

Beim derzeitigen Stand der Chemotherapie ist eine angemessene chemotherapeutische ambulante Vorbehandlung bis zur Aufnahme in die Heilstätte gut vertretbar und kann dem Kranken nicht versagt werden.²⁴¹

hieß es in einer Empfehlung des Gremiums.

Wie sich der Leidensweg von Tuberkulösen trotz der neuen Medikamente, die in diesem Fall offenbar nicht sachgemäß angewandt wurden, hinziehen konnte, sei hier anhand der Memoiren eines „Mottenbruders“ (vulgo Tbc-Kranker/Motte = Tbc) aufgezeigt, der seine Erinnerungen für seinen Arzt zu Papier gebracht hatte. Der 1934 im Sudetenland geborene junge Mann, dessen Vater schon an Tbc gestorben war, war nach Kriegsende zunächst in die sowjetische Besatzungszone und dann in die Bundesrepublik geflohen.

Ostermontag [1950] spuckte ich das erste Mal Blut. Etwa 6 Wochen später ging ich das erste Mal zum Gesundheitsamt in A. Da es jedoch samstagvormittag war, schob mich die Fürsorgeschwester zur Tür hinaus mit den Worten ‚kommen sie am Freitag wieder, da ist Durchleuchten: nehmen Sie inzwischen diesen Traubenzucker und diese Lebertranpillen‘. Bei diesem Gesundheitsamt habe ich mich nicht mehr sehen lassen, und Fürsorgeschwestern sind seither das rote Tuch für mich. Etwas später lernte ich ein lungenkrankes Mädchen kennen, namens Inge, das mir den lungenkranken Arzt Dr. B. empfahl. Da ich Ende September 1950 einen richtiggehenden Blutsturz hatte, suchte ich tatsächlich diesen Arzt auf. [...] Dr. B. rief mich wegen meiner schlechten Verfassung sofort hinein. ‚Was fehlt dir, Bueble‘, ‚Ich hab an Blutsturz gehabt‘. Darauf er wieder: ‚Huascht omol auf die Taschettüechle! Hoppla, Hoppla! Geh sofort nüber ins Krankehaus, vor dem Röntgenraum setzt dich aufs Bänkle.‘ Ich war noch nicht bis am Röntgenraum, da hatte er mich auch schon eingeholt – Er machte mir klar, daß ich sofort dableiben müsse, und schickte mich nach dem Durchleuchten in die Isolierstation, wo ich etwa 6 Wochen blieb. Er selbst legte mir einen rechtsseitigen Pneu [Pneumothorax] an, die erste Füllung mit 800ccm zwei Tage darauf die erste Nachfüllung mit 700 ccm. Da ich meinte ersticken zu müssen, tröstete er mich mit den Worten: ‚was meinscht, Bueble, mir hot der Sauerbruch den Pneu mit 1500 atü abgelegt‘.²⁴²

Für den Patienten begann eine 3½-jährige Odyssee durch verschiedene Heilstätten; von einer systematischen Medikamentation berichtet er nicht, vielmehr von zahlreichen chirurgischen Eingriffen:

Ich selber hatte bereits einen Seitenpneu[mothorax], eine Kaustik, 2mal Phrenikus, einen Bauchpneu und eine Resektion. Leider war mir nie ein Dauererfolg beschieden.²⁴³

Den neuen Medikamenten standen auch die Patienten vielfach höchst skeptisch gegenüber, wie der „Mottenbruder“ berichtet:

Doch immer wieder treten die Schwätzer auf [...] Über eines der neueren und vorzüglichsten Heilmittel: ‚Was, eine Tablette kostet 1,64 DM? Teurer kann das Gelumpe auch nimmer werden. Ist ja doch für die Katz‘.²⁴⁴

²⁴¹ BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß für Chemotherapie des DZK, Sitzung am 4. 3. 1956 in Borstel.

²⁴² Memoiren eines Mottenbruders, S. 580–1.

²⁴³ Memoiren eines Mottenbruders, S. 582; Orts- und Personennamen wurden für den Abdruck im „Tuberkulosearzt“ anonymisiert. Phrenikus = Blockade der Zwerchfellnerven zur Lähmung einer Lungenhälfte; vgl. auch oben, Anm. 235.

²⁴⁴ Memoiren eines Mottenbruders, S. 583.

Neben dem zunächst sehr zögerlichen Einsatz der Chemotherapeutika waren für die Kranken die zahlreichen Kostenträger und die verschränkten Zuständigkeiten in der Tuberkulosefürsorge irritierend. Zunächst wurden viele Patienten von niedergelassenen Ärzten und den Tuberkulosefürsorgestellten doppelt untersucht; die Rivalität zwischen den staatlichen Stellen und der freien Ärzteschaft verhinderte eine effektive Koordination des Tbc-Heilverfahrens.²⁴⁵ Für Tuberkulose und andere Lungenkrankheiten waren durch die organisatorische Sonderrolle der Tbc nicht dieselben Kostenträger zuständig: Bei Patienten mit Pleuritis (Brustfellentzündung) wurde beispielsweise von vielen Landesversicherungsanstalten die Kostenübernahme abgelehnt; lediglich im Falle einer tuberkulösen Pleuritis, wollten die LVAs die Kosten für den Heilstättenaufenthalt übernehmen.²⁴⁶ Für die Patienten bedeutete dies, daß zunächst in einem „normalen“ Krankenhaus überprüft werden mußte, um welche Art der Brustfellentzündung es sich handelte, erst dann zahlten die Rentenversicherungen und konnten die Kranken in eine Heilstätte eingewiesen werden. Noch problematischer waren ungeklärte Zuständigkeiten zwischen den Kostenträgern in der Tuberkulosetherapie selbst. Beispielfhaft sei die Beschwerde eines Patienten an den Bundestagspräsidenten zitiert:

Am 29. 5. 1953 wurde bei einer Durchleuchtung festgestellt, dass ich an aktiver Tuberkulose erkrankt bin und sofort in eine Heilstätte müsse. Der Beginn der Heilstättenbehandlung erfolgte am 24. 6. 1953. Da die chemotherapeutische Behandlung nicht den gewünschten Erfolg hatte, wurde mit meinem Einverständnis die operative Therapie eingeschlagen und auf der rechten Seite ein Pneumothorax angelegt. Daraufhin konnte ich am 6. 4. 1954 entlassen werden. Die Heilstätte verordnete eine Schonzeit von drei Monaten und setzte für diese Dauer eine Erwerbsfähigkeit von null % fest. Ab 6. April erhielt ich dann von meiner Krankenkasse ein Krankengeld von täglich DM 3,50. Diese Zahlung hörte am 31. 5. 1954 auf, da mit diesem Tag die Leistungen der Krankenkasse erloschen (12 Monate). [...] Ich stellte daher über das staatl. Gesundheitsamt bei der Landesversicherungsanstalt Unterfranken einen Antrag auf Gewährung einer Überbrückungsbeihilfe für die Dauer meiner Arbeitsunfähigkeit. Dieser Antrag wurde abgelehnt. [...] Die LVA beruft sich hierbei auf ein seit 1. 4. 1954 gültiges neues Gesetz in der Versorgung Tuberkulosekranker, wonach sie von einer Leistung befreit ist, wenn eine Arbeitsunfähigkeit von länger als drei Monaten vorliegt.²⁴⁷

Letztlich konnte dieser Patient zwar vom Landesfürsorgeverband für einige Monate Unterstützung beziehen, der bei ihm für das Überbrückungsgeld zuständig war, wie sich nach einigen Querelen herausgestellt hatte. Nichtsdestoweniger waren solche organisatorischen Überschneidungen für die Patienten selbst sehr belastend: Während des Heilstättenaufenthalts zahlte die Rentenversicherung, danach erhielt man bis zu einem Jahr Krankengeld durch die Krankenkasse, im Anschluß daran Beihilfen des Landesfürsorgeverbandes. Gerade die Zeit nach dem Sanatoriumsaufenthalt war für die Patienten prekär; oft

²⁴⁵ GÖTTSCHEG, Voraussetzung.

²⁴⁶ BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß des DZK für stationäre Behandlung der Tbc, Sitzung am 27. 1. 1954 in Hannover.

²⁴⁷ BAK, B 149/3362, Robert D. an Bundestagspräsident Dr. Ehlers, 29. 6. 1954.

kam es wieder zu einem Rückfall. Hier sei nochmals der „Mottenbruder“ zitiert:

Ich selbst war vor 2 Jahren mehr als 8 Monate auf Stellensuche und kann davon ein Liedlein singen! Nur dem helfenden Eingreifen meiner LVA habe ich es zu verdanken, daß ich dann doch noch zu einem Arbeitsplatz, allerdings mit der Belastung der zu weiten Entfernung vom Wohnort, fand. [...] dieser Umstand ist mit größter Wahrscheinlichkeit Hauptgrund für meine Reerkrankung geworden. Einen großen Teil Schuld für meine Reerkrankung schreibe ich dem Bemühen verschiedener Ämter zu, mir laufend Schwierigkeiten zu machen. Allerdings, an meiner Reerkrankung sind zu einem großen Teil auch meine Wohnungsverhältnisse schuld. Wie Vieh sind wir untergebracht! 22 Quadratmeter für sechs Personen! Eine Bruchbude! Naß! Keine sanitären Anlagen! Keine andere Wohnung zu finden!²⁴⁸

Die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten, auch hinsichtlich der Art der Therapie, wurden kaum berücksichtigt. Obwohl sich viele Kranke mit den neuen Chemotherapeutika zu Hause behandeln lassen wollten, verordneten die Tuberkulosefürsorgestellen meist eine Heilstättenkur. Dies entsprach den Empfehlungen des DZK, das lange auf der Notwendigkeit eines ausgedehnten Heilstättenaufenthaltes beharrte. Der Arbeitsausschuß für Chemotherapie des DZK stellte noch im Jahr 1954 fest,

Daß ohne gleichzeitige Liegekur bzw. Heilstättenkur und durch Tuberkulostatika allein nach den bisherigen Erfahrungen eine Tuberkulose nicht ausgeheilt werden kann.²⁴⁹

Obwohl das DZK gleichzeitig beklagte, daß nur noch 75 Prozent der Patienten der Einberufung zu einer Heilstättenkur Folge leisteten, wurde über eine Änderung der Therapiemethoden nicht nachgedacht. 1954 schlug das Zentralkomitee bei Neubauten von Tbc-Krankenanstalten weiterhin den Bau von Liegehallen für Freiluft-Liegekur vor. In der Bundesrepublik schien man auch nach dem Einzug der Chemotherapie von der Frischluftkur sehr überzeugt gewesen zu sein:

Die Allgemeinbehandlung im Bett im Krankenzimmer ersetzt nicht die Freiluftliegekur. Die Freiluftliegekur dient nicht nur der Entspannung, sie bezweckt auch eine fortschreitende Abhärtung. [...] Bei operierten Lungentuberkulösen, die sofort nach der Operation wieder auf die Liegehalle kommen, gibt es weniger postoperative Komplikationen. Die Freiluftliegekur ist zu differenzieren: sie führt von der Bettenkur über den Zimmerbalkon zur allgemeinen Liegehalle. Zur Durchführung der Freiluftliegekur kommen Liegebalkone, d. h. unmittelbar vom Krankenzimmer zu begehende oder mit Betten zu befahrende wettergeschützte Balkone bzw. Terrassen, oder an einer Ecke des Krankenhauses Liegehallen in Betracht.²⁵⁰

In einer Diskussion des Ausschusses für stationäre Behandlung des DZK wurde sogar die gewagte Behauptung aufgestellt, daß die dauernde (Tag und Nacht) Freiluftliegekur angestrebt werden sollte, in den nächsten 20 Jahren

²⁴⁸ Memoiren eines Mottenbruders, S. 584.

²⁴⁹ BAK, B 142/386, Mitgliederversammlung des DZK am 28. 4. 1954 in Bad Pyrmont.

²⁵⁰ BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß des DZK für stationäre Behandlung der Tbc, Sitzung am 27. 1. 1954 in Hannover.

werde es bei der Behandlung der Tuberkulose darauf hinauslaufen. Mit großem Erstaunen nahm man Berichte aus Heilstätten in der Schweiz oder in Frankreich auf, wo überhaupt keine Freiluftliegehallen gebaut und diese auch nicht mehr für notwendig erachtet wurden.²⁵¹ In Deutschland war man hiervon noch weit entfernt.

In diesem Bereich beförderten offensichtlich die in der Tuberkulosebekämpfung insgesamt schwierigen und aufgesplitterten Zuständigkeiten das Festhalten an hergebrachten Heilmethoden. Da die Tbc-Heilstätten von anderen Kostenträgern als die Krankenhäuser finanziert wurden, war ihre Integration in die allgemeinen Krankenhäuser, wie das beispielsweise in Großbritannien praktiziert wurde, nur schwerlich möglich. So beharrten die zuständigen Ärzte und Leiter der Heilstätten auch in ihrem eigenen beruflichen und wirtschaftlichen Interesse lange Zeit auf der Notwendigkeit der Heilstättentherapie, da sie kaum am Abbau ihres Arbeitsplatzes Interesse haben konnten. Das deutsche System erwies sich gegenüber Änderungen als sehr resistent.

Gleichzeitig wuchs die Unzufriedenheit der Patienten mit der Sanatoriumsbehandlung. Zahlreiche Kuren wurden abgebrochen, da die Patienten die Notwendigkeit des langen stationären Aufenthalts nicht mehr einsahen. 1957 war die Zahl der Abbrecher auf ca. 30 Prozent gestiegen. Neben beruflichen und familiären Gründen wird vor allem auf die schnellere Rekonvaleszenz durch die Chemotherapeutika hingewiesen, die die Patienten die in Deutschland nach wie vor langen Heilstättenaufenthalte nicht mehr tolerieren ließ.²⁵² Die Ärzte im Arbeitsausschuß für stationäre Behandlung des DZK versuchten, dieses Problem auf die Disziplin der Patienten zu schieben, ohne über eine Änderung der ganzen Tuberkulosetherapie nachzudenken. Ambulante Behandlung der Patienten wurde nur höchst ungern bewilligt.²⁵³ Auch von Urlauben für die Patienten, die die Akzeptanz der Kur sicherlich gesteigert hätten, riet das DZK grundsätzlich ab. Im Protokoll hieß es:

Nach Herrn Rickmann sind die Ursprünge der Abnahme der Disziplin in den Anstalten darin zu suchen, dass die Zusammensetzung der Patienten sich geändert hat: Es ist vor allem das Großstadtproletariat und besonders die Asozialen, die sich der Heilstätten-Disziplin nicht mehr fügen wollen.²⁵⁴

Insgesamt wurde eine „Bagatellisierung der Tuberkulose“ befürchtet und die „falsche Propaganda hinsichtlich der Chemotherapie“ für die Schwierigkeiten

²⁵¹ BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß des DZK für stationäre Behandlung der Tbc, Sitzung am 27. 1. 1954 in Hannover.

²⁵² BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß des DZK für stationäre Behandlung der Tbc, Sitzung am 30. 3. 1957 in Wiesbaden.

²⁵³ Vgl. auch GRIESBACH, Therapie. Hier wurde 1957 die ambulante Behandlung als ein Verfahren bezeichnet, das vor allem für unterentwickelte Länder mit Bettenmangel in Frage komme, in wirtschaftlich entwickelten Ländern sei es nur für die Vor- und Nachbehandlung zur stationären Heilstättenbehandlung angebracht.

²⁵⁴ BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß des DZK für stationäre Behandlung der Tbc, Sitzung am 30. 3. 1957 in Wiesbaden.

mit den Patienten verantwortlich gemacht. Während der 1950er Jahre rückte das DZK wie auch die Ärzte in den Lungenheilanstalten stets die Bedrohlichkeit der Tuberkulose und die hohen Erkrankungszahlen in den Vordergrund.²⁵⁵ Der tatsächliche enorme Rückgang der Neuerkrankungen wurde kaum gewürdigt und durch fragwürdige Hochrechnungen in Frage gestellt.

1957 belief sich die Gesamtzahl der bekannt gewordenen Neuerkrankungen auf 81 016 (= 15,9 auf 10 000 E[inwohner]) einschließlich 21 656 Offentuberkulösen (= 4,2 auf 10 000 E[inwohner]). Von den 70 345 Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose der Atmungsorgane wurden rund 11 000 bei der Röntgenreihenuntersuchung von etwa 6 Millionen Personen entdeckt. Nach diesem repräsentativen Ergebnis kann die Zahl der im Jahre 1957 erfolgten Neuerkrankungen an Lungentuberkulose in der Bundesrepublik auf etwa 150 000 geschätzt werden.²⁵⁶

Eine Erklärung, wieso die tatsächlichen Neuerkrankungen an Lungentuberkulose auf 150 000 geschätzt werden, bleibt der Autor schuldig. Da insgesamt nur 70 000 Neuerkrankungen an pulmonaler Tbc bekannt wurden, erscheint diese Zahl doch sehr hochgegriffen. Deutlich wird an diesem Beispiel die Tendenz des DZK, die Bedrohlichkeit der Tuberkulose möglichst drastisch zu zeichnen, um die ergriffenen Maßnahmen sowohl in der Prävention wie auch das Festhalten an der Heilstättentherapie zu rechtfertigen.²⁵⁷

1957 änderten sich dann die Zuständigkeiten der Kostenträger. Während die Landesversicherungsanstalten bis dahin auch die ambulanten Tuberkulosekuren getragen hatten, wurden diese nun von den Krankenkassen übernommen. Für einen Patienten, der an einer chronischen Tbc litt, stellte dies erneut ein organisatorisches Problem dar. Bei stationären Aufenthalten waren die Landesversicherungsanstalten zuständig, für die ambulante Behandlung zwischen Heilstättenaufenthalten wieder die Krankenkassen, was nicht gerade zur Übersichtlichkeit der Maßnahmen beitrug.²⁵⁸

In der Lungenchirurgie hatte sich Ende der 1950er Jahre in Deutschland die Resektionsbehandlung durchgesetzt, d.h. das Entfernen erkrankter Lungen-

²⁵⁵ BREU, Tuberkulosefürsorge, S. 533. In diesem Artikel von 1958 findet sich z.B. die Argumentation: „Seit einigen Jahren kann man immer wieder in der Tagespresse lesen, daß die Tuberkulose ganz erheblich zurückgegangen ist. Rodewald schrieb sogar in den Ärztlichen Mitteilungen 1957, H. 1: ‚Das Problem Tuberkulose ist geschwunden.‘ Wir als mitten in der Tuberkulosefürsorge stehende Ärzte müssen diesen Behauptungen, die sich verhängnisvoll auf die Tuberkulosebekämpfung auswirken können, mit sachlichen Feststellungen entgegenreten“.

²⁵⁶ BAK, B 142/387, Stand des Tuberkuloseproblems, September 1958. Hierbei ist zu beachten, daß die 81 000 Neuerkrankungen sowohl die 21 000 Offentuberkulösen (Nachweis der Erreger im Sputum) als auch die 70 000 mit aktiver Tuberkulose der Atmungsorgane einschließen. Aktiv wurde in Deutschland eine Tuberkulose bezeichnet, die noch einen entzündlichen Prozeß aufwies, also nicht eingekapselt war. Eine aktive Tuberkulose war allerdings nicht notwendigerweise offen. Warum der Autor die Zahlen addiert und so auf seine geschätzte Zahl kommt, ist nicht nachzuvollziehen.

²⁵⁷ BAK, B 142/387, Stand des Tuberkuloseproblems, September 1958.

²⁵⁸ BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß des DZK für stationäre Behandlung der Tbc, Sitzung am 30. 3. 1957 in Wiesbaden.

teile. Der artifizielle Pneumothorax wurde nur noch selten angewandt. Die meisten Patienten wollten mittlerweile nach ihren Operationen möglichst rasch wieder arbeiten. Auch hier vertraten das DZK und seine entsprechenden Unterausschüsse eine konservative Haltung: Bei Resektionen von Lungenteilen trete die Arbeitsfähigkeit grundsätzlich erst nach einem Jahr wieder ein, daher sei mindestens für zwei Jahre von einer starken Erwerbsminderung auszugehen.²⁵⁹ Die Resektionsmethode befand sich allerdings schon bald, zu Anfang der 1960er Jahre, wieder im Rückgang, da man mit alleiniger Chemotherapie gute Erfolge erzielte.²⁶⁰

Zu dieser Zeit wurde nun auch in Deutschland etwa die Hälfte der Kranken nicht mehr stationär in Lungenheilstätten behandelt. Niedergelassene Lungenfachärzte betreuten diese Patienten, die Chemotherapie zu Hause erhielten.²⁶¹ Allerdings wurde als Nachteil der ambulanten Therapie stets auf die mangelnde Disziplin der Patienten verwiesen, die ihre Medikamente nicht richtig einnahmen. Selbstverantwortung wurde den Patienten kaum zugetraut.²⁶²

In den Heilstätten wandten die Ärzte nun ebenfalls in erster Linie Tuberkulostatika in langdauernder Kombinationstherapie an.²⁶³ Mittlerweile orientierte man sich bei solchen Fragen in der Bundesrepublik sofort an internationalen Studien und Empfehlungen. Die neuesten Veröffentlichungen aus den Vereinigten Staaten wurden nun stärker rezipiert und berücksichtigt. Die Skepsis gegenüber neuen Medikamenten, die Anfang der 1950er Jahre noch in vielen Diskussionen zu finden war, schien nun endgültig überwunden zu sein.²⁶⁴ Dieses veränderte Verhalten läßt sich wohl am ehesten mit einem Generationswechsel erklären. Waren in den 1950er Jahren in den Fachgremien vor allem Ärzte vertreten, die noch mit der traditionellen Behandlungsweise der Tbc gearbeitet hatten und während der NS-Zeit von internationalen Entwicklungen abgeschirmt waren, kamen nun jüngere Generationen in diese Positionen. Letztere waren von Anfang an mit den Möglichkeiten der Chemotherapie vertraut und nahmen internationale Entwicklungen stärker zur Kenntnis.

Lediglich Heilstättentherapie und Liegekur wurde sowohl vom DZK wie auch von Fachärzten immer noch als absolute Notwendigkeit bezeichnet. Während in den USA und anderen europäischen Staaten die Lungenheilstätten zügig abgebaut wurden, schien man sich in Deutschland, dem Geburtsland der Frischluftliegekur, nicht so schnell von diesem Konzept verabschieden zu wollen. Dies begründete man mittlerweile vor allem mit dem Hinweis auf die

²⁵⁹ BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß des DZK für stationäre Behandlung der Tbc, Sitzung am 30. 3. 1957 in Wiesbaden.

²⁶⁰ LINDIG, Heilstätte, S. 178.

²⁶¹ NEUMANN, Epidemiologie, S. 45.

²⁶² REINER W. MÜLLER, Chemotherapie, S. 630.

²⁶³ HEIN und STECHER, Ergebnisse.

²⁶⁴ BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß des DZK für Kindertuberkulose, Sitzung am 1. 12. 1961 in Augsburg.

Resistenzen, die die Kranken schnell gegen die Tuberkulostatika entwickeln würden. 1964 wurde noch hervorgehoben, daß eine zusätzliche konservative Therapie den Erfolg nachhaltig unterstützen könne und die Heilstättenbehandlung mit „allen Elementen der hygienisch diätetischen Therapie“ nicht entbehrt werden dürfe.²⁶⁵ Die amerikanische Entwicklung hin zu einer Auflösung der Heilstätten wurde in der Bundesrepublik verurteilt. Die dortige Re-Integration der Tuberkulose in die anderen klinischen Fächer, wie sie auch in Großbritannien praktiziert wurde und wie sie eigentlich einer zeitgemäßen Medizin entsprach, lehnten die deutschen Tuberkulose-Spezialisten ebenfalls ab:

Im Vordergrund steht [in den USA] die unverhüllte Absage an die Sanatoriumsbehandlung, wie sie in der BR noch üblich ist. Da es in den USA keine Sozialversicherung in unserem Sinne gibt, fehlt der Kostenträger, der wie in Deutschland breitesten Bevölkerungsschichten seit jeher ein Heilverfahren in klimatisch günstigen Gegenden ermöglicht hat. [...] Geradezu paradox ist, daß in dem Lande maximaler ärztlicher Spezialisierung nun gerade bei der Tbk. ein Rückschritt erfolgt, indem die Behandlung wieder von Nichtfachleuten übernommen wird. Dies geschieht ausgerechnet zu einem Zeitpunkt, wo hochwirksame Präparate und Methoden zur Therapie zur Verfügung stehen, deren Erfolg aber von einer optimalen Anwendung, damit von entsprechend umfassenden Kenntnissen abhängt, wie sie wohl nur der Fachmann erwerben kann. Für die BR besteht gar kein Grund, diese in den USA ablaufende Entwicklung nachzuahmen.²⁶⁶

Zwar lösten die Krankenhausträger auch in der Bundesrepublik in den 1960er Jahren Heilstätten wegen mangelnder Belegung auf, aber gleichzeitig kam es immer noch zu hochspezialisierten Sanatoriums-Neubauten, die den Patienten nun hohen Komfort boten.²⁶⁷ Diese paradoxe Situation wurde durch die alleinige Zuständigkeit der Rentenversicherung in der stationären Tuberkulosetherapie befördert. Die Träger der Rentenversicherung mußten ihre Kliniken nicht auf andere, nunmehr im Vordergrund stehende Krankheiten umstellen, sondern blieben in den eingefahrenen Gleisen. Durch solche strukturellen Weichenstellungen wurden Innovationen im Bereich der Tuberkuloseverfahren stark gebremst.

Gleichzeitig wuchsen bei den Heilstättenkuren mit der strengen Disziplinierung ihrer Kranken die Probleme: Die Patienten schienen deutlich selbstbewußter und informierter zu werden und sich von dem in den Heilstätten früher üblichen, sehr autoritären Regime nicht mehr beeindrucken zu lassen. Nicht nur die Zahl der Kurabbrecher, sondern auch die Anzahl der Personen, die ihre genehmigte Heilstättenkur gar nicht erst antraten, nahm weiterhin zu.²⁶⁸ 1964 hieß es in einem Fachorgan:

Es soll dabei nicht verkannt werden, daß der moderne Mensch sich nicht mehr so leicht führen läßt, wie es in der klassischen Heilstättenzeit der Fall war. Der Heilstättenarzt

²⁶⁵ LINDIG, Heilstätte, S. 179.

²⁶⁶ NEUMANN, Künftige Epidemiologie, S. 202.

²⁶⁷ DANIEL, Abschied, S. 122–30.

²⁶⁸ DANIEL, Abschied, S. 125–7; vgl. auch ARNHOLDT, Analyse, S. 470.

kann sich heute nicht mehr auf autoritative Wirkungen verlassen, sondern muß seine Patienten immer wieder von neuem überzeugen.²⁶⁹

Die Dauer der Kuren wurde zunächst stark verkürzt, ehe in den 1970er Jahren auch in der Bundesrepublik öffentlich eingestanden wurde, daß Sanatorien „nicht mehr berechtigt und nötig“ seien. Eine offene Tuberkulose konnte in zwei bis vier Monaten medikamentös ausgeheilt werden. Mittlerweile waren andere Lungenerkrankungen, insbesondere die chronische Bronchitis und der Lungenkrebs, stärker in den Vordergrund des medizinischen Interesses getreten.²⁷⁰

1.4 TUBERKULOSEBEKÄMPFUNG VON ENDE DER 1940ER JAHRE BIS ANFANG DER 1960ER JAHRE IN GROSSBRITANNIEN

1.4.1 *Entwicklung der Krankheit und Organisation der Tuberkulosebekämpfung*

In Großbritannien stieg die Zahl der von Tuberkulose verursachten Todesfälle während des Zweiten Weltkrieges kurzzeitig an, sank jedoch ab 1948 wieder deutlich ab.²⁷¹ Dieser Trend setzte sich auch in den nächsten Jahren fort und war in Großbritannien wie in anderen Ländern sowohl dem Einsatz neuer Medikamente wie auch den zunehmend besseren ökonomischen, sozialen und hygienischen Lebensbedingungen der Bevölkerung geschuldet.²⁷²

Im Gegensatz zur Zahl der Todesfälle stieg die Zahl der gemeldeten Neuerkrankungen an Tuberkulose Ende der 1940er Jahre weiter an. Auch dies entsprach dem Trend in anderen Ländern, wo dasselbe Phänomen beobachtet wurde.²⁷³ In Großbritannien wurde die Entwicklung größtenteils einer intensivierte Aufdeckung von Tuberkulosefällen durch verstärkte Aktivitäten der niedergelassenen Allgemeinärzte und der *Tuberculosis Officers* (auf Tuberkulose spezialisierte Amtsärzte), durch die gezielte Suche nach Kontaktpersonen von Erkrankten sowie durch die in den 1940er Jahren erstmals in Großbritannien eingesetzten Röntgenreihenuntersuchungen (*Mass Radiography*) zugeschrieben.²⁷⁴ Insgesamt war das Interesse an der Krankheit deutlich gestiegen, durch die neuen Chemotherapeutika schien zudem eine Therapie wesentlich erfolgversprechender.²⁷⁵ Von 1950 bis 1954 wurde dann ein leichter Abwärts-

²⁶⁹ LINDIG, Heilstätte, S. 179.

²⁷⁰ HOPPE, Wandel, S. 699; GSELL, Tuberkulose, S. 335–7.

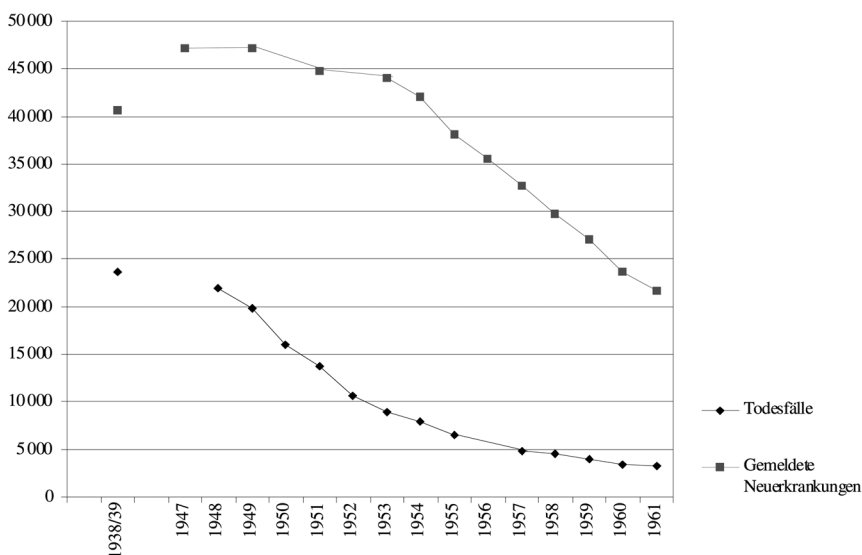
²⁷¹ Ministry of Health, On the State of Public Health 1947, S. 75; Ministry of Health, On the State of Public Health 1949/50, S. 99.

²⁷² LOWE, Recent Trends.

²⁷³ Z.B. in Dänemark, Canada oder den Vereinigten Staaten vgl. PRO, MH 55/1165, Office Committee on Tuberculosis, 20. 10. 1952; vgl. auch LOWE und GEDDES, Investigation.

²⁷⁴ Ministry of Health, On the State of Public Health 1947, S. 75; LOWE und GEDDES, Investigation, S. 230.

²⁷⁵ PRO, MH 55/1165, Office Committee on Tuberculosis, 20. 10. 1952.

Diagramm 4: Tuberkulose-Todesfälle und Neuerkrankungen in England und Wales²⁷⁶

trend der Neuerkrankungen verzeichnet, der jedoch noch nicht mit dem starken Rückgang bei den Todesfällen korrespondierte. Erst danach war ein schnelles Absinken der Neuerkrankungen zu beobachten.²⁷⁷

Im Gesundheitsministerium machte man neben den bereits genannten weitere Gründe für die Anfang der 1950er Jahre hohe Zahl der gemeldeten Neuerkrankungen aus:²⁷⁸ Da während des Zweiten Weltkriegs viele Sanatorien geschlossen worden waren, dürfe die Ansteckungsgefahr nicht unterschätzt werden, die von den Insassen ausgegangen sei, die dann wieder in ihre Familien zurückkehrten. Das schwierige Leben während der Kriegszeit, insbesondere für ausgebombte und evakuierte Familien, habe auf die damals geborenen Kinder ebenfalls starke Auswirkungen gehabt; in dieser Gruppe waren nach dem Krieg hohe Tuberkuloseraten zu verzeichnen. Bei älteren Männern wurde auf einen „Kohorteneffekt“ verwiesen: die nach dem Krieg über 55jährigen hatten meist im Ersten Weltkrieg gekämpft und bereits dabei gesundheitliche Schäden erlitten, die Jahre der Weltwirtschaftskrise mit hoher Arbeitslosigkeit erlebt und dann die Strapazen des Zweiten Weltkriegs durchgemacht. Es erschien wenig

²⁷⁶ Jeweils alle Formen der Tbc. Zusammengestellt und berechnet nach Ministry of Health, On the State of Public Health 1947, S. 75; 1951, S. 82; 1953, S. 96; 1954, S. 84; 1955, S. 99; 1957, S. 101, 103; 1958, S. 97, 99; 1960, S. 74–75; 1961, S. 80; nicht für alle Jahre liegen genaue Zahlen vor.

²⁷⁷ Ministry of Health, On the State of Public Health 1961, S. 79.

²⁷⁸ PRO, MH 55/1165, Office Committee on Tuberculosis, 20. 10. 1952.

verwunderlich, daß diese Gruppe unter einer überproportional hohen Tuberkuloserate litt.

Die Behandlung der Tuberkulosekranken war vor der Einführung des NHS gänzlich in den Händen der örtlichen Gesundheitsbehörden gelegen, ebenso wie die Prävention, Nachsorge und Betreuung. Die LHAs hatten sowohl die meisten Heilstätten unterhalten als auch die lokalen Gesundheitsdienste, die Prävention betrieben und sich um Nachsorge und Rehabilitation der Kranken kümmerten. Unter dem NHS wurde nun die Verantwortung der LHAs auf die Prävention der Tuberkulose sowie die Fürsorge und Nachsorge für Tuberkulosepatienten konzentriert, während die klinischen Aspekte der Versorgung den *Regional Hospital Boards* zugewiesen wurden.²⁷⁹ Doch selbst in der Prävention kam es zu einer Teilung der Aufgaben: Die Abteilungen für Röntgenreihenuntersuchungen (*Mass Radiography Units*) unterstanden nun den *Regional Hospital Boards*; für andere Maßnahmen, wie die 1947 eingeführte BCG-Impfung, aber auch Öffentlichkeitsarbeit und Werbung für gesundheitspolitische Maßnahmen, waren weiterhin die lokalen Behörden zuständig.

Bereits während des Zweiten Weltkriegs hatte es Bemühungen gegeben, für den gesamten Bereich der Tuberkuloseberatung, -behandlung und -fürsorge neue Bezeichnungen einzuführen. Die Begriffe sollten zum einen den Ruf des Schrecklichen und Unheilbaren abmildern, der dem Namen Tuberkulose anhaftete, um z. B. die Menschen, bei denen Tuberkulose entdeckt worden war, nicht von Kontrolluntersuchungen abzuschrecken. Zum anderen sollte auf medizinischem Gebiet eine stärkere Integration der Tuberkulose-Spezialisten in die anderen Disziplinen gefördert werden. Anstelle der unzeitgemäß erscheinenden Aufteilung nach einzelnen Krankheiten wollte man der gängigen Abgrenzung medizinischer Disziplinen nach anatomischen oder physiologischen Kriterien folgen.²⁸⁰

Mit der Einführung des NHS wurden die Tuberkuloseambulanzen (*Tuberculosis Dispensaries*) in *Chest Clinics*²⁸¹ umbenannt und den *Regional Hospital Boards* unterstellt. Die *Tuberculosis Officers* wurden zu *Chest Physicians*, die sowohl in der Patientenbetreuung in den Krankenhäusern als auch in den Beratungsstellen des öffentlichen Gesundheitswesens arbeiten sollten. Daß der Schwerpunkt dabei stärker auf den kurativen Tätigkeiten und weniger in der präventiven Arbeit liegen sollte, machte auch die Art der Stellenfinanzierung deutlich.²⁸² Zu 8/11 wurden die jetzigen *Chest Physicians* von der Krankenhausverwaltung bezahlt und nur zu 3/11 von den örtlichen Gesundheits-

²⁷⁹ MINISTRY OF HEALTH, 10 Year Survey, S. 169; vgl. auch WEBSTER, Health Services, Band 2, S. 321.

²⁸⁰ BRYDER, Mountain, S. 248.

²⁸¹ Das englische Wort *Clinic* hat in diesem Zusammenhang die Bedeutung *Sprechstunde/Ambulanz* und ist nicht im Sinne des deutschen *Klinik/Krankenhaus* zu verstehen.

²⁸² BRYDER, Mountain, S. 251.

behörden.²⁸³ Diese Aufteilung bedeutete eine langfristige Schwächung der präventiven und sozialen Aspekte der Tuberkulosebekämpfung. Grundsätzlich sollten die ganz unterschiedlich gestalteten *Chest Clinics* – manche waren bereits ambulante Abteilungen von Krankenhäusern oder Sanatorien, andere bildeten noch separate Beratungsstellen, oft in veralteten Gebäuden und mit schlechter Ausstattung – ebenso wie die *Mass Radiography Units* verstärkt mit den Krankenhäusern und Sanatorien verflochten werden.

Die unter dem NHS zentralisierte Verwaltung aller Krankenhäuser, der damit auch die Tuberkuloseheilstätten unterstanden, forderte bereits 1950 eine stärkere Einbindung der Angebote für Tuberkulosepatienten in die anderen Krankenhausleistungen.²⁸⁴ Damit war auch die Integration der Tuberkulosefachärzte in die anderen klinischen Fächer beabsichtigt, die nicht mehr nur allein für Tuberkuloseerkrankungen ausgebildet werden sollten, sondern sich auch auf andere Erkrankungen der Lunge und des Brustraums spezialisieren sollten.²⁸⁵ Für wünschenswert hielt man es auch, die ambulante Behandlung der Tuberkulosepatienten stärker in die allgemeinen Ambulanzen der Krankenhäuser zu einzubinden.²⁸⁶

Eine solche Neuorganisation hatte jedoch bereits vor der Einführung des NHS große Bedenken hervorgerufen. Das *Joint Tuberculosis Council*, ein seit den 1920er Jahren bestehendes unabhängiges Fachgremium, befürchtete, daß die damit verbundene Trennung zwischen sozialen und medizinischen Diensten nur Nachteile bringen würde. Auch in der *National Association for the Prevention of Tuberculosis* wurden 1947 größte Bedenken gegenüber der Neuordnung geäußert.²⁸⁷ Derartige Kritik verstummte auch in den folgenden Jahren nicht: So bedauerte die BMA ausdrücklich, daß mit der neuen Kompetenzverteilung bei der wichtigsten Lungenkrankheit präventive und kurative Dienste getrennt würden, was man als kontraproduktiv beurteilte.²⁸⁸

²⁸³ PRO, MH 133/441, Central Health Services Council, Standing Tuberculosis Advisory Committee Tuberculosis – Institutional Treatment, Memorandum 1949.

²⁸⁴ PRO, MH 55/940, BMA, Tuberculosis and the National Health Service, November 1950.

²⁸⁵ MINISTRY OF HEALTH, National Health Services. The Development of Consultant Services 1950, S. 22. In dem Bericht von 1950 hieß es: „While there is good reason for dealing with the tuberculosis as a separate epidemiological and social problem the detachment of this one form of pulmonary disease for entirely separate study has great disadvantages alike for the tuberculosis officer and the general physician. The proper lines of development are to employ in this speciality physicians whose training and experience equip them to diagnose and treat other pulmonary diseases as well as tuberculosis and to extend the scope of the speciality to all diseases of the chest as the availability of experienced consultants permits. The clinical training of the physicians especially concerned with diseases of the chest should be in line with that of other consultant physicians.“

²⁸⁶ MINISTRY OF HEALTH, National Health Service. The Development of Consultant Services, S. 22.

²⁸⁷ The N.A.P.T. Commonwealth and Empire Health and Tuberculosis Conference 1947, S. 193. Vgl. auch WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 321; BRYDER, Mountain, S. 248.

²⁸⁸ PRO, MH 55/940, BMA, Tuberculosis and the National Health Service, November 1950.

Unter dem NHS unterstanden also die Krankenhäuser, Sanatorien, Rehabilitationszentren und *Chest Clinics* den Krankenhausverwaltungen – die Schulen, Arbeitsstätten für Tuberkulosekranke, die Ferienheime, spezielle Wohnheime für Tbc-Kranke dagegen den lokalen Gesundheitsbehörden. Auch die Personalverwaltung war aufgeteilt: Abgesehen von den *Chest Physicians*, deren Bezahlung sich LHAs und *Regional Hospital Boards* teilten, gehörten die *Health Visitors*, die Arbeitstherapeuten und Fürsorgerinnen zu den LHAs – die Schwestern, das gesamte Pflegepersonal der Krankenhäuser und Sanatorien sowie mit den *Assistant Chest Physicians* ein Teil der Ärzteschaft organisatorisch zu den Krankenhäusern.²⁸⁹ Diese Aufspaltung des Gesundheitsdienstes auf verschiedenen Verwaltungsebenen erwies sich in der Praxis als wenig zweckmäßig und erforderte eine akkurate Führung der Patientenakten sowie einen ständigen Informationsfluß zwischen dem Bereich der LHAs und dem der Krankenhausverwaltung, was nicht immer gewährleistet war.²⁹⁰

Die örtlichen Gesundheitsbehörden waren verständlicherweise mit dem neuen Konzept, unter dem sie einen Großteil ihrer Kompetenzen in der Tbc-Bekämpfung abgeben mußten, unzufrieden. Doch auch die *Regional Hospital Boards* zeigten sich von dieser Entwicklung nicht begeistert; sie forderten unter anderem die Einrichtung neuer Stellen in den einzelnen Krankenhausregionen, die ausschließlich Koordinationsaufgaben wahrnehmen sollten, was vom Ministerium jedoch rundweg abgelehnt wurde.²⁹¹

Zu den Aufgaben der LHAs gehörte weiterhin, daß *Tuberculosis Visitors*, spezialisierte *Health Visitors*, die Tuberkulosepatienten zu Hause besuchten und Verbindung mit den Tuberkuloseambulanzen bzw. den Lungenheilstätten hielten. In vielen kommunalen Gesundheitsbehörden, insbesondere in kleineren Ortschaften, in denen es keine spezialisierten *Tuberculosis Visitors* gab, mußten die „normalen“ *Health Visitors* diese Arbeit zusätzlich zu ihren anderen Pflichten übernehmen. Die Betreuung tuberkulösen Personen konnte neben den Arbeitsschwerpunkten, die bei der Betreuung von Müttern und Kindern lagen, nur einen geringen Prozentsatz der Tätigkeit der *Health Visitors* ausmachen.²⁹²

1954 wurden in ganz England und Wales neben 479 ganztäglich beschäftigten *Tuberculosis Visitors* 90 teilzeitbeschäftigte gezählt. Die Anzahl der jährlich

²⁸⁹ PRO, MH 133/441, Memorandum on the Organisation of the Tuberculosis Services under the National Health Services Act 1946, 1949.

²⁹⁰ PRO, MH 133/441, Memorandum on the Organisation of the Tuberculosis Services under the National Health Services Act 1946, 1949.

²⁹¹ PRO, MH 55/1158, Manchester Regional Hospital Board an Ministry of Health.

²⁹² Annual Report, Central Health Services 1951, S. 66; Annual Report, Central Health Services Council 1953 (Five-Year Survey), S. 130–131. Bei der notwendigen engen Zusammenarbeit der Health bzw. Tuberculosis Visitors mit den nun unter der Leitung der Regional Hospital Boards stehenden Tuberkuloseheilstätten wird insgesamt über deutlich weniger Abstimmungsprobleme berichtet als etwa im Bereich der Schwangerenvorsorge. Vgl. zu den großen Problemen in der Schwangerenvorsorge bei der Aufteilung zwischen LHAs und Krankenhausverwaltung Kap. III, 4.4.

ausgeführten Besuche von Visitors der LHAs in Haushalten mit Tuberkulosekranken wird für die Jahre 1953 bis 1955 mit geringen Schwankungen mit ca. 920000 angegeben.²⁹³ Trotz der geringen Personaldecke schien so die Grundbetreuung der britischen Tbc-Kranken sichergestellt zu sein.²⁹⁴

Ungünstige Folgen der Kompetenzaufteilung zwischen LHAs und Krankenhausverwaltungen machten sich bereits Anfang der 1950er Jahre bemerkbar. Während in den ersten Jahren sowohl die Ausstattung deutlich verbessert als auch das Personal der Tuberkuloseambulanzen verstärkt wurden – oft im Zusammenhang mit dem Ausbau der Tuberkulosekrankenhäuser – stagnierten die Leistungen der LHAs.²⁹⁵ Innerhalb der knappen Finanzlage des NHS standen den *Regional Hospital Boards* deutlich mehr Mittel zur Verfügung als den *Local Health Authorities*. Das *North West Metropolitan Regional Hospital Board* bemühte sich z.B. nach der Einführung des NHS um die Modernisierung der Tuberkuloseambulanzen; sie wurden zum Teil in besser geeigneten Räumlichkeiten untergebracht. Auch auf eine gleichmäßige und bessere Versorgung der Bevölkerung wurde geachtet. Die LHA dieser Region investierte dagegen kaum in den Ausbau ihrer Leistungen.²⁹⁶ Die Aufteilung der Dienste für Tuberkulosekranke zwischen LHAs und der Krankenhausverwaltung wurde auch noch Anfang der 1960er Jahre als Problem gesehen. In einem Bericht des *Joint Tuberculosis Council* von 1961 hieß es:

An efficient tuberculosis service requires a high standard, not only in each of the several aspects of its work – curative, preventive and social – but also in the co-ordination of these aspects. [...] The chief source of danger lies in the weakness of the links, in many areas, between Public Health Departments and Hospital Services. The agreed line of future development is to integrate the tuberculosis service with the speciality of Chest Disease, a speciality within the general ambit of medicine. Special care will be required constantly to ensure that this does not weaken the existing links between the curative and preventive aspects of the tuberculosis service.²⁹⁷

Gerade die Zusammenarbeit zwischen dem *Medical Officer* der kommunalen Gesundheitsbehörde und dem *Chest Physician* (dem vormaligen *Tuberculosis Officer*), der Anfang der 1960er Jahre kaum noch in die Arbeit der LHAs integriert und vor allem klinisch tätig war, erwies sich als immer schwieriger. Dazu

²⁹³ Annual Report, Central Health Services Council 1954, S. 95; Annual Report, Central Health Services Council 1955, S. 95.

²⁹⁴ Auch der Home-Help Service der Local Authorities betreute eine kleine Anzahl von Tuberkulosekranken. 1951 waren von insgesamt 166759 betreuten Personen allerdings nur 6660 tuberkulosekrank; die Größenordnungen blieben während der nächsten Jahre stabil. Vgl. Annual Report, Central Health Services Council 1953 (Five-Year-Survey), S. 129. Ab 1957 sank dann auch die Zahl der von Home-Helps betreuten Tbc-Haushalte deutlich, entsprechend dem allgemeinen Rückgang der Krankheitszahlen. Annual Report, Central Health Services Council 1959, S. 134.

²⁹⁵ Well CMAC, SA/BMA 110, Tuberculosis in England, Draft Version 1952, BMA.

²⁹⁶ Well CMAC, SA/BMA 110, North West Metropolitan Regional Hospital Board, Bericht 1951. Vgl. zu den allgemeinen Problemen mit der Dreiteilung des NHS Kap. II, 1.2 und 2.2.

²⁹⁷ PRO, MH 55/2757, Joint Tuberculosis Council, Control of Tuberculosis 1961.

trug die in den 1950er Jahren vorangetriebene Integration der Tuberkulosekliniken bzw. Tuberkuloseabteilungen der Krankenhäuser in die anderen medizinischen Fächer erheblich bei. Idealerweise sollte der *Medical Officer* stärker in das Krankenhauswesen und in die Tätigkeit der *Chest Clinics* eingebunden werden. In der Praxis funktionierte diese Zusammenarbeit jedoch kaum zufriedenstellend.²⁹⁸

Mit der stärkeren Integration der Tuberkulose-Dienste in die Lungen- und Herz-Abteilungen der Krankenhäuser blieben viele organisatorische Defizite bestehen bzw. entstanden neue Schwierigkeiten in der Koordination von Prävention, Therapie und Nachsorge. Das Gesundheitsministerium betonte zwar in zahlreichen Rundschreiben und Memoranden die Bedeutung und Unentbehrlichkeit einer engen Zusammenarbeit zwischen dem *Chest Physician* als nunmehriges Mitglied einer Krankenhausbelegschaft und dem für Vor- und Nachsorge der Patienten verantwortlichen *Medical Officer of Health*, ohne daß auf diese Weise den grundsätzlichen Abstimmungsproblemen zwischen klinischen und sozialen Dienstleistungen hätte abgeholfen werden können.²⁹⁹

1.4.2 Prävention

In der britischen Gesundheitspolitik richtete sich bei der Bekämpfung der Tuberkulose nach dem Zweiten Weltkrieg das Augenmerk in verstärktem Maße auf die Prävention – erstens in Form von Röntgenreihenuntersuchungen zur Früherkennung, zweitens mit Hilfe der BCG-Schutzimpfung und drittens durch die Bekämpfung der Rindertuberkulose, um die Infektionen bovinen Ursprungs beim Menschen zu verringern.

1943 war in Großbritannien das erste Röntgengerät für Reihenuntersuchungen eingesetzt worden. In den Kriegsjahren konnte diese Maßnahme der präventiven Medizin nur in sehr begrenztem Maße ausgebaut werden.³⁰⁰ 1947 gab es dann 23 der *Mass Radiography Units* in Großbritannien. Dieser Dienst sollte nach Auffassung des Gesundheitsministeriums mit der Einführung des NHS stark erweitert und sämtliche Geräte durch Einbau in Busse bzw. Lastwagen mobil gemacht werden, so daß man auch abgelegene Gegenden besser erreichen konnte. Während der folgenden Jahre stieg die Anzahl der Röntgengeräte und die der vorgenommenen Untersuchungen kontinuierlich an.³⁰¹ Im Durch-

²⁹⁸ PRO, MH 55/2757, Joint Tuberculosis Council, Control of Tuberculosis 1961. In den Krankenhäusern bzw. den Tuberkuloseberatungsstellen sollte der Medical Officer eigentlich ein Mitglied des Behandlungsteams werden, das in präventiven Fragen die Verantwortung übernahm, sich um die Unterbringung und Beschäftigung der Patienten nach dem Klinikaufenthalt kümmerte; dies fand jedoch nur äußerst selten statt.

²⁹⁹ PRO, MH 55/2283, Memorandum Future of the Chest Service, 8. 6. 1960.

³⁰⁰ Ministry of Health, On the State of Public Health 1949/50, S. 100.

³⁰¹ Ministry of Health, On the State of Public Health 1947, S. 77; 1954, S. 87; vgl. auch Tabelle 12 auf S. 193. 1954 gab es in in Großbritannien beispielsweise 69 solcher Stationen.

schnitt blieben 95 Prozent der Untersuchungen ohne Befund. Von den fünf Prozent der Patienten mit auffälligen Befunden waren nicht alle an Lungentuberkulose erkrankt, sondern litten auch viele an anderen Lungenkrankheiten.³⁰² Das Gros der Untersuchten setzte sich in den Anfangsjahren des NHS noch aus Industriearbeitern zusammen. Die mobilen Röntgeneinheiten kamen direkt in Fabriken und führten die Reihenuntersuchungen der Arbeiter vor Ort durch.³⁰³

Obwohl es sich bei den Massentröntgenuntersuchungen um präventive Maßnahmen handelte, die somit eigentlich den LHAs zugeordnet waren, wurde dieser Dienst von den Krankenhausverwaltungen betrieben, da fachärztliche Leistungen – und damit auch die Röntgenuntersuchungen – grundsätzlich den *Regional Hospital Boards* unterstanden.³⁰⁴ Die Werbung für die Röntgenreihenuntersuchungen gehörte jedoch weiterhin zu den Aufgaben der lokalen Gesundheitsbehörden, was mitunter zu Komplikationen führte.³⁰⁵ In der Öffentlichkeitsarbeit wollte man vor allem vermitteln, wie wichtig eine frühe Entdeckung der Krankheit sei. Als Beispiel sei hier ein Ausstellungsset des Ministeriums mit dem Titel „Caught in Time. A Case of T.B.“ aus dem Jahr 1951 erwähnt, das die Geschichte von John Smith erzählte, der seinen Arzt wegen dauerhaftem Husten aufsuchte und in die *Chest Clinic* geschickt wurde. Dort wurde mit Hilfe einer Röntgenaufnahme Tbc im frühen Stadium entdeckt. Die Tafeln zeigten John Smith, wie er im Sanatorium und zu Hause behandelt wird. Ausstellungssets wie dieses erhielten die kommunalen Gesundheitsbehörden vom Gesundheitsministerium zur Verfügung gestellt.³⁰⁶ Dies verweist auf deutliche Unterschiede zum bundesdeutschen System: während in Großbritannien Aufklärungsmaterial zentral konzipiert und vertrieben wurde, unterstanden die Röntgenreihenuntersuchungen in der Bundesrepublik den einzelnen Ländern, deren Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit Stückwerk blieb und nicht bundesweit koordiniert werden konnte.

Seit Anfang der 1950er Jahre versuchten die regionalen Krankenhausverwaltungen, die mobilen *Mass Radiography Units* und die Arbeit der *Chest Clinics* stärker zu verknüpfen und besser zu koordinieren. Die Untersuchungen konzentrierten sich zunehmend auf gefährdete Personengruppen.³⁰⁷ 1951 wurde außerdem die gezielte Untersuchung von Kontaktpersonen der Tuberkulosekranken eingeführt, was zur Entdeckung zahlreicher weiterer Tuberku-

³⁰² Ministry of Health, On the State of Public Health 1949/50, S. 101.

³⁰³ PRO, MH 55/940, Ministry of Health, Tuberculosis in England and Wales, Juli 1952; vgl. auch Well CMAC, SA/BMA 110, Tuberculosis in England, Draft Version 1952, BMA.

³⁰⁴ PRO, MH 133/441, Memorandum on the Organisation of the Tuberculosis Services under the National Health Services Act 1946, 1949 vgl. auch PRO, MH 55/940, Ministry of Health, Tuberculosis in England and Wales, Juli 1952.

³⁰⁵ PRO, MH 55/941, Publicity for MMR, 6. 7. 1955.

³⁰⁶ PRO, MH 55/940, Early Detection of Tuberculosis. Ministry's New Display, 22. 2. 1951.

³⁰⁷ Well CMAC, SA/BMA 110, Tuberculosis in England, Draft Version 1952, BMA.

Tabelle 12: Röntgenreihenuntersuchungen (Mass Radiography) in Großbritannien³⁰⁸

Jahr	Untersuchungs-Stationen	Unter-suchungen	Entdeckte Fälle	Entdeckte Fälle auf 1000 Untersuchte
1946	19	571 697	2549	4,4
1947	23	650 659	2454	3,8
1948	36	965 937	3389	3,5
1949	42	1 201 298	4491	3,7
1950	54	1 590 732	5650	3,6
1951	57	2 254 411	6564	2,9
1952	62	2 622 506	7564	2,9
1953	67	2 751 843	8308	3,0
1954	71	3 292 733	8728	2,7
1955	75	3 475 710	7564	2,2
1956	76	3 617 550	6872	1,9
1957	–	3 514 000	6481	1,8
1958	–	3 324 000	6199	1,9
1959	–	3 581 000	6369	1,8
1960	–	3 131 000	ca. 5000	1,6

losefälle führte.³⁰⁹ Auch die Zahl dieser Untersuchungen steigerte sich bis Mitte der 1950er Jahre deutlich (von 96 000 im Jahr 1949 auf 170 000 im Jahr 1954).³¹⁰

Ein Zwang zu den Röntgenuntersuchungen, wie er in der Bundesrepublik in mehreren Ländern bestand, wurde in Großbritannien zwar diskutiert, aber nie ernsthaft erwogen, da man mit einer scharfen Ablehnung der Öffentlichkeit rechnete und davon ausging, dies keinesfalls durchsetzen zu können.³¹¹ Von 1953 an begann man allerdings, Personen, die im Schulwesen angestellt wurden, systematisch zu röntgen. Da die Ergebnisse der Untersuchungen eigentlich vertraulich zu behandeln waren, mußten die Lehrer der Weitergabe der Ergebnisse zustimmen. Dies verlief nach Angaben des *Standing Tuberculosis Advisory Committee* im wesentlichen ohne Probleme. Pflicht bzw. Zwang wurde die Röntgenuntersuchung auch für Lehrer nicht.³¹² 1957 teilte das *Ministry of Education* den Lokalbehörden mit, daß nun genügend Kapazitäten

³⁰⁸ Ab 1957 gerundete Untersuchungszahlen; Ministry of Health, On the State of Public Health 1947, S. 75; 1949/50, S. 100; 1953, S. 101; 1957, S. 107; 1958, S. 101; 1959, S. 105; 1960, S. 77; 1961, S. 84.

³⁰⁹ Ministry of Health, On the State of Public Health 1951, S. 83; dies wurde in manchen Chest Clinics auch von epidemiologischen Untersuchungen begleitet, die die Wichtigkeit dieser Maßnahmen unterstrichen. Vgl. ANDERSON, Control.

³¹⁰ Ministry of Health, On the State of Public Health 1954, S. 85.

³¹¹ PRO, MH 133/441, Central Health Services Council, Joint Tuberculosis Committee, April 1956.

³¹² PRO, MH 133/441, Central Health Services Council, Standing Tuberculosis Advisory Committee, Periodical X-Ray of School Teachers, 1956.

bestünden, um alle angehenden Lehrer zu röntgen. Die lokalen Behörden wurden aufgefordert, den Kandidaten entsprechende Untersuchungen zu ermöglichen. Auch hier bestand kein direkter Zwang.³¹³

Obwohl ca. 20 Prozent aller neuen Tuberkulosefälle über die Röntgenreihenuntersuchungen entdeckt wurden, mahnte 1956 das *Standing Tuberculosis Advisory Committee*, die Röntgenuntersuchungen stärker auf besonders gefährdete Gruppen der Bevölkerung zu konzentrieren. Besonders bemängelte das Komitee, daß manche der Einrichtungen die Hälfte ihrer Zeit auf die Wiederholungsuntersuchungen von gesunden Personen verwendeten. Die Effizienz der gesundheitspolitischen Maßnahmen wurde in Großbritannien weit aus wichtiger genommen als in der Bundesrepublik, wo die Röntgenuntersuchungen in den meisten Länder ohne Effizienzkontrolle abliefen. Das *Tuberculosis Advisory Committee* empfahl, Wiederholungsuntersuchungen im Normalfall lediglich alle drei Jahre durchzuführen – häufiger nur in der Gruppe der 18–25jährigen, insbesondere, wenn diese besonderen Gefährdungen ausgesetzt waren.³¹⁴ Auch in den jährlichen Veröffentlichungen des Ministeriums wurde darauf hingewiesen, daß angesichts der seit dem Einsatz der Chemotherapeutika stark rückläufigen Tuberkulosezahlen die Reihenuntersuchungen künftig stärker auf gefährdete Bevölkerungsgruppen zielen müßten.³¹⁵

Die Röntgeneinheiten waren bereits vor 1955 dazu übergegangen, neben ihren mobilen Einsätzen in den Regionen mit den zur Verfügung stehenden Geräten auch stationären Service anzubieten, insbesondere in Zusammenarbeit mit GPs, die ihre Fälle an die Röntgenstationen weiterleiten konnten. Daneben konzentrierte man sich weiterhin auf Kontaktpersonen von Tbc-Kranken sowie auf Personen, die beruflich in Kontakt mit Kindern und Kranken standen.³¹⁶ Oft wurde nun eine zeitweilige stationäre Röntgenstation eingerichtet, die als Basis einer mobilen Einheit fungieren konnte. Auf die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten legten die Gesundheitsbehörden großen Wert, da diese einen großen Teil der Tuberkulosekranken zu den Röntgenuntersuchungsstellen überweisen.³¹⁷ Solche Kooperation gab es in der Bundesrepublik kaum: Sowohl die niedergelassenen Lungenfachärzte als auch die Tuberkulosefürsorgestellen verfügten meist über eigene Röntgengeräte und mußten in dieser Hinsicht nicht mit den Reihenuntersuchungs-Einrichtungen zusam-

³¹³ PRO, MH 55/2287, Ministry of Education an Local Education Authorities 1957.

³¹⁴ PRO, MH 133/441, The Present Tuberculosis Position, 1956.

³¹⁵ Ministry of Health, On the State of Public Health 1955, S. 95. Ein Memorandum des Ministeriums von 1957 an die Regional Hospital Boards bekräftigte diese neue Ausrichtung; PRO, MH 55/2279, Hospital Memorandum. Development of the Mass Miniature Radiography Service, 1957; vgl. auch Future of Mass Radiography, S. 116–8.

³¹⁶ Ministry of Health, On the State of Public Health 1955, S. 103–104.

³¹⁷ Ministry of Health, On the State of Public Health 1957, S. 105. Hierbei handelte es sich oftmals um ältere Männer – die Gruppe, die mittlerweile die höchsten Tuberkuloseraten aufwies.

Abbildung 2: Plakate der „Liverpool’s X-Ray Campaign“ von 1959³¹⁸



menarbeiteten. Anstelle einer Kooperation zwischen den einzelnen Zweigen der Tuberkulosebekämpfung kam es in der Bundesrepublik eher zu unnötigen und den Patienten belastenden Mehrfach-Untersuchungen.

1957 machte das Gesundheitsministerium nochmals deutlich, daß Reihenuntersuchungen sich auf überdurchschnittlich gefährdete Bevölkerungsgruppen – „more crowded and poorer sections of the community and older males“ – konzentrieren sollten.³¹⁹ In Deutschland wurden dagegen zu diesem Zeitpunkt die Massenuntersuchungen in manchen Bundesländern sogar noch ausgebaut. Wesentlich früher als in der Bundesrepublik hatte sich in Großbritannien ein gezielter Einsatz der Geräte durchgesetzt. Hierzu trug maßgeblich die strenge Effektivitätskontrolle bei, die wiederum der chronischen Finanzknappheit des NHS geschuldet war. Dieser Politik entsprach es, daß ab 1956 die Zahl der geröntgten Personen insgesamt zurückging.³²⁰ Lediglich 1959 stiegen die Zahlen nochmals an, vor allem bedingt durch eine Großaktion in Liverpool, bei der ein Gutteil der dort ansässigen Bevölkerung geröntgt wurde.³²¹

Diese von der Stadt Liverpool organisierte, vom Finanzministerium unterstützte und mit Hilfe des Gesundheitsministeriums durchgeführte Großaktion wurde von einem enormen publizistischen Aufwand begleitet, um möglichst

³¹⁸ PRO, MH 55/2297, Bericht über Mass Radiography Campaign Liverpool 1959.

³¹⁹ PRO, MH 55/2279, Hospital Memorandum. Development of the Mass Miniature Radiography Service, 1957.

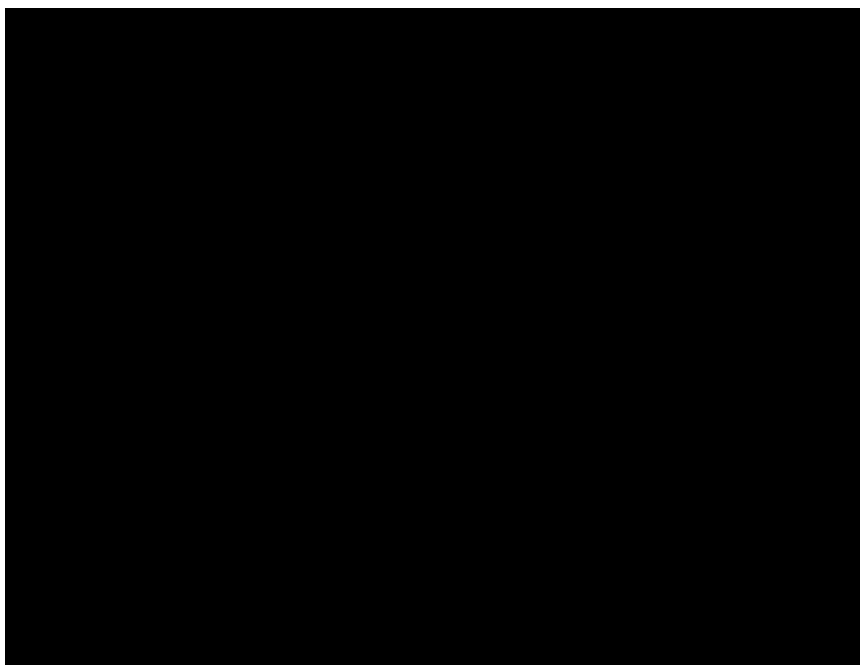
³²⁰ Vgl. oben Tabelle 12, S. 193.

³²¹ Ministry of Health, On the State of Public Health 1959, S. 102; eine ähnliche Aktion wurde 1958 in Edinburgh durchgeführt, vgl. FLETCHER et al., Observations.

alle Einwohner zur Teilnahme zu motivieren.³²² Es gab unterschiedliche Flugblätter für Teenager, Mütter und Väter, Personen mittleren Alters und Senioren, stets mit dem Tenor, daß eine frühe Entdeckung der Krankheit schnellere Heilung bringe. Busse wurden für Werbung gemietet, Plakate entworfen und selbst ein kurzer Werbefilm vorbereitet.³²³

Die Aktion selbst fand vom 23. Februar bis 21. März 1959 statt und begann mit begleitenden Paraden, Ansprachen des Bürgermeisters sowie Darbietungen von Musikbands.³²⁴ Die geröntgten Personen wurden auf Pressefotos wie Helden präsentiert, um noch mehr Menschen von der Notwendigkeit des Ganzen zu überzeugen.

Abbildung 3: Erste Verleihung einer Straßenplakette durch den Liverpools Bürgermeister³²⁵



³²² PRO, MH 55/2192, Note of Meeting Ministry of Health, 6. 8. 1958.

³²³ Vgl. PRO, MH 55/2192, passim.

³²⁴ PRO, MH 55/2192, Mass Radiography Campaign Liverpool, Programme of Events.

³²⁵ Das mit dem Stadtwappen unterlegte Plakat trug den Text: "LIVERPOOL'S X-RAY CAMPAIGN: WE'VE BEEN X-RAYED", gefolgt vom Namen der sich beteiligenden Straße (in diesem Fall „Calmet Street“) oder auch einer großen Firma; PRO, MH 55/2297 Bericht über Mass Radiography Campaign Liverpool 1959.

Insgesamt wurden in den vier Wochen ca. 450 000 Personen durchleuchtet, bei ca. 6600 wurde es für nötig befunden, sie zur weiteren Überprüfung in eine *Chest Clinic* zu schicken. Wegen der hohen Teilnehmerzahl wurde die Kampagne als großer Erfolg gewertet, die entdeckten Fälle als „very great stride towards complete control of tuberculosis“ gesehen.³²⁶

Seit Mitte der 1950er Jahre diskutierten auch in Großbritannien Fachkreise mögliche negative Folgen der Strahlenbelastung durch die Röntgenaufnahmen, was seit Ende der 1950er Jahre verstärkt an die Öffentlichkeit drang.³²⁷ Wegen des beträchtlichen öffentlichen Aufsehens setzte das Gesundheitsministerium ein Komitee ein, das diese Problematik untersuchen sollte. Das *Adrian Committee* kam einerseits zu dem Schluß, daß die gesundheitspolitische Wirkung der Reihenuntersuchungen deutlich den Nachteil der Röntgenbelastung ausgleiche. Die Belastung durch diese Untersuchungen falle im Verhältnis zur allgemeinen Strahlenbelastung, der die Bevölkerung ausgesetzt sei, nicht ins Gewicht.³²⁸ Andererseits mußte das Komitee feststellen, daß etwa eine Anzahl von 20 Untersuchungen, denen ein Lehrer im Laufe seiner Tätigkeit ausgesetzt sein konnte, keinesfalls als völlig sicher gelten könne. Grundsätzlich sollten alle unnötigen Belastungen vermieden werden. Das Gremium empfahl, die Strahlendosis durch neue Geräte weiter zu reduzieren und Kinder und Schwangere den Röntgenreihenuntersuchungen nicht mehr ohne speziellen Grund zu unterziehen.³²⁹ Diese generellen Bedenken des *Adrian Committee* führten zu dem Entschluß, daß in Großbritannien Lehrer weiterhin nicht verpflichtet waren, sich jährlich röntgen zu lassen. Regelmäßige Röntgenuntersuchungen für diese Berufsgruppe wurden auch künftig auf freiwilliger Basis angeboten.³³⁰ 1960 hatten 82 der 146 kommunalen Behörden in Großbritannien Programme entwickelt, um den Lehrern regelmäßige Röntgenuntersuchungen anzubieten.³³¹ Eine weitere Folge der Auseinandersetzung um die Strahlenbelastung bestand darin, daß ungeborene Kinder nicht mehr routinemäßig geröntgt wurden, da die Frage der Röntgenbelastungen hier als besonders kritisch galt. Außerdem waren Tbc-Infektionen bei Neugeborenen inzwischen zu selten, um diese Maßnahme noch zu rechtfertigten.³³²

³²⁶ PRO, MH 55/2297, Central Health Service Council, Standing Tuberculosis Advisory Committee, Liverpool Mass Radiography Campaign 1959, Interim Report.

³²⁷ Vgl. zur Fachdiskussion z. B. Hazards of Chest X-rays, S. 281–2.

³²⁸ Vgl. zur Fachdiskussion PRO, MH 55/941, Mass Miniature Radiography Review, Adrian Committee's Finding, 3. 5. 1959.

³²⁹ PRO, MH 55/941, Mass Miniature Radiography Review, Adrian Committee's Finding, 3. 5. 1959.

³³⁰ PRO, MH 133/441, Central Health Services Council, Standing Tuberculosis Advisory Committee, Meeting 19. 1. 1960.

³³¹ PRO, MH 133/441, Central Health Services Council, Standing Tuberculosis Advisory Committee, Meeting 10. 5. 1960.

³³² PRO, MH 55/2757, Joint Tuberculosis Council, Control of Tuberculosis 1961.

Anfang der 1960er Jahre hatte der gesamte Röntgendienst zwei Hauptaufgaben: zum einen wurden Patienten nach Anfrage des Allgemeinarztes in den inzwischen stationär eingerichteten Stationen geröntgt; zum anderen waren bei großen Aktionen, bei denen die Bevölkerung ohne bestimmtes Risikopotential geröntgt wurde, die mobilen Einheiten im Einsatz.³³³ Der Schwerpunkt verschob sich zunehmend auf die erste Dienstleistung. Neben einzelnen Massenaaktionen wie in Liverpool wurden die Röntgenuntersuchungen nun zunehmend dazu genutzt, um andere Lungenkrankheiten wie Lungenkrebs oder chronische Bronchitis zu diagnostizieren.³³⁴

Beim zweiten Element der Tuberkuloseprävention, der BCG-Impfung, änderte sich in Großbritannien nach dem Krieg die zuvor sehr skeptische Position der Gesundheitspolitik. 1947 wurde vom Gesundheitsministerium ein Komitee eingesetzt, das das Ministerium hinsichtlich der wissenschaftlichen, technischen und administrativen Probleme dieser Impfung beraten sollte. Das Komitee empfahl, daß die BCG-Impfung allen Tuberkulose-Fachärzten in den Krankenhäusern zur Verfügung stehen sollte, um sie nach eigener Verantwortung auszugeben. Gleichzeitig riet das Gremium dazu, die Impfung auf solche Gruppen zu konzentrieren, die ein überdurchschnittliches Risiko hatten, sich anzustecken.³³⁵ 1949 wurde die BCG-Impfung schließlich eingeführt und unterstand zunächst gänzlich den LHAs.³³⁶ Hinsichtlich der Wirksamkeit formulierte das Gesundheitsministerium noch sehr vorsichtig:

It is not yet certain that B.C.G. vaccination gives complete immunity against tuberculosis and only experience will show how far it is effective under conditions in this country. But there is little doubt that at least it reduces the risk.³³⁷

Der Impfstoff mußte aus Dänemark importiert werden. Von einer Massenimpfung bzw. einer Impfung großer Gruppen von Kindern sah das Gesundheitsministerium weiterhin ab.³³⁸ Bis 1953 beschränkte sich die Impfung auf Ärzte, Pflegepersonal und besonders gefährdete Einzelpersonen.³³⁹ 1950 startete das *Medical Research Council* (MRC) eine Versuchsreihe, bei der die BCG-Imp-

³³³ PRO, MH 55/2757, Joint Tuberculosis Council, Control of Tuberculosis 1961.

³³⁴ Ministry of Health, On the State of Public Health 1961, S. 85; vgl. auch BRYDER, Mountain, S. 243.

³³⁵ Ministry of Health, On the State of Public Health 1947, S. 79; vgl. auch PRO, MH 55/1316, Ainsworth an O' Brien, 2. 5. 1949.

³³⁶ PRO, MH 55/1316, Ministry of Health an Local Health Authorities, Circular BCG Vaccination against Tuberculosis, 12. 8. 1949; National Health Services BCG Inoculation against Tuberculosis. Proposed Scheme for Hospital Nurses etc., 17. 8. 1949; PRO, MH 133/441, Memorandum on the Organisation of the Tuberculosis Services under the National Health Services Act 1946, 1949.

³³⁷ PRO, MH 55/1316, Ministry of Health an Local Health Authorities, Circular BCG Vaccination against Tuberculosis, 12. 8. 1949.

³³⁸ PRO, MH 55/1316, Ministry of Health an Local Health Authorities, Circular BCG Vaccination against Tuberculosis, 12. 8. 1949; vgl. auch Ministry of Health, On the State of Public Health 1949/50, S. 104, 1952, S. 101.

³³⁹ PRO, MH 55/940, Ministry of Health, Tuberculosis in England and Wales, Juli 1952.

fung und eine ähnliche Impfung, das sogenannte *Vole Bacillus Vaccine*, an Schulkindern getestet wurde: Die geimpften Jugendlichen sowie eine nicht-geimpfte Kontrollgruppe wurden in den nächsten Jahren immer wieder untersucht und befragt. Der Versuch ergab eine substantielle Schutzwirkung der Impfstoffe, die bei BCG noch stärker als bei *Vole* war.³⁴⁰

Nachdem außerdem die Impfungen der Risikogruppen in den ersten Jahren erfolgreich und ohne große Komplikationen verlaufen waren, wurde im November 1953 den örtlichen Gesundheitsbehörden angeboten, langfristige Programme für eine Impfung von Schulkindern zu entwickeln, die sich jeweils auf einen Jahrgang – die Kinder zwischen dem 13. und 14. Lebensjahr – beschränken sollte. Die Impffzahlen blieben in den nächsten Jahren allerdings noch relativ gering und erreichten nur Bruchteile der Zielgruppe. 1954 impften die LHAs ca. 44 000, 1955 dann ca. 135 000 Schulkinder.³⁴¹ Auch das MRC war in Untersuchungen zu positiven Ergebnissen gekommen, befürwortete nun diese Impfung vehement und sprach von einer Schutzwirkung für zumindest zweieinhalb Jahre.³⁴² Der Gesundheitsminister forderte 1956 in einem Rundschreiben die LHAs auf, ihre Angebote für eine Impfung der 13jährigen auszubauen und möglichst die kompletten Jahrgänge zu impfen.³⁴³ Eine Ausweitung des Programmes auf jüngere Kinder wurde noch nicht erwogen; auch das *Standing Tuberculosis Advisory Committee* lehnte dies ab, da man die Komplikationsrate bei jüngeren Kindern als zu hoch einschätzte.³⁴⁴ Vor einer Impfung wurden alle Impflinge einem Tuberkulin-Hauttest unterzogen. Personen, bei denen auf diese Weise bereits Tuberkulose-Antikörper nachweisbar waren, wurden nicht geimpft.³⁴⁵ Für 1956 ergaben sich in dem Programm der LHAs für Schulkinder folgende Zahlenwerte:³⁴⁶

Anzahl der Hauttests	219 636
Anzahl der Negativergebnisse	170 809
Anzahl der Impfungen	166 079

In den nächsten Jahren erhöhten sich diese Zahlen sukzessive. 1958 impften die LHAs etwa 240 000 Schulkinder; 1960 und 1961 waren es jeweils über 440 000. Auch die Zahlen der unter dem auf Risikogruppen zielenden sogenannten *con-*

³⁴⁰ BRYDER, Mountain, S. 244–5.

³⁴¹ PRO, MH 55/1316, Ministry of Health an Local Health Authorities, Circular B.C.G. Vaccination of School Children, 5. 11. 1953; vgl. auch Ministry of Health, On the State of Public Health 1954, S. 86–87; 1961, S. 82.

³⁴² Ministry of Health, On the State of Public Health 1955, S. 102.

³⁴³ Annual Report, Central Health Services Council, 1957, S. 98.

³⁴⁴ PRO, MH 133/441, Standing Tuberculosis Advisory Committee, Meeting 17. 7. 1956.

³⁴⁵ PRO, MH 55/1316, Ministry of Health an Local Health Authorities, Circular B.C.G. Vaccination of School Children, 5. 11. 1953.

³⁴⁶ Annual Report, Central Health Services Council 1957, S. 99.

tact scheme Geimpften stiegen an.³⁴⁷ 1961 wurde die BGG-Impfung dann auch auf die jüngeren Schulkinder ab dem zehnten Lebensjahr ausgedehnt. So nahm

*Tabelle 13: BCG-geimpfte Personen in Großbritannien*³⁴⁸

<i>Jahr</i>	<i>Impfungen</i>
1949–1951	46 857
1952	46 776
1953	50 321
1954	104 027
1955	209 523
1956	243 060
1957	317 765
1958	338 686
1959	416 606
1960	551 164
1961	546 640
1962	520 756

die Tuberkuloseschutzimpfung mehr und mehr den Charakter einer generellen präventiven Maßnahme an.³⁴⁹

Bis 1958 wurde ausschließlich importierter, flüssiger Impfstoff aus Dänemark verwendet, der allerdings nur kurz gelagert werden konnte und schwierig zu handhaben war. Seit April 1958 stand britischer, gefriergetrockneter Impfstoff zur Verfügung, der in den Jahren zuvor entwickelt worden war. Letzterer war weitaus einfacher zu lagern und vereinfachte die Impfprozedur für die lokalen Gesundheitsbehörden erheblich. Von 1961 an verwendete man nur noch den britischen Impfstoff.³⁵⁰ Mitte der 1960er Jahre wurde es schließlich auch GPs erlaubt, die Impfung vorzunehmen, da der neue Impfstoff in kleinen Mengen ausgegeben werden konnte.³⁵¹

Generell hatte das Ministerium seit 1954 immer wieder darauf hingewiesen, daß sich die Gesundheitspolitik im Fall der Tuberkulose stärker auf die Prävention richten müsse. Denn obwohl die von Tbc verursachten Todesfälle stark gesunken seien, sei die Zahl der Neuerkrankungen nicht in gleichem Maße zurückgegangen, was verstärkte Präventionsmaßnahmen erfordere.³⁵² 1957 wurde dies in einem Rundschreiben des Ministerium an alle Lokalverwaltun-

³⁴⁷ MINISTRY OF HEALTH, 10 Year Survey, S. 170; Ministry of Health, On the State of Public Health 1961, S. 82.

³⁴⁸ PRO, MH 55/2303, BCG-Vaccination in England and Wales.

³⁴⁹ Ministry of Health, On the State of Public Health 1958, S. 101; 1961, S. 82–3.

³⁵⁰ Ministry of Health, On the State of Public Health 1958, S. 101; Ministry of Health, On the State of Public Health 1961, S. 82.

³⁵¹ PRO, MH 154/183, Judd an Eley, 5. 9. 1963.

³⁵² Annual Report, Central Health Services Council 1955, S. 98–9.

gen nochmals betont und ein besonderer Schwerpunkt auf die gründliche Recherche nach Kontaktpersonen von Neuinfizierten gelegt.³⁵³

The rapidly declining incidence of tuberculosis led to a shift in the emphasis from curative to preventive measures. While miniature X-rays remained an important weapon, vaccination became the most effective deterrent of all. Every effort was made to inoculate adults who had any contact with tuberculosis infection. By the end of 1959 nearly a half million such persons and more than twice that many school children had been vaccinated by the local health authorities.³⁵⁴

Die gezielte Prävention wurde Anfang der 1960er Jahre immer wichtiger. Hier wurden die Maßnahmen der BCG-Impfung und der Röntgenuntersuchungen kombiniert. Trat ein neudiagnostizierter Tbc-Fall auf, so wurden die ihm nahestehenden Personen zunächst einem Tuberkulin-Test unterzogen. Das Aufspüren der Kontaktpersonen war Aufgabe des *Medical Officer of Health* der lokalen Gesundheitsbehörde. Im Falle von negativen Reaktionen auf den Tuberkulin-Test wurden diese Personen geimpft, bei positivem Ergebnis sofort geröntgt.³⁵⁵

Zur Tuberkuloseprävention gehörte schließlich noch die Kontrolle der Milchversorgung, die auch den lokalen Behörden unterstand.³⁵⁶ Obwohl eine bessere Pasteurisierung zur Vermeidung der Übertragung von Rindertuberkulose bereits während des Krieges gefordert worden war, blieb eine umfassende Regelung lange aus. Im Jahresbericht des Gesundheitsministeriums von 1949/50 verwies man erneut auf die langjährigen Erfolge der Pasteurisierung in Kanada. In Großbritannien war die Verwendung pasteurisierter Milch zwar angestiegen, eine landesweite gesetzliche Maßnahme zum Verbot unpasteurisierter Milch konnte das Ministerium bis zu diesem Zeitpunkt jedoch nicht durchsetzen.³⁵⁷ 1949 wurde zumindest eine Regelung eingeführt, nach der die Milch verbindlich gekennzeichnet werden mußte: Es gab drei Kennzeichnungen *Tuberculin-Tested*, *Accredited* (wenn die Milch aus einer einzigen Herde kam, diese Kategorie wurde 1954 aufgegeben) sowie *Pasteurized*.³⁵⁸ 1952 klagte die BMA, es sei eine Schande, daß die Rindertuberkulose in Großbritannien immer noch nicht ausgerottet sei bzw. die Milch nicht generell pasteurisiert werde.³⁵⁹ 1954 waren dann immerhin 85 Prozent der Milch pasteurisiert; 1960 schließlich galt ganz Großbritannien als *Attested Area*, d. h. die gesamte erzeugte Milch war pasteurisiert bzw. tuberkulin-getestet, womit tuberkulöse Milch als Verursacher von Tbc-Erkrankungen praktisch ausgeschlossen war.

³⁵³ PRO, MH 55/2279, Ministry of Health an Local Health Authorities, Circular Prevention of Tuberculosis, 1957.

³⁵⁴ LINDSEY, *Socialized Medicine*, S. 384–5.

³⁵⁵ PRO, MH 55/2757, Joint Tuberculosis Council, Control of Tuberculosis 1961.

³⁵⁶ PRO, MH 133/441, Memorandum on the Organisation of the Tuberculosis Services under the National Health Services Act 1946, 1949.

³⁵⁷ Ministry of Health, *On the State of Public Health 1949/50*, S. 99.

³⁵⁸ BRYDER, *Mountain*, S. 247.

³⁵⁹ Well CMAC, SA/BMA 110, Tuberculosis in England, Draft Version 1952, BMA.

1.4.3 Maßnahmen und Praxis der Behandlung

In der Tuberkulosetherapie übernahm man in Großbritannien wie in der Bundesrepublik nach dem Zweiten Weltkrieg die US-amerikanischen Chemotherapeutika. Das Streptomycin wurde in Großbritannien erstmals 1947 verwendet und zunächst vor allem zur Therapie von tuberkulöser Meningitis und Miliartuberkulose genutzt. Bei diesen sonst tödlich verlaufenden Krankheitsformen sprach das Medikament gut an. Allerdings war Streptomycin extreme Mangelware, stand unter strenger regionaler Verwaltung und blieb im wesentlichen auf Patienten mit den eben genannten Krankheiten beschränkt.

In den Jahren 1947 und 1948 wurden einige kleinere Versuchsreihen unter der Leitung von Sir Weldon Dalrymple-Champneys aus dem Gesundheitsministerium über die Wirksamkeit des Streptomycin insbesondere bei tuberkulöser Meningitis durchgeführt.³⁶⁰ Die Überlebensrate lag nach sechs Jahren etwa bei 30 Prozent, was einen erheblichen Fortschritt gegenüber dem früher stets letalen Ausgang der Krankheit darstellte.³⁶¹ Das zweite Chemotherapeutikum, PAS, erwies sich – besonders in Kombination mit Streptomycin – als erfolgreich bei der Behandlung akuter progressiver Tuberkulose.³⁶² Die Resistenzen der Erreger, die bei alleiniger Anwendung von Streptomycin rasch auftraten, konnten durch den kombinierten Einsatz der Medikamente vermieden werden, was in Großbritannien schneller als in der Bundesrepublik Deutschland umgesetzt wurde. Auch bei Problemen und Fehlschlägen der Chemotherapeutika fiel die Beurteilung ihrer Wirksamkeit meist etwas positiver aus als in vergleichbaren Fällen in der Bundesrepublik.³⁶³ Insgesamt ist ein langsamer Übergang zur neuen Chemotherapie zu beobachten, stets abhängig von der jeweiligen Einstellung der behandelnden Fachärzte in den Krankenhäusern und Sanatorien.³⁶⁴

Ein drittes neues Therapeutikum, das Isoniazid (INH), bewirkte eine enorme Verbesserung des Zustands der Patienten. Es wurde 1952 in Großbritannien vom *Medical Research Council* in begrenztem Umfang getestet.³⁶⁵ Dabei wurde wie in den Vereinigten Staaten eine Kombinationstherapie von Streptomycin und Isoniazid als am effektivsten befunden.³⁶⁶ 1952 empfahl das Ministerium die Anwendung von INH allerdings zunächst nur in Kranken-

³⁶⁰ Ministry of Health, On the State of Public Health 1947, S. 79.

³⁶¹ Ministry of Health, On the State of Public Health 1953, S. 102.

³⁶² Englisch: Para-amino salicylic acid. PRO, MH 55/940, Ministry of Health, Tuberculosis in England and Wales, Juli 1952.

³⁶³ SALVI, Para-Amino-Salicylic Acid; JAMIESON, Streptomycin-Para-Aminosalicilic Acid Treatment.

³⁶⁴ Changing Treatments, S. 249; DUNNER et al., Plea.

³⁶⁵ Englisch: Isonicotinic Acid Derivatives. Ministry of Health, On the State of Public Health 1952, S. 99.

³⁶⁶ PRO, MH 55/940, Ministry of Health Tuberculosis in England and Wales, Juli 1952; vgl. auch Ministry of Health, On the State of Public Health 1953, S. 97; sowie COLLINS und BOWEN, Isoniazid.

häusern und Sanatorien mit einem gut ausgestatteten Labordienst, wo die Anwendung kontrolliert werden konnte.³⁶⁷

Ab 1953 standen dann alle drei der neuen Tuberkulosemittel in Großbritannien zur Verfügung und wurden meist in Kombination angewandt. Zwei Formen der Therapie bildeten sich heraus: zum einen medikamentöse Behandlung und Bettruhe ohne Kollapstherapie für neun bis achtzehn Monate (nach Möglichkeit in einem Sanatorium), danach, wenn nötig, Resektion eines Lungenteils (dies war die in den USA praktizierte Methode); zum anderen eine Kombination von Medikamenteneinsatz und Kollapstherapie, hier dauerte die Behandlung kürzer und erlaubte dem Patient meist schon nach 12 Monaten die Rückkehr an den Arbeitsplatz.³⁶⁸

Trotz der Fortschritte in der Chemotherapie behandelte man in Großbritannien Tuberkuloseerkrankungen weiterhin sowohl operativ als auch konservativ in Heilstätten. Die bei den Röntgenreihenuntersuchungen erhobenen Befunde wurden beispielsweise Anfang der 1950er Jahre stets in operable und inoperable Fälle klassifiziert.³⁶⁹ 1952 hieß es im jährlichen Bericht des Ministeriums: „Orthodox treatment and orthodox preventive measures will remain important for many years to come.“³⁷⁰ Heilstättenaufenthalte galten aber nicht mehr völlig unangefochten als Therapie der Wahl, hier gab es in England im Gegensatz zu Deutschland seit den 1940er Jahren durchaus kritische Untersuchungen, die die Wirksamkeit der Behandlung in Frage stellten.³⁷¹

Unter den lungenchirurgischen Verfahren erfreute sich der artifizielle Pneumothorax und die Kollapstherapie Anfang der 1950er Jahren noch großer Beliebtheit. Chemotherapeutika wurden dabei ergänzend eingesetzt, um die Patienten auf die Kollapstherapie vorzubereiten.³⁷² Auch im Gesundheitsministerium befürwortete man diese Art der Lungenchirurgie zumindest Anfang der 1950er Jahre vehement.³⁷³ Wie wichtig die Kollapstherapie noch 1954 eingeschätzt wurde, zeigt der Neubauplan einer *Chest Clinic* von 1954, in dem noch ein *Refill Room* eingeplant war für die Nachbehandlungen der Pneumothorax-Patienten.

1957 war dann allerdings der artifizielle Pneumothorax, dessen Wirksamkeit nie richtig bewiesen werden konnte, aus der Therapie der Tuberkulose fast

³⁶⁷ PRO, MH 55/940, Ministry of Health, Tuberculosis in England and Wales, Juli 1952.

³⁶⁸ LIVINGSTONE, Rational Drug Therapy.

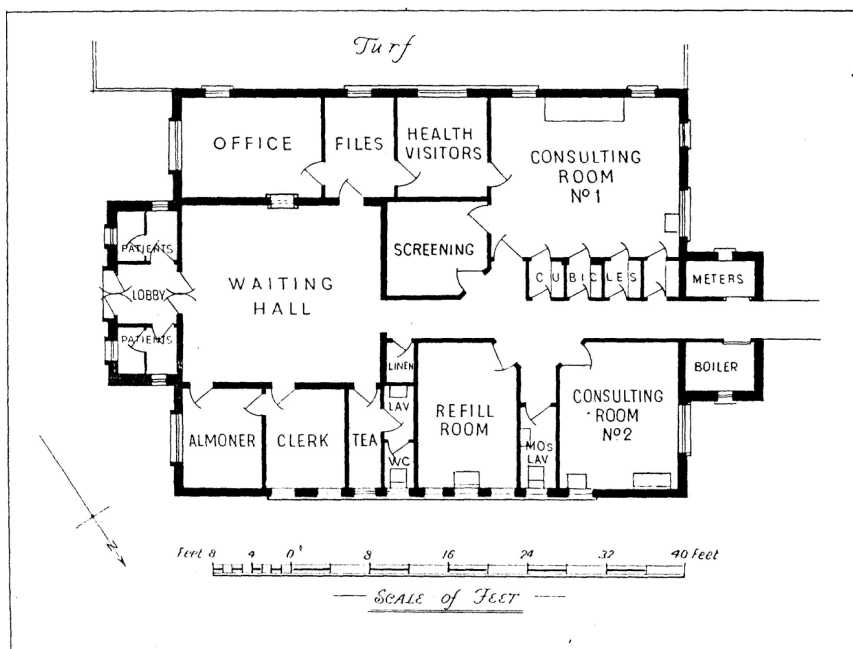
³⁶⁹ Ministry of Health, On the State of Public Health 1949/50, S. 101.

³⁷⁰ Ministry of Health, On the State of Public Health 1952, S. 99.

³⁷¹ Vgl. z. B. TATTERSALL, Survival, der die Überlebenschancen von Heilstättenbehandelten und Patienten ohne Heilstättenbehandlung gegenüber stellte und keine signifikanten Unterschiede fand. Solche Untersuchungen gab es zu dieser Zeit in Deutschland nicht; vgl. zur positiven Einschätzung der Heilstättenbehandlung DAY, Sanatorium Treatment. Eine starke Riege von Befürwortern der strengen Heilstättenkur fand sich aber auch in Großbritannien.

³⁷² BEARD, Thoracoplasty.

³⁷³ Well CMAC, SA/BMA 110, Edwards, Stoke on Trent Hospital Management Committee an Dr. Acrea, BMA, 1. 2. 1950.

Abbildung 4: Grundriß der „High Wycombe Chest Clinic“ von 1954³⁷⁴

gänzlich verschwunden. Die für den Fortbestand des Kollaps der Lunge nötigen Nachbehandlungen, die sogenannten *Refills*, gingen dementsprechend drastisch zurück. Wurden beispielsweise 1953 in der *Birmingham Chest Clinic* noch 14 000 *Refills* im Jahr durchgeführt, sank diese Zahl bis 1958 auf 512.³⁷⁵

Die Resektionschirurgie erlebte im Zusammenhang mit den neuen Chemotherapeutika Anfang der 1950er Jahre nochmals einen Aufschwung. Insbesondere sozial schwierige Patienten, denen man eine regelmäßige Medikamenteneinnahme nicht zutraute, erhielten die teuren und nach wie vor meist importierten Medikamente bis Ende der 1950er Jahre häufig nicht bis zu einer Ausheilung der Krankheit, sondern lediglich zur Vorbereitung auf die resektive Lungenchirurgie.³⁷⁶

Erst Anfang der 1960er Jahre setzte sich dann endgültig die Chemotherapie als alleinige Maßnahme in der Tuberkulosebehandlung durch; auf Lungenchir-

³⁷⁴ Two New Chest Clinics, S. 151.

³⁷⁵ ARBLASTER et al., Respiratory Tuberculosis, S. 200.

³⁷⁶ PRO, MH 55/940, Ministry of Health, Tuberculosis in England and Wales, Juli 1952; Major Surgery, S. 183; BRYDER, Mountain, S. 256.

urgie wurde nun weitgehend verzichtet.³⁷⁷ Dies spiegeln auch die Behandlungsempfehlungen des *Joint Tuberculosis Council* von 1961 wider:

Sputum-positive Patienten sollten so lange in Krankenhäusern oder Sanatorien bleiben, bis der Erreger nicht mehr im Sputum nachweisbar war. Solange die Erreger auf mögliche Resistenzen getestet wurden, empfahl das Komitee für den Anfang der Behandlung eine dreifache Chemotherapie (mit allen drei bekannten Wirkstoffen) in hoher Konzentration. Entsprechend den Ergebnissen der Labortests sollte dann eine langfristige Chemotherapie mit mindestens zwei Arzneimitteln begonnen werden. Auch nach negativem Sputumbefund mußte die Therapie noch mehrere Monate fortgeführt werden, um eine vollständige Erregerfreiheit des gesamten Organismus sicherzustellen. Danach sollten die Patienten regelmäßig jährlich kontrolliert werden, da trotz allem Rückfälle bei Tuberkulose nicht selten waren.³⁷⁸ Grundsätzlich wurde 1961 empfohlen, die Krankenhausaufenthalte nur so lange durchzuführen, wie die Patienten sputum-positiv, d. h. für ihre Umgebung ansteckend waren. Auch ihre Arbeit sollten die Patienten möglichst schnell wieder aufnehmen; von dem Konzept der langdauernden Sanatoriumsbehandlung war man Anfang der 1960er Jahre endgültig abgekommen – im Gegensatz zu Deutschland, wo man noch bis Ende der 1960er Jahre an der bei Patienten unbeliebten Heilstätten-therapie mit Ruhekur festhielt. Anfang der 1960er Jahre ging man in Großbritannien auch dazu über, bei Kindern und Jugendlichen Chemotherapeutika prophylaktisch einzusetzen. Besonders Kinder, die in Kontakt mit Tbc-Kranken gewesen waren und starke Reaktion beim Tuberkulin-Tests aufwiesen, wurden nun mit Antituberkulotika behandelt, um spätere Komplikationen auszuschließen.³⁷⁹

In der Praxis entwickelte sich die Behandlung für Tuberkulosekranke trotz der neuen Medikamente in den Anfangsjahren des NHS zu einem der größten Mißerfolge des neuen öffentlichen Gesundheitsdienstes.³⁸⁰ Mehrere Gründe führten zu langen Wartelisten und extremen Wartezeiten für die Patienten: Durch Kriegsfolgen war zum einen die Zahl der Tbc-Fälle stark gestiegen. Durch neu eingeführte Röntgenreihenuntersuchungen wurde zum zweiten ein weitaus größerer Teil der Erkrankungen diagnostiziert als bisher. Zum dritten nahmen die Patienten die ihnen vom neuen Gesundheitsdienst zugesicherten Krankenhaus- bzw. Sanatoriumsplätze auch tatsächlich in Anspruch; ein für alle abrufbares System der (allerdings sehr niedrigen) finanziellen Unterstützung ermöglichte mehr Menschen als je zuvor, eine Therapie anzugehen,

³⁷⁷ PRO, MH 55/2757, Joint Tuberculosis Council, Control of Tuberculosis 1961; vgl. auch ROSS, Antibacterial Therapy.

³⁷⁸ PRO, MH 55/2757, Joint Tuberculosis Council, Control of Tuberculosis 1961.

³⁷⁹ PRO, MH 55/2757, Joint Tuberculosis Council, Control of Tuberculosis 1961.

³⁸⁰ ECKSTEIN, Health Service, S. 239.

da der Verdienstausschlag zumindest minimal ausgeglichen wurde.³⁸¹ „The long waiting list for institutional treatment has continued to be the most urgent problem“,³⁸² hieß es sogar in der sonst wenig kritischen jährlichen Veröffentlichung des Gesundheitsministeriums *On the State of Public Health*. Die BMA urteilte 1950:

The inadequacy of the present provision for the diagnosis, treatment and after-care of tuberculosis in this country is a national scandal which cannot longer be viewed with complacency.³⁸³

Viele Patienten mußten sechs bis neun Monate auf einen Therapieplatz warten. Dies führte nicht nur zur Verbitterung unter den Patienten; Sorge bereitete auch die ständige Ansteckungsgefahr, die letztere darstellten.³⁸⁴ Die Ärzteschaft nahm das Problem der Tuberkulosebehandlung sehr ernst und forderte seit Beginn des NHS in zahlreichen Eingaben vom Ministerium die Behebung besonders krasser Mißstände.³⁸⁵ Auch in der Öffentlichkeit wurde herbe Kritik an den mangelhaften Leistungen des neuen NHS in diesem Bereich geübt.³⁸⁶ Allerdings gestaltete es sich für die Verantwortlichen äußerst schwierig, innerhalb des begrenzten finanziellen Spielraums die Situation substantiell zu verbessern.³⁸⁷ Eines der Hauptprobleme war der Personalmangel in den Tuberkulosekliniken, was in einer schlechten Auslastung der sowieso schon zu geringen Bettenzahl resultierte. Die Arbeit dort war extrem unbeliebt und so gestaltete es sich äußerst schwierig, ausreichend Personal anzuwerben.³⁸⁸ Das Personal fürchtete sich vor Infektionen; wenn man sich als Pflegerin ansteckte, konnte man zudem bis 1948 nicht mit Entschädigung in irgendeiner Form rechnen.³⁸⁹ Immerhin wurden bis 1951 zusätzlich 6000 Betten für Tuberkulo-

³⁸¹ PRO, MH 133/441, Central Health Services Council, Standing Tuberculosis Advisory Committee, Tuberculosis – Institutional Treatment, Memorandum 1949.

³⁸² Ministry of Health, *On the State of Public Health* 1949/50, S. 98.

³⁸³ PRO, MH 55/1163, BMA an Ministry of Health 15. 12. 1960.

³⁸⁴ PRO, MH 133/441, Memorandum on the Organisation of the Tuberculosis Services under the National Health Services Act 1946, 1949; vgl. auch PRO, MH 164/88, Hampshire County Council an Ministry of Health, 2. 8. 1950, worin über die langen Wartelisten in dieser Region berichtet wird.

³⁸⁵ Vgl. Well CMAC, SA/BMA B 110, Peter W. Edwards an Dr. Macrea, Deputy Secretary, BMA, 1. 2. 1950; Tuberculosis in England and Scotland, S. 917.

³⁸⁶ Das Ministerium hatte große Mühe, die aufgebrachten Beschwerdebriefe adäquat zu beantworten, vgl. PRO, MH 55/940, Entwurf eines Briefes des Public Relations Officers S.A. Heald, Oktober 1950.

³⁸⁷ PRO, MH 133/441, Memorandum on the Organisation of the Tuberculosis Services under the National Health Services Act 1946, 1949.

³⁸⁸ Ministry of Health, *On the State of Public Health* 1947, S. 76–7; vgl. auch PRO, MH 133/441, Memorandum on the Organisation of the Tuberculosis Services under the National Health Services Act 1946, 1949.

³⁸⁹ PRO, MH 133/441, Memorandum on the Organisation of the Tuberculosis Services under the National Health Services Act 1946, 1949 oder PRO, MH 55/940, Ministry of Health, Tuberculosis in England and Wales, Juli 1952.

sekranke geschaffen und es gelang, das Pflegepersonal aufzustocken. Bis Anfang der 1950er Jahre hatten sich die Wartelisten so etwas verringert.³⁹⁰

Ein weiterer Grund für die Überlastung des Systems waren die vielen chronischen Tuberkulosefälle, die nicht nach Hause entlassen werden konnten.³⁹¹ In einer Umfrage in der Region Birmingham über die chronischen Fälle gab eine Lokalverwaltung im Jahr 1952 beispielsweise folgende Zahlen an: 109 chronische Fälle lebten zu Hause, 21 in Institutionen; von den zu Hause wohnenden waren 95 adäquat untergebracht, 14 stellten eine große Gefahr für ihre Umgebung dar; von den in den Institutionen lebenden konnten vier nicht entlassen werden, weil sie keine passenden Wohnbedingungen zu Hause hatten, neun waren ohne Wohnung.³⁹²

Für die Patienten wurde der Mangel an Behandlungsplätzen zur lebensbedrohlichen Situation. Wurde ein Tuberkuloseleiden festgestellt, bekamen die wenigsten sofort einen Platz in einem Sanatorium zugewiesen. Ganz dringende Fälle, die kein großes Ansteckungsrisiko darstellten, konnten zwar binnen einiger Wochen in ein normales Krankenhaus überwiesen werden; die meisten Patienten mußten jedoch monatelang auf eine Einweisung in eine Tuberkuloseklinik warten.³⁹³ Dabei verschlechterte sich nicht nur ihr gesundheitlicher, sondern auch ihr psychischer Zustand extrem. Obwohl in den Berichten der Krankenhausverwaltungen stets davon gesprochen wurde, daß die Patienten auch zu Hause behandelt wurden,³⁹⁴ fand dies wohl in den meisten Fällen nicht statt. Dementsprechend reagierten viele Patienten und Angehörige mit großer Bitterkeit. Es hagelte Beschwerdebriefe an das Ministerium und an andere Behörden. Hier sei als Beispiel der Fall einer Frau aus Surrey berichtet, bei der während der langen Wartezeit keinerlei ambulante Behandlung durchgeführt wurde und deren Mann sich schließlich direkt an den Gesundheitsminister wandte:³⁹⁵

My wife has been in bed at home for six months with TB and I am informed that there is no immediate possibility of her being taken into a sanatorium. I have two young girls aged 7 and 10 and I am in London all day as a black-coated worker. I have had the assistance of a home help each morning until 1.30 p.m. for which I pay the normal full rates and after that time my wife is alone until my return at 7 p.m. During the time that my wife has been in bed there has been no medical treatment of any sort although there is a periodical visit

³⁹⁰ Auch die BMA zeigte sich in einem Report von 1952 mit den Verbesserungen hinsichtlich der Therapiemöglichkeiten zufrieden; Well CMAC, SA/BMA 110, Tuberculosis in England, Draft Version 1952, BMA.

³⁹¹ PRO, MH 133/441, Memorandum on the Organisation of the Tuberculosis Services under the National Health Services Act 1946, 1949.

³⁹² Es handelte sich um die LHA Yorkshire North Riding; PRO, MH 133/446, Information on Chronic Tuberculosis Cases 1953.

³⁹³ Well CMAC, SA/BMA 110, North West Metropolitan Regional Hospital Board, Tuberculosis 1951.

³⁹⁴ Well CMAC, SA/BMA 110, North West Metropolitan Regional Hospital Board, Tuberculosis 1951.

³⁹⁵ PRO, MH 88/164, R.D. Curwain an A. Bevan, Minister of Health, 25. 10. 1950.

from the Health Visitor who is not qualified to prescribe treatment. I believe that medical treatment is necessary in the early stages but if this cannot be given in a sanatorium because there is insufficient accommodation then I suggest it is necessary to arrange for medical treatment to be given in the home. [...] My wife has got to the point at the present time where she can see no future and this is a matter of grave concern to me.

Besonders verbittert waren ehemalige Soldaten, die sich ihre Krankheit während des Krieges zugezogen hatten und die nun lange auf einen Sanatoriumsplatz warten mußten. Manche bemühten sich dann selbst um eine Möglichkeit, in die Schweiz zu kommen. Anträge für die nötigen Devisen wurden jedoch von den Behörden abgelehnt, d.h. diese Patienten mußten oft Monate untätig zusehen, wie sich ihr Zustand verschlechterte.³⁹⁶

Manche Patienten verstarben, bevor ihnen ein Krankenhausplatz zugewiesen wurde, wie beispielsweise ein Mr. Winchester, der im Januar 1950 an dem Tag der Tbc erlag, an dem sein Antrag auf Sanatoriumsaufenthalt weitergeleitet wurde. Die Krankenhausbehörde und das Gesundheitsministerium reagierten auf solche tragischen Fälle meist nur mit allgemeinen Hinweisen auf die überfüllten Wartelisten:

I understand that Mr. Winchester was first seen at Redhill County Hospital on 27th November 1950 when he complained of a pain in the neck. It was noticed that he did not appear well and that he had been losing weight. His chest was x-rayed and this showed diffuse infiltration of both lung fields suggestive of chronic tuberculous infection. Sputum tests carried out gave a positive result and it was suggested to Mr. Winchester's doctor that the patient should be referred to the Chest Physician. He was seen at the Hospital on 11th December when the opinion was expressed that as he had open tuberculosis he could not be admitted to a general ward and that he could only come in under the care of the Chest Physician in the TB block. The Chest Physician says that Dr. Brown asked him to see Mr. Winchester and visited the patient on the first opportunity 28th December 1950. On examination Dr. Campbell found him a very ill man with advanced pulmonary tuberculosis and associated central neurological lesion. Dr. Campbell recommended Mr. Winchester for admission to an institution and the recommendation went forward on 4th January which was unfortunately the day on which the patient died. [...] As you know the waiting lists for hospital accepting TB patients are very congested and in the normal way a male patient must wait several months for admission.³⁹⁷

Um diesem dramatischen Mißständen wenigstens etwas abzuhelpfen, schlug 1949 das *Standing Tuberculosis Advisory Committee* in einem Memorandum vor, die Krankenhäuser und Sanatorien durch Heime (sogenannte *Hostels*) zu entlasten. In diesen Einrichtungen mit Raum für jeweils etwa 30 Personen konnten chronische Fälle, deren eigene Wohnverhältnisse unzureichend waren oder die gar nicht über eine eigene Wohnung verfügten, untergebracht werden. Dort sollten den Patienten adäquate Wohnbedingungen geboten und sie gleich-

³⁹⁶ Vgl. hierzu verschiedene Briefe aus MH 88/164, z. B. Dr. Kingsfield an Blenkinsop, Ministry of Health, 1949.

³⁹⁷ PRO, MH 88/165, West Metropolitan Regional Hospital Board an Ministry of Health 24. 1. 1950.

zeitig von den zuständigen *Chest Physicians* betreut werden. Die *Hostels* sollten unter der Aufsicht der LHAs stehen.³⁹⁸

Das Ministerium versuchte außerdem, durch Umverteilung der Betten und Umwidmung anderer klinischer Abteilungen – die jedoch eigentlich ebenfalls dringend in dem total überlasteten Krankenhaussektor des NHS gebraucht wurden – dem Problem der enormen Wartezeiten ansatzweise beizukommen. Das Gesundheitsministerium forderte 1950 bei allen regionalen Krankenhausverwaltungen Übersichten an, in welchen Allgemeinkrankenhäuser sinnvollerweise noch Tuberkulosepatienten untergebracht werden könnten, bzw. welche Tbc-Krankenhäuser noch ausbaufähig seien.³⁹⁹ Den meisten regionalen Krankenhausverwaltungen gelang es, zusätzliche Betten zu organisieren; das *Liverpool Regional Hospital Board* nannte dem Ministerium beispielsweise 144 neue Betten, aus Oxford wurden 79 mögliche neue Betten gemeldet.⁴⁰⁰ Nicht-ansteckende Tuberkulosepatienten verlegte man in vielen Regionen im Zuge dieser Umverteilung in allgemeine Krankenhäuser.⁴⁰¹ Dennoch blieb die Situation mehr als prekär.

Weitere Entlastung hinsichtlich der enormen Bettenknappheit versprach die Einführung ambulanter Behandlungsformen: Bereits 1949 war eine ambulante Behandlung bei der Kollapstherapie ausprobiert worden. Patienten der *Willesden Chest Clinic* in Middlesex, die nur über 58 Betten für Tuberkulosekranke verfügte, entließ der behandelnde Arzt nach Anbringung eines Pneumothorax und kurzer stationärer Behandlung für sechs Monate zu strenger Bettruhe nach Hause.⁴⁰² Das Schema funktionierte dank eines sehr engagierten *Chest Physician* sehr gut; bei vielen Patienten besserte sich der Zustand rasch. Angesichts dieses erfolgreichen Beispiels befürwortete der Gesundheitsminister eine Ausweitung des Modells: Kürzere stationäre Aufenthalte sollten mit Perioden einer Behandlung zu Hause kombiniert werden, sofern die Wohnbedingungen des Patienten dies erlaubten.⁴⁰³ Sogenannte *Night Sanatoria* sollten auf Patienten zielen, die Hoffnung auf Rehabilitation hatten und in der Lage waren in „geschützten“ Werkstätten oder Fabriken zu arbeiten, es aber nicht geschafft hatten, in eine Tuberkulose-Kolonie aufgenommen zu werden. Für sie sollte das Nachtsanatorium eine betreute Wohnmöglichkeit darstellen, in der sie auch

³⁹⁸ PRO, MH 133/441, Memorandum on the Organisation of the Tuberculosis Services under the National Health Services Act 1946, 1949.

³⁹⁹ PRO, MH 55/1158, National Health Service Tuberculosis Service, 8. 7. 1950.

⁴⁰⁰ PRO, MH 55/1158, Liverpool Regional Hospital Board an Ministry of Health, 27. 9. 1950; Oxford Regional Hospital Board an Ministry of Health, 10. 11. 1950.

⁴⁰¹ PRO, MH 55/940, More Beds for Tuberculosis Patients, 11. 7. 1950; vgl. auch Ministry of Health, On the State of Public Health 1952, S. 99.

⁴⁰² PRO, MH 133/441, Domiciliary Collapse Therapy in Tuberculosis, Note by Dr. Norman Smith, Ministry of Health, Dezember 1949; vgl. auch HELLER, Treatment, der dieses Schema in der Hounslow Chest Clinic seit 1945 ausprobierte.

⁴⁰³ PRO, MH 55/940, More Beds for Tuberculosis Patients, 11. 7. 1950; Ministry of Health Tuberculosis in England and Wales, Juli 1952.

medizinische Betreuung erhielten und von wo aus sie in begrenztem Umfang einer Arbeit nachgehen konnten. Auch diese Einrichtungen unterstanden den LHAs.⁴⁰⁴

Das Problem der Aufteilung zwischen Prävention, Diagnose, Behandlung und Nachsorge bereitete ebenfalls in den Anfangsjahren Probleme, da die Koordination zwischen den lokalen Behörden und den Krankenhausverwaltungen nicht überall funktionierte und die Benachrichtigung der Dienste untereinander zu lange dauerte. In Stellungnahmen des Ministeriums wie auch des Gesundheitsministers wurde stets eine bessere Zusammenarbeit gefordert.⁴⁰⁵ Für die Patienten bedeutete dies, daß Behandlung, Röntgenuntersuchungen, Untersuchungen von Kontaktpersonen, individuelle Gesundheitsberatung und -erziehung von den Krankenhäusern durchgeführt wurden; Nachsorge, Rehabilitationsbemühungen, Besuche durch *Health Visitors*, Versorgung durch Hauspflege, Extra-Verpflegung, finanzielle Beihilfen über die örtlichen Gesundheitsbehörden zu beziehen waren.⁴⁰⁶ Dies erschwerte die Situation für den einzelnen Patienten neben dem Problem der Heilstättenplätze zusätzlich.

Eigentlich wäre es Anfang der 1950er Jahre notwendig gewesen, in Neu- bzw. Umbauten von Krankenhäusern oder von Wohnheimen für Tuberkulosekranke zu investieren. Das *Standing Tuberculosis Advisory Committee* bemängelte nach wie vor dieselben Mißstände: Gerade für die Lungenchirurgie gab es enorme Wartelisten, chronische Fälle blockierten die Sanatorien – erneut wurde den LHAs empfohlen, Heime zu errichten, die diese chronischen Pflegefälle aufnehmen könnten.⁴⁰⁷ Größere Baumaßnahmen schienen jedoch wegen der angespannten Finanzlage des NHS nicht möglich. Entsprechende Vorschläge auch anderer Organisationen wurden stets negativ beschieden mit Hinweis auf die unvermeidbaren Grenzen, die dem NHS gesteckt seien.⁴⁰⁸

Da die englischen Sanatorien und Krankenhäuser völlig überfüllt waren, hatte es schon vor der Einführung des NHS eine heftige Diskussion darüber gegeben, ob nicht vermehrt Tuberkulosekranke in die Schweiz geschickt werden könnten, wo freie Bettenkapazitäten zur Verfügung standen. Sogar im Parlament war diese Frage hitzig diskutiert worden. Ein Abgeordneter forderte beispielsweise im Februar 1946 im Unterhaus, die britische Regierung solle zwei deutsche Sanatorien übernehmen. Angeheizt wurde die Diskussion durch den Hinweis, in den Schweizer Sanatorien würden Nazis behandelt.⁴⁰⁹ Das *Ministry of Pensions* schickte eine begrenzte Zahl von Ex-Soldaten in Schwei-

⁴⁰⁴ PRO, MH 133/441, Memorandum on the Organisation of the Tuberculosis Services under the National Health Services Act 1946, 1949.

⁴⁰⁵ PRO, MH 55/940, More Beds for Tuberculosis Patients, 11. 7. 1950.

⁴⁰⁶ PRO, MH 133/441, Memorandum on the Organisation of the Tuberculosis Services under the National Health Services Act 1946, 1949.

⁴⁰⁷ PRO, MH 133/441, Standing Tuberculosis Advisory Committee, Meeting May 1952.

⁴⁰⁸ PRO, MH 55/1163, Ministry of Health an BMA, 17. 1. 1951.

⁴⁰⁹ PRO, MH 55/1314, Auszug aus Parliamentary Debates, House of Commons, 20. 2. 1946.

zer Sanatorien. Daß die Anzahl der Patienten stark limitiert war, löste große Empörung aus. Es war zudem kaum möglich, sich solche Aufenthalte selbst zu finanzieren; Anträge für den Umtausch der erforderlichen Devisen wurden von den zuständigen Regierungsstellen stets abgelehnt.⁴¹⁰ Im neugegründeten NHS war eine Verschickung von Patienten in die Schweiz zunächst nicht vorgesehen und auch nicht zulässig, da ein solcher Auslandsaufenthalt keinerlei medizinische Vorteile bot. Eine Gesetzesänderung des *NHS Act* erlaubte es 1951 schließlich, Patienten in Schweizer Sanatorien zu schicken; auch Geldumtausch für Gesundheitsaufenthalte war nun gestattet.⁴¹¹ Auch wenn letztlich nur wenige Patienten von diesen Aufenthalten Gebrauch machten, war diese Regelung von nicht zu unterschätzender psychologischer Bedeutung. Viele englische Patienten waren über die Einschränkung sehr empört gewesen (deutschen Patienten war auch während der Besatzungsjahre ein Aufenthalt in der Schweiz möglich). Die Patienten wurden von den *Chest Physicians* und den Fachärzten der *Chest Clinics* gemeinsam ausgewählt, beantragen konnte man die Behandlung nicht.⁴¹²

Bis Mitte der 1950er Jahre entspannte sich die Lage in den britischen Tuberkuloseheilstätten dann erheblich, was vom Gesundheitsministerium mit großer Erleichterung zur Kenntnis genommen wurde.⁴¹³ Die Zahlen auf den Wartelisten gingen stark zurück, auch die Dauer der Warteperiode konnte verkürzt werden, danach mußten Patienten kaum noch mit Wartezeiten rechnen, außer wenn sie in einer bestimmten Heilstätte aufgenommen werden wollten. Während 1950 noch 9578 Patienten auf einen Behandlungsplatz gewartet hatten, sank die Zahl bis 1953 auf 5299; 1955 standen nur noch 1387 Tbc-Kranke auf einer Warteliste.⁴¹⁴

Seit Mitte der 1950er versuchte man zudem, die Behandlung dank der neuen Behandlungsmöglichkeiten mit Chemotherapeutika stärker zu individualisieren.⁴¹⁵ Viele Patienten wurden nun nach einem kürzeren Klinikaufenthalt nach Hause entlassen, da sie in Folge der medikamentösen Therapie relativ rasch nicht mehr ansteckend waren. Sie konnten nun in den Tuberkuloseambulanzen weiterbehandelt werden. In der Praxis verlief dies jedoch von Heilstätte zu Heilstätte höchst unterschiedlich: In manchen der Krankenhäuser setzte man schon früh verstärkt auf Chemotherapie, in anderen Heilstätten wurden – in Kombination mit geringen Gaben von Chemotherapeutika – weiterhin in er-

⁴¹⁰ RPO, MH 55/1314, Sending of Ex-Servic Tuberculous Patients to Switzerland by Ministry of Pensions, September 1946.

⁴¹¹ PRO, MH 55/940, Ministry of Health, Tuberculosis in England and Wales, Juli 1952. Generell konnten nun Devisen für Gesundheitsaufenthalte zur Verfügung gestellt werden, vgl. PRO, MH 55/940, More Currency for Health Travel, 15. 2. 1951.

⁴¹² PRO, MH 55/1315, Private Secretary of the Health Minister an J.B. Figgins, General Secretary the National Union of Railwaymen, 4. 3. 1952.

⁴¹³ PRO, MH 133/441, Standing Tuberculosis Advisory Committee, Meeting 17. 7. 1956.

⁴¹⁴ Ministry of Health, On the State of Public Health 1952, S. 101; 1953, S. 96.

⁴¹⁵ Ministry of Health, On the State of Public Health 1954, S. 83.

ster Linie Ruhekuren durchgeführt, operiert bzw. die Kollapstherapie mit Hilfe eines artifiziellen Pneumothorax verfolgt.⁴¹⁶ Wurden die Patienten wieder nach Hause entlassen, gestaltete sich die Versorgung über die einzelnen Gesundheitsbehörden ganz verschieden. Gerade wenn Krankenhäuser dazu übergingen, ihre Patienten nach Operationen oder bei der Kollapstherapie früh zu entlassen, war die Versorgung mit Haushaltshilfen essentiell, die eigentlich von den LHAs geleistet werden sollte. In vielen Regionen weigerten sich allerdings die Hilfen, wegen der Ansteckungsgefahr bei Tuberkulösen zu arbeiten; manche LHAs bezahlten Verwandte des Kranken, damit diese sich um ihn kümmerten. Die Betreuung durch Physiotherapeuten oder Sozialarbeiter für nach Hause entlassene Patienten gestaltete sich in den einzelnen örtlichen Gesundheitsbehörden ebenfalls höchst unterschiedlich.⁴¹⁷

Die Zahl der in den Tuberkuloseambulanzen und Heilstätten registrierten Patienten ging bis 1957 nicht zurück, obwohl die Fälle an neuer Tuberkulose stark sanken. Dies hatte verschiedene Ursachen: Die niedergelassenen Allgemeinärzte spielten mittlerweile ebenfalls eine wichtigere Rolle bei der Bekämpfung der Krankheit, insbesondere bei der Früherkennung: „The leadership of the battle against this scourge is in your hands,“ hieß es im jährlichen Bericht des Gesundheitswesens von 1954.⁴¹⁸ Da den GPs nun verstärkt die Apparate der Reihenröntgenuntersuchung zur Verfügung standen, tendierten sie dazu, Patienten mit Lungenproblemen häufiger zu Röntgenuntersuchungen zu schicken als früher. Dies führte dazu, daß gerade bei älteren Männern eine Vielzahl von chronischen Tuberkulosefällen entdeckt wurde. Diese Patienten benötigten meist einen längeren Krankenhausaufenthalt, da sie auch durch die neue Chemotherapie nicht schnell zu heilen waren, und füllten so die Sanatorien.⁴¹⁹ Generell verschob sich die Mehrheit der Tuberkulosekranken bei beiden Geschlechtern hin zu höheren Altersgruppen, wobei aber die Gruppe der Männer einen deutlichen Überhang aufwies.⁴²⁰ Ende der 1950er Jahre wurde Tuberkulose besonders häufig bei älteren, obdachlosen Männern festgestellt. Tuberkulose entwickelte sich – zumindest teilweise – zu einer Krankheit der Randgruppen der Gesellschaft.⁴²¹ Die weiterhin hohe Zahl von Tuberkulose-

⁴¹⁶ CONDRAU, Lungenheilanstalt, S. 228, der den typischen Fall einer Patientin beschreibt, die zunächst mit Chemotherapeutika und dann mit einem Pneumothorax behandelt wurde.

⁴¹⁷ Well CMAC, SA/BMA 110, Draft Memorandum on the Problem of Obtaining Adequate Nursing Staff for the Nursing of All Stages of Tuberculosis [1951].

⁴¹⁸ Ministry of Health, On the State of Public Health 1954, S. 83.

⁴¹⁹ Ministry of Health, On the State of Public Health 1957, S. 103–4.

⁴²⁰ ARBLASTER et al., Respiratory Tuberculosis, S. 195.

⁴²¹ ELWOOD, Tuberculosis. Ende der fünfziger Jahre hatten sich außer für Randgruppen der Gesellschaft die Wohnbedingungen für die meisten Menschen soweit gebessert, daß eine direkte Beeinflussung der Tuberkulosehäufigkeit nicht mehr gegeben war, vgl. BRETT und BENJAMIN, Housing. Diese generelle Verschiebung der Patientengruppen wurde auch vom Standing Tuberculosis Advisory Committee diskutiert; PRO, MH 133/441, Standing Tuberculosis Advisory Committee, Meeting 17. 7. 1956.

kranken in den *Chest Clinics* ging auch darauf zurück, daß die Lungenfachärzte seit Mitte der 1950er Jahre dazu tendierten, ihre Patienten nach kürzerem Klinikaufenthalt nach Hause zu schicken. Um keine Risiken einzugehen, behielt man die Patienten für eine lange Periode unter Überwachung, d.h. sie mußten sich ambulant in den *Chest Clinics* kontrollieren lassen.⁴²²

Eine neue Gruppe an Tuberkulosekranken rückte seit Mitte der 1950er Jahre stärker in den Vordergrund: die Immigranten, insbesondere aus Ungarn, Irland, Indien und Pakistan, wobei letztere vor allem unter den schweren Tuberkulosefällen eine große Gruppe ausmachten.⁴²³ Innerhalb des Ministeriums und der verschiedenen Tuberkulose-Expertengremien gab es durchaus Vorschläge, alle Einwanderer einer Zwangsrontgenuntersuchung zu unterziehen. Die BMA trat beispielsweise wiederholt für verpflichtende Untersuchungen von Immigranten ein.⁴²⁴ Dies wurde allerdings von anderen Gesundheitspolitikern sehr kritisch gesehen: Der Schaden von Zwangsmaßnahmen für das generelle Konzept der präventiven Medizin wurde ins Feld geführt, ebenso die grundsätzlich liberale Tradition, die es stets erlaubt habe, Großbritannien mit einem Minimum an Kontrolle zu betreten. Ein Angebot der Röntgenuntersuchungen für breite Bevölkerungsschichten wurde für wesentlich zweckmäßiger gehalten.⁴²⁵ Deutlich wird hier die ganz andere Haltung als in der Bundesrepublik der Nachkriegszeit, wo Zwangsrontgenuntersuchungen für die gesamte Bevölkerung in verschiedenen Bundesländern ohne größere Widerstände durchgesetzt wurden. Letztlich versuchte man der Sache in Großbritannien vor allem durch freiwillige Röntgenreihenuntersuchungen in Wohnvierteln der Immigranten Herr zu werden.⁴²⁶ Die Schwierigkeiten wuchsen mit der steigenden Anzahl der Einwanderer aus Indien und Pakistan in den nächsten Jahren an, wobei die Tbc-Kranken aus diesen Ländern oft sehr schwere Formen der Tuberkulose entwickelt hatten. Besondere Maßnahmen wurden jedoch bis 1962 nicht ergriffen.⁴²⁷ Dann änderte sich die Situation durch die 1962 erlassenen *Commonwealth Immigrants Bill*, wodurch der Gesundheitsminister die Möglichkeit erhielt, medizinische Untersuchungen vor der Einreise anzuordnen.⁴²⁸

⁴²² Ministry of Health, On the State of Public Health 1957, S. 103–4; vgl. auch MINISTRY OF HEALTH, 10 Year Report, S. 14.

⁴²³ PRO, MH 133/441, Central Health Services Council, Standing Tuberculosis Advisory Committee, Meeting 29. 10. 1957; vgl. auch Tuberculosis in Immigrants.

⁴²⁴ PRO, MH 55/2279, BMA an Sir John Charles, Ministry of Health, 2. 8. 1957; vgl. auch BMAA, Tuberculosis and Diseases of the Chest Committee Group Papers, Meeting 19. 5. 1955, Draft Report.

⁴²⁵ PRO, MH 55/2756, Joint Tuberculosis Council, Meeting 19. 11. 1955.

⁴²⁶ PRO, MH 133/441, Central Health Services Council, Standing Tuberculosis Advisory Committee, Meeting 29. 10. 1957.

⁴²⁷ PRO, MH 133/441, Central Health Services Council, Standing Tuberculosis Advisory Committee, Meeting 29. 10. 1957; PRO, MH 133/442, Central Health Services Council, Standing Tuberculosis Advisory Committee, Meeting 17. 10. 1961.

⁴²⁸ BMAA, Tuberculosis and Diseases of the Chest Committee Group Papers, Meeting 29. 6. 1962.

Neben der Prävention und den Behandlungsmaßnahmen unterstand dem NHS auch der Bereich der Rehabilitation für Tuberkulosekranke. Bis Anfang der 1950er Jahre verbesserten sich die beruflichen Rehabilitationsangebote: nun konnten Tuberkulose in sieben speziellen Fabriken in England und Wales untergebracht werden.⁴²⁹ Grundsätzlich befürwortete man in Großbritannien, ehemalige Patienten in Aushilfstätigkeiten in den Sanatorien selbst zu beschäftigen. Das entsprach dem Konzept der Arbeitstherapie, auf das oben bereits eingegangen wurde.⁴³⁰

Bereits 1952 stimmte das Ministerium außerdem offiziell zu, daß Patienten mit offener Tuberkulose – wenn es der zuständige *Chest Physician* erlaubte – in normalen Arbeitsstellen ihrem Beruf nachgingen.⁴³¹ Dies sollte je nach Einzelfall entschieden werden und nur dann erlaubt sein, wenn der jeweilige Patient keine Gefährdung für seine Kollegen darstellte. Die Zahlen der so Beschäftigten blieben gering, in ganz England und Wales wurden von April bis Oktober 1952 gerade einmal 17 Personen in neue Beschäftigungsverhältnisse übernommen.⁴³² Die BMA kritisierte diese Änderung scharf und bestand weiterhin auf betreuten Workshops für Tuberkulosekranke. Im Ministerium hielt man die Lösung nach Einzelfällen für adäquater.⁴³³ Wenn diese neue Haltung sicherlich vor allem den finanziellen Problemen geschuldet war (betreute Arbeitsplätze waren teuer), stellte dies dennoch eine neue Herangehensweise des Ministeriums an das Problem Tuberkulose dar. Tbc wurde nun eher wie andere Krankheiten eingestuft, für die keine außerordentlichen sozialen Maßnahmen notwendig waren.

Dank der Chemotherapeutika verließen in den 1950er Jahren mehr und mehr Patienten die Tbc-Krankenhäuser oder beendeten ihre Therapie als tatsächlich geheilt und konnten ihre früheren Tätigkeiten wieder aufnehmen. Dennoch unterhielten die LHAs in den folgenden Jahren noch Beschäftigungsmöglichkeiten für Tuberkulose; die Zahl dieser Einrichtungen war jedoch nicht groß.⁴³⁴ Letztlich entwickelten sich diese Arbeitsstätten zu einem marginalen

⁴²⁹ PRO, MH 57/451, Rehabilitation of Persons Suffering from Tuberculosis, passim; vgl. hierzu auch BRYDER, Mountain, S. 236–237.

⁴³⁰ PRO, MH 133/441, Memorandum on the Organisation of the Tuberculosis Services under the National Health Services Act 1946, 1949; vgl. hierzu auch oben S. 149.

⁴³¹ PRO, MH 55/1164 Ministry of Health an Local Health Authorities, Occupational Resettlement of tuberculous Persons, 8. 4. 1952.

⁴³² PRO, MH 55/1164, Note for Meeting with BMA 21. 4. 1953.

⁴³³ PRO, MH 55/1164, Note of Meeting with BMA 21. 4. 1953.

⁴³⁴ PRO, MH 55/1164 Note of a Meeting of Ministry of Health/Ministry of Labour, 26. 5. 1953. Die Einrichtung von Trainings- und Arbeitsmöglichkeiten unterstand allerdings sowohl dem Arbeits- als auch dem Gesundheitsministerium. Das Arbeitsministerium weitete seine Aufgaben hinsichtlich der Ausbildung behinderter Personen auf die Tuberkulosekranke aus und sollte hier mit dem Gesundheitsministerium zusammenarbeiten, was jedoch nicht reibungslos funktionierte. Für die Local Authorities entstand zudem die problematische Situation, daß sie betreute Arbeitsstätten für Tuberkulose entweder unter dem *NHS Act* oder dem *National Assistance Act* von 1948 errichten konnten, was kaum zur Klarheit

Element der Tuberkulosebetreuung. Einige lokale Behörden betrieben sogenannte *Colonies*, in denen Tuberkulosekranke betreut arbeiten konnten. Das *Cheshire County Council* unterhielt beispielsweise eine derartige Arbeitsstätte mit dem Namen *Wrenbury Hall*, das *Nottinghamshire County Council* das *Sherwood Village Settlement*. Beide waren in der Nähe eines Krankenhauses. Patienten, die mindestens drei Stunden am Tag arbeiten konnten, wurden in den Branchen Geflügelzucht, Bürstenmachen, Handarbeiten, Schreinerarbeiten etc. beschäftigt.⁴³⁵ Manche Lokalbehörden schickten ihre Patienten auch in betreute Werkstätten, die von gemeinnützigen Vereinen betrieben wurden, z. B. *Papworth Village* (bei Cambridge), *Enham-Alamein* (Hampshire) und *Preston Hall* (Maidstone).⁴³⁶ Mitte der 1950er Jahre wurden vom *Standing Tuberculosis Advisory Committee* die Lage der Tbc-kranken Personen auf dem Arbeitsmarkt als zufriedenstellend bezeichnet. Viele Personen kämen ohne die Hilfe der Gesundheitsbehörden in Beschäftigungen unter, sofern sie keine Rückfälle erlitten; in den Sanatorien würden nach wie vor zahlreiche ehemalige Tbc-Kranke angestellt.⁴³⁷

Für die Problemgruppe der älteren Männer mit chronischer Tbc wurden in den 1950er Jahren neue Unterbringungsmöglichkeiten geschaffen. Das *London Council* betrieb beispielsweise 1958 drei Heime für Tbc-kranken Männer, die keine Wohnung hatten bzw. sonst in sehr unzulänglichen Verhältnissen wohnen mußten.⁴³⁸

Tuberculosis is fast becoming a disease of old age and will have to be regarded as a geriatric problem. Close liaison with geriatricians therefore becomes increasingly important. Difficulties are frequently encountered in arranging suitable rehabilitation or training for patients in the older age groups i.e. 45 years of age and above.⁴³⁹

Insgesamt sah das britische Gesundheitsministerium in den 1950er Jahren die Folgen der Revolution in der Tuberkulosebehandlung durch die Chemotherapie wesentlich deutlicher als die zuständigen deutschen Gremien und begann

beitrug. Über das Arbeitsministerium konnten die LHAs Unterstützung für Training und Beschäftigung beziehen, über das Gesundheitsministerium lediglich für die Ausbildung von Tuberkulösen; PRO, MH 57/541, Ministry of Labour an Ministry of Health, 28. 3. 1953.

⁴³⁵ MINISTRY OF HEALTH, 10 Year Survey, S. 169; vgl. auch LINDSEY, *Socialized Medicine*, S. 384–385.

⁴³⁶ MINISTRY OF HEALTH, 10 Year Survey, S. 170; vgl. zu Papworth auch TRAIL, Papworth, S. 46. Diese Arbeitsstätten hatten allerdings als gemeinnützige Einrichtungen große Probleme, unter den Förderungsbedingungen des Gesundheits- oder Arbeitsministeriums überhaupt Unterstützung zu beziehen. Anträge von Preston Hall wurden beispielsweise von beiden Ministerien abgelehnt, Preston Hall wandte sich daraufhin mit der Bitte um Unterstützung direkt an die LHAs, vgl. PRO, MH 55/1164, Note of a Meeting of Ministry of Health/Ministry of Labour, 26. 5. 1953.

⁴³⁷ PRO, MH 133/441, Joint Panel on the Resettlement of the Tuberculous, Summary of points dealt with at 27. 1. 1955 und 17. 10. 1955.

⁴³⁸ MINISTRY OF HEALTH, 10 Year Survey, S. 170.

⁴³⁹ PRO, MH 133/447, Accomodation and Employment of Long-Stay Tuberculosis Patients, Februar 1961.

mit entsprechenden Umstrukturierungen. 1955 hieß es im offiziellen Jahresbericht des Ministeriums:

But it is only in the past six years, during which chemotherapy has been widely used that, at long last, the biological balance seems to have turned decisively against the tubercle bacillus, with the resultant unprecedented decline of mortality and morbidity, in all age groups [...] with this striking change, the present is recognised as a critical phase in the war against a scourge which has destroyed over five million people in England and Wales during the past hundred years. There is considerable optimism that present methods of treating its victims and preventing its spread are such that, within the next few decades, the disease may be effectively brought under control. [...] In the process of control, the major emphasis will have to shift from therapeutics to prevention.⁴⁴⁰

Da Mitte der 1950er Jahre ausreichend Heilstätten- und Krankenhausplätze in Großbritannien zur Verfügung standen, wurde beispielsweise das seit 1951 bestehende Programm, englische Patienten in Schweizer Sanatorien zu schicken, bereits 1955 wieder eingestellt.⁴⁴¹ 1956/57 begann man zudem, die freien Betten in den britischen Tuberkuloseheilstätten für nicht-tuberkulöse Patienten zu nutzen, insbesondere für chronische Bronchitis-Fälle.⁴⁴² In den jährlichen Berichten des Ministeriums wurde nun gefordert, daß die kontinuierlich fallenden Tuberkulosezahlen sich auch in einer veränderten Aufgabenzuweisung für die *Chest Physicians* spiegeln sollten, die sich nun anderer, drängender Probleme annehmen könnten.⁴⁴³

Die vormaligen Tuberkulosekrankenhäuser widmeten einen großen Teil ihrer Arbeit nicht-tuberkulösen Lungenkranken bzw. an chronischer Bronchitis leidenden Patienten.⁴⁴⁴ Auch die BMA sah bereits 1956 die zukünftigen Aufgaben der *Chest Clinics* und der *Chest Physicians* bei anderen Herz- und Lungenkrankheiten, insbesondere bei Asthma und Bronchitis. Die Ärzte forderten nun ebenfalls eine stärkere Integration der Tbc-Behandlung in die anderen medizinischen Fächer und waren damit auf einer Linie mit dem Ministerium:

Each general hospital area should have its department of chest diseases equivalent to present departments of Orthopaedics, Dermatology, Radiology etc. which would gradually replace the present system.⁴⁴⁵

Auch die *National Association for the Prevention of Tuberculosis* änderte 1958 ihren Namen in *The Chest and Heart Association for the Conquest of Chest and Heart Disesaes through Research, Education and Treatment* und wandte

⁴⁴⁰ Ministry of Health, On the State of Public Health 1955, S. 95–7.

⁴⁴¹ In den vier Jahren waren allerdings auch nur 1025 Patienten insgesamt dort behandelt worden. Davon verbrachten 700 Patienten zwischen fünf und sieben Monate in der Schweiz. Der NHS hatte 80 Betten im Sanatorium Angleterre und 60 im Park Sanatorium in Davos unterhalten; Ministry of Health, On the State of Public Health 1955, S. 102.

⁴⁴² Ministry of Health, On the State of Public Health 1957, S. 103.

⁴⁴³ Ministry of Health, On the State of Public Health 1958, S. 100.

⁴⁴⁴ Ministry of Health, On the State of Public Health 1960, S. 75.

⁴⁴⁵ BMAA, Tuberculosis and Diseases of the Chest Committee Group Papers, Meeting 30. 4. 1956.

sich von einer einseitigen Konzentration auf die Bekämpfung der Tuberkulose ab.⁴⁴⁶ Die NAPT hatte ihr Interesse nach dem Zweiten Weltkrieg stärker auf die Länder des *Empires* und *Commonwealth* ausgerichtet und hatte zahlreiche *Commonwealth and Empire Health and Tuberculosis Conferences* veranstaltet, auf denen vor allem die Probleme der afrikanischen und ozeanischen Länder in den Vordergrund gerückt waren.⁴⁴⁷ Gleichzeitig hatte sie ihr Interesse zunehmend auf die klinische Tuberkuloseforschung gerichtet.⁴⁴⁸ In der Gestaltung der Tuberkulosebekämpfung unter dem NHS hatte sie dagegen kaum noch wichtige Aufgaben übernommen. Dies stand ganz im Gegensatz zur Bundesrepublik, wo das DZK in der Nachkriegszeit eine entscheidende Rolle in der Tuberkulosebekämpfung innehatte und auch noch in den 1960er Jahren seine Tätigkeit mit ständiger Betonung auf die fortwährende Bedrohung durch die Tuberkulose fortführte.

Die Integration der *Chest Clinics* in die bestehenden Krankenhäuser wurde in Großbritannien in den folgenden Jahren vorangetrieben. Entsprechend forderte das *Joint Tuberculosis Council*:

As already noted, too many clinics, 235 out of 481, are outside the cortilage of general hospitals. The isolated clinic is itself neither benefiting from nor contributing to the collective knowledge and experience of general medicine however efficient it may be in its own sphere. If re-siting of such clinics is not immediately practicable then every effort should be made to appoint the physicians to general hospitals and provide them with some beds there.⁴⁴⁹

Am Ende dieser Entwicklung stand, daß Mitte 1962 das *Standing Tuberculosis Advisory Committee* aufgelöst wurde.⁴⁵⁰ Das Gesundheitsministerium vertrat die Ansicht, daß Probleme der Tuberkulose in Zukunft von den allgemeinmedizinischen Beratungskomitees, dem *Medical Advisory* bzw. dem *Nursing Advisory Committee* behandelt werden könnten.⁴⁵¹ Die Integration der Tuberkulosetherapie in den allgemeinen Bereich der Lungen- und Herzkrankheiten warf nun wieder andere Probleme auf: vor allem die sozialen und präventiven Aspekte der Tuberkulosebekämpfung kamen durch diese Neustrukturierung zu kurz.⁴⁵² Trotz einiger Vorschläge, wieder den Tuberkulosedienst mit eigenen Zentren auszubauen, blieb das Ministerium bei seinem generellen Konzept, die Tbc-Behandlung in die allgemeinmedizinischen Dienste zu integrieren.

⁴⁴⁶ BMAA, Tuberculosis and Diseases of the Chest Committee Group Papers, Meeting 1. 7. 1958.

⁴⁴⁷ The N.A.P.T. Commonwealth and Empire Health and Tuberculosis Conference 1947; N.A.P.T. Conference 1949; Combined Meeting with NAPT 1952, S. 254–5.

⁴⁴⁸ SNELL, *Changing Aspects*, S. 10–11.

⁴⁴⁹ BMAA, Tuberculosis and Diseases of the Chest Committee Group Papers, Joint Tuberculosis Council, Report On the Future Service for Tuberculosis and Diseases of the Chest, 24. 9. 1958.

⁴⁵⁰ Am 31. 7. 1962; PRO, MH 133/442.

⁴⁵¹ PRO, MH 55/2756, Joint Tuberculosis Council, 24. 11. 1962.

⁴⁵² PRO, MH 55/2757, Joint Tuberculosis Council, Control of Tuberculosis 1961.

ren. Mit diesem Vorgehen lag es im Konsens mit der medizinischen Fachwelt.⁴⁵³

In der Praxis mußten die meisten Tuberkulosepatienten in den 1960er Jahren nicht mehr lange in Krankenhäusern oder Sanatorien bleiben, sondern wurden bald nach Hause entlassen. Dafür sollten sie über Monate bzw. Jahre Medikamente einnehmen und in die Sprechstunden der Tuberkuloseambulanzen kommen, um den Verlauf ihrer Krankheit überprüfen zu lassen. Die Rate der nicht zu den Nachuntersuchungen erscheinenden Kranken lag relativ niedrig, geschätzt wurde sie auf etwa 20 Prozent. Meist fühlten sich diese Patienten auf Grund der neuen Medikamente schnell wieder gesund und leistungsfähig und glaubten daher auf Nachuntersuchungen verzichten zu können. Allerdings spielten auch hier, wie überall im NHS, die überlangen Wartezeiten auf Grund von überlasteten Ambulanzen eine große Rolle, indem sie manche Patienten von einer regelmäßigen Überprüfung abhielten.⁴⁵⁴ Zwar begann man im NHS Ende der 1950er Jahre in eingehenden Studien, den sogenannten *Hospital O and M Service Reports*, Verbesserungen für die Organisation und den zeitlichen Ablauf der Kliniken und ihrer Fachambulanzen zu erarbeiten; das Problem blieben jedoch grundsätzlich die zu geringen Kapazitäten und der mangelnde finanzielle Spielraum des NHS.

1.5 STRATEGIEN FÜR DIE BEKÄMPFUNG EINER „ALTEN KRANKHEIT“ UND DEREN UNTERSCHIEDLICHE ANPASSUNG AN NEUE THERAPIEKONZEPTE

Die Tuberkulose blieb bis Mitte der 1950er Jahre eine lebensbedrohliche Krankheit, die durch die Folgen des Zweiten Weltkriegs besonders in der Bundesrepublik Deutschland nochmals große Verbreitung erfuhr. Danach sanken sowohl die Krankheitszahlen wie auch die Mortalitätsrate stark ab; insbesondere durch die neuen, hochwirksamen Chemotherapeutika wurde die „Proletarierrkrankheit“ zu einer seltenen Krankheit, die vor allem noch bei „Randgruppen“ der Gesellschaft massiv auftrat, etwa bei Immigranten und Obdachlosen.

In Deutschland lag der Schwerpunkt der Tuberkulosebekämpfung seit Mitte des 19. Jahrhunderts auf einer Heilstättentherapie mit strenger Ruhekur, die hier im wesentlichen entwickelt worden war und bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts die deutsche Tbc-Bekämpfung prägen sollte. Daß diese Behandlungsform für die breiten Schichten zugänglich wurde und sich allgemein durchsetzte, lag vor allem an der frühen Einführung der deutschen Sozialversicherung, die unter anderem die Kosten für die Sanatoriumstherapie übernahm. Gleichzeitig entwickelte sich schon die deutsche Sonderlösung, daß die Invaliden- bzw. Rentenversicherung als Versicherer langer Arbeitsunfähig-

⁴⁵³ PRO, MH 55/2283, Eley an Goodman, 24. 1. 1962.

⁴⁵⁴ Hospital O and M Service Reports: Chest Clinics, S. 3–5.

keit die Kosten für die Tuberkulosebehandlung übernahm. Die Tbc hatte so gegenüber anderen Krankheiten im deutschen Gesundheitswesen eine Sonderrolle inne, die bis in die 1980er Jahre fortbestehen sollte und die Entwicklung in Deutschland stark prägte. Erneut wird auch die für Deutschland besonders starke Verquickung von Arbeit, Erhalt der Arbeitsfähigkeit und gesundheitspolitischen Maßnahmen deutlich; Therapiemöglichkeiten entstanden genau aus dem Bestreben der Invalidenversicherung, die Kosten für die zahlreichen arbeitsunfähigen Tbc-Kranken zu senken. Typisch für das deutsche Gesundheitswesen war auch die Aufteilung zwischen Beratung und Vermittlung ohne Behandlung in den Tuberkulosefürsorgestellen sowie der stationären Therapie in den Heilstätten.

In Großbritannien entwickelten sich etwas später und in Konkurrenz zu Deutschland ebenfalls Therapiemöglichkeiten in Sanatorien. Auch hier bedeutete die Einführung einer Sozialversicherung im Jahr 1911, in diesem Fall der Krankenversicherung, eine Ausweitung der Behandlung in Heilstätten für die unteren Schichten der Bevölkerung. Allerdings gab es in Großbritannien nie den Sonderstatus, den die Tuberkulose in Deutschland durch die Zuständigkeit der Invalidenversicherung erhielt. Auch die Trennung zwischen Behandlung und Beratung bestand in Großbritannien nicht. Die *Tuberculosis Dispensaries*, später die *Chest Clinics*, berieten, behandelten ambulant und wiesen Heilstättenbehandlungen zu. In den Sanatorien stand im Gegensatz zur deutschen Ruhekur seit den 1920er Jahren eine Arbeitstherapie im Vordergrund. Die ganze Tuberkulosebekämpfung wurde in den 1920er Jahren kommunal verwaltet und war relativ einheitlich organisiert.

Nach dem Zweiten Weltkrieg hatten in Großbritannien die Patienten schwer an den strukturellen Defiziten des britischen Gesundheitswesens zu tragen. Durch die mangelnde Bettenzahl in Krankenhäusern und Heilstätten war für viele Tuberkulosepatienten keine Behandlung möglich, mitunter starben sie, bevor ein Therapieplatz zur Verfügung stand. Die Finanzknappheit des NHS verhinderte eine schnelle Abhilfe. Durch die Einführung des NHS wurden zudem die Zuständigkeiten in der Tuberkulosebehandlung aufgespalten, was neue Probleme schuf. Erst mit fallenden Tuberkulosezahlen entspannte sich die Situation.⁴⁵⁵

Demgegenüber waren in der Bundesrepublik nach dem Krieg die Wartezeiten für Patienten trotz der Nachkriegsprobleme zwar geringer. Allerdings erwiesen sich in den 1950er Jahren die deutschen Gesundheitspolitiker gegenüber neuen Therapiemöglichkeiten zögerlich und beharrten auf der Fortfüh-

⁴⁵⁵ Bei der Beurteilung des „Tuberculosis-Service“ unter dem NHS gehen die Meinungen stark auseinander. Während beispielsweise Almont Lindsey auf die umfassende Kooperation der beteiligten Stellen abhebt und das „co-operative venture“ als Erfolg wertet, beurteilt Charles Webster die Leistungen des NHS in der Tuberkulosebehandlung wegen der zahlreichen strukturellen Probleme als großen Fehlschlag; LINDSEY, *Socialized Medicine*, S. 384–5; WEBSTER, *Health Services*, Band 2, S. 321–5.

rung ihrer traditionellen Behandlungsmöglichkeiten mit langer Heilstättenkur, die von den Patienten zunehmend schlechter akzeptiert wurde. Die traditionelle Haltung wurde durch die strukturellen Besonderheiten der deutschen Tbc-Bekämpfung verstärkt. Auch in der Prävention blieb man lange bei einmal eingeführten Konzepten, obwohl deren Nützlichkeit kaum noch nachzuweisen war (z.B. die Pflicht-Röntgenuntersuchungen für die gesamte Bevölkerung). Unübersehbar ist in der Bundesrepublik Deutschland das starke Element des Zwanges. Dies gilt sowohl hinsichtlich der die NS-Herrschaft überdauernden Tendenzen, „asozial Tuberkulöse“ zwangsweise zu „asylisieren“ – selbst wenn unter dem Grundgesetz die rechtliche Handhabe für dieses Vorgehen nun stark eingeschränkt war. Derartige Maßnahmen und die mit ihnen verbundene Begrifflichkeit waren in den 1950er Jahren bei der Tuberkulosebekämpfung noch breit akzeptiert. Auch bei der Pflicht-Röntgenreihenuntersuchung wurden in vielen Bundesländern die Persönlichkeitsrechte dem Allgemeinwohl untergeordnet und zwangsweise Präventivmaßnahmen durchgesetzt.

In Großbritannien waren solche Regelungen nie Mittel der Tuberkulosebekämpfung; die bürgerlichen Freiheiten galten stets als ein weitaus höheres Gut. Zwar wurden verpflichtende Röntgenuntersuchungen hier mitunter diskutiert, jedoch nie ernsthaft erwogen. Auch die „Zwangsassylierung“ entwickelte sich nicht zu einem Thema der Gesundheitspolitik. Statt durch Zwang versuchte man bestimmten Patientengruppen und Problemen mit spezifischen Angeboten zu begegnen. Den neuen Therapiemethoden paßte sich die britische Gesundheitspolitik etwas schneller an als die deutsche. Die Tuberkuloseheilstätten wurden rascher in das allgemeine Krankenhauswesen integriert, die Behandlungsdauer reduziert und den Patienten schneller eine Rückkehr in ihr normales Leben gestattet. Dies war sicherlich vor allem der Finanzknappheit des NHS und der stärkeren Effizienzprüfung gesundheitspolitischer Maßnahmen geschuldet. Allerdings ist gleichzeitig eine deutlich pragmatischere Herangehensweise an das gesamte Problem und eine stärkere Berücksichtigung der Patientenwünsche zu beobachten. In der Bundesrepublik Deutschland kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß die Patienten eher an den überkommenen Behandlungsmethoden und insbesondere am Festhalten an den langen Heilstättenkuren litten als von ihnen profitierten.