

3 GESCHLECHTSKRANKHEITEN

3.1 GESCHLECHTSKRANKHEITEN ALS MEDIZINISCHES
UND SOZIALES PHÄNOMEN

Geschlechtskrankheiten werden durch sexuellen Kontakt übertragen – dies unterscheidet sie grundlegend von anderen Infektionskrankheiten. Stets wurden die sogenannten venerischen Krankheiten wegen ihrer Verknüpfung mit der menschlichen Sexualität nicht nur unter medizinischen Gesichtspunkten gesehen, sondern auch als soziales, moralisches und gesellschaftliches Problem betrachtet.¹ Sie wurden als Strafe für einen unmoralischen Lebenswandel angesehen und galten lange als Sinnbild für sittlichen wie auch physischen Verfall.² Der Umgang mit Geschlechtskranken war deswegen meist von Ausgrenzung und Stigmatisierung gekennzeichnet. Die venerischen Krankheiten wurden vor allem im 19. Jahrhundert zum Symbol der „kranken“ Gesellschaft und der sexuellen Verwahrlosung – eine Interpretation, die noch weit in das 20. Jahrhundert hineinreichte.³ Während bei anderen Infektionskrankheiten die Meinung vorherrschte, die Ansteckung über Tröpfchen- und Schmierinfektion sei kaum zu verhindern – zumindest seit die Ansteckungswege bekannt waren – hatten Geschlechtskranke in den Augen der Zeitgenossen fahrlässig gehandelt. Deswegen war man vielfach der Ansicht, daß die Therapien für diese Krankheiten, im wesentlichen Syphilis und Gonorrhöe,⁴ schmerzhaft und gefährvoll sein und die Kranken an ihren Verfehlungen leiden sollten.⁵

Die bei Syphilis bis Anfang des 20. Jahrhunderts übliche Quecksilberbehandlung zum Beispiel konnte zwar die Krankheit mitunter stoppen, war für den Patienten jedoch qualvoll und reich an Nebenwirkungen.⁶ Als Geschlechtskrankheiten durch moderne Therapeutika, insbesondere das Penicillin, leicht heilbar wurden und nicht länger eine wirkliche Lebensbedrohung darstellten, ging die Furcht um, daß nun endgültig die Moral verfallen werde.⁷

¹ SAUERTEIG, Krankheit, S. 41–4; PUENZIEUX und RUCKSTUHL, Medizin, S. 12–3; MOOIJ, Otherness, S. 9–10.

² Vgl. z.B. DAVIDSON, Venereal Disease, S. 267. Vgl. zum Konzept der Geschlechtskrankheiten als Bedrohung der physischen und moralischen Gesundheit der Nation MORT, Sexualities, besonders S. 149–50.

³ Vgl. z.B. DANNEMANN, Bekämpfung, S. 1; allgemein zu dieser Interpretation vgl. HERZLICH und PIERRET, Kranke, S. 184–204.

⁴ Vgl. hierzu die ausführliche Definition dieser Krankheiten unten, S. 288.

⁵ BALDWIN, Contagion, S. 355–6; GÖCKENJAN, Syphilisangst, S. 50–1; RÜHMANN, Geschichte, S. 293–4.

⁶ GÖCKENJAN, Syphilisangst, S. 51; NEUBAUER, Prostitution, S. 11. Bei der Quecksilberkur wurde eine künstliche Quecksilbervergiftung herbeigeführt, die nicht selten zu Zerstörung von Zahnfleisch und Knochen, zu Zahnausfall, Abmagerung und Nervenzittern führte; siehe auch PHILIPP KELLER, Behandlung, 2. Auflage, S. 516–8.

⁷ Vgl. z.B. KIENZLER, Geschlechtskrankheiten, besonders S. 25: „Viele Menschen denken unüberlegt: ‚Ein Tripper oder eine Syphilis ist eine harmlose Angelegenheit; im Falle der Er-

In den USA, wo Penicillin zuerst eingesetzt wurde, fürchtete man die nachlassende Abschreckung vor Promiskuität, die die Geschlechtskrankheiten bis dahin zu gewährleisten schienen: „Quick and easy cure is turning out [...] to be less of a device for the control of infection than an incentive to epidemicity through incitement to exposure.“⁸ Obwohl das Medikament Penicillin Geschlechtskrankheiten zu heilbaren Infektionen machte, symbolisierten diese auch in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg Unmoral und sozialen Abstieg.⁹ Venerische Krankheiten wurden stets stärker als soziale Konstruktionen wahrgenommen denn durch ihre physiologische Erscheinungsform definiert.¹⁰

Die Verbindung von Krankheit und Sexualität hat stets Menschen fasziniert, abgestoßen und gleichzeitig gereizt, ihre Beobachtungen zu diesen Themen festzuhalten.¹¹ Dies gilt umso mehr für die Verknüpfung der Geschlechtskrankheiten mit der Geschichte der Prostitution.¹² In der neueren Forschung ist das Thema Geschlechtskrankheiten sowohl unter medizin- als auch unter sozialhistorischen Gesichtspunkten wieder aufgegriffen worden. Besonders Michel Foucaults Arbeiten, in denen er sich mit der Sexualität als Konstrukt beschäftigte, regten zahlreiche Studien an.¹³

krankung begibt man sich zum Arzt, es folgen einige Wochen mit mehr oder weniger unangenehmer Behandlung, und die Kleinigkeit bzw. unbedeutende Sache ist ausgestanden.‘ Das ist der bezeichnende Standpunkt eines Menschen, der nur sich sieht und sein Glück oder Unglück kennt, der aber nicht die Gegebenheiten in einem größeren Rahmen zu sehen vermag oder nicht sehen will und dadurch seine Umgebung, seinen Lebenskreis sowie sein Volk rücksichtslos mißachtet.“

⁸ Dr. Stokes, Direktor des Instituts für Venereal Disease Control an der University of Pennsylvania, einer der führenden Venerologen der USA, im Jahr 1944, zitiert nach BRANDT, *Bullet*, S. 172.

⁹ Vgl. z. B. einen Aufsatz von 1947, als Penicillin schon eingesetzt wurde: „Diese [andere Infektionskrankheiten] werden von der Bevölkerung als Schmutz- und Schmierkrankheiten aufgefaßt. Man hütet sich vor ihnen. Erkrankungen sind ein bedauerliches Mißgeschick infolge von Unachtsamkeit. Dagegen werden Geschlechtskrankheiten [...] immer noch vom Grauen der Schicksalhaftigkeit und dem Tabu der Unberührbarkeit umgeben“; GERFELDT, *Umwelt*, S. 561–2.

¹⁰ Vgl. zur Krankheit als soziale Konstruktion allgemein LACHMUND und STOLLBERG (Hrsg.), *Social Construction*.

¹¹ Vgl. die Fülle an Literatur über Geschlechtskrankheiten um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert: unter anderem die zahlreichen Veröffentlichungen von Alfred Blaschko, Albert Neisser oder Anna Pappritz; die seit 1904 erscheinenden *Flugschriften der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*, die seit 1902 erscheinenden *Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*, die seit 1906 erscheinende Zeitschrift *Geschlecht und Gesellschaft*. Vgl. zu dieser Problematik auch LINDNER und SAUERTEIG, *Gefährliche Körper*.

¹² Vgl. zur Geschichte der Prostitution, die immer mit der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten verbunden ist, in Deutschland: SCHULTE, *Sperrbezirke*; GLESS, *Reglementierung*; zu Großbritannien WALKOWITZ, *Prostitution*; DAVENPORT-HINES, *Sex*; zu den USA HOBSON, *Virtue*.

¹³ Vgl. FOUCAULT, *Sexualität*. Zur medizinhistorischen Betrachtungsweise vgl. ORIEL, *Scars*; QUÉTEL, *History*, als eher sozialhistorisch motivierte Abhandlungen vgl. zu Deutschland

Eine starke gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den klassischen Geschlechtskrankheiten Syphilis und Gonorrhöe gab es in ganz Europa bereits Ende des 19./Anfang des 20. Jahrhunderts. Ein Grund war der Aufstieg der Sozialhygiene, die sich in dieser Zeit zu einer wichtigen Disziplin entwickelte. Sozialhygieniker wollten mit einem gesundheitspolitischen und präventivmedizinischen Instrumentarium gefährdete Gruppen betreuen, aber auch überwachen und kontrollieren und nahmen sich verstärkt der Problematik der Geschlechtskrankheiten an.¹⁴ In der Sozialhygiene wurden Erkrankungen meist in ihrem gesellschaftlichen Kontext betrachtet. Deswegen sah man die Geschlechtskrankheiten einerseits als soziales Unterschichtenproblem im Zusammenhang mit dem Leben in der Großstadt, mit schlechten Wohnbedingungen, Alkohol und Prostitution, und andererseits in Verbindung mit der späten Heirat im Bürgertum, die die Männer angeblich verstärkt der Gefahr einer Ansteckung aussetzte.¹⁵ Die venerischen Krankheiten wurden aber nicht nur als Bedrohung für den einzelnen, sondern auch als Gefahr für die Familie und den gesamten Staat empfunden. Syphilis war von der Mutter auf den Fötus und das Kind übertragbar oder führte zu Totgeburten, Gonorrhöe konnte Sterilität zur Folge haben. In vielen Ländern sah man die Volksgesundheit durch eine „venerische Durchseuchung“ bedroht.¹⁶ Die Rassen- und Fortpflanzungshygiene, die sich ebenfalls um die Jahrhundertwende entwickelte, verband das Thema der Geschlechtskrankheiten vor allem mit der Forderung nach bevölkerungspolitischen Maßnahmen (z. B. Eheverbot, Ehegesundheitszeugnissen, staatliche Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten).¹⁷

Auch die Prostitution und deren Eindämmung bzw. Bekämpfung blieb in den westeuropäischen Staaten ein zentraler Punkt in der Diskussion um die Geschlechtskrankheiten.¹⁸ Die Zahl der Prostituierten war in den schnell

SAUERTEIG, Krankheit; für die Niederlande MOOIJ, Otherness, für Canada CASSEL, Plague; für die USA BRANDT, Bullet; für die Schweiz PUENZIEUX und RUCKSTUHL, Medizin.

¹⁴ Vgl. zum Einfluß der Sozialhygiene auf den Umgang mit Geschlechtskrankheiten in Deutschland SAUERTEIG, Krankheit, S. 41–52; zu Großbritannien MORT, Sexualities, S. 163–79, zur Schweiz PUENZIEUX und RUCKSTUHL, Medizin, S. 193–202; zu den Niederlanden MOOIJ, Otherness, S. 23–5; auch in Frankreich verband sich um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert Präventivmedizin und ein Streben nach besserer Aufklärung mit der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vgl. QUÉTEL, History, S. 143–6 bzw. CORBIN, Filles.

¹⁵ Vgl. BLASCHKO, Hygiene, S. 351–66 oder DERS., Geschlechtskrankheiten, S. 95. Man ging davon aus, daß die bürgerlichen Männer vor ihrer späten Heirat durch regelmäßigen Verkehr mit Prostituierten einem hohen Ansteckungsrisiko ausgesetzt waren.

¹⁶ Vgl. zu dieser Beurteilung der Geschlechtskrankheiten BLASCHKO, Geschlechtskrankheiten, S. 91–101; auch SAUERTEIG, Krankheit, S. 83–8; TAYLOR ALLEN, Feminism, Venereal Diseases, S. 27; besonders zu Großbritannien BLAND, Cleansing, S. 192–3, HALL und PORTER, Facts, S. 228; zu Frankreich CORBIN, Filles; zur Schweiz PUENZIEUX und RUCKSTUHL, Medizin, S. 94–100; zu den Niederlanden und Frankreich MOOIJ, Otherness, S. 48.

¹⁷ Vgl. SAUERTEIG, Krankheit, S. 43.

¹⁸ Vgl. BALDWIN, Contagion, S. 357–69; zu Deutschland BLASCHKO, Hygiene, S. 366–9; zu den Niederlanden, MOOIJ, Otherness, S. 33–7; zur Schweiz PUENZIEUX und RUCKSTUHL,

wachsenden europäischen Großstädten in den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts deutlich gestiegen; die Öffentlichkeit nahm dies zunehmend mit Sorge zur Kenntnis.¹⁹ Als Ursache galt der moralische Verfall in den Großstädten, die mit Animierkneipen, Tanzsalons und Cafés ein entsprechendes Umfeld für die Prostituierten boten.²⁰ Die Zunahme und die neuen Formen der Prostitution, wie die Straßenprostitution, regten zwangsläufig die Diskussion um eine bessere Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten an. In der Prostitution sah man die eigentliche Ursache ihrer Verbreitung und in einer zuverlässigen Reglementierung die Möglichkeit, diese einzudämmen.²¹

Allerdings wurde schon vor der Jahrhundertwende die Wirksamkeit der Reglementierungssysteme in vielen Staaten zunehmend angezweifelt, da sie bei der Bekämpfung der Prostitution nicht den gewünschten Erfolg brachten. Bei den *Internationalen Konferenzen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten* in Brüssel in den Jahren 1899 und 1902 gewannen die Argumente der sogenannten Abolitionistinnen an Zustimmung, die für eine Abschaffung der strengen polizeilichen Reglementierung der Prostitution eintraten.²² Die abolitionistische Bewegung hatte sich ursprünglich in England gebildet, nachdem durch den *Contagious-Disease-Act* die Reglementierung der Prostitution eingeführt worden war.²³ Sie verband Opposition gegen diese Gesetze mit einem Feldzug gegen die viktorianische Doppelmoral, die einerseits Prostitution billigte und kontrollierte, um so Männern sexuelle Freiheiten zu gewähren, andererseits die betroffenen Frauen diskriminierte und unterdrückte. Gleichzeitig forderte man mehr Rechte für Frauen. Als wichtigste Vertreterin in Großbritannien galt Josephine Butler. Auch in Deutschland nannte sich ein Teil der bürgerlichen Frauenbewegung nach dem englischen Vorbild „Abolitionistinnen“; diese

Medizin, S. 47–52; zu Frankreich, wo die Reglementierung der Prostitution sehr strikt war und bis in das 20. Jahrhunderts hinein verteidigt wurde CORBIN, Filles; zu Großbritannien HALL und PORTER, Facts.

¹⁹ Vgl. SCHULTE, Sperrbezirke, S. 20. In Berlin gab es nach einer Schätzung von Alexander von Oettingen 1871 ca. 15 000 Prostituierte, diese Zahl war bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts auf 50 000 angestiegen. Vgl. hierzu auch SCHMACKPFEFFER, Frauenbewegung, S. 13. Für ganz Deutschland ging man kurz vor dem Ersten Weltkrieg von ca. 330 000 Prostituierten aus. Vgl. zu Großbritannien WALKOWITZ, Prostitution, S. 253; zu europäischen Großstädten vgl. SCHLÖR, Nachts, S. 162–75, 193–201.

²⁰ SCHULTE, Sperrbezirke, S. 63–5; BLASCHKO, Hygiene, S. 351–4.

²¹ Vgl. SCHULTE, Sperrbezirke, S. 20–3; vgl. zum Problem Frauen und Geschlechtskrankheiten allgemein LINDNER, Traditionen. Auf den Brüsseler Konferenzen zur Bekämpfung der Syphilis und der venerischen Krankheiten 1899 und 1902 wurde beispielsweise von den Abgeordneten der einzelnen Länder ausführlich über die Probleme und Eindämmung der Prostitution diskutiert, vgl. BLASCHKO, Konferenz, S. 129.

²² Zur internationalen Entwicklung BALDWIN, Contagion, S. 378–89; PUENZEIUX und RUCKSTUHL, Medizin, S. 125–31; SAUERTEIG, Moralismus, S. 208; DAVENPORT-HINES, Sex, S. 211; ELLENBRAND, Volksbewegung, S. 48–9, vgl. zu den Konferenzen BLASCHKO, Konferenz.

²³ Ausführlich zur englischen Abolitionistenbewegung WALKOWITZ, Prostitution; sowie MCHUGH, Prostitution, besonders S. 125–86; KENT, Sex.

Frauen lehnten ebenfalls die staatliche Kontrolle der Prostitution ab, die sie als Versklavung der Frauen ansahen.²⁴ In anderen westeuropäischen Staaten gewannen die Argumente der Abolitionistinnen ebenfalls an Bedeutung. Alle diese Gruppen kritisierten grundsätzlich die Vermarktung der Frauen wie auch die bürgerliche Doppelmoral, die hinter der Kontrolle der Prostitution stand.²⁵ Von den englischen Abolitionistinnen und Frauenrechtlerinnen, die stark von den *Social Purity Movements* beeinflusst waren, wurde die Enthaltbarkeit bei der Geschlechter als bester Schutz gegen Geschlechtskrankheiten gefordert. In Deutschland forderten die meisten Abolitionistinnen, daß die polizeiliche Kontrolle der Prostituierten von einer medizinischen Überwachung aller Geschlechtskranken, auch der Männer, abgelöst werde.²⁶ Auch Ärzte vertraten teilweise diese Argumente. Der Sozialhygieniker Alfred Blaschko²⁷ berichtete beispielsweise von der Brüsseler Venerologenkonferenz von 1899:

Die meisten Vorschläge bewegten sich in die Richtung, die in Frankreich von Fournier²⁸, in Deutschland von Neisser²⁹ und mir stets vertreten wurde: Loslösung der sanitätspolizeilichen Ueberwachung von der sittenpolizeilichen, Umgestaltung dieser Ueberwachung in einen rein ärztlichen Act durch Verlegung der Untersuchung in die Hospitäler, Verbindung derselben mit klinischer und ambulatorischer Behandlung, Unterstellung der ganzen Untersuchung unter den behandelnden Krankenhausarzt.³⁰

Ein wichtiger Grund für das steigende Interesse am Thema der Geschlechtskrankheiten war jedoch die medizinische Forschung. Die Venerologie wurde durch große wissenschaftliche Fortschritte aufgewertet.³¹ Ende des 19./Anfang des 20. Jahrhunderts wurden die Erreger der Syphilis wie auch der Gonorrhöe gefunden: 1879 identifizierte Albert Neisser die Gonokokken als Erreger der Gonorrhöe.³² Der Syphiliserreger, die *Spirochäta pallida* (heute als *Treponema*

²⁴ Vgl. zu Josephine Butler deren Erinnerungen; BUTLER, Personal Reminiscences; deutsch, DIES., Geschichte; vgl. zur deutschen Bewegung SAUERTEIG, Frauenemanzipation.

²⁵ Vgl. GLESS, Reglementierung, S. 71; zur Schweiz PUENZIEUX und RUCKSTUHL, Medizin, S. 110–6; zu den Niederlanden MOOIJ, S. 34–43; zu Frankreich CORBIN, Filles; sowie QUÉTEL, History.

²⁶ TAYLOR ALLEN, Feminism, Venereal Diseases, S. 32, 48.

²⁷ Dr. med. Alfred Blaschko (1858–1922), war zunächst nach seiner Ausbildung als praktischer Arzt in Berlin, seit 1888 als Dermatologe in einer großen privaten Poliklinik tätig. Er widmete sich vor allem der Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten und der sanitären Überwachung der Prostitution, daneben aber auch Berufsdermatosen. Vgl. zu Blaschko TENNSTEDT, Alfred Blaschko; sowie KRAUS, Familie Mosse, S. 545–8. Kurze Zusammenfassung in LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 383.

²⁸ Dr. med Alfred Fournier (1832–1914), hatte ab 1879 den ersten Lehrstuhl für Dermatovenerologie in Frankreich. Vgl. SAUERTEIG, Krankheit, S. 33.

²⁹ Dr. med Albert Neisser (1855–1916), 1880 Habilitation für Dermatologie in Leipzig, war danach Professor für Dermatovenerologie an der Universität Breslau. Vgl. SAUERTEIG, Krankheit, S. 32.

³⁰ BLASCHKO, Konferenz, S. 133.

³¹ Vgl. für Großbritannien DAVENPORT-HINES, Sex, S. 211–2; für Deutschland SAUERTEIG, Krankheit, S. 34–7; für Frankreich, QUÉTEL, History, S. 131.

³² NEISSER, Micrococcusform; Neisser beschreibt hier ausführlich, wie er den eitrigen Ausfluß

pallidum bezeichnet) wurde 1905 von Fritz Schaudinn und Erich Hoffmann entdeckt. 1906 ließen sich Antikörper des Syphiliserregers mit der sogenannten Wassermann-Reaktion im Serum nachweisen, allerdings war der Test oft unzuverlässig.³³

Zu den „klassischen“ Geschlechtskrankheiten zählt man neben Syphilis (auch als Lues bezeichnet) und Gonorrhöe auch *Ulcus molle* (weicher Schanker) und *Lymphogranuloma inguinale* (venerische Lymphknotenentzündung); die beiden letzteren treten jedoch nur selten auf, sind relativ unbedeutend und können deshalb hier unberücksichtigt bleiben.³⁴ Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bedeutete stets vor allem Behandlung und Eindämmung der Syphilis und Gonorrhöe.³⁵

Bei Syphilis unterscheidet man grundsätzlich zwischen der erworbenen Krankheit und *Syphilis connata*.³⁶ Bei letzterer hat sich das Kind schon während der Schwangerschaft bei der syphilisranken Mutter infiziert. Oft führt dies zu Totgeburten, sonst meist zu gravierenden Mißbildungen des Neugeborenen. Bei der erworbenen Syphilis ist der häufigste Ansteckungsweg der Geschlechtsverkehr. Die Syphilis tritt in mehreren Phasen auf. Die Frühsyphilis beginnt schon einige Wochen nach der Infektion mit Lymphknotenschwellungen und dem sogenannten Primäreffekt, einem Geschwür meist im Genitalbereich, führt dann vor allem zu Hautausschlägen und weiteren Geschwüren. Spätsyphilis beginnt ca. 5 Jahre nach der Infektion mit schweren Hautveränderungen, Befall der inneren Organe und der Knochen. Noch wesentlich später, oft erst nach Jahrzehnten, kann es zu einem Übergriff der Erreger auf das Rückenmark (*tabes dorsalis*) und das Gehirn (progressive Paralyse) kommen, was schwere Geisteskrankheiten auslösen kann.

Gonorrhöe (Tripper) ist die häufigste Geschlechtskrankheit und wird ebenfalls meist durch Geschlechtsverkehr übertragen. Bei der Frau verläuft die Gonorrhöe oft symptomarm (in 50–70 Prozent der Fälle), sonst kommt es nach einer kurzen Inkubationszeit zu Entzündungen der Gebärmutter oder der Harnröhre, beim Mann kommt es ebenfalls nach kurzer Inkubationszeit zu eitrigem Ausfluß (daher der Name Tripper vom Wort trippen = in Tropfen herabfal-

zahlreicher Gonorrhöe-Patienten untersucht hat und so die Gonokokken identifizieren konnte.

³³ TASHIRO, Waage, S. 73–4. Fritz Richard Schaudinn (1871–1906), Zoologe, fand gemeinsam mit Erich Hoffmann (1868–1959) die *Spirochaeta pallida*. Hoffmann war 1905 Assistent bei Edmund Lesser an der Charité. August Wassermann, Albert Neisser und Carl Bruck (Dermatologe, 1879–1944) entdeckten diese Reaktion, die nach Wassermann benannt wurde. Vgl. zur Unzuverlässigkeit des Tests LÖWY, Testing.

³⁴ Artikel „Geschlechtskrankheiten“, in: PSCHYREMBEL. Klinisches Wörterbuch, S. 567.

³⁵ VELTMANN, Probleme, S. 556.

³⁶ Vgl. hierzu und zum folgenden die Artikel „Syphilis“ und „Gonorrhöe“, in: PSCHYREMBEL. Klinisches Wörterbuch, S. 597–8; 1542–4; ROSEBURY, Microbes, S. 74–9, 183; CASSEL, Plague, S. 12–23; ADLER, Diseases.

len)³⁷ und Entzündung der Harnröhre. Spätfolge einer unbehandelten Gonorrhöe kann bei beiden Geschlechtern Sterilität sein. Mitunter führt Gonorrhöe zur Entzündung der Augen, so auch bei Neugeborenen, die sich bei der Geburt infizieren können (*ophthalmia neonatorum*), was schließlich Blindheit zur Folge haben kann.

Dem Venerologen Paul Ehrlich gelang 1910 durch die Einführung des Salvarsans, eines Arsenpräparats, ein großer Fortschritt für die Therapie der Syphilis.³⁸ Gegenüber den bis dahin praktizierten Quecksilber-Jod-Therapien oder Hitzekuren war dieses Mittel sehr erfolgreich.³⁹ Es ließ den Primäraffekt schnell abheilen und beseitigte die Infektiosität. Da es aber sehr kompliziert in der Anwendung war und erhebliche Nebenwirkungen hatte, erfüllte sich die Hoffnung von Ehrlich, eine „*therapia sterilans magna*“ gefunden zu haben, doch nicht ganz. Zusätzlich wurde 1921 Wismut als Antisyphiliticum in die Therapie eingeführt und meist mit Salvarsan in Kombination verwendet.⁴⁰ Bei Gonorrhöe arbeitete man vor allen mit aufwendigen und schmerzhaften Spülungen mit Silbersalzlösungen. Die Behandlung führte zudem nicht immer zu therapeutischem Erfolg.⁴¹

Erst mit der Einführung der Sulfonamide ab Mitte der 1930er Jahre konnte die Gonorrhöe zunächst schnell und wirksam behandelt werden. Gegen dieses eigentlich höchst erfolgreiche Medikament, das zügig zu einer Heilung führte, entwickelten die Erreger jedoch rasch Resistenzen, so daß bereits Anfang der vierziger Jahre nur noch ein geringer Prozentsatz der Patienten mit einer Sulfonamidtherapie schnell ausgeheilt werden konnte.⁴² Den entscheidenden Rückgang in der Verbreitung sowohl der Syphilis wie auch der Gonorrhöe brachte die Penicillinbehandlung. Das Penicillin war eigentlich 1938 in Großbritannien entwickelt worden. Dort war eine Massenproduktion während des Zweiten Weltkrieges nicht möglich, so daß die erste Penicillinbehandlung von Syphilis schließlich im Jahr 1943 in den USA durchgeführt wurde. 1944 führte man bei den amerikanischen Streitkräften Penicillin als Standardbehandlung von Syphilis und Gonorrhöe ein.⁴³ In Großbritannien wurde das Medikament nach Ende des Zweiten Weltkriegs auch für die Zivilbevölkerung eingesetzt, im Gebiet der späteren Bundesrepublik Deutschland gab es Penicillin zunächst in der US-Zone, 1947 begann man mit der Penicillinbehandlung in der britischen und

³⁷ Vgl. SAUERTEIG, Krankheit, S. 29.

³⁸ Vgl. ORIEL, Scars, S. 89–94; TASHIRO, Waage, S. 115–6.

³⁹ Jod war Mitte des 19. Jahrhunderts in die Syphilistherapie eingeführt worden; vgl. NEUBAUER, Prostitution, S. 11.

⁴⁰ Vgl. SAUERTEIG, Salvarsan, S. 168–70; PFAU, Aids, S. 69; JOHNSTON ABRAHAM, Account, S. 159; vgl. auch QUÉTEL, History, S. 143.

⁴¹ ORIEL, Scars, S. 142–145. Vgl. zur aufwendigen Behandlung der Gonorrhöe KELLERMANN, Behandlung, oder auch JUWATSCHOFF, Behandlung. Wenn durch Spülungen eine Heilung erzielt werden sollte, waren mindestens 20–30 dieser Anwendungen notwendig.

⁴² ORIEL, Scars, S. 146–7.

⁴³ ORIEL, Scars, S. 98; QUÉTEL, History, S. 249; BRANDT, Bullet, S. 172.

1948 in der französischen Zone.⁴⁴ Gonorrhöe wurde in den fünfziger Jahren ausschließlich mit Penicillin behandelt und konnte so meist innerhalb von 48 Stunden geheilt werden. Bei Frühsyphilis setzte sich ebenfalls die Penicillinbehandlung durch, Fälle in späteren Stadien wurden oftmals noch mit einer Kombinationstherapie aus Penicillin und Salvarsan behandelt oder nach wie vor mit einer Wismut/Salvarsan-Kombination, unter anderem auch, weil viele Ärzte dem Penicillin mißtrauten.⁴⁵ Nach dem Zweiten Weltkrieg konnten die verbreitetsten Geschlechtskrankheiten, Syphilis und Gonorrhöe, im wesentlichen erfolgreich behandelt und schnell geheilt werden, was den Umgang mit diesen Krankheiten stark beeinflusste. Erst später traten andere Erkrankungen, die eigentlich nicht zu den klassischen Geschlechtskrankheiten zählen, sondern unter dem Begriff sexuell übertragbare Krankheiten subsumiert werden, in den Vordergrund. Herpes verbreitete sich in den 1970er Jahren weltweit stark; ebenso durch Chlamydien verursachte Infektionen, denen seit den 1960er und 1970er Jahren die Aufmerksamkeit galt.⁴⁶ Das Auftreten der sexuell übertragbaren Immunkrankheit AIDS im Jahre 1981 verlieh dem Thema schließlich eine ganz neue Brisanz. Erneut wurde diese Krankheit zur Metapher für moralischen Verfall, wie es besonders die Syphilis bis weit in das 20. Jahrhundert hinein gewesen war.⁴⁷

3.2 DIE ENTWICKLUNG VON GESUNDHEITSPOLITISCHEN MASSNAHMEN IM KAMPF GEGEN DIE GESCHLECHTSKRANKHEITEN IN DER ERSTEN HÄLFTE DES 20. JAHRHUNDERTS

3.2.1 *Deutschland*

Um 1900 fanden in Deutschland erste statistische Erhebungen zur Verbreitung von Geschlechtskrankheiten statt. Die erhobenen Zahlen sowie fehlerhafte Interpretationen und Schätzungen, die unter anderem davon ausgingen, daß jeder Mann mindestens einmal in seinem Leben an diesen Krankheiten leide, führten zu einer weitverbreiteten Angst vor Infektionen und großer öffentlicher Anteilnahme an diesen Themen.⁴⁸ Diese Entwicklung und die erste Brüsseler internationale Tagung zum Problem der Geschlechtskrankheiten im Jahr 1899 gaben den Anstoß für die Gründung der *Deutschen Gesellschaft zur Bekämp-*

⁴⁴ Vgl. StAM 5382, Der Regierungspräsident an die Staatlichen Gesundheitsämter des Regierungsbezirkes Oberbayern an das städtische Gesundheitsamt München, 12. 4. 1946; KOFFERATH, Symposium; PFAU, Aids, S. 69.

⁴⁵ Vgl. FUNKT, Penicillinbehandlung; PHILIPP KELLER, Behandlung, 2. Auflage 1948, S. 520–4; vgl. hierzu auch QUÉTEL, History, S. 250.

⁴⁶ ORIEL, Scars, S. 154, 215.

⁴⁷ Vgl. TAYLOR ALLEN, Feminism, Venereal Diseases, S. 27; HERZLICH und PIERRET, Kranke, S. 184–204; SONTAG, Krankheit.

⁴⁸ Vgl. SAUERTEIG, Krankheit, S. 83–8.

fung der Geschlechtskrankheiten (DGBG) im Jahr 1902.⁴⁹ Albert Neisser fungierte als Vorsitzender des neugegründeten Vereins, Edmund Lesser⁵⁰ hatte die Stellung des stellvertretenden Vorsitzenden und Schatzmeisters inne und Alfred Blaschko die des Generalsekretärs.⁵¹ Blaschko, ab 1916 und bis zu seinem Tode im Jahr 1922 selbst erster Vorsitzender der DGBG, engagierte sich am stärksten von allen Vorstandsmitgliedern im Verein. Die DGBG hatte in Deutschland einen großen Anteil daran, daß Geschlechtskrankheiten zum Feld für gesundheitspolitische Aktivitäten und zu einem breit diskutierten Thema wurden.⁵² In ihrer Satzung legte die Gesellschaft ihre Ziele dar: Um der zunehmenden Verbreitung der Geschlechtskrankheiten entgegenzuwirken, forderte man vor allem eine verstärkte Aufklärung, wollte wissenschaftliche Arbeiten zum Thema unterstützen, Kongresse abhalten und generell alle Maßnahmen förderten, die die Erkrankungszahlen senken würden.⁵³

Dies sollte durch Gründung von Zweigvereinen, Pressearbeit, eine eigene Zeitschrift und Tagungen erreicht werden. Die DGBG strebte jedoch nicht an, selbst Kliniken zu unterhalten, sondern wollte auf die Entscheidungsträger im Staat oder bei den Krankenkassen und anderen Organisationen Einfluß nehmen und sich auf Aufklärung und Propaganda beschränken.⁵⁴ Besonders die Vorsitzenden, Blaschko und Neisser, hielten eine pragmatische Haltung, die sich vor allem an hygienischen und kaum an moralischen Kategorien orientierte, bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten für sehr wünschenswert und unterstützten die Verbreitung von Schutzmitteln, also Kondomen und Desinfektionsmöglichkeiten. Die Schutzmittelverbreitung blieb aber in der DGBG insgesamt noch sehr umstritten. Seit ihrer Gründung forderte die Gesellschaft zudem eine rechtliche Regelung der Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten, also Gesetze, nach denen die Übertragung von Geschlechtskrankheiten verfolgt werden sowie Geschlechtskranke gemeldet werden konnten.⁵⁵

Die Gesellschaft gründete schnell zahlreiche Ortsvereine und hatte 1912 5000, 1930 bereits 10000 Mitglieder. Obwohl Ärzte dominierten, waren ebenso Vertreter aus verschiedensten Bereichen des öffentlichen Lebens, Mitglieder der bürgerlichen Frauenbewegung und später auch der Sittlichkeitsbewegung

⁴⁹ Vgl. zur DGBG vor allem die gute und umfassende Beschreibung von SAUERTEIG, Krankheit, S. 98–125; vgl. auch KREIS, Gesellschaft, S. 6–11; ELLENBRAND, Volksbewegung, S. 48–51.

⁵⁰ Dr. med. Edmund Lesser (1852–1918), 1882 Habilitation in Leipzig, gründete eine private Poliklinik für Dermatovenerologie in Leipzig; 1892 ao. Prof. in Bern; 1896 Leiter der Syphilis- und Hautklinik der Charité in Berlin. Vgl. SAUERTEIG, Krankheit, S. 39.

⁵¹ BORELLI et al., Geschichte, S. 21; vgl. zu Blaschko Anmerkung 27 auf S. 287.

⁵² SAUERTEIG, Krankheit, S. 89–97.

⁵³ Satzung der DGBG, S. 41.

⁵⁴ BLASCHKO, Gesellschaft, S. 262–3; SAUERTEIG, Krankheit, S. 94.

⁵⁵ SAUERTEIG, Moralismus, S. 212; DAVIDSON und SAUERTEIG, Law, S. 3.

in der DGBG engagiert.⁵⁶ Die DGBG wurde so in Deutschland gerade in den 1920er Jahren als Vertreterin eines breiten gesellschaftlichen Spektrums zu der entscheidenden *Pressure Group* bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Die Diskussion der Geschlechtskrankheiten kreiste in der Öffentlichkeit weiterhin stark um das Thema der Prostitution, die im deutschen Kaiserreich staatlich reglementiert war. Die steigende Anzahl der Prostituierten in den großen, wachsenden Städten wurde in der Öffentlichkeit als großes Problem wahrgenommen. Eigentlich mußten sich Prostituierte stets bei der Polizei melden und wurden durch zahlreiche Verordnungen reglementiert. Die Frauen wurden in ihrem Bezirk „unter Kontrolle gestellt“ und gezwungen, sich regelmäßig ärztlich untersuchen zu lassen. Wenn ein solches „Kontrollmädchen“ in einen anderen Polizeibezirk umzog, informierte die Polizei die Behörde des neuen Wohnortes.⁵⁷ Die Frauen konnten so dem Status „Prostituierte“ kaum wieder entkommen. Die einzelnen Städte im Deutschen Reich unterschieden sich allerdings erheblich in der Handhabung dieser Maßnahmen: In einigen Städte konnten sich Prostituierte freiwillig einschreiben, in anderen gab es eine Zwangseinschreibung der Frauen.⁵⁸ Im Gegensatz zu den „heimlichen“ Prostituierten, die mitunter von der Polizei aufgegriffen und infolgedessen untersucht wurden, war der Anteil der geschlechtskranken registrierten Prostituierten wohl etwas geringer.⁵⁹ In Berlin lebten beispielsweise um 1900 ca. 4000 eingeschriebene Prostituierte, von denen jährlich etwa 1000 an Syphilis erkrankten. Allerdings gab es dort gleichzeitig eine Masse an „heimlichen“ Prostituierten – die Schätzungen schwanken zwischen 10000 und 40000.⁶⁰ Nur noch wenige Zeitgenossen glaubten, mit einem weiteren Ausbau der Reglementationspolitik auch diese Gruppe unter Kontrolle stellen zu können und so der Geschlechtskrankheiten Herr zu werden.⁶¹ Bei überzeugten Reglementaristen gab es mitunter noch Vorschläge, die syphilitischen, registrierten Prostituierten für zwei Jahre in besondere Asyle einzuschließen, so daß sie als Ansteckungs-

⁵⁶ BORELLI et al., Geschichte, S. 28; SAUERTEIG, Krankheit S. 101–9; ELLENBRAND, Volksbewegung, S. 55–6; RÜHMANN, Geschichte, S. 297.

⁵⁷ BLASCHKO, Hygiene, S. 378–8; vgl. auch BOCK, Keine Arbeitskräfte, S. 71–2; GLESS, Reglementierung, S. 53–70; SCHULTE, Sperrbezirke, S. 20–3; STALLBERG, Stadt, S. 16–7.

⁵⁸ BLASCHKO, Hygiene, S. 377; in den meisten süddeutschen Städten existierte nur freiwillige Einschreibung, in Stuttgart mit Bordellen, in München ohne Bordelle; in Berlin gab es Zwangseinschreibung ohne Bordelle, in Hamburg mit Bordellen und in Bremen mit Kaserierung; vgl. auch NEUBAUER, Prostitution, S. 48.

⁵⁹ Zu diesem Problem gibt es verschiedene zeitgenössische Erhebungen, die jedoch in ihrer Aussagekraft relativ gering sind. Am nachvollziehbarsten sind noch die Untersuchungen des Leiters der Berliner Sittenpolizei, Georg Güth, von 1907, die dieses Ergebnis bestätigen. Vgl. BLASCHKO, Hygiene, S. 384–6. Vgl. zum problematischen Vergleich zwischen registrierten und heimlichen Prostituierten und deren Erkrankungsdaten auch NEUBAUER, Prostitution, S. 36–41.

⁶⁰ BLASCHKO, Konferenz, S. 135; SCHULTE, Sperrbezirke, S. 20.

⁶¹ SAUERTEIG, Krankheit, S. 67–8.

gefahr ausfielen. Die Gegner der Reglementierung, zu denen Alfred Blaschko, die meisten Angehörigen der DGBG, sowie zahlreiche Frauen- und Sittlichkeitsverbände gehörten, hielten eine solche Ausweitung für unpraktikabel; die Angst vor einer Zwangseinschreibung würde letztlich nur dazu führen, daß die „heimliche“ Prostitution anstiege und noch weniger geschlechtskranke Prostituierte ärztliche Hilfe suchten. Dies würde ein Ansteigen der Geschlechtskrankheiten nur begünstigen.⁶² In Deutschland wurde diese Haltung, von der polizeilichen Reglementation der Prostituierten abzukommen und zu einer medizinischen und gesundheitsfürsorglichen Überwachung aller Geschlechtskranken überzugehen, gesellschaftlich zunehmend akzeptiert.

Die Patientinnen und Patienten, an die sich diese gesundheitspolitischen Maßnahmen richteten, waren eine höchst uneinheitliche Gruppe. Zu Beginn des Jahrhunderts machten die Prostituierten und Gelegenheitsprostituierten höchstwahrscheinlich einen Großteil der geschlechtskranken Frauen aus.⁶³ Nach verschiedenen Untersuchungen rekrutierten sich die Prostituierten vor allem aus den Gruppen der Dienstmädchen, Fabrikarbeiterinnen und Kellnerinnen. Die Krankheiten waren bei Frauen wohl vorwiegend in den unteren Schichten verbreitet.⁶⁴ Selbstverständlich steckten sich auch „anständige“ Frauen bei ihren Männern an, gerade wenn jene an nicht erkannter oder nicht richtig ausgeheilter Syphilis litten. Frauen aus bürgerlichen Kreisen hatten zudem sicherlich Furcht, wegen einer Geschlechtskrankheit als „leichtfertig“ abgestempelt zu werden, so daß eine solche Erkrankung bei ihnen gar nicht oder viel zu spät therapiert wurde. Das Problem der „unschuldig“ und oft unwissentlich infizierten Frauen wurde in der öffentlichen Diskussion der Krankheiten jedoch meist vermieden. Einige Romane und Theaterstücke widmeten sich diesem Thema; die Ärzteschaft diskutierte das Problem unter dem Thema Heirat und Syphilis. Ihnen ging es vor allem darum, ob und wann syphiliskranke Männer heiraten sollten.⁶⁵ Blaschko, der sich auch damit auseinandersetzte, plädierte zwar grundsätzlich für Ehegesundheitszeugnisse, hielt dies aber für

⁶² BLASCHKO, Konferenz, S. 134–5; BLASCHKO, Hygiene, S. 398–9; PAPPRITZ, Föderation, S. 222; vgl. auch TAYLOR ALLEN, Feminism, Venereal Diseases, S. 28; sowie NEUBAUER, Prostitution, S. 53–6.

⁶³ Diese Einschätzung entspricht allerdings hauptsächlich dem Urteil der Zeitgenossen. Statistisch läßt sie sich, wie Lutz Sauerteig ausführt, kaum belegen. Vgl. SAUERTEIG, Krankheit, S. 80.

⁶⁴ Vgl. BLASCHKO, Geschlechtskrankheiten, S. 98–9.

⁶⁵ Vgl. dazu den Abschnitt „Geschlechtskrankheiten und Ehe“ in BLASCHKO, Hygiene, S. 501–12. Für die medizinische Diskussion wurde das Buch von Alfred Fournier „Syphilis et mariage“, das 1880 ins Englische übersetzt wurde, besonders wichtig, vgl. BRANDT, Bullet, S. 11; ebenso MOOIJ, Otherness, S. 1–4; sowie QUÉTEL, History, S. 152–9. Quéтел bezieht sich vor allem auf das Theaterstück „les Avariés“ von Eugène Brieux, das – 1901 geschrieben – das Thema Syphilis und Heirat behandelt. Vgl. zu diesem Theaterstück und seiner Rezeption in Deutschland, hier wurde es unter dem Titel „Die Schiffbrüchigen“ gespielt, SAUERTEIG, Krankheit, S. 213–6. Siehe auch Ibsens Drama „Gespenster“, vgl. hierzu Baldwin, Contagion, S. 443–4.

gesellschaftlich nicht durchsetzbar. Zudem kritisierte er, daß Ärzte Männern halfen, ihre Geschlechtskrankheiten vor den Frauen zu vertuschen, anstatt sie zu zwingen, ihre Frauen aufzuklären.⁶⁶

Bei Männern, bei denen Promiskuität gerade in jungen Jahren in größerem Maße gesellschaftlich akzeptiert war, waren Geschlechtskrankheiten verbreiteter als unter den Frauen; besonders unter Soldaten, aber auch unter Studenten traten die Erkrankungen häufig auf. Sonst erkrankten vor allem Männer, die Berufe mit häufigen Ortswechseln ausübten, überdurchschnittlich oft an diesen Krankheiten (Matrosen, Kellner etc.).⁶⁷ Insgesamt waren die meisten Kranken beider Geschlechter relativ jung, der Anteil der Ledigen war hoch und in urbanen Ballungsräumen, insbesondere in Berlin, war die Anzahl der Geschlechtskrankheiten am höchsten. Während am Anfang des 20. Jahrhunderts noch dreimal mehr Männer als Frauen erkrankten, verschob sich dieses Verhältnis bis Anfang der 1920er Jahre auf zwei zu eins.⁶⁸

Behandelt wurden die Geschlechtskranken meist in Krankenhäusern. Viele Krankenhäuser nahmen jedoch die Patienten als selbstverschuldete Kranke und moralisch verwerfliche Personen gar nicht auf. Für Betroffene aus ärmeren Schichten war eine Behandlung oftmals unmöglich, weil die Kassen aus denselben Gründen Geschlechtskranken bis 1903 Leistungen verweigern konnten.⁶⁹ Sie ließen sich dann meist gar nicht oder bei „Kurpfuschern“ behandeln, wodurch die Krankheit endgültig verschleppt wurde. Kamen die Patienten und Patientinnen doch in Krankenhäuser, so war die Behandlung dort oft unzureichend und entsprach eher einem Strafvollzug; die Gebäude waren in vielen Fällen die schlechtesten des ganzen Krankenhauses – miserabel ausgestattet, veraltet und überbelegt.⁷⁰ Nicht selten mußten die Geschlechtskranken auch eine spezielle Kleidung tragen, die sie von anderen Patienten abhob. Blaschko äußert sich über diese Probleme sehr treffend:

Erschwert wurde die Krankenhausbehandlung Venerischer ferner durch die gehässigen Bestimmungen, welche zumeist diesen allen den Krankenhausaufenthalt unendlich machten. So wurde und wird leider auch heute noch den Geschlechtskranken in vielen Orten der Empfang von Besuch, das Spazierengehen im Garten usw. untersagt; die Disziplin war eine besonders harte, die Kost eine schlechte; oft sind die Fenster der Abteilung undurchsichtig oder vergittert, und die Abteilungen selbst in der Regel in den schlechtesten Teilen der Krankenhäuser in unhygienischen Räumen untergebracht, welche zu dauerndem

⁶⁶ BLASCHKO, Hygiene, S. 509–11.

⁶⁷ Vgl. zur Erkrankung von Soldaten, Studenten und Männern der „besseren Stände“ in Deutschland BLASCHKO, Syphilis, S. 26–40; DERS., Geschlechtskrankheiten, S. 97–8; sowie SAUERTEIG, Krankheit, S. 79.

⁶⁸ SAUERTEIG, Krankheit, S. 77.

⁶⁹ 1903 wurde dies im Krankenversicherungsgesetz geändert: Gesetz betreffend weitere Änderungen des Krankenversicherungsgesetzes, RGBl. 1903, S. 233; vgl. auch BLASCHKO, Hygiene, S. 461.

⁷⁰ BLASCHKO, Hygiene, S. 464–5; SAUERTEIG, Krankheit, S. 126–9, RÜHMANN, Geschichte, S. 294–5; vgl. beispielsweise zu den Zuständen in der Freiburger Hautklinik: LEVEN, 100 Jahre, S. 27–33.

Aufenthalt von Kranken völlig ungeeignet sind, nicht selten sogar durch verriegelte Tore abgeschlossen.⁷¹

Für eingeschriebene Prostituierte, die durch die Sittenpolizei kontrolliert wurden und bei Verdacht auf Geschlechtskrankheiten zwangsweise in Krankenhäuser eingewiesen werden konnten, galten noch schlimmere Bedingungen. Sie wurden in geschlossenen Spezialabteilungen der Krankenhäuser behandelt, die sie nicht verlassen durften. Die Prostituierten mußten bei einer Erkrankung am stärksten unter Stigmatisierung durch die Mediziner und Kriminalisierung durch die Polizei leiden. Andere Frauen hatten stets Angst, in die Abteilungen mit Prostituierten gelegt zu werden.⁷²

Zur Therapie der Syphilis gehörte seit der Einführung des Salvarsans eine Spritzenkur mit diesem Medikament, seit den 1920er Jahren meist abwechselnd mit Wismut-Präparaten, die sich über mehrere Monate hinzog. Gonorrhöe wurde weiterhin mit Spülungen oder Einspritzungen von Silbersalzlösungen therapiert – meist über einige Wochen.⁷³ Viele Patienten litten an beiden Krankheiten und mußten sich so im Krankenhaus beiden Kuren unterziehen.

Die schlimmen Zustände in den Geschlechtskrankenabteilungen der Krankenhäuser wurden seit Ende des 19. Jahrhunderts immer wieder diskutiert; von Seiten der Kommunen und Länder erwog man zur Linderung der Probleme unter anderem die Einrichtung von Ambulatorien für Geschlechtskranke. Dies fand jedoch in Deutschland – anders als in Großbritannien – keine breite Zustimmung, im allgemeinen blieb es bei der Behandlung dieser Krankheiten in Kliniken; insbesondere die niedergelassenen Ärzte opponierten gegen diesen möglichen Verlust an Patienten und Verdienstmöglichkeiten. Die Situation in den Krankenhäusern besserte sich in den 1920er Jahren nur langsam, vielerorts bestanden die Abteilungen immer noch aus düsteren, überfüllten Räumen und die Klinikdirektoren, vor allem in kleineren Städten, waren der Aufnahme von Geschlechtskranken sehr abgeneigt.⁷⁴

Schließlich entstanden auf Anregung des Reichsversicherungsamtes seit 1916 Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalten, in denen die Patienten zwar untersucht und beraten, aber nicht behandelt wurden.⁷⁵ Trotz verschiedentslicher Vorstöße, dort auch Therapieangebote zu integrieren, setzte sich dies bis auf Ausnahmen in Berlin nicht durch.⁷⁶ Vielmehr wurden Patienten,

⁷¹ BLASCHKO, Hygiene, S. 412.

⁷² SCHULTE, Sperrbezirke BLASCHKO, Hygiene, S. 381, 413–4, vgl. hierzu auch LINDNER, Traditionen, S. 220–4.

⁷³ Zu den Therapieformen ORIEL, Scars, S. 94–5, 140–5; PHILIPP KELLER, Behandlung, 2. Auflage 1948, S. 469–72.

⁷⁴ Vgl. SAUERTEIG, Krankheit, S. 133–6; ZUMBUSCH, Gefahren, S. 107; BLASCHKO, Hygiene, S. 461.

⁷⁵ SAUERTEIG, Krankheit, S. 175–7.

⁷⁶ Blaschko kritisierte beispielsweise, daß durch das Aufspalten von Beratung und Behandlung zwischen verschiedenen Institutionen große Probleme entstünden, zum behandelnden Arzt, dem Krankenhaus und der Krankenkasse kämen nun noch die Beratungsstellen. Vgl.

die die Beratungsstelle aufsuchten, dort untersucht und zur Therapie in ein Krankenhaus weitergeschickt. Die Stellen überwachten den weiteren Behandlungsverlauf. In den zwanziger Jahren hatten diese Beratungsstellen, die von allen Kranken, auch den Nicht-Sozialversicherten, aufgesucht werden konnten, relativ großen Erfolg und wurden von den Patienten und Patientinnen offenbar gerne angenommen.⁷⁷ Ihre Arbeit führte insgesamt zu einem etwas pragmatischeren Herangehen an die Geschlechtskrankheiten, zu besserer Vorbeugung und genaueren Kenntnissen. Es gab damals neben dem Kondom, das Mann und Frau vor Infektion schützte, chemische Mittel, mit denen sich Männer vor oder nach dem Geschlechtsverkehr desinfizieren konnten. Die chemischen Mittel waren wesentlich beliebter und weiter verbreitet, da sie erstens billiger als Kondome waren und zweitens von Männern eher akzeptiert wurden.⁷⁸ Die Ausgabe von Schutzmitteln blieb in der Weimarer Republik umstritten; man bekam Kondome bis 1927 vor allem bei Sexualberatungsstellen, die meist von Organisationen der Sexualreformbewegung unterhalten wurden. Der freie Verkauf im Handel war nicht zugelassen.⁷⁹ Nach Erlass des Geschlechtskrankengesetzes von 1927 wurden Schutzmittel freigegeben und vor allem der Verkauf von Kondomen liberalisiert; in vielen Großstädten wurden nun Automaten aufgestellt.⁸⁰ Die DGBG führte ihre Bemühungen in der Weimarer Zeit fort: Merkblätter wurden gedruckt, Vorträge organisiert, nun auch mit abschreckenden Lichtbildern; zusätzlich setzte die Gesellschaft auf das Medium Film und entwickelte verschiedene Lehrfilme. Seit den 1920er Jahren beteiligten sich auch staatliche Stellen an diesen Aufklärungskampagnen.⁸¹

Als Strategie bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten setzte sich neben der Vorbeugung und Aufklärung durch die Beratungsstellen in Deutschland Behandlungspflicht durch. Diese Maßnahme war schon wiederholt diskutiert und gefordert worden, ebenso wie eine Meldepflicht. Gerade Blaschko und Neisser, die Hauptvertreter der DGBG, hatten diese Forderungen stets unterstützt. 1918 war unter dem Eindruck des Krieges und aus Angst vor einer raschen Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten schließlich von der Reichsregierung eine Notverordnung erlassen worden, die eine zwangsweise Behandlung anordnete.⁸² Meist genügte schon die Androhung des Zwanges, um die

BLASCHKO, Hygiene, S. 474. Zu anderer Kritik am Beratungsstellenkonzept vgl. SAUERTEIG, Krankheit, S. 169–72.

⁷⁷ 1919 waren bereits 100 000 erkrankte Personen bei den Beratungsstellen gemeldet, vgl. SAUERTEIG, Krankheit, S. 183.

⁷⁸ Die damaligen dickwandigen Fabrikate der Kondome galten als lustmindernd. Vgl. SAUERTEIG, Moralismus, S. 209.

⁷⁹ Vgl. SAUERTEIG, Krankheit, S. 312; zu den Sexualberatungsstellen umfassend SODEN, Sexualberatungsstellen.

⁸⁰ SAUERTEIG, Krankheit, S. 311–4; RÜHMANN, Geschichte, S. 303.

⁸¹ ELLENBRAND, Volksbewegung, S. 69–121; SAUERTEIG, Krankheit, S. 188, 201.

⁸² Vgl. DAVIDSON und SAUERTEIG, Law, S. 3–4; WEINDLING, Health, S. 357; BALDWIN, Contagion, S. 443, 477.

Betroffenen, oftmals Prostituierte, von einer Therapie zu überzeugen. Die Notverordnung enthielt gleichzeitig einen sogenannten Gefährdungsparagrafen, nach dem sich derjenige strafbar machte, der wissentlich Geschlechtskrankheiten übertrug.⁸³ Er oder sie konnte angezeigt und strafrechtlich verfolgt werden – mit einer Höchststrafe von drei Jahren Gefängnis. In der Praxis richteten sich die Zwangsbehandlungen meist gegen Frauen, Männer wurden seltener angezeigt. In den 1920er Jahren wurden pro Jahr ca. 650 Personen aufgrund dieses Gesetzes verurteilt, zu 75 Prozent Frauen, jedoch nie zur Höchststrafe, sondern meistens zu einigen Monaten Gefängnis.⁸⁴ Paul Weindling beschreibt die Zweischneidigkeit dieser Entwicklung sehr treffend: „While it signalled a victory for those campaigning for extension of public health, it was at the expense of individual liberties.“⁸⁵

Der Behandlungszwang wurde auch in dem langdiskutierten, von der DGBG schon seit Jahren geforderten Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1927 festgeschrieben.⁸⁶ Daß dabei die Persönlichkeitsrechte vehement beschnitten wurden, stieß offenbar weder im Reichstag noch in der Öffentlichkeit auf nennenswerte Gegenwehr. Das Recht des einzelnen müsse zurücktreten, wo es mit dem Wohl der Allgemeinheit konkurriere, war die allgemeine Meinung.⁸⁷ Mit dem Gesetz von 1927 wurde die sittenpolizeiliche Reglementierung der Prostituierten durch gesundheitspolitische Überwachung über die Gesundheitsämter ersetzt. So sollten die Prostituierten nun nicht mehr durch die Polizei, sondern vom Personal der Gesundheitsämter kontrolliert werden. Durch das Gesetz waren auch Bordelle und die Kasernierung von Prostituierten untersagt. Damit hatten sich zentrale Forderungen der Abolitionisten wie auch der DGBG weitgehend durchgesetzt. Allerdings wurde die Trennung zwischen Gesundheitsbehörde und Polizei nicht überall streng eingehalten.⁸⁸

In der Praxis wurden die gesundheitsfürsorgerischen Maßnahmen weiterhin vor allem auf Prostituierte fixiert, obwohl stets die Anzahl der in den Beratungsstellen gemeldeten geschlechtskranken Männer die der Frauen bei weitem übertraf.⁸⁹ Das Gesetz bezog sich nun nicht mehr explizit auf Prostituierte,

⁸³ Vgl. RGBl. 1918, I, S. 1431. In der „Verordnung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ vom 11. 12. 1918 hieß es in § 2: „Personen, die geschlechtskrank sind und bei denen die Gefahr besteht, daß sie ihre Krankheit weiterverbreiten, können zwangsweise einem Heilverfahren unterworfen, insbesondere in ein Krankenhaus überführt werden, wenn dies zur wirksamen Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint.“

⁸⁴ DAVIDSON und SAUERTEIG, *Law*, S. 3; SAUERTEIG, *Krankheit*, S. 353–4.

⁸⁵ WEINDLING, *Health*, S. 357.

⁸⁶ Vgl. hierzu und zum folgenden RGBl. 1927, I, S. 61.

⁸⁷ SAUERTEIG, *Krankheit*, S. 360–1.

⁸⁸ RUDLOFF, *Wohlfahrtsstadt*, S. 708–9. In München übertrug beispielsweise das bayerische Innenministerium die Aufgaben der Gesundheitsbehörde der Polizeidirektion.

⁸⁹ SAUERTEIG, *Krankheit*, S. 180. Vgl. hierzu anders BALDWIN, *Contagion*, S. 480, der betont, daß der Fokus nun wesentlich stärker auf alle Infizierten gerichtet war. Dies ist aber in der Praxis so nicht nachzuvollziehen.

sondern auf „Personen, die dringend verdächtig sind, Geschlechtskrankheiten weiterzuverbreiten“.⁹⁰ In der Terminologie der Gesundheitsverwaltung hatte sich der Begriff Personen mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr, „hwG-Personen“ eingebürgert.⁹¹ Diese Zielgruppe umfaßte nominell zwar auch Männer. Man versuchte aber mit dem Begriff vor allem die sogenannte „heimliche Prostitution“, also Frauen, die nicht registriert waren und die unter Umständen nur gelegentlich der Prostitution nachgingen, in die Zwangsvorschriften und die Überwachung stärker einzubeziehen.⁹² In den 1920er Jahren gab es zumindest in den deutschen Großstädten eine kleine, aber wachsende Zahl an Frauen, die sich über bürgerliche Moralvorstellungen hinwegsetzten, sexuell freizügiger lebten und so stärker gefährdet waren, sich anzustecken. Diese Frauen paßten nicht in die Kategorien der Gesundheitsbehörden; hier erscheint die Konzentration der Maßnahmen auf Prostituierte und Gelegenheitsprostituierte besonders unzeitgemäß.⁹³ Insgesamt hatte sich in Deutschland eine Strategie behauptet, neben Beratung auf Kontrolle und medizinische Überwachung zu setzen.⁹⁴

Nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten wurde die Kompetenz der Polizei in der Kontrolle der Prostituierten und „hwG-Personen“ wieder erweitert.⁹⁵ Dies ermächtigte die Ordnungskräfte, Grundrechte ohne gesetzliche Maßnahmen einzuschränken. Das scharfe Vorgehen im ersten Jahr der nationalsozialistischen Herrschaft stand zunächst vor allem unter der Prämisse, die Straßen von den Prostituierten zu „säubern“.⁹⁶ Bereits durch eine Änderung des Geschlechtskrankengesetzes im Mai 1933 hatte die Polizei wesentlich weitreichendere Möglichkeiten, Prostituierte zu verhaften.⁹⁷ Das *Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Besserung und Sicherung* vom 24. November 1933 führte insgesamt eine starke Strafverschärfung und vor allem präventive Maßnahmen wie Sicherungsverwahrung bzw. Schutzhaft ein.⁹⁸ Nach § 42 konnten nun auch Prostituierte („Personen, die gewerbsmäßig Unzucht betreiben“) in Arbeitslager eingewiesen und wegen asozialen Verhaltens in polizeiliche Vorbeugehaft genommen werden; in vielen

⁹⁰ Vgl. § 4, RGBl. 1927, I, S. 61.

⁹¹ NEUBAUER, Prostitution, S. 92. Dieser unschöne Begriff, mitunter auch in Form von „hwG-Frau“ oder „hwG-Treibende“ zu finden, zieht sich auch durch die ganze bundesdeutsche Geschlechtskrankheitenbekämpfung. Er wird in diesem Kapitel als Terminus technicus verwendet (jeweils in Anführungszeichen zitiert), da sich der Bedeutungsgehalt kaum adäquat umschreiben läßt.

⁹² BOCK, Keine Arbeitskräfte, S. 72–3.

⁹³ LINDNER, Traditionen, S. 223.

⁹⁴ SAUERTEIG, Krankheit, S. 26.

⁹⁵ Hierzu und zum folgenden GLESS, Reglementierung, S. 91–6.

⁹⁶ BOCK, Keine Arbeitskräfte, S. 83, CHRISTA PAUL, Zwangsprostitution, S. 11–2.

⁹⁷ Gesetz zur Abänderung strafrechtlicher Vorschriften vom 26. 5. 1933, RGBl. 1933 I, S. 295; vgl. auch BOCK, Keine Arbeitskräfte, S. 88.

⁹⁸ RGBl. 1933 I, S. 995; vgl. auch WERLE, Justiz-Strafrecht, S. 86–107.

Fällen wurden sie in Konzentrationslager gebracht.⁹⁹ Gesundheitsämter mußten nun „hwG-Personen“ und Geschlechtskranke melden, die Polizei hatte Zugriff auf die Daten.¹⁰⁰ Durch den wiedererstarkten Einfluß der Polizei bei der Behandlung der Geschlechtskranken nahm zudem das Vertrauen der Patienten in die Beratungsstellen, das in der Weimarer Republik zum Erfolg dieser Einrichtungen geführt hatte, ab. Letztlich wurden viele Prostituierte zu Opfern des NS-Systems: Sie mußten lange Strafen in Konzentrationslagern verbüßen, wurden wegen angeblichen Schwachsinn entmündigt, in Anstalten eingewiesen und sterilisiert; viele wurden umgebracht.¹⁰¹

Auf der anderen Seite duldete das NS-Regime eine reglementierte Prostitution durchaus. Zwar galt weiterhin das Verbot der Kuppelei und das Verbot der Bordelle, wie es im Gesetz von 1927 festgeschrieben war, dies hatte jedoch kaum Bedeutung, da man in vielen Städten wieder zur Kasernierung der Prostituierten übergegangen war. In Essen führte die Reglementierung unter den Nationalsozialisten beispielsweise dazu, daß Prostituierte ein „Merkbuch“, eine Art Lizenz, mit Personalien und Lichtbild mit sich führen mußten.¹⁰² Wurden sie geschlechtskrank, entzog die Polizei das „Merkbuch“ bis zur Heilung. Das Kasernierungsverbot wurde, nachdem es durch Runderlasse des Innenministeriums vom 9. September 1939 und vom 16. März 1940 bereits eingeschränkt worden war, im Oktober 1940 durch eine Änderung des Geschlechtskrankengesetzes von 1927 endgültig aufgehoben.¹⁰³ Es entstanden zahlreiche staatlich organisierte Bordelle, insbesondere für die Wehrmacht, später auch Bordelle für Zwangsarbeiter, in denen ausländische Frauen zwangsweise arbeiten mußten, sowie – wohl am perfidesten – Bordelle in Konzentrationslagern.¹⁰⁴ Gleichzeitig führte der starke Fokus auf Bevölkerungspolitik unter den Nationalsozialisten dazu, daß 1935 durch das Ehegesundheitsgesetz zwangsweise Gesundheitszeugnisse von den Heiratswilligen verlangt wurden. Bei Geschlechtskrankheiten bestand, wie bei zahlreichen anderen Krankheiten, Heiratsverbot.¹⁰⁵

⁹⁹ WERLE, Justiz-Strafrecht, S. 99; BOCK, Keine Arbeitskräfte, S. 94–5; KREUZER, Prostitution, S. 51.

¹⁰⁰ HEINZ-TROSSEN, Prostitution, S. 49. Die Gesundheitsämter mußten Personen mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr und Geschlechtskranke nach den Durchführungsbestimmungen der Erbbestandsaufnahme der Erb- und Rassekartei melden, auf die auch die allgemeinen Polizeibehörden Zugriff hatten. Vgl. GLESS, Reglementierung, S. 100, Anm. 123.

¹⁰¹ KREUZER, Prostitution, S. 69; BOCK, Keine Arbeitskräfte, S. 95–6.

¹⁰² GLESS, Reglementierung, S. 93–6.

¹⁰³ RGBl. I, 1940, S. 1459. Vgl. auch BAK, B 142/467, Auszug aus der Sitzung des Ausschusses des Deutschen Bundestages für Fragen des Gesundheitswesens vom 10. 11. 1952.

¹⁰⁴ Dazu ausführlich CHRISTA PAUL, Zwangsprostitution.

¹⁰⁵ Gesetz zum Schutz der Erbgesundheit des deutschen Volkes vom 18.10.1935 (Ehegesundheitsgesetz) RGBl. 1935 I, S. 1246. Vgl. ausführlich zur Ehepolitik im Nationalsozialismus: CZARNOWSKI, Familienpolitik. In der Weimarer Republik wurden allerdings auf Anregung von verschiedenen feministischen und anderen Organisationen bereits Merkblätter über die

Der Einfluß der DGBG, die in den 20er Jahren stets für Vorbeugung und Aufklärung gekämpft hatte, war erheblich gesunken. Der Vorstand der Gesellschaft hatte bereits 1933 seine Ämter zur Verfügung gestellt, vor allem weil die Nationalsozialisten sofort gegen jüdische Ärzte vorgingen und viele Mitglieder sowie führende Dermatologen Juden waren. Reichsinnenminister Frick setzte einen ehrenamtlichen Kommissar ein, der nun die Geschäfte führen sollte.¹⁰⁶ Bis 1955 tagte daraufhin keine ordentliche Mitgliederversammlung mehr. Die *Mitteilungen der Gesellschaft zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten*, die als wichtiges Forum für die wissenschaftliche Auseinandersetzung gedient hatten, wurden 1934 eingestellt.¹⁰⁷ Die einflußreiche gesellschaftliche Stellung, die die DGBG in der Weimarer Republik und ganz besonders bei der Entwicklung des Geschlechtskrankengesetzes von 1927 innegehabt hatte, war damit zu Ende. In der Zeit des Nationalsozialismus hatte sich das Element der gesundheitspolitischen Kontrolle und Reglementierung erheblich verschärft, pragmatische Tendenzen, wie sie gerade von der DGBG ausgegangen waren, wurden völlig zurückgedrängt.

Mit dem Zusammenbruch der nationalsozialistischen Herrschaft endeten die Einrichtungen der staatlich organisierten Prostitution sowie die starken Eingriffsmöglichkeiten der Polizei, die durch den NS-Staat geschaffen worden waren; das Geschlechtskrankengesetz von 1927 galt grundsätzlich weiter.¹⁰⁸ Wegen des starken Anstiegs der Geschlechtskrankheiten – sowohl der Syphilis wie auch der Gonorrhöe – in den Jahren 1945 und 1946 entwickelten die Besatzungsbehörden bald rigide Kontrollen und Maßnahmen. Sie fürchteten in erster Linie um die Gesundheit ihrer Soldaten, aber auch generell eine Ausbreitung von Seuchen in den besetzten Gebieten.¹⁰⁹

Insbesondere in Großstädten wurden die Krankheiten zu einem erheblichen Problem. Dort war eine starke Bevölkerungsfluktuation kennzeichnend. In ihrer Umgebung gab es meist viele Stützpunkte der Besatzungsmächte. In Bayern konzentrierten sich beispielsweise in München und Nürnberg die Fälle, während ländliche Regionen wie Niederbayern und die Oberpfalz mit diesem Problem weniger stark konfrontiert waren. Auch in Nordrhein-Westfalen waren die Zahlen der Geschlechtskranken in den Regierungsbezirken Köln und Düs-

Gefährdung durch Erbkrankheiten und Geschlechtskrankheiten an alle neuverheirateten Paare verteilt. Vgl. TAYLOR ALLEN, *Feminism, Venereal Diseases*, S. 47.

¹⁰⁶ Mitteilungen der DGBG 31 (1933), S. 183–6; BORELLI et al., *Geschichte*, S. 55; KREIS, *Gesellschaft*, S. 99. Die DGBG unterstand nach ihrer neuen, im November 1933 verabschiedeten Satzung direkt dem Reichsminister des Innern, der die Beschlüsse der Gesellschaft aufheben konnte. Die Mitgliederversammlung mußte nicht mehr, sondern konnte einberufen werden.

¹⁰⁷ RÜHMANN, *Geschichte*, S. 297.

¹⁰⁸ GLESS, *Reglementierung*, S. 100.

¹⁰⁹ Vgl. ausführlich ELLERBROCK, *Modernisierung*; auch SONS, *Gesundheitspolitik*, S. 120; HAGEN, 10 Jahre, S. 113.

seldorf 1948 deutlich höher als in ländlichen Gebieten.¹¹⁰ Ähnliche Entwicklungen zeigten sich in Schleswig-Holstein.¹¹¹

Insgesamt nahm die Gonorrhöe in den Jahren 1945 und 1946 im ganzen Gebiet der späteren Bundesrepublik stark zu, sank danach aber sehr schnell wieder ab. Die Syphiliszahlen stiegen bis 1947 an und entwickelten sich dann erst langsam rückläufig.¹¹²

*Tabelle 17: Entwicklung der Geschlechtskrankheiten in Westdeutschland 1946–1950*¹¹³

<i>Jahr</i>	Syphilis	Gonorrhöe
1946	88 082	223 798
1947	114 652	181 731
1948	98 965	133 707
1949	63 092	100 948
1950	41 700	74 803

Die unterschiedliche Entwicklung bei den beiden Krankheiten lag neben anderen Ursachen wie dem verschiedenartigen Krankheitsverlauf – Syphilitiker konnten nach einem ersten Krankheitsschub ohne Symptome sein, aber dennoch infektiös bleiben – an den divergierenden Behandlungsmethoden. Bei Gonorrhöe setzte sich, soweit das Medikament vorhanden war, sehr schnell eine Penicillinbehandlung durch. Die deutschen Ärzte akzeptierten Penicillin bei dieser Krankheit bald als wirksames Mittel, da es in den meisten Fällen eine Gonorrhöe innerhalb von 48 Stunden ausheilen konnte.¹¹⁴ Neben den sich bessernden Lebensverhältnissen und dem Rückgang der Flüchtlingsbewegungen führte dies schon ab 1946 zu stark rückläufigen Zahlen bei Neuerkrankungen.¹¹⁵ Syphilis dagegen wurde damals meist traditionell mit einer Wismut/Sal-

¹¹⁰ Vgl. für Bayern KRIEGER und MÜHLE, Bericht, S. 58–61; für Nordrhein-Westfalen SONS, Gesundheitspolitik, S. 127.

¹¹¹ SCHEEL, Entwicklung, S. 31–5. Besonders schwierig war hier die Lage in „Grenzstädten“ zur sowjetischen Besatzungszone wie in Lübeck mit seinen vielen Flüchtlingslagern. Hier führte die hohe Fluktuation dazu, daß die Krankheiten leicht eingeschleppt und weitergegeben werden konnten.

¹¹² Für Nordrhein-Westfalen vgl. SONS, Gesundheitspolitik, Tabelle 12, S. 194, für Baden-Württemberg KLUCKE, Entwicklung, S. 2695; für Bayern KRIEGER und MÜHLE, Bericht, S. 58–9.

¹¹³ Westliche Besatzungszonen bzw. Bundesrepublik (ohne Berlin); Statistik der Bundesrepublik Deutschland, Band 61: Gesundheitswesen – Statistische Ergebnisse 1946–1950, S. 41.

¹¹⁴ HILDEBRAND, Antibiotika, S. 147; PHILIPP KELLER, Behandlung, 2. Auflage 1948, S. 224, 469.

¹¹⁵ NRW HStA, NW 6/194, Bericht des Sozialministers des Landes Nordrhein-Westfalen vom 25. 6. 1947 über Medizinalwesen und Allgemeine Gesundheitspflege; KRIEGER und MÜHLE, Bericht, S. 12–3; KRIEGER, Krankheit, S. 10; SCHEEL, Entwicklung, S. 40.

varsan-Therapie behandelt, was wesentlich langwierigere Kuren erforderte.¹¹⁶ Viele Ärzte vertrauten dem neuen Wirkstoff Penicillin bei der Behandlung von Syphilis nicht. Sie hielten es für wenig effizient und unsicher. US-amerikanische Studien, die die Wirksamkeit des Penicillins überzeugend belegten, waren in Deutschland kaum bekannt.¹¹⁷ Außerdem ließen sowohl die amerikanischen wie auch die britischen Besatzungsmächte den Wirkstoff zunächst nur für Gonorrhöe ausgeben, weil das knappe Penicillin bei Gonorrhöe bereits in sehr viel geringerer Dosierung wirkte.¹¹⁸ Ab 1949 war dann auch bei Syphilis ein deutlicher Rückgang zu beobachten, der neben der Verbesserung der Lebens- und Wohnbedingungen und der nachlassenden Fluktuation der Bevölkerung dem zunehmenden Einsatz von Penicillin bei dieser Krankheit zu verdanken war.

Während der Besatzungszeit bestimmte rigoroses Vorgehen fast überall das Geschehen, wenngleich der Maßnahmenkatalog in den Besatzungszonen und den einzelnen Ländern durchaus unterschiedlich war. Insbesondere geschlechtskranke Frauen hatten unter gewaltsamen Methoden zu leiden, da sie von den Besatzungsbehörden als Gefahr für ihre Soldaten wahrgenommen wurden.¹¹⁹ Die neugegründeten Länder bzw. zuvor die Verwaltungsbezirke mußten schon deswegen eng mit den Besatzungsbehörden zusammenarbeiten, da diese – zunächst zumindest die US-Amerikaner und Briten – mit dem Penicillin über das wirksamste Mittel gegen Geschlechtskrankheiten verfügten.¹²⁰ Die Beispiele Bayern und Nordrhein-Westfalen verdeutlichen die Vorgehensweise der Besatzungsbehörden und Länder.

In Bayern gab es 1946 in der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Innenministeriums ein eigenes Referat zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, das zunächst nur als sogenannte Penicillinbewirtschaftungsstelle fungierte. Die amerikanische Militärregierung hatte der bayerischen Regierung zunächst 73 000 Flaschen Penicillin überlassen, dies aber an Bedingungen gebunden: Geschlechtskranke durften nur stationär in eigens eingerichteten Geschlechtskrankenhäusern bzw. Geschlechtskrankenabteilungen von bestehenden Kliniken behandelt werden. Der behandelnde Arzt mußte die an Gonorrhöe Erkrankten dem Gesundheitsamt melden, das die Betroffenen dann in eine auf

¹¹⁶ PHILIPP KELLER, *Behandlung*, 2. Auflage 1948, S. 520; vgl. auch NRW HStA, NW 38/217, Leiter der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz an alle behandelnden Ärzte, 26. 11. 1949, Bl. 10.

¹¹⁷ HILDEBRAND, *Antibiotika*, S. 106; SCHEEL, *Entwicklung*, S. 7; STRAUSS, *Betrachtungen*.

¹¹⁸ Dies lag vor allem daran, daß Penicillin knapp war, die Erkrankungen an Gonorrhöe viel zahlreicher als die Syphiliserkrankungen waren und bei Gonorrhöe wenig Penicillin mehr bewirkte. StAM, Gesundheitsämter 5382, Merkblatt vom 30. 12. 1948; SONS, *Gesundheitspolitik*, S. 179.

¹¹⁹ ELLERBROCK, *Modernisierer*, S. 250–3.

¹²⁰ Vgl. für Bayern: StAM, Gesundheitsämter 5382, Regierungspräsident an die staatlichen Gesundheitsämter des Regierungsbezirks Oberbayern und das städtische Gesundheitsamt München vom 12. 4. 1946.

Anordnung der amerikanischen Militärregierung eingerichteten Penicillinstation einwies. Im Mai 1946 gab es in Bayern 74 dieser Einrichtungen mit 6000 Betten.¹²¹ Die meisten Patienten durften die Klinik nach einem kurzen stationären Aufenthalt wieder verlassen, mußten sich aber weiterhin Kontrollen unterziehen. Wenn man Frauen jedoch als Infektionsquellen für amerikanische Soldaten ansah, wurden sie zwangseingewiesen und erst nach drei Wochen wieder entlassen.¹²² Nachdem die Gonorrhöe infolge des Einsatzes von Penicillin stark zurückging, wurde die Zahl dieser Kliniken rasch reduziert: Waren es im Juli 1948 noch 48 Krankenhäuser bzw. Abteilungen mit 4000 Betten, ging ihre Zahl Anfang 1949 auf 40 Stationen mit 2800 Betten zurück.¹²³

In anderen Ländern und Besatzungszonen entwickelte sich ein nur wenig divergierendes Vorgehen. In Nordrhein-Westfalen mußten bereits seit Juli 1945 alle Neuerkrankungen gemeldet werden, seit Oktober 1945 gingen Angaben über Personen, die als Ansteckungsquelle genannt wurden, direkt an den Amtsarzt.¹²⁴ Penicillin wurde auch von den Briten ab April 1946 in extra eingerichteten Penicillin-Behandlungsstellen der Krankenhäuser bereitgestellt – 1947 waren es 55 Stationen –, die zuständigen Ärzte bekamen eine Ausbildung in der Penicillinbehandlung.¹²⁵ Frauen, die verdächtig waren, mit britischen Soldaten Kontakt zu haben, wurden zwangsweise bei den Beratungsstellen vorgeführt und wenn sie an Geschlechtskrankheiten litten, länger als andere Patienten stationär eingewiesen. Die Militärpolizei führte – oft mit Unterstützung der deutschen Ordnungskräfte – zudem Razzien durch und griff Frauen, die sich mit Soldaten in der Öffentlichkeit zeigten, auf der Straße auf. Razzien waren allerdings auch in der amerikanischen Besatzungszone, wie z.B. in den Städten Frankfurt, Gießen oder Stuttgart an der Tagesordnung. Mitunter wur-

¹²¹ KOFFERATH, Symposium, S. 428–31.

¹²² StAM, Gesundheitsämter 5382, Regierungspräsident an die staatlichen Gesundheitsämter des Regierungsbezirks Oberbayern und das städtische Gesundheitsamt München vom 12. 4. 1946.

¹²³ KOFFERATH, Symposium, S. 428–431. 1950 wurde dann auch die Behandlung der Gonorrhöe wieder für niedergelassene Ärzte freigegeben und Penicillin in Apotheken vertrieben. Die Zahl der Geschlechtskranken war mittlerweile so weit zurückgegangen, daß sich eine Exklusivbehandlung nicht mehr hätte rechtfertigen lassen. Die Gesundheitsbehörden konnten jedoch bei Infektionsgefahr immer noch die stationäre Behandlung anordnen. Vgl. Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 59 (1950/51), S. 21; StAM, Gesundheitsämter 5382, Regierung von Oberbayern an die staatlichen Gesundheitsämter vom 18. 3. 1950. In Hessen verfuhr man ähnlich wie in Bayern. Hier wurden ebenfalls VD-Kliniken zur Penicillin-Behandlung eingerichtet, vgl. NRW HStA, NW 6/193, Ärztlicher Tätigkeits- und Lagebericht des Landes Hessen für den Monat September 1947.

¹²⁴ GERFELDT, Umwelt, S. 563; SONS, Gesundheitspolitik, S. 125.

¹²⁵ NRW HStA, NW 6/194, Bericht des Sozialministers des Landes Nordrhein-Westfalen vom 25. 6. 47 über Medizinalwesen und Allgemeine Gesundheitspflege; NRW HStA, NW 53/385 Headquarter Military Government Land North Rhine Westphalia an das Oberpräsidium Nord-Rheinprovinz, 27. 8. 1946; vgl. auch SONS, Gesundheitspolitik, S. 179.

den ganze Züge gestoppt und durchsucht.¹²⁶ Dieses Vorgehen erzeugte auf deutscher Seite starke Ressentiments:

Ich erinnere mich an Razzien, bei denen deutsche oder Besatzungspolizei kurzerhand eine Straßenbahn oder Omnibusumsteigstelle besetzten und während einer halben Stunde zweihundert weibliche Umsteigerinnen darunter eine ganze Klasse einer höheren weiblichen Berufsschule und eine hochbetagte Pfarrersehefrau der Geschlechtskranken-Fürsorgestelle zuführten, wobei dann nur eine einzige von 200 Frauen, also ½% als geschlechtskrank befunden wurde.¹²⁷

Neben der Verschärfung der Zwangsmaßnahmen gab es auch andere Bemühungen. In Nordrhein-Westfalen hatten die Geschlechtskrankenberatungsstellen eine starke Tradition: In den 1920er Jahren war eine große Zahl dieser Stellen eingerichtet worden; Landesversicherungsanstalt, Krankenkassen und Verwaltungsbehörden hatten sich in einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen, die gemeinsam das Netz der Beratungsstellen betrieb und koordinierte. Nach einer Pause in den Kriegsjahren eröffnete die Arbeitsgemeinschaft 1947 ihre Beratungsstellen wieder.¹²⁸ Die Patienten konnten sich nun dort nicht nur untersuchen und beraten lassen, sondern auch eine Behandlung ohne Krankenschein erhalten. Die Ärzte bzw. Krankenhäuser rechneten dann direkt mit den Geschlechtskrankenberatungsstellen ab. Dieses Angebot wurde von den Geschlechtskranken offenbar sehr schnell akzeptiert.¹²⁹

Allerdings legten auch diese Stellen einen Schwerpunkt auf die „Überwachung“ der Prostituierten bzw. der „heimlichen Prostitution“. Beim Gesundheitsamt Köln wurde eine Sichtungsstelle eingerichtet, in die alle von der Polizei wegen Verdacht auf Geschlechtskrankheit aufgegriffenen Frauen und Mädchen eingeliefert und mehrere Tage lang untersucht und beobachtet werden konnten. Die Kontrolle war noch umfassender: Man hatte in NRW beim Sozialministerium in Düsseldorf eine zentrale Suchkartei eingerichtet. Die Beratungsstellen aus ganz NRW meldeten Prostituierte und „hwG-Treibende“ dorthin; die Suchkartei verschickte wiederum Listen mit allen „hwG-Personen“ an die Beratungsstellen und Gesundheitsämter.¹³⁰ Mit dieser Art von Kontrolle war man von den rigiden Maßnahmen der Besatzungsbehörden in

¹²⁶ NRW HStA, NW 6/193, Ärztlicher Tätigkeits- und Lagebericht des Landes Hessen für den Monat September 1947; SONS, Gesundheitspolitik, S. 122; vgl. für Stuttgart, ELLERBROCK, Modernisierer, S. 254–6.

¹²⁷ REDEKER, Neufassung, S. 536.

¹²⁸ NRW HStA, RW 12/947, Schrift über die fünfte Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Bereich der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz von 1947. Die Kosten teilten sich die Körperschaften, vgl. NRW HStA RW 12/947, Schrift über die fünfte Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Bereich der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz von 1947.

¹²⁹ FROMME, Erfahrungen, S. 260; Fromme berichtet, daß Erwerbslose, Nichtversicherte, Ortsfremde, Familienangehörige ohne Ansprüche oder Personen, die aus Angst um ihren Ruf keinen Krankenschein anfordern wollten sehr von diesen Einrichtungen profitierten; vgl. ebenda, S. 262.

¹³⁰ BÜTTGENBACH, Überblick, S. 259–64.

der Geschlechtskrankheitenbekämpfung nicht so weit entfernt, obwohl die deutsche Seite offiziell gegen das Vorgehen der Besatzungsmächte heftig protestierte.

In anderen Bundesländern wurden die Geschlechtskrankenstellen sowohl in der Beratung der Kranken als auch durch Kontrollmaßnahmen ebenfalls wieder aktiv.¹³¹ In vielen großen Städten führten die Ordnungskräfte der Besatzungsmächte z. B. Razzien durch und brachten aufgegriffene Frauen dann zur Kontrolle in Geschlechtskrankenstellen der Gesundheitsämter. In Schleswig-Holstein, das besonders in den Küstenstädten verstärkt unter dem Anstieg der Geschlechtskrankheiten zu leiden hatte, baute man ab 1946 die lokalen Beratungsstellen für Geschlechtskranke aus.¹³² Das Land Groß-Hessen pflegte ein besonders drastisches Vorgehen gegen Geschlechtskranke: Nach einer Verordnung des Staatsministeriums vom 11. April 1946 konnten hier Geschlechtskranke unter bestimmten Umständen sogar ins Gefängnis eingewiesen werden.¹³³

1947 versuchten die Besatzungsbehörden dann, die Maßnahmen gegen Geschlechtskrankheiten in Deutschland durch die Kontrollratsdirektive Nr. 52 zu vereinheitlichen, die insgesamt ein scharfes Vorgehen und eine strenge Meldepflicht für alle Geschlechtskranken forderte.¹³⁴ Im Anschluß an diese Direktive Nr. 52 wurden in einzelnen Ländern wiederum neue Gesetze geschaffen, so in Bremen, Hamburg und Niedersachsen.¹³⁵

Gegen zu heftige Maßnahmen der Besatzungsbehörden wurde zwar von deutscher Seite aufgebeht; im wesentlichen zeichneten sich jedoch auch die Maßnahmen von Seiten der Länder ebenso wie die deutsche Fachdiskussion der Nachkriegsjahre durch Rigidität aus. In der Diskussion wurde sowohl die Reglementierung von Prostituierten als auch Zwangsbehandlung und „Bewahrung“ von Geschlechtskranken erneut thematisiert.¹³⁶

¹³¹ Vgl. THELEN, Ergebnisse.

¹³² POTRZ, Bekämpfung, S. 7; SCHEEL, Entwicklung, S. 31–2; GERHARD J. MÜLLER, Verlauf.

¹³³ Erste Verordnung zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten vom 11. April 1946, Gesetz- und Verordnungsblatt für Groß-Hessen 1946, S. 110.

¹³⁴ Direktive Nr. 52 des Alliierten Kontrollrats vom 7. Mai 1947, Amtsblatt des Kontrollrats in Deutschland Nr. 15. In der Einleitung heißt es: „Beunruhigt durch die wachsende Zahl von Geschlechtskrankheiten und in der Überzeugung, daß einer der Gründe für dieses Anwachsen das Versagen der zur Zeit in Kraft befindlichen deutschen Gesetzgebung ist, erläßt der Kontrollrat die folgende Direktive.“ Die Gonorrhöe war zwar 1947 schon wieder im Sinken begriffen, dies konnte jedoch noch nicht als genereller Trend wahrgenommen werden, die Syphiliszahlen stiegen jedoch immer noch, so daß die Situation von den Besatzungsmächten durchaus noch als sehr bedrohlich wahrgenommen wurde.

¹³⁵ HOPF, Gesichtspunkte für ein Bundesgesetz, S. 535.

¹³⁶ Vgl. dazu S. 316 ff., wo die Diskussion ausführlich untersucht wird.

3.2.2 Großbritannien

In Großbritannien war im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten die Reglementierung der Prostitution viel früher als in Deutschland kontrovers diskutiert worden. Abolitionisten und Reglementaristen setzten sich schon in den 1860er Jahren vehement auseinander. Die in den Jahren 1864, 1866 und 1869 durch die *Contagious-Disease*-Gesetze eingeführte teilweise Reglementierung der Prostitution war auf Druck der Abolitionisten bereits Mitte der 1880er Jahre wieder abgeschafft worden.¹³⁷ Die Prostituierten waren also um die Jahrhundertwende nicht mehr polizeilich registriert wie in Deutschland.¹³⁸ Die Prostitution wurde aber durchaus – mit kommunalen Unterschieden – von der Polizei bekämpft.¹³⁹ Da die Polizisten die Prostituierten nicht mehr direkt überwachen konnten, gingen sie in fast allen großen Städten scharf gegen Bordelle vor und versuchten so, das Gewerbe zu unterdrücken. Anfang des 20. Jahrhunderts wurden in sogenannten *Clean-up*-Kampagnen mit Unterstützung von *Social-Purity*-Gruppen Prostituierte verfolgt und Bordelle aufgelöst.¹⁴⁰ Oft wurden die Frauen dadurch ganz vertrieben und gezwungen, sich heimlich oder unter dem Schutz von Zuhältern niederzulassen. Die Prostitution änderte so ihre Gestalt. Prostitution und ihre Eindämmung blieben in der Diskussion um die Geschlechtskrankheiten weiterhin ein wichtiger Punkt, da man von staatlicher Seite diese Frauen nach wie vor als wichtige Verbreiterinnen von Geschlechtskrankheiten ansah.¹⁴¹ Etwa seit dem Ersten Weltkrieg richtete sich das Augenmerk in der öffentlichen Diskussion zusätzlich auf die sogenannten *Amateurs*, sexuell freizügigere Frauen, die man eigentlich nicht unter dem Begriff Prostituierte fassen konnte, die man aber bei der Übertragung von Geschlechtskrankheiten als noch gefährlicher erachtete als die polizeilich definierte Prostituierte.¹⁴²

¹³⁷ Vgl. hierzu ausführlich WALKOWITZ, Prostitution; MCHUGH, Prostitution; sowie KENT, Sex; MORT Sexualities, S. 69–77. 1864 galt die Reglementierung der Prostitution zunächst für einige Städte mit Truppen- und Flottenstützpunkten, 1866 und 1869 wurden jeweils die Bestimmungen auf andere Regionen ausgeweitet.

¹³⁸ Ob man deswegen schon von einem *laissez-faire*-approach des Staates hinsichtlich der Geschlechtskrankheiten sprechen kann, wie dies Lucy Bland tut, ist dennoch fraglich, vgl. BLAND, Cleansing, S. 193.

¹³⁹ WEEKS, Sex, S. 90–1.

¹⁴⁰ WALKOWITZ, Prostitution, S. 210–12. Dazu trug auch der Criminal Law Amendment Act von 1885 bei, der das Vorgehen gegen Bordellbesitzer erleichterte.

¹⁴¹ Vgl. z.B. GLADYS MARY HALL, Prostitution, besonders S. 106; BLAND und MORT, Look Out, S. 139; HALL und PORTER, Facts, S. 230. In Großbritannien gab es ebenso zahlreiche Reglementaristen, die schon der Abschaffung der Contagious-Diseases-Acts ablehnend gegenüberstanden bzw. später ähnliche Regelungen wieder einführen wollten; vgl. z.B. ACTON, Prostitution; William Acton war ein überzeugter Reglementarist.

¹⁴² GLADYS MARY HALL, Prostitution, S. 34–5; vgl. auch BLAND und MORT, Look Out, S. 140; LINDNER, Traditionen, S. 224–6.

Aber auch in Großbritannien waren es seit der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert vor allem medizinische Initiativen, die eine verstärkte Auseinandersetzung mit der Frage der Geschlechtskrankheiten forderten.¹⁴³ Die *British Medical Association* und andere medizinische Organisationen hatten bereits seit Ende des 19. Jahrhunderts immer wieder die Regierung gedrängt, eine Untersuchung des Problems zu veranlassen; dies wurde jedoch zunächst nicht aufgegriffen. Ab 1910, als der Syphilis-Erreger bereits entdeckt und das Therapeutikum Salvarsan gefunden war, schien das Interesse größer zu werden: die lokalen Verwaltungsbehörden schlugen nun ebenfalls in einem Report vor, Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen bzw. auszubauen und für alle Kranken erreichbar zu machen.¹⁴⁴ Gleichzeitig gab es Aufrufe von bekannten Ärzten, sich mit dem Problem auseinanderzusetzen, sowie 1913 einen internationalen Kongreß zum Thema Syphilis in London. Aufgrund der verstärkten medizinischen Diskussion und des steigenden öffentlichen Druckes setzte die Regierung schließlich noch 1913 eine *Royal Commission on Venereal Disease* ein, in die sowohl Parlamentsmitglieder als auch zahlreiche Ärzte und Ministerialbeamte berufen wurden.¹⁴⁵

Die Therapiemöglichkeiten für Geschlechtskranke waren in Großbritannien am Anfang des Jahrhunderts sehr unzureichend: Bis zum Ersten Weltkrieg gab es kaum Behandlungsmöglichkeiten, lediglich in der Armee und der Flotte standen Einrichtungen zur Verfügung. Die meisten *Benevolent Societies* oder *Friendly Societies*, private Versicherungsvereine, zahlten ihren Mitgliedern keine Behandlung für venerische Krankheiten.¹⁴⁶ Nur wenige Krankenhäuser gaben sich mit Geschlechtskranken ab, da die meisten Kliniken in England traditionell *Voluntary Hospitals* waren, die sich aus karitativen Gründen um Patienten kümmerten. Geschlechtskrankheiten galten als selbstverschuldet; Erkrankte wurden deshalb in diesen Krankenhäusern selten zugelassen.¹⁴⁷ Auch die Diagnosemethoden zur Feststellung von Geschlechtskrankheiten waren meist völlig ungenügend.¹⁴⁸ Es gab allerdings sogenannte *Lock Hospitals* oder *Lock Wards* in größeren Krankenhäusern, die auf Geschlechtskrankheiten spezialisiert waren und in denen meistens Prostituierte behandelt wurden. Die *Lock Hospitals* waren seit Ende des 18./Beginn des 19. Jh. in verschiedenen größeren Städten Großbritanniens gegründet worden; sie ähnelten mehr Gefäng-

¹⁴³ Vgl. BLAND, *Cleansing*, S. 197–8; DAVID EVANS, *Tackling*, S. 415–6, DAVENPORT-HINES, *Sex*, S. 223, 230.

¹⁴⁴ LESLEY A. HALL, *Sex*, S. 70; BLAND, *Cleansing*, S. 197–8; DAVID EVANS, *Tackling*, S. 415–6, vgl. zum erstarkenden Interesse auch HALL und PORTER, *Facts*, S. 231.

¹⁴⁵ DAVENPORT-HINES, *Sex*, S. 211–5.

¹⁴⁶ DAVID EVANS, *Tackling*, S. 413; WILLCOX, *Years*, S. 7; HALL und PORTER, *Facts*, S. 225. Vgl. zu den *Friendly Societies* und der Geschichte der Krankenversicherung in Großbritannien auch Kap. II, 1.2.

¹⁴⁷ HALL und PORTER, *Facts*, S. 13, 156. Vgl. zu den *Voluntary Hospitals* ausführlich Kap. II, 4.2.

¹⁴⁸ DAVID EVANS, *Tackling*, S. 418; WILLCOX, *Years*, S. 5; HALL und PORTER, *Facts*, S. 232.

nissen als Krankenhäusern. Das *London Lock Hospital* hatte zu Beginn des 20. Jahrhunderts allerdings nur etwas über hundert Betten – schon zu wenig für eine adäquate Versorgung nur der Prostituierten.¹⁴⁹ Geschlechtskranke ließen sich deswegen oftmals gar nicht behandeln oder gingen zu medizinisch nicht qualifizierten Apothekern und Heilkundigen.¹⁵⁰

Diese Zustände untersuchte nun die *Royal Commission*, hörte insgesamt 85 Berichtersteller an, vor allem aus dem medizinischen Bereich, und wertete zahlreiche Materialien aus. Der 1916 veröffentlichte Bericht bezeichnete die bestehenden Einrichtungen als völlig unzureichend. Die Kommission empfahl die Einrichtung von *Treatment Centres* für Geschlechtskranke, in denen diese kostenlos behandelt werden sollten. Der Wassermann-Test zum Nachweis der Syphilis sowie das Medikament Salvarsan sollten für alle Patienten zur Verfügung stehen.¹⁵¹ Gleichzeitig wurde vorgeschlagen, die Gesundheitserziehung der Bevölkerung zu verbessern. Bei Vorschlägen hinsichtlich einer Vorbeugung gegen Geschlechtskrankheiten hielt sich die Kommission jedoch zurück. Viele Kommissionsmitglieder erachteten es für moralisch falsch, über Schutzmittel aufzuklären und damit sozusagen die „Sünde“ des außerehelichen Verkehrs zu billigen oder gar zu fördern.¹⁵² Prophylaktische Maßnahmen wurden nur von zwei Mitgliedern der Kommission in Erwägung gezogen, obwohl man in der britischen Armee während des Ersten Weltkrieges damit durchaus Erfolge zu verzeichnen hatte.¹⁵³ Vielmehr beschränkte sich die Kommission in dieser Hinsicht auf Appelle, ein sittliches und enthaltsames Leben zu führen. Dementsprechend riet ein 1916 entworfenes Merkblatt Kranken nur, sich nach dem Auftreten von Symptomen sofort in Behandlung zu begeben, Schutzmittel blieben unerwähnt.¹⁵⁴ Diesen sehr rigiden moralischen Ansichten der überwiegenden Mehrheit der *Royal Commission* entsprach auch der weiterhin starke Einfluß des *Purity Movements* auf den Diskurs um die Geschlechtskrankheiten. In der Bewegung verbanden sich verschiedene Einflüsse: Feministinnen forderten vor allem eine Reform des männlichen Sexualverhaltens; Keuschheit der Männer werde gleichzeitig das Problem der Prostitution und der Geschlechtskrankheiten lösen.¹⁵⁵ Damit verband sich aber auch der Gedanke der

¹⁴⁹ WALKOWITZ, Prostitution, S. 215, 230–1; MAHOOD, Magdalenes, S. 29–36. Als erstes dieser Institutionen war das Londoner Lock Hospital 1746 gegründet worden, die nächsten folgten 1792 und 1813 in Westmoreland und Newcastle; Manchester im Jahr 1819; vgl. für London ABEL-SMITH, Hospitals, S. 156.

¹⁵⁰ WILLCOX, Years, S. 5; HALL und PORTER, Facts, S. 225.

¹⁵¹ DAVID EVANS, Tackling, S. 418; DAVENPORT-HINES, Sex, S. 222. Vgl. zum Wassermann Test oben, S. 288.

¹⁵² SAUERTEIG, Moralismus, S. 221.

¹⁵³ SAUERTEIG, Sex, S. 179; DAVENPORT-HINES, Sex, S. 223–4, S. 226–8; SAUERTEIG, Moralismus, S. 222–3; HALL und PORTER, Facts, S. 233; BEARDSLEY, Allied.

¹⁵⁴ SAUERTEIG, Moralismus, S. 221.

¹⁵⁵ Vgl. WEEKS, Sex, S. 215; MORT, Sexualities, S. 117–9; MORT, Purity, S. 211–3, HALL und PORTER, Facts, S. 228, 230.

gesunden Nation, die durch Reinheit und Keuschheit erstarken sollte. Das *Purity Movement* wollte insbesondere die Arbeiterklasse zu einer „richtigen“ Lebensführung erziehen. Die sozialhygienischen Bewegung war in Großbritannien also ganz besonders eng mit einer moralischen Konzeption der Selbstkontrolle verbunden.¹⁵⁶

Die Anregungen der *Royal Commission* hinsichtlich der Behandlungszentren wurden erstaunlich schnell von der Regierung und den Lokalverwaltungen übernommen. Ab 1917 wurde ein flächendeckendes Netz von sogenannten *Venereal Disease Treatment Centres* aufgebaut, das man aus Steuermitteln finanzierte (Zwei Drittel der Kosten zahlte die Regierung, ein Drittel die Lokalverwaltungen).¹⁵⁷ Ein wichtiger Punkt war dabei, daß in England die Ärzte nicht so stark wie in Deutschland gegen die Einrichtung dieser Zentren opponierten.¹⁵⁸ Auf Schwierigkeiten stieß man in erster Linie bei den *Voluntary Hospitals*, die als Wohlfahrtseinrichtungen nicht dabei mitwirken wollten, wie man ihrer Meinung nach „sündiges Verhalten“ förderte. Deswegen verweigerten sie sich oft der Einrichtung von Ambulanzen für Geschlechtskranke in ihren Kliniken.¹⁵⁹ Auch die Organisationsstruktur der Krankenhäuser, welche mit vielen unbezahlten ehrenamtlichen Mitarbeitern operierten, war nur schwer mit den neuen Behandlungszentren, in denen bezahlte Kräfte arbeiten sollten, in Einklang zu bringen.

Dennoch wurden relativ schnell Zentren, die an die Krankenhäuser angegliedert waren, aufgebaut; 1917 existierten bereits 113. Dort arbeitete immer ein Arzt, der zusammen mit Hilfskräften oder Schwestern Sprechstunden für Geschlechtskranke abhielt. Es wurde kostenlos, ambulant und anonym behandelt.¹⁶⁰ Die Zentren wurden sehr rasch von den Geschlechtskranken angenommen. Es wandten sich anfangs deutlich mehr Männer als Frauen an die neugeschaffenen Einrichtungen. Dies lag daran, daß durchschnittlich mehr Männer als Frauen an Geschlechtskrankheiten litten. Ein weiterer Grund war, daß keine extra Sprechstunden für Patientinnen angeboten wurden, sehr wenig weibliches Personal in den Zentren arbeitete und so Frauen leicht abgeschreckt wurden.¹⁶¹ Dem Vorzug der Anonymität und der kostenlosen Behandlungen stand die oft ruppige Behandlung der Patienten gegenüber. Bei Syphilis entstanden

¹⁵⁶ MORT, *Sexualities*, S. 112; BLAND, *Cleansing*, S. 200.

¹⁵⁷ BALDWIN, *Contagion*, S. 472; DAVID EVANS, *Tackling*, S. 425–6; SAUERTEIG, *Krankheit*, S. 450.

¹⁵⁸ Die British Medical Association befürwortete vielmehr nach anfänglichem Widerstand die neuen Zentren, obwohl sie eigentlich grundsätzlich gegen staatlich organisierte Ambulatorien waren. Einerseits glaubten die Ärzte, daß die Kranken nur sehr widerwillig ihren Hausärzten eine solche Erkrankung anvertrauen würden; andererseits wollten wohl viele niedergelassene Ärzte die mit einem Stigma belegten Geschlechtskranken gar nicht behandeln und konnten dies auch fachlich nicht leisten, vgl. DAVID EVANS, *Tackling*, S. 422–3.

¹⁵⁹ DAVIDSON, *Venereal Disease*, S. 269.

¹⁶⁰ PRO, MH 55/2334 Bericht über den Venereal Disease Service, März 1961.

¹⁶¹ DAVID EVANS, *Tackling*, S. 426–7, DAVENPORT-HINES, *Sex*, S. 249–50.

bei der ambulanten Behandlung Schwierigkeiten, denn eine Syphilistherapie mit Arsenpräparaten war langwierig – Erwachsenen mußte mitunter ein Jahr lang immer wieder das Medikament injiziert werden – und erforderte so große Disziplin beim Patienten.¹⁶² Dies erzeugte offenbar gerade Probleme mit Prostituierten, die ihre Behandlung selten zu Ende führten. Trotzdem konnten die *Treatment Centres* viele Patienten erfolgreich therapieren. So ist für Großbritannien ein signifikanter Rückgang der Geschlechtskrankheiten in den 1920er Jahren zu beobachten.¹⁶³ Die Regelung der ambulanten, freiwilligen und anonymen Behandlung blieb auch in den folgenden Jahren bestehen.¹⁶⁴

Obwohl mehrfach die Frage nach Zwangsbehandlung für alle Geschlechtskranken aufgeworfen wurde, führten weder die *Local Government Boards*, denen die Zentren unterstanden, noch später der Gesundheitsminister je solche Maßnahme ein. Auch die *Royal Commission* hatte sich gegen diesen Schritt ausgesprochen.¹⁶⁵

Das öffentliche Interesse an staatlichen Zwangsmaßnahmen wuchs lediglich während des Ersten Weltkrieges. Zwangsweise Meldung und Behandlung von Männern und Frauen wurde erwogen. Letztlich zielten die Forderungen vor allem darauf, Prostituierte wieder aus der Umgebung von Kasernen entfernen zu dürfen.¹⁶⁶ Die Soldaten, die zu Helden stilisiert wurden, sollten fähig für ihren Kampf sein, nicht der Gefahr von Krankheiten ausgesetzt werden. Gleichzeitig sah man in einer angeblich stark wachsenden Zahl sogenannter Amateur-Prostituierte eine zunehmende Bedrohung. Damit waren Frauen gemeint, die freizügiger lebten und Geschlechtsverkehr mit wechselnden Partnern hatten, ohne sich dafür bezahlen zu lassen. Sie wurden mit wachsender Beunruhigung beobachtet, ihre Motive versuchte man in Untersuchungen zu erfassen, da sie Ärzten oder auch den Vertretern des *National Council for Combating Venereal Disease* (NCCVD), der wichtigsten Vereinigung auf dem Gebiet der Geschlechtskrankheitenbekämpfung, kaum erklärlich schienen.¹⁶⁷

Aufgrund eines wachsenden gesellschaftlichen Druckes trat im Jahr 1918 schließlich kurzzeitig eine Reglementierung der Prostitution in Kraft, *Regulation 40 D of the Defence of the Realm Act*. Nach diesem Gesetz konnten Frauen, die an Geschlechtskrankheiten litten und Geschlechtsverkehr mit Angehörigen der Britischen Armee hatten, zwangsweise behandelt und bestraft

¹⁶² Zur Salvarsanbehandlung ORIEL, *Scars*, S. 94; sowie zu den Problemen in den *Treatment Centres* DAVID EVANS, *Tackling*, S. 427; DAVENPORT-HINES, *Sex*, S. 259.

¹⁶³ NEVILLE-ROLFE, *Social Biology*, S. 227; vgl. auch LESLEY A. HALL, *Sex*, S. 104; HALL und PORTER, *Facts*, S. 236.

¹⁶⁴ PRO, MH 55/2334 Bericht über den Venereal Disease Service, März 1961.

¹⁶⁵ DAVID EVANS, *Tackling*, S. 429, vgl. auch BALDWIN, *Contagion*, S. 475. Auch im Report of the Committee of Inquiry on Venereal Disease von 1923 wurde erneut darauf hingewiesen, daß Zwangsregistrierung und Zwangsbehandlung nur dazu führen würde, die Patienten von der Behandlung abzubringen. Vgl. zur Royal Commission WILLCOX, *Years*, S. 8.

¹⁶⁶ HALL und PORTER, *Facts*, S. 234, BALDWIN, *Contagion*, S. 458–9.

¹⁶⁷ BLAND, *Cleansing*, S. 202–3.

werden. Damit zielte man deutlich auf die *Amateurs*, da nicht ausdrücklich von Prostituierten die Rede war. Männer konnten nicht zwangsuntersucht werden; das Gesetz richtete sich nur gegen Frauen und rief insbesondere bei den englischen Feministinnen heftige Opposition hervor. Auch verschiedene Zeitungen und Gewerkschaften protestierten. Es wurde schon im selben Jahr nach Ende des Krieges wieder aufgehoben.¹⁶⁸ Die Freiwilligkeit der Behandlung bestand also nach dieser kurzen Unterbrechung als wichtiges gesundheitspolitisches Konzept fort. Auch die Gruppe der Prostituierten unterlag keinen Zwangsmaßnahmen und keiner Zwangsbehandlung. Sie konnten sich so wesentlich leichter als in Deutschland therapieren lassen.

Auf der anderen Seite blieb in Großbritannien die offizielle Haltung gegenüber „sündigem Verhalten“, „Stätten der Ausschweifung“ und gegenüber Literatur, die sich mit sexuellem Themen auseinandersetzte, sehr rigide. Einer der Innenminister der 1920er Jahre, Joynson Hicks, war berühmt für seine Razzien in Londoner Nachtclubs.¹⁶⁹ Auch viele Ärzte behielten ihre ablehnende Haltung gegenüber Geschlechtskranken bei: „You have had the disease one year and I hope it may plague you many more to punish you for your sins and I would not think of treating you“, wird als typische Auskunft eines niedergelassenen Arztes in den 1920er Jahren zitiert.¹⁷⁰ Die moralische Verurteilung der Geschlechtskranken war in der Öffentlichkeit noch weit schärfer ausgeprägt als in Deutschland. Das führte zu einem geringen Fokus auf Schutzmittel und Vorbeugung. Vielmehr richtete sowohl der Staat wie auch die meisten in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten engagierten Vereine das Augenmerk auf gesundheitserzieherische Maßnahmen, die Enthaltsamkeit und monogame Beziehungen als einzig wirkliche Verhütungsmaßnahme propagierten.¹⁷¹ Kurzzeitig in Manchester eingerichtete *Ablution Centres*, in denen sich Männer nach vermeintlich gefährlichem Geschlechtsverkehr unter Aufsicht desinfizieren konnten, wurden auf Grund des starken öffentlichen Drucks verschiedener *Social-Purity*-Organisationen schon nach 2 Jahren wieder geschlossen.¹⁷² Während in Deutschland relativ offen auf Desinfektionsmöglichkeiten verwiesen wurde und seit 1927 Kondome auch über Automaten vertrieben wurden, blieb in Großbritannien sowohl die Aufklärung über Schutzmittel als auch der Verkauf von Kondomen unter Strafe gestellt.¹⁷³ In dieselbe Richtung wiesen die Maßnahmen des *Venereal Disease Act* von 1917, der einerseits die Behandlung von Geschlechtskrankheiten durch „Quacksalber“ verbot und andererseits Apothekern untersagte, prophylaktische und desinfizierenden Mittel

¹⁶⁸ DAVENPORT-HINES, S. 228–9; DAVID EVANS, Tackling, S. 429; BLAND, Cleansing, S. 203–4.

¹⁶⁹ HASTE, Rules, S. 74–5.

¹⁷⁰ Zitiert nach WILLCOX, Years, S. 7.

¹⁷¹ SAUERTEIG, Moralismus, S. 226–7, 235–7.

¹⁷² WEEKS, Sex, S. 216.

¹⁷³ Zu Deutschland SAUERTEIG, Krankheit, S. 302, 311–2; zu Großbritannien DAVIDSON, Venereal Disease, S. 271; DAVENPORT-HINES, Sex, S. 229–30.

gegen Geschlechtskrankheiten zu empfehlen. Praktisch wirkte diese Vorschrift als Verkaufsverbot.¹⁷⁴ Das während des Ersten Weltkriegs im Militär verwendete Desinfektionsspäckchen, das die Soldaten ausgehändigt bekamen, wurde in einem Gutachten als unpassend für die Friedenszeit eingeschätzt. Es fördere letztlich nur außerehelichen Geschlechtsverkehr.¹⁷⁵

Für Propaganda und Erziehungsarbeit sollte vor allem das von der Regierung anerkannte und finanziell unterstützte *National Council for Combating Venereal Disease* (NCCVD) zuständig sein, das sich insbesondere moralischen Kampagnen gegen Geschlechtskrankheiten verschrieb. Die Vereinigung war bereits 1914 gegründet worden, trat aber erst nach der Veröffentlichung des Berichts der *Royal Commission* richtig in Aktion.¹⁷⁶ Das NCCVD wollte auf keinen Fall Wissen über Vorbeugung und Prophylaxe verbreiten und war vehement gegen Desinfektionsmöglichkeiten nach fragwürdigem Geschlechtsverkehr. Gleichzeitig entwickelte sich das *Council* zu einem starken Verfechter der neuen *Treatment Centres*.¹⁷⁷ Die wichtigsten Figuren, die das NCCVD während der 1920er Jahre prägten, wie Sir Francis Champneys, waren von einem moralischen und christlichen Rigorismus geprägt, sprachen sich dezidiert gegen jede Prophylaxe aus und zogen eine weniger effektive Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten einem von ihnen angenommenen Verfall der öffentlichen Moral vor.¹⁷⁸ Während der 1920er Jahre bekam das *Council* jährlich ca. 10 000 brit. Pfund von der Regierung für seine Arbeit als zentrale Propaganda-stelle gegen Geschlechtskrankheiten.¹⁷⁹ Der Schwerpunkt der Kampagnen bestand einerseits darin, die Bevölkerung über die Behandlungszentren zu informieren und so Erkrankten zu vermitteln, sich möglichst schnell in Behandlung zu begeben, andererseits stets Keuschheit und eheliche Treue als einzige wirksame Vorbeugung zu postulieren. Dies äußert sich auch in den Schriften der langjährigen Generalsekretärin des NCCVD, Sybil Neville-Rolfe, die die wichtigste Strategie zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten und Prostitution folgendermaßen zusammenfaßte: „As sex behaviour is a matter of personal values a long-term policy in education needs to embody a healthy attitude of mind to sex and accord the family a high position“.¹⁸⁰ Dieses Wissen wurde vor allem auf Vorträgen vermittelt, die die Vereinigung in ganz Großbritannien anbot; die Teilnehmerzahlen waren jedoch meist gering. 1926 änderte der Ver-

¹⁷⁴ DAVID EVANS, Tackling, S. 428; SAUERTEIG, Moralismus, S. 221; DAVENPORT-HINES, Sex, S. 229.

¹⁷⁵ SAUERTEIG, Moralismus, S. 224; in den Kolonien gab es allerdings schon unter militärischer Aufsicht stehende Bordelle, in denen Desinfektionsmöglichkeiten für Männer zur Verfügung standen, vgl. BETTLEY, Conduct.

¹⁷⁶ DAVENPORT-HINES, Sex, S. 223, 231–2.

¹⁷⁷ DAVID EVANS, Tackling, S. 424; WILLCOX, Years, S. 7.

¹⁷⁸ DAVENPORT-HINES, Sex, S. 235–6.

¹⁷⁹ Formation of a New British Anti-V.D. Organization, S. 99.

¹⁸⁰ NEVILLE-ROLFE, Social Biology, S. 219; vgl zu den Vorträgen HARRISON, Methods, S. 79.

ein seinen Namen in *The British Social Hygiene Council* (BSHC).¹⁸¹ Ende der 1920er Jahre reagierte die Öffentlichkeit zunehmend mit Kritik auf das BSHC. Oft wurden nun die Aufklärungsvorträge als nicht mehr aktuell und zu moralisierend empfunden.¹⁸²

Im Gegensatz zu Deutschland, wo die DGBG als Zugpferd für Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten agiert hatte, wurde in Großbritannien erst nach der Einrichtung der *VD-Centres* im Jahr 1922 eine medizinische Vereinigung der Venerologen gegründet, die *Medical Society for the Study of Venereal Diseases*.¹⁸³ Der *Society* gehörten viele Leiter von regionalen Behandlungszentren an, sie war vor allem auf fachlichen Austausch ausgerichtet und wollte sowohl Forschung als auch Diagnose und Behandlung der Geschlechtskrankheiten verbessern. Ab 1924 gab die Vereinigung zudem das *British Journal of Venereal Diseases* heraus, das sich in Großbritannien zum wichtigsten fachlichen Organ für diesen Bereich der Medizin entwickelte.

Als Konkurrenzorganisation NCCVD/BSHC bildete sich zudem 1919 die *Society for the Prevention of Venereal Disease* (SPVD), deren Hauptprotagonisten Mediziner waren, von denen viele nationalistischen, rassistischen Idealen anhängen. Sie stellten grundsätzlich die Gesundheit des Volkes über die Moral des einzelnen. Das Wohl der Nation und der Rasse erfordere den Vertrieb von Schutzmitteln.¹⁸⁴ Die Vereinigung forderte öffentliche Desinfektionsmöglichkeiten in einzurichtenden Waschräumen. Im Gegensatz zum sehr religiös und puritanisch ausgerichteten NCCVD war der kleine und sehr kämpferische SPVD säkular und medizinisch geprägt. Obwohl es sich eigentlich um eine zahlenmäßig marginale Organisation handelte, hatte sie doch Einfluß auf die Wahrnehmung der Geschlechtskrankheiten. Diese verschob sich im Laufe der 1920er Jahre zu einer etwas weniger moralisch und dafür stärker medizinischen Sichtweise und befand sich damit im Einklang mit anderen gesellschaftlichen Veränderungen.¹⁸⁵

Auch in Großbritannien begann sich in den 1920er Jahren die Sexualmoral teilweise zu wandeln. Der Einfluß sexualreformerischer Gruppen, wie der *British Society for the Study of Sex Psychology*, später *British Sexological Society*, war zwar nicht groß, die Atmosphäre der 1920er Jahre schien dennoch offener zu sein als in den ersten zwei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts.¹⁸⁶ Zeitgenössische Berichte und Umfragen legen nahe, daß jüngere Frauen sexuell etwas frei-

¹⁸¹ Formation of a New British Anti-V.D. Organization, S. 99; vgl. auch LESLEY A. HALL, Sex, S. 104.

¹⁸² DAVENPORT-HINES, Sex, S. 262; HASTE, Rules, S. 73.

¹⁸³ HARRISON, History, S. 4–5, 11.

¹⁸⁴ SAUERTEIG, Moralismus, S. 226.

¹⁸⁵ Vgl. DAVENPORT-HINES, Sex, S. 240–1.

¹⁸⁶ WEEKS, Sex, S. 183–4. Besonders wichtig war in Großbritannien in den 1920er Jahren auch das Werk „Married Love“ von Marie Stopes, das millionenfach verkauft wurde und viel zur sexuellen Aufklärung beitrug. Vgl. hierzu RUTH HALL, Marie Stopes.

zügiger wurden.¹⁸⁷ Solche Zahlen lassen sicherlich noch nicht auf wachsende Promiskuität schließen, denn meistens heirateten die Frauen den Partner, mit dem sie eine voreheliche Beziehung gehabt hatten. Insgesamt blieben die Moralvorstellungen für junge Frauen durchaus rigide und ihre Unwissenheit über sexuelle Dinge groß.¹⁸⁸ Dennoch wuchs insbesondere in London in den 1920er Jahren die Anzahl der Frauen (vor allem aus den oberen Schichten und der Intelligentsia), die ein freizügigeres Sexualleben führten. Bei den Behörden galten sie als *Amateurs* und repräsentierten in Serien der populären englischen Zeitungen das Sündenbabel in der Metropolis.¹⁸⁹ Für Patientinnen aus dieser Gruppe stellten trotz aller Einschränkungen die anonymen *Treatment Centres* in Großbritannien ein attraktiveres Angebot dar als die in Deutschland übliche Krankenhausbehandlung mit Überwachung durch die Beratungsstellen.

In der Zeit des Zweiten Weltkrieges, als viele Paare getrennt lebten, die Männer weit weg von ihren Familien waren und oft gar nicht mehr zurückkehrten, lockerten sich unter den Extrembedingungen des Krieges deutlich die Moralvorstellungen der Gesellschaft.¹⁹⁰ Frauen, die ein freizügigeres Sexualleben führten, wurden nicht mehr, wie noch einige Jahre zuvor, grundsätzlich als eine Art heimliche Prostituierte betrachtet, wie Massenumfragen bestätigten. Die prude Haltung gegenüber dem Thema der Geschlechtskrankheiten änderte sich. Viele Frauen wollten bessere Kenntnisse über diese Krankheiten erwerben.¹⁹¹

In der Kriegszeit und zusätzlich mit der Ankunft der amerikanischen Soldaten auf den britischen Inseln stiegen die Zahlen der Geschlechtskranken deutlich an.¹⁹² Besonders die amerikanischen Sanitätsoffiziere waren erstaunt, wie wenig Aufmerksamkeit der Aufklärung, Prophylaxe und Verfolgung der Krankheiten geschenkt wurde. Das britische Gesundheitsministerium sprach sich aber nach wie vor gegen Zwangsmeldungen aus, da sie nur Verschleierung von Krankheiten und zu späte Therapien fördern würde. Man eröffnete vielmehr in England und Wales 41 neue Behandlungszentren.¹⁹³ Unter dem Einfluß der US-Amerikaner wurde schließlich dennoch die Kontrolle der Geschlechtskranken in Großbritannien verschärft. Durch die im November 1942 erlassene *Defence Regulation 33B*, konnten in Großbritannien sogenannte *Contacts* zwangsweise untersucht und behandelt werden, wenn zwei Ge-

¹⁸⁷ Vgl. HASTE, Rules, S. 70; WEEKS, Sex, S. 199–201, 209. Demnach hatten 30–50 Prozent der Frauen vorehelichem Geschlechtsverkehr gehabt.

¹⁸⁸ LESLEY A. HALL, Sex, S. 100; HASTE, Rules, S. 59, 70–1.

¹⁸⁹ NEVILLE-ROLFE, Social Biology, S. 189; vgl. auch BLAND und MORT, Look Out, S. 143–4; WEEKS, Sex, S. 199. Vgl. auch LESLEY A. HALL, Sex, S. 99. Diese sogenannten ‚Flapper‘ machten allerdings nur einen sehr geringen Teil der Bevölkerung aus.

¹⁹⁰ Vgl. LESLEY A. HALL, Sex, S. 133; COSTELLO, Love, S. 267, S. 275–80.

¹⁹¹ DAVENPORT-HINES, Sex, S. 265; HASTE, Rules, S. 136.

¹⁹² LESLEY A. HALL, Sex, S. 133.

¹⁹³ NEVILLE-ROLFE, Social Biology, S. 230.

schlechtskranke sie oder ihn als Infektionsgrund nannten.¹⁹⁴ Offiziell galt diese Regelung für beide Geschlechter. Eigentlich war die Maßnahme jedoch gegen Prostituierte oder andere Frauen mit wechselnden Sexualpartnern gerichtet. Die Regelung sollte den Kriegsbedingungen gerecht werden und vor allem die Ausbreitung von Infektionen in Kasernen und bei den Truppen verhindern. Sie erwies sich jedoch als wenig praktikabel, da ein Personenhinweis von einem zweiten Patienten selten eintraf. In den meisten der eruierten Fälle richteten sich die Maßnahmen dann gegen Frauen.¹⁹⁵ In der Regel galt die Frau vor allem in der Rolle des *Promiscuous Amateur* als die Schuldige für die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten; das Augenmerk wurde kaum auf die Männer gerichtet.¹⁹⁶

The majority of infections were transmitted by young good-time girls – sexually irresponsible, unrestrained by moral or ethical considerations. The rapidity of their ‘friendships’ and casual promiscuity made tracing a difficult task: their outlook on life and general irresponsibility made them highly default-prone.¹⁹⁷

hieß es in einer zeitgenössischen Untersuchung des Problems. Dies erklärt auch die Ausrichtung der Zwangsmaßnahmen vor allem auf Frauen. Von den Kirchen und anderen Organisationen erhob sich sofort Protest gegen die neue Verordnung: Das eigentlich Problem sei ein moralisches, das nun als medizinisches kaschiert werde. Außerehelicher Geschlechtsverkehr werde so sicher gemacht.

Neben der Neuregelung des *Contact Tracing* durch die *Regulation 33B* verstärkte das Gesundheitsministerium auch die Öffentlichkeitsarbeit. 1942 hatte das *Ministry of Health* die Propagandaarbeit vom BSHC auf das *Central Council for Health Education* (CCHE) übertragen, das direkt dem Ministerium unterstand.¹⁹⁸ Im selben Jahr startete eine Kampagne, die die Öffentlichkeit über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten aufklären sollte. Das Gesundheitsministerium konnte die Presse und die BBC überzeugen, die venerischen Krankheiten öffentlich zu erwähnen. Sir Wilson Jameson, ein hoher Ministerialbeamter, sprach erstmals im Radio über die Gefahr der Geschlechtskrankheiten; die großen Zeitungen druckten Anzeigen des Ministeriums.¹⁹⁹ Allerdings wurden viele Texte aus Gründen der Schicklichkeit sehr vage gehalten und selten die umgangssprachlichen Begriffe für die Geschlechtskrankheiten verwendet. Dies minderte den Aufklärungswert der Anzeigen wieder

¹⁹⁴ PRO, MH 55/2315, Draft 18.6.62; vgl. auch NEVILLE-ROLFE, *Social Biology*, S. 250.

¹⁹⁵ Vgl. THE LANCET, 23. 10. 1943, S. 523; von November 1942 bis Juli 1943 wurden nur 110 Personen von mehr als zwei Kranken als Quelle der Infektion angegeben. 1944 waren es dann zwar deutlich mehr, damals wurden von insgesamt 8339 Contacts (davon 246 Männer) 3696 (davon 109 Männer) aufgespürt, von denen sich 2858 (davon 58 Männer) untersuchen ließen. Maßnahmen nach der *Defence Regulation 33B* gab es nur äußerst selten (82 Fälle 1944); WAILES, *Social Aspect*, S. 15.

¹⁹⁶ WAILES, *Social Aspect*; vgl. auch LESLEY A. HALL, *SEX*, S. 134.

¹⁹⁷ NEVILLE-ROLFE, *Social Biology*, S. 231.

¹⁹⁸ Formation of a New British Anti-V.D. Organization, S. 99.

¹⁹⁹ DALRYMPLE-CHAMPNEYS, *Control*, S. 103; THE LANCET, 6. 3. 1943, S. 314.

etwas.²⁰⁰ Die Reaktionen in der Öffentlichkeit fielen durchweg positiv aus; auch Frauen, die oft nur eine vage Ahnung von Geschlechtskrankheiten hatten, befürworteten durchwegs die Bemühungen der Regierung. Das legen zumindest die Ergebnisse einer großangelegten, viermonatigen Umfrage über die Akzeptanz der Kampagne nahe.²⁰¹ Die Themen wurden nun auch in den redaktionellen Teilen der Zeitungen erwähnt. Solche Artikel hatten bisher Prüderie und Widerwille der Redaktionen verhindert. Die forcierte Öffentlichkeitsarbeit trug sicherlich dazu bei, daß die Zahl der Patienten in den *Treatment Centres* während der Kriegsjahre stark anstieg.²⁰² Therapiert wurde wie in Deutschland: die Syphilis mit einer Wismut-Salvarsan-Kur, die Gonorrhöe mit Spülungen und Ausschabungen bzw. seit 1937 mit der neuen Medikamentengruppe der Sulfonamide.²⁰³ Nach Kriegsende stand dann das Penicillin für die Therapie der Geschlechtskrankheiten zur Verfügung. Gleichzeitig wurde die *Regulation 33B* im Jahr 1947 wieder abgeschafft, womit man zu dem ursprünglichen Konzept, der kostenlosen und freiwilligen Behandlung, zurückkehrte.²⁰⁴

3.3 MASSNAHMEN UND PRAXIS DER BEKÄMPFUNG DER GESCHLECHTSKRANKHEITEN IN DEN RUHIGEN 1950ER JAHREN

3.3.1 In der Bundesrepublik Deutschland ab 1949

In der Nachkriegszeit entbrannte in der Bundesrepublik eine heftige Diskussion um die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Die Maßnahmen waren in den einzelnen Zonen und Ländern, wie oben dargestellt, verschieden strukturiert und wurden auch mit unterschiedlicher Intensität und Schwerpunktsetzung ausgeführt. Um eine Neuordnung, die nach Meinung der meisten Ärzte und Gesundheitspolitiker unumgebar war, wurde vehement gestritten. Dieser Meinungsaustausch scheint für den Umgang mit dem Thema wie auch letztlich für die Art und Weise der Bekämpfung der Krankheiten in den 1950er Jahren sehr prägend zu sein. Deswegen sollen hier die wichtigsten Punkte der Diskussion, die sich von den Nachkriegsjahren bis zur Verabschiedung eines neuen Geschlechtskrankengesetzes im Jahr 1953 hinzog, zusammengefaßt werden, bevor dann auf gesundheitspolitische Maßnahmen näher eingegangen wird.

Die Kasernierung und strenge Reglementierung von Prostituierten, die 1927 abgeschafft und in den Kriegsjahren wieder eingeführt worden war, wurde er-

²⁰⁰ LESLEY A. HALL, Sex, S. 134; HALL und PORTER, Facts, S. 241, HASTE, Rules, S. 135.

²⁰¹ THE LANCET, 6. 3. 1943, S. 314.

²⁰² PRO, MH 55/933, Memorandum des Ministry of Health, September 1956; DALRYMPLE-CHAMPNEYS, Control, S. 103.

²⁰³ JOHNSTON ABRAHAM, Account, S. 159. Gegen Sulfonamide entwickelten allerdings die Gonorrhöe-Erreger sehr rasch Resistenzen, so daß man bei der Gonorrhöe-Therapie doch wieder zur Praxis der Ausspülungen und Ausschabungen zurückkehren mußte, vgl. DALRYMPLE-CHAMPNEYS, Control, S. 102.

²⁰⁴ PRO, MH 55/2315, Draft 18.6.62, vgl. zum Penicillineinsatz nach 1945 S. 359.

staunlicherweise erneut ein Streitpunkt.²⁰⁵ Karl-Friedrich Schaller forderte beispielsweise in verschiedenen Artikeln in der *Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten* eine reglementierte Prostitution in polizeilich kontrollierten Straßen²⁰⁶ – ein System, das eigentlich schon Anfang des 20. Jahrhunderts obsolet geworden war und lediglich in wenigen Hafenstädten wie Hamburg und Bremen noch praktiziert wurde. In Hamburg lebten 1947 ca. 700 Prostituierte in Bordellstraßen, woraus Schaller eine dreiviertel Million Ansteckungsmöglichkeiten pro Jahr errechnete. Daraus zog er die Schlußfolgerung:

Man kann sich der Einsicht nicht verschließen, daß diese Akte [d.h. Geschlechtsverkehr], in unkontrollierte Bahnen gelenkt, beispielsweise in die der heimlichen Prostitution, zweifellos eine weit größere Menge von Ansteckungen zur Folge haben würden, als es tatsächlich der Fall ist. [...] Sie [die Prostituierten] würden dem Gewerbe in unkontrollierbarer Form weiter nachgehen und an Stelle von drei Straßen, in denen sie als Ansteckungsquellen nicht nennenswert in Erscheinung treten, in 700 verstreuten Herden der Weiterverbreitung der Geschlechtskrankheiten dienen und als moralische Infektionsherde einen verderblichen Einfluß auf ihrer Umgebung, besonders die heranwachsende Jugend ausüben.²⁰⁷

In dieser Argumentation hatten Aufklärung und Prophylaxe keinen Platz. Die biologistisch geprägte Weltanschauung sprach Prostituierten bzw. „hwG-Personen“ die Fähigkeit zu rationalem Handeln weitgehend ab. So begründeten Verfechter der strengen Reglementierung und Kasernierung ihre Forderung nach Zwangsmaßnahmen:

Abgesehen von wenigen Ausnahmen, handelt es sich um Prostituierte oder HWG-Personen. Bei beiden Gruppen finden wir in einem hohen Prozentsatz eine erbliche Belastung mit einer defekten sittlichen Anlage im Sinne einer Enthemmung auf sexuellem Gebiet neben anderen weit tiefer greifenden, von der Norm abweichenden Wesensveränderungen. Bei der Untersuchung von 200 HWG-Personen weiblichen Geschlechts in einem Regierungsbezirk nach psychiatrischen Gesichtspunkten wurden zu 18% Schwachsinnige festgestellt. Ihnen fehlt auf Grund der Störung der Intelligenzsphäre ein gewisser Weitblick und eine zielbewußte Steuerung des Handelns, sie sind äußerst triebhaft, ihnen geht jegliches Verantwortungsbewußtsein ab. [...] Ihre verheerend wirkende Rolle bei der Weiterverbreitung der Geschlechtskrankheiten liegt nach dem Vorhergesagten auf der Hand.²⁰⁸

Andere Ärzte wandten sich gegen solche Ausführungen und griffen so den alten Streit zwischen Reglementaristen und Abolitionisten erneut auf: Durch Kasernierung werde die heimliche Prostitution keineswegs eingeschränkt, vielmehr angeregt, auch werde dann der sogenannten heimlichen Prostitution

²⁰⁵ Vgl. ROESCHMANN, Prostitutionsfrage.

²⁰⁶ SCHALLER, Prostitution, S. 162.

²⁰⁷ SCHALLER, Prostitution, S. 166.

²⁰⁸ SCHALLER, Polizei, S. 297–8. Stets wurden die Frauen als Überträgerinnen der Geschlechtskrankheiten gesehen. Schaller führt das Beispiel von Sittenpolizisten an, die sich im Zuge der „Prostituiertenkontrolle“ mit Prostituierten eingelassen, sich mit Geschlechtskrankheiten infiziert und daraufhin ihre Ehefrauen angesteckt hatten; das Verhalten der Polizisten wurde mit großer Milde beurteilt, da sie angeblich von den verwerflichen Frauen verführt worden seien. Vgl. ähnlich KIENZLER, Geschlechtskrankheiten, S. 42–3.

nicht genügend Aufmerksamkeit gewidmet und diese nicht entsprechend überwacht, hieß es bei den Gegnern der Kasernierung. Auch „sittliche“ Gründe gegen Kasernierung und Reglementierung wurden geltend gemacht, da Bordellstraßen meist „Stätten übelster Ausschweifung“ seien.²⁰⁹ Der *Deutsche Akademikerinnenbund* (DAB) griff 1951 die schon während der Weimarer Zeit verwandten Argumente der Abolitionistinnen wieder auf: die Wirkungslosigkeit reglementaristischer Methoden im Kampf gegen die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten sowie die großen sittlichen Gefahren und die Erschütterung des Rechtsgefühls der gesamten Bevölkerung durch die Duldung der Kasernierung.²¹⁰

Ein weiterer Diskussionspunkt war die Idee der Bewahranstalten für geschlechtskranke Jugendliche, insbesondere wenn sie als verwahrlost und arbeitsscheu galten. Für die 18–21jährigen geschlechtskranken Jugendlichen, auf die das Jugendwohlfahrtsgesetz nicht mehr zutraf und die nicht in Heime eingewiesen werden konnten, wurde ein solches Gesetz als äußerst notwendig erachtet.²¹¹ Ähnliche Überlegungen gab es sogar für ältere Personen:

[...] deswegen hat der deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge in Zusammenarbeit mit den Landesjugendämtern der britischen Zone den Entwurf zu einem Arbeitserziehungsgesetz ausgearbeitet, nach dem u. a. Personen unter 30 Jahren, die infolge ihres Lebenswandels zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten beitragen können und damit eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit bedeuten, auf Antrag des Gesundheitsamtes einer geeigneten Einrichtung zur Arbeitserziehung zugewiesen werden sollen, um sie an eine regelmäßige Tätigkeit und an ein sozial einwandfreies Verhalten zu gewöhnen. Die Arbeitserziehung soll im allgemeinen nicht unter 6 Monaten und im Höchstfall 2 Jahre dauern.²¹²

Von vielen Ärzten wurde solche Ideen unterstützt, da sie bei „asozialen Geschlechtskranken“ eine „hingebungsvolle Fürsorge“ für überflüssig hielten und eine „Verwahrung auf längere Dauer“ als erfolgreiche Strategie begrüßten.²¹³ Dies verband sich meist mit einer völlig übertriebenen Einschätzung der Lage. Für das Ruhrgebiet malte 1949 ein Arzt das erschreckende Bild von 20 000 herumvagabundierenden Mädchen, die angeblich vollkommen haltlos seien und von denen sich 10 000 täglich „einem Mann hingeben“ würden und errechnete hieraus die Zahl von 3,5 Millionen intimen Bekanntschaften pro Jahr durch diese Frauen. Er bedauerte deswegen sehr, daß es kein allgemeines Festhalterecht gebe und die Frauen nicht in Arbeitslager gebracht werden könnten.²¹⁴

²⁰⁹ Vgl. z. B. ROESCHMANN, Prostitutionsfrage, S. 40.

²¹⁰ Stellungnahme des Deutschen Akademikerinnenbundes, S. 437–8.

²¹¹ THELEN, Ergebnisse, S. 428. In Bayern gab es ebenfalls Bemühungen zur Einrichtung von Arbeitserziehungsstätten in Verbindung mit Geschlechtskrankenhäusern; vgl. KOFFERATH, Symposium.

²¹² ROESCHMANN, Kampf, S. 154–5.

²¹³ LUNDT, Beitrag, S. 173.

²¹⁴ HAUTSCH, Notwendigkeit, S. 585–7.

Als wichtigster Grund für ein Bewahrungsgesetz wurde stets die Gefährlichkeit von „hwG-Frauen“ als Infektionsquelle angegeben.²¹⁵

Neben den Forderungen nach Reglementierung und „Bewahrung“ war vor allem die Meinung weitverbreitet, daß auf Zwangsmaßnahmen keineswegs verzichtet werden könne. Gerade in Kliniken arbeitende Ärzte unterstützten die Zwangseinweisung von Geschlechtskranken: „Die bis zur Heilung durchgeführte stationäre Behandlung, gegebenenfalls unter Zwang, ist bei Asozialen auf die Dauer gesehen das billigste und erfolgreichste Verfahren zur Ausschaltung von Infektionsquellen und zur Sicherung des Behandlungserfolges.“²¹⁶ Fürsorgearbeit hielten diese Ärzte bei solchen Personen für erfolglos. Damit verband sich die Frage nach namentlicher Meldepflicht aller Geschlechtskranken. Ärzte der Gesundheitsämter befürworteten dies als notwendige Maßnahme gegen die Verbreitung der Krankheiten. Das Vertrauen gegenüber den niedergelassenen Ärzten würde nicht vermindert.²¹⁷ Die meisten niedergelassenen Ärzte lehnten die Maßnahme dagegen ab, weil sich so wesentlich mehr Patienten der Behandlung entziehen würden. Die Gesundheitsämter wären außerdem gar nicht in der Lage, allen gemeldeten Personen nachzuforschen.²¹⁸

Eine bessere Vorbeugung oder eine stärkere Eigenverantwortung der Frauen wurde nur vereinzelt gefordert.²¹⁹ Daß sich Frauen nach „fragwürdigem“ Geschlechtsverkehr selbst desinfizieren und entsprechende Salben anwenden sollten, stieß auf vehemente Kritik: Frauen seien zu dieser Art der Prophylaxe gar nicht in der Lage; sie stelle außerdem eine „hohe Schule der Abtreibung“ dar und sei so gänzlich abzulehnen.²²⁰

Eine verstärkte pragmatische Aufklärung, die in den 1920er Jahren noch deutlich im Vordergrund gestanden hatte, hielt die Mehrheit der Diskutanden offenbar für wenig sinnvoll. Die mitunter von Amtsärzten gehaltenen Aufklärungsvorträge über Geschlechtskrankheiten in den Entlassungsjahrgängen der Schulen wurden beispielsweise in der Dermatologischen Wochenschrift 1950 heftig kritisiert. Wenn überhaupt, solle nur generell auf die „verheerend gestörte Sittlichkeit der Geschlechtsbeziehungen“ eingegangen werden.²²¹ Stark moralische Argumente tauchten wieder auf: Syphilis und Gonorrhöe hätten

²¹⁵ Hautsch erwähnt, daß auch Männer durch diese Sichtungsstellen geschleust werden müßten, der Schwerpunkt liegt bei ihm wie bei den anderen Verfechtern von Bewahranstalten deutlich auf den Mädchen und Frauen als „Reservoir an Infektionsherden“; HAUTSCH, Notwendigkeit, S. 590.

²¹⁶ LUNDT, Beitrag, S. 173.

²¹⁷ SCHÄFER, Anzeigepflicht, S. 259; FEST, Bedeutung, S. 448–52.

²¹⁸ HOLZAMER, Meldepflicht, S. 40–4.

²¹⁹ Vgl. HIRSCH, Maßnahmen. Als eine Art Prophylaxe wurden beispielsweise Depotpenicillininjektionen für Frauen vorgeschlagen, bei denen nur der Verdacht auf Gonorrhöe bestehe, anstatt sie tagelang zwangsweise stationär zu behandeln; vgl. GANS, Reform.

²²⁰ SCHWANEN, Bedenken. Die Bedenken bestanden darin, daß Frauen ihre genauen physiologischen Kenntnisse und ihr Wissen über Spülungen für Abtreibungen mißbrauchen könnten.

²²¹ FISCHER, Beitrag, S. 85.

durch die Einführung des Penicillins viel von ihrem Schrecken verloren. Dies führe dazu, daß die Patienten leichtfertiger würden, weil sie glaubten, daß die Beseitigung einer Geschlechtskrankheit heute kein Problem mehr darstelle. Auch Ärzte, die sonst in der Frage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten eine sehr liberale Haltung einnahmen, hielten Aufklärung und Propaganda damals für wenig sinnvoll und forderten vielmehr eine „Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der Stille“. ²²²

Diskutiert wurden in den Anfangsjahren der Bundesrepublik auch die Aufgaben der Beratungsstellen, denen in der Weimarer Zeit eine sehr wichtige Bedeutung zugekommen war und die sich während des Dritten Reichs meist zu reinen Kontrollinstanzen entwickelt hatten oder teilweise ganz geschlossen worden waren. ²²³ In den einzelnen Ländern verfuhr man hier in der Nachkriegszeit ganz unterschiedlich. In Rheinland-Pfalz waren beispielsweise 1949 in den Richtlinien für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Land die Aufgaben der Beratungsstellen erweitert worden, während niedergelassene Ärzte nur als Venerologen oder mit besonderer Genehmigung Geschlechtskranke therapieren durften. ²²⁴ Nach dieser Aufgabenzuweisung sollten die Beratungsstellen nach Infektionsquellen forschen, säumige Patienten vorführen, Prostituierte untersuchen und unter Umständen Razzien durchführen, sowie nach Möglichkeit alle Geschlechtskranken untersuchen und beraten. In Nordrhein-Westfalen bestand weiterhin die Beratungs- und Behandlungsgemeinschaft, über die die gesamte Geschlechtskrankheitenbekämpfung koordiniert wurde. ²²⁵ Da in diesem Bundesland die Patienten die Behandlung von den Beratungsstellen bezahlt bekamen, also die Ärzte mit der Beratungs- und Behandlungsgemeinschaft abrechneten, kam hier den Beratungsstellen eine entscheidende Funktion zu. Sie organisierten die gesamte Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und konnten so auch die meisten Geschlechtskranken statistisch erfassen. ²²⁶ Überwachung und Kontrolle insbesondere der Prostituierten führten die meisten Geschlechtskrankenberatungsstellen auch in anderen Ländern durch; eine solche Beteiligung an der Therapie gab es nur in Nordrhein-Westfalen.

Wie die Zukunft der Beratungsstellen insgesamt gestaltet werden sollte, war unklar. Niedergelassene Venerologen hoben einerseits die Bedeutung der Beratungsstellen und Gesundheitsämter bei der Bekämpfung der Geschlechts-

²²² HOPE, Gesichtspunkte für die Bekämpfung, S. 34.

²²³ In Frankfurt/Main war beispielsweise die „Geschäftsstelle für öffentliche Gesundheitspflege“, die sehr erfolgreich auch als Beratungsstelle für Geschlechtskranke fungiert hatte, 1933 geschlossen worden. Vgl. SOLL, Bemerkungen, S. 35–8. Vgl. zur Entwicklung der Beratungsstellen während des Dritten Reichs auch oben, S. 299.

²²⁴ Richtlinien für die Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten im Lande Rheinland-Pfalz, S. 124–8.

²²⁵ Vgl. zur Entwicklung der Arbeitsgemeinschaft in Nordrhein-Westfalen S. 304.

²²⁶ NRW HStA, NW 38/244, Beratungs- und Behandlungsgemeinschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Rundschreiben Nr. 1/52, Bl. 147–8.

krankheiten hervor.²²⁷ Andererseits schwebte die freie Ärzteschaft stets in Angst, möglicherweise Behandlungskompetenzen an öffentliche Einrichtungen abtreten zu müssen und wehrte sich schon im Vorfeld gegen einen zu starken Wiederaufbau der Beratungsstellen. Die Einrichtungen sollten nach ihrer Meinung vor allem kontrollieren und überwachen sowie Zwangsmaßnahmen einleiten; ihre beratende Tätigkeit dagegen sollte eingeschränkt werden. Eine Beratungsstelle sollte lediglich als Helferin der venerologisch tätigen Ärzteschaft wirken.

Abgesehen von diesen Überlegungen zur Zukunft der Beratungsstellen beherrschte insgesamt eine rigorose, auf Zwangsmaßnahmen ausgerichtete Grundhaltung die Diskussion in den Anfangsjahren der Bundesrepublik. Es gab aber auch einige wenige liberale Stimmen, so Prof. G. Hopf, Chefarzt einer Hautklinik in Hamburg, der sich stark in der fachlichen Diskussion engagierte. Er betonte, daß Erfassungs- und Fürsorgemaßnahmen nur die ärztliche Behandlung unterstützen, nie zum Selbstzweck werden sollten. Überwachung aller Geschlechtskranken hielt er bei den Medikamenten, die mittlerweile zur Verfügung standen, nicht mehr für zwingend notwendig. Wichtiger sei es, daß die Kranken Vertrauen zum Arzt entwickelten. Nicht Reglementierung, sondern fürsorgliche Maßnahmen sollten im Mittelpunkt stehen.²²⁸ Als einer von wenigen richtet Hopf sein Augenmerk auch auf sogenannte „hwG-Männer“:

Die Neigung zum häufig wechselnden Geschlechtsverkehr ist bei Männern häufiger als bei Frauen. Die Erfassung darf sich also nicht wie bisher nahezu ausschließlich gegen die Frauen richten. Die Neigung zum häufig wechselnden Geschlechtsverkehr ist durch keine Gesetze eingeschränkt und eine Frage der Lebensanschauung. Sie braucht keineswegs mit besonderem asozialen Verhalten auf anderen Gebieten oder besonderer Verantwortungslosigkeit verbunden zu sein. Ein polizeiliches Einschreiten ist also gesetzlich völlig unmöglich. Hier kann lediglich eine richtig aufgebaute Geschlechtskrankenfürsorge eingreifen.²²⁹

Auch der spätere Leiter der Abteilung Gesundheitswesen im Bundesinnenministerium, Franz Redeker, wandte sich gegen eine Zwangsbehandlung und setzte sich für eine liberalere Gangart ein.²³⁰ Er hatte sich auf verschiedenen Gebieten des Gesundheitswesens engagiert und blieb auch in der Nachkriegszeit eine der wichtigen Figuren im öffentlichen Gesundheitsdienst. Redeker sprach sich insgesamt gegen Reglementierung aus, hielt alleinige Maßnahmen gegen Frauen für zwecklos und bezog Männer als Verbreiter von Geschlechtskrankheiten in seine Überlegungen mit ein.²³¹

²²⁷ GÜNTHER, Gedanken.

²²⁸ HOPF, Gesichtspunkte für die Bekämpfung.

²²⁹ HOPF, Gesichtspunkte für die Bekämpfung, S. 34.

²³⁰ Vgl. zur Person Redekers und seinem durchaus problematischen Werdegang während des Dritten Reichs ausführlicher Kap. II, 1.1; sowie SCHRÖDER, In memoriam.

²³¹ Vgl. zur gegenteiligen Haltung, die in Frauen die wichtigsten Überträger von Geschlechtskrankheiten sah z. B. HAUTSCH, Notwendigkeit.

Es ist etwas Sonderbares, daß bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sich in jede Einzelfrage immer wieder die Forderung des Zwanges einschleicht. Nirgendwo auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung gibt es zum Beispiel die Forderung auf Zwangsbehandlung so schroff wie hier. [...] Warum jetzt grundsätzlich eine offene oder verschleierte Zwangsbehandlung aller Geschlechtskranken oder eine Zwangsbeobachtung aller Verdächtigen in Krankenhäusern von vielen Seiten gefordert wird, ist nicht recht erkennbar. [...] Ich habe es noch nie erlebt, daß die Vertreter dieses Systems von Zwangsmaßnahmen jemals ihre Maßnahmen auch gegen männliche Geschlechtskranke durchgeführt hätten. Kein Sachverständiger wird jedoch leugnen, daß der häufig wechselnde Geschlechtsverkehr, also die Urquelle der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, beim männlichen Geschlecht weit häufiger vorkommt als beim weiblichen.²³²

Wie sehr ansonsten die Nachkriegsdiskussion in Deutschland von Zwangsmaßnahmen, Kontrolle und Überwachung geprägt war, mag zusammenfassend ein Bericht Redekers über eine Tagung der Nordwestdeutschen und Hamburger Dermatologengesellschaft im April 1948 wiedergeben. Dort waren sich die Ärzte zwar einig in ihrem Widerstand gegen die Maßnahmen der Alliierten, insbesondere deren Polizeirazzien. Dennoch ging der Grundtenor deutlich in Richtung Kontrolle und Zwang. Selbst wenn man bei diesem Bericht eine starke Selbststilisierung des Verfassers als Kämpfer für die wahre Gesundheitsfürsorge in Rechnung stellt, dürfte diese Darstellung die Stimmung in der Ärzteschaft doch treffend beschreiben. Redeker berichtet, daß ärztliche Forderungen

auf Gewalt und wieder Gewalt und nochmals Gewalt wie Fliegenpilze im warmen Regen serienweise erwuchsen. Die Dermatologen-Ordinarien und nebenamtlichen Geschlechtskrankenfürsorge-Ärzte waren es, die alle diese Forderungen stellten, bis zur kontrollierten Einzelbehandlung. [...] Als ich auf der ersten deutschen Dermatologen-Tagung in Hamburg im April 1948 das Eingangsreferat über Grundsätze im neuen Gesetz hielt – es war ein einziger Protest, eine einstimmige Warnung, eine Proklamation gegen die Gewalt – saßen die 300 zuhörenden Ärzte stumm in kaltem Protest erstarrt. Nur einige Alte, wie Hoffmann und die alte Frau Lüders, lebten auf.²³³

Daß Reglementarismus und Forderungen nach Zwangsbehandlung in der Diskussion der Geschlechtskrankheiten in den Nachkriegsjahren eine solch große Rolle spielten, mag auch damit zusammenhängen, daß die *Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten*, die in den 20er Jahren äußerst aktiv gewesen war und damals gerade die Aufklärung sehr unterstützt hatte, in der Nachkriegszeit praktisch nicht mehr existierte. 1959 hatte sie auf Bundesebene lediglich 10 Mitglieder. Dies hatte verschiedene Gründe: Viele namhafte Dermatologen der 1920er Jahre waren Juden gewesen. Sie waren ins

²³² REDEKER, Neufassung, S. 536.

²³³ BAK, B 142/466, Redeker an Koch vom 27. 6. 1950. Erich Hoffmann, mit Schaudinn der Entdecker der *Spirochaeta Pallida*, des Syphiliserregers, war 1948 bereits 80 Jahre alt. Vgl. zu Hoffmann auch oben, S. 288. Helene Lüders hatte damals gefordert, daß die erste Rolle bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten Ärzte und Fürsorgerinnen spielen sollten und gerade nicht die Polizei, dafür habe man bis 1927 gekämpft und dazu sollte man wieder zurückkehren.

Exil gegangen beziehungsweise von den Nationalsozialisten verfolgt und ermordet worden. Andere frühere Exponenten der DGBG lebten nun in der Sowjetischen Besatzungszone bzw. der DDR, so daß hier ebenfalls ein Einschnitt zu verzeichnen war. Als wichtiger Grund ist weiterhin anzuführen, daß die DGBG stark durch Venerologen geprägt war und nach der Einführung des Penicillins bei diesen Ärzten die Überzeugung vorherrschte, daß eine Gesellschaft zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten nicht mehr nötig sei.²³⁴ Der Venerologe Erich Langer, der auf Grund der Nürnberger Gesetze während des Dritten Reichs nicht mehr hatte praktizieren dürfen, war es vor allem, der sich nach dem Krieg von Berlin aus mit großem Engagement bemühte, die Gesellschaft wieder aufleben zu lassen. Er übernahm auch den vorläufigen Vorstand, obwohl die DGBG bis 1955 keine ordentliche Versammlung abhielt.²³⁵

Dies mag teilweise erklären, warum mäßigende, tolerante und aufklärerische Positionen in der Fachdiskussion der Nachkriegszeit einen so geringen Anteil einnahmen. Natürlich war auch der Einfluß der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik noch groß. Besonders Ärzte, die in Gesundheitsämtern gearbeitet hatten, waren offenbar weiterhin vom völkisch-autoritären Gedanken-gut der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik geprägt, wie es in der Diskussion um die künftige Geschlechtskrankheitenbekämpfung immer wieder deutlich wurde.²³⁶

Vor dem Hintergrund dieser heftigen Diskussion und auf Grund der oben gezeigten uneinheitlichen Lage in den einzelnen Ländern forderte der Bundestag in der neugegründeten Bundesrepublik bereits 1950 die Regierung auf, ein neues Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten auszuarbeiten, das im wesentlichen auf der Regelung von 1927 aufbauen sollte.²³⁷ Man konnte nicht direkt zum Gesetz von 1927 zurückkehren, da sich insbesondere die or-

²³⁴ BORELLI et al., Geschichte, S. 6, 28.

²³⁵ KREIS, Gesellschaft, S. 116. Vgl. zum Werdegang Erich Langers RUST, Erich Langer. Der 1890 geborene Erich Langer hatte in Breslau, Freiburg und München studiert und arbeitete anschließend im Pathologischen Institut der Universität Berlin. 1919–1927 arbeitete er im Rudolf-Virchow Krankenhaus in Berlin und übernahm 1927 die Dermatologische Abteilung im Krankenhaus Berlin-Britz. Als Halbjude wurde er 1933 entlassen. 1945 kehrte er als Chefarzt der Dermatologischen Abteilung nach Berlin-Britz zurück und engagierte sich stark im Wiederaufbau der Krankenhäuser in Berlin wie auch in der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. 1951 übernahm er die Universitäts-Hautklinik und Poliklinik am Rudolf-Virchow-Krankenhaus und wirkte in den folgenden Jahren neben seiner Tätigkeit in der DGBG auch als Herausgeber der Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und als Vorsitzender der Berliner Dermatologischen Gesellschaft. Von seinen Schülern als liberaler Lehrer gewürdigt, war er auch in der ganzen Nachkriegsdiskussion der Geschlechtskrankheiten eine der liberalen, zurückhaltenden Stimmen.

²³⁶ Viele Amtsarztstellen in der Bundesrepublik wurden offenbar auch durch ehemalige Militärärzte besetzt, die gerade bei der Geschlechtskrankheitenbekämpfung an sehr rabiante Methoden gewöhnt waren. Dies dürfte ebenfalls die Nachkriegsdiskussion beeinflusst haben. Hierzu gibt es allerdings keine einschlägigen Untersuchungen, so daß man dies nur als mögliche Entwicklung vermuten kann.

²³⁷ BAK, B 142/466, Abteilung IV, Notiz vom 28. 2. 1950.

ganisatorischen Verhältnisse durch verschiedene NS-Gesetze verändert hatten.²³⁸ In der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums wollte man insgesamt eine Behandlung der Geschlechtskranken auf gesundheitspolitischer und fürsorgerischer Grundlage erreichen und sich damit wieder von der polizeilichen Kontrolle in der Nachkriegszeit und den zum Teil sehr rabiaten Methoden der Besatzungsbehörden wegbewegen.²³⁹ Die Behandlung der Geschlechtskranken sollte – anders als 1927, als noch Krankenhausbehandlung üblich war – im wesentlichen dank der neuen Therapiemethoden den niedergelassenen Ärzten überlassen werden. Wie im Gesetz von 1927 sollte von einer zu starken staatlichen Aufsicht abgesehen werden.²⁴⁰

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung wurde maßgeblich von Franz Redeker, dem Abteilungsleiter für Gesundheitswesen im Innenministerium, und Wilhelm Hagen verfaßt.²⁴¹ Hagen arbeitete unter Redeker in dessen Abteilung. In ihrem Entwurf betonten sie die fürsorgerischen Komponenten und befürworteten eine liberale Haltung. Geschlechtskranke sollten lediglich verpflichtet sein, sich bei einem Arzt untersuchen und behandeln zu lassen. Die Auswüchse der Nachkriegszeit, besonders die Polizeirazzien gegen die weibliche Bevölkerung, mußten dringend beseitigt werden.²⁴² Redeker verfocht zusammen mit Hagen, der die Entwürfe der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums weitgehend ausarbeitete, eine „gewaltlose“ Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und hob auch stets hervor, daß er sich angeblich als einer der wenigen gegen die Zwangsmaßnahmen der Alliierten gewandt hätte. Er war jedoch 1950 sehr skeptisch, ob sich ein so liberaler Entwurf durchsetzen lassen könnte:

Schon jetzt fürchte ich, daß unser Entwurf, den ich ohne viel Lärm, aber in stundenlangen Diskussionen mit Hagen und allen Beteiligten einschließlich des Gesundheitsausschusses langsam, ohne irgendwie zu befehlen, auf die Gewaltlosigkeit hingedrängt habe, schließlich ins Schemenhafte zerflattern [wird].²⁴³

²³⁸ Vgl. HAGEN und BERNHARDT, Gesetz, S. 2. Vgl. zur Umgestaltung des Gesundheitswesens LABISCH und TENNSTEDT, Weg.

²³⁹ BAK, B 142/466, Redeker an Koch vom 27. 6. 1950. Redeker, der Leiter der Gesundheitsabteilung im Innenministerium, berichtet hier über die Vorentwicklungen zum Geschlechtskrankengesetz von 1953. BAK, B 142/466, Abteilung IV, Notiz vom 28. 2. 1950.

²⁴⁰ Vgl. zu der Therapie, die nun ohne weiteres beim niedergelassenen Arzt möglich war ORIEL, Scars, S. 99, 147; vgl. zur Ausrichtung des neuen Gesetzes REDEKER, Neufassung, S. 537. Redeker äußerte sich folgendermaßen: „Er [Der Gesetzgeber] hat sich vor allem zu fragen, ob dieses Sichstützen auf Zwang und Gewalt im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten notwendig ist. Wir alten Medizinalbeamten lieben die Gewalt im öffentlichen Gesundheitsdienst nicht. Volksaufklärung und Überzeugung des einzelnen sind die souveränen Mittel. Hierzu aber gehört Vertrauen. Vertrauen aber schwindet schon bei der Androhung von Gewalt und bei Furcht vor Gewalt. Ein guter Amtsarzt kommt nur selten in die Zwangslage, bei der Isolierung eines Infektionskranken Gewalt androhen oder gar anwenden zu müssen.“

²⁴¹ Vgl. zu Franz Redeker wie zu Wilhelm Hagen Kap. II, 1.1.

²⁴² BECKER, Gesetz, S. 2; REDEKER, Neufassung, S. 536.

²⁴³ BAK, B 142/466, Redeker an Koch, 27. 6. 1950.

Das Anliegen des Regierungsentwurfes, die Patient-Arzt-Beziehung zu stärken, wurde von verschiedensten Gruppierungen abgelehnt. Hierzu Redeker: „Der folgende Kampf um die Gesetzesformulierung selber war, weiß Gott, erbittert. Jugend-, Wohlfahrtsamt, das ganze Frauenvolk, die ganze CDU, alles wollte wieder Gewalt und Polizei.“²⁴⁴ Es gab in der Diskussion um das neue Gesetz nicht wenige Stimmen, denen der neue Gesetzentwurf gerade gegenüber Prostituierten nicht scharf genug erschien.²⁴⁵

Ein gutes Beispiel dafür, wie sehr eine rigide Vorgehensweise in allen Westzonen befürwortet wurde, gibt der vom Deutschen Städtetag formulierte Gelsenkirchner Entwurf für ein Geschlechtskrankengesetz von 1948. Der Gesundheitsausschuß des Städtetags sprach sich darin für eine strengere Kontrolle in allen Bereichen aus. Wer in dem Bewußtsein, geschlechtskrank zu sein, andere ansteckte, dem drohten beispielsweise bis zu drei Jahre Haft. Die Polizei sollte auf Anweisung der Gesundheitsämter Razzien durchführen, in deren Folge verdächtige Personen dann zwangsuntersucht werden konnten. Personen, die von Geschlechtskranken als Infektionsquellen genannt wurden und sich nicht sofort in Behandlung begaben, mußten mit bis zu einem Jahr Haft rechnen. Der Entwurf zielte auf ein rigoroses Vorgehen gegen Prostituierte sowie darauf, die Trennung zwischen Polizei und gesundheitsfürsorgereischen Bemühungen, die im Gesetz von 1927 eingeführt worden war, zu verwässern.²⁴⁶ Auch die späteren, etwas modifizierten Entwürfe des Städtetags blieben bei dieser scharfen Ausrichtung. Zudem wurde nun ergänzend ein Arbeitserziehungsgesetz, das eine Grundlage für die Gefährdetenfürsorge mit dem Ziel des Arbeitszwanges und der Verwahrung bieten sollte, gefordert.²⁴⁷ Der Entwurf der Bundesregierung wurde als allzu liberal eingestuft, weil das Schutzbedürfnis des Bürgers zu wenig berücksichtigt werde. Dabei ging es den Verfassern des Gelsenkirchner Entwurfs – an der Beratung beteiligten sich ärztliche Leiter von Gesundheitsämtern, Fachärzte, Verwaltungsbeamte aus dem Gebiet der Fürsorge – vor allem um eine Vereinheitlichung der Zwangsmaßnahmen in den verschiedenen Ländern und Zonen. Ohne eine solche Vereinheitlichung würde dies sonst „zwangsläufig zu einem Ausweichen der Betroffenen in die Gegend des geringsten Zwanges“ führen und damit eine „erneute Anhäufung von Ansteckungsquellen“ schaffen.²⁴⁸

Regelungen in anderen Staaten, die auf Zwangsmaßnahmen gänzlich verzichteten, wurden mißtrauisch beäugt. Eine Delegation deutscher Ärzte, die

²⁴⁴ BAK, B 142/466, Redeker an Koch vom 27. 6. 1950.

²⁴⁵ Vgl. z. B. LUNDT, Beitrag, S. 173 oder THELEN, Ergebnisse, S. 428. Vgl. auch HEINZ-TROSEN, Prostitution, S. 54.

²⁴⁶ NRW HStA, RW 12/947, Deutscher Städtetag, Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (Gelsenkirchner Entwurf), 8. 5. 1948, Bl. 18–21.

²⁴⁷ BAK, B 142/466, Vermerk „Zum Geschlechtskrankengesetz“ ohne Datum, wahrscheinlich Januar 1950.

²⁴⁸ Für ein einheitliches Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, S. 58–9.

die Behandlung der Geschlechtskrankheiten 1950 in England studieren konnte, war zwar von den dort stark betonten Aufklärungs- und Erziehungsmaßnahmen sehr beeindruckt. Daß keine Zwangsmaßnahmen nötig waren, wurde jedoch mit der besonderen Disziplin der englischen Bevölkerung erklärt; eine Anwendung auf die deutschen Bürger wurde offenbar nicht für sinnvoll gehalten:

Auffallenderweise wird die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ohne jeden Zwang durchgeführt. Die Erfolge, die fraglos erreicht werden, ergeben sich aus der großen Selbstdisziplin der gesamten Bevölkerung, einer Haltung, die sich auch im Verkehr und auf der Straße zeigt. Den meisten Deutschen fällt die Ruhe, auch in den stürmischen Verkehrsstunden auf, in denen es kein Drängeln gibt. [...] Die Erziehung der Bevölkerung wird gelenkt vom Zentralkommissariat für Gesundheitserziehung (Central Council for Health Education), in dem der ausgezeichnete Dr. Sutherland eine hervorragende Stellung einnimmt. Durch Vorträge in Schulen und Vereinen, Herausgabe von Broschüren und Abhaltung von Kursen wird ein großer Einfluß nicht nur auf die Medizinalbeamten und die Lehrerschaft, sondern auch auf jeden heranwachsenden Engländer ausgeübt. Unterstützt werden die Aufklärungen über Geschlechtsprobleme und Geschlechtskrankheiten durch das Gesundheitsministerium, das durch Ausstellungen, Bilderserien und Plakatierungen weite Kreise logisch über die Probleme und Gefahren der Erkrankungen unterrichtet. Weniger durch Abschreckung als durch Gegenüberstellung von gesund und krank, sowie durch praktische Hinweise für die Freizeitgestaltung werden deutliche Erfolge erzielt.²⁴⁹

Trotz der zahlreichen Widerstände von Seiten der Kommunen und aus der Amtsärzteschaft gelang es 1950 schließlich, das Gesetz zumindest mit Vertretern der niedergelassenen Ärzte relativ zügig zu beraten. Auch die einzelnen Bundesländer stimmten schließlich weitgehend dem Entwurf zu.²⁵⁰ Bei den Änderungsvorschlägen ging es meist um Verschärfungen. Das bayerische Staatsministerium des Innern beispielsweise war grundsätzlich einverstanden, trug aber unter anderem Bedenken, weil das Gesetz bei Nichtbeachtung von Vorschriften kein Strafverfahren androhte, sondern lediglich Zwangsgeld. Man war auch besorgt, weil die Zwangseinweisung in Krankenhäuser nur durch ein Gericht verhängt werden und nicht mehr als Ordnungsmaßnahme von der Polizei veranlaßt werden konnte. Auch das bayerische Innenministerium sah jedoch ein, daß das neue Gesetz dem Grundgesetz entsprechen müsse.²⁵¹ Der Bremer Senator für Gesundheitswesen hielt es für sinnvoll, daß jede Person ein Gesundheitszeugnis vor der Eheschließung abgeben müsse, nicht nur Personen, die einmal syphiliskrank waren. Auch die Einschränkungen bei der Untersuchungspflicht wurden kritisiert, da dann uneinsichtige Patienten mit einer al-

²⁴⁹ MEMMESHEIMER, Eindrücke.

²⁵⁰ BAK, B 142/1907, Bayerisches Staatsministerium des Innern an Bundesminister des Innern, 13. 2. 1951 und Senator für Gesundheitswesen der freien Hansestadt Bremen an den Bundesminister des Innern, 18. 10. 1950 sowie Sozialminister von Nordrhein-Westfalen an den Bundesminister des Innern, 18. 10. 1950.

²⁵¹ BAK, B 142/1907, Bayerisches Staatsministerium des Innern an Bundesminister des Innern, 13. 2. 1951.

ten Syphilis nicht ordnungsgemäß behandelt werden könnten.²⁵² So zogen sich die Verhandlungen hin.

Das Innenministerium verfolgte allerdings den Gesetzgebungsprozeß weiterhin mit Nachdruck. Die Gesundheitsabteilung stellte sich auf den Standpunkt, daß Geschlechtskrankheiten nicht einfach wie andere Infektionskrankheiten behandelt werden dürften. Ein übergreifendes Geschlechtskrankheiten-gesetz sei dringend notwendig, weil man sich einerseits von den Maßnahmen der Besatzungszeit deutlich distanzieren und andererseits stärker als bei anderen Krankheiten fürsorgerische Konzepte einbeziehen müsse.²⁵³ In der Begründung des Entwurfs der Gesundheitsabteilung vom November 1951 wurden nochmals die wichtigsten Argumente zusammengefaßt:

Eine Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten kann sich also nicht nur auf die Verhütung der Infektion durch Schutzmittel, auf die Kontrolle von Personen, die als Infektionsträger verdächtig sind und auf die rasche Behandlung der Erkrankten beschränken, sondern muß sich auch mit seelischen und sozialen Nöten der Menschen befassen. Diese Aufgabe bedingt die Sonderstellung der Geschlechtskrankheitenbekämpfung gegenüber der Allgemeinen Seuchenbekämpfung und rechtfertigt eine besondere gesetzliche Regelung. [...] Im Vordergrund bleibt die Heilung der Kranken und der Schutz der Gesunden. [...] Die Gesichtspunkte einer sozialen Gesundheitsfürsorge im Frieden unterscheiden sich grundsätzlich von den Maßnahmen, welche eine fremde Truppenmacht im Kriege beim Vormarsch und in der Besatzungszeit anordnen muß. Völlige Zerstörung aller moralischen Bindungen bedingt dann den zeitweisen Ersatz der Fürsorge durch polizeiliche Zwangsmaßnahmen. Von diesem Gesichtspunkte sind die Anordnungen der Besatzungsmacht zu verstehen, welche nunmehr wieder einem anderen Denken Platz machen müssen.²⁵⁴

Das neue Gesetz, das schließlich 1953 verabschiedet wurde, lehnte sich also trotz der vorangehenden heftigen Diskussion weitgehend an die Regelungen von 1927 an und vertrat insgesamt eine eher liberale Herangehensweise – so eine zeitgenössischen Beurteilung – :

Das Gesetz bedeutet eine Verstärkung des gesundheitsfürsorglichen Gedankens bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten [...] Es ist daher damit zu rechnen, daß die nunmehr einheitliche Bundesregelung einen wesentlichen Fortschritt in der Gesundheitsfürsorge für die Geschlechtskrankheiten und eine weitere Abwendung von den älteren autoritären und sanitätspolizeilichen Methoden herbeiführen wird.²⁵⁵

Der in den 1920er Jahren wichtige Beratungsaspekt wurde im neuen Gesetz wieder aufgenommen. Die Gesundheitsämter (und nicht die Landesversicherungsanstalten wie während der Weimarer Zeit) waren weiterhin, wie schon durch die Änderungen während des Dritten Reichs festgelegt, dazu verpflichtet, Beratungsstellen für Geschlechtskranke einzurichten und bei der Aufklärung und Belehrung der Bevölkerung mitzuwirken. Behandeln durften

²⁵² BAK, B 142/1907, Senator für Gesundheitswesen der freien Hansestadt Bremen, Hans Meineke, an den Bundesminister des Innern, 18. 10. 1950.

²⁵³ HOPE, Bundesgesetz, S. 289 f.; HAGEN und BERNHARDT, Gesetz, S. 1.

²⁵⁴ BAK, B 142/1906 Entwurf der Begründung zum Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten vom November 1951.

²⁵⁵ HOPE, Bundesgesetz, S. 292.

diese Stellen jedoch auch nach dem neuen Gesetz nicht.²⁵⁶ In der Praxis übernahmen die Beratungsstellen nach § 4 des Gesetzes vor allem die gesundheitliche Kontrolle und Überwachung der Prostituierten. Dieser lautete:

1) Geschlechtskranke sowie solche Personen, die dringend verdächtig sind, geschlechtskrank zu sein und Geschlechtskrankheiten weiterzuverbreiten, haben dem Gesundheitsamt auf Verlangen, gegebenenfalls wiederholt, ein Zeugnis eines in Deutschland bestellten oder zugelassenen Arztes über ihren Gesundheitszustand vorzulegen.

2) Das Gesundheitsamt kann in begründeten Fällen die Untersuchung in der Beratungsstelle oder bei bestimmten Ärzten anordnen. Bei unklarem Untersuchungsbefund oder Gefahr der Verschleierung kann Beobachtung in einem geeigneten Krankenhaus befristet angeordnet werden.

3) Das Gesundheitsamt erhält in jedem Falle einen Befundbericht.²⁵⁷

Trotz der relativ neutralen Formulierung „Personen, die dringend verdächtig sind, geschlechtskrank zu sein und Geschlechtskrankheiten zu verbreiten“²⁵⁸ zielte man damit erneut auf die Gruppe der Frauen, die vermeintlich am meisten Geschlechtskrankheiten übertrugen, die Prostituierten und Gelegenheitsprostituierten.²⁵⁹ Dabei tauchte weder das Wort „Prostituierte“ noch „hwG-Person“ im Gesetz auf. Daß sich die Maßnahmen dennoch vor allem gegen diese Gruppen richten sollten, macht auch ein Gesetzeskommentar von 1954 deutlich, der von Wilhelm Hagen selbst und einem weiteren Mitarbeiter der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums verfaßt wurde, die beide am Gesetz gearbeitet hatten:

Der Verdacht, geschlechtskrank zu sein, genügt nicht für die Verpflichtung zur Vorlage eines Zeugnisses beim Gesundheitsamt. Es muß außerdem der Verdacht bestehen, daß Geschlechtskrankheiten weiter verbreitet werden. Das Gesundheitsamt kann z.B. nach Feststellung einer Geschlechtskrankheit bei einem Ehemanne nicht verlangen, daß die Ehefrau ein Zeugnis über ihren Gesundheitszustand vorlegt, obwohl der Verdacht besteht, daß sie von ihrem Ehemann angesteckt worden ist. Es besteht aber unter normalen Verhältnissen kein Verdacht, daß sie diese Geschlechtskrankheiten weiter verbreitet.²⁶⁰

Bei der Therapie setzte man vor allem auf die niedergelassenen Ärzte, auch weil durch die neuen Behandlungsmethoden mit Penicillin eine stationäre Krankenhausbehandlung nicht mehr notwendig erschien.²⁶¹ Geschlechtskranke Patientinnen und Patienten wurden somit in den allermeisten Fällen bei niedergelassenen Ärzten, aber nicht unbedingt bei Fachärzten für Venerologie/Dermatologie behandelt. Es war ausdrücklich auch den Allgemeinärzten erlaubt, Geschlechtskranke zu behandeln.²⁶²

Nicht nur in der Therapie, auch bei gesundheitspolitischen Maßnahmen und insgesamt bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nahmen die nieder-

²⁵⁶ Vgl. Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten, BGBl. I, 1953, S. 703 (§§ 14–15).

²⁵⁷ BECKER, Gesetz, S. 2.

²⁵⁸ BGBl. 1953 I, S. 701 (§ 4).

²⁵⁹ KREUZER, Prostitution, S. 59.

²⁶⁰ HAGEN und BERNHARDT, Gesetz, S. 27.

²⁶¹ Vgl. HAGEN und BERNHARDT, Gesetz, S. 3.

²⁶² HAGEN und BERNHARDT, Gesetz, S. 38.

gelassenen Ärzte eine wichtige Stellung ein. Sie konnten den Kranken die Berufsausübung verbieten; Geschlechtskranke wurden nach dem Gesetz verpflichtet, vor der Eheschließung ein Zeugnis vom Arzt vorzulegen. Die Ärzte sollten auch bei der Kontrolle und Meldung der Geschlechtskranken mitwirken. Sie verbanden so für Patientinnen und Patienten sowohl heilende als auch kontrollierende Funktionen.²⁶³ Anonymität war bei dieser Art der Behandlung nicht gewährt – im Unterschied zum englischen System mit kostenlosen Behandlungszentren, in denen die Patienten nur mit Nummern auftreten konnten.

Auch 1953 wollte man nicht von einem Behandlungszwang absehen: Geschlechtskranke, die sich weigerten, sich behandeln zu lassen, mußten vom Arzt dem Gesundheitsamt namentlich gemeldet werden. Das Amt konnte dann den Kranken zur Untersuchung vorführen lassen und zur Not auch zwangsweise in ein Krankenhaus einweisen. Bei allen anderen Fällen sollte der Arzt eine Chiffremeldung ohne Namensnennung weitergeben.²⁶⁴ Mit einer solchen Zwangsuntersuchung wurden die Grundrechte auf körperliche Unversehrtheit und Freiheit der Person eingeschränkt.²⁶⁵ Die Notwendigkeit dieser Einschränkung wurde wie in den 1920er Jahren erneut mit der Gefährdung der allgemeinen Volksgesundheit begründet, die von den Geschlechtskranken ausgehe. Die Einschätzung fand auch in den 1950er Jahren im Bundestag wie in der Öffentlichkeit einen relativ breiten Konsens.²⁶⁶ Dies ist umso erstaunlicher, als mit den neuen Behandlungsmethoden eine bevölkerungspolitische Bedrohung nicht mehr gegeben war. Syphilis und Gonorrhöe konnten in den meisten Fällen schnell ausgeheilt werden. Zu Sterilität, Totgeburten oder behinderten Kindern führten die Krankheiten kaum noch.

Die Einschränkung, die das Gesetz machte, daß bei Eingriffen, die mit erheblicher Gefahr für Leben und Gesundheit verbunden seien, die Patienten zu-

²⁶³ BGBl. I, 1953, S. 701–703; vgl. auch HEINZ-TROSSEN, Prostitution, S. 56.

²⁶⁴ Vgl. Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten BGBl. I, 1953, S. 702 (§ 12).

²⁶⁵ Vgl. § 2 (1) des Gesetzes zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten: „Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten umfaßt Maßnahmen zur Verhütung, Feststellung, Erkennung und Heilung der Erkrankung sowie die vorbeugende und nachgehende Gesundheitsfürsorge. Zu diesem Zweck werden die Grundrechte auf körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes) und auf Freiheit der Person (Artikel 2 Abs. 2 Satz 2 des Grundgesetzes) eingeschränkt.“ (BGBl. I, 1953, S. 700).

²⁶⁶ Vgl. dazu Verhandlungen des Deutschen Bundestages, Stenographische Berichte, 205. Sitzung, 23. April 1952, S. 8859–69. Die Einschränkung der Grundrechte wurde in der ersten Lesung von den meisten Abgeordneten nicht als Problem gesehen. Lediglich der SPD-Abgeordnete Bärsch diskutierte dies, billigte zwar grundsätzlich die Einschränkung, verurteilte aber verschiedene Einzelheiten des Gesetzes als zu scharf. In der zweiten und dritten Lesung, der verschiedene Änderungen des Gesetzes in den Ausschüssen vorangegangen waren, die die Eingriffsmöglichkeiten der Gesundheitsämter in die Rechte der Person einschränkten und abmilderten, stimmte dann der Bundestag dem Gesetz zu. Eine grundsätzliche Diskussion erfolgte nicht mehr. Vgl. Verhandlungen des Deutschen Bundestages, Stenographische Berichte, 271. Sitzung, 12. Juni 1953, S. 13419–21.

stimmen mußten, also bei Rückenmarks-Punktionen, Fieberkur und Behandlung mit Salvarsan, wurde von Ärzten heftig kritisiert.²⁶⁷

Es muß dem Ermessen des Arztes anheimgestellt bleiben, welche Maßnahmen er für notwendig hält. [...] Wenn deren [von Salvarsanpräparaten] Anwendung aber notwendig ist, sollte sie nicht durch einseitige und überspitzte Einschränkungen behindert werden,

hieß es in dem Gutachten eines Oberregierungs- und Medizinalrates.²⁶⁸ Die während des Nationalsozialismus bestehenden Zwangsregelungen wurden demgegenüber als vorbildlich dargestellt.

Auch der Tenor, mehr Kontrolle und Reglementierung zu fordern, blieb bestehen. Wenn in den Fachzeitschriften überhaupt über das Thema geschrieben wurde, plädierten die Ärzte bzw. Amtsärzte nach wie vor meist für eine Verschärfung der Zwangsmaßnahmen oder eine stärkere Reglementierung der Prostituierten.²⁶⁹ 1955 hieß es in einem Artikel beispielsweise:

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bzw. die Rückführung der verwaorlosten Jugend in die bürgerliche Gesellschaft wird bei der jetzt vielfach vertretenen Meinung, daß die Geschlechtskrankheiten eine Bagatelle seien, überaus hart und schwierig. Es ergibt sich zunächst die Frage, inwieweit dieser Kampf mit der demokratischen Freiheit vereinbar ist, denn es werden ja Menschen zwangsweise in Kranken- und Arbeitshäuser eingewiesen. U.E. sind aber strenge Maßnahmen am Platz: ohne polizeiliche Kontrollen und Razzien, die ja ohnehin nur von erfahrenen Beamten und ‚gezielt‘ durchgeführt werden, wäre sehr bald wieder eine Zunahme der Neuinfektionen zu erwarten.²⁷⁰

Die scharfe Forderung nach strengerer Reglementierung Mitte der 1950er Jahre war umso erstaunlicher, als inzwischen die Zahlen der Geschlechtskranken stark gesunken waren und eigentlich klar sein mußte, daß schärfere Kontrollmaßnahmen die Entwicklung der Geschlechtskrankheiten kaum beeinflussten.

Insgesamt verschwand jedoch nach dem Erlaß des Gesetzes die bis Anfang der 1950er Jahre äußerst lebhaftete Diskussion um Geschlechtskrankheiten und deren Bekämpfung weitgehend aus den Fachzeitschriften. Das abflauende Interesse an den Krankheiten hing vor allem mit den zurückgehenden Geschlechtskrankenzahlen zusammen. Einen Tiefpunkt erreichten die Geschlechtskrankheiten vor allem in den Jahren 1954–1956.²⁷¹ Sie stiegen erst gegen Ende der Dekade wieder etwas an.²⁷²

²⁶⁷ § 17 Abs 2 Satz 2 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, BGBl. I, 1953, S. 700; Zweite Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, BGBl. I, 1955. Vgl. zur Kritik der Ärzte Vorarchiv ArbMin NRW, Nr. 44.90.00, 0340.1.II.a, Gutachterliche Stellungnahme von Dr. med. Karl Eller, Oberregierungs- und Medizinalrat, Wiesbaden, 5. 2. 1955; Vorarchiv ArbMin NRW, 44.90.00, 0340.1. Gutachten von Prof. Dr. med. Jo Hartung vom 27. 1. 1955.

²⁶⁸ Vorarchiv ArbMin NRW, Nr. 44.90.00, 0340.1.II.a, Gutachterliche Stellungnahme von Dr. med. Karl Eller, Oberregierungs- und Medizinalrat, Wiesbaden, 5. 2. 1955.

²⁶⁹ Vgl. z. B. SCHMITH, Kriterien.

²⁷⁰ SCHNEIDER und WAGNER, Jugendverwaorlosung, S. 363.

²⁷¹ LOCHBRUNNER, Entwicklung.

²⁷² LOCHBRUNNER, Entwicklung, S. 63–115. Lochbrunner stellt hier die Daten aus den einzelnen Bundesländern zusammen. Die niedrigen Zahlen lagen allerdings auch an der schwierigen

Die offiziellen Zahlen sind höchst unvollständig, da es in der Bundesrepublik Deutschland zwischen 1953 und 1970 keine amtliche Bundesstatistik gab. Nach dem Gesetz von 1953 und einer darauffolgenden Verordnung im Jahr 1954 sollten die Ärzte in vierteljährlichen Meldungen die Anzahl der von ihnen behandelten Geschlechtskranken an das Gesundheitsamt weitergeben. Dies funktionierte vor allem wegen der langen Zeiträume zwischen den Meldungen überhaupt nicht. Das Vorgehen wurde vor allem von Ärzten der Gesundheitsämter und von Statistikern heftig kritisiert.²⁷³ Ein Vertreter des bayerischen statistischen Landesamt beklagte, daß die Meldungen der Fälle von Geschlechtskrankheiten in Bayern im 1. Vierteljahr [1956] derart ungenügend seien, daß das Landesamt sie nicht einmal als untere Schätzung, geschweige denn als ‚Statistik‘ ansehen und weitergeben könne. Als Beispiel wurde erwähnt, daß von den 78 in München arbeitenden Dermatologen ein *einzig*er das Zählblatt mit der Meldung von 7 Gonorrhöefällen eingesandt hat. In Bayern praktizierten 1953 252 Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten; insgesamt waren nur 253 an Geschlechtskrankheiten Erkrankte im 1. Vierteljahr

Tabelle 18: Geschlechtskrankheiten in der Bundesrepublik²⁷⁴

Jahr	Syphilis			Gonorrhöe		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
1949 ²⁷⁵	65 983	28 268	37 715	109 079	56 051	53 028
1950	43 809	19 098	24 711	81 379	42 205	39 174
1951	27 311	11 844	15 467	59 940	30 484	29 456
1952	19 949	8 422	11 527	48 067	22 939	25 128
1953	14 859	6 311	8 548	47 344	22 042	25 302
1954–1969	–	–	–	–	–	–
1970 ²⁷⁶	3 139	2 160	979	35 790	25 591	10 199
1971	5 665	3 954	1 711	75 855	54 522	21 303
1972	5 877	4 163	1 714	81 711	58 691	23 020

gen statistischen Erfassung; die behandelnden Ärzte sollten ihre Daten vierteljährlich als Chiffremeldungen den Gesundheitsämtern weitergeben. Da die Ärzte dies sehr oft versäumten, führte dieses Vorgehen zu hohen Fehlerquoten.

²⁷³ BAK, B 142/3422, Statistisches Amt Rheinland-Pfalz an das Statistische Bundesamt, 20. 1. 1954; Statistisches Bundesamt an das Bundesministerium des Innern, 26. 8. 1955; Hagen an Dr. med Helmut Wezel, Stuttgart, 2. 11. 1955; vgl. RACHOLD, Geschlechtskrankenstatistik.

²⁷⁴ Statistik der Bundesrepublik Deutschland, Band 89: Gesundheitswesen 1952, S. 54; Band 148: Gesundheitswesen 1954, S. 46; Statistisches Bundesamt, Fachserie A: Bevölkerung und Kultur, Reihe 7: Gesundheitswesen 1971, S. 52.

²⁷⁵ 1949–1951 sind die Daten von West-Berlin zu den Daten des Bundesgebietes addiert, ab 1952 Gesamtdaten.

²⁷⁶ Die Zahlen des Jahres 1970 berücksichtigen nur den Zeitraum 1. 7.–31. 12. 1970; deswegen die niedrigen Werte.

gemeldet. Rein rechnerisch hätten die Ärzte angeblich jeweils nur einen Patienten betreut.²⁷⁷

Die Statistikverordnung von 1954 galt für drei Jahre und wurde wegen des Mißerfolgs nicht mehr erneuert, man verfügte daher über gar keine offizielle Statistik mehr.²⁷⁸ Die Zahlen der Neuerkrankungen waren daher für die Bundesrepublik in den nächsten Jahren völlig unzureichend dokumentiert. Erst 1969 konnte durch eine Änderung des Geschlechtskrankheitengesetzes die Statistik wieder verbessert werden.²⁷⁹ Ersatzweise sollen hier die offiziellen Zahlen aus Hamburg und aus Nordrhein-Westfalen die Entwicklung in den 1950er Jahren wenigstens andeuten. In Nordrhein-Westfalen bestand die Beratungs- und Behandlungsgemeinschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten fort.²⁸⁰ Diese Gemeinschaft übernahm weiterhin die Behandlungskosten für Geschlechtskranke abgewickelt wurde, wurden diesen Stellen die meisten Neuerkrankungsfälle gemeldet. Deswegen hatte Nordrhein-Westfalen eine etwas zuverlässigere Statistik als die anderen Bundesländer.²⁸¹ In Hamburg bestand

Tabelle 19: Geschlechtskrankheiten in Nordrhein-Westfalen und Hamburg²⁸²

Jahr	Nordrhein-Westfalen		Hamburg	
	Gonorrhöe	Syphilis	Gonorrhöe	Syphilis
1949	26 228	21 220	5272	1993
1950	21 505	13 473	4786	1164
1951	16 749	8 868	3897	683
1952	14 571	7 347	3748	472
1953	14 834	6 084	3374	369
1954	14 578	5 318	3219	284
1955	13 109	4 090	3260	209
1956	13 291	3 867	3769	346
1957	13 706	3 044	4001	331
1958	14 002	2 601	4436	229
1959	14 757	2 951	4923	352
1960	14 515	3 409	5288	553

²⁷⁷ BAK, B 142/465, Bundesminister des Innern an die für das Gesundheitswesen zuständigen obersten Landesbehörden, 11. 1. 1956. Darin werden die Berichte der Statistischen Landesämter zitiert.

²⁷⁸ BAK, B 142/3422, Antwortvorlage auf Frage im Bundestag vom 14. 6. 1961.

²⁷⁹ Vgl. dazu auch die Beschwerden des Statistischen Landesamtes Nordrhein-Westfalen, BAK, B 142/465, Bundesminister des Innern an die für das Gesundheitswesen zuständigen obersten Landesbehörden, 11. 1. 1956, das in den folgenden Jahren eine doppelte Statistik führte; vgl. zur Gesetzesänderung BGBl. 1969 I.

²⁸⁰ Vgl. zur Beratungs- und Behandlungsgemeinschaft oben, S. 304.

²⁸¹ Vorarchiv ArbMin NRW, 1127.25, Novellierung Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Band II: 1962–1970, Innenminister von Nordrhein-Westfalen an den Bundesminister für das Gesundheitswesen, 11. 9. 1966.

²⁸² LOCHBRUNNER, Entwicklung, S. 83; MÜHLINGHAUS, Entwicklung, S. 11.

zwar keine derartige Einrichtung, die eine bessere Statistik gewähren würde, es liegen also im wesentlichen Zahlen aus den Gesundheitsämtern vor. In einem Stadtstaat können diese wohl einen etwas komprimierteren Eindruck von der Entwicklung der Krankheitszahlen vermitteln, als dies bei Zahlen aus den Gesundheitsämtern eines Flächenstaates möglich ist.

In Hamburg kann man also zunächst bei den gemeldeten Krankheitsfällen bis 1957 ein Absinken beider Geschlechtskrankheiten beobachten, ab 1957 wieder einen Anstieg der Gonorrhöe, wo wieder die Werte von 1949 erreicht wurden. In Nordrhein-Westfalen ist ebenfalls ein Absinken der Krankheitsfälle zu beobachten, dann bei der Gonorrhöe wieder ein Anstieg der Werte. Diese Zahlen spiegeln sicherlich nicht die tatsächlichen Gegebenheiten, ein Trend ist dennoch abzulesen.

Die Unwilligkeit der Ärzte, Meldungen weiterzugeben, war sicherlich auch darin begründet, daß die Krankheiten kaum noch als gefährlich empfunden wurden. Gerade die Gonorrhöe konnte durch Penicillingaben innerhalb von wenigen Tagen ausgeheilt werden.²⁸³ Die Gonorrhöe-Behandlung, die früher langwierige Spülungen und Manipulationen an den Geschlechtsorganen erfordert hatte, war „sauberer“ geworden, wie es in einem medizinischen Fachbuch hieß, und wurde eigentlich ausschließlich beim niedergelassenen Arzt durchgeführt.²⁸⁴ In die Klinik ging wegen Gonorrhöe niemand mehr. Lediglich bei sehr komplizierten chronischen Fällen, denen mit Penicillin nicht beizukommen war, wurden die Patienten in Kliniken überwiesen.²⁸⁵

Bei Syphilis kombinierten viele Ärzte Anfang der 1950er Jahre noch eine Kur mit Salvarsan/Wismut und Penicillin, weil sie der Wirkung des Penicillins mißtrauten.²⁸⁶ Anfangs gab es bei Penicillinbehandlungen noch deutlich mehr Rückfälle als bei der traditionellen Wismut-Salvarsan-Kur, dies konnte jedoch durch eine Erhöhung der Dosis und der Behandlungsdauer ausgeglichen werden.²⁸⁷ Viele Ärzte entschieden sich noch für eine Kombination mit Salvarsan/Wismut und Penicillin, aber ohne Penicillin wurde Syphilis kaum noch therapiert.²⁸⁸ Verschiedene Untersuchungen mit Nachbeobachtungen von Patienten

²⁸³ HILDEBRAND, Antibiotika, S. 143; vgl. auch NRW HStA, NW38/244, Minister für Arbeit, Soziales und Wiederaufbau an die Vorstände Landesversicherungsanstalten Rheinprovinz und Westfalen, 16. 10. 1953, Bl. 269.

²⁸⁴ PHILIPP KELLER, Behandlung, 3. Auflage 1952, S. 370.

²⁸⁵ NRW HStA, NW 38/217, Leiter der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, Düsseldorf 26. 8. 1950, Bl. 9.

²⁸⁶ LANGER und BRANDT, Geschlechts-Krankheiten, S. 100; TELLER und POHL, Antibiotika.

²⁸⁷ Vgl. TELLER und POHL, Antibiotika, S. 316. Normalerweise wurde Penicillin allein zunächst für Neurolues, Syphilis der Schwangeren, frühkonnatale Syphilis, Syphilisinfektionen bei gleichzeitiger Tbc sowie bei schweren Stoffwechsel- und Organerkrankungen verwandt. PHILIPP KELLER, Behandlung, 3. Auflage 1952, S. 405.

²⁸⁸ TELLER und POHL, Antibiotika, S. 317. Vor allem die ältere Arztgeneration war bei der Syphilisbehandlung gegenüber dem Penicillin mißtrauisch. Erich Hoffmann plädierte beispielsweise dafür, daß man die mit anderen Mitteln stark vorbehandelte spätlatente Lues möglichst in Ruhe lassen sollte, um das heilsame Gleichgewicht zwischen harmlos geworde-

stärkten schließlich auch in Deutschland die Tendenz, Syphilis ausschließlich mit Penicillin zu behandeln.²⁸⁹ Das Medikament hatte große Vorteile: Die Kuren dauerten weniger lang als die oft Monate laufenden Wismut/Salvarsan-Therapien und die Patienten standen dies wesentlich einfacher durch. Penicillinkuren wurden meist nach 12–15 Tagen beendet.²⁹⁰ Letztlich setzte sich das im Gegensatz zu Salvarsan leicht verträgliche Medikament als alleiniges Mittel durch. Auch bei Syphilis wurden – außer bei komplizierten Fällen – die Klinikbehandlungen selten.²⁹¹ Für die Patienten bedeutete diese Entwicklung eine erhebliche Erleichterung; beide Geschlechtskrankheiten verloren weitgehend ihren Schrecken.

Im Arbeitsgebiet des Facharztes für Haut- und Geschlechtskrankheiten war die Venerologie wegen der einfachen Behandlung zweitrangig geworden.²⁹² Dadurch stellten sich aber auch Nachlässigkeiten ein: Oft wurde gerade bei „hwG-Personen“ wegen der zeitraubenden Diagnose der Gonorrhöe auf Verdacht mit Penicillin behandelt, was leicht zu Resistenzen führen konnte. Der endgültige Nachweis, daß die Gonorrhöe geheilt war, ließ sich nur schwer erbringen. In Berlin mußten beispielsweise offiziell bei Frauen acht, bei Männern fünf Nachkontrolluntersuchungen in den Beratungsstellen durchgeführt werden. Solche aufwendigen Nachuntersuchungen wurden in den Arztpraxen kaum durchgeführt. Die Geschlechtskrankheiten waren zudem so stark zurückgegangen, daß bei Patienten die klinischen Symptome von Jahr zu Jahr häufiger fehlgedeutet wurden. Dies wurde in der Bundesrepublik durch die fast ausschließliche Behandlung beim niedergelassenen Arzt sicherlich begünstigt: Wenn Ärzte nur noch sehr wenige geschlechtskranke Patienten hatten, verloren sie die Fertigkeit in der Diagnose dieser Krankheiten.²⁹³

Die Ärzte hatten nach dem neuen Gesetz von 1953 neben der Behandlung der Patienten auch zahlreiche gesundheitspolitische und hygienische Aufgaben:²⁹⁴ Ihnen oblag es nicht nur, säumige Patienten dem Gesundheitsamt namentlich zu melden, sondern auch Personen, die sie verdächtigten, Geschlechtskrankheiten an andere zu übertragen.²⁹⁵ Dies zielte wieder auf Frauen

nen Treponomenresten und dem siegreichen Organismus nicht durch das etwas hermobilisierende Penicillin zu stören. Dem konnten sich Teller und Pohl nicht anschließen. Vgl. EBENDA, S. 319; ebenso PHILIPP KELLER, *Behandlung*, 3. Auflage 1952, S. 405.

²⁸⁹ Vgl. HILDEBRAND, *Antibiotika*, S. 106. Auch die Rezidivquote bei mit Penicillin behandelten Fällen von Frühsyphilis, die anfangs von deutschen Ärzten als sehr hoch, bei 20 Prozent, eingeschätzt wurde, wurde nun in verschiedenen Veröffentlichungen nach unten korrigiert. Vgl. z. B. FELKE, *Rezidivquote*.

²⁹⁰ PHILIPP KELLER, *Behandlung*, 3. Auflage 1952, S. 405.

²⁹¹ NRW HStA, NW 38/212, Landesversicherungsanstalt Westfalen an die Beratungsstellenleiter, 12. 8. 1950.

²⁹² Vgl. z. B. TELLER und POHL, *Antibiotika*, S. 313–4; hiernach auch das folgende.

²⁹³ VELTMANN, *Probleme*, S. 556; MARCUSE und HUSSELS, *Untersuchungen*; oder PHILIPP KELLER, *Behandlung*, 2. Auflage 1948, S. 370–1.

²⁹⁴ Vgl. oben, S. 328.

²⁹⁵ KREUZER, *Prostitution*, S. 66–9.

mit „promiskuoösem Lebenswandel“. Waren diese Frauen einmal dem Gesundheitsamt bekannt, wurden sie unter Zeugniszwang gestellt. Im Kommentar des Gesetzes von 1953 hieß es zur Erläuterung des betreffenden Paragraphen:

9. Der Arzt ist verpflichtet, sich ein Urteil darüber zu bilden, ob unter Würdigung aller gegebenen Verhältnisse eine ernste Gefahr der Übertragung auf andere besteht. Er kann diese Prüfung nicht mit dem Hinweis ablehnen, daß damit die ärztliche Aufgabe überschritten sei.

10. Unter ‚Lebensweise‘ soll die individuelle Art und Weise verstanden werden, wie der Mensch sein Leben führt, unabhängig von seinem Beruf und seinen materiellen Lebensverhältnissen. Gedacht ist hauptsächlich an HwG-Personen, aber auch andere Formen des subjektiven Verhaltens des Kranken, wie z. B. mangelnde Reinlichkeit, häufiger Ortswechsel können hierunter fallen. Die ‚allgemeinen Lebensumstände‘ sind demgegenüber nach objektiven Gesichtspunkten zu beurteilen, z. B. Obdachlosigkeit, mangelnde Mittel zum Lebensunterhalt, Aufenthalt in der Umgebung von Truppenunterkünften, gehäuftes Auftreten von G[eschlechts]K[rank]h[eite]n in der Umgebung des Kranken. Der Arzt ist nicht verpflichtet über die Lebensweise und Lebensumstände des Patienten eigene Erhebungen anzustellen. Er wird aber die Möglichkeit haben, sich aus den Angaben über die Personalien, die Wohnung und aus seiner Kenntnis der Verhältnisse am Aufenthaltsort des Kranken ein Urteil zu bilden.²⁹⁶

Letztlich hing die Ausführung dieser Vorschriften stark vom Ermessen und der Einstellung des einzelnen Arztes ab. Die meisten Ärzte wollten die Kontrollfunktionen nicht übernehmen. Sie hatten sich schon vor der Verabschiedung dieses Gesetzes dagegen gewehrt.²⁹⁷ Kaum vorstellbar ist es, daß jemals Männer mit promiskuoösem Verhalten an Gesundheitsämter gemeldet wurden, hierfür liegen auch keinerlei Anhaltspunkte vor. Wenn überhaupt, dann zielte diese Vorschrift auf Prostituierte und Gelegenheitsprostituierte.

Eigentlich sollten die Ärzte zusätzlich noch Infektionsquellenforschung betreiben, also ihre geschlechtskranken Patienten befragen, bei wem sie sich angesteckt hatten, und dem Gesundheitsamt genaue Informationen über die ermittelten Personen geben. Im Gesetzeskommentar von 1953 hieß es zwar, der Arzt solle nicht die Stellung eines Ermittlungsbeamten bekommen, letztlich waren seine Funktionen und seine Mitwirkung bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten offiziell erheblich erweitert worden.²⁹⁸ Die Ärzte kamen dieser

²⁹⁶ HAGEN und BERNHARDT, Gesetz, S. 43.

²⁹⁷ BAK, B 142/467, Auszug aus der Sitzung des Ausschusses für Fragen des Gesundheitswesens 10. 11. 1952; BAK, B 142/465, Bundesminister des Innern an die für das Gesundheitswesen zuständigen obersten Landesbehörden, 11. Januar 1956; BAK, B 142/3422, Hagen an Dr. med. Helmut Wenzel, Stuttgart, 2. 11. 1955.

²⁹⁸ HAGEN und BERNHARDT, Gesetz, S. 47. Im Gesetzeskommentar hieß es im Zusammenhang mit der Infektionsquellenforschung: „Der Arzt ist nicht gehalten, über die ihm zur Verfügung stehenden und zumutbaren Mittel hinauszugehen. Zur Verfügung steht ihm in erster Linie das Gespräch mit dem Patienten, ferner die Erkundigung beim G[esundheits]A[mt], das eigene Karteimaterial, die Fühlungnahme mit einem anderen Arzt. Der Arzt darf dem Patienten gegenüber nur legale Mittel anwenden, wie Befragung, gutes Zureden, moralischen Appell; nicht dagegen Drohungen, Erregung von Angstgefühlen, körperliche Einwirkung.“

Aufgabe nicht mit großem Eifer nach, vielmehr meldeten die meisten gar keine Infektionsquellen und verzichteten auch auf die Gebühr, die sie dafür bekommen sollten.²⁹⁹ Die Gesundheitsämter unterhielten vielmehr eigene Karteien mit den Adressen und – wenn vorhanden – Telefonnummern von „Infektionsquellen“, das heißt von Prostituierten, die sie über ihre Außendienstmitarbeiter und die Polizei bekamen.³⁰⁰ Wenn den Gesundheitsämtern doch von Ärzten Infektionsquellen genannt wurden, ließen diese die betreffenden Personen vorführen.³⁰¹

Neben diesen Funktionen, die die Ärzteschaft wahrnehmen sollte, gab es als direkte gesundheitspolitische Maßnahmen von Seiten des Staates vor allem die Kontrolle und Überwachung der Prostituierten nach dem Geschlechtskrankheitengesetz.³⁰² Wie dies genau durchgeführt wurde, war zum einen von den Ausführungsvorschriften des Geschlechtskrankengesetzes auf Länderebene, ganz entscheidend aber auch von der kommunalen Praxis der Gesundheitsämter abhängig.³⁰³ Explizit wurden die Prostituierten und „hwG-Personen“ in den meisten Gesetzes- bzw. Verordnungstexten nicht erwähnt, aber von den Gesundheitsämtern als Zielgruppe aufgefaßt.³⁰⁴ Die Gesundheitsämter der großen Städte hatten meist eigene Ermittler, die Personen, die sich weigerten, ein Gesundheitszeugnis vorzulegen oder sich behandeln zu lassen, zwangsweise zur Untersuchungsstelle für Geschlechtskranke brachten.³⁰⁵ Das Frankfurter Gesundheitsamt unterhielt beispielsweise einen ständigen Streifendienst durch Mitarbeiter der Beratungsstelle, die den Status von Hilfspolizisten hatten und bis in die 1970er Jahre hinein Waffen tragen durften.³⁰⁶ In Niedersachsen beantragte das Gesundheitsamt Hannover ebenfalls, eigene Vollzugsbeamte einstellen zu dürfen. Der Niedersächsische Sozialminister lehnte dies aber ab:

²⁹⁹ BAK, B 142/3422, Hagen an Dr. med. Helmut Wenzel, Stuttgart, 2. 11. 1955.

³⁰⁰ KREUZER, Prostitution, S. 73.

³⁰¹ Vorarchiv ArbMin NRW, 44.90.00, 0340.1.I, Abteilung VI B an das Referat VI A, 19. 2. 1958. In Nordrhein-Westfalen beklagte man aber beispielsweise im zuständigen Ministerium, daß das Gesundheitsamt keine „Vollstreckungsbehörde“ sei. Die Gesundheitsaufseher oder Fürsorgerinnen, die den Vorführungsbescheid ausführen mußten, könnten letztlich nicht wirklich Zwang ausüben.

³⁰² Vgl. zu den Vorschriften des Gesetzes ausführlich oben, S. 328; sowie HEINZ-TROSSEN, Prostitution, S. 263.

³⁰³ 1955 existierte in Hessen und Bayern ein Ausführungsgesetz, in Baden-Württemberg eine Verordnung, in Bremen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen waren Ausführungsbestimmungen in Vorbereitung, in Berlin, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein gab es keine Ausführungsbestimmungen. Vorarchiv ArbMin NRW, 44.90.00, 0340.1.II.a, Aktenvermerk vom 28. Juni 1955.

³⁰⁴ Vgl. Vorarchiv ArbMin NRW, Nr. 44.90.00, 0340.1.II.a, Der Niedersächsische Sozialminister an die zuständigen Minister der anderen Länder, 18. 2. 1954; vgl. dazu auch SCHMACK-PFEFFER, Frauenbewegung, S. 87.

³⁰⁵ KREUZER, Prostitution, S. 63; wie dies generell in den einzelnen Gesundheitsämtern zu handhaben war, dazu ließ das Gesetz einen breiten Handlungsspielraum, vgl. auch HEINZ-TROSSEN, Prostitution, S. 264.

³⁰⁶ KREUZER, Prostitution, S. 71.

Für das Aufgreifen uneinsichtiger Geschlechtskranker in den größeren Städten [ist] eine gute Kenntnis der Schlupfwinkel und Lebensgewohnheiten der Betroffenen nicht zu entbehren und diese Kenntnis nach den Erfahrungen der Praxis gerade bei der Polizei in besonderem Maße vorhanden.³⁰⁷

Obwohl im Gesetz eigentlich neutral formuliert, richteten sich solche Maßnahmen fast ausschließlich gegen nicht registrierte Prostituierte und Frauen mit promiskuoem Lebenswandel. Beide Gruppen hießen im Jargon der Gesundheitsämter nach wie vor „hwG-Personen“. Durch Ansteckungen bei registrierten Prostituierten, die sich ständig untersuchen ließen, wurden in den 1950er Jahren höchstwahrscheinlich nur noch ein geringer Prozentsatz der Neuerkrankungen an Geschlechtskrankheiten übertragen.³⁰⁸ Auch deswegen konzentrierten sich die meisten Beratungsstellen auf die „hwG-Personen“, die sich allerdings – so die Klage der Stellen – schlecht erfassen ließen, weil sie oft ihren Aufenthaltsort wechselten und als „säumig“ galten.³⁰⁹ Wenn es gelang, die Frauen und Mädchen doch aufzugreifen, wurden sie zunächst in den Beratungsstellen vernommen. Manchmal wurde Schutzaufsicht, Fürsorgeerziehung oder Krankenhausaufenthalt angeordnet. Hier hatten die Beratungsstellen einen relativ breiten Ermessensspielraum.³¹⁰ Ein starkes Anwachsen der Zahl der „hwG-Personen“ wurde in Berlin beobachtet. Viele der von den Beratungsstellen betreuten Frauen waren hier außerdem sehr jung, zwischen dem 16. und 25. Lebensjahr.³¹¹ In Köln gab es eine „Sichtungsstelle“, zu der die Polizei Frauen bringen konnte, die sich der heimlichen Prostitution verdächtig gemacht hatten. Die zentrale Landeskartei, die in den Nachkriegsjahren gegründet worden war, bestand hier ebenfalls weiter und „habe sich sehr gut bewährt.“³¹² In München wurde 1956 eine Sichtsungsstelle neu gegründet, in der freie und öffentliche Fürsorgeverbände, das Gesundheitsamt, Kriminalpolizei und Polizei zusammenarbeiteten.³¹³

Die zwangsvorgeführten Personen kamen zur Behandlung meist in ein Krankenhaus. Ambulante Behandlung hielt man bei ihnen nicht mehr für sinn-

³⁰⁷ Vgl. Vorarchiv ArbMin NRW, Nr. 44.90.00, 0340.1.II.a, Der Niedersächsische Sozialminister Albertz an die zuständigen Minister der anderen Länder, 18. 2. 1954.

³⁰⁸ Dies legen zumindest die Daten der Gesundheitsämter der großen Städte nahe. Hierzu und zum folgenden LOCHBRUNNER, Entwicklung, S. 32–8; vgl. auch HEINZ-TROSSEN, Prostitution, S. 56.

³⁰⁹ Vorarchiv ArbMin NRW, 44.90.00, 0340.1.I, Innenministerium Baden-Württemberg an den Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen, 18. 4. 1959.

³¹⁰ VOSS, Aufgaben, S. 158; vgl. auch HEINZ-TROSSEN, Prostitution, S. 57.

³¹¹ WEISE, Zwangsstation, S. 277. Begründungen für diesen Wandel wurden gleich mitgeliefert: „Der Geschmack hat sich in dieser Beziehung erheblich gewandelt, der moderne Mann wünscht, daß auch beim außerehelichen Geschlechtsverkehr die Illusion der liebevollen Hingabe gewahrt bleibt,“ hieß es in diesem Artikel.

³¹² Vorarchiv ArbMin NRW, 1127.25, Novellierung Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Band II: 1962–1970, Kurzprotokoll über die 2. Kommissionssitzung der Länderversammlung am 17./18. 10. 1963 in Berlin.

³¹³ MÜHLINGHAUS, Entwicklung, S. 19.

voll.³¹⁴ Wie oft sich die Prostituierten untersuchen lassen mußten, lag im Ermessen der Gesundheitsämter. In Köln waren 1955 beispielsweise 260 Prostituierte beim Gesundheitsamt registriert, die in 35 Häusern arbeiteten. Sie mußten zweimal wöchentlich zur ärztlichen Untersuchung in die Gesundheitsstelle kommen, die Untersuchungen dort waren kostenlos. In Frankfurt am Main war eine Untersuchung pro Woche Pflicht, in Dortmund ebenfalls.³¹⁵ Die Prostituierten konnten sich mitunter auch bei niedergelassenen Ärzten untersuchen lassen, mußten dann aber dem Gesundheitsamt ein Zeugnis vorlegen, hier verfuhrten aber die Länder während der 1950er Jahre unterschiedlich. In Baden-Württemberg mußten sich alle „hwG-Personen“ grundsätzlich bei den Beratungsstellen untersuchen lassen; in Nordrhein-Westfalen wurden die Prostituierten bei den Gesundheitsämtern untersucht, die „hwG-Treibenden“ in der Mehrzahl; „einzelne unter ihnen aber, die als zuverlässig bekannt sind, dürfen die Untersuchung auf eigene Kosten bei freipraktizierenden Ärzten durchführen“, hieß es in einer Stellungnahme des Innenministeriums von Nordrhein-Westfalen.³¹⁶ In manchen Städten, so in Bremen, gab es noch kasernierte Prostitution in Form einer Bordellstraße. Die in der Helenenstraße wohnenden Frauen wurden wöchentlich zweimal vom Gesundheitsamt kontrolliert.³¹⁷

In vielen Städten arbeiteten die Gesundheitsämter zusätzlich mit Isolier-Stationen von Krankenhäusern zusammen, in die bei Bedarf geschlechtskranke Personen zwangseingewiesen wurden.³¹⁸ Auch diese Maßnahme richtete sich hauptsächlich gegen Prostituierte und Gelegenheitsprostituierte. Die Stationen waren nach wie vor von den anderen Teilen der Krankenhäuser räumlich abgetrennt. In Berlin wurde beispielsweise auf Grund des Gesetzes 1954 in der Hautklinik der FU eine Zwangsstation eingerichtet, in die solche Geschlechtskranke eingewiesen werden konnten, die eine Untersuchung oder Behandlung ablehnten oder keinen festen Wohnsitz hatten. Wenn sie der Aufforderung nicht nachkamen, führte dies zu einer amtsgerichtlichen Zwangseinweisung.³¹⁹ Zu einem solchen Verfahren kam es jedoch zumindest bis 1956 kein einziges Mal, was die dortigen Ärzte auf das geschickte Verhalten der Beratungsstellen

³¹⁴ MÜHLINGHAUS, Entwicklung, S. 18; vgl. grundsätzlich HAGEN und BERNHARDT, Gesetz, S. 60.

³¹⁵ VOSS, Aufgaben, S. 155; KREUZER, Prostitution, S. 60; STALLBERG, Stadt, S. 50.

³¹⁶ Vorarchiv ArbMin NRW, 44.90.00, 0340.1.I, Innenministerium Baden-Württemberg an den Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen, 18. 4. 1959; Vorarchiv ArbMin NRW, 44.90.00, 0340.1.I, Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen an das Innenministerium Baden-Württemberg, 30. 9. 1959; vgl. auch KREUZER, Prostitution, S. 74–5.

³¹⁷ FALLINER, Probleme, S. 54–5. Dieses sogenannte Bremer System wurde vom Leiter der Bremer Geschlechtskrankenberatungsstelle sehr gelobt, da so die Begleiterscheinung einer unkontrollierten, zerstreuten Prostitution fortfielen: Das Zuhälterwesen, die Belästigung der Nachbarschaft, die Beeinträchtigung des Straßenbildes, der schädliche Einfluß auf die Jugendlichen.

³¹⁸ Vgl. für Frankfurt/Main KREUZER, Prostitution, S. 65; vgl. für München MÜHLINGHAUS, Entwicklung, S. 18.

³¹⁹ WEISE, Zwangsstation, S. 273.

zurückführten. Deswegen wurde die Station auch nicht vollkommen geschlossen gehalten, die Frauen durften täglich einmal auf das Krankenhausgelände gehen. Aufgegriffen wurden die Frauen meist bei Streifengängen der Polizei und kamen dann über eine Beratungsstelle in die Klinik. Nachts wurden sie oftmals direkt der Klinik übergeben.³²⁰ Die häufigste Erkrankung war die Gonorrhöe; bei 59,3 Prozent der Patientinnen wurde sie behandelt, 33,4 Prozent konnte ein Attest ausgestellt werden, daß sie nicht erkrankt waren, insgesamt 7,3 Prozent litten an Syphilis. Von 1954 bis 1955 stieg die Anzahl der Neuaufnahmen und der Behandlungstage deutlich an.³²¹ In Berlin war die Unterbringung noch einigermaßen erträglich:

Sehr wichtig erscheint uns auch das Vorhandensein geeigneter Räumlichkeiten. Unsere Station, die durch verschließbare Türen von der übrigen Klinik abgeteilt ist, besteht aus zwei Krankensälen mit je 10 Betten, zwei Zweibettzimmern, einem großen Waschraum, einem Baderaum und dem Untersuchungszimmer sowie zwei Toilettenräumen. Alle Räumlichkeiten sind freundlich und modern eingerichtet, die Patientenzimmer mit Radio versehen, Bücher und Spiele können ausgeliehen werden. Die Patientinnen beteiligen sich freiwillig am Saubermachen und kleineren Arbeiten. Gelegentliche Schwierigkeiten durch Streit der Mädchen untereinander lassen sich durch eine geschickte Belegung der Zimmer im voraus weitgehend vermeiden und im Notfalle genügen ein Machtwort, eine Ausgangssperre oder das Abschalten des Radios, um einzelne aus der Rolle Gefallene wieder zur Vernunft zu bringen. Im ganzen gleicht die Arbeit auf unserer ‚Zwangsstation‘ in psychologischer Hinsicht mehr der auf einer Kinderstation.³²²

Man setzte hier also auf eine fürsorgerisch orientierte Behandlung. In weniger modern eingerichteten und liberal geführten Häusern litten die Prostituierten sicherlich unter wesentlich schlechteren Bedingungen. Mitunter wies man Prostituierte auch noch in Arbeitshäuser ein.³²³ Mit dieser Praxis der Prostitutionskontrolle war man in der Bundesrepublik von einer gesundheitspolizeilichen Überwachung nicht so weit entfernt wie das das Gesetz von 1953 eigentlich vorgeschrieben hatte.

Die Geschlechtskranken-Stellen der Gesundheitsämter hatten nach dem Gesetz eigentlich eine Beratungsfunktion auszuüben. In den Anfangsjahren der Bundesrepublik trug ihre Arbeit noch eher diesen Charakter, war aber auch schon damals neben der Kontrolle der Prostituierten auf die Betreuung von

³²⁰ Hierzu und zum folgenden WEISE, Zwangsstation, S. 274. Ein Arzt der Station lobte den guten „Spürsinn“ der Beamten, da die Erkrankungsziffer bei diesen Personen bei 46 Prozent lag.

³²¹ 1. Jahr (1. 3. 1954–28. 2. 1955): 408 Aufnahmen, 4555 Tage; 2. Jahr (1. 3. 1955–29. 2. 1956): 604 Aufnahmen, 6720 Tage; insgesamt 1012 Aufnahmen.

³²² WEISE, Zwangsstation.

³²³ SCHNEIDER und WAGNER, Jugendverwahrlosung, S. 364. Zwischen 1953 und 1955 wurden in der Umgebung von Augsburg 269 Frauen und Mädchen, die der Prostitution oder auch Gelegenheitsprostitution nachgegangen waren, in einem bayerischen Arbeitshaus untergebracht, maximal bis zu drei Jahren. Die Augsburger Klinikärzte begrüßten dies, da die Anzahl der Geschlechtskranken in ihrer Klinik zurückging.

„Gefährdeten, Minderjährigen und Verwahrlosten“ konzentriert.³²⁴ In einer Geschlechtskrankenberatungsstelle in Pinneberg bei Hamburg wurden beispielsweise in den Nachkriegsjahren Beratungsstunden und Infektionsquellenforschung einem angestellten Facharzt übertragen.³²⁵ Die Fürsorge für Geschlechtskranke übernahm eine im Außendienst tätige Fürsorgerin, die auch für Lungenkranke, Behinderte und Säuglinge zuständig war und der so eine relativ unauffällige Betreuung der Geschlechtskranken gelang. Sie arbeitete vor allem bei der Nachforschung nach Infektionsquellen und betreute säumige Patienten. Die Anzahl der Personen, die selbständig zu dieser Beratungsstelle kamen, war Anfang der 1950er Jahre schon sehr gering (ein Prozent der Patienten). Die meisten Patienten, die später in der Beratungsstelle betreut wurden, wurden als Infektionsquellen oder als Behandlungsabbrecher vom Arzt gemeldet.³²⁶ Insofern war die Kontrollfunktion, wenn auch nicht ausschließlich die Prostituiertenkontrolle, Hauptaufgabe der Beratungsstelle.

In den nächsten Jahren entwickelten sich die Geschlechtskrankenberatungsstellen gerade in den großen Städten vor allem zu Kontrollstellen für Prostituierte, da die meisten „normalen“ Patienten direkt zum niedergelassenen Arzt gingen, wenn sie Beschwerden hatten. Die Existenz von Beratungsstellen war den Patienten oft gar nicht bekannt. Da die Stellen im Gesundheitsamt angesiedelt waren, vermittelten sie oftmals eher den Eindruck einer Behörde als den einer medizinischen Beratungseinrichtung.³²⁷ Manche Beratungsstellen lagerten die Funktionen der Untersuchung und Beratung sogar gänzlich aus. In Frankfurt wurde beispielsweise die kostenlose Untersuchung, zu der die Beratungsstelle eigentlich gesetzlich verpflichtet war, durch eine Vereinbarung des Gesundheitsamtes mit der Universitätsklinik in der Ambulanz der Klinik angeboten.³²⁸

Die Eingliederung der vormaligen von den Versicherungsverbänden unterhaltenen Stellen in die Gesundheitsämter, die während des Dritten Reichs stattgefunden hatte, war also gerade hinsichtlich des Beratungsaspekts nicht förderlich gewesen. Die nun amtlich wirkenden Beratungsstellen und ihre Verbindung mit der Prostitutionskontrolle wirkten auf Patienten bzw. Ratsuchende nicht einladend. In den 1920er Jahren waren die Geschlechtskrankenberatungsstellen der Versicherungsverbände dagegen noch von den meisten Geschlechtskranken aufgesucht worden.³²⁹ Aber nicht nur die Modifizierung der Zuständigkeiten, auch neue Therapiemöglichkeiten änderten das Verhalten der Patienten. Die neuen Medikamente machten die Trennung zwischen Beratung,

³²⁴ Vorarchiv ArbMin NRW, 44.90.00, 0340.1, Deutscher Berufsverband der Sozialarbeiterinnen e.V. an das Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen, 8. 3. 1955.

³²⁵ POTRZ, *Bekämpfung*, S. 7.

³²⁶ POTRZ, *Bekämpfung*, S. 8, 18.

³²⁷ GERHARD J. MÜLLER, *Verlauf*, S. 31.

³²⁸ KREUZER, *Prostitution*, S. 74.

³²⁹ Vgl. zur Akzeptanz der Beratungsstellen in den 1920er Jahren oben, S. 295.

Untersuchung und Behandlung – behandeln durfte die Geschlechtskranken ja nur ein Arzt – die Beratungsstellen eigentlich überflüssig. Eine Extra-Beratung in einer öffentlichen Stelle erschien eher hinderlich. Der Gang in die Geschlechtskrankenstellen wurde so für den Normalpatienten überflüssig.

Aufklärungskampagnen gab es als gesundheitspolitische Maßnahme auf Bundesebene nicht. Neben dem geringen Spielraum, den der Bund auf Grund der Gesetzgebung in diesem Bereich hatte, waren auch Initiativen von anderen Gruppen kaum existent.³³⁰ Dies lag vor allem daran, daß es der DGBG, die sich in der Zwischenkriegszeit vorrangig um Aufklärung und Propaganda gekümmert hatte, nicht gelang, in den 1950er Jahren wieder auf bundesrepublikanischer Ebene Fuß zu fassen.³³¹ Bei der ersten vollständigen Mitgliederversammlung, die erst im Jahr 1955 stattfand, wurde lediglich ein provisorischer Vorstand gewählt. 1957 gelang schließlich eine Neugründung des Vereins. Durch den plötzlichen Tod beider Vorstände, der Professoren Langer und Stühmer, wurde die DGBG aber erneut geschäftsunfähig. Nach langen Phase mit Notvorständen kam es erst 1965 zu einer erneuten Mitgliederversammlung und letztlich einer Konsolidierung.³³² Große Aktionen konnte der Verein in diesem desolaten Zustand nicht durchführen.

Auch das frühere Organ der DGBG, die *Mitteilungen der DGBG*, war seit 1935 vor allem aus Geldmangel als Beiheft der Dermatologischen Wochenschrift unter dem Titel *Sozialhygiene der Geschlechtskrankheiten* erschienen. In den Nachkriegsjahren wurde diese Beilage von Dr. Erich Schäfer, der im sowjetischen Teil Berlins arbeitete, herausgegeben und bearbeitet.³³³ In dieser Zeit lag der Schwerpunkt deutlich auf moralischen Aspekten: „Promiskuitätsprobleme stehen heute als Hauptursache der immer noch vorhandenen Weiterverbreitung der Geschlechtskrankheiten an erster Stelle [...] Neben der allgemeinen sittlichen Verwilderung spielt – wie schon früher – der Alkohol eine nicht unerhebliche Rolle als Schrittmacher für den wahl- und zügellosen Geschlechtsverkehr,“ liest man in einem Artikel von 1950.³³⁴ Da die Zeitschrift

³³⁰ In der sowjetischen Besatzungszone wie auch später in der DDR wurde die Aufklärungsarbeit im Gegensatz dazu gezielt als Mittel zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten eingesetzt. Der Landesvenerologe von Thüringen, Dr. Hesse, berichtete beispielsweise in der Dermatologischen Wochenschrift über eine Aufklärungskampagne in Thüringen über vier Monate im Jahr 1948. Hierbei wurden in den ersten zwei Monaten eine Plakat und Diapositiv-Werbung in Kinos eingesetzt, im dritten Monat Anzeigenkampagnen und im letzten Monat nochmals Plakate. Merkblätter wurden ebenfalls verteilt. Stets wurde auf den Plakaten und in den Anzeigen darauf verwiesen, ins Ambulatorium oder zum Facharzt zu gehen und sich behandeln zu lassen. Nachdem es in den Westzonen und in der Bundesrepublik keine einheitliche Behandlungspraxis gab, waren ähnliche Aktionen schon unter diesem Aspekt schwierig. Vgl. HESSE, Erfahrungen.

³³¹ Vgl. zur Entwicklung der DGBG in der Nachkriegszeit oben, S. 322.

³³² KREIS, Gesellschaft, S. 117–20.

³³³ DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT 120 (1949); SAUERTEIG, Krankheit, S. 115.

³³⁴ BERGMANN, Promiskuitätsprobleme, S. 288. Bergmann war leitender Arzt des Kreis-Ambulatoriums für Haut- und Geschlechtskrankheiten Blankenburg/Harz. Auch über die

Dermatologische Wochenschrift aber in Leipzig erschien, wurde die Beilage mehr und mehr zu einem Organ der Venerologen in der DDR. Zunehmend berichteten die Autoren über die Entwicklungen in der SBZ/DDR, die Artikel von Ärzten aus der Bundesrepublik gingen zurück.³³⁵

Erich Langer, der sich im Westteil Berlins um das Wiederaufleben der DGBG bemühte, gründete im Juli 1946 die *Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten*, die sich dann für die Bundesrepublik zu dem fachwissenschaftliche Forum für Geschlechtskrankheiten entwickelte.³³⁶ Im Gegensatz zu Großbritannien gab es aber keine Fachzeitschrift, die sich ausschließlich auf Geschlechtskrankheiten bezogen hätte, wie das *British Journal of Venereal Diseases*, das zusätzlich mit der *Medical Society of the Study of Venereal Diseases* eine aktive fachwissenschaftliche Gruppierung als Herausgeber hatte. In der Bundesrepublik gab es von Seiten ärztlicher Vereinigungen oder anderer Gruppierungen in den 1950er Jahren kaum Impulse. Hier hatte sich das Verhältnis gegenüber der Zwischenkriegszeit umgekehrt, als die DGBG in Deutschland wesentlich aktiver und erfolgreicher Aufklärung und Propaganda betrieb als ihr englisches Pendant.

Auf Länderebene hatten sich allerdings einige aktive Vereine und Gruppierungen entwickelt.³³⁷ Die *Landesarbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und für Geschlechtserziehung in Nordrhein-Westfalen* entwickelte neben ihrer Tätigkeit in der Beratung und Therapie auch Material für die Sexualerziehung, gab Schriften über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten heraus und startete Aufklärungsprogramme.³³⁸ Auch zahlreiche

Gefährlichkeit von Schlagertexten, die angeblich zur Promiskuität und so zur Verbreitung von Geschlechtskrankheiten anregen sollten, wurde berichtet; HESSE, Bemerkungen.

³³⁵ Theodor Grüneberg, der die Universitäts-Hautklinik Halle leitete, referierte in der *Dermatologischen Wochenschrift* 123 (1951) über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der DDR (S. 137–41, 383–4, 473–80); Alexander Mette aus dem Landesgesundheitsamt Erfurt, berichtete über Psychologische Gesichtspunkte zum Problem der Sexualinfektion. Auch sonst finden sich nun fast ausschließlich DDR-Themen. 1949 gab es noch mehr Beiträge aus dem „Westen“ Hautsch berichtet beispielsweise über die „Notwendigkeit der Errichtung einer Sichtsungsstelle im Ruhrgebiet“ (vgl. HAUTSCH, Notwendigkeit); im selben Jahrgang erscheint auch ein Bericht über die Richtlinien zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten in Rheinland-Pfalz (Richtlinien für die Bekämpfung).

³³⁶ KREIS, Gesellschaft, S. 117.

³³⁷ Vgl. zur Entwicklung der Arbeitsgemeinschaft allgemein oben, S. 304 und S. 332; sowie NRW HStA NW 6/193, Jahresbericht für 1947, Geschlechtskrankheiten, Bl. 70; Vorarchiv ArbMin NRW, 1127.25, Novellierung Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Band II: 1962–1970, Der Innenminister von Nordrhein-Westfalen an den Bundesminister für Gesundheitswesen, 11. 9. 1966.

³³⁸ Vgl. BUSCH, Unterweisungsmuster; oder STRÄTLING-TÖLLE, Unterweisungsmuster. Vgl. auch die Mitteilungen der Landesarbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten Nordrhein-Westfalen, Köln 1950–1953, später als Mitteilungshefte der Landesarbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und für Geschlechtserziehung Nordrhein-Westfalen, Köln 1954 ff., in denen sowohl medizinische als auch mo-

Einzelveranstaltungen und Aktionen entwickelten sich auf Länder- und Kommunalebene; insbesondere Anfang der 1950er Jahre, als die Geschlechtskrankheiten noch als starke Bedrohung wahrgenommen wurden. In Braunschweig wurde damals ein Film mit dem Titel „Reaktion positiv“ insgesamt vor etwa 20 000 Personen, meist Schülern, gezeigt. Der Film thematisierte nicht nur Geschlechtskrankheiten, sondern allgemeine Fragen der Aufklärung und des Sexualverhaltens.³³⁹ In Hamburg gab es eine Ausstellung über Geschlechtsfragen und Geschlechtskrankheiten der Gesundheitsbehörde Hamburg, die 1949 von ca. 170 000 Personen besucht wurde. Die Ausstellung wurde täglich von Vorträgen zu den Themen: „Was wir den Kindern sagen können“ und „Verhütung der Geschlechtskrankheiten“ begleitet.³⁴⁰ In Cuxhaven gründeten 1949 die zuständigen Behörden, Ärzte, Vertreter der Gewerkschaften, der Wohlfahrtsverbände, der Kirchen und der Jugendverbände einen *Kreisausschuß für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten*, der Aufklärungsvorträge organisierte.³⁴¹ In Nordrhein-Westfalen wurde seit 1947 bis weit in die 1950er Jahre von der *Deutschen Bühne für Volkshygiene* ein Stück mit dem Titel „Gift im Blut“ in verschiedenen Städten und Dörfern aufgeführt, das die Gefahren der Geschlechtskrankheiten zum Thema hatte.³⁴² Die Schauspielertruppe sollte in sämtlichen Kreisen des Landes Nordrhein-Westfalen spielen und erhielt dazu Zuschüsse aus Mitteln des Sozialministerium. In einer Rezension des Stückes wurde dessen Tenor beschrieben:

Wir werden ergriffen von der Tragik, daß [der Protagonist] Hans Freyberg, den wir als prominenten Sportsmann kennengelernt haben, der auch in seinem Beruf vorwärtsstrebend und tüchtig sich zeigt, der die Enthaltsamkeit in jeder Form sich als oberstes Gesetz gestellt hat, zu dem seine Freunde kommen, um sich bei ihm Rat und Hilfe zu erbitten, wenn sie gefehlt, selbst Opfer der gefährlichsten Krankheit wird. Erschütternd hören wir als letzte Worte von ihm: ‚Ich klage alle an, die geschwiegen haben, wo zu reden Menschenpflicht und Liebe gewesen wäre.‘ Wie eindrucksvoll wurden uns von dem Arzt Dr. Friedrichs die drei Stadien dieser furchtbaren Krankheit erklärt. Eindringlich warnte er die Jugend vor Schmutz- und Schundliteratur, vor exotischen Tänzen. Entspannung sind Wandern, Sport und Singen. Der Hauptdarsteller Hans Höller in der Person des Hans Freyberg verdient besonders hervorgehoben zu werden, wie er sich mit ganzer Kraft einsetzt und es ihm voll gelingt, seine schwierige Rolle mit all den auftretenden seelischen Bedrückungen natürlich darzustellen. Dorothee Dick zeigt sich als die echte Braut, später als die jedes Leid ertragende Frau und Mutter.³⁴³

ralische und soziale Aspekte des Problems Geschlechtskrankheiten angesprochen wurden. Vgl. z. B. einen Artikel mit dem Titel „Das haltlose Mädchen“ (MUES, Mädchen).

³³⁹ SCHALLER, *Bekämpfung*.

³⁴⁰ Aufklärung über die Geschlechtskrankheiten, S. 18.

³⁴¹ GERHARD J. MÜLLER, *Verlauf*, S. 32–3.

³⁴² NRW HStA, NW 67/122, Abteilung II B 4 des Arbeits- und Sozialministeriums an Abteilung I C, 8. 12. 1949, Bl. 17; NRW HStA, NW 67/122, Abteilung I C, Vermerk vom 11. 1. 1950, Bl. 18.

³⁴³ NRW HStA, NW 67/122, Ausschnitt aus Ibbenbürener Volkszeitung, vom 6. 6. 1950, Bl. 41.

Eine bundesweit koordinierte Aufklärung über Geschlechtskrankheiten entstand in der Bundesrepublik nicht. Zeitgenössische Sachbücher über Geschlechtskrankheiten klärten meist nur über die Symptome auf und rieten – bis auf wenige Ausnahmen – als Vorsichtsmaßnahmen zu einem moralischen Lebenswandel. Eine Ausnahme bildet eine Schrift aus der Reihe „helf Dir selbst“, die den Gebrauch des Kondoms als Schutzmittel erklärte und auf die möglichen Desinfektionsmittel hinwies.³⁴⁴

In der Bundesrepublik Deutschland gelang es also 1953, ein relativ pragmatisches und liberales Gesetz zu erlassen. Andererseits wurde durch das Gesetz die Möglichkeit der Prostitutionskontrolle geschaffen und die Prostituierten in der Praxis weiterhin sehr repressiv behandelt. Hier sind starke Einflüsse aus der NS-Zeit wahrzunehmen, in der die Ausgrenzung dieser Gruppe an der Tagesordnung war. Diese Tradition trat besonders im fachwissenschaftlichen Diskurs zu Tage.

Durch das neue Gesetz wurde die Stellung des Arztes bei der Therapie der Geschlechtskranken stark betont, wobei die Beratungsstellen für die Beratung der Normalpatienten letztlich überflüssig und in ihrer Funktion auf die Prostitutionskontrolle reduziert wurden. Diese Betonung des Arztes entsprach Konzepten einer modernen, individualisierten Medizin, die sich weg von einer öffentlichen Gesundheitsfürsorge für gefährdete Gruppen bewegte. Als nicht durchführbar erwies sich jedoch die geplante Verknüpfung von gesundheitspolitischer Kontrolle und individueller Behandlung in der Arztpraxis.

3.3.2 Unter dem neueingeführten NHS ab 1948

Unter dem neuen NHS, der 1948 als öffentlicher Gesundheitsdienst in Kraft trat, behielt man die Behandlung in den *Treatment Centres* bei.³⁴⁵ Die Verantwortung für die VD-Behandlung ging allerdings von den Lokalverwaltungen auf die neu installierten regionalen Krankenhausverwaltungen über. Man erhoffte sich dadurch vor allem eine Verbesserung der fachlichen Kompetenz in den Geschlechtskrankheiten-Ambulanzen, da nun der behandelnde Venerologe meistens gleichzeitig Mitglied eines Krankenhausteams war.³⁴⁶

Während im NHS Facharztbehandlung, sogenannte *Specialist Services*, eigentlich nur über den GP, den niedergelassenen Hausarzt, aufgesucht werden konnten, der den Patienten weiterüberweisen mußte, blieb bei der Geschlechtskrankenbehandlung das anonyme System der Behandlung in den *Treatment Centres* bestehen.³⁴⁷ Alle geschlechtskranken Patienten konnten

³⁴⁴ Vgl. TEMPS, Geschlechtskrankheiten.

³⁴⁵ PRO, MH 55/2315, Draft 18. 6. 1962.

³⁴⁶ Annual Report of the Central Health Services Council 1950, S. 60; British Venereal Diseases Service 1916–1966, S. 223–4.

³⁴⁷ PRO, MH 55/2315, Draft 18. 6. 1962; vgl. auch LINDSEY, Socialized Medicine, S. 192 oder ALBER, Großbritannien, S. 586.

sich dort direkt behandeln lassen. Die Behandlung war vertraulich, die Patienten mußten ihren Namen nicht nennen und bekamen nur eine Nummer als Identifikation zugewiesen. Auch an die Ehepartner konnte nur mit der schriftlichen Einwilligung des Patienten/der Patientin Informationen gegeben werden. Die Therapie blieb kostenlos und wurde in den von Steuergeldern finanzierten NHS integriert.³⁴⁸

Nach dem Höchststand von 1946 sanken die Zahlen für Neuerkrankungen von Gonorrhöe wie auch Syphilis bis Mitte der 1950er Jahre auch in Großbritannien deutlich ab. Während die Syphilis-Zahlen relativ niedrig blieben und erst 1960 wieder einen leichten Aufwärtstrend aufwiesen, stieg die Anzahl neu-behandelter Gonorrhöe-Fälle bereits ab 1956 wieder erheblich an.³⁴⁹ In Großbritannien hatte man deutlich zuverlässigere Zahlen als in der Bundesrepublik Deutschland, da die von der öffentlichen Hand bezahlten *VD-Centres* eine genaue Statistik über die bei ihnen behandelten Patienten lieferten. Die Zahl der bei Ärzten privat behandelten Patienten machte nach verschiedenen Untersuchungen nur einen kleinen Teil der Fälle aus, ließ sich allerdings nicht ermitteln. Insgesamt war also die Anzahl der Erkrankungen sicherlich noch etwas höher als die offiziellen Zahlen.

Tabelle 20: Anzahl der behandelten geschlechtskranken Patienten (in allen Stadien der Krankheit) in den VD-Zentren³⁵⁰

<i>Jahr</i>	Gonorrhöe			Syphilis		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
1948	30312	25006	5306	17129	9780	7349
1949	24457	20336	4121	13663	7826	5837
1950	20504	17007	3497	10967	5979	4988
1951	18064	14975	3089	8432	4506	3926
1952	19095	15510	3585	7122	3760	3362
1953	19263	15242	4021	6186	3272	2914
1954	17536	13962	3574	5281	2929	2352
1955	17845	14079	3766	4983	2711	2272
1956	20388	16377	4011	5141	2778	2363
1957	24381	19620	4761	4977	2747	2230
1958	27887	22398	5489	4326	2497	1829

Wie breit der Konsens auch nach dem Krieg für die freiwillige und anonyme Behandlung war, zeigt sich unter anderem daran, daß eine leichte Änderung in den Regelungen einen Sturm der Entrüstung hervorrief: Die vertrauliche Behandlung wurde in einer Anweisung von 1948 nicht mehr als „*statutory requi-*

³⁴⁸ PRO, MH 55/2334, Bericht über den Venereal Disease Service, März 1961.

³⁴⁹ NICOL, Aspects, S. 27.

³⁵⁰ Ministry of Health, On the State of Public Health 1958, Appendix C, Table A.

rement“ bezeichnet, da man im Ministerium davon ausging, daß dies sowieso unter die normale Schweigepflicht des Arztes falle. Daraufhin hagelte es öffentliche Proteste, unter anderem von den englischen Kirchen, und der Gesundheitsminister sah sich veranlaßt, die alte Regelung wieder einzusetzen.³⁵¹ In einem Brief der *National Union of Women Teachers* hieß es beispielsweise:

The National Union of women teachers has learned with concern that the statutory requirement for the maintenance of confidence in relation to persons treated under the VD scheme is no longer in force. The success of the system in this country has been based on the certainty of patients that their confidence will be respected and it would be unfortunate if, under the National Insurance Scheme, harm should be done to the system of treatment for venereal disease.³⁵²

Andere Gruppen, wie die *Church Assembly of the Church of England Moral and Welfare Council*, die *General Association for Moral and Social Hygiene* sowie die *Women's International League* protestierten ebenfalls gegen diese Regelung.³⁵³ Immer wieder wurde das Argument angeführt, daß eine vertrauliche, anonyme Behandlung essentiell für den Erfolg der Behandlung Geschlechtskranker sei. In einem Leserbrief an die *Times*, der sich ebenfalls mit diesem Problem befaßte, führte die Vorsitzende der *General Association for Moral and Social Hygiene* noch ein anderes Argument ins Feld, nämlich, daß sich viele Patienten untersuchen lassen würden, die einen Verdacht hätten, obwohl sie in Wirklichkeit gar nicht krank seien. Gerade dies belege den Erfolg des kostenlosen, freiwilligen und vor allem vertraulichen Untersuchungs- und Behandlungsangebots der *VD-Centres*. Würden sich die Patienten nicht mehr absolut auf die Vertraulichkeit verlassen können, würden sie vom Angebot der Zentren viel weniger Gebrauch machen.³⁵⁴ Damit unterschied sich die öffentliche Wahrnehmung des Problems Geschlechtskrankheiten in Großbritannien ganz deutlich vom öffentlichen Diskurs in der Bundesrepublik.

Gleichzeitig gab es in Großbritannien eine breite Übereinstimmung, daß Zwangsbehandlung bei diesen Krankheiten unsinnig sei, auch wenn Patienten ihre Behandlung abbrachen. Die Behandlung blieb auch unter dem NHS freiwillig, allerdings hatte sich seit der Einführung der *Defence Regulation 33B* während des Krieges in Großbritannien das Augenmerk verstärkt auf die Nachforschung nach Infektionsquellen gerichtet.³⁵⁵ Obwohl diese Richtlinie bereits 1947 wieder abgeschafft wurde, wollte das Gesundheitsministerium die Maßnahme des *Contact Tracing* keineswegs aufgeben, sondern versuchte, die Regelung auf freiwilliger Basis zu erhalten.

³⁵¹ PRO, MH 55/1367, Rundschreiben des Ministry of Health, 20. 12. 1948.

³⁵² PRO, MH 55/1367, National Union of Women Teachers an Ministry of Health, 5. 8. 1948.

³⁵³ PRO, MH 55/1367 passim.

³⁵⁴ PRO, MH 55/1367, Elizabeth Abbott, Chairman, General Association for Moral and Social Hygiene, Leserbrief vom 3. 8. 1948.

³⁵⁵ Vgl. zu den Maßnahmen während des Krieges S. 314.

Es bestand also weiterhin für den *Medical Officer* des *VD-Centre* die Möglichkeit, die Patienten nach dem Partner zu fragen, von dem er wahrscheinlich die Krankheit erworben hatte. Diese Maßnahmen sollten aber in jedem Fall freiwillig bleiben und der Patient zu dem Vorgehen des *Medical Officer* seine Zustimmung geben.³⁵⁶ Erst dann konnte ein Sozialarbeiter der örtlichen Gesundheitsbehörde oder ein Sozialbetreuer (*Almoner*) des Krankenhauses den Partner/die Partnerin des Patienten aufsuchen und versuchen, jene oder jenen zu einer Behandlung zu überreden.³⁵⁷ Dies unterschied sich ebenfalls stark von den Richtlinien der deutschen Infektionsquellenforschung, die von einer Aussagepflicht beim Patienten ausgingen.³⁵⁸

Der normale Ablauf in den Behandlungszentren war jedoch, daß die Patienten bei der Suche nach den „Infektionsquellen“ nur Formulare (sogenannte *Contact-slips*) mit ihrer Nummer und dem Code ihrer Krankheit bekamen und aufgefordert wurden, diese ihren Partnern zu geben und sie zu überzeugen, die Sprechstunden aufzusuchen.³⁵⁹ Dieses Verfahren war allerdings wenig erfolgreich und wurde oft kritisiert. Die *British Federation against the Venereal Diseases*, ein 1951 gegründeter Dachverband, unter dem sich Repräsentanten verschiedenster medizinischer, sozialer und religiöser nicht-staatlicher Organisationen mit dem Hauptziel einer besseren Aufklärung über Geschlechtskrankheiten zusammengeschlossen hatten, forderte 1953 verbesserte Formulare, die in ganz Großbritannien ein einheitliches Design bekommen und so besser nachprüfbar werden sollten.³⁶⁰ Denn schon die *Contact-slips* der einzel-

³⁵⁶ PRO, MH 55/1358, Circular 5/48 on Venereal Diseases, 5. 1. 1948. In dem Rundschreiben hieß es dementsprechend: „There is nothing to prevent a Medical Officer at a venereal disease clinic asking patients under treatment about the suspected source of infection provided that it is made clear to patients that they need not give this information if they do not wish so. If the information is thus voluntarily given the patient should be asked whether he or she consents to the information being used for the purpose of approaching the person named as a contact and it should be explained that the patient's identity will not be disclosed to that person unless the patient also expresses willingness that the person named as a contact may be told who has given this information. The minister would recommend that where a patient gives one or both of the oral consents referred to above, the medical officer should make a dated note at the time, or immediately after the patient has left, recording the fact of the consent(s). It is desirable that a written record of this kind should be available in the event of any question subsequently arising as to whether such a consent had been given.“

³⁵⁷ PRO, MH 55/1358, Zusammenfassung zu Contact Tracing, 1948. Als *Almoner* wurden die Sozialarbeiter der Krankenhäuser bezeichnet.

³⁵⁸ Vgl. § 13 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten BGBl. I, 1953, S. 700; „Ein Arzt der eine Geschlechtskrankheit feststellt, ist verpflichtet, mit den ihm zur Verfügung stehenden und zumutbaren Mitteln zu versuchen, die mutmaßliche Ansteckungsquelle und die Personen zu ermitteln, auf die der Kranke die Geschlechtskrankheit übertragen haben könnte. Der Kranke hat den Arzt bei dieser Aufgabe zu unterstützen.“

³⁵⁹ PRO, MH 55/1358, Draft Contact Tracing von 1948.

³⁶⁰ Vgl. PRO, MH 55/1358, *British Federation against the Venereal Diseases* an McElligot, 13. 4. 1953; NICOL, *Recrudescence*; vgl. auch ausführlich zu dieser Vereinigung unten, S. 358.

nen Zentren waren ganz unterschiedlich gestaltet. Wenn sich ein infizierter Partner mit solch einem Zettel ein anderes VD-Centre aufsuchte, als dasjenige, an das sich sein Partner ursprünglich gewendet hatte, erhielt das erste Zentrum selten eine Rückmeldung. So war der Erfolg des *Contact Tracing* schwer nachzuprüfen. In den verschiedenen Verwaltungsbezirken verfuhr man zudem technisch ganz unterschiedlich und mit stark divergierendem Aufwand: Im Kreis West Riding hatte sich beispielsweise schon 1948, in Reaktion auf die Anweisung des Ministeriums, eine relativ erfolgreiche Prozedur etabliert.³⁶¹ Der dortige *Medical Officer* sandte an alle 17 Behandlungszentren in seinem Zuständigkeitsbereich Fragebogensvordrucke, in denen die Details über Patienten und deren Partner eingetragen werden konnten, soweit sie von den Patienten preisgegeben wurden. Eine Durchschrift blieb in den Zentren, das Original-Formular ging an den *Medical Officer*. Unter den *Health Visitors*, die bei den LHAs angestellt waren, gab es in vielen lokalen Gesundheitsbehörden einige mit einem zusätzlichen Training für die besonderen Probleme der Geschlechtskranken.³⁶² Diese wurden vom *Medical Officer* zu den Partnern der Kranken geschickt. Der *Health Visitor* händigte den Leuten dann ein Empfehlungsschreiben aus, mit dem sie in das nächstgelegene Behandlungszentrum gehen konnten. Dieses Modell hatte den Vorteil, daß die Ärzte und Helfer in den VD-Centres nicht mit Nachforschungen belastet wurden, aber dennoch ein effektives System aufgebaut und beim *Medical Officer of Health* eine verlässliche Statistik erstellt werden konnte. Von 1503 genannten Kontakten in den Jahren 1948–61 wurden 1414 aufgefunden und 1248 untersucht.³⁶³ Dieses Vorgehen wurde jedoch von anderen Bezirken und Kreisen nicht übernommen. Es hing also in erheblichem Maße vom Engagement des *Medical Officers* ab, ob solche Maßnahmen angewandt wurden.

Im *Treatment Centre* des *St. Bartholemew Hospital* in London wurde das *Contact Tracing* beispielsweise vom Behandlungszentrum selbst organisiert. Der Sozialbetreuer der Klinik oder der involvierte Arzt versuchten, Einzelheiten über die Partner des Patienten herauszufinden. Hier war der Erfolg deutlich geringer: von 190 männlichen Patienten bekamen 149 *Contact-slips*,³⁶⁴ 34 weibliche Partner wurden daraufhin untersucht, davon litten 29 an Gonor-

³⁶¹ BURGESS, S. 113.

³⁶² Vgl. zur Funktion des Health Visitors, die man noch am ehesten mit einer beim Gesundheitsamt angestellten Fürsorgerin vergleichen kann, Kapitel II, 2.2, den Abschnitt über öffentliches Gesundheitswesen in Großbritannien sowie im Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge den Abschnitt III, 4.4.3, da die Health Visitors in der Säuglingsvorsorge ihren Hauptarbeitsbereich hatten.

³⁶³ BURGESS, S. 113–4. In den Jahren 1948 bis 1961, in denen dieses Schema galt, hatte dieser Bezirk folgende statistische Ergebnisse zu verzeichnen: von den 1248 Personen, die ermittelt und untersucht wurden, waren 906 nicht infiziert, 31 befanden sich bereits in Behandlung und immerhin 311 konnten auf Grund der Bemühungen eine Behandlung aufnehmen.

³⁶⁴ Die anderen hatten sich wahrscheinlich kategorisch geweigert, überhaupt Auskunft über ihre Ansteckung zu geben.

rhöe. Die meisten der untersuchten weiblichen Partner waren die Ehefrauen oder festen Partner des Patienten; es gelang kaum, Zufallsbekanntschaften zu eruieren.³⁶⁵

In einer Umfrage von 1954 versuchte das Ministerium deswegen, diese Art der sozialmedizinischen Arbeit in den *VD-Centres* zu analysieren und zu verbessern. In den meisten Behandlungszentren arbeiteten nur für ein paar Stunden *Health Visitors* oder Sozialbetreuer von Krankenhäusern mit; sie schrieben die Patienten an, die ihre Behandlung abgebrochen hatten, oder besuchten Patienten, um deren Ansteckungsquelle herauszufinden. Die meisten *VD-Ambulanzen* hatten chronischen Personalmangel, da diese Arbeitsplätze nicht sehr beliebt waren.³⁶⁶ Die Untersuchung des Gesundheitsministeriums führte deshalb insgesamt zu äußerst divergierenden Ergebnissen: in manchen Behandlungszentren waren Sozialarbeiter bei allen Sprechstunden anwesend, in manchen besuchten sie nur die Sprechstunden für Frauen bzw. Männer. Lediglich bei einem Viertel der *VD-Centres* legten diese Sozialarbeiter Krankenblätter mit einer Krankengeschichte an, etwa in der Hälfte der Zentren kümmerten sie sich um die weitere Krankengeschichte und schrieben die Patienten an, um sie an Nachuntersuchungen zu erinnern. In einem Viertel der Zentren gab es auch Besuche der säumigen Patienten.³⁶⁷

In Peterborough hatte die regionale Krankenhausverwaltung einen Sozialbetreuer angestellt, der die Nachforschung nach Infektionsquellen betrieb und die Krankendaten aufnahm.³⁶⁸ In Bradford war die Sozialarbeiterin bei der Lokalverwaltung angestellt und arbeitete auch als *Health Visitor* für das *VD-Centre*. Sie konzentrierte sich vor allem auf die weiblichen Patienten, bei denen sie versuchte, ihr soziales Umfeld zu erhellen. Generell kümmerte sie sich um die säumigen Kranken (männlich wie weiblich), die ihre Behandlungen nicht fortführten, und bemühte sich, die Ansteckungsquellen herauszufinden. Im Bezirk Great Yarmouth arbeitete man mit dem Isolierkrankenhaus zusammen, das bei Bedarf die *Medical Officers* um Mithilfe bei Besuchen von nachlässigen Patienten sowie bei der Verfolgung von Infektionsquellen bat.³⁶⁹ Der

³⁶⁵ HAWORTH und NICOL, Tracing.

³⁶⁶ PRO, MH 55/1359, Inquiry into Medico-Social Work at Clinics for Venereal Diseases; Umfragebogen von Bradford vom 4. 10. 1954; vgl. auch Annual Report of the Central Health Services Council 1951, S. 53. Vgl. zum Personalmangel auch Well CMAC, SA/BMA/B115, J.A.Charles an Dr. E. Claxton, BMA, 30. 11. 1950.

³⁶⁷ PRO, MH 55/1358, Medico-social Work at VD Clinics. Summary of Findings from Questionnaire, März 1955.

³⁶⁸ PRO, MH 55/1358, Dr. George Nisbet, County Medical Officer Peterborough an Dr. Todd White, Ministry of Health, 24. 8. 1954.

³⁶⁹ PRO, MH 55/1359, Inquiry into Medico-Social Work at Clinics for Venereal Diseases; Umfragebogen von Bradford vom 4. 10. 1954; PRO, MH 55/1358, K.J. Grant, Medical Officer of Health County Borough of Great Yarmouth, an Dr. Murphy, Ministry of Health, 18. 8. 1954.

County Medical Officer des Bezirks Essex bezeichnete die Zustände in seinem Bereich als unzureichend:

You will see that the arrangements in this matter are far from satisfactory and that there would appear to be a need for more definite social work to be undertaken both in regard to defaulters and the follow-up of contacts.³⁷⁰

Die Sozialarbeit bestand in den meisten VD-Ambulanzen also vor allem aus der Nachforschung nach den Kontakten der Kranken. Daß dies durchaus nicht einer idealen Betreuung der Patienten entsprach, wurde vom Gesundheitsministerium bereits 1953 gesehen.³⁷¹ Auch die *British Medical Association* unterstützte diese Bemühungen; Sozialarbeit sollte integraler Bestandteil der Geschlechtskrankheitenbekämpfung werden.³⁷² Dennoch schuf das Gesundheitsministerium keine Vorgaben für ein einheitliches Vorgehen beim *Contact Tracing*; dies blieb weitgehend dem Engagement der lokalen Verantwortlichen überlassen: In den einzelnen Lokalverwaltungen sollten die *Medical Officer of Health* zusammen mit dort ansässigen Venerologen Vorgaben für ein effektives, schnelles Vorgehen entwickeln. Als besonders wichtig wurde vom Ministerium die enge Zusammenarbeit zwischen den Fachärzten, den Behandlungszentren und den örtlichen Gesundheitsbehörden erachtet.³⁷³

Gegen Prostituierte als potentielle Infektionsquellen gab es in Großbritannien im Gegensatz zur Bundesrepublik keine gesonderten gesundheitspolitischen Maßnahmen des Gesundheitsministeriums: Geschlechtskranke Prostituierte unterlagen keiner Zwangsbehandlung; die Prostituierten wurden weiterhin nicht registriert. Während in der Bundesrepublik die Überwachung, Reglementierung und Zwangsbehandlung der Prostituierten und „hwG-Personen“ weiterhin eines der wichtigsten Mittel bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten blieb, hielt man in Großbritannien zwar die zunehmende Promiskuität und die Prostitution durchaus für eine große Gefahr bei der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, ging das Problem aber nicht über medizinische und gesundheitspolitische Kontrolle an.³⁷⁴ Allerdings wurde vor allem in der medizinischen Fachliteratur das „Reservoir“ an unentdeckter, unspezifischer Gonorrhöe, das man bei den Prostituierten und den *Amateurs* vermutete, als Hauptinfektionsquelle für diese Krankheit gesehen.³⁷⁵ In verschiedenen medizinischen Untersuchungen wurde zwar zugestanden, daß die Prostituierten auf

³⁷⁰ PRO, MH 55/1358, Kenneth Cowan, County Medical Officer Essex, an Dr. Todd White, Ministry of Health, 20. August 1954.

³⁷¹ Ministry of Health, On the State of Public Health 1952, S. 70. In diesem Bericht hieß es: „The necessity for social work in venereal diseases clinics is recognised and it should be appreciated that this does not begin and end with the tracing of contacts and defaulters from treatment.“

³⁷² PRO, MH 55/1358, Venereal Disease, Statement approved by the Council of the British Medical Association, May 1954.

³⁷³ Ministry of Health, On the State of Public Health 1955, S. 67.

³⁷⁴ ROLPH, Women, S. 93.

³⁷⁵ NICOL, Aspects, S. 33–4, WILLCOX, Prostitution, S. 42.

dem Land nur wenig zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten beitrugen, in den großen Städten und insbesondere den Hafenstädten schätzten die Ärzte und Gesundheitspolitiker ihre Rolle aber als sehr wichtig ein. Soziologisch ausgerichtete Untersuchungen widersprachen zwar diesen Einschätzungen und wiesen vor allem auf eine wachsende Promiskuität in der ganzen Gesellschaft hin.³⁷⁶ In der offiziellen Stellungnahme des Ministerium wurde aber dennoch der Fokus stark auf die Prostituierten und die „heimliche Prostitution“ gerichtet. Beikommen wollte man dem Problem der Prostituierten als Infektionsträger weiterhin mit dem niedrigschwelligen Behandlungsangebot der *VD-Centres*. In einem Report des Gesundheitsministeriums von 1954 hieß es:

In the great cities, especially in London, the prostitute is inevitably responsible for the spread of much infection. In whatever manner this age-old problem is to be tackled, one thing is certain, that the doors of the clinics must be kept wide open for her and, once a patient, she must be treated with particular kindness and consideration if any impression at all is to be made on her social as well as her physical sickness.³⁷⁷

Insbesondere bei der Verbreitung der Gonorrhöe wurde neben der Prostituierten die „promiskue Frau“, die Gonorrhöe ohne Symptome hatte, als der wichtigste Infektionsherd für die Verbreitung der Krankheit gesehen.³⁷⁸ Studien, die zeigten, daß auch Männer nach Penicillin- oder Sulfonamidbehandlung beschwerdefreie Träger der Gonorrhöe sein konnten, wurden offenbar von offizieller Seite kaum wahrgenommen.³⁷⁹ Obwohl die Statistiken stets höhere Zahlen für geschlechtskranke Männer als für Frauen auswiesen, verkehrte sie sogar der medizinische Berater des *Central Councils for Health Education* in seiner Interpretation ins Gegenteil:

The official figures of the Ministry of Health consistently show the greater incidence of both syphilis and gonorrhoea in males than in females. There is little doubt, however, that more infected women than men are unaware that they have contracted venereal disease, and it is possible that even when they have reason to suspect that they are infected they are more loath to seek advice and treatment. This is strikingly borne out by the figures for cases dealt with for the first time at any clinic during 1946 which show that whereas the ratio of gonorrhea to syphilis in the male is 2:6, in the female is roughly 1:1. It is therefore probable that the promiscuous female is a greater source of danger than the promiscuous male.³⁸⁰

Den Klienten der Prostituierten und den promiskuen Männern wurde als Verbreiter von Geschlechtskrankheiten wenig Aufmerksamkeit gewidmet.³⁸¹

³⁷⁶ LAIRD, Prostitution; vgl. für eine kritischere Betrachtung des Problems ROLPH, Women, S. 93.

³⁷⁷ Ministry of Health, On the State of Public Health 1954, S. 67.

³⁷⁸ Ministry of Health, On the State of Public Health 1956, S. 66. Vgl. ebenso CHURCH OF ENGLAND MORAL WELFARE COUNCIL, Sexual Offenders and Social Punishment, 1956.

³⁷⁹ BITTNER und HORNE, Male Gonorrhea Carrier, S. 155–9.

³⁸⁰ SUTHERLAND, Factors, S. 4.

³⁸¹ GIBBENS und SILBERMAN, Clients, S. 113–7. Diese Untersuchung, eine der wenigen über diese „Problemgruppe“ sparte den Aspekt der Infektionsquelle fast gänzlich aus und erwähnte lediglich das Risiko der Ehefrauen, sich von diesen Männern zu infizieren.

Obwohl also in Großbritannien ähnliche Ursachen für die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten wie in Deutschland identifiziert wurden, waren die Maßnahmen ganz unterschiedlich ausgerichtet. Die Prostitution wurde in Großbritannien von offizieller Seite wie auch in der Öffentlichkeit vor allem als moralisches Problem und öffentliches Ärgernis eingeschätzt. In der medizinischen Fachpresse und von Ärzten der *VD-Centres* wurden mitunter gesundheitspolitische Maßnahmen angemahnt. Die Presse beklagte in den 1950er Jahren im Hinblick auf die Prostitution den Niedergang moralischer Standards. Damals war eine starke Zunahme der sogenannten *Street Offences* zu verzeichnen, also der Anzeigen wegen Belästigung durch Prostituierte. Dies lag nur teilweise an der tatsächlichen Zunahme der Zwischenfälle, hauptsächlich eher am wachsenden Ehrgeiz der Polizei. Gerade auf den Straßen waren die Prostituierten stärker sichtbar und wahrnehmbar geworden. Insbesondere in London entwickelte sich die Straßenprostitution in den 1950er Jahren zu einem ständigen Stein des Anstoßes; die Presse verwies auf den schlechten Eindruck, den London dadurch international mache.³⁸² Dies fiel gerade im Jahr der Krönung von Elizabeth II. auf, als sich viele ausländische Besucher in London aufhielten. Die Polizei in London versuchte, schärfer gegen Prostituierte vorzugehen, die aber offiziell nur festgenommen werden konnten, wenn sie Passanten belästigten. Die Höchststrafe, die Prostituierte damals aufgrund von Belästigungen drohte, war ein relativ niedriger Geldbetrag.³⁸³ Diese eingeschränkten Möglichkeiten der Ordnungskräfte gegenüber den Prostituierten wurden allgemein kritisiert.³⁸⁴ Gleichzeitig wurde der Polizei damals vorgeworfen, Prostituierte immer wieder willkürlich zu verhaften: Im Jahr 1953 kam es in der *West End Central Division* der Londoner Polizei zu 6829 Festnahmen von insgesamt 808 Prostituierten, manche wurden bis zu 27mal festgehalten.³⁸⁵ Bilder der flanierenden Straßenprostituierten gehörten dennoch zum London der 1950er Jahre. Berichte über die Straßenmädchen in London entbehrten nicht einer voyeuristischen Aufgeregtheit:

The girls start the evening well spaced out along the recognized trade-routes – the half-lit streets behind Piccadilly or Leicester Square, around the maze of Shepherd's Market and in the purlieu of Paddington. It is only later on, when they have taken a customer or two,

³⁸² WEEKS, Sex, S. 239–40; WOLFENDEN, Turning Points, S. 130; LESLEY A. HALL, Sex, S. 161.

³⁸³ Report of the Committee on Homosexual Offences and Prostitution (im folgenden zitiert als Wolfenden Report), S. 91–2; LAIRD, Prostitution, S. 183; WOLFENDEN, Turning Points, S. 130. Die Prostituierten zahlten beispielsweise 1957 lediglich 40 Schilling, ein Betrag, der von ihnen leicht in die Preise für die Kunden einkalkuliert werden konnte.

³⁸⁴ FABIAN, London, S. 76; LAIRD, Prostitution, S. 183; CHESSER, Live, S. 99–100. Auch einige Ärzte aus VD-Zentren äußerten sich kritisch zu den geringen Eingriffsmöglichkeiten. Der Leiter eines VD-Departments in Manchester machte die beispielsweise unbefriedigende rechtliche Lage verantwortlich für die hohen Ansteckungsraten durch Prostituierte und befürwortete ein harscheres Vorgehen der Polizei, die wiederum mit den VD-Centres enger zusammenarbeiten sollte.

³⁸⁵ Wolfenden Report, S. 91; vgl. auch LESLEY A. HALL, Sex, S. 161.

and are becoming careless, or when they have had no luck at all and are becoming sulky, that they congregate in twos and threes for a triumphant or embittered gossip. They are as hard as nails.³⁸⁶

Nicht nur London, sondern auch die Zentren anderer größerer Städte in England galten in den 1950er Jahren geradezu als Paradeplatz für Prostituierte.³⁸⁷ Die öffentliche Diskussion dieser Zustände veranlaßte schließlich die Regierung Churchill, 1954 ein Komitee einzusetzen, das sich mit dem Problem der Prostitution und der Homosexualität befassen sollte.³⁸⁸ Das nach seinem Vorsitzenden John Wolfenden benannte *Wolfenden Committee* veröffentlichte seinen Bericht 1957. Der *Wolfenden Report* forderte beim Umgang mit Homosexualität eine stärkere Liberalisierung,³⁸⁹ und empfahl zwar keine grundsätzliche Verschärfung der Gesetze gegen Prostitution, aber wegen der ständigen Vorfälle und Probleme eine schärfere Gesetzgebung gegen die Straßenprostitution.³⁹⁰ In der Zusammenfassung der Ergebnisse wurde die Straßenprostitution als zu bekämpfendes Übel benannt:

From the evidence we have received there is no doubt that the aspect of prostitution which causes the greatest public concern at the present time is the presence and the visible and obvious presence, of prostitutes in considerable number in the public streets of some parts of London and of a few provincial towns. It has indeed been suggested to us that in this respect some of the streets of London are without parallel in the capital cities of other civilised countries.³⁹¹

Generell stellte sich das Komitee auf den Standpunkt, daß sich ein neues Gesetz nicht um private Moralvorstellungen oder ethische Sanktionen zu kümmern habe. Das *Wolfenden Committee* beschäftigte sich deswegen nicht mit dem Problem der Prostitution selbst, sondern mit der Art und Weise, wie Prostituierte ihren Aktivitäten nachgingen und inwiefern sie dabei öffentliches Ärgernis auslösten und normale Bürger belästigten.³⁹² Man sah hier im englischen Recht deutliche Mängel: Das Gremium forderte deswegen, die Gesetze dahingehend zu ändern, daß die Polizei Prostituierte auf der Straße auch ohne die Beschwerde eines Passanten festnehmen und die Frauen zu wesentlich höheren Geldbußen bei Straßenprostitution verurteilt werden könnten.³⁹³ Eine Einrichtung von Bordellen wurde dagegen scharf abgelehnt. Das Komitee wollte also auf keinen Fall eine erneute Reglementierung der Prostitution, sondern

³⁸⁶ FABIAN, London, S. 68. vgl. auch HALL und PORTER, Facts, S. 244–5 (Fotos).

³⁸⁷ MORTON, Geschlechtskrankheiten, S. 112 (erstmal 1966 erschienen unter dem Titel „Venereal Diseases“); Vgl. auch CHESSEY, Live, S. 101–2.

³⁸⁸ Wolfenden Report, S. 81.

³⁸⁹ Vgl. zum Problem der Homosexualität im Wolfenden Report S. 383 ff.

³⁹⁰ LESLEY A. HALL, Sex, S. 161; CHESSEY, Live, S. 96.

³⁹¹ Wolfenden Report, S. 81.

³⁹² Wolfenden Report, S. 80.

³⁹³ Wolfenden Report, S. 116.

vielmehr eine Verdrängung aus dem öffentlichen Raum in die Privatsphäre erreichen.³⁹⁴

Die Ratschläge des *Wolfenden Report* wurden zwar von Frauenorganisationen heftig kritisiert, da sie sich nur gegen Prostituierte, nicht aber gegen deren männliche Kunden richteten. Letztlich trafen sie aber auf starke öffentliche Zustimmung, so daß sie schon relativ bald in ein Gesetz, den 1959 erlassenen *Street Offences Act*, mündeten.³⁹⁵ Die Geldbußen wurden damit erhöht; Prostituierte konnten zu Haftstrafen verurteilt werden, wenn sie auf der Straße aufgegriffen wurden. Die Prostitution wurde so weitgehend von der Straße verdrängt und verlagerte sich in Lokale und Cafés als Treffpunkte.³⁹⁶ Das Call-girl-System breitete sich aus. Noch im selben Jahr, 1959, wurde beispielsweise ein sogenanntes *Ladies Directory* gedruckt, in dem die Telefonnummern von Prostituierten aufgeführt waren.³⁹⁷ Das *Wolfenden Committee* selbst hatte es für wahrscheinlich gehalten, daß sich auf Grund seiner Empfehlungen das Call-girl-System durchsetzen würde, und hielt das für wesentlich tolerabler als die Fortführung der Straßenprostitution.

In short, therefore, we feel that the possible consequences of clearing the streets are less harmful than the constant public parading of the prostitute's wares. We do not feel that this is 'mere hypocrisy' to say this.³⁹⁸

Dieses schärfere Vorgehen gegen die Straßenprostitution wurde dagegen nicht mit gleichzeitigen Zwangseinweisungen der Prostituierten bzw. Amateur-Prostituierten in die *VD-Centres* verbunden, obwohl dies von einigen *Medical Officers* und Leitern von Behandlungszentren gefordert worden war.³⁹⁹ Im Gegensatz zur Bundesrepublik galt in Großbritannien die Prostitution vorwiegend als moralisches Problem und öffentliches Ärgernis. Die Geschlechtskrankheitenbekämpfung nahm man eher als davon getrenntes Themenfeld wahr.

Mit der Verdrängung von der Straße waren beide Gruppen, die Prostituierten wie auch die Gelegenheitsprostituierten, aus gesundheitspolitischer Sicht noch schlechter erfaßbar und kontrollierbar. Wenn diese Frauen nun ihre Tätigkeit im privaten Bereich ausübten, wurden sie noch seltener aktenkundig als Straßenprostituierte und waren so amtlichen Stellen oft gänzlich unbekannt. In der Fachdiskussion wurde dies bemängelt. Gleichzeitig richtete sich das Augenmerk Ende der 1950er Jahre mehr auf die *Amateurs*, also die promisküösen, meist jungen Frauen. Zeitgenössische soziologische Untersuchungen über Prostitution sahen vor allem diese Gruppe als Infektionsquelle für Ge-

³⁹⁴ Wolfenden Report, S. 97.

³⁹⁵ WOLFENDEN, *Turning Points*, S. 142–3; vgl. auch WEEKS, *Sex*, S. 240; FERRIS, *Sex*, S. 220; MORTON, *Geschlechtskrankheiten*, S. 112.

³⁹⁶ MORTON, *Geschlechtskrankheiten*, S. 112.

³⁹⁷ FERRIS, *Sex*, S. 224.

³⁹⁸ Wolfenden Report, S. 96–7.

³⁹⁹ LAIRD, *Prostitution*, S. 183.

schlechtskrankheiten. Viele professionelle Prostituierte gingen regelmäßig in die *VD-Centres*, um sich auf Geschlechtskrankheiten untersuchen zu lassen, auch wenn sie die Behandlung nicht immer zu Ende führten. Die Zahl der Frauen, die sich auf diese Weise freiwillig kontrollieren ließen, stieg während der 1950er Jahre.⁴⁰⁰ Unter den Prostituierten, die sich selbst für *Professional Girls* hielten, herrschte ebenfalls die Meinung, daß die anderen, die *Amateurs*, die Kranken seien. Eine Prostituierte wird zitiert: „It is not us who spread disease, it's those silly girls we call 'messers' who go in taxis and in the parks they can never get a wash. Most professional girls use about three bottles of Dettol a week.“⁴⁰¹ Aussagekräftige Untersuchungen oder Erhebungen wurden zu diesem Problembereich jedoch nicht durchgeführt.

Während Zwangsmaßnahmen im britischen System keine große Anhänger-schaft fanden, versuchte man von Seiten des Gesundheitsministeriums, Aufklärung und Propaganda zu verstärken. Diese Arbeit hatte unter dem NHS weiterhin das 1927 gegründete *Central Council for Health Education* (CCHE) inne, das diese Arbeit während des Krieges 1942 übernommen hatte.⁴⁰² Auch nach Kriegsende hatte man den LHAs weiterhin die Poster aus den großen Aufklärungskampagnen des Zweiten Weltkriegs zur Verfügung gestellt. Das CCHE arrangierte für lokalen Gesundheitsbehörden zudem Vorträge zur Weiterbildung für Lehrer und Jugendleiter und Aufklärungsveranstaltungen für Jugendliche.⁴⁰³ Auch das Gesundheitsministerium selbst produzierte Aufklärungsmaterial wie Poster und Handzettel. Die Umsetzung dieser Propagandaaktionen blieb den örtlichen Gesundheitsbehörden überlassen und letztlich hing es sehr stark vom Einzelengagement der LHA ab, wie in diesem Bereich gearbeitet wurde.⁴⁰⁴

Anfang der 1950er Jahre wurden dann lediglich kleinere Aktionen gestartet, da die Geschlechtskrankenzahlen deutlich zurückgingen. Auf Pressekampagnen wollte das Gesundheitsministerium wegen des geringen Ausmaßes der Krankheiten sowie der angespannten Finanzlage des Staates ganz verzichten.⁴⁰⁵ Deswegen konzentrierte man sich vor allem auf Poster, die über Geschlechtskrankheiten aufklärten und auf die nächste erreichbare VD-Ambulanz hinwiesen. Allerdings durften diese Poster auf Grund des *Indecent Advertisment Act* nur in öffentlichen Toiletten aufgehängt werden, was ihre Reichweite stark einschränkte. Vor allem Frauen, die deutlich seltener als Männer öffentliche Bedürfnisanstalten aufsuchten, lasen somit diese Poster nur selten.⁴⁰⁶ In den

⁴⁰⁰ ROLPH, Women, S. 93–4; Ministry of Health, On the State of Public Health 1957, S. 65.

⁴⁰¹ ROLPH, Women, S. 93–4. Dettol war ein verbreitetes Desinfektionsmittel.

⁴⁰² NICOL, Federation, S. 170; vgl. hierzu auch oben, ab S. 315.

⁴⁰³ Annual Report of the Central Health Services Council 1947, S. 65.

⁴⁰⁴ PRO, MH 55/2323, Note by the Department, Venereal Disease, für das Standing Medical Advisory Committee, 1961.

⁴⁰⁵ PRO, MH 55/933, Ministry of Health an Local Authorities, Draft, July 1953.

⁴⁰⁶ Der Indecent Advertisment Act, der das öffentliche Aushängen „unanständiger“ Werbung

Posterkampagnen von 1950 war der moralische Impetus sowie der starke Bezug auf das Familienideal, mit dem in England das Thema Geschlechtskrankheiten bereits in den 1920er Jahren angegangen worden war, noch deutlich zu spüren.⁴⁰⁷ Ein Poster von 1950 trug den Text: „Syphilis and gonorrhea are homebreakers bringing suspicion and danger to family life. Clean living is the real safeguard.“⁴⁰⁸ Obwohl nun mit Penicillin die Krankheit gut heilbar und auch die Gefahr einer Übertragung von der Mutter auf das Kind dadurch gering war, rekurrierte man nach wie vor auf die verhängnisvollen Folgen für die Moral und Gesundheit der Familie und stellte ein „sauberes“, also nicht promisküöses Leben als einzig wahre Form der Prophylaxe dar. Man wollte die abschreckende Wirkung der Geschlechtskrankheiten keineswegs aufheben. Dies geht auch aus dem Design der damaligen Poster hervor, wie auf der nächsten Seite abgebildet: Zwischen dem Bild eines hübschen jungen Paares und dem Bild eines lächelnden Babys wurden die beiden dunklen Buchstaben VD mit einer ominösen Hand abgebildet, die offenbar die wenig schönen Erscheinungsformen einer Geschlechtskrankheit verdecken sollte. VD stand dem Glück des Paares – dem Kind – im Wege.

In Großbritannien ging ebenso wie in der Bundesrepublik Deutschland und anderen Ländern die Furcht um, daß mit dem neuen Medikament Penicillin die letzte Abschreckung vor Promiskuität verschwinden würde. Diese Meinung wurde wiederholt sowohl von Regierungsvertretern als auch Ärzten in den 1950er Jahren bekräftigt.⁴⁰⁹ Untersuchungen wie der amerikanische *Kinsey-Report*, die das tatsächliche Sexualverhalten der Bevölkerung untersuchten, wurden deswegen von offizieller Seite in Großbritannien sehr argwöhnisch betrachtet.⁴¹⁰ Eine relativ große sexuelle Freizügigkeit verheirateter Frauen zu konstatieren, entsprach im Großbritannien der 1950er Jahre nicht dem öffentlichen Moralkodex.⁴¹¹

Trotz der weiterhin auf das christliche und puritanische Bild der Ehe und Familie konzentrierten Haltung des *Ministry of Health* und des CCHE wollte man den moralischen Standpunkt in den Posterkampagnen gegen VD nicht mehr zu deutlich herausstreichen: „The moral approach does not come happily from a Government Department“,⁴¹² hieß es in einer Notiz des Ministe-

und damit auch dieser Poster verbot, wurde erst im Mai 1970 geändert. Vgl. SCHOFIELD, *Promiscuity*, S. 165.

⁴⁰⁷ Vgl. DAVENPORT-HINES, *Sex*, S. 273.

⁴⁰⁸ PRO, MH 55/933, Text eines Posters, das seit 1950 im Auftrag des Ministry of Health gedruckt wurde.

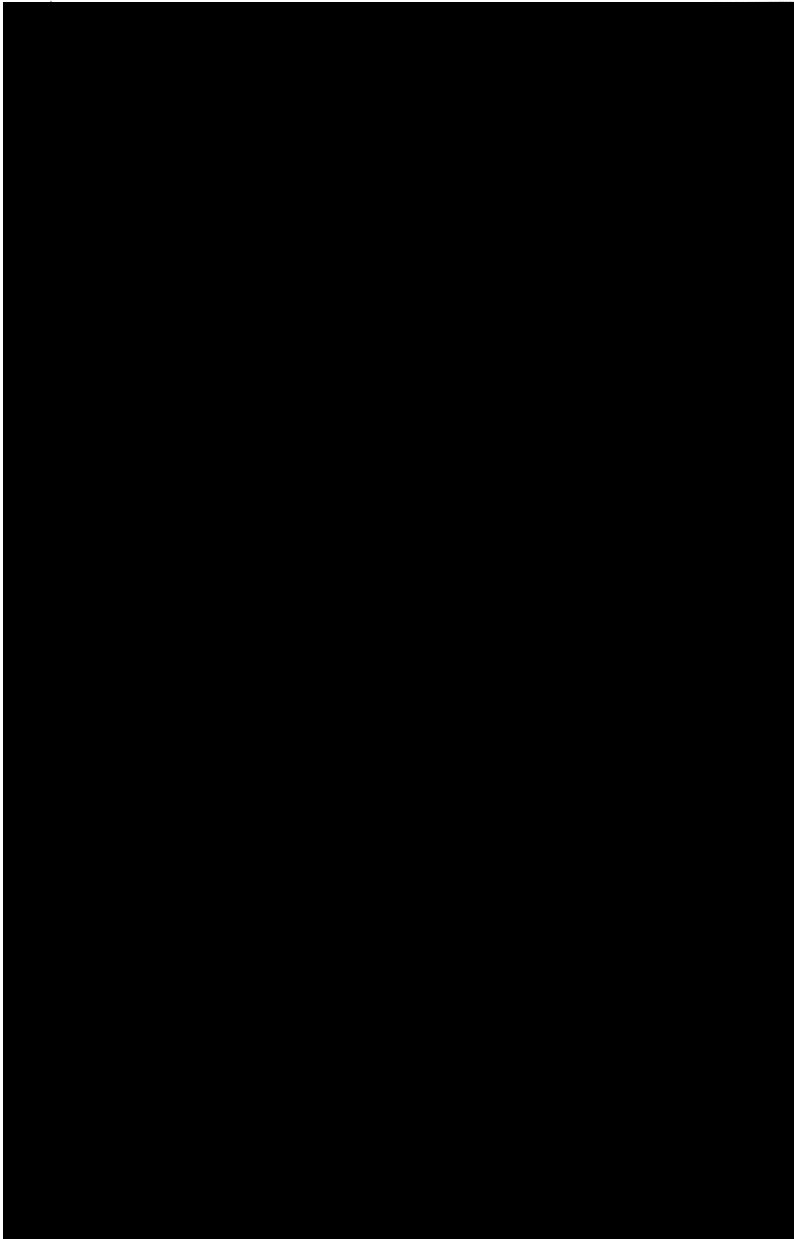
⁴⁰⁹ Vgl. DAVENPORT-HINES, *Sex*, S. 274.

⁴¹⁰ LESLEY A. HALL, *Sex*, S. 148. Lesley Hall verweist allerdings darauf, daß in Großbritannien bereits 1949 eine Umfrage der Mass Observation (der sogenannte „Little Kinsey“) durchgeführt wurde, die zeigte, daß sich die Moralvorstellungen auch hier deutlich gewandelt hatten.

⁴¹¹ LESLEY A. HALL, *Sex*, S. 156–7.

⁴¹² Zitiert nach DAVENPORT-HINES, *Sex*, S. 273.

Abbildung 7: Poster „VD need not infect an unborn baby“⁴¹³



⁴¹³ PRO, MH 55/ 933, Poster: „VD need not infect an unborn baby“, von 1951.

riums. Auf die Aussage „VD can be cured if treated early“ sollten sich die Kampagnen nun stärker stützen, was die Verantwortlichen im Gesundheitsministerium als „nice combination of hope and warning“ bezeichneten.⁴¹⁴ Diese eher pragmatische Herangehensweise spiegelt sich ebenfalls in den Postertexten. Die Kampagnen zielten stärker auf eine gründliche Information. Hauptziel war es, die Kranken möglichst schnell und effektiv zu behandeln; es wurde nun stets darauf hingewiesen, daß man auch einfach vorbeugend in die Zentren gehen und sich beraten lassen konnte.⁴¹⁵ Der in den 1920er Jahren wesentlich stärkere moralische Impetus bei der Aufklärung über Geschlechtskrankheiten unter dem *British Social Hygiene Council* war in der Nachkriegszeit unter dem NHS, der nun auch die Gesundheitserziehung und -propaganda koordinierte, einem etwas größeren Pragmatismus gewichen.⁴¹⁶

Durch die Organisation über die Zentralstelle des CCHE, aber auch durch die Art der Behandlung gestaltete sich staatliche Propaganda in Großbritannien einfacher als in der Bundesrepublik Deutschland. Da die Zentren von staatlichen Geldern unterhalten wurden, konnte in den Posterkampagnen und auf anderen Werbemitteln, die die Gefährlichkeit von Geschlechtskrankheiten thematisierten, selbstverständlich auf die Behandlungsmöglichkeit in den *VD-Centres* hingewiesen und deren Adressen angegeben werden.⁴¹⁷ Wenn ein Patient beunruhigt war, konnte er also – zumindest theoretisch – durch die Hinweise auf den Postern und die darauf abgebildeten Adressen der VD-Ambulanzen direkt Hilfe erlangen. Das Problem in Großbritannien blieb die von Prüderie bestimmte Gesetzeslage, die ein öffentliches Ausstellen von Postern weitgehend verbot. Anders in der Bundesrepublik Deutschland – hier konnte der Staat kaum Reklame für eine Behandlung bei niedergelassenen Ärzten machen und auf deren Adressen hinweisen. So wurden in der Bundesrepublik schon durch die strukturellen Probleme staatliche Kampagnen erschwert.

Aufklärung und Propaganda wurden also im Großbritannien der Nachkriegszeit weitgehend vom Gesundheitsministerium gesteuert. Dennoch glaubten Angehörige verschiedener nicht-staatlicher Organisationen, daß noch andere Aspekte bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten berücksichtigt werden müßten und gründeten 1951 die *British Federation against the Venereal Diseases*.⁴¹⁸ Dieser Verein wollte vor allem den Kontakt zu internatio-

⁴¹⁴ PRO, MH 55/933, Heald an Godber, 1952.

⁴¹⁵ PRO, MH 55/933, Ministry of Health an County Councils, County Borough Councils, Borough Councils, Rural District Councils etc., 1952.

⁴¹⁶ PRO, MH 55/933, Ministry of Health to all Local Authorities, Draft, Juli 1953. Neben Postern verteilte das CCHE auch kleine Broschüren an die Local Health Authorities, die über Geschlechtskrankheiten aufklärten und in denen ebenfalls die Adressen der nächsten VD-Clinic eingefügt werden konnten.

⁴¹⁷ PRO, MH 55/933, Ministry of Health an County Councils, County Borough Councils, Borough Councils, Urban District Councils, Rural District Councils, Common Council of the City of London, 1952.

⁴¹⁸ Formation of a New British Anti-V.D.Organization, S. 99–100. Dem neugegründeten

nen Organisationen pflegen, aber auch grundsätzlich die Forschung unterstützen und für Aufklärung sorgen. Die Aktivitäten in den folgenden Jahren konzentrierten sich dementsprechend vor allem auf Vorträge, Beratung des CCHE, Begleitung und Auswertung von Umfragen und Unterstützung von wissenschaftlichen Untersuchungen, z.B. der *British Cooperative Clinical Group*, einem Zusammenschluß von Ärzten, die klinische Studien betrieben.⁴¹⁹ Daneben gab es die fachwissenschaftliche Vereinigung, die *Medical Society for the Study of Venereal Diseases*, die weiterhin das *British Journal of Venereal Diseases* herausgab. So hatte sich das Verhältnis zu Deutschland umgekehrt: Während in den 1920er Jahren die DGBG und auch die Beratungsstellen Aufklärung und Propaganda wesentlich engagierter als ihr britisches Gegenüber betrieben, waren in den 1950er Jahren sowohl die staatliche Seite wie auch die Verbände und Vereine auf diesem Gebiet in Großbritannien wesentlich aktiver.

Die Praxis der Behandlung änderte sich auch in Großbritannien durch das neue Medikament Penicillin erheblich. Hier stieg man bei Gonorrhöe sehr schnell auf Penicillin um; bereits 1945 wurde dieser Wirkstoff in den Zentren weitgehend verwendet.⁴²⁰ Die Gonorrhöekranken Patienten erhielten zunächst mehrere Injektionen, seit 1946 dann eine einmalige Penicillinspritze, womit diese Krankheit in den meisten Fällen geheilt war. Empfohl das Gesundheitsministerium 1945 noch eine sechsmonatige Überwachung der Patienten, wurde diese Empfehlung 1948 auf vier Monate verkürzt. Mit der Nachkontrolle wollte man vor allem verhindern, daß durch die Penicillinbehandlung der Gonorrhöe eine Syphilisinfektion vertuscht wurde.⁴²¹ Da die Symptome gerade bei Gonorrhöe durch die Penicillingaben sehr schnell verschwanden, kamen die Kranken nicht mehr zu den zahlreichen Nachuntersuchungen in die Zentren und einige liefen so Gefahr, Krankheiten zu verschleppen.⁴²² Dies war jedoch nur ein geringfügiges Problem im Vergleich zu den enormen Heilerfolgen, die man bei Gonorrhöe mit dem neuen Medikament erzielte.

Frühsyphilis behandelten die Venerologen nun ebenfalls mit Penicillin, ebenso Schwangere, um das Übergreifen der Erreger auf das Kind zu verhin-

Dachverein gehörten entweder folgende Vereine ganz oder Mitglieder dieser Vereine an: Association for Moral and Social Hygiene, Apostleship of the Sea, British Medical Association, British Social Biology Council, Central Council for Health Education, Church of England Moral Welfare Council, Institute of Almoners, Invalid Children's Aid Association, Medical Society for the Study of Venereal Diseases, Missions to Seamen, National Association for Maternal and Child Welfare, National Association of Probation Officers, National Council of Women, Royal College of Nursing, und das Scottish Council for Health Education. Vgl. NICOL, Federation, S. 170.

⁴¹⁹ NICOL, Federation, S. 124–5.

⁴²⁰ Annual Report of the Central Health Services Council 1948, S. 64.

⁴²¹ MACFARLANE, Gonorrhea, S. 69.

⁴²² Annual Report of the Central Health Services Council 1948, S. 64; MACFARLANE, Gonorrhea, S. 71.

dern. Rückfälle bei einer vollständig durchgeführten Penicillinbehandlung mit Syphilis wurden selten beobachtet.⁴²³ Viele Ärzte wollten jedoch die lang etablierte Wismut/Salvarsan-Therapie noch nicht völlig aufgeben. Normalerweise erhielt ein Syphiliskranker Ende der 1940er/Anfang der 1950er Jahre fünf bis zwölf Penicillinspritzen, zusätzlich eine Kur mit Arsenpräparaten und Wismut. Manche Patienten begannen die Syphilisbehandlung mit einem kurzen Klinikaufenthalt, bei dem sie die Penicillintherapie mit rasch nacheinander folgenden Injektionen absolvierten. Die meisten Patienten kamen jedoch von Anfang an täglich zur ambulanten Behandlung; später wurde nur noch zweimal wöchentlich Arsen-Wismuth gegeben. Bei dieser Art der Therapie bedurfte es einer großen Disziplin des Patienten, so daß manche der Syphiliskranken ihre Behandlung zu früh abbrachen. Im Gegensatz zur Gonorrhöe, die meistens mit der einmaligen Penicillingabe geheilt war, kam es deswegen etwas öfter zu Rückfällen. Bei einer Erhebung über 161 männliche Syphilispatienten brachen 17 Prozent den ersten Teil der Therapie ab, von den Übriggebliebenen 16 Prozent den zweiten Teil der Behandlung.⁴²⁴ Der Arzt, der diese Erhebung durchführte, empfahl zur Verbesserung der Ergebnisse aber keine Zwangseinweisung der säumigen Patienten; vielmehr hieß es zusammenfassend:

it cannot be too strongly impressed that the adoption of an attitude of cynical pessimism is to be condemned. In the face of such realism it is important to preserve an idealistic attitude, and to maintain the highest professional and ethical standards. There is no doubt that the successful handling of all the problems associated with default depends to a great extent on the personality, and especially on the patience, of the medical and social staff.⁴²⁵

Das Konzept der Freiwilligkeit und des niedrigschwelligen Angebots schien in Großbritannien grundsätzlich akzeptiert zu sein und wurde auch bei Mißerfolgen, also bei Abbruch der Therapien und Rückfällen, nicht angezweifelt. Der neue Wirkstoff Penicillin setzte sich rascher als in Deutschland durch, zum einen, weil er leichter verfügbar war, zum anderen, weil durch die zentrale Organisation der Behandlungszentren Anweisungen des Ministeriums hinsichtlich einer einheitlichen Behandlung schneller gegeben und befolgt werden konnten.

Während der Besuch der *VD-Centres* kostenfrei war, konnte man sich statt dessen auch gegen Entgelt bei Ärzten mit Privatpraxis behandeln lassen. Dies wurde gerade bei Gonorrhöe sowohl für die Patienten als auch für die Ärzte populärer. Die Ärzte mußten sich nicht mehr mit zeitraubenden und langwierigen Behandlungen der Genitalien aufhalten, sondern konnten mit „sauberen“ Penicillinspritzen die Krankheit kurieren.⁴²⁶ Patienten, die es sich leisten konnten, wollten wohl das Warten und die Gesellschaft der anderen Geschlechtskranken in den Behandlungszentren vermeiden und ließen sich deshalb, wie

⁴²³ LEES und WATT, *Treatment*, S. 176.

⁴²⁴ HORNE, *Male Defaulter*, S. 164–5.

⁴²⁵ HORNE, *Male Defaulter*, S. 171.

⁴²⁶ *Annual Report of the Central Health Services Council* 1949, S. 59.

eine Untersuchung der BMA Mitte der 1950er Jahre ergeben hatte, privat bei niedergelassenen Spezialisten behandeln. Insgesamt war aber die Zahl der privat behandelten Patienten im Unterschied zu den in den *Treatment Centres* therapierten gering.⁴²⁷

Gleichzeitig kamen viele Patienten in den 1950er Jahren zu den *VD-Centres*, obwohl sie gar nicht an einer Geschlechtskrankheit litten. 1949 waren dies 44 000 Personen, 1950 stieg ihre Zahl auf 45 000.⁴²⁸ Die sehr hohen Zahlen Ende der 1940er Jahre hingen sicherlich mit dem starken Anstieg der Geschlechtskrankheiten seit Kriegsbeginn zusammen. Geschlechtskrankheiten wurden damals als eine allgegenwärtige Gefahr empfunden. Ab 1950 sank dann die Zahl dieser Patienten, die nur einen Verdacht hatten und ihren Gesundheitszustand überprüfen lassen wollten, wieder etwas ab, blieb aber trotz des starken allgemeinen Rückgangs der Geschlechtskrankheiten bei über 30 000 im Jahr.⁴²⁹ Der Schwerpunkt lag nicht mehr ausschließlich auf der Behandlung, man untersuchte, gab Ratschläge und beriet Patienten, die Angst vor Infektionen hatten, aber nicht wirklich infiziert waren. Insofern entwickelten sich die *VD-Centres* in den 1950er Jahren auch stärker zu Zentren der vorbeugenden Medizin.⁴³⁰ Die Patienten wollten die Bestätigung, gesund zu sein und anhand der großen Zahl dieser Fälle läßt sich durchaus schließen, daß die Zentren von der Bevölkerung in hohem Maße akzeptiert wurden.

Manche *VD-Centres* blieben jedoch verrufen und wurden von den Patienten eher gemieden. In dem jährlichen Bericht des *Health Services Council* von 1959 hieß es zwar:

The clinics must be, and usually are, friendly places where patients of all walks of life and all races are not only examined and treated, but are welcomed and sympathetically handled. Their visits to the clinics provide opportunities to enlighten them as to the true facts concerning the medical and social implications of venereal disease.⁴³¹

Dies entsprach jedoch eher dem Wunschbild des Gesundheitsministeriums. Die Behandlungsmethoden in manchen Zentren waren auch in den 1950er Jahren noch von moralischen Vorstellungen geprägt, die den Umgang der Ärzte

⁴²⁷ Treatment of Venereal Disease outside the Hospital service, S. 111–4; Annual Report of the Central Health Services Council 1957, S. 71. Letzteres warf aber größere Probleme auf, da die meisten Allgemeinärzte selten über Möglichkeiten verfügten, die Wirkungen der Therapie serologisch zu überprüfen und manche Patienten dann in einem noch schwerer therapierbarem Zustand dennoch in den *VD-Centres* erschienen. Einige niedergelassene Ärzte übertherapierten die Patienten auch bei Gonorrhöe: es wurde zu viel Penicillin gespritzt, um sicher zu gehen, daß die Krankheit auch wirklich kuriert war. Vgl. LEES, Chemotherapy, S. 35.

⁴²⁸ Annual Report of the Central Health Services Council 1950, S. 53; 1949 waren es 44 674 Personen, 1950 45 674 Personen; 1951 waren es 39 964 Personen. Annual Report of the Central Health Services Council 1951, S. 58.

⁴²⁹ Ministry of Health, On the State of Public Health 1954, S. 64; 1954 waren es 34 154 Personen, 1959 30 712 Personen; Ministry of Health, State of Public Health 1958, S. 63.

⁴³⁰ Ministry of Health, On the State of Public Health 1958, S. 59.

⁴³¹ Ministry of Health, On the State of Public Health 1958, S. 63.

mit ihren Patienten nachhaltig beeinflussen. Die *VD-Centres* waren in den Krankenhäusern oft in abgetrennten Gebäuden untergebracht; der Eingang lag separat, so daß jeder wußte, wohin man ging. Beispielsweise auch im St. Bartholomew's Hospital in London: durch einen seitlichen Eingang kam man in das von den anderen Ambulanzen abgetrennte Zentrum.⁴³² Man bekam eine Nummer zugewiesen und mußte dann – unter den anderen „Sündern“ – auf seine Behandlung warten. Noch in den 1970er Jahren wurden der Gang in manche *Special Centres* als sehr herabwürdigend empfunden.⁴³³ Das Verhalten des Personals in den verschiedenen Kliniken hing natürlich nicht nur von der Einstellung der Ärzte und Schwestern, sondern auch von der Art der Klientel ab. Das St. Bartholomew's Centre hatte vor allem Patienten aus der Londoner City und aus Fleet Street, also viele Geschäftsleute und Journalisten, Sekretärinnen und Verkäuferinnen.⁴³⁴ Andere Zentren in schlechteren Gegenden hatten dagegen viele Prostituierte als Patientinnen, was den Charakter des Zentrums und die Art des Umgangs beim Personal stark prägte. Gerade Frauen scheuten sich, in die *VD-Centres* zu kommen. Ambulanzen, in denen sich viele Prostituierte routinemäßig kontrollieren ließen, schreckten sicherlich andere Frauen stark ab. 1946 suchten von den Patienten eines *Treatment Centres* 57 Prozent der Männer die Einrichtung freiwillig auf, aber nur 13 Prozent der Frauen. 40 Prozent der Frauen wie der Männer waren von ihren Ärzten geschickt worden. Nur 4 Prozent der Männer gegenüber 50 Prozent der Frauen mußten auf andere Weise (durch *Contact-slips* etc.) angesprochen werden.⁴³⁵ Ehefrauen, die sich auf Grund einer Infektion ihres Mannes behandeln lassen mußten und deswegen in die Behandlungszentren kamen, fühlten sich oft herabgewürdigt.⁴³⁶ Noch 1965 berichtet eine Sozialarbeiterin aus einem *Special Centre* über völlig hysterische Ehefrauen:

The first was a most attractive young woman with auburn hair who was crying so hysterically that the doctor could not even take a history let alone examine her. When she was calmer she told me that her husband had rushed home, dragged her and the two children out of the house and into the car, and poured out to her on the way to the clinic that he had gonorrhoea and had probably given it to her and the children.⁴³⁷

Wenn Frauen auf diese Weise in die Klinik kamen, konnten sie das Ambiente kaum als angenehm empfinden:

but the public image of a clinic of venereal diseases is still so deplorable, that patients seem to expect to be hurt, humiliated and preached at. I believe that the traditional atmosphere of disgrace and secrecy which surrounded the clinic troubled them and when they got in-

⁴³² SCHOFIELD, Promiscuity, S. 166; BIRD, Problems, S. 217.

⁴³³ SCHOFIELD, Promiscuity, S. 166; STUBBS, Medical Social Workers, S. 216; DAVENPORT-HINES, Sex, S. 283.

⁴³⁴ BIRD, Problems, S. 217.

⁴³⁵ SUTHERLAND, Factors, S. 10. Diese Zahlen geben natürlich kein repräsentatives Bild wieder, zeigen aber doch, daß Frauen seltener freiwillig die *Special Centres* aufsuchten.

⁴³⁶ STUBBS, Medical Social Workers, S. 214.

⁴³⁷ STUBBS, Medical Social Workers, S. 214.

side, many felt humiliated by being called by a number instead of by name, even when they understood that it was for their protection. As one wife said, I have done nothing disgraceful, I want to stand up in the clinic and shout, my name is Mrs. Jones – please call me by it.⁴³⁸

Trotz dieser erniedrigenden Erfahrungen von Patienten muß wohl das Angebot der anonymen und kostenlosen Behandlung in den *VD-Centres* als relativ offen und liberal eingeschätzt werden. Der höchst moralische Tenor, der in Großbritannien dieses Thema lange geprägt hatte, wurde unter der zentralen Verwaltung des *Ministry of Health*, das nun auch die Aufklärung koordinierte, zurückgedrängt. Eine Verbindung der Geschlechtskrankheitenbekämpfung mit der Kontrolle der Prostitution, wie sie in der Bundesrepublik selbstverständlich erschien, wurde in Großbritannien trotz starken Anwachsens der Prostitution, insbesondere in den großen Städten, nicht erwogen. Beide Problembereiche nahm man getrennt wahr und suchte deswegen auch getrennte Lösungen.

3.4 DAS ANSTIEGEN DER GESCHLECHTSKRANKHEITEN ENDE DER 1950ER JAHRE UND DIE FOLGEN FÜR DIE BEHANDLUNG DER PATIENTEN

3.4.1 *Bundesrepublik Deutschland*

Seit dem Jahr 1957/58 berichtete die WHO von einem weltweiten Wiederanstieg der venerischen Krankheiten. In Europa wurde dieser Trend fast überall beobachtet.⁴³⁹ Da in der Bundesrepublik nach dem Erlass des Geschlechtskrankengesetzes von 1953 die Statistiken über diese Krankheiten äußerst unzureichend und unvollständig waren, konnten diese Entwicklungen zunächst kaum belegt werden. Die Berichte aus den Ländern waren ganz unterschiedlich. Während Bremen, Hamburg und Hessen 1960 eine Zunahme der Zahlen bestätigten, verfügte man in Niedersachsen, Berlin, Bayern und Baden-Württemberg über keinerlei statistische Nachweise, hatte „jedoch den Eindruck“, daß die Geschlechtskrankheiten anstiegen. Die Zahlen aus anderen Staaten wurden auch in der Bundesrepublik rezipiert und ähnliche Entwicklungen zumindest in Kliniken und Gesundheitsämtern der großen Städte beobachtet.⁴⁴⁰ Zumin-

⁴³⁸ STUBBS, Medical Social Workers, S. 216.

⁴³⁹ Vgl. LOCHBRUNNER, Entwicklung, S. 13; WILLCOX, Immigration, S. 225. In Großbritannien, Belgien, Dänemark, Frankreich, Schweden und Jugoslawien war ein starker Anstieg der Geschlechtskrankheiten zu verzeichnen.

⁴⁴⁰ Vgl. BAK, B 142/3422, Zusammenstellung der Stellungnahmen der Länder zum Rundschreiben des Bundesinnenministeriums vom 20. 12. 1960; vgl. auch WEISE, Entwicklung, S. 338; HARMSSEN, Ausmaß. Die Zahlen anderer Staaten wurden aber ebenfalls grundsätzlich in Frage gestellt, da auch in anderen Ländern die Morbiditätsstatistik für Geschlechtskrankheiten viele Probleme aufwies. Vgl. hierzu beispielsweise LUNDT, Problem. Vgl. zu den Zah-

dest für einige Großstädte lassen sich deutlich steigende Zahlen der gemeldeten Gonorrhö-Erkrankungen nachweisen, so in Bremen und Berlin, wo sich die Zahlen zwischen 1953 und 1958 fast verdoppelten.⁴⁴¹

Als ein Grund für den Anstieg der Geschlechtskrankheiten wurde in der Bundesrepublik Deutschland die zunehmende Promiskuität Jugendlicher identifiziert. Aus verschiedenen Untersuchungen schloß man, daß der Anteil der Jugendlichen an den Geschlechtskranken stark zugenommen habe und sich Jugendliche zunehmend an der heimlichen Prostitution beteiligen würden.⁴⁴² Aus Nordrhein-Westfalen, das durch seinen besonderen Erhebungsmodus eine etwas zuverlässigere Landesstatistik hatte, war ein Anstieg der Geschlechtskrankheiten sowohl in der Gruppe der 14–18jährigen, als auch in der Gruppe der 18–21jährigen seit Mitte der 1950er Jahre bis etwa 1960 zu verzeichnen.⁴⁴³ In Berlin hatte sich bei den stationär behandelten Geschlechtskranken der Anteil der Jugendlichen an den Geschlechtskranken von Anfang der 1950er Jahre bis Ende der 1950er Jahre von etwa 10 auf ca. 30 Prozent erhöht. Die Anzahl der geschlechtskranken 15–18jährigen Mädchen war in einigen Berliner Krankenhäusern ebenfalls drastisch angewachsen.⁴⁴⁴

Das Bundesgesundheitsamt sah in diesem Trend hin zu immer jüngeren Geschlechtskranken ein Hauptproblem. Von einer echten Zunahme der Geschlechtskrankheiten insgesamt war man hier nicht überzeugt, wohl aber von einer Verlagerung des Problems auf die jüngeren Jahrgänge.⁴⁴⁵ Diese Entwicklung begründete man vor allem mit einer zunehmenden Promiskuität unter den Jugendlichen. Hierfür hatte man jedoch keine zuverlässigen Beweise. Aus verschiedenen kleineren Einzelstudien glaubte man schließen zu können, daß das Alter des ersten sexuellen Verkehrs stark gesunken sei und auch weibliche Jugendliche dazu neigten, schon vor der Ehe verschiedene Sexualpartner zu haben.⁴⁴⁶ Eine breite Untersuchung dieses Phänomens wurde – im Gegensatz

len aus Kliniken der Großstädte VELTMANN, Probleme, S. 557; vgl. auch SCHIRREN, Aktuelle Probleme, S. 1189 und HARMSSEN, Wiederanstieg, S. 437.

⁴⁴¹ In Bremen stiegen die Zahlen von 15,0 pro 10000 der Bevölkerung auf 35,0; in Berlin von 19,8 pro 10000 der Bevölkerung auf 34,9; vgl. DOERKS, Kontrolle, S. 94. Vgl. für Hamburg Tabelle 19 auf S. 332.

⁴⁴² LOCHBRUNNER, Entwicklung, S. 28–30; SCHIRREN, Probleme, S. 578; VELTMANN, Probleme, S. 558; HARMSSEN, Wiederanstieg, S. 437.

⁴⁴³ Vorarchiv ArbMin NRW, 1127.25, Novellierung Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Band II: 1962–1970, der Innenminister von Nordrhein-Westfalen an den Bundesminister für Gesundheitswesen, 1. 9. 1966; Vorarchiv ArbMin NRW, 1127.25, Novellierung Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Band II: 1962–1970, Der Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen an den Senator für Gesundheitswesen, Berlin, 1. 10. 1963.

⁴⁴⁴ LOCHBRUNNER, Entwicklung, S. 30; WEISE, Entwicklung, S. 339.

⁴⁴⁵ Vorarchiv ArbMin NRW, 1127.25, Novellierung Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Band II: 1962–1970, Aus der Niederschrift über die Sitzung der leitenden Medizinalbeamten vom 14. 3. 1962 in Bonn.

⁴⁴⁶ LOCHBRUNNER, Entwicklung, S. 17–27.

zu Großbritannien – von offizieller Seite jedoch nicht initiiert. So verblieben die Beschreibungen der Entwicklung meist im Spekulativen.⁴⁴⁷

Auch wenn man letztlich über keinen wirklichen statistischen Beweis verfügte, gab es wegen der Zunahme unter Jugendlichen, die man für erwiesen hielt, auf Länderebene Bemühungen um eine Änderung des Geschlechtskrankheitengesetzes.⁴⁴⁸ Bei den Maßnahmen, die erwogen wurden, zielten die Ländervertreter kaum auf eine Ausweitung der Fürsorge und Aufklärung, vielmehr auf eine verschärfte Meldepflicht für alle geschlechtskranken Jugendlichen mit Mitteilung an das Jugendamt.⁴⁴⁹ Man sah mit dem alten Gesetz von 1953 nicht mehr die Möglichkeit, der fortschreitenden Gefährdung von Jugendlichen Einhalt zu gebieten. Eine generelle namentliche Meldepflicht für Jugendliche war dennoch umstritten: Der Arzt müsse die Möglichkeit haben, von einer namentlichen Meldung abzusehen. In manchen Fällen dürften die Eltern nichts erfahren, um die Jugendlichen vor einer den Behandlungsverlauf gefährdenden Auseinandersetzung zu bewahren. Wenn sich das Jugendamt einschalte, würden die Eltern zwangsläufig von der Krankheit Kenntnis bekommen.⁴⁵⁰ Die zunehmende jugendliche Promiskuität galt auch auf politischer Ebene als Hauptproblem. Den Trend sah man unter anderem auch darin bestätigt, daß die Zahlen der Neuerkrankungen vor allem in den Großstädten, Universitätsstädten und Städten mit Truppenstandorten angestiegen waren, also einem angeblich die Promiskuität begünstigenden Milieu, während sie – soweit man hierüber Zahlen hatte – in den kleinen Gemeinden anscheinend gesunken waren.⁴⁵¹

In einer Diskussion der Ländervertreter über die Zukunft der Geschlechtskrankheitenbekämpfung und die zunehmenden Probleme unter den Jugendlichen wurde aber auch bei diesem Thema wieder auf die „hwG-Personen“ rekurriert. Die meisten Gesundheitspolitiker glaubten, daß die wesentliche Ursache des Anstiegs der Geschlechtskrankheiten in der mangelhaften Erfassung und Kontrolle der „hwG-Personen“ liege. Man hielt es für erwiesen, „daß die unkontrollierte Prostitution das entscheidende Erregerreservoir für

⁴⁴⁷ Vgl. hierzu auch die Überlegungen von GEDICKE, *Epidemiologie*, S. 360. Gedicke mutmaßt über die zunehmende Isolierung der Kinder in Kleinfamilien, die in einem frühen Suchen nach sexuellen Erfahrungen ihren Ausdruck finde.

⁴⁴⁸ Vorarchiv ArbMin NRW, 1127.25, Novellierung Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Band II: 1962–1970, Kurzprotokoll über die 1. Kommissionssitzung der Ländervertreter am 4. 7. 1963 in Berlin.

⁴⁴⁹ Vorarchiv ArbMin NRW, 1127.25, Novellierung Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Band II: 1962–1970, Der Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen an den Senator für Gesundheitswesen Berlin, 1. 10. 1963.

⁴⁵⁰ Vorarchiv ArbMin NRW, 1127.25, Novellierung Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Band II: 1962–1970, Kurzprotokoll über die 2. Kommissionssitzung der Ländervertreter am 17. 10. 1963 in Berlin.

⁴⁵¹ Vgl. hierzu und zum folgenden Vorarchiv ArbMin NRW, 1127.25, Novellierung Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Band II: 1962–1970, Kurzprotokoll über die 1. Kommissionssitzung der Ländervertreter am 4. 7. 1963 in Berlin.

Geschlechtskrankheiten darstellt, von dem eine dauernde Streuung auf die Bevölkerung ausgeht.“⁴⁵² Dabei gingen die deutschen Medizinalbeamten und Ärzte von einem wachsenden Anteil junger Frauen aus.⁴⁵³ In der Fachpresse stand diese „Problemgruppe“ nach wie vor im Vordergrund. Als Beispiel sei ein fachwissenschaftlicher Artikel von 1960 zitiert:

Ganz anders verhält es sich mit der unkontrollierten Prostitution. Ihre Bedeutung im Zusammenhang mit der Entwicklung der Geschlechtskrankheiten liegt nicht nur darin, daß sie nicht gesundheitlich kontrolliert ist, sondern darüber hinaus, daß sie sich jeder Erfassung aktiv entzieht. Die Begründung für diese Verhaltensweise läßt sich von den verschiedensten Gesichtspunkten herleiten. Wir finden eine Häufung von Abwegigen, die von debilen und psychopathischen Persönlichkeiten bis zu Schizophrenen und Suchtkranken reicht. [...] Gemeinsam ist ihnen die Ablehnung jeder behördlicher Ordnungsmaßnahme, zu der auch die fürsorgerische Betreuung gerechnet werden muß. Diese Tatsache wird um so bedeutungsvoller, als gerade diese Personengruppe eine besonders hohe Promiskuität bei kritikloser Partnerwahl aufweist. Venerische Infektionen werden hier zu langen Infektionsketten führen. Als Beispiel können wir eine Patientin anführen, die sich als Debile 8 Wochen der Beobachtung entzogen hatte. Sie konnte für den genannten Zeitraum 28 verschiedene Partner nennen und gab die Gesamtzahl ihrer ‚Freier‘ mit etwa 50 bis 60 an.⁴⁵⁴

Neue Formen der Prostitution wie der sogenannte „Autostrich“, der sich an Ausfallstraßen in einigen größeren Städten wie Dortmund ausbreitete, erregten nicht nur öffentliches Ärgernis, sondern wurden ebenfalls als Zeichen für die wachsende Zahl der „hwG-Frauen“ und deren Bedeutung für das Ansteigen der Geschlechtskrankheiten interpretiert.⁴⁵⁵ In Berlin beklagten die Ärzte der Gesundheitsämter die neuen Erscheinungen der Autobahn-, Messe- und Ausstellungsprostitution, die große Probleme bereite, da sie sich dem „Zugriff“ ihrer Ämter weitgehend entziehe.⁴⁵⁶

Auch hier wurde – wie bei den Jugendlichen – die unzureichende Kontrolle bemängelt und eine Verschärfung der Gesetze gefordert. Das Gesetz von 1953, so der Obermedizinalrat Dr. Grimm des Bezirksamtes Berlin-Neukölln, biete den Gesundheitsämtern nur unzulängliche Erfassungs- und Kontrollmöglichkeiten der „hwG-Personen“. Grimm befürwortete z.B. eine zentrale Meldepflicht aller „hwG-Personen“ für das ganze Bundesgebiet.⁴⁵⁷ Die Streifen der Gesundheitsämter sollten auch die Möglichkeit bekommen, „salonähnliche Betriebe und Dirnenwohngemeinschaften“ zu kontrollieren. Die grundsätzliche

⁴⁵² LOCHBRUNNER, Entwicklung, S. 37; WEISE, Entwicklung, S. 339.

⁴⁵³ Vorarchiv ArbMin NRW, 1127.25, Novellierung Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Band II: 1962–1970, Kurzprotokoll über die 2. Kommissionssitzung der Länderversammlung am 17. 10. 1963 in Berlin.

⁴⁵⁴ GRIMM, Geschlechtskrankheiten, S. 203–4.

⁴⁵⁵ STALLBERG, Stadt, S. 51–4.

⁴⁵⁶ WEISE, Entwicklung, S. 339; vgl. auch GRIMM, Geschlechtskrankheiten, S. 203.

⁴⁵⁷ Vorarchiv ArbMin NRW, 1127.25, Novellierung Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Band II: 1962–1970, Kurzprotokoll über die 1. Kommissionssitzung der Länderversammlung am 4. 7. 1963 in Berlin.

Strafffreiheit der Prostitution und das Fehlen eines Verwahrungsgesetzes wurde erneut scharf bemängelt.⁴⁵⁸

In der Praxis kontrollierten die Gesundheitsämter weiterhin vor allem die gemeldeten Prostituierten. Die „heimlichen“, unkontrollierten Prostituierten kamen meist nur nach Streifengängen der Gesundheitsamtsmitarbeiter in die Ämter oder wurden zwangsweise „vorgeführt“. Oft waren Polizeibeamte zugegen, die „Vollzugshilfe“ leisteten. Diese polizeilichen Tätigkeiten wurden – wie ein Leiter einer Geschlechtskrankenberatungsstelle bemängelte – nur sehr ungern von den Angestellten der Gesundheitsämter ausgeübt.⁴⁵⁹ Die Zahl der Sozialarbeiter in den Beratungsstellen der Gesundheitsämter für Geschlechtskranke war zudem meist völlig unzureichend. Die Arbeit galt nicht nur als unbefriedigend, sondern war auch schlecht bezahlt, so daß sich wenige Bewerber für die Stellen fanden.⁴⁶⁰ Eine Lösung des Problems sahen die Leiter der Beratungsstellen lediglich in einer Verschärfung der Vorschriften, also der Übertragung polizeilicher Rechte auf die Gesundheitsamtsmitarbeiter zur Kontrolle der heimlichen Prostitution.⁴⁶¹

Die Infektionsquellenforschung hatte nach dem Gesetz von 1953 im wesentlichen die freie Ärzteschaft übernehmen sollen, was aber überhaupt nicht funktionierte.⁴⁶² Die Ärzte der Gesundheitsämter kritisierten ihre niedergelassenen Kollegen scharf und bemängelten, daß die praktizierenden Ärzte eine „energische Nachforschung unterlassen und damit einer Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unbeabsichtigt Vorschub leisten“⁴⁶³ würden. Sie forderten von ihren Kollegen intensivere Anstrengungen in diesem Bereich. Falls die Patienten nicht Namen und Adresse der mutmaßlichen Infektionsquelle nennen konnten, sollten sie nach Meinung eines Klinikdirektors in Hannover von den niedergelassenen Ärzten gedrängt werden, eine genaue Personenbeschreibung abzugeben.⁴⁶⁴

⁴⁵⁸ DOERKS, Kontrolle, S. 95–6.

⁴⁵⁹ GRIMM, Geschlechtskrankheiten, S. 204–6.

⁴⁶⁰ BAK, B 142/3422, Hagen an Dr. med. Helmut Wenzel, Stuttgart, 2. 11. 1955; Vorarchiv ArbMin NRW, 1127.25, Novellierung Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Band II: 1962–1970, Kurzprotokoll über die 1. Kommissionssitzung der Ländervertreter am 4. 7. 1963 in Berlin.

⁴⁶¹ GRIMM, Geschlechtskrankheiten, S. 206.

⁴⁶² Vorarchiv ArbMin NRW, 1127.25, Novellierung Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Band II: 1962–1970, Kurzprotokoll über die 1. Kommissionssitzung der Ländervertreter am 4. 7. 1963 in Berlin; vgl. auch WEISE, Entwicklung, S. 339; sowie HARTUNG, Schwierigkeiten.

⁴⁶³ WEISE, Entwicklung, S. 339.

⁴⁶⁴ Vgl. HARTUNG, Schwierigkeiten. Hier wird auf S. 391 ausgeführt: „Für die Personalbeschreibung können folgende Angaben von Wert sein:

1. Körperlänge (im Verhältnis zur Körperlänge des Erkrankten), Art der Bekleidung, der Wäsche, die Frisur, Kopftuch oder Hut, Schmuck, Gummi- oder Ledersohlen, Holz- oder Gummiabsätze (klappern auf dem Straßenpflaster ist meist gut erinnerlich), kosmetische Einzelheiten.

Von Seiten der Amtsärzte und Hygieniker wurde das Geschlechtskrankheitengesetz von 1953 auf Grund dieser Mängel durchwegs als völliger Mißerfolg betrachtet. Hans Harmsen⁴⁶⁵ faßte die Probleme, die in der Fachpresse von Amtsärzten immer wieder erwähnt wurden, treffend zusammen:

Bei der Neufassung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (GBG) von 1953 hat sich der Gesetzgeber offensichtlich von vier Haupt Gesichtspunkten leiten lassen.

1. Von der Annahme, daß die Geschlechtskrankheiten infolge der modernen therapeutischen Möglichkeiten keine so große Bedrohung der Volksgesundheit mehr darstellen.
2. Von der Bereitschaft, mehr als bislang die praktizierenden Ärzte an der Bekämpfung der venerischen Erkrankungen auch seuchenhygienisch zu beteiligen.
3. Von dem Bestreben, die Bemühungen um die Resozialisierung von Prostituierten und hWg-treibenden Personen durch ein fürsorgerisches Miteinander der Gesundheits- und Jugendämter, von Fürsorgeverbänden, Versicherungsträgern und der freien Wohlfahrtspflege zu verstärken und schließlich
4. Von der Fiktion, die Eingriffe in die vom Grundgesetz gemäß Artikel 104 garantierten Freiheiten des Einzelnen auf ein Minimum zu beschränken.

Unter der Wertung dieser Gesetzesqualitäten stellt das GBG einen Kompromiß zwischen Fürsorge- und Seuchenbekämpfungsgesetz dar. Bei einem kritischen Überblick nach sechsjähriger Erfahrung muß heute festgestellt werden, daß dieser Kompromiß gescheitert ist. Weder das seuchenhygienische noch das fürsorgerische Ziel konnte erreicht werden.⁴⁶⁶

Meist wurde wegen dieser Mängel eine Verschärfung der Kontroll- und Zwangsmaßnahmen gefordert, für einen stärkeren Ausbau von Beratung und Aufklärung plädierte kaum ein Gesundheitspolitiker. Auch die Gesundheitspolitiker der Länder verlangten, daß die Gesundheitsämter wieder mehr Informationen bekämen, um selbst Infektionsquellenforschung zu betreiben. Ärzte sollten ihre Patienten beispielsweise schon dann namentlich melden, wenn sie nur unzureichende Angaben über ihre Ansteckungsquelle machten.⁴⁶⁷ Die grundsätzlichen Bemühungen von Seiten der Länder für eine Reform der Geschlechtskrankheitenbekämpfung führten jedoch nicht zu einer Novellierung des Gesetzes, da es auch zahlreiche Stimmen gab, die die bisherige Regelungen für völlig ausreichend hielten – so auch in der Gesundheitsabteilung des Bundesinnenministeriums, das stets gegen eine Verschärfung von Zwangsmaßnah-

2. Gesprächsinhalte über Beruf oder sonstige Beschäftigung, Arbeitgeber, Stand der Angehörigen, Dialekt.

3. Ortbeschreibung: Wo kennengelernt? Welche Lokale besucht die Infektionsquelle regelmäßig? Ort des Geschlechtsverkehrs und Weg dahin, Benutzung von Verkehrsmitteln.“

⁴⁶⁵ Harmsen war eine der wichtigsten Figuren in der Gesundheitspolitik wie auch in der Sozialhygiene der frühen Bundesrepublik. Vgl. zur Person Hans Harmsens oben, Kap. II, 1.1; zu seinem Werdegang und insbesondere seinen Verstrickungen während des Dritten Reichs SCHLEIERMACHER, Sozialethik, besonders S. 58–65.

⁴⁶⁶ DOERKS, Kontrolle, S. 94; HARMSSEN, Wiederanstieg.

⁴⁶⁷ Vorarchiv ArbMin NRW, 1127.25, Novellierung Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Band II: 1962–1970, Kurzprotokoll über die 2. Kommissionssitzung der Ländervertreter am 17. 10. 1963 in Berlin.

men und Meldepflicht eingestellt gewesen war.⁴⁶⁸ Zunächst wollte das Innenministerium lediglich neue statistische Erhebungsmethoden einführen, erst nach einer genaueren Überprüfung der Zahlen wollte man – wenn nötig – eine Gesetzesnovelle beraten.⁴⁶⁹ 1960 wurden zunächst die Länder über die Notwendigkeit einer besseren Statistik befragt, was diese bejahten. In den folgenden Jahren wurde dann zunächst eine Änderung der Statistik erwogen. Weitergehende Veränderungen lehnte das inzwischen gegründete Bundesgesundheitsministerium ab.

Die zu den ersten Referenten-Entwürfen eingegangenen Stellungnahmen haben gezeigt, wie unterschiedlich die Notwendigkeit einer Verstärkung der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beurteilt wird. Ich konnte mich daher noch nicht entschließen, eine Novelle zum Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1953 in dem von der Mehrzahl der Länder vorgeschlagenen Sinne vorzubereiten. Da ich den wesentlichen Grund für die unterschiedliche Beurteilung im Fehlen verlässlicher statistischer Unterlagen sehe, sollte im Änderungsgesetz zunächst einmal die Voraussetzung zur Sammlung solcher Unterlagen geschaffen werden.⁴⁷⁰

Letztlich blieb es also wegen der wenig aussagekräftigen statistischen Ergebnisse und der Unwilligkeit des Bundesgesundheitsministeriums, Maßnahmen zu verschärfen, bei den Regelungen von 1953. Die Gesundheitsämter bemühten sich vor allem, die Kontrolle und Überwachung der „hwG-Personen“ und Prostituierten zu verstärken. Geschlechtskranke ließen sich weiterhin vor allem beim niedergelassenen Arzt behandeln und wurden lediglich – und das auch nur selten – im Falle einer Behandlungsverweigerung an das Gesundheitsamt gemeldet. Dabei hatte prozentual die Anzahl der bei Allgemeinärzten Behandelten zugenommen und der Anteil der bei den Fachärzten für Dermatologie abgenommen.⁴⁷¹ Dies lag daran, daß die Behandlung mit Antibiotika auch für den praktischen Arzt einfach zu handhaben war. Der Aspekt der Penicillinresistenz und der daraus erwachsenden möglichen Komplikationen für die Therapie wurde in Deutschland nur sehr vereinzelt wahrgenommen und nicht in die Überlegungen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten auf Bundes- und Landesebene einbezogen.⁴⁷² Untersuchungen zum Problem der ansteigenden Geschlechtskrankheiten, die einen etwas besseren Einblick in die Gründe

⁴⁶⁸ Vorarchiv ArbMin NRW, 1127.25, Novellierung Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Band II: 1962–1970, Der Bundesminister für Gesundheitswesen an die Vertretungen der Länder beim Bunde, 16. 8. 1966.

⁴⁶⁹ BAK, B 142/3422, Antwortvorlage für Frage im Bundestag vom 14. 6. 1966. Seit 1954 gab es in der Bundesrepublik Deutschland wegen der unzureichenden Meldungen der Ärzte keine übergreifende Statistik mehr; vgl. hierzu oben, S. 331.

⁴⁷⁰ Vorarchiv ArbMin NRW, 1127.25, Novellierung Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Band II: 1962–1970, Der Bundesminister für Gesundheitswesen an die Vertretungen der Länder beim Bunde, 16. 8. 1966.

⁴⁷¹ BAK, B 142/3422, Niederschrift über den Verlauf der Sitzung des Ausschusses 7 (Medizinallstatistik) des Bundesgesundheitsrates am 16. 11. 1956.

⁴⁷² WEISE et al., Mitteilung.

und Folgen dieser Entwicklung erlaubt hätten, wurden in der Bundesrepublik von Seiten des Staates nicht initiiert.

Auch größere Aufklärungsinitiativen des Bundes, die auf das Phänomen des Anstiegs der Geschlechtskrankheiten hätten reagieren können, blieben aus. Hinsichtlich der angeblich steigenden Promiskuität Jugendlicher wurde zudem nur selten eine verbesserte Sexualerziehung angemahnt.⁴⁷³ Vielmehr waren – im Gegenteil – in der Bundesrepublik seit 1950 beispielsweise alle Aufklärungsplakate und Informationen über Geschlechtskrankheiten im Bereich der Bundesbahn wegen „sittlicher Bedenken“ verschwunden, ebenso die Kondomautomaten aus den Bahnhofstoiletten.⁴⁷⁴ Dies war unter dem Eindruck der wieder ansteigenden Geschlechtskrankheiten nicht geändert worden. 1961 hatte der Bundesgerichtshof geurteilt, das „Feilhalten von Gummischutzmitteln in Warenautomaten an öffentlichen Straßen und Plätzen verletzt schlechthin Sitte und Anstand im Sinne von § 184 Abs. 1 Nr. 3a StGB.“⁴⁷⁵ Im Bundesverkehrsministerium bemühte man sich noch 1964 darum, die Aufstellung von Kondomautomaten in den Raststätten der Autobahnen verbieten zu lassen. Die Gewerbeordnung stellte ebenfalls ein Hindernis bei der Verbreitung von Schutzmitteln dar. In der Fachdiskussion wurde das Thema einer besseren Vorbeugung bis auf wenige Ausnahmen nicht häufig angesprochen. Von einem Mitarbeiter des Bundesgesundheitsamtes, P. V. Lundt verlautete 1964, daß

solche Mittel ohne Schwierigkeiten, an möglichst vielen Orten, wohlfeil und ohne daß – wie beim Kauf über den Ladentisch – verständliche psychische Hemmungen zu überwinden sind, Personen beiderlei Geschlechts zur Verfügung stehen, die sich ihrer bedienen wollen. Im Zusammenhang mit der G[eschlechts]k[rankheiten]-Prophylaxe besteht ein unmittelbares gesundheitspflegerisches Interesse am Verkauf von Präservativen durch leicht zugängliche Automaten.⁴⁷⁶

Lundt forderte zudem mehr Plakate und Hinweise auf die Gefahren der Geschlechtskrankheiten in Bahnhöfen, Autobahnraststätten, öffentlichen Bedürfnisanstalten und Toiletten aller öffentlichen Einrichtungen mit starkem Publikumsverkehr. Kampagnen zur Förderung der Prophylaxe bei Geschlechtskrankheiten initiierte aber das Bundesgesundheitsamt nicht. Auch Hans Harmsen plädierte für bessere Aufklärung und verstärkte Aufstellung von Schutzmittelautomaten.⁴⁷⁷ Dies blieben aber Einzelstimmen, die keine Änderungen bewirkten. Lundt plädierte 1964 in einem Artikel des Bundesgesundheitsblattes vehement für eine Anpassung der Strafgesetzgebung. Auf diese Weise hoffte er, die Aufklärung über Geschlechtskrankheiten verbessern zu

⁴⁷³ Als Ausnahmen sei hier SCHIRREN, Probleme, S. 579; sowie GEDICKE, Epidemiologie, zitiert. Gedicke betonte die Notwendigkeit solcher Gesundheitserziehung stark. Aber auch er verband dies mit Forderungen nach einer schärferen Meldepflicht für Jugendliche.

⁴⁷⁴ HARMSEN, Ausmaß, S. 120.

⁴⁷⁵ LUNDT, Gedanken, S. 87.

⁴⁷⁶ LUNDT, Gedanken, S. 87.

⁴⁷⁷ HARMSEN, Ausmaß, S. 120.

können. Das Strafrecht solle sich endlich den veränderten Anschauungen über das Geschlechtsleben anpassen. Erst wenn dem Sexualleben von Rechts wegen nicht mehr „das Odium der Unzucht“ anhafte, werde den Geschlechtskrankheiten dieser Ruf genommen, der nach Meinung des Bundesgesundheitsamtes ihre Erörterung, Verhütung, Bekämpfung und sogar ihre statistische Erfassung andauernd behindere.⁴⁷⁸

Entwicklungen, die in verschiedenen europäischen Ländern ebenfalls für das Ansteigen der Geschlechtskrankheiten verantwortlich gemacht wurden, nahm man in der Bundesrepublik Deutschland kaum wahr. Syphiliserkrankungen wurden in großen europäischen Städten zunehmend unter männlichen Homosexuellen diagnostiziert. In der Bundesrepublik konnte ein Ansteigen der Syphilis vor allem in Großstädten beobachtet werden, auf homosexuelle Patienten finden sich kaum Hinweise. In einer Untersuchung der Syphilisneuinfectionen in den Städten Hamburg, Essen, Dortmund und Düsseldorf, die dort den Gesundheitsämtern gemeldet wurden, ergaben sich vor allem für Hamburg und Düsseldorf seit 1957 deutlich steigende Zahlen.⁴⁷⁹ Hieraus wurde geschlossen, daß vor allem der Verkehr mit dem Ausland eine Zunahme der Syphilis in der Bundesrepublik Deutschland erkläre. Hamburg sei der größte Überseehafen Westdeutschlands, Düsseldorf die Landeshauptstadt des größten und wirtschaftlich bedeutendsten Bundeslandes und besitze einen Flughafen. Ansonsten wurde wie bei der Gonorrhöe ein Ansteigen der Infektionen unter jungen Leuten beobachtet.⁴⁸⁰ Der Personenkreis der männlichen Homosexuellen wurde in Deutschland dagegen erst spät in Verbindung mit dem Anstieg der Syphilis gebracht, man diskutierte hier zunächst Berichte aus anderen Staaten und deren Großstädten, besonders aus London und New York. Das Ansteigen der Geschlechtskrankheiten in der Männerambulanz der Hautklinik Köln sah man in einer Mitteilung im *Bundesgesundheitsblatt* von 1960 nicht im Zusammenhang mit Homosexualität.⁴⁸¹ In der Bundesrepublik Deutschland waren – wenn überhaupt – vor allem die städtischen Gesundheitsämter und Kliniken mit diesem Problem konfrontiert. In großen Städten wie Köln und Berlin hatte die Gesundheitsämter beispielsweise Schwierigkeiten mit „Strichjungen“, die häufig geschlechtskrank waren. Zahlen gab es zu diesem Problem keine, lediglich Erfahrungsberichte von Leitern der Gesundheitsämter und Kliniken.⁴⁸² 1963 wurde das Thema auf einer Kommissionssitzung

⁴⁷⁸ LUNDT, Problem, S. 7.

⁴⁷⁹ MEMMESHEIMER, Syphilis, S. 2022.

⁴⁸⁰ MEMMESHEIMER, Syphilis, S. 2023.

⁴⁸¹ HARMSSEN, Ausmaß, S. 118; VELTMANN, Probleme, S. 558; SCHIRREN, Probleme, S. 578; vgl. auch LUNDT, Problem, S. 6; Zunahme der Geschlechtskrankheiten, S. 238.

⁴⁸² LOCHBRUNNER, Entwicklung, S. 37; Vorarchiv ArbMin NRW, 1127.25, Novellierung Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Band II: 1962–1970, Kurzprotokoll über die 2. Kommissionssitzung der Ländervertreter am 17. 10. 1963 in Berlin; Prof. Hartung vom Städtischen Hautklinik Hannover Linden und Obermedizinalrat Dr. Grimm vom Bezirksamt Wedding/Berlin berichteten hier über diese Probleme.

der Ländervertreter, die sich mit einer möglichen Novellierung des Geschlechtskrankheitengesetzes befaßten, etwas ausführlicher besprochen. Homosexuelle hielt man grundsätzlich für promiskuoös, daher auch für Gefahrenherde bei der Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten. Das wichtigste Problem wurde vor allem darin gesehen, daß es bei Homosexuellen unmöglich war, etwas über ihre Infektionsquelle zu erfahren.⁴⁸³

In der Bundesrepublik Deutschland war homosexueller Verkehr unter Männern wie in Großbritannien strafbar, daher hatten die Männer Angst, ihre Partner durch Angaben möglicherweise der Strafverfolgung auszusetzen.⁴⁸⁴ Auch Hinweise darauf, daß die Nennung der Infektionsquelle keine strafrechtlichen Folgen nach sich ziehe, da der Arzt ja durch die Schweigepflicht gebunden sei, nützten nach Aussagen von Gesundheitsamtsärzten bei dieser Personengruppe nichts.

Offensichtlich ist die Furcht davor, daß die Tatsache des gleichgeschlechtlichen Verkehrs auf irgendeine Weise zur Kenntnis der Strafverfolgungsbehörden gelangt, bei den betroffenen Patienten stärker als das Vertrauen in die gesetzlich zugesicherte Verschwiegenheit.⁴⁸⁵

Von medizinischer Seite wurde deswegen eine Aufhebung bzw. Änderung des § 175 StGB, der homosexuellen Verkehr unter Strafe stellte, durchaus befürwortet.⁴⁸⁶

Eine verhältnismäßig hohe Erkrankungs­ziffer unter Immigranten, wie sie in Großbritannien diskutiert wurde, war in der Bundesrepublik Deutschland Anfang der 1960er Jahre noch kein Problem. Die Zuwanderung von Gastarbeitern begann zwar Ende der 1950er Jahre, die Zahlen blieben aber noch gering. Erst einige Jahre später gab es Hinweise auf die Wahrnehmung des Problems der Geschlechtskrankheiten unter Gastarbeitern.⁴⁸⁷ Manche Werksärzte vermuteten häufige Beziehungen der Gastarbeiter mit „hwG-Frauen“. Auch grundsätzlich begann man, sich Gedanken zu machen:

Wie wirkt sich das Zusammentreffen von Menschen aus verschiedenen Ländern und Heimaten mit verschiedenen Lebensgewohnheiten, verschiedenen Sprachen und psychischer Struktur in einer hochindustrialisierten Massengesellschaft und in industriellen Ballungsräumen, ferner die Verpflanzung größerer Bevölkerungsgruppen in eine fremde Umwelt auf das Sexualleben sowohl der bodenständigen wie der zugewanderten Bevölkerungskreise aus?

⁴⁸³ LOCHBRUNNER, Entwicklung, S. 47; vgl. auch SCHIRREN, Probleme, S. 578.

⁴⁸⁴ Nach § 175 StGB war „Unzucht“ zwischen zwei Männern in jeder Form strafbar. Vgl. Strafgesetzbuch in der Fassung von 1965.

⁴⁸⁵ LUNDT, Problem, S. 6.

⁴⁸⁶ Vorarchiv ArbMin NRW, 1127.25, Novellierung Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Band II: 1962–1970, Kurzprotokoll über die 2. Kommissionssitzung der Ländervertreter am 17. 10. 1963 in Berlin; vgl. auch LUNDT, Problem, S. 6; sowie DERS., Gedanken, S. 86.

⁴⁸⁷ LOCHBRUNNER, Entwicklung, S. 49; HARMSSEN, Ausmaß, S. 118.

hieß es in einem Artikel im Bundesgesundheitsblatt.⁴⁸⁸ Die meisten Angaben von Werksärzten kamen aber zu dem Befund, daß unter Gastarbeitern die Anzahl der Geschlechtskranken nicht höher sei als unter der einheimischen Bevölkerung. Aussagekräftige Zahlen besaß niemand, so daß auch in diesem Bereich das meiste Spekulation blieb.⁴⁸⁹

Ein Ansteigen der Geschlechtskrankheiten sowie eine Verschiebung der Problemgruppen wurde also in der Bundesrepublik Anfang der 1960er Jahre kaum wahrgenommen. Dementsprechend entwickelte man auch keine neuen Maßnahmen. Mit dem Konzept einer individualisierten Behandlung in Verbindung mit scharfer Prostitutionskontrolle hatte man sich den Blick auf veränderte Problemlagen versperrt.

3.4.2 Großbritannien

Seit Mitte der 1950er Jahre stiegen in Großbritannien wie in den anderen europäischen Staaten die Zahlen der Geschlechtskranken stark an.⁴⁹⁰ Besonders die Anzahl der Gonorrhöe-Erkrankungen war im Steigen begriffen:

Important though it is that the low incidence of infectious syphilis be kept low, gonorrhoea is at present the main venereal enemy. This disease is clearly not under control and one reason for this has been the tendency to play down its importance by over emphasising the power of penicillin,

hieß es in einem Report des *Ministry of Health* von 1956.⁴⁹¹ Die Zahl der neu-erkrankten Syphilitiker, die sich in den *VD-Centres* behandeln ließen, stieg, nachdem sie seit 1947 stets gesunken war, 1955 und 1956 ebenfalls etwas an, um dann erneut abzusinken. Insgesamt blieben die Syphiliszahlen während der nächsten Jahre relativ stabil, auch wenn ab 1959 erneut ein Aufwärtstrend zu verzeichnen war. Bei der Syphilis nahm die Anzahl der männlichen Kranken stärker zu als die der erkrankten Frauen, was man vor allem auf die steigende Zahl der an Geschlechtskrankheiten leidenden homosexuellen Männer zurückführte.⁴⁹² In der medizinischen Literatur wie auch im Gesundheitsministerium wurde jedoch vor allem die starke Zunahme der behandelten Gonorrhöe-Patienten sehr ernst genommen.⁴⁹³ Dagegen rekurrierte man kaum auf die gleichbleibenden Syphiliszahlen, die man auch als Stabilisierung der Situation hätte

⁴⁸⁸ LUNDT, Problem, S. 3.

⁴⁸⁹ LUNDT, Problem, S. 5. In der Bundesrepublik Deutschland wurden erst Mitte der 1960er Jahre Fragen formuliert, mit deren Untersuchung man einen besseren Aufschluß über die Morbidität der Gastarbeiter zu erhalten hoffte.

⁴⁹⁰ PRO, MH 55/2323, British cooperative clinical group, gonorrhoea study 1961. Zumindest die Anzahl der in den Treatment Centres behandelten Patienten stieg stark an, über die man genaue statistische Erhebungen hatte.

⁴⁹¹ Ministry of Health, On the State of Public Health 1956, S. 66; vgl. auch WILLCOX, Factors, S. 113.

⁴⁹² Ministry of Health, On the State of Public Health 1954, S. 64; LAIRD, Pattern, S. 83–5.

⁴⁹³ Vgl. z. B. PRO, MH 55/2318, Notes of an Informal Meeting on Venereal Diseases 13. 4. 1961.

interpretieren können.⁴⁹⁴ Da in Großbritannien die Behandlung völlig freiwillig war, hatte man nur Zahlen über die neuen Fälle, die sich in den *VD-Centres* behandeln ließen. Dabei darf nicht übersehen werden, daß die Zahlen auch deswegen ansteigen konnten, weil sich insgesamt mehr Menschen zur Behandlung in die öffentlichen Zentren begaben.⁴⁹⁵ Diese Entwicklung allein kann allerdings das starke Anwachsen der Gonorrhö-Erkrankungen in Großbritannien nicht erklären; außerdem gab es einen damit korrespondierenden europaweiten Anstieg der Krankheitszahlen (vgl. Diagramm 5).⁴⁹⁶

Die Entwicklung der Geschlechtskrankheiten wurde in Großbritannien sowohl von offizieller Seite wie auch in der Fachliteratur und der Öffentlichkeit heftig diskutiert. Vor allem drei neue Ursachen machte man – neben dem „alten“ Problem der geringen Achtsamkeit und Vorbeugung dank der guten Heilungsmöglichkeiten mit Penicillin⁴⁹⁷ – für den starken Anstieg der Gonorrhöezahlen verantwortlich: die zunehmende Promiskuität insbesondere unter Teenagern und die steigende Anzahl der Immigranten an den geschlechtskranken Männern. Bei den wieder zunehmenden Syphiliszahlen identifizierte man insbesondere die steigende Anzahl der Geschlechtskranken unter den Homosexuellen als Ursache.⁴⁹⁸ Die drei Punkte sollen hier ausführlicher dargestellt werden, da die Entwicklung und Ausarbeitung neuer Maßnahmen stets in Verbindung mit der Ursachendiskussion stand.

Promiskuität galt neben der Prostitution stets als Ursache der Geschlechtskrankheiten. Die Häufigkeit von venerischen Erkrankungen spiegle in erster Linie die sexuelle Promiskuität der Gesellschaft wider, hieß es in einem offiziellen Bericht des Gesundheitsministeriums.⁴⁹⁹ Von großen Teilen der Öffentlichkeit wie auch von offizieller Seite wurde ein freizügigeres Sexualverhalten auch Ende der 1950er Jahre moralisch scharf verurteilt. Die Haltung, daß Geschlechtskrankheiten eben ein Preis für Sünde seien, den man zu zahlen habe, war zu dieser Zeit noch weit verbreitet. Der Fokus richtete sich stark auf ein traditionelles Familienbild. Sexualität wurde gerade für Frauen nur in der Ehe geduldet.⁵⁰⁰ Die Diskrepanz zwischen den offiziellen Standards und dem tatsächlichen Verhalten wuchs jedoch bis Ende der 1950er Jahre deutlich an. Der

⁴⁹⁴ Vgl. DAVENPORT-HINES, Sex, S. 283.

⁴⁹⁵ Vgl. SCHOFIELD, Promiscuity, S. 29, 109. Die Zahl der in Krankenhäusern behandelten Patienten wuchs in dieser Zeitspanne ebenfalls erheblich. Dies kann auch auf eine insgesamt veränderte Einstellung zu Ärzten und zu Therapiemethoden zurückgeführt werden.

⁴⁹⁶ Vgl. hierzu Diagramm 5, S. 375 für Großbritannien und Tabelle 19, S. 332, für die Bundesrepublik Deutschland.

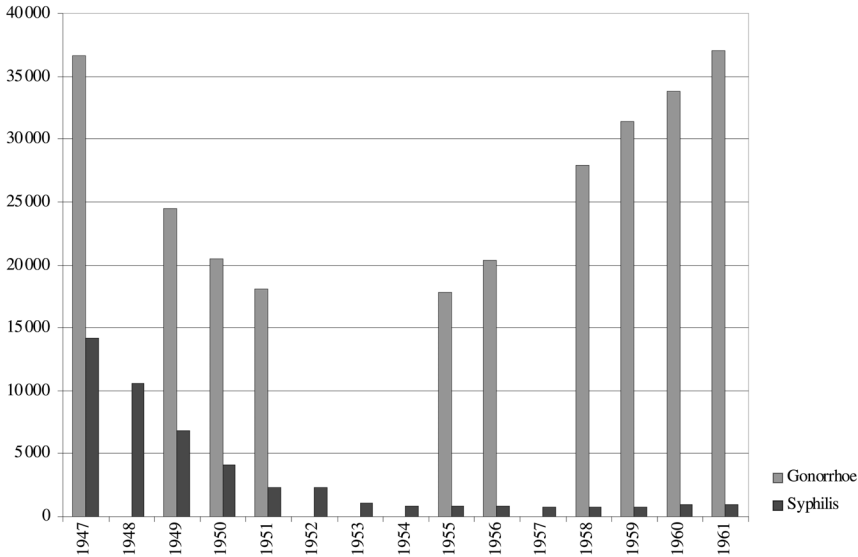
⁴⁹⁷ WILLCOX, Factors, S. 113.

⁴⁹⁸ Vgl. zur Diskussion dieser Punkte PRO, MH 55/2318, Notes of an Informal Meeting on Venereal Diseases held by the CMO 13. 4. 1961; vgl. zu den Ursachen für die ansteigende Gonorrhöe auch WILLCOX, Factors, S. 116–9; sowie LESLEY A. HALL, Sex, S. 160.

⁴⁹⁹ PRO, MH 55/2323, Note by the Department, Venereal Disease, für das Standing Medical Advisory Committee, 1961.

⁵⁰⁰ LESLEY A. HALL, Sex, S. 156–7; SCHOFIELD, Promiscuity, S. 28; HASTE, Rules, S. 147–54.

Diagramm 5: Die Anzahl der neubehandelten Fälle in den VD-Clinics in Großbritannien⁵⁰¹



Kinsey-Report „Sexual Behaviour in the Human Male“, der zeigte, wie weitverbreitet ein weitaus freizügigeres Sexualverhalten war und der in Amerika Anfang der 1950er Jahre Furore gemacht hatte, war in Großbritannien weitgehend ignoriert worden. Dies lag vor allem an der Reaktion der britischen Presse, die die Ergebnisse sehr herunterspielte und den Bericht als unzutreffend für Großbritannien darstellte.⁵⁰² Kinseys nächster *Report* über das sexuelle Verhalten der Frau aus dem Jahr 1953 war in Großbritannien auf noch größere Ablehnung gestoßen. Die sexuell etwas freizügigere und emanzipierte Frau paßte ebenfalls kaum in das Bild der Nachkriegsgesellschaft. Der Realität entsprachen diese Vorstellungen schon lange nicht mehr: Umfragen in den 1950er Jahren ergaben, daß auch in Großbritannien zahlreiche Frauen außereheliche und voreheliche Beziehungen hatten.⁵⁰³ Diese wachsende Kluft zwischen der vorherrschenden Sexualmoral und Realität kennzeichnete besonders das Verhalten der Teenager.⁵⁰⁴

⁵⁰¹ Ministry of Health, *On the State of Public Health* 1947, S. 64–5; 1949, S. 57–9; 1951, S. 56–8; 1955, S. 64; 1958, Appendix C, Table B; 1959, S. 69 und Appendix C Table B; 1960, S. 59 und Appendix C, Table B; 1961, S. 58–61.

⁵⁰² LESLEY A. HALL, *Sex*, S. 148; HASTE, *Rules*, S. 158–9; FERRIS, *Sex*, S. 209.

⁵⁰³ Vgl. FERRIS, *Sex*, S. 208–12; HASTE, *Rules*, S. 159; LESLEY A. HALL, *Sex*, S. 158; vgl. ebenda, S. 149 über entsprechende Umfragen in Großbritannien.

⁵⁰⁴ HASTE, *Rules*, S. 162.

Neu war seit Ende der 1950er Jahre, daß die sexuellen Aktivitäten der Teenager stärker wahrgenommen wurden und die Zahlen der erkrankten Jugendlichen in den VD-Centres stark zunahmen.⁵⁰⁵ Sie ließen sich zunehmend in den Zentren behandeln: Zwischen 1957 und 1960 stieg die Anzahl der erkrankten 15–19jährigen Männer um 67,3 Prozent, der erkrankten 15–19jährigen Frauen um 65,4 Prozent.⁵⁰⁶ Die angeblich wachsende Promiskuität gerade dieser Gruppe sahen gerade Ärzte und Gesundheitspolitiker als wichtigste Ursache für das starke Ansteigen der Geschlechtskrankheiten an.⁵⁰⁷ In einer Untersuchung von jungen VD-Patienten um 1960 hieß es:

From the foregoing there can be no doubt that the teenager of today is more promiscuous than the teenager of a quarter of a century ago, and if the present trend is to be reversed much remains to be done. The treatment of the venereal diseases has greatly advanced during this time and has become relatively simple, but this factor, in itself, can constitute a danger.⁵⁰⁸

Für die Gruppe der Teenager wurde die leichte Heilbarkeit der Geschlechtskrankheiten als besonders zweifelhafter Erfolg gewertet und für die zunehmende Promiskuität verantwortlich gemacht. Einige Ärzten stellten deswegen die schnelle, gut wirksame Penicillintherapie erneut in Frage, da Geschlechtskrankheiten nicht mehr als Abschreckungsmittel gegen promiskuoöses Verhalten dienen konnten. Das übermäßige Vertrauen in die Wirksamkeit der Antibiotika und des Penicillins wurde weiterhin als eine Ursache für das starke Ansteigen der Geschlechtskrankheiten zitiert. Manche Ärzte glaubten, sich einmal mit Geschlechtskrankheiten anzustecken, sei gut für die jungen Leute – dies fungiere als eine Warnung vor promiskuoösem Verhalten.⁵⁰⁹ Genauere Befunde über das Sexualleben von Teenagern besaß man allerdings nicht. Bei einem Treffen der *International Union against Venereal Diseases and the Treponematoses* 1959 in London wurde deswegen eine Studie über die Ausbreitung von Promiskuität und von Geschlechtskrankheiten unter jungen Leuten angeregt, die auch die sozialen Ursachen dieser Entwicklung untersuchen sollte.⁵¹⁰

Die wachsende sexuelle Aktivität der jungen Generation beobachtete man insgesamt mit Argwohn; die Folgen wurden im Gesundheitsministerium sehr ernst genommen und in der Öffentlichkeit als Katastrophe empfunden.

⁵⁰⁵ SCHOFIELD, *Behaviour of Young People*, S. vii. Ein tatsächlicher Anstieg der sexuellen Aktivitäten von Jugendlichen ließ sich allerdings nicht nachweisen, vgl. LESLEY A. HALL, *Sex*, S. 172.

⁵⁰⁶ Vgl. MORTON, *Geschlechtskrankheiten*, S. 106–7.

⁵⁰⁷ PRO, MH 55/2322, Ministry of Health to all Local Health Authorities, 17. 6. 1960; vgl. auch FELSTEIN, *Sexual Pollution*; LESLEY A. HALL, *Sex*, S. 171.

⁵⁰⁸ PREBBLE, *Patterns*, S. 87–8.

⁵⁰⁹ DAVENPORT-HINES, *Sex*, S. 272; SCHOFIELD, *Promiscuity*, S. 163. Noch in den 1970ern wollten nach einer Untersuchung der Nuffield Foundation viele Lehrer nicht zugeben, daß Geschlechtskrankheiten leicht heilbar seien, vgl. DAVENPORT-HINES, *Sex*, S. 284.

⁵¹⁰ SCHOFIELD, *Behaviour of Young People*, S. vii.

den.⁵¹¹ Im *House of Commons* äußerte sich der Abgeordnete Richard Marsh im Jahr 1962 zum Beispiel:

It is time that it was quite brutally said that thousands of our teen-agers and a not inconsiderable number of school children have venereal disease. That is the hard, brutal fact.⁵¹²

Im Gesundheitsministerium wurde bei einer Diskussion 1961 hervorgehoben, daß sich bei jungen Leuten die Haltung gegenüber den Geschlechtskrankheiten völlig geändert habe, ihre Furcht sei zurückgegangen, gleichzeitig sei ihr Verhalten hinsichtlich Sexualität und sexueller Abenteuer viel offener, was man als äußerst problematisch empfand.⁵¹³ Eine zunehmende Promiskuität der jungen Generation wurde besonders in London beobachtet. Das *Ministry of Health* äußerte sich über die Probleme in London im Jahr 1961:

However, London is the big and rich city which attracts all the crooks and all the idle and feckless from far afield. Add to these people the visitors from at home and abroad, the immigrants and the itinerant commercial population and you have, what might be termed in atomic parlance a 'critical mass' producing the inevitable 'chain reaction'.⁵¹⁴

Das abnehmende Alter der Gelegenheitsprostituierten in der Metropole war ebenfalls ein Problem, das im Gesundheitsministerium im Zusammenhang mit dem Ansteigen der Geschlechtskrankheiten diskutiert wurde.⁵¹⁵

Anfang der 1960er Jahre war eigentlich in der ganzen britischen Gesellschaft – nicht nur in London – eine gewisse Lockerung der Sexualmoral bei Jugendlichen zu beobachten.⁵¹⁶ Dies wurde von offizieller Seite, von Ärzten und Sozialarbeitern der *VD-Centres* heftig bekämpft. 1964 veröffentlichte die BMA eine Studie mit dem Titel „Venereal Disease and Young People“, die ebenfalls die zunehmende Promiskuität unter den jungen Leuten scharf verurteilte.⁵¹⁷ In der medizinischen Fachpresse suchte man die Ursachen dieser Veränderungen in den schädlichen Verlockungen der modernen Massengesellschaft und dem Verfall der Sitten:

Promiscuity is undoubtedly widespread in England since the narrow code of Victorian morality by which 'sex' and 'sin' were synonymous was replaced by the popular press's evangelization of psychiatry for the masses – the cult of the libido and the decline of self-control as a virtue⁵¹⁸

⁵¹¹ PRO, MH 55/2318, Notes of an Informal Meeting on Venereal Diseases held by the CMO 13. 4. 1961. Vgl. auch MORTON, Geschlechtskrankheiten, S. 31.

⁵¹² Parliamentary Debates, House of Commons, Session 1962/63, 28. Juni 1963, Sp.1992.

⁵¹³ PRO, MH 55/2318, Notes of an Informal Meeting on Venereal Diseases held by the CMO 13. 4. 1961. Vgl. zu der problematischen, widersprüchlichen Einschätzung der Veränderungen in den 1960er Jahren auch WEEKS, Sexuality, S. 15–25.

⁵¹⁴ PRO, MH 55/2322, Todd-White an King, 9. 1. 1961; vgl. auch PRO, MH 55/2322, Donald Johnson, MP an Enoch Powell, Minister of Health, 30. 12. 1960.

⁵¹⁵ PRO, MH 55/2321, Diskussion im Ministry of Health, 9. 7. 1957; vgl. auch DAVENPORT-HINES, Sex, S. 312.

⁵¹⁶ WEEKS, Sexuality, S. 19.

⁵¹⁷ DAVENPORT-HINES, Sex, S. 279.

⁵¹⁸ O'HARE, Road, S. 122.

hieß es in einem Artikel eines Sozialarbeiters aus einer VD-Ambulanz von Anfang der 1960er Jahre. Auch bei diesem Problem richtete sich aber der Fokus mehr auf junge Mädchen und ihr Verhalten als auf männliche Jugendliche, selbst wenn die Statistik eigentlich ein umgekehrtes Bild zeigte: Die Anzahl der in den *VD-Centres* behandelten Männer war stets deutlich höher als die der Frauen.⁵¹⁹ Dennoch war man wegen des promiskuellen Verhaltens junger Frauen besorgt, zum einen aus moralischen Gründen, zum anderen weil man sie nach wie vor als wichtigste Infektionsquellen ansah. Frauen galten per se als „Reservoir“ für Gonorrhöe-Infektionen.⁵²⁰

Es gab also eine wachsende Gruppe an jungen Leuten, die in die staatlichen Behandlungszentren kamen. Besonders eingerichtet auf diese Klientel war man in den meisten Behandlungszentren jedoch nicht. Es wurden auch keine besonderen Maßnahmen entwickelt oder spezielle Sozialarbeiter für junge Leute eingestellt. Die Maßnahmen hingen vom Engagement des einzelnen Zentrums ab. Gerade unter jungen Leuten hatten wohl viele der *Treatment Centres* einen schlechten Ruf, es hielten sich Gerüchte über anachronistische Behandlungsmethoden.⁵²¹ Mit den Krankheiten und deswegen auch mit den Behandlungszentren war nach wie vor ein Stigma verbunden. Es überrascht wenig, daß Patienten dieser Gruppe häufig die Behandlung abbrachen, sobald sie symptomfrei waren.⁵²² Insbesondere die Mädchen waren meist sehr schüchtern und besorgt, wenn sie in die *VD-Centres* kamen.

Many of the girls are very worried and feel guilty especially on their first attendance. Their greatest fears seem to be that they will be sterile or produce deformed babies or that their parents will find out about their attendance at the clinic.⁵²³

Auch Aufklärung über Verhütung schien nicht sehr verbreitet zu sein; die meisten Mädchen hatten ständig Angst, schwanger zu werden, verwendeten aber selten Verhütungsmittel. Ein *VD-Centre* entwickelte beispielsweise einen speziellen Brief, den die Mädchen ihren Müttern zur Beruhigung geben konnten:

We have a routine letter known as ‘worried mother’s letter’ which briefly explains that the daughter has a minor infection that this is not VD and that after a 3-month period of observation she will be discharged.⁵²⁴

⁵¹⁹ Vgl. Tabelle 20, S. 345.

⁵²⁰ PRO, MH 55/2323, Note by the Department, Venereal Disease, für das Standing Medical Advisory Committee, 1961. Untersuchungen von jungen Mädchen im Alter von 13 bis 20 Jahren im Auftrag des Ministry of Health im Jahre 1960 ergaben beispielsweise eine starke Verbreitung von Geschlechtskrankheiten bei dieser Gruppe und bestätigten so die Vermutungen des Ministeriums; vgl. PRO, MH 55/2322, Ministry of Health to all Local Health Authorities, 17. 6. 1960.

⁵²¹ DAVENPORT-HINES, Sex, S. 285.

⁵²² PRO, MH 55/2323, Note by the Department, Venereal Disease, für das Standing Medical Advisory Committee, 1961; vgl. auch SCHOFIELD, Promiscuity, S. 31.

⁵²³ BIRD, Problems, S. 217.

⁵²⁴ BIRD, Problems, S. 217.

Die Jungen wurden dagegen vom Personal der Zentren als weniger unsicher empfunden und machten sich wohl im Ganzen auch weniger Sorgen. Grundsätzlich lag es ihnen wohl näher, für eine Untersuchung in die *VD-Centres* zu kommen, ohne daß sie wirklich krank waren. Vorschläge, die Lage der Behandlungszentren – nicht unbedingt auf einem Klinikgelände, sondern besser zugänglich – und deren Öffnungszeiten zu verbessern, wurde von offizieller Seite nicht nachgegangen.⁵²⁵ Denn im Gesundheitsministerium hielt man die *VD-Centres* prinzipiell für sehr wirksam, gut ausgestattet und auch für das Problem der wachsenden Anzahl geschlechtskranker Teenager gerüstet. Als verbesserungswürdig wurde die Ausbildung der Sozialarbeiter eingeschätzt, ebenso das *Contact Tracing*. Forderungen nach mehr Kontrolle und Zwang – wie häufigere Überprüfung der Clubs, die als Treffpunkte junger Leute bekannt waren mit namentlicher Überprüfung der Gäste – wurden im Gesundheitsministerium zwar diskutiert, trafen jedoch auf keine große Zustimmung.⁵²⁶ Letztlich blieb man bei den erprobten Methoden.

Um über das Verhalten der jungen Generation mehr Informationen zu erhalten, unterstützte das *Central Council of Health Education* (CCHE) zusammen mit der *Nuffield Foundation*, einer Gesellschaft, die wissenschaftliche Forschungsprojekte förderte, die bereits oben genannte Studie über das sexuelle Verhalten von Teenagern.⁵²⁷ Zum Leiter des Projekts wurde der Soziologe Michael Schofield ernannt. Von dieser Studie, die auf breiter Basis Teenager interviewte, erhoffte man sich nicht nur im Gesundheitsministerium bessere Einsichten in die Probleme und Bedürfnisse der jungen Generation.⁵²⁸

Das starke Ansteigen der Geschlechtskrankheiten in der jüngeren Generation wurde zum einen auf die in den 1950er Jahren zu geringe Aufklärung geschoben. Große Pressekampagnen waren in dieser Zeit auf Grund von Geldmangel sowie wegen des starken Rückganges der Geschlechtskrankheiten nicht mehr wiederholt worden. Seitdem wurde zwar durch Poster und Handzettel des CCHE aufgeklärt und auf die *VD-Centres* hingewiesen, wegen der rechtlichen Probleme beim Aushängen der Poster erreichten diese aber nach wie vor kein großes Publikum.⁵²⁹ Viele *Treatment Centres* hatten ihre Adressen und Telefonnummern nicht in den lokalen Telefonbüchern eingetragen, so daß es sich oftmals gar nicht so einfach gestaltete, die Ambulanzen zu finden.⁵³⁰ In den *VD-Centres* selbst begegneten wohl viele Ärzte den jungen Leuten im Ton einer moralischen Belehrung. In einer Diskussion im Gesundheitsministerium

⁵²⁵ Vgl. BIRD, Problems, S. 218; SCHOFIELD, Promiscuity, S. 112.

⁵²⁶ PRO, MH 55/2318, Notes of an Informal Meeting on Venereal Diseases held by the CMO 13. 4. 1961.

⁵²⁷ Vgl. zur Tätigkeit des CCHE im Bereich Geschlechtskrankheiten oben, S. 315 und S. 355 ff.

⁵²⁸ PRO, MH 55/2318, Press Notice 25. April 1961; SCHOFIELD, Behaviour of Young People, S. VI–IX, 4–8.

⁵²⁹ Vgl. PREBBLE, Patterns, S. 88; sowie zu den Posterkampagnen ausführlich oben, S. 355 ff.

⁵³⁰ SCHOFIELD, Behaviour of Young Adults, S. 79.

berichtete eine Ärztin aus einem Zentrum, daß die Heranwachsenden moralische Belehrung und Anleitung zurückwiesen und deshalb sehr wenig über diese Krankheiten wußten.⁵³¹

I fear that even today many people still believe that venereal diseases do not attack so-called 'nice' people. It is imperative that such an attitude be dispelled and that all should realize that those who take sexual risks lay themselves open to the risk of contracting venereal diseases whatever their social status,

hieß es in der medizinischen Fachpresse zu einem anderen Aspekt diese Problems.⁵³² Noch 1964 kritisierte die BMA in ihrer Studie „Venereal Disease and the Young“, daß die VD-Ambulanzen meist unfreundlich eingerichtet und in unrenovierten Klinikgebäuden untergebracht seien. Die Warteräume müßten viel attraktiver werden, um gerade die jungen Menschen nicht abzuschrecken. Beamte des Gesundheitsministeriums besuchten daraufhin die Londoner Zentren sowie die größeren Kliniken in den Provinzen; sie fanden die Vorwürfe unbegründet und den Zustand der Zentren im großen und ganzen befriedigend.⁵³³ Offenbar war man von Seiten des Ministeriums nicht gewillt, in die Renovierung und Neuausstattung der Behandlungszentren zu investieren.

Zum anderen beschränkte sich die Sexualerziehung an Schulen – wenn überhaupt – auf den Biologieunterricht. Sozialarbeiter in den VD-Centres klagten über die Ahnungslosigkeit vor allem der Mädchen.⁵³⁴ Im Gesundheitsministerium war man aber auch hier nicht zu großen Änderungen geneigt. Man sah bei der Aufklärung der jungen Generation große Schwierigkeiten. Letztlich würden die jungen Leute vor allem über ihre Eltern beeinflusst, und solange diese kaum mit ihren Kindern über sexuelle Dinge sprächen, sei hier kaum etwas zu erreichen, so äußerten sich zumindest die Ministerialbeamten.⁵³⁵ In der von Schofield geleiteten Untersuchung wurden die Jugendlichen zu ihren Kenntnissen über Geschlechtskrankheiten genau befragt. Etwa 15 Prozent hatten noch nie etwas von *Venereal Diseases* gehört, ein Drittel konnte keine Symptome der Krankheiten benennen.⁵³⁶ Die meisten Jugendlichen bezogen ihre spärlichen Kenntnisse von Freunden oder aus einigen wenigen TV-Sendungen, die sich mit dem Problem befaßt hatten. Die vom Ministerium bzw. dem CCHE ausgehängten Poster waren nur bei den wenigsten die Informationsquelle.⁵³⁷ Eine weiterführende Untersuchung, in der sich Schofield Anfang der 1970er Jahre mit dem Sexualverhalten von jungen Erwachsenen beschäftigte,

⁵³¹ PRO, MH 55/2318, Informal Meeting on Venereal Disease held by the CMO 13. 4. 1961.

⁵³² PREBBLE, Patterns, S. 88.

⁵³³ Venereal Diseases in England and Wales, S. 55.

⁵³⁴ BIRD, Problems, S. 217.

⁵³⁵ PRO, MH 55/2322, Todd-White an King, 9. 1. 1961.

⁵³⁶ SCHOFIELD, Behaviour of Young People, S. 115.

⁵³⁷ Die Untersuchung unterschied hier in korrekte und falsche Informationen. Bei den Mädchen kamen 7 Prozent der korrekten Informationen von den Postern, bei Jungen nur 3 Prozent. Von den falschen Informationen kamen bei den Mädchen 4 Prozent von den Postern, bei den Jungen ebenfalls 4 Prozent. Vgl. SCHOFIELD, Behaviour of Young People, S. 117.

zeigte immer noch eine relativ große Unwissenheit hinsichtlich der Krankheiten und ihrer Symptome.⁵³⁸

Als weiterer Grund für das starke Ansteigen der Gonorrhöe seit Ende der fünfziger Jahre wurde in der Fachpresse wie auch im Gesundheitsministerium die Immigration aus der Karibik angeführt.⁵³⁹ Seit 1952 kamen verstärkt Immigranten aus dem *Commonwealth* und ganz besonders von den karibischen Inseln nach Großbritannien.⁵⁴⁰ Oft waren es alleinstehende Männer, die in den großen Hafenstädten oder in London wohnten und dort Arbeit suchten. Meistens wohnten sie in miserablen Wohnheimen und taten sich auf Grund ihrer Sprachprobleme und der rassistischen Vorurteile schwer, soziale Kontakte zu knüpfen.⁵⁴¹ In der medizinischen Literatur wie auch im Gesundheitsministerium wurde die Meinung vertreten, daß diese Männer meist an Amateur-Prostituierte oder Prostituierte gerieten und sich so mit Geschlechtskrankheiten ansteckten.⁵⁴² Eine genauere Untersuchung des Sozialstatus und der sexuellen Gewohnheiten dieser Bevölkerungsgruppe von 1960 ergab jedoch ein wesentlich differenzierteres Bild: Die Sexualkontakte beschränkten sich keineswegs auf Prostituierte; viele der Immigranten hatten feste Freundinnen, manchmal kamen die Ehefrauen oder Partnerinnen nach.⁵⁴³ Insgesamt war aber der Anstieg der Krankheitszahlen in dieser Gruppe ein Phänomen, das große öffentliche Aufmerksamkeit erregte.

Im St. Thomas' Hospital in London waren beispielsweise noch 1954 nur 2,5 Prozent der neubehandelten Patienten Schwarze, 1957 waren es bereits 18,4 Prozent.⁵⁴⁴ 1957 erwähnte auch der jährliche Bericht des Ministeriums das Problem der *Homeless Immigrants*, die sich gerade in den Städten immer wieder mit Gonorrhöe infizierten, und konstatierte, daß gerade in London viele Ausländer und Immigranten die *VD-Centres* aufsuchen würden, verwahrte sich aber gleichzeitig gegen zu plakative Schlußfolgerungen. Im Gesundheitsbericht von 1963 wurde ausführlich darauf verwiesen, daß Geschlechtskrankheiten Personen aus allen Bereichen der Gesellschaft befallen würden.⁵⁴⁵

In der Presse häuften sich gleichzeitig schreckliche Berichte über schwarze Einwanderer, die als Zuhälter arbeiteten und britische Frauen ausbeuten würden.

⁵³⁸ SCHOFIELD, *Behaviour of Young Adults*, S. 67–72.

⁵³⁹ PRO, MH 55/2321, Minute an CMO, 9. 7. 1957.

⁵⁴⁰ PRO, MH 55/2323, Note by the Department, Venereal Disease, für das Standing Medical Advisory Committee, 1961.

⁵⁴¹ ST ELMO HALL, *West Indians*, S. 159; zu den Wohnbedingungen vgl. NICOL et al., *Social Status*, S. 47.

⁵⁴² PRO, MH 55/2321, Diskussion im Ministry of Health, 9. 7. 1957; vgl. auch MORTON, *Geschlechtskrankheiten*, S. 117; ST ELMO HALL, *West Indians*.

⁵⁴³ NICOL et al., *Social Status*, S. 47–8.

⁵⁴⁴ NICOL et al., *Social Status*, S. 44.

⁵⁴⁵ Ministry of Health, *On the State of Public Health 1955*, S. 65–6. Hier hieß es: „Though foreigners, immigrants and prostitutes make up a high proportion of the patients in some city clinics, venereal disease is no respecter of persons and the great majority of infections still occur in other sections of the community.“

It is a troubled world and we have had enough to say about other nations worries during the past week or so. Now let's take the sight nearer home [...] Have you noticed there are more and more cases of men from the Commonwealth overseas who besmirch the proud title of British citizen. One after another they troop through the pages of court news found guilty of lying on the immoral earnings of women. They are depraved parasites beyond redemption,

schrieb beispielsweise *News of the World* in einem Artikel mit dem Titel „Get rid of the scum“ im August 1958.⁵⁴⁶ Wegen dieser aufgeheizten Reaktionen in der Presse wollte man weder im Gesundheitsministerium noch von Seiten des *Home Office* oder des *Colonial Office* den Blick der Öffentlichkeit auf die Immigranten lenken. Auf keinen Fall sollte der Zusammenhang zwischen Einwanderern und dem Ansteigen der Geschlechtskrankheitszahlen zu stark betont werden; dies wurde zumindest in der Korrespondenz zwischen den Ministerien immer wieder betont.⁵⁴⁷ Dennoch war in der Öffentlichkeit die Annahme weit verbreitet, daß die Männer schon infiziert nach Großbritannien kämen und „die Seuche einschleppten“. ⁵⁴⁸ Dies wurde aber vom Gesundheitsministerium und in den meisten medizinischen Untersuchungen stets verneint.⁵⁴⁹ Als die BMA wegen des Anstiegs der Gonorrhöe 1960 ein Gesundheitszeugnis für alle Einwanderer forderte, widersprach der damalige Gesundheitsminister Derek Walker-Smith und sah keine Notwendigkeit für eine solche Maßnahme. Es gebe keinerlei Beweise, daß diese Männer schon infiziert nach Großbritannien einwanderten.⁵⁵⁰ Im Bezug auf die Migranten bemühte man sich im Gesundheitsministerium so um eine sehr sachliche Herangehensweise.

Allerdings richtete sich auch bei diesem Problem, den an Gonorrhöe erkrankten männlichen Immigranten, der Blick wieder auf die promiskuösen Frauen. Die „asymptomatic promiscuous women“ galten in offiziellen Stellungnahmen des Gesundheitsministeriums als „ultimate reservoir of gonococcal infection“. ⁵⁵¹ Die Ministerialbeamten diskutierten ausführlich, wie sich die Krankheiten von den Immigranten über promiskuöse Mädchen, die meist vom Land nach London kämen und mit diesen Männern zusammenlebten, weiterverbreiten würden und was man dagegen tun könne.⁵⁵² In einem Informations-

⁵⁴⁶ Artikel „Get rid of the scum“ in: NEWS OF THE WORLD, 8. 6. 1958; vgl. auch BLAND and MORT, Look Out, S. 145.

⁵⁴⁷ PRO, MH 55/2321, Home Office an Dodds, Ministry of Health, 29. 9. 1958; PRO, MH 55/2321, Heald an White, 14. 11. 1958. In dieser Notiz hieß es: „It is not simply that we should avoid embarrassing the other departments concerned by anything we produce ourselves, but also this juncture we must clearly avoid anything which may stir up feeling against the immigrants. Therefore we can hardly organise comment on this by medical journals“

⁵⁴⁸ PRO, MH 55/2322, Minister of Health Derek Walker-Smith an John Boyd Carpenter MP, März 1960; vgl. auch WILLCOX, Immigration, S. 225.

⁵⁴⁹ Vgl. insgesamt die Akte PRO, MH 55/2321.

⁵⁵⁰ EVENING NEWS, 22. 2. 1960.

⁵⁵¹ PRO, MH 55/2323, Note by the Department, Venereal Disease, für das Standing Medical Advisory Committee, 1961.

⁵⁵² PRO, MH 55/2321, Office Talk, 9. 2. 59.

schreiben des Ministeriums an die LHAs rekurrierte man also nicht auf die Immigranten, vielmehr hieß es dort:

it is clear that a relatively small group of promiscuous infected women constitutes a most important factor in spreading the diseases. It is the apparent enlargement of this infected group that is the principal cause for concern. Repeated infections in men probably contribute to the increase in reported cases, and it is known that these frequently occur, particularly amongst men who spend long periods away from home. Such men probably attend for treatment without hesitation, but the women concerned either because they are unaware of their activities may well fail to attend at all or attend only after they may have infected a number of men.⁵⁵³

Eine relativ umfassende Untersuchung der *British Cooperative Clinical Group* aus dem Jahr 1963 über die weiblichen Kontakte von Immigranten konnte allerdings keinen Beweis für diese von offizieller Seite stets aufrechterhaltenen Thesen erbringen. In dem zusammenfassenden Bericht wiesen die Forscher darauf hin, daß es keine Belege für eine direkte Verbindung zwischen den an Gonorrhöe erkrankten, promiskuösen britischen Frauen und Immigranten aus der Karibik gebe.⁵⁵⁴ In zahlreichen anderen Artikeln wurde aber diese nicht belegte These stets beibehalten.⁵⁵⁵ Letztlich wurden vom Gesundheitsministerium trotz anhaltender interner Diskussionen keine gesundheitspolitischen Zwangsmaßnahmen gegen die Gruppe der Einwanderer beschlossen.⁵⁵⁶ Man kam vielmehr zu dem Schluß, daß man die zahlreichen Infektionen bei Immigranten auf Grund deren sozialer Lage kaum verhindern könne. Die Strategie blieb, Aufklärung zu verstärken und die Einwanderer besser über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten aufzuklären.⁵⁵⁷ Wieviel es jedoch gerade bei dieser Problemgruppe tatsächlich nützte, einige Artikel in der Presse zu lancieren und die LHAs aufzufordern, das Aushängen von Postern zu verstärken, ist sehr fraglich. Die Entwicklung der Krankheitszahlen unter den Immigranten wurde weiterhin sehr genau verfolgt, auch wenn sich daraus keine besonderen gesundheitspolitischen Maßnahmen ableiteten: Untersuchungen und Erhebungen über die Präsenz der Gonorrhöe bei dieser Patientengruppe und auch über deren soziales Umfeld und deren Kontakte führte die *Cooperative Clinical Group* der *Medical Society for the Study of Venereal Diseases* seit 1958 ständig durch.⁵⁵⁸ Auch das Ministerium selbst startete 1962 eine Umfrage in Städten mit hoher Einwandererzahl wie Birmingham, Manchester und Sheffield.⁵⁵⁹

⁵⁵³ PRO, MH 55/2321, Circular to all Health Authorities, Draft, Juni 1959.

⁵⁵⁴ BRITISH COOPERATIVE CLINICAL GROUP, Age and Race Groups, S. 39.

⁵⁵⁵ WILLCOX et al., Contact Investigation, S. 167; WILLCOX, Immigration, S. 225.

⁵⁵⁶ Vgl. zur Diskussion PRO, MH 55/2321.

⁵⁵⁷ PRO, MH 55/2322, Todd-White an Histed, 21. 10. 1960.

⁵⁵⁸ PRO, MH 55/2323, Note by the Department, Venereal Disease, für das Standing Medical Advisory Committee, 1961; sowie PRO, MH 154/202 British Cooperative Clinical Group 1962 Gonorrhoea Study, die die Gonorrhöekranken nach ihrem Herkunftsort untersuchte; vgl. auch Venereal Diseases in England and Wales.

⁵⁵⁹ PRO, MH 55/2323, King an Burbridge, 26. 7. 1962.

In Großbritannien wurde auch ein weiteres Phänomen zunehmend im Zusammenhang mit Geschlechtskrankheiten wahrgenommen: die Homosexualität. Bereits im offiziellen Report für 1957 verwies das Gesundheitsministeriums darauf, daß neuerdings unter den an Syphilis erkrankten viele Homosexuelle seien.⁵⁶⁰ Wie bei anderen Entwicklungen zeigte sich das Phänomen zunächst in der Großstadt London. In den dortigen *VD-Centres* wurde eine steigende Zahl an homosexuellen Männern behandelt (vgl. die folgende Tabelle).

Solche Zahlen galten in der Öffentlichkeit Beweis für eine schockierende Zunahme der Homosexualität.⁵⁶¹ Von medizinischer Seite wurden sie als Zunahme der Zahl homosexueller Geschlechtskranker interpretiert. Letztlich sind die Zahlen aber wohl dahingehend zu deuten, daß Homosexuelle, die Analinfektionen hatten und ihre Homosexualität nicht kaschieren konnten, eher den Mut entwickelten, in die öffentlichen *Treatment Centres* zu gehen. Früher ließen sie sich wohl, wenn überhaupt, dann bei einigen wenigen vertrauenserweckenden Privatärzten behandeln. Dieses veränderte Verhalten untermauerten auch einige soziologische Studien.⁵⁶² Den Wandel hatte vor allem die Veröffentlichung des *Wolfenden Report* im Jahr 1957 bewirkt, der empfahl, Homosexualität nicht mehr grundsätzlich als Straftat zu verfolgen. Dies wurde zwar erst zehn Jahre später, 1967, im *Sexual Offences Act* umgesetzt, dennoch schuf der Bericht eine etwas offenerere gesellschaftliche Atmosphäre, in der homosexuelle Männer ihre Veranlagung eher eingestanden.⁵⁶³ Einige Studien über Homosexualität erschienen beispielsweise kurz nach der Veröffentlichung des *Wolfenden Report* mit Vorworten des Komiteevorsitzenden John Wolfenden, die versuchten, sich des Themas weniger vorurteilsbeladen und unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten anzunähern.⁵⁶⁴

Die äußerst problematische Rechtslage für homosexuelle Männer blieb aber in Großbritannien zunächst bestehen. Die Strafen für „homosexuelle Vergehen“ waren hoch. Homosexuelle, die der „Unzucht“ überführt wurden, kamen meist ins Gefängnis und hatten danach große Schwierigkeiten, wieder ein „nor-

⁵⁶⁰ PRO, MH 55/2323, Note by the Department Venereal Disease, für das Standing Medical Advisory Committee, 1961; vgl. auch MORTON, Geschlechtskrankheiten, S. 36.

⁵⁶¹ MORTON, Geschlechtskrankheiten, S. 121.

⁵⁶² SCHOFIELD, Social Aspects, S. 131; LAIRD, Pattern, S. 82; oder JEFFRIES, Homosexually-Acquired Venereal Diseases.

⁵⁶³ WOLFENDEN, Turning Points, S. 144; MORTON, Geschlechtskrankheiten, S. 121; CHESSE, Live, S. 29–63. Vgl. zur problematischen Lage der Homosexuellen in den 1950er Jahren in Großbritannien WESTWOOD, Society; LESLEY A. HALL, Sex, S. 162–4. Vgl. zum Wolfenden Report ausführlich oben, S. 353.

⁵⁶⁴ Hierzu Chesser mit dem programmatischen Titel „Live and Let Live“ von 1958; sowie WESTWOOD, Minority, von 1960. Beide Bücher haben ein Vorwort von John Wolfenden, der jeweils dafür plädierte, das „Problem der Homosexualität“ gründlicher zu untersuchen, um es besser verstehen zu lernen. Gordon Westwood war ein Pseudonym für Michael Schofield, der ab 1965 Untersuchungen über dieses Themengebiet unter seinem richtigen Namen herausgab, vgl. LESLEY A. HALL, Sex, S. 167–8.

Tabelle 21: Syphilis im Frühstadium, übertragen durch homosexuelle Kontakte⁵⁶⁵

VD Centre	Fälle insgesamt	Homosexuelle	Anteil Homosexueller
St Mary's Hospital	113	81	72%
St Peter and Paul's Hospital	46	30	65%
St Bartholomew's Hospital	24	15	63%
St Thomas' Hospital	61	32	52%
London Hospital	35	5	14%

males“ Leben zu führen.⁵⁶⁶ Das Maximal-Strafmaß für *Buggery* (Analverkehr) war beispielsweise lebenslänglicher Freiheitsentzug. Solche hohen Strafen wurden jedoch kaum noch verhängt. Oft jedoch kamen Männer wegen *Importuning* (sexuelle Belästigung) ein bis mehrere Jahre ins Gefängnis. Die Strafmaße hingen stark von der örtlichen Praxis der Polizei, dem Geschick des Angeklagten bei seiner Verteidigung und der Einstellung des Richters ab. Die Gesetzeslage wurde seit der Veröffentlichung des *Wolfenden Reports* zunehmend als ungerecht und völlig kontraproduktiv empfunden.⁵⁶⁷ Der Bericht hatte sowohl empfohlen, die nur in Großbritannien bestehende Unterscheidung zwischen *Buggery* und anderen homosexuellen Akten aufzuheben, wie auch private homosexuelle Akte zwischen zwei über 21jährigen Personen grundsätzlich als nicht strafwürdig einzustufen. Diese Vorschläge verursachten zwar einen großen Aufruhr in der Presse, wurden aber, so die Meinung verschiedener zeitgenössischer Autoren, überwiegend positiv aufgenommen.⁵⁶⁸ Gleichzeitig vertraten aber zahlreiche Politiker und konservative gesellschaftliche Gruppen in den 1960er Jahren noch die Meinung, daß Homosexualität „ansteckend“ sei. Homosexualität wurde als „Krebserkrankung der Gesellschaft“ gesehen; man glaubte, homosexuelle Männer würden „normale“ zu diesem Lebenswandel verführen. Dies schade der „normalen“ Gesellschaft und ihrer Basis, der Familie.⁵⁶⁹

Wegen der problematischen Gesetzeslage war es nur folgerichtig, daß viele Homosexuelle sich scheuten, in Kliniken zu gehen, weil sie Krankheiten hatten, die sie ganz offensichtlich auf Grund einer zu ahndenden Straftat bekommen hatten. Männer, die keine Analinfektionen hatten, gaben sich nur in seltensten Fällen als Homosexuelle zu erkennen, da es bei ihnen nicht erkennbar

⁵⁶⁵ Nach Ministry of Health, On the State of Public Health 1961, S. 59. Homosexuelle Männer waren nur bei Analinfektionen eindeutig identifizierbar bzw. durch eigene Aussage, was allerdings sehr selten vorkam.

⁵⁶⁶ Vgl. SCHOFIELD, Sociological Aspects, S. 193–202; WESTWOOD, Minority, S. 136–65, 193; CHESSER, Live, S. 44–6; JEFFRIES, Venereal Disease and the Homosexual, S. 20.

⁵⁶⁷ SCHOFIELD, Sociological Aspects, S. 9, 193; CHESSER, Live, S. 44–6, 60–3; WESTWOOD, Minority, S. 37.

⁵⁶⁸ CHESSER, Live, S. 13–4.

⁵⁶⁹ SCHOFIELD, Social Aspects, S. 130, LESLEY A. HALL, Sex, S. 167.

war.⁵⁷⁰ Die Behandlung blieb zwar eigentlich anonym und vertraulich. In kleineren Städten war aber Anonymität kaum zu erreichen, so daß sich dort Homosexuelle in öffentlichen *VD-Centres* praktisch nicht behandeln ließen. Deswegen stiegen vor allem die Zahlen in den großen *Treatment Centres* in London an.⁵⁷¹

Viele Homosexuelle bezogen Geschlechtskrankheiten zudem ausschließlich auf Heterosexuelle, zumindest hatten sie diesen Eindruck aus Aufklärungsmaterial gewonnen, und hielten sich selbst für nicht gefährdet. Dies wurde auch Mitte der 1960er Jahre noch in der Fachpresse bemängelt: daß homosexuelle Praktiken auch zu Geschlechtskrankheiten führen könnten, sei viel zu wenig bekannt.⁵⁷² Sowohl die Scheu vor staatlichen Einrichtungen und den *VD-Centres* als auch die Unwissenheit vieler Männer begann sich seit Publikation des *Wolfenden Report* zu ändern. Viele Ärzte begrüßten es, daß sich Homosexuelle zunehmend in den öffentlichen Ambulanzen untersuchen ließen, da die Zentren wesentlich besser mit Diagnosemöglichkeiten und Labors ausgestattet waren als eine Privatpraxis.⁵⁷³ Die Art der Behandlung der Homosexuellen hing jedoch stark von der Einstellung des Personals ab. In manchen Zentren wurden sie nach wie vor wie Verbrecher behandelt. Die Erfahrungen der Patienten gestalteten sich daher ganz unterschiedlich:

It's ghastly in that clinic. One is treated like a criminal. The doctor is off-hand and unpleasant – if that's the job the man has chosen to do, he should make more effort to do it decently.

The first time I got V.D. I went to the X hospital. I had it in the back and there was no disguising how I got it. If I'd stamped on a baby I couldn't have been given darker looks. So next time I went to Y's hospital where they were very good. They said: 'We're not interested in your morals, we're here to cure you'.⁵⁷⁴

Das Personal der Kliniken hatte oftmals große Vorurteile gegenüber diesen Patienten. Zwei Sozialbetreuer einer Londoner Klinik, die versuchten, homosexuelle Patienten in einem *VD-Centre* über ihre Sexualität zu interviewen, hielten nach eigener Aussage Homosexualität für eine verachtenswerte Abnormalität.⁵⁷⁵ Die Sozialarbeiter in den Londoner Zentren beschrieben die Homosexuellen meist als sehr promiskuiös, insbesondere die jungen Männer, die angeblich ständig in den *Gay Clubs* nach neuen Männerfreundschaften suchten. Nur wenigen wurde zuerkannt, ein nützliches Leben, ein „useful life“

⁵⁷⁰ JEFFRIES, *Homosexually-Acquired Venereal Diseases*, S. 46–7; DERS., *Venereal Disease and the Homosexual*, S. 17.

⁵⁷¹ SCHOFIELD, *Social Aspects*, S. 132; JEFFRIES, *Venereal Disease and the Homosexual*, S. 17–20.

⁵⁷² PRO, MH 151/76, Report von Mr. Ambrose King über das Symposium on Venereal Disease Control, Stockholm 24.–28. 9. 1961; vgl. auch FLUKER, *Trends*.

⁵⁷³ SCHOFIELD, *Social Aspects*, S. 131.

⁵⁷⁴ Zitiert nach SCHOFIELD, *Social Aspects*, S. 132.

⁵⁷⁵ Vgl. hierzu und zum folgenden BIRD, *Problems* S. 218–9; GREEN und MOORE, *Homosexual*.

mit einem festen Partner zu führen. Über ältere Männer, die stets auf der Suche nach jungen Männern für sexuelle Beziehungen seien, urteilten Mitarbeiter der *VD-Centres* noch harscher.

Für keinen der drei „neuen“ Problembereiche, Jugendliche, Immigranten und Homosexuelle, entwickelte das Gesundheitsministerium besondere gesundheitspolitische Maßnahmen. Man versuchte lediglich seit Ende der 1950er Jahre, die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten insgesamt zu intensivieren. Das *Contact Tracing*, also die Suche nach den Infektionsquellen, sollte weiter verbessert werden.⁵⁷⁶ Dabei zielte man immer noch auf die Gruppe der Prostituierten und *Amateurs*, die man auf diesem Wege einer Behandlung zuführen wollte. Auch in Großbritannien war man weiterhin der Meinung, daß die wichtigsten Verbreiter der Gonorrhöe diese Frauen seien.⁵⁷⁷ In verschiedenen Rundschreiben des Gesundheitsministeriums an die lokalen Gesundheitsbehörden wurde immer wieder darauf hingewiesen, daß man vor allem infizierte Prostituierte und Gelegenheitsprostituierte aufspüren sollte.⁵⁷⁸ 1962 überlegte man sich im Gesundheitsministerium erneut, wie man die Frauen dazu bringen könne, die *VD-Centres* aufzusuchen und deren Angebote wahrzunehmen:

It has recently been suggested and is now being considered, that the most important group of people to bring into our net is the large asymptomatic pool of promiscuous women and, indeed other girls and women who may, we believe, frequently think that venereal diseases are peculiar to men and who are also unaware that venereal disease clinics exist to carry out examinations in apparently uninfected people.⁵⁷⁹

1962 wurde im Ministerium zudem ein Fragenkatalog erstellt, um das *Contact Tracing* in den einzelnen LHAs erneut zu erfassen und mit Hilfe der Ergebnisse eine effizientere Vorgehensweise zu entwickeln. Aus der Umfrage ging zum einen hervor, wie unterschiedlich sich die Situation in den einzelnen Zentren darstellte und wie disparat letztlich die Maßnahmen zum Aufspüren der Infektionsquellen bleiben mußten.⁵⁸⁰ Zum anderen gab es divergierende Meinungen,

⁵⁷⁶ PRO, MH 55/2323 Burbridge an Bradley, 16. 2. 1962.

⁵⁷⁷ PRO, MH 55/2321, Heald to White, 14. 11. 1958, in dieser Mitteilung hieß es: „From various studies it is clear that a relatively small group of promiscuous infected women constitutes a most important factor in spreading the disease.“ Vgl. auch PRO, MH 151/76, Report von Mr. Ambrose King über das Symposium on Venereal Disease Control, Stockholm 24.–28. 9. 1961.

⁵⁷⁸ PRO, MH 55/2315, Rundschreiben Ministry of Health an die LHAs, 27. 4. 1959.

⁵⁷⁹ PRO, MH 55/2190, Minute Burbridge to Miss Crawter, 31. 8. 1962.

⁵⁸⁰ PRO, MH 55/2323, Burbridge an Bradley, 16. 2. 1962; folgende Punkte werden aufgezählt: „1. Are contact slips always issued to individual patients, 2. Is the formula used by all doctors in doing so a satisfactory one leading to results of an equally high standard, 3. Is it universal practice at the second visit for the doctor to enquire whether the contact slip was presented to the consort; 4. To what extent is a filing system for contact slips used particularly in small clinics; 5. Can this system be improved without exorbitant extra cost or time consumption; 6. Is it possible for these social workers to cover the clerical work themselves or to supervise the work; 9. Can it be said where the obligation lies to provide social workers for VD clinics where this is not a matter for amicable agreement; 9. Is it possible to provide a

wie man am besten die Suche nach Infektionsquellen intensivieren sollte, wenn die *Contact-slip*-Methode nicht fruchtete. Die meisten Ärzte und Angestellten der *VD-Centres* wollten die zuständigen *Medical Officers of Health* benachrichtigen, also im wesentlichen bei dem bis dato praktizierten Verfahren bleiben. Andere wiederum hielten es durchaus für gerechtfertigt, die Polizei einzuschalten, also grundsätzlich schärfere gesundheitspolitische Maßnahmen einzusetzen. Einige wenige schließlich versprachen sich vom *Contact Tracing* insgesamt kaum Erfolg und plädierten eher dafür, dieses Verfahren nicht zu intensivieren und sich auf die Behandlung zu konzentrieren.⁵⁸¹ Dem Ministerium wie auch vielen Leitern der Geschlechtskranken-Behandlungszentren war aber weiterhin sehr daran gelegen, das *Contact Tracing* beizubehalten und zu verstärken. Neue Ressourcen wie etwa zusätzliche Sozialarbeiter für die *VD-Centres* wurden jedoch nicht eingesetzt. Die Regelungen bei der Suche nach Infektionsquellen bestimmten weiterhin die ortsansässigen *Medical Officers of Health*, die sich nach den lokalen Gegebenheiten richten mußten. Erst 1963 wurden in zwei großen städtischen Kliniken Londons versuchsweise zusätzliche Mitarbeiter für Nachforschungen nach Infektionsquellen eingestellt. Nachdem sich die Resultate als recht günstig herausstellten, also viele Partner dadurch gefunden und behandelt werden konnten, wurde diese Aktion auf andere Londoner Kliniken ausgedehnt.⁵⁸² Bei Homosexuellen wollte man eigentlich ebenfalls die Forschung nach Infektionsquellen verbessern. Hier gestaltete sich die Prozedur aber als besonders schwierig, da diese Gruppe wegen der zu erwartenden rechtlichen Konsequenzen kaum ihre Sexualpartner angeben wollte. In solchen Fällen hätte es zumindest einer besseren Ausbildung der Sozialarbeiter bedurft, die die Patienten befragten.

Gleichzeitig befaßte man sich in Großbritannien bereits Ende der 1950er Jahren relativ ausführlich mit den Gefahren, die eine angeblich zunehmende Resistenz der Geschlechtskrankheitenerreger gegen Penicillin barg.⁵⁸³ Das übermäßige Vertrauen in diese Medikamente wurde generell von Ärzten wie auch in der Presse kritisiert, da es letztlich dazu führe, die Krankheiten nicht ernst genug zu nehmen.⁵⁸⁴ Ein anderes Problem, das besonders vom Gesundheitsministerium gesehen wurde, war, daß sich manche Patienten privat von niedergelassenen Ärzten behandeln ließen. Meistens gaben die Ärzte Antibiotika, bevor die Diagnose bestätigt war, hatten gar kein ausreichendes diagnosti-

basic scale for the provision of social workers and if necessary clerks to VD clinics of various sizes; 10. Is it possible in general to say that of x contact slips issued in any given period at any clinic y have resulted in the effective examinations of Contacts?

⁵⁸¹ BURGESS, *Contact-Tracing-Procedure*, S. 113.

⁵⁸² *Venereal Diseases in England and Wales*, S. 55.

⁵⁸³ PRO, MH 55/2321, Murphy to Chief Medical Officer, 17. 6. 1957.

⁵⁸⁴ PRO, MH 55/2323, Artikel „George Kent/Wilfred Greatorex: Once More VD“ aus *Readers' Digest*, August 1961, der vervielfältigt und an alle LHAs geschickt wurde.

sches Instrumentarium und kümmerten sich nicht genug um Nachuntersuchungen.⁵⁸⁵

Wegen all dieser Probleme und des weiteren Ansteigens der Krankheitszahlen wurden immer wieder Anfragen von einzelnen Abgeordneten oder Bürgern an das Gesundheitsministerium gerichtet, ob nicht wieder wie zu Kriegszeiten Zwangsmaßnahmen eingeführt werden könnten. Grundsätzlich blieb man im Ministerium jedoch sehr skeptisch gegenüber einem gesetzlich festgelegten Zwang, sich behandeln zu lassen, wenn man an Geschlechtskrankheiten erkrankt war. Ein Zwang zur Untersuchung und Behandlung wurde aus prinzipiellen Überlegungen verneint. Das Gesundheitsministerium lehnte derartige Maßnahmen auch aus praktischen Erwägungen ab, da sie eher abschrecken und kaum nützen würden.⁵⁸⁶

Die Diskussion lebte dennoch immer wieder auf. 1962 gab es z.B. eine Anfrage im Unterhaus, ob der *Minister of Health* eine neue Regelung in Betracht ziehen würde. Dem entgegnete der damalige konservative Gesundheitsminister Enoch Powell, daß sich die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Großbritannien stets auf folgende Grundsätze berufen habe und diese auch weiter beibehalten werden sollen: Erstens freiwillige Untersuchung und Behandlung, zweitens Behandlung ohne Kosten für die Patienten, drittens Suche nach den Kontakten der Infizierten, um jene zu überzeugen, ein *Treatment Centre* aufzusuchen und viertens öffentliche Aufklärung und Erziehung. Der letzte Punkt könne allerdings deutlich ausgebaut werden. In der Einführung einer Zwangsbehandlung dagegen sah der Minister deutlich mehr Nach- als Vorteile, da sich dann die Patienten höchstwahrscheinlich nicht mehr richtig medizinisch behandeln lassen würden:

It is possible that any gain secured by compulsion would be more than offset by the prejudicial effect it would have.⁵⁸⁷

Am 3. Juli 1962 forderte der Abgeordnete Richard Marsh, der schon in den Jahren zuvor energisch für härtere Maßnahmen plädiert hatte, die Wiedereinführung der Zwangsbehandlung, die während des Krieges unter *Defence Regulation 33B* gültig gewesen war.⁵⁸⁸ Als Begründung führte er die Zahl der Todesfälle an, die angeblich durch Syphilis verursacht würden und verwies zudem auf das Argument der Übertragbarkeit der Krankheit von der Mutter auf das ungeborene Kind. Marsh rekurrierte in einer Zeit, als Syphilis längst heilbar war und nur noch ganz selten syphilitische Babies zur Welt kamen, da die meisten an Syphilis erkrankten Mütter auch während ihrer Schwangerschaft geheilt werden konnten, auf die alten Argumente der familien- und bevölke-

⁵⁸⁵ PRO, MH 55/2323, Note by the Department, Venereal Disease, für das Standing Medical Advisory Committee, 1961.

⁵⁸⁶ PRO, MH 55/2322, Edith Pitt an Ben Parikin, House of Commons, 21. 9. 1960.

⁵⁸⁷ PRO, MH 55/2315, Draft vom 18. 6. 1962.

⁵⁸⁸ Vgl. hierzu ausführlich oben S. 314.

rungszerstörenden Krankheit, um seine Beweisführung zu untermauern.⁵⁸⁹ Allerdings blieben sogar bei ihm Bedenken, wie sehr die persönliche Freiheit für diese Maßnahmen eingeschränkt werden dürfe. Darin unterschied sich die britische Diskussion deutlich von der deutschen Nachkriegsdebatte:

The only argument which, in my view, can be levelled against the bill is that it infringes personal liberty. But we are faced now with a problem which affects not dozens scores, hundreds or even thousands but hundreds of thousands of our people.⁵⁹⁰

Im Gesundheitsministerium lehnte man jedoch weiterhin Zwangsmaßnahmen ab und setzte auf das schon erprobte *Contact Tracing* und bessere Nachkontrollen der Patienten. In einem Bericht für das *Standing Medical Advisory Committee* von 1961 faßte das Gesundheitsministerium nochmals seine Haltung zusammen:

From time to time the suggestion arises that there should be compulsory notification of venereal disease as a more effective means of control [...] If compulsory notification was introduced it would endanger the confidentiality of information obtained in regard to a person seeking treatment and there would be a risk that patients would be reluctant to seek medical advice for fear of the condition becoming known to relations and friends. Also, the moral implications of the diseases might cause doctors to be reluctant to notify. At it is generally agreed that notification is useless unless it is backed by compulsory treatment. The major question that arises is whether compulsory treatment would be more effective in controlling the diseases than the voluntary system. [...] There are however fundamental objections of principle from the point of view of the liberty of the subject to compulsion of this kind and it was not thought justifiable to continue the Regulation 33B in peacetime. [...] In general, there would need to be overwhelming evidence that it was in the national interest before re-introduction of such compulsion should be notified.⁵⁹¹

Stets wurden die Persönlichkeitsrechte als das zu bewahrende Gut eingeschätzt und gegenüber Zwangsmaßnahmen verteidigt. Dies mag auch das folgende Beispiel bestätigen: Prophylaktische Routine-Bluttests gab es in Großbritannien seit 1954 für Schwangere, wobei einige latente Syphiliserkrankungen erkannt wurden.⁵⁹² Überlegungen, diese Bluttests zwingend auf Problemgruppen auszudehnen, wie in der Presse angeregt wurde, stießen bei den *Medical Officers of Health* wie auch im Ministerium auf Widerstand: Hierzu hätten die Persönlichkeitsrechte in einem Maße eingeschränkt werden müssen, das man nicht bereit war, mitzutragen.⁵⁹³ Generell bemühte man sich durch medizinische Untersuchungen, die teils vom Ministerium, teils von der BMA oder auch von Zusammenschlüssen von Venerologen initiiert wurden, das Problem

⁵⁸⁹ Parliamentary Debates, House of Commons, Session 1961/62, 3. 7. 1962, Sp. 292.

⁵⁹⁰ Parliamentary Debates, House of Commons, Session 1961/62, 3. 7. 1962, Sp. 292–3.

⁵⁹¹ PRO, MH 55/2323, Note by the Department, Venereal Disease, für das Standing Medical Advisory Committee, 1961.

⁵⁹² Ähnliche Routinetests gab es für zur Adoption freigegebene Kinder und für die Aufnahme in Mutter- und Kind Heime. PRO, MH 55/2323, Note by the Department, Venereal Disease, für das Standing Medical Advisory Committee, 1961; Venereal Diseases, S. 43.

⁵⁹³ PRO, MH 55/2323, Artikel „George Kent/Wilfred Greatorex: Once More VD“ aus Readers' Digest, August 1961, der vervielfältigt und an alle LHAs geschickt wurde.

schärfer zu fassen und Ursachen besser kennenzulernen.⁵⁹⁴ Letztlich versuchte man, abzuwarten und das Problem des Anstiegs der Geschlechtskrankheiten vernünftig zu behandeln, scheute aber auch Kosten und jegliche übergreifende Neuregelung, die zum Beispiel eine Umgestaltung der *VD-Centres* mit sich gebracht hätte.

Im Parlament gab es nicht nur Kritik; die zurückhaltenden Äußerungen des Gesundheitsministeriums wurden auch unterstützt. Viele Abgeordnete sahen eine Lösung vor allem in einer verbesserten Aufklärung und Gesundheitserziehung. Hier setzte auch das Gesundheitsministerium an.⁵⁹⁵ Zunächst bemühte sich das Ministerium vor allem, die LHAs zu animieren, alle Ressourcen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten einzusetzen und schon vorhandene Aufklärungsmöglichkeiten auch zu nutzen.⁵⁹⁶ 1960 wurden die LHAs erneut aufgefordert, die Öffentlichkeitsarbeit zu verstärken und sich an der *Venereal Diseases-Educational Campaign* zu beteiligen.⁵⁹⁷ Neue Handzettel mit dem Titel „You should know the facts“ standen zur Verfügung und konnten angefordert werden. Ein Film, der nach Meinung des Ministeriums besonders auf die Probleme der jungen Leute zugeschnitten war, lag ebenfalls vor und konnte ausgeliehen werden: „The People at Nr 19“. Der Film beschrieb ein junges Paar, das eine große Krise zu überwinden hatte. Als der Arzt die Schwangerschaft der jungen Frau bestätigt, zeigt sich, daß sie sich schon vor der Heirat eine Syphilis zugezogen hat. Obwohl die Behandlung ihr die Geburt eines gesunden Babys ermöglicht und auch sie selbst wieder gesundet, wird der moralische Aspekt des Geschehens besonders betont.⁵⁹⁸ Der vom Ministerium als äußerst geeignet empfundene Film dürfte jedoch nur wenig Bezug zu jungen unverheirateten Leuten und deren Lebenssituation gehabt haben. Anfang der 1960er Jahre wurden dann einige TV-Programme produziert, von denen Zusammenschnitte ebenfalls den LHAs zur Verfügung standen.⁵⁹⁹

Weitere Maßnahmen waren verstärkte Poster-Kampagnen. Dazu wurden neue Motive entwickelt: Die Poster verzichteten nun in ihrem Erscheinungsbild auf die ominöse Hand in Verbindung mit den Buchstaben *VD*, die auf früheren Postern auf die unschönen Folgen der Geschlechtskrankheiten und die damit verbundene Scham aufmerksam machte. Auch Hinweise auf die Zerstörung des Familienlebens und auf Schädigungen von Babys fehlten nun. Auf einem der neuen Poster erschienen nun lediglich die Silhouetten einer Frau und eines Mannes vor den großen Buchstaben *VD*. Der Text war stärker informativ:

⁵⁹⁴ PRO, MH 55/2323, O'Brien an Dr. Roden, 14. 8. 1962.

⁵⁹⁵ PRO, MH 55/2322, Donald Johnson, MP an Enoch Powell, Minister of Health, 31. 12. 1960; vgl. auch MORTON, Education, S. 238.

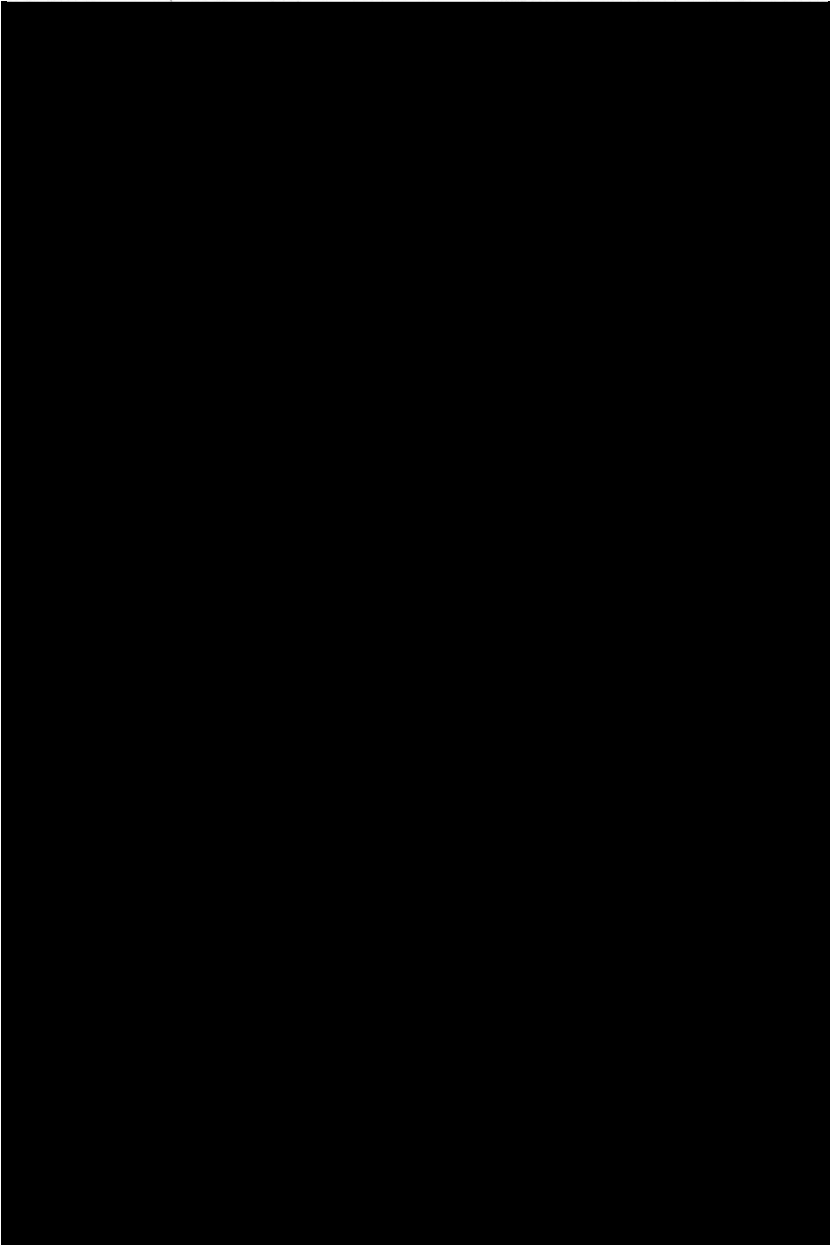
⁵⁹⁶ PRO, MH 55/2322 Edith Pitt an Ben Parikin, House of Commons, 21. 9. 1960.

⁵⁹⁷ PRO, MH 55/2322 Ministry of Health to all Local Health Authorities, 17. 6. 1960; ebenda, Todd White an Histed, 21. 10. 1960.

⁵⁹⁸ PRO, MH 55/2322 Ministry of Health to all Local Health Authorities, 17. 6. 1960.

⁵⁹⁹ Venereal Diseases in England and Wales, S. 45.

Abbildung 8: Poster „VD can be cured – but delay is dangerous“⁶⁰⁰



⁶⁰⁰ PRO, MH 55/2190, VD Poster von 1961.

Venereal Disease is almost always caught through sexual intercourse with an infected person, who may have it without knowing. Only skilled treatment can cure it. A VD Specialist should be consulted by anyone who has risked infection – advice and treatment are free and confidential.⁶⁰¹

Die Reichweite dieser Maßnahmen war jedoch gering. Ein großes Problem blieb das Plazieren dieser Poster. Der *Medical Officer* von Great Yarmouth schrieb an das Gesundheitsministerium 1961, daß es sehr gut wäre, wenn diese Poster auch in Apotheken, Pensionen, auf Campingplätzen und an ähnlichen Stätten angebracht würden; allerdings hielt er dies für unrealistisch. Ausgehängt wurden die Poster nach wie vor in öffentliche Toiletten, selten in Jugendclubs und Fabriken. Die Probleme dieser Regelung waren offensichtlich:

Finally one has to recognise that probably not a very larger proportion of the general population on a town use public lavatories and that the great advertising medium of the moment is television.⁶⁰²

Die praktische Ausführung der Aufklärungsmaßnahmen gestaltete sich also oft schwierig. *Medical Officers* verschiedener Bezirke beklagten sich, daß gerade in öffentlichen Toiletten die Poster heruntergerissen und verunstaltet würden. 1961 versuchte man dann auch Poster mit weniger ausdrücklichen Formulierungen zu kreieren, um sie besser in Cafés etc. verwenden zu können.⁶⁰³

Es gab wiederholt heftige Kritik an diesen Propaganda- und Aufklärungsmaßnahmen. Im Parlament wurde stark bezweifelt, ob diese Maßnahmen überhaupt wirksam seien. Viele Menschen hatten die großen Kampagnen während des Krieges als äußerst effektiv empfunden, da hier Presse und Rundfunk stärker einbezogen waren. Mittlerweile sei es aber sehr schwierig für den Normalbürger, Informationen und Adressen über die Behandlung von venerischen Krankheiten zu bekommen, kritisierte ein Parlamentsabgeordneter im Dezember 1960.⁶⁰⁴ Auch in der Presse wurde die geringe Wirksamkeit der öffentlichen Kampagnen bemängelt. Von ca. 300 Patienten einer VD-Ambulanz, die 1961 interviewt wurden, hatten lediglich 10 die öffentlichen Warnungen vor den Gefahren der Geschlechtskrankheiten wahrgenommen.⁶⁰⁵ Letztlich hing auch hier viel vom Einsatz der LHAs und ihrer *Medical Officers* ab. Einige wenige Lokalverwaltungen hatten seit Anfang der 1960er Jahre eigene *Health Education Officers* eingestellt, die den Stab der Gesundheitsbehörde verstärkten.

⁶⁰¹ PRO, MH 55/2190, VD Poster von 1961.

⁶⁰² PRO, MH 55/2190, Medical Officer of Health, County Borough of Great Yarmouth an Senior Medical Officer, Ministry of Health, 28. 3. 1961.

⁶⁰³ PRO, MH 55/2190, County Medical Officer, Isle of Wight, an Dr. Seeley, Ministry of Health, 23. 3. 1961.

⁶⁰⁴ PRO, MH 55/2322, Ausschnitt aus der Debatte im House of Commons am 12. 12. 1960 über Venereal Diseases; Fragen an den Gesundheitsminister.

⁶⁰⁵ PRO, MH 55/2322; PRO, MH 55/2323, Artikel „George Kent/Wilfred Greator: Once More VD“ aus Readers' Digest, August 1961, der vervielfältigt und an alle LHAs geschickt wurde.

Dort waren dann auch die Bemühungen um eine Aufklärung über Geschlechtskrankheiten intensiviert worden. In Sheffield wurde beispielsweise das erste *Health Education Centre* in Großbritannien eingerichtet.

Erst Mitte der 1960er Jahre verstärkte sich das Interesse an Gesundheitserziehung für Jugendliche. Nachdem sowohl ein Bericht im Jahr 1964 als auch eine Untersuchung des Erziehungsministeriums⁶⁰⁶ eine verstärkte Sexualerziehung gefordert hatten, wurden auch Anstrengungen im Bereich der Geschlechtskrankheiten verstärkt.⁶⁰⁷ Dazu beigetragen hatte außerdem die bereits diskutierte Studie von Michael Schofield über das sexuelle Verhalten junger Leute. Schofield hatte darauf verwiesen, wie schlecht die Kenntnisse unter jungen Leuten über Geschlechtskrankheiten, deren Symptome und Gefahren seien und wie dringend in diesem Bereich eine verstärkte Aufklärung benötigt würde.⁶⁰⁸ Die Ergebnisse dieser Umfragen führten schließlich dazu, daß die Anstrengungen im Bereich der Aufklärung, Sexualerziehung und Propaganda für die *VD-Centres* intensiviert wurden.

In Großbritannien war man früher als in der Bundesrepublik neuen Problemen ausgesetzt bzw. nahm sie stärker wahr. Dies führte zu einer intensiven Auseinandersetzung sowohl auf politischer wie auch auf wissenschaftlicher Ebene mit den Problemfeldern Homosexualität, Immigration und jugendliche Promiskuität. Wenn auch die Ergebnisse dieser Auseinandersetzung zunächst kaum Folgen bei der tatsächlichen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zeitigten, bemühte man sich immerhin, den neuen Herausforderungen zumindest durch verstärkte Aufklärung gerecht zu werden.

3.5 GESUNDHEITSPOLITIK UND MORAL – UNTERSCHIEDLICHE STRATEGIEN BEI DER BEKÄMPFUNG VON GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Trotz ähnlicher Ausgangslagen bildeten sich in Deutschland und Großbritannien bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ganz unterschiedliche Strategien heraus.

In Deutschland standen Überwachung der Prostitution und Behandlungszwang weit mehr im Vordergrund als in Großbritannien. Die Reglementierung der Prostitution bestand bis in die 1920er Jahre fort. Erst 1927 trat durch das Geschlechtskrankengesetz eine Änderung ein; die Kontrolle der Prostitution wurde nun von der Sittenpolizei auf die Gesundheitsbehörden übertragen. Gleichzeitig entwickelte sich aber in Deutschland in der Weimarer Zeit eine pragmatische, medizinische Herangehensweise an das Thema Geschlechtskrankheiten, mit einem stärkeren Fokus auf Vorbeugung und Prophylaxe als

⁶⁰⁶ Newsom Report.

⁶⁰⁷ MORTON, Education, S. 238.

⁶⁰⁸ SCHOFIELD, Behaviour of Young People.

in Großbritannien – ganz besonders gefördert durch die rege Tätigkeit der Beratungsstellen und der DGBG. Während des „Dritten Reichs“ weitete die nationalsozialistische Regierung die Aspekte der Reglementierung und Überwachung wieder ganz erheblich aus. Besonders der Zwangscharakter wurde verstärkt – und auch in der Besatzungszeit kaum abgeschwächt. Die gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten waren in Deutschland also seit der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert einem erheblichen Wandel unterworfen.

In Großbritannien setzte man bereits in den zwanziger Jahren auf freiwillige, kostenlose und anonyme Behandlung ohne Zwangsmaßnahmen. Es bestand hier offenbar ein deutlicher Konsens, daß die Persönlichkeitsrechte nicht zum „Wohl der Volksgesundheit“, wie das in Deutschland auf Zustimmung stieß, eingeschränkt werden sollten. Die Wiedereinführung der Prostitutionsreglementierung, die in Großbritannien bereits in den 1880er Jahren abgeschafft worden waren, wurde ebenfalls kaum diskutiert. Prophylaxe und Aufklärung, die in den 1920er Jahren in Deutschland einen wichtigen Stellenwert innehatten, blieben dagegen in dieser Zeit in Großbritannien von geringer Bedeutung, da Moral und Prüderie den Umgang mit venerischen Krankheiten noch nachhaltig bestimmten. Die Grundlinien der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten blieben dagegen seit 1917 ähnlich: das Angebot der ambulanten, freiwilligen und kostenlosen Behandlung. Lediglich zu Kriegszeiten trat eine kurzzeitige Verschärfung der staatlichen Maßnahmen ein.

In beiden Ländern griff man in den 1950er Jahren auf Vorkriegstraditionen zurück. In der Bundesrepublik knüpfte das Geschlechtskrankengesetz von 1953 einerseits an seinen pragmatischen Vorläufer von 1927 an, andererseits wurde darin erneut eine medizinische Überwachung der Prostituierten bzw. der „hwG-Personen“ durch das Gesundheitsamt festgeschrieben, wie es bis in die Gegenwart praktiziert wurde. Neu war, daß die Stellung des Arztes bei der Therapie der Geschlechtskranken stark betont wurde, wobei die Geschlechtskrankenberatungsstellen der Gesundheitsämter für die Beratung der Normalpatienten in der Praxis überflüssig und die Stellen in ihrer Funktion auf die Prostituiertenkontrolle reduziert wurden. Diese Betonung des Arztes entsprach sowohl Konzepten einer modernen individualisierten Medizin, die sich weg von der öffentlichen Gesundheitsfürsorge für gefährdete Gruppen bewegte, als auch der Gesamttendenz des bundesdeutschen Gesundheitssystems, der niedergelassenen Ärzteschaft eine Fülle an Funktionen zuzuweisen.⁶⁰⁹ Als völlig unpraktikabel erwies sich die eigentlich gewünschte Verbindung von Kontrollmaßnahmen und individualisierter Behandlung. Dies führte dazu, daß man in der Bundesrepublik nicht einmal über eine einigermaßen zuverlässige Statistik der Geschlechtskrankenzahlen verfügte.

⁶⁰⁹ Vgl. zu dieser Verschiebung innerhalb des bundesdeutschen Gesundheitswesens z.B. MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, oder LABISCH, Gesundheitsdienst.

Vielmehr kam es in der Bundesrepublik Deutschland zu einer diskriminierenden Konzentration der staatlichen (Zwangs)maßnahmen auf die Gruppe der Prostituierten. Männer als Überträger von Geschlechtskrankheiten standen – wie auch in Großbritannien – im Hintergrund. Die Wahrnehmung der promiskuellen Frau als wichtigste Überträgerin der Geschlechtskrankheiten – obwohl Untersuchungen jeweils ein ganz anderes Bild zeigten – beherrschte in beiden Ländern die Diskussion. Maßnahmen und Praxis blieben dennoch ganz unterschiedlich.

In Großbritannien wurde in den fünfziger Jahren unter dem NHS das Behandlungskonzept der *Treatment Centres* weitergeführt und durch intensivere Nachforschung nach Infektionsquellen wie auch verstärkte staatliche Aufklärung und Propaganda – zumindest seit Ende der 1950er Jahre – ergänzt. Ein besonderes gesundheitspolitisches Vorgehen gegen die Gruppe der „promiskuellen Frauen“ wurde nicht initiiert. Ein reges Interesse wissenschaftlicher wie auch gesamtgesellschaftlich orientierter Vereinigungen prägte zudem das Bild, zahlreiche Studien lieferten genauere Erkenntnisse über Ausmaß und Ursachen der Geschlechtskrankheiten. Hier schienen sich im Vergleich zu Deutschland seit den 1920er Jahren die Verhältnisse umgekehrt zu haben: Die damals in Deutschland im Gegensatz zu Großbritannien dominierenden aufklärerischen und progressiven Initiativen waren dort in den 1950er Jahren kaum noch zu finden.

Der Anstieg der Geschlechtskrankheiten seit Mitte der 1950er Jahre wurde in Großbritannien früher wahrgenommen als in der Bundesrepublik Deutschland und seine Ursachen heftiger diskutiert. Das Problem der zunehmenden Promiskuität Jugendlicher schien in Großbritannien stärker ausgeprägt zu sein. Zudem war man mit einer besonderen Schwierigkeit konfrontiert, mit der sich die deutsche Gesundheitspolitik Ende der 1950er/ Anfang der 1960er Jahre noch nicht auseinandersetzen mußte: die steigende Zahl von an Gonorrhöe erkrankten Immigranten. Aber auch diesen neuen Herausforderungen schien in Großbritannien das Prinzip der *Treatment Centres* gewachsen zu sein und wurde grundsätzlich kaum in Zweifel gezogen. In Deutschland hielt man ebenfalls am bestehenden System fest und plädierte vor allem für eine Verschärfung von Meldepflicht und Kontrolle, um der ansteigenden Geschlechtskrankenzahlen Herr zu werden. Auf die Einführung „der Pille“ im Jahr 1961 ist hier nicht eingegangen worden, da sie die Entwicklung der Geschlechtskrankheiten im untersuchten Zeitraum (bis 1965) in beiden Ländern kaum beeinflusste. Sie wurde anfangs in der Regel nur an einen sehr begrenzten Personenkreis, meist an verheiratete Frauen, ausgegeben.⁶¹⁰

⁶¹⁰ Wenngleich die Verbreitung der Pille in der Folgezeit nicht ohne Einfluß auf die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten blieb, wäre es verfehlt, dafür primär eine „Förderung der Promiskuität“ durch das einfach zu verwendende Verhütungsmittel verantwortlich zu machen. Von erheblicher Bedeutung ist vielmehr die unterschiedliche Anwendungsweise im Vergleich zum bisher vorherrschend gebrauchten Kondom. Während letzteres sowohl empfängnis-

Die unterschiedliche Herangehensweise an das Problem Geschlechtskrankheiten in beiden Ländern lässt sich zum Teil auf die verschiedenen Gesundheitssysteme zurückführen. Auch für die Nachkriegszeit ist noch teilweise der Befund gültig, den Peter Baldwin in seiner Studie für den Untersuchungszeitraum bis 1930 aufgestellt hat: In Deutschland wurde die Therapie der Geschlechtskrankheiten in das Krankenversicherungssystem integriert, was die Forderung nach Kontrolle der geschlechtskranken Patienten begünstigte, da die Versicherungen grundsätzlich über die Diagnosen ihrer Patienten Bescheid wissen wollten.⁶¹¹ In Großbritannien konnte dagegen bei mangelnder gesundheitlicher Absicherung der Bevölkerung 1917 ein ganz neues System der Behandlungszentren kreiert werden. Die in Großbritannien so hochgehaltene Anonymität und freiwillige Behandlung in den Zentren war in Deutschland schon strukturell nur bedingt möglich. Der Kasse war die Krankheit der Patienten in jedem Fall bekannt, beim niedergelassenen Arzt war zudem nie dieselbe Anonymität wie in den Zentren zu erreichen. In Deutschland war man außerdem schon zu Beginn des Jahrhunderts auf eine Behandlung entweder beim Arzt oder im Krankenhaus fixiert gewesen, da dies ja die Kassen den Patienten ersetzten. Die in Großbritannien so erfolgreichen Ambulatorien mit Behandlungsmöglichkeiten wurden spätestens in den 1950er Jahren vollkommen obsolet.

Dennoch lässt sich mit diesen strukturellen Differenzen nicht alles erklären. Man wird in Großbritannien auch von einem anderen Verständnis der bürgerlichen Freiheiten ausgehen müssen, die man im Fall der Geschlechtskrankheiten auch mit Rücksicht auf die „Volksgesundheit“ nicht bereit war, ohne weiteres einzuschränken.

verhütend wirkte als auch vor der Übertragung von Geschlechtskrankheiten schützte, fiel bei der Pille die zweite Funktion weg. Vgl. zur Geschichte der „Pille“ ASBELL, *Pill*.

⁶¹¹ BALDWIN, *Contagion*, S. 519.