Veröffentlichungen des
Deutschen Historischen Instituts London

Publications of the
German Historical Institute London

Veröffentlichungen
des Deutschen Historischen
Instituts London

Herausgegeben von Hagen Schulze

Band 57

Publications of the
German Historical Institute
London

Edited by Hagen Schulze

Volume 57

R. Oldenbourg Verlag München 2004

Ulrike Lindner

Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit

Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich

R. Oldenbourg Verlag München 2004

Für Dr. Gerhard Lindner†

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© 2004 Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München
Rosenheimer Straße 145, D-81671 München
Internet: http://www.oldenbourg-verlag.de

Das Werk einschließlich aller Abbildungen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlaggestaltung: Dieter Vollendorf, München
Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier (chlorfrei gebleicht).
Gesamtherstellung: R. Oldenbourg Graphische Betriebe Druckerei GmbH, München

ISBN 3-486-20014-3

INHALT

VORWORT 9

I. EINLEITUNG 11

II. DIE GESUNDHEITSSYSTEME DER BEIDEN STAATEN 33

1 Die allgemeine Entwicklung der Systeme 33
1.1 Bundesrepublik Deutschland – das traditionelle Kassensystem als prägender Faktor des deutschen Gesundheitswesens 33
1.2 Großbritannien – Einführung und Strukturprobleme des *National Health Service* 47

2 Öffentliches Gesundheitswesen 59
2.1 Bundesrepublik Deutschland – der Niedergang des öffentlichen Gesundheitsdienstes 59
2.2 Großbritannien – die *Local Health Authorities* 71

3 Die Ärzte 82
3.1 Bundesrepublik Deutschland – die dominante Position der niedergelassenen Ärzte im Gesundheitssystem 82
3.2 Großbritannien – Die *General Practitioners* und ihre Funktion unter dem NHS 91

4 Das Krankenhauswesen 101
4.1 Bundesrepublik Deutschland – dezentrale Organisation und Kostenexplosion 101
4.2 Großbritannien – zentrale Organisation und mangelnde Investitionen 109

5 Systemunterschiede der Wohlfahrtsstaaten 119

III. GESUNDHEITSPOLITISCHE MASSNAHMEN UND IHRE AUSWIRKUNGEN IN VERSCHIEDENEN PROBLEMBEREICHEN DES GESUNDHEITSWESENS 127

1 Tuberkulose 127
1.1 Die „alte“ Krankheit Tuberkulose 127
1.2 Die Bekämpfung der Tuberkulose in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts 137
1.2.1 Deutschland 137
1.2.2 Großbritannien 146

1.3 Tuberkulosebekämpfung von Ende der 1940er bis Anfang der 1960er Jahre in der Bundesrepublik Deutschland 153
1.3.1 Entwicklung der Krankheit und Organisation der Tuberkulosebekämpfung 153
1.3.2 Prävention 161
1.3.3 Gesundheitspolitische Maßnahmen und Praxis 170
1.4 Tuberkulosebekämpfung von Ende der 1940er Jahre bis Anfang der 1960er Jahre in Großbritannien 185
1.4.1 Entwicklung der Krankheit und Organisation der Tuberkulosebekämpfung 185
1.4.2 Prävention 191
1.4.3 Maßnahmen und Praxis der Behandlung 202
1.5 Strategien für die Bekämpfung einer „alten Krankheit" und deren unterschiedliche Anpassung an neue Therapiekonzepte 218

2 Die Bekämpfung der Kinderlähmung 221
2.1 Kinderlähmung als „neue Krankheit" 221
2.2 Die Entwicklung der Impfstoffe 227
2.3 Die Vorgeschichte der Polio-Bekämpfung in Großbritannien und Deutschland 234
2.4 Die Bekämpfung der Poliomyelitis vom Ende der 1940er Jahre bis zur Einführung des Lebendimpfstoffes Anfang der 1960er Jahre 236
2.4.1 In der Bundesrepublik Deutschland 236
2.4.2 In Großbritannien 258
2.5 Nationale Interessen und Gesundheitspolitik – Polio-Bekämpfung in Großbritannien und der Bundesrepublik Deutschland 279

3 Geschlechtskrankheiten 283
3.1 Geschlechtskrankheiten als medizinisches und soziales Phänomen 283
3.2 Die Entwicklung von gesundheitspolitischen Maßnahmen im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts 290
3.2.1 Deutschland 290
3.2.2 Großbritannien 306
3.3 Maßnahmen und Praxis der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in den ruhigen 1950er Jahren 316
3.3.1 In der Bundesrepublik Deutschland ab 1949 316
3.3.2 Unter dem neueingeführten NHS ab 1948 344
3.4 Das Ansteigen der Geschlechtskrankheiten Ende der 1950er Jahre und die Folgen für die Behandlung der Patienten 363

3.4.1 Bundesrepublik Deutschland 363
3.4.2 Großbritannien 373
3.5 Gesundheitspolitik und Moral – unterschiedliche Strategien bei der Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten 394

4 Vorsorge für Schwangere und Säuglinge 398
4.1 Schwangere und Säuglinge als Ziel gesundheitspolitischer Maßnahmen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts 398
4.1.1 Deutschland 398
4.1.2 Großbritannien 406
4.2 Die Säuglings- und Müttersterblichkeit und deren Ursachen 416
4.3 Die Entwicklung von Ende der 1940er Jahre bis Mitte der 1960er Jahre in der Bundesrepublik Deutschland 422
4.3.1 Schwangerenvorsorge – Maßnahmen auf Bundesebene 422
4.3.2 Praxis und Projekte in der Schwangerenvorsorge . . . 432
4.3.3 Säuglingsvorsorge – Maßnahmen und Praxis 448
4.4 Die Entwicklung von Ende der 1940er bis Mitte der 1960er Jahre in Großbritannien 459
4.4.1 Schwangerenvorsorge – Maßnahmen 459
4.4.2 Schwangerenvorsorge – Praxis 478
4.4.3 Säuglingsvorsorge – Maßnahmen und Praxis 486
4.4.4 Pressure Groups. 499
4.5 Präventive Konzepte als Problem und Herausforderung der Gesundheitspolitik 506

IV. Zusammenfassung und Einordnung 511

V. Anhang 521

1 Abkürzungsverzeichnis 521

2 Verzeichnis der Tabellen, Abbildungen und Diagramme 522

3 Quellen- und Literaturverzeichnis 525
3.1 Unveröffentlichte Quellen 525
3.2 Veröffentlichte Quellen und Literatur 527
3.2.1 Ausgewertete Periodika 527
3.2.2 Zeitgenössische Veröffentlichungen und amtliche Schriften 528
3.2.3 Forschungsliteratur 550

Abstract 577

Register 579

VORWORT

Dieses Buch ist die überarbeitete Version meiner Dissertation, die im Sommersemester 2001 an der Ludwig-Maximilians-Universität in München angenommen wurde.

Bei der Recherche und beim Schreiben der Studie konnte ich von vielfacher Unterstützung profitieren, für die ich mich an dieser Stelle bedanken möchte: Prof. Merith Niehuss hat mich während der ganzen Bearbeitungsphase unterstützt und stets ermutigt, meinen eigenen Weg durch den Dschungel der beiden Gesundheitssysteme zu schlagen. Sehr profitieren konnte ich von einer mit ihr gemeinsam organisierten Tagung, bei der zahlreiche Aspekte meines Themas vertieft wurden. Ihr gilt deswegen mein besonderer Dank. Prof. Gerhard A. Ritter möchte ich für die Übernahme des Zweitgutachtens danken; seine zahlreichen vergleichenden Arbeiten zu Sozialsystemen haben mich zur Bearbeitung diese Themas entscheidend angeregt.

Während meiner Recherche und der Suche nach den zum Teil disparaten Quellen und Materialien unterstützten mich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zahlreicher Bibliotheken und Archive in Deutschland und Großbritannien. Sie alle persönlich zu erwähnen fehlt mir der Raum; stellvertretend sei hier den stets kooperativen Mitarbeitern des Public Record Office in London sowie Axel Schmidt vom Bundesarchiv Koblenz gedankt. Wolfgang Woelk vom Institut der Geschichte der Medizin der Universität Düsseldorf stellte mir freundlicherweise Materialien aus dem Vorarchiv des Ministeriums für Arbeit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen zur Verfügung, die sich im Düsseldorfer Institut im Abdruck befinden. Da die meisten Akten der Gesundheitsministerien auf Länderebene sehr schlecht oder gar nicht zugänglich sind, erleichterte dies meine Recherche erheblich.

Viele halfen mir mit ihren Anmerkungen und ihrer Kritik weiter, hier seien stellvertretend Dagmar Ellerbrock, Sabine Schleiermacher, Cornelie Usborne und Paul Weindling genannt. Insbesondere möchte ich Lutz Sauerteig danken, mit dem ich schwierige übergreifende Aspekte meines Themas diskutieren konnte und sehr produktiv zusammengearbeitet habe. Maren Möhring, Silke Fehlemann, Verena Zimmermann, Nicol Matzner-Vogel, Karin Schmidt-Kohberg und meine Mutter, Ingrid Lindner, haben Teile meiner Arbeit gelesen und mir mit ihren Korrekturen und Anmerkungen sehr weitergeholfen. Peter Dorsch war stets der erste Leser und ein strenger Kritiker; ihm ist hoch anzurechnen, daß er meinen jahrelangen, bisweilen ermüdenden Gesundheits- und Krankheitsdiskurs sehr verständnisvoll ertrug.

Prof. Hagen Schulze danke ich für die Aufnahme in die Reihe des Deutschen Historischen Instituts London, Prof. Lothar Kettenacker für seine umfassende redaktionelle Betreuung. Finanzielle Unterstützung erhielt ich bei Studium und Recherche von der Studienstiftung des Deutschen Volkes, vom Deutschen

Historischen Institut London und vom Historischen Institut der Universität der Bundeswehr München, auch dafür sei herzlich gedankt.

Gewidmet ist das Buch meinem Vater, der leider den Abschluß der Doktorarbeit nicht mehr erlebt hat. Er hat mir immer vermittelt, wie viel Freude Wissenschaft machen kann. In den letzten, bitteren Jahren seiner Krankheit mußte er akzeptieren, daß viele andere, vermeintlich banale Dinge in seinem Leben in den Vordergrund traten. Auch das hat mir geholfen, dieses doch sehr umfangreiche, vergleichende Thema mit dem nötigen Pragmatismus anzugehen und den großen Stapel Papier, den ich beschrieben habe, nicht zu wichtig zu nehmen.

München, im Februar 2004 *Ulrike Lindner*

I. EINLEITUNG

Gesundheitspolitik und ihre Umsetzung entfachen heute einmal mehr heftige Debatten. Die Steuerbarkeit der Gesundheitssysteme und die Verteilung von Ressourcen haben sich zu schier unlösbaren Problemen für die Politik entwikkelt.[1] Gleichzeitig werfen die Möglichkeiten der modernen Medizin in vielen Bereichen schwierige ethische Fragen auf. Neben solchen Herausforderungen der hochtechnisierten Medizin kehren auf der anderen Seite bereits „besiegt" geglaubte Krankheiten wie die Tuberkulose mit Vehemenz auf die Agenda der Gesundheitspolitiker zurück. Neue Infektions- und Zivilisationskrankheiten stellen die Gesundheitspolitik ebenfalls vor bislang ungelöste Probleme.[2] Der große Optimismus der 1960er und 1970er Jahre, viele Krankheiten endgültig von der Erde verbannen zu können, mußte einer wesentlich realistischeren Einschätzung weichen.

Die Gesundheitspolitik von heute, die sich mit all diesen Problemen zu befassen hat, ist maßgeblich von den Entwicklungen der ersten beiden Dekaden nach dem Zweiten Weltkrieg geformt und bestimmt. Viele Entscheidungen, die heute Schwierigkeiten bereiten, wurden damals aus ganz anderen Situationen heraus gefällt. In der vorliegenden Arbeit soll nun die Gesundheitspolitik in dieser Phase der Nachkriegszeit, von den späten 1940er Jahren bis Mitte der 1960er Jahre, für Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich untersucht werden.

Die beiden Staaten bieten zum einen wegen ihrer völlig unterschiedlichen Gesundheitssysteme – ein Staatsgesundheitsdienst, ein Krankenkassensystem –, zum anderen aber wegen ihrer grundsätzlich ähnlichen gesellschaftlichen Prägung – hochindustrialisierte und technisierte, westlich-demokratische Gesellschaften – eine gute Grundlage für einen Vergleich. In Großbritannien wie in Deutschland findet sich Ende der 1940er Jahre eine deutliche Zäsur, die als Ausgangspunkt einer vergleichenden Untersuchung sinnvoll erscheint.[3] Es soll hierbei nicht um eine Untersuchung „nationalstaatlicher" Unterschiede gehen, sondern vielmehr im Sinne von Thomas Welskopp ein „intergesellschaft-

---

1 Vgl. z. B. KNAUP et al., Revolution im System, in: Der Spiegel 9/2003, S. 30–2.

2 Vgl. z. B. STOCKINGER, Das Jahrhundert der Medizin. Die großen Seuchen. Die Rückkehr der Killer, in: Der Spiegel, 16/1999, S. 163–80; die Äußerungen des Robert-Koch-Instituts zum Welttuberkulosetag 2002: Epidemiologisches Bulletin des Robert-Koch-Insituts, Nr. 11 vom 15. 3. 2002; LODDENKEMPER und HAUER, Tuberkulosesituation; vgl. auch die großen gesundheitspolitischen Probleme beim Ausbruch der neuen Infektionskrankheit SARS, z. B. ERLINGER, 40 Tage und vier Buchstaben, in: Süddeutsche Zeitung vom 24. 4. 2003.

3 Vgl. hierzu HAUPT und KOCKA, Vergleich, S. 25–9; die für den historischen Vergleich eine sorgfältige Auswahl der zu vergleichenden Teilbereiche fordern. Gleichzeitigkeit der Untersuchungsgebiete ist keine Voraussetzung für einen Vergleich, oft sind zeitversetzte Vergleiche nötig und wichtig, vgl. z. B. HOCKERTS, Einführung. Im vorliegenden Fall ergibt sich jedoch eine ähnliche Zäsursetzung, die einen gleichzeitigen Vergleich nahe legt.

licher" Vergleich unternommen werden. Dabei wird versucht, einerseits das „jeweilige Gewicht des Politischen", andererseits auch Unterschiede zwischen den „separaten politischen Institutionsgefügen" zu bestimmen sowie empirisch zu untersuchen, und nicht von vornherein mit prädeterminierten Mustern zu arbeiten.[4]

Die folgende Untersuchung soll also mit der Einführung des *National Health Service* (NHS) im Jahre 1948 in Großbritannien bzw. der Wiedereinführung des traditionellen Krankenversicherungssystems mit Gründung der Bundesrepublik 1949 beginnen und die Zeit bis Mitte der 1960er Jahre behandeln. In beiden Ländern stellt dieser Zeitraum eine Phase dar, in der das jeweilige System – der neue NHS wie auch das wiedereingeführte deutsche Kassensystem – geformt, konsolidiert und für die folgenden Jahrzehnte geprägt wurde.[5]

Mit dem NHS schuf die britische Regierung 1948 einen für alle Bürger unentgeltlichen, staatlichen Gesundheitsdienst. Diese neue medizinische Versorgung bot allen Wohnbürgern unabhängig von Vermögen, Beitragszahlungen oder ausgeübtem Beruf medizinische Sachleistungen an; das System wurde über Steuermittel finanziert.[6] Hier ist sogleich einschränkend zu bemerken, daß sich die vorliegende Untersuchung auf England und Wales beschränkt, da eine Einbeziehung der schottischen Verhältnisse den Vergleich mit der Bundesrepublik Deutschland zu stark erschweren würde. Das schottische Gesundheitswesen unterstand nicht dem *Minister of Health* in London, sondern wurde vom *Scottish Department of Health* verwaltet; so daß dort viele Maßnahmen anders ausgerichtet waren oder zeitlich verschoben eingeführt wurden.[7] Der Begriff Großbritannien bezieht sich also im folgenden auf England und Wales.

Bis in die 1960er Jahre ging es in Großbritannien vor allem um eine Konsolidierung der Verhältnisse und eine verbesserte Koordinierung der einzelnen Teilbereiche des NHS, der Krankenhausverwaltung, der lokalen Gesundheitsbehörden sowie der Verwaltung der Ärzteschaft. Die Kosten des NHS stiegen in den Anfangsjahren wesentlich stärker als erwartet. Da die wirtschaftliche und finanzielle Lage Großbritanniens in den 1950er Jahren sehr angespannt

---

4 WELSKOPP, Stolpersteine, S. 344.

5 Vgl. zu dieser Zäsursetzung für die Bundesrepublik auch LEISERING, Sozialstaat, S. 183–4, der für die Zeit von 1949 bis 1966 von einer Konstituierungsphase des Sozialstaats spricht und davon die nächsten Jahre als Modernisierungsphase abgrenzt. Auch bei HOCKERTS, Metamorphosen, S. 38–40, findet sich eine in manchem vergleichbare Einteilung. Bei ihm gilt das Jahr 1966 mit der großen Koalition als Beginn einer neuen Phase, die dann ab 1969 in eine weitere Phase gesteigerter Expansion des Sozialstaates führt; vgl. auch ERKER, Zeitgeschichte, S. 220, mit einer ähnlichen Phasenaufteilung. Vgl. zur entsprechenden Zäsursetzung in Großbritannien WEBSTER, National Health Service, S. 65, der den Beginn einer neuen Phase für Gesundheitssystem und Sozialstaat 1964/65 festmacht.

6 Vgl. WEBSTER, Health Services, Band 1; PATER, Making; KLEIN, Politics; ECKSTEIN, Health Service; HONIGSBAUM, Health; LINDSEY, Socialized Medicine.

7 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 103–7.

war, blieb die Kostendämpfung bis weit in die 1960er Jahre ein höchst dominantes Element des neuen Gesundheitsdienstes.[8]

In der Bundesrepublik wurde nach 1945 im Gesundheitswesen die traditionelle Struktur der Sozialversicherung beibehalten. Verschiedene Neuordnungspläne in den Nachkriegsjahren scheiterten; das deutsche Gesundheitssystem beruhte auch weiterhin auf dem Konzept der Bildung von Risikogemeinschaften gleicher sozialer Gruppen in einer Fülle verschiedener Krankenkassen.[9] Das gesamte deutsche System konsolidierte sich in den 1950er Jahren, die alten Strukturen verfestigten sich. Der öffentliche Gesundheitsdienst, vom Krankenversicherungswesen abgetrennt, unterstand in der Bundesrepublik im wesentlichen den Ländern bzw. den Kommunen und konnte kaum eigene Initiativen entwickeln.[10] Einige richtungsweisende Entscheidungen, wie z. B. die Stärkung der Position der Ärzteschaft 1955, sollten das bundesdeutsche Gesundheitswesen in den nächsten Dekaden nachdrücklich prägen.[11]

Sowohl in Großbritannien als auch in der Bundesrepublik Deutschland begann Mitte der 1960er Jahre eine neue Phase, die vor allem durch größere Investitionen und insbesondere in Westdeutschland durch eine beginnende erhebliche Kostensteigerung im Gesundheitswesen gekennzeichnet war, so daß hier ein relativ sinnvoller Endpunkt gesetzt werden kann. Der gewählte Zeitraum, der in beiden Ländern als „Konsolidierungsphase" interpretiert werden könnte, verspricht daher für einen Vergleich der Gesundheitspolitik in den zwei Systemen interessante Aufschlüsse.[12]

Im folgenden sollen nun gesundheitspolitische Maßnahmen und ihre Umsetzung in den beiden unterschiedlichen Systemen untersucht und verglichen werden. Dabei geht es zum einen um den Entwurf von Plänen und Programmen zu ausgewählten Problemen der Gesundheitspolitik, zum anderen um die Konkretisierung von Maßnahmen und zum dritten um deren Auswirkungen in beiden Staaten. Der Begriff Gesundheitspolitik soll in einem weiten Sinn verstanden werden: Er umfaßt politisches Handeln mit einer Wirkung auf die Gesundheit der Bevölkerung oder einzelner Gruppen, wozu die medizinische Versorgung ebenso gehört wie Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsfürsorge. Gesundheitspolitik richtet sich sowohl an die Akteure im Gesundheitswesen – also Berufsgruppen und Institutionen – als auch an die zu versorgende Bevölkerung bzw. bestimmte Gruppen der Bevölkerung, die als besonders gefährdet oder schutzbedürftig gelten.[13] Innerhalb der thematischen

---

8 ABEL-SMITH und TITMUSS, Cost; WEBSTER, Health Services, Band 1.

9 ALBER, Gesundheitswesen; BLANKE, Krankheit; vgl. HOCKERTS, Entscheidungen, für das Scheitern einer Umorganisation des deutschen Versicherungssystems.

10 LABISCH, Gesundheitsdienst; LABISCH, Entwicklungslinien.

11 Vgl. WANEK, Machtverteilung, Struktur.

12 Vgl. für Großbritannien WEBSTER, National Health Service, S. 1, der die Phase 1948–64 als „Creation and Consolidation" überschreibt.

13 Diese Interpretation des Begriffes Gesundheitspolitik lehnt sich an eine Definition von Rolf Rosenbrock an, vgl. ROSENBROCK, Gesundheitspolitik, S. 2; vgl. zum Präventionsbegriff

Zielsetzung, Gesundheitspolitik, deren Maßnahmen, Umsetzung und Auswirkungen zu untersuchen, wird auf verschiedene methodische Konzepte zurückgegriffen:

Zunächst einmal stellt bereits der Vergleich zwischen Großbritannien und der Bundesrepublik Deutschland in der Nachkriegszeit, also zwischen zwei Staaten im selben Zeitraum, einen methodisch einzugrenzenden Ansatz dar. Der historische Vergleich unterscheidet – nach Otto Hintzes oft zitierter Definition von 1929, die nichts an Gültigkeit verloren hat – zwei grundlegende Möglichkeiten:

> Man kann vergleichen, um ein Allgemeines zu finden, das dem Verglichenen zugrunde liegt; und man kann vergleichen, um den einen der verglichenen Gegenstände in seiner Individualität schärfer zu erfassen und von dem andern abzuheben.[14]

In den letzten Jahrzehnten sind diese Vergleichstypen aufgegriffen und um zusätzliche Klassifikationen erweitert worden.[15] Auch wenn man die unterschiedlichen Strategien nicht immer säuberlich trennen kann,[16] soll hier vor allem von der Möglichkeit Gebrauch gemacht werden, die Entwicklungen in Großbritannien und der Bundesrepublik Deutschland zu kontrastieren, Unterschiede herauszuarbeiten und damit den Typ des individualisierenden historischen Vergleichs anzuwenden.[17] Zumindest für die 1950er Jahre ist auch der methodologischen Forderung nach Trennung von Vergleich und Transfer-/Beziehungsstudie relativ einfach nachzukommen, da in der britischen Gesundheitspolitik das „alte" deutsche Kassensystem im neuen staatlichen *National Health Service* kaum beachtet wurde, und in der deutschen Gesundheitspolitik das neue britische System, wenn überhaupt, dann als abschreckendes Modell eines sozialistischen Staatsgesundheitsdienstes galt, ähnlich dem der Ostblockländer, von dem man sich deutlich abgrenzen wollte.[18] Mit dem Zugriff des individualisierenden/kontrastierenden Vergleichs kann man zudem eine distanzierende Wir-

---

ausführlich STÖCKEL und WALTER, Prävention, besonders S. 11–5; vgl. auch die allgemeinen Überlegungen zu öffentlicher Gesundheit bzw. Gesundheitspolitik in WOELK und VÖGELE, Einleitung, S. 11–3. Grundsätzlich ist noch hinzuzufügen, daß Wörter wie Patient, Bürger, Akteur etc. sich im folgenden ungeachtet ihres grammatikalischen Genus auf Männer und Frauen beziehen.

14 HINTZE, Staatsauffassung, S. 251, vgl. auch ähnlich BLOCH, Vergleichende Geschichtsbetrachtung.

15 KAELBLE, Vergleich, S. 25–35.

16 Vgl. KOCKA, Komparatistik, S. 50.

17 Definition nach KAELBLE, Vergleich, S. 26.

18 Vgl. zu den unterschiedlichen Konzepten Vergleich/Transferstudie PAULMANN, Vergleich; DERS., Transfer; MUHS et al. (Hrsg.), Aneignung; sowie KAELBLE, Vergleich, S. 19–21. Diese nicht existierende Beeinflussung in der Gesundheitspolitik der beiden Länder für den hier gewählten Untersuchungszeitraum hat sich in allen Untersuchungsbereichen der vorliegenden Studie bestätigt, so daß man tatsächlich von einem distinkten Vergleich sprechen kann. Vgl. als ganz anderes Konzept die Untersuchung von Sozialstaatlichkeit in der NS-Diktatur, der Bundesrepublik und der DDR, wo sowohl eine vergleichende als auch eine beziehungsgeschichtliche Betrachtung angewandt wurden, siehe HOCKERTS, Einführung.

kung erreichen.[19] Verschiedene Stereotypen der deutschen und englischen Sozialgeschichtsschreibung können so aufgeweicht werden; z. B. kann der in der Beschreibung der deutschen Sozialpolitik oft immanente Fortschrittsglaube kritischer beleuchtet werden, auf der anderen Seite treten strukturelle Defizite des neuen britischen Gesundheitssystems stärker zu Tage. Wenngleich die Analyse von Unterschieden im Vordergrund des Erkenntnisinteresses steht, werden dabei Gemeinsamkeiten nicht ausgeblendet; insofern wird auch mit dem generalisierenden Vergleich gearbeitet.[20] Kontinuitäten und Veränderungen der einzelnen Systeme und ihrer Strukturen können mit Hilfe eines Vergleichs ebenfalls besser dargelegt sowie Zeitpunkt und Tempo von Veränderungen genauer bestimmt werden. In analytischer Hinsicht kann der Vergleich neue Blickwinkel eröffnen.[21] Bestimmte Entwicklungen traten beispielsweise in den beiden unterschiedlichen Gesundheitssystemen gleichzeitig und in sehr ähnlicher Weise auf. Sie können kaum in den ganz unterschiedlichen Strukturen begründet sein, wie man bei Einzelstudien vielleicht vermuten würde. Hier muß deshalb nach anderen Erklärungsmustern gesucht werden.

Für die Strukturanalyse der Gesundheitssysteme in den beiden Staaten, die im zweiten Kapitel im Vordergrund steht, waren zudem Fragestellungen aus der Organisationssoziologie, die besonders von Renate Mayntz entwickelt wurden, sehr hilfreich.[22] Für das bundesdeutsche Gesundheitssystem der 1950er und 1960er Jahre sind diese Ansätze in verschiedenen politikwissenschaftlichen Arbeiten von Marian Döhler und Philip Manow angewandt worden.[23] Die Frage nach den Steuerungsmodi, die in den beiden Gesundheitssystemen vorwiegend Anwendung fanden, ist beispielsweise höchst aufschlußreich. Man kann hier grundsätzlich unterscheiden zwischen einerseits regulativer Politik mit Verboten, Genehmigungspflichten oder finanziellen Anreizen sowie andererseits der öffentlichen Erstellung von Infrastruktur und Dienstleistungen. Während in Großbritannien durch das staatlich geführte System neue

---

19 TRIEBEL, Pragmatik, S. 21; HAUPT und KOCKA, Vergleich, S. 14; vgl. auch KOLBE, Elternschaft, S. 19.

20 KAELBLE, Vergleich, S. 32–3. Kaelble führt hier an, daß Vergleichstypen in ihrer „reinen" Form, also nur als kontrastierender oder generalisierender Vergleich, große Mängel aufweisen. Insofern entspricht eine Mischform nicht nur den realen Gegebenheiten, sondern auch den methodischen Anforderungen an einen Vergleich.

21 HAUPT und KOCKA, Vergleich, S. 13; SAUERTEIG, Vergleich, S. 276.

22 Vgl. MAYNTZ (Hrsg.), Implementation; MAYNTZ, Implementation. Theoretische Überlegungen; MAYNTZ, Steuerbarkeit; MAYNTZ, Steuerbarkeit. Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens; MAYNTZ, Problemverarbeitung; vgl. auch SCHARPF, Verhandlungssysteme. Vgl. auch die Überlegungen von Franz-Xaver Kaufmann zur Theorie sozialpolitischer Intervention, der sich allerdings weniger mit dem Problem der Umsetzung sozialpolitischer Maßnahmen beschäftigt als vielmehr mit der Unterscheidung verschiedener sozialpolitischer Interventionsformen, vgl. KAUFMANN, Elemente.

23 WANEK, Machtverteilung; DÖHLER und MANOW, Reformpolitik; DÖHLER und MANOW, Formierung; DÖHLER und MANOW, Strukturbildung; DÖHLER und MANOW-BORGWARDT, Korporatisierung; MANOW, Gesundheitspolitik.

Infrastrukturen geschaffen werden konnten, war die deutsche Politik mit zahlreichen nicht direkt beeinflußbaren Akteuren wie Krankenkassen, Trägern der Krankenhäuser, Ländern und Kommunen eher auf regulative Politik angewiesen. Im bundesdeutschen Gesundheitswesen, in dem wichtige Instanzen der Programmumsetzung nicht-staatlich waren – vor allem die Ärzteverbände und die Krankenhausträger – ist also zu beachten, daß die Implementationsstrukturen einen anderen Charakter hatten und eher Netzwerken entsprachen als in der hierarchisch geordneten, zentralistischen staatlichen Struktur des englischen NHS. Die Untersuchung der beiden Gesundheitssysteme konnte zudem von analytischen Kategorien aus Wohlfahrtsstaatsvergleichen profitieren.[24]

Einschränkend ist noch hinzuzufügen, daß der finanzielle Aufwand für die Gesundheitssysteme nur am Rande in den Vergleich einbezogen wurde, da dies erstens bei der hier gewählten Fragestellung wenig Erkenntnisgewinn verspricht und zweitens der monetär-arithmetische Vergleich zwischen einem zentral über Steuergelder finanzierten System und einem Gesundheitswesen, in dem die Krankenhäuser meist von Kommunen, das öffentliche Gesundheitswesen über die Länder und Kommunen sowie die Therapiemaßnahmen im wesentlichen über Krankenversicherungen finanziert werden, nur wenig aussagekräftige Ergebnisse bringt.[25]

In der vorliegenden Untersuchung wurden neben der Struktur der Gesundheitssysteme vier Problembereiche der Gesundheitspolitik herausgegriffen, die für den Untersuchungszeitraum als wichtig und typisch gelten können und beide Länder gleichermaßen betrafen. Diese Bereiche bilden den Bezugspunkt, anhand dessen die verschiedenen Ausprägungen von Gesundheitspolitik in den beiden Staaten vergleichend analysiert werden.[26] Das sehr umfassende dritte Kapitel behandelt in vier Unterkapiteln die Bekämpfung der Tuberkulose, der Kinderlähmung, der Geschlechtskrankheiten und die Problematik der Schwangeren- und Säuglingsvorsorge. Ausgehend von den gesundheitspolitischen Problemen als „Konstante" soll der Vergleich so zu einer übergreifenden Analyse der Gesundheitspolitik führen sowie die Untersuchung der Gesundheitssysteme vertiefen.

Warum wurden diese Problembereiche gewählt? Die „alte" Krankheit Tuberkulose stellte zu Beginn des Untersuchungszeitraums in beiden Staaten direkt nach dem Zweiten Weltkrieg erneut ein schwerwiegendes Problem dar und wurde das letzte Mal in Westeuropa als allgemeine Bedrohung wahrgenommen. Sie ging dann vor allem dank neuer Medikamente, aber auch verbesserter Präventivmaßnahmen und wachsenden allgemeinen Wohlstands rasch zurück und entwickelte sich zu einer „normalen", therapierbaren Krankheit.

---

24 Vgl. z. B. RITTER, Sozialstaat; ALBER, Gesundheitssysteme; ALBER, Armenhaus; FLORA (Hrsg.), Growth, Band 1–4; ROSE und SHIRATORI (Hrsg.), Welfare State; FLORA und HEIDENHEIMER (Hrsg.), Development; ESPING-ANDERSEN, Three Worlds; BALDWIN, Politics.

25 Vgl. zur einer Überblicksdarstellung der Ausgaben der beiden Gesundheitssysteme Kap. II, 5.

26 Vgl. SAUERTEIG, Vergleich, S. 271–2; TRIEBEL, Pragmatik, S. 20.

Am Beispiel der Tuberkulose wird unter anderem der Rückzug der Infektionskrankheiten als wesentliche Krankheiten und Todesursachen deutlich sowie die Reaktion der beiden Gesundheitssysteme auf diesen Bedeutungswandel und dessen Folgen für die Patienten.

Dem gegenübergestellt wird die für Europa in den 1950er Jahren „neue" Krankheit Kinderlähmung (Poliomyelitis), die als typisches Problem dieser Dekade gelten kann. Diese in Epidemien auftretende Infektionskrankheit, die im Gegensatz zur Tuberkulose Patienten aller Bevölkerungsschichten, insbesondere Kinder, traf und deren Bekämpfung ein großes Problem darstellte, wird als zweites Thema untersucht. Die Krankheit nahm in Europa erst Ende der 1940er Jahre epidemischen Charakter an; man konnte sie dann aber durch die Entwicklung neuer Impfstoffe relativ schnell, d. h. Anfang der 1960er Jahre, in den Griff bekommen. Hier gab es in der Bundesrepublik Deutschland und in Großbritannien sowohl ähnliche wie auch divergierende Entwicklungen bei den eingeschlagenen Strategien zur Bekämpfung der Krankheit.

Als weiterer Bereich wurden die Geschlechtskrankheiten ausgewählt, die in beiden Staaten in den unmittelbaren Nachkriegsjahren noch einmal ein großes Problem darstellten, auf das in den Systemen höchst unterschiedlich reagiert wurde, bevor die Krankheiten ebenfalls – wie die Tuberkulose – durch neue Medikamente ihre Bedrohlichkeit verloren. Hier wird auch das Element der Kontrolle in der Gesundheitspolitik wichtig. Wieweit die Reglementierung der Prostituierten, also einer Gruppe von Frauen am Rand der Gesellschaft, noch in die gesundheitspolitischen Maßnahmen integriert war, soll ebenfalls in die Überlegungen einbezogen werden. Generell spielt hier die Verknüpfung von Moralvorstellungen und Gesundheitspolitik eine große Rolle. Großbritannien und Deutschland wiesen in dieser Hinsicht ganz verschiedene Traditionen und Strategien auf.

Letzter Untersuchungsgegenstand ist die Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, die eines der wichtigsten Felder der präventiven Medizin darstellt. In diesem Bereich haben zudem die Vorstellungen von Geschlechterrollen und Familienbild großen Einfluß auf die Gesundheitspolitik eines Landes. Gerade in den 1950er Jahren, einer Zeit des Ausbaus des Wohlfahrtsstaates in beiden Staaten, lassen sich anhand dieses Themenbereichs übergreifende Zielsetzungen der Gesundheitspolitik wie auch deren Umsetzung sehr gut bestimmen. Der Begriff Vorsorge wird hier im Sinne von Prävention/Prophylaxe verstanden und grenzt sich gegen den weitergefaßten Begriff der Fürsorge ab, der eine sehr viel größere Bandbreite an Maßnahmen einschließt.[27]

Selbstverständlich könnte man mit gutem Recht auch andere Problembereiche heranziehen; jedoch zwingt gerade der Vergleich zu einer begründeten

---

[27] Die hier benutzte Fürsorge/Vorsorge-Definition ist von einer in der Sozialpolitik gerne angewandten Unterscheidung abzugrenzen: Vorsorge als Absicherung gegen Lebensrisiken durch die Sozialversicherung, Fürsorge als Armenpflege bzw. Sozialhilfe. Vgl. zu dieser Unterscheidung HOCKERTS, Vorsorge, S. 223–4.

Auswahl, da sonst dem Anspruch eines sorgfältigen komparatistischen Arbeitens nicht mehr entsprochen werden kann.[28] Auch wenn jede Auswahl die Ergebnisse beeinflußt, versprechen doch die gewählten Themen ein umfassendes Bild des Untersuchungsgegenstandes in der relevanten Zeitspanne. Bei allen Bereichen wurde an den Anfang ein ausführlicher Rückgriff auf die Vorgeschichte der jeweiligen Entwicklung in beiden Ländern gestellt. Diese sehr aufwendige Methode – nicht immer konnte auf eine tragfähige und umfangreiche Forschungsliteratur zurückgegriffen werden – hat sich als äußerst nützlich und aufschlußreich erwiesen, da sich viele Entwicklungen nach dem Zweiten Weltkrieg nur im Zusammenhang mit der Vorgeschichte erschließen lassen. Dies gilt zum Beispiel für den Ausbau des kommunalen Gesundheitswesens in den 1920er Jahren in Großbritannien wie auch für die Entwicklungen während der Weimarer Zeit und des Nationalsozialismus in Deutschland.[29]

Bei der Bearbeitung der ausgewählten Themenbereiche werden im Kapitel III Fragestellungen aufgegriffen, die in der neueren Sozialgeschichte der Medizin entwickelt wurden. Solche Perspektiven wurden in der deutschen Medizingeschichte erst spät berücksichtigt. Ein Aufsatz von Dirk Blasius aus dem Jahr 1976 gilt als wichtiger Anstoß für sozialgeschichtliche Arbeiten aus diesem Bereich; die meisten Anregungen kamen aus der französischen und anglo-amerikanischen Forschung.[30] Sozialgeschichte der Medizin soll hier vor allem als Integrationswissenschaft verstanden werden, die verschiedene Bereiche – Gesellschaft, Staat, Wissenschaft sowie Akteure und Institutionen des Gesundheitswesen, aber auch kulturelle Prägungen und Traditionen – in ihre Analysen einbezieht und deren gegenseitige Beeinflussung berücksichtigt.[31]

In der vorliegenden Untersuchung wird unter anderem nach dem Bedeutungswandel von Krankheiten, nach der Reaktion der Gesundheitssysteme und den Folgen für die Patienten gefragt werden. Die Akzeptanz neuer medizinischer Erkenntnisse und Therapieformen und deren Umsetzung, die für Kranke entscheidend sein konnte, wird ebenfalls hinterfragt. Auch das Scheitern von Programmen und Plänen, die Ursachen und die Auswirkungen für die Patienten sollen thematisiert werden.

Bei der Untersuchung der Umsetzung und Auswirkung von Gesundheitspolitik stößt man auf ein grundsätzliches Problem – die Auswertung von medizinischer Statistik. Prinzipiell ist es ein schwieriges Unterfangen, Wirkungen von Gesundheitspolitik zu bestimmen. Es läßt sich nur selten in dem Sinne eine

---

28 SAUERTEIG, Vergleich, S. 278.

29 Vgl. zu der Forderung nach einer übergreifenden Darstellung, die für ein Verständnis des bundesrepublikanischen Sozialstaates absolut notwendig sei, ALBER, Sozialstaat, S. 45; vgl. den Sammelband von WOELK und VÖGELE (Hrsg.), Geschichte; als eines der wenigen Bücher, die zumindest versuchen, einen Bogen von der Weimarer Zeit bis in die Bundesrepublik zu spannen.

30 Vgl. BLASIUS, Geschichte, insbesondere S. 388–92; vgl. zur Entwicklung der Sozialgeschichte der Medizin in Deutschland in den 1970er Jahren LABISCH, Sozialgeschichte.

31 In Anlehnung an die Definition von Robert Jütte, vgl. JÜTTE, Sozialgeschichte, S. 150.

Wirkung nachweisen, als diese oder jene gesundheitspolitische Maßnahme zu einer Verringerung einer bestimmten Krankheit oder Todesursache führt, außer beispielsweise bei dem Rückgang von Krankheiten nach Massenimpfungen, da man hier über aussagekräftige Massendaten verfügt. Hinzu kommt noch die begriffliche Problematik beim Vergleich zwischen zwei verschiedenen Staaten[32] und unterschiedliche Traditionen bei der Definition von Krankheit und Tod. Ab wann ein Kind als gestorbener Säugling bzw. als Totgeburt gezählt wird, kann z. B. die Säuglingssterblichkeitsstatistik erheblich beeinflussen.[33] Trotz dieser Schwierigkeiten bleiben statistische Auswertungen beim hier gewählten Ansatz unverzichtbar, sei es, um die Akzeptanz bestimmter medizinischer Angebote zu überprüfen, oder um Entwicklungen und Trends zu verdeutlichen.

Als weitere Fragestellung gilt es, auch den engen Zusammenhang zwischen Krankheit und Medizin auf der einen Seite und nationalen kulturellen Traditionen und Prägungen auf der anderen Seite zu untersuchen, der zu ganz unterschiedlichen Therapieformen und Schwerpunkten in der Medizin verschiedener Länder führt. Das wird in den Kapiteln über Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose und Polio besonders deutlich werden.[34]

Roy Porter hat zudem mit seinem wegweisenden Aufsatz über die Sicht des Patienten eine Sozialgeschichte der Medizin „von unten" propagiert.[35] Dieser Forderung nach Einbeziehung der Patienten und ihrer Sicht von gesundheitspolitischen Maßnahmen wird ebenfalls versucht nachzukommen, um so die Praxis und die Wirkungen von Gesundheitspolitik besser überprüfen zu können. Hier ist jedoch einschränkend zu bemerken, daß man sich in einer groß angelegten vergleichenden Studie, die sich mit Gesundheitspolitik in verschiedenen Staaten befaßt, mit einer geringeren Eindringtiefe begnügen muß als beispielsweise bei einer regionalen Untersuchung, die sich auf ein wesentlich kleineres Feld konzentrieren kann.

Fragen aus der historischen Frauenforschung und der Geschlechtergeschichte bieten ebenfalls wichtige Ansätze für die vorliegende Untersuchung. Seit den 1980er Jahren gab es in der Frauengeschichte ein größeres Interesse an der Geschichte der Medizin. Die Verdrängung der Frauen aus der Heilkunde,[36] Medizin als Mittel zur Unterdrückung von Frauen[37] und die Medikalisierung

---

32 SAUERTEIG, Vergleich, S. 284–5.

33 Obwohl in den meisten europäischen Ländern nach dem Zweiten Weltkrieg die Regeln der WHO eingeführt wurden, bestanden doch bei den einzelnen Ärzten, die dann die entsprechenden Formulare ausfüllten, noch unterschiedliche Traditionen fort.

34 Vgl. HERZLICH und PIERRET, Kranke; PAYER, Länder. Jütte verweist allerdings zu Recht darauf, daß der bei Lynn Payer bemühte Nationalcharakter nicht sehr hilfreich ist, die kulturbedingten Unterschiede zu erklären. Vgl. JÜTTE, Einleitung, S. 8.

35 ROY PORTER, Patient's View.

36 BLEKER, Frau, S. 15.

37 Vgl. zur Macht der Medizin über den Frauenkörper HONEGGER, Frauen.

des Frauenkörpers und der Frau in ihrer Mutterrolle[38] wurden zu neuen Themen der Medizingeschichte. Insbesondere die letzten Aspekte werden im Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge aufgegriffen. Der Begriff Medikalisierung wird dabei in der vorliegenden Untersuchung in einem offenen Sinn verwendet und im wesentlichen als medizinische Vergesellschaftung bzw. als Produkt wechselseitiger Einflußnahme von Staat, Ärzten und Fürsorgerinnen gegenüber Patienten und Patientinnen verstanden.[39] Allerdings sind bei diesem Prozeß der Medikalisierung deutliche Unterschiede zwischen den beiden Staaten zu berücksichtigen: Schon wesentlich früher und stärker als in Großbritannien findet sich in Deutschland die Tradition der Medizinalpolizei mit einem Schwerpunkt auf Kontrolle und Überwachung der unteren Schichten und insbesondere der Frauen als Mütter, was sich auch in der Ausrichtung der Fürsorge fortsetzte. In Großbritannien dagegen entwickelte sich ein Fürsorgesystem, dessen Schwerpunkt etwas stärker auf einer Kooperation mit den Befürsorgten lag.[40] Diese unterschiedlichen Ausprägungen hatten auch auf die hier untersuchte Gesundheitspolitik der Nachkriegszeit noch einen erheblichen Einfluß.

Das Verhältnis von Patientinnen und männlichen Ärzten wurde in der Forschung ebenfalls verstärkt thematisiert. Dies verband sich mit dem neu entwickelten Interesse der Sozialgeschichte der Medizin an der Perspektive des Patienten im allgemeinen.[41] Auf den Aspekt der Frau als Patientin wird sowohl im Kapitel über Geschlechtskrankheiten als auch über Schwangerenvorsorge verstärkt eingegangen. Wie sich die moralische Auffassungen und die gesellschaftliche Sicht auf Mann und Frau änderten, dies die Haltung gegenüber Geschlechtskranken prägte und wie solche Einstellungen wiederum die staatliche Politik beeinflußten, wird ebenfalls ein wichtiges Thema im Kapitel über Geschlechtskrankheiten sein.

Auch hinsichtlich der Analyse von Wohlfahrtsstaaten hat die Frauen- und Geschlechterforschung hilfreiche neue Thesen entwickelt. Die großen verglei-

---

38 LOETZ, Medikalisierung.

39 In Anlehnung an die Definition von Franziska Loetz, LOETZ, Medikalisierung, S. 148; vgl. ausführlich zu diesem Thema LOETZ, Vom Kranken. Loetz unterscheidet sich damit kaum von der Definition von Christoph Sachße und Florian Tennstedt, die bereits 1986 in ihrem Sammelband über soziale Sicherung und sozialen Disziplinierung Medikalisierung sowohl als medizinische Enkulturation wie auch als soziale Disziplinierung bezeichnet haben; vgl. SACHSSE und TENNSTEDT (Hrsg.), Soziale Sicherung; sowie den Aufsatz von Alfons Labisch in diesem Sammelband, LABISCH, Hygiene. Eine engere Definition der Medikalisierung, wie sie Ute Frevert für das 18. und 19. Jahrhundert gebraucht (der absolutistische Staat, Bürger und Ärzte zwingen den unteren Schichten über die Armenversorgung medizinische Verhaltensstandards auf und disziplinieren sie damit), ist dagegen für das 20. Jahrhundert kaum noch anzuwenden. Vgl. FREVERT, Krankheit; FREVERT, Tendency.

40 Vgl. FEHLEMANN und VÖGELE, Frauen, S. 34–6, 43–5; sowie LINDNER und NIEHUSS, Einleitung, S. 7–10.

41 Vgl. zur Frau als Patientin allgemein DUDEN, Geschichte; HONEGGER, Frauen; sowie LINDNER und NIEHUSS, Einleitung, S. 16–7.

chenden Überblicke zu sozialen Sicherungssystemen in verschiedenen Staaten beschäftigen sich normalerweise weder generell mit den unterschiedlichen Bedürfnissen und Abhängigkeiten von Frauen und Männern im Wohlfahrtsstaat noch speziell mit den politischen Maßnahmen hinsichtlich Mutterschaft und Vorsorge für werdende Mütter, die für Frauen zentral sein können. Erst die Diskussion über die Zusammenhänge von Geschlechtszugehörigkeit und Wohlfahrtsstaat brachte diese Themen stärker zur Geltung.[42] Auf die Gesichtspunkte wird grundsätzlich im letzten Abschnitt des II. Kapitels eingegangen; verschiedene Aspekte werden in die Analyse des Themenbereichs Schwangeren- und Säuglingsvorsorge einbezogen.

Mit der vorliegenden Studie werden in vieler Hinsicht neue Themenbereiche in den Blick genommen und zudem eine neuartige Kombination verschiedener methodischer Ansätze versucht. In den Vergleich von Gesundheitspolitik in Großbritannien und der Bundesrepublik in den 1950er und 1960er Jahren werden sowohl Aspekte der neueren Sozialgeschichte der Medizin als auch der Geschlechtergeschichte integriert. Zudem soll die Vorgeschichte bei den einzelnen zu untersuchenden Problemfeldern ausführlich in die Überlegung einbezogen werden und auf Traditionen und Brüche geachtet werden; für Deutschland insbesondere auf die Folgen des Nationalsozialismus und seine Prägekraft in den 1950er Jahren.[43] Dabei muß gelten, was Heinz-Gerhard Haupt und Jürgen Kocka über den historischen Vergleich geschrieben haben:

> Meist sind sie [die historischen Vergleiche] auf mittlerer Abstraktionsebene angesiedelt und folgen der Regel: so viel Abstraktion wie nötig, so viel Konkretion und Kontextbezug wie möglich.[44]

Vergleichende sozialhistorische Studien zur Gesundheitspolitik, die sozialgeschichtliche Aspekte einbeziehen und versuchen, Umsetzung und Wirkung der

---

42 Vgl. BOCK und THANE, Editors' Introduction, S. 4; KOVEN und MICHEL (Hrsg.), Mothers; MICHEL and KOVEN, Womanly Duties; vgl. zur Analyse zeitgenössischer Wohlfahrtsstaaten OSTNER, Arm; SAINSBURY (Hrsg.), Gendering.

43 Dabei geht die Untersuchung auf verschiedene Desiderate ein, die von Gisela Bock und Pat Thane bereits im Jahr 1991 aufgezeigt wurden und deren Befund man bis heute bis auf wenige Gegenbeispiele zustimmen kann: „Studying the similarities and differences among individual nations raises a number of methodological difficulties which have surprisingly rarely been explicitly addressed. Not only are there the objective difficulties of comparing complex national experiences but historians of different countries come from differing historiographical experiences in terms of asking and answering different questions; both women's history and welfare history are at different levels and have different trajectories of development in the different countries. Fortunately comparative approaches are widely practised in the research on the welfare states, but unfortunately this research presents itself as gender-neutral, thus leaving out women and the issues that concern them. For Britain there is a large number of studies of welfare state developments for our period, whereas for Germany such research is usually limited to the 1880–1920s and leaves out National Socialism for which – in view of its inhuman features – the concept of the welfare state has seemed to be inadequate […]" Vgl. BOCK und THANE, Editors' Introduction, S. 2.

44 HAUPT und KOCKA, Vergleich, S. 23–4.

Gesundheitspolitik anhand konkreter Themen zu analysieren, existieren für den Untersuchungszeitraum nicht, weder zu allgemeinen Problemen der Gesundheitspolitik noch zu den hier ausgewählten Bereichen. Die Arbeit beschreitet somit in methodischer wie auch in thematischer Hinsicht Neuland.

Die Forschungslandschaft bietet für manche Aspekte eine Fülle an Literatur, die jedoch oft nur bedingt für den hier gewählten Ansatz zu nutzen war; in anderen Bereichen wiederum klaffen erhebliche, oft kaum nachvollziehbare Lücken und zeigen sich erstaunliche Forschungsdesiderate.

Zunächst zum Bereich des historischen Vergleichs: Vergleichende Arbeiten wurden in den letzten Jahrzehnten in der deutschen Geschichtswissenschaft stark propagiert und sogar als „Königsweg" der Disziplin bezeichnet.[45] Die Zahl der tatsächlich vergleichenden Studien wuchs zwar in den letzten Dekaden an, blieb jedoch innerhalb eines vergleichsweise engen Rahmens.[46] Dies mag auch daran liegen, daß der Vergleich in der deutschen Geschichtswissenschaft zuvor lange vernachlässigt worden war und eher von Außenseitern wie dem bereits zitierten Otto Hintze gepflegt wurde.[47] Wichtige Ansätze kamen in den 1920er Jahren vor allem aus der französischen Geschichtsschreibung.[48] In Deutschland gewannen vergleichende Studien erst mit der stärkeren Hinwendung der Geschichtswissenschaft zur Sozialgeschichte seit den 1960er Jahren an Gewicht.[49] Sozialhistorische Arbeiten aus dieser Zeit, die sich auf mehrere Staaten bezogen, hatten dabei vor allem die deutsche Sonderentwicklung im Vergleich zu anderen westlichen Staaten im Blick.[50] Wenn dabei der Vergleich Großbritannien – Deutschland unternommen wurde, war er oft von der wirtschaftlichen Entwicklung und dem Ablauf der Industrialisierung geprägt und stand unter der Prämisse Pionier – Nachzügler.[51] In der englischen Forschung hatten, wie Geoffrey Crossick betont hat, vergleichende historische Studien in der Forschung eher noch weniger Gewicht als in der Bundesrepublik. Schwerpunktthemen waren in der historischen Komparatistik vor allem wirtschaftshistorische Vergleiche sowie Studien aus der historischen Demographie.[52]

---

45 Das „Königsweg"-Zitat bei WEHLER, Einleitung, S. 24; vgl. hierzu kritisch KOCKA, Komparatistik, S. 49 und besonders WELSKOPP, Stolpersteine, der sich mit dem Problemen des „Königswegs" generell auseinandersetzt.

46 KOCKA, Komparatistik, S. 49–50; vgl. für den sozialgeschichtlichen Vergleich KAELBLE, Vergleich, S. 151–60.

47 KOCKA, Komparatistik, S. 47; SAUERTEIG, Vergleich, S. 267–8.

48 Hier sei auf den immer noch aktuellen Vortrag von Marc Bloch aus dem Jahr 1928 über vergleichende Geschichtsschreibung verwiesen; vgl. BLOCH, Geschichtsbetrachtung.

49 SAUERTEIG, Vergleich, S. 268; vgl. zur Hinwendung zu sozial- und gesellschaftsgeschichtlichen Themen in der deutschen Geschichtswissenschaft generell IGGERS, Geschichtswissenschaft, S. 55–60.

50 KAELBLE, Sozialgeschichte, S. 181; KOCKA, Komparatistik, S. 48; KAELBLE, Vergleich, S. 56–9.

51 BERGHOFF und ZIEGLER, Pionier, S. 15–28.

52 CROSSICK, England.

In den letzten Dekaden entstanden in der deutschen Geschichtswissenschaft neben zahlreichen theoretischen Abhandlungen[53] auch einige überzeugende Einzelstudien zu sozialhistorischen Problemen in Deutschland und Großbritannien, an denen sich die vorliegende Arbeit teilweise orientieren konnte. Gesundheitspolitische Themen oder Probleme der Sozialgeschichte der Medizin blieben als Thematik von Vergleichen allerdings weiterhin rar.[54] Der hier untersuchte Zeitraum der 1950er und 1960er Jahre ist in keiner der Teildisziplinen Gegenstand sozialhistorisch vergleichender Einzelstudien geworden.

Zahlreiche Arbeiten gibt es dagegen sowohl in der deutschen als auch in der anglo-amerikanischen Forschung zum Thema des sozialhistorischen Vergleichs von Wohlfahrtsstaaten, wobei sich jedoch viele dieser Studien auf die Entstehungsphase der sozialen Sicherungssysteme konzentrieren und somit der vorliegenden Untersuchung wenig weiterhalfen.[55] An übergreifenden Studien, die die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg mit einbeziehen, haben sich die Arbeiten von Gerhard A. Ritter, Peter Baldwin sowie die theoretischen Studien von Gøsta Esping-Andersen als zentral erwiesen.[56] Für die 1950er und 1960er Jahre existieren ebenfalls übergreifende Wohlfahrtsstaatsvergleiche mit politikwissenschaftlichem Ansatz, die jedoch meist auf der Makroebene bleiben; sie befassen sich entweder mit Systemen der sozialen Sicherung im allgemeinen, bevorzugen einen Mehrstaatenvergleich oder heben ausschließlich auf aktuelle Probleme ab.[57] Mit Gesundheitssystemen setzt sich beispielsweise der Sammel-

---

53 Vgl. HAUPT und KOCKA (Hrsg.), Geschichte; KAELBLE, Vergleich; WELSKOPP, Stolpersteine; OSTERHAMMEL, Sozialgeschichte; MATTHES, Operation; PAULMANN, Vergleich.

54 Exemplarisch sei hier für die vergleichenden sozialgeschichtlichen Studien EISENBERG, Gewerkschaften genannt. Jüngst erschienen ist außerdem die ausgezeichnete geschlechtergeschichtliche Studie von Wiebke Kolbe zu Elternschaft im Wohlfahrtsstaat in Schweden und der Bundesrepublik, vgl. KOLBE, Elternschaft. Für die Sozialgeschichte der Medizin sei die neue Studie von Flurin Condrau zur Tuberkulosebekämpfung in Deutschland und Großbritannien, CONDRAU, Lungenheilanstalt, und der Sammelband LINDNER und NIEHUSS (Hrsg.), Frauen erwähnt. Einen Vergleich auf einer breiten europäischen Ebene führt BALDWIN, Contagion für die gesundheitspolitischen Maßnahmen bei den Krankheiten Cholera, Pocken und Syphilis durch. Vgl. zu der geringen Zahl an vergleichenden Arbeiten aus der Sozialgeschichte der Medizin SAUERTEIG, Vergleich. Als weitere Ausnahmen sind die folgenden Aufsätze zu nennen: SAUERTEIG, Moralismus; TOKYA-SEID, Sanitary Idea; DAVIDSON und SAUERTEIG, Law.

55 Vgl. insgesamt zur Entwicklung der Wohlfahrtsstaatsvergleiche CONRAD, Wohlfahrtsstaaten; vgl. zu wichtigen deutschen und angloamerikanischen Studien ALBER, Armenhaus; FLORA und HEIDENHEIMER (Hrsg.), Development; ASHFORD, Emergence; FURNISS und TILTON, Case; ZÖLLNER, Sozialversicherung; MOMMSEN (Hrsg.), Entstehung; vgl. zur Entstehung der Sozialversicherung in Großbritannien und Deutschland RITTER, Sozialversicherung; RITTER, Soziale Sicherheit.

56 RITTER, Sozialstaat; BALDWIN, Politics; ESPING-ANDERSEN, Three Worlds. Der ausgezeichnete Sammelband zur Entstehung des Wohlfahrtsstaates in Großbritannien und Deutschland von Mommsen deckt leider nur die Zeit bis 1950 ab und war daher für die vorliegenden Untersuchung kaum einschlägig; vgl. MOMMSEN (Hrsg.), Entstehung.

57 Als politikwissenschaftliche vergleichende Studien zu Wohlfahrtsstaaten sind z. B. die mehrbändige Untersuchung über Wohlfahrtsstaaten nach dem Zweiten Weltkriege von Peter

band von Hans-Ulrich Deppe zu Gesundheitspolitik in Westeuropa auseinander, der die unterschiedlichen Strukturen der Systeme zwar gut zusammenfaßt, in den Einzelkapiteln aber vor allem die damals aktuelle Situation der 1980er Jahre erläutert. Ähnlich wird in dem Band von Marshall Raffel verfahren.[58] Die eigentlich einschlägige Veröffentlichung von Jens Alber und Brigitte Bernardi-Schenkluhn zu westeuropäischen Gesundheitssystemen im Vergleich wiederum geht kaum komparatistisch vor, sondern liefert getrennte Darstellungen der verschiedenen Gesundheitssysteme ohne analysierende Vergleichselemente und bezieht sich ebenfalls stark auf die aktuelle Problematik.[59]

In der Bundesrepublik Deutschland hat die Sozialgeschichte der Medizin, deren Ansätze für die vorliegende Arbeit sehr wichtig waren, weder dem Vergleich noch den Problemen der 1950er und 1960er Jahre bislang große Aufmerksamkeit gewidmet.[60] Ausnahmen bilden verschiedene Studien von Alfons Labisch und Florian Tennstedt. Beide veröffentlichten zahlreiche Arbeiten zur Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens im Kaiserreich und im Nationalsozialismus und bezogen auch die Bundesrepublik in ihre Untersuchungen mit ein. Insbesondere Florian Tennstedts Untersuchungen zur Geschichte der Sozialversicherung und der Krankenversicherung bilden im Gegensatz zu manchen politologischen Arbeiten eine solide Grundlage.[61] Daneben widmet sich eine Untersuchung von Hans-Ulrich Sons der Gesundheitspolitik in der Besatzungszeit in Nordrhein-Westfalen.[62] Jüngst sind nun einige Studien und Sammelbände erschienen, die entweder die Nachkriegszeit mit einbeziehen oder sich ganz auf die Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland konzentrieren, so auch die Dissertation von Wolfgang Woelk über Gesundheitspolitik in Nordrhein-Westfalen und der Bundesrepublik Deutschland.[63]

Flora zu nennen vgl. FLORA (Hrsg.), Growth, Band 1–4; oder KAIM-CAUDLE, Social Policy; FRIEDMAN et al. (Hrsg.), Welfare States; RAFFEL, Health Systems.

58 DEPPE (Hrsg.), Gesundheitssysteme; RAFFEL, Health Systems. In der englischsprachigen Literatur finden sich eher Vergleiche zwischen dem amerikanischen und englischen Gesundheitssystem z. B. DANIEL FOX, Health Policies.

59 ALBER und BERNRADI-SCHENKLUHN, Gesundheitssysteme.

60 Vgl. hierzu SAUERTEIG, Vergleich; LABISCH und SPREE, Entwicklungen.

61 LABISCH und TENNSTEDT, Weg; LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland; LABISCH und TENNSTEDT, Prävention im Deutschen Reich; LABISCH, Gesundheitsdienst; LABISCH, Entwicklungslinien; LABISCH, Gemeinde; LABISCH, Gesellschaftliche Bedingungen; LABISCH, Homo Hygienicus; TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung; TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialpolitik; TENNSTEDT, Soziale Selbstverwaltung.

62 Vgl. SONS, Gesundheitspolitik.

63 Vgl. WOELK, Gesundheit; sowie die Dissertation von Dagmar Ellerbrock über die Gesundheitspolitik in der amerikanischen Besatzungszone, die sich mit der unterschiedlichen Wahrnehmung von Krankheit und Gesundheit bei Besatzern und Deutschen beschäftigt, vgl. ELLERBROCK, Gesundheitspolitik. Als neuere Sammelbände, die die Nachkriegszeit mit einbeziehen vgl. WOELK und VÖGELE (Hrsg.), Geschichte; LINDNER und NIEHUSS (Hrsg.), Ärztinnen; STÖCKEL und WALTER (Hrsg.), Prävention. Vgl. auch den Beitrag von Jürgen Wasem, Gerhard Igl, Aurelio Vincenti, Angelika Behringer, Udo Schagen und Sabine Schlei-

Zu einzelnen Probleme der Gesundheitspolitik und des Gesundheitswesens liegen dagegen mittlerweile auch in Deutschland detailreiche und gute Studien aus der Sozialgeschichte der Medizin vor, die aber kaum über das Dritte Reich hinausgehen.[64]

Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland ist bislang fast ausschließlich Thema medizinsoziologischer und politologischer Arbeiten geworden.[65] Ein Grund für den Mangel an historischen Arbeiten ist sicherlich die problematische Quellenlage: Da die Zuständigkeiten zwischen Akteuren des Gesundheitswesens wie den Krankenkassen, Bund und Ländern aufgespalten sind, muß mit Bundes- und Landesarchiven sowie zahlreichen ergänzenden Materialien und Statistiken gearbeitet werden. Eine mühsame Erschließung des disparaten Materials war auch für die vorliegende Arbeit notwendig.

Die soziologisch und politologisch ausgerichteten Studien beziehen zwar die historische Entwicklung ein, konzentrieren sich aber vor allem auf die jeweils aktuellen Probleme des Gesundheitswesens. Jens Albers Studie zum „Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland“[66] geht zwar auf die Geschichte des Gesundheitswesens ein, beschreibt aber in vieler Hinsicht einen an der Gesetzeslage orientierten Sollzustand desselben. Bernd Rosewitz und Douglas Webber beschäftigen sich mit Reformversuchen und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen von den 1950er bis in die 1980er Jahre; in vielem bleiben ihre Ausführungen jedoch ungenau. Hiervon hebt sich deutlich die historische Studie von Ursula Reucher zu den versuchten Reformen des Krankenversicherungsrechtes aus, die die Akten aus den betroffenen Ministerium und Gremien gründlich auswertet.[67] Die Arbeiten von Volker Wanek zur Machtverteilung im Gesundheitswesen sowie die verschiedenen Studien von Marian Döhler und Philip Manow, oft auch in gemeinsamer Autorenschaft, beschreiben die Verhältnisse der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen zueinander und beziehen sich dabei verstärkt auf aktuelle Probleme.[68] Einige sehr anregende Sammelbände und Monographien wie von Hans-Ulrich Deppe über „Vernachlässigte Gesundheit“, von Bernhard Blanke zu „Krankheit und

---

ermacher in dem ersten Band des großen Projekts zur Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, vgl. WASEM et al., Westliche Besatzungszonen; sowie SCHAGEN und SCHLEIERMACHER, Rahmenbedingungen; als neueren zusammenfassenden Aufsatz außerdem SÜSS, Gesundheitspolitik, der komparatistisch vorgeht und BRD, DDR und NS-Staat vergleicht.

64 Vgl. z. B. zum Problem der Geschlechtskrankheiten SAUERTEIG, Krankheit; und zur Tuberkulose CONDRAU, Lungenheilanstalt; sowie HÄHNER-ROMBACH, Sozialgeschichte; zur Säuglingsvorsorge STÖCKEL, Säuglingsfürsorge; DICKINSON, Politics; vgl. hierzu unten die ausführliche Diskussion der Literatur zu den einzelnen untersuchten Problembereichen.

65 Vgl. verschiedene Arbeiten von Jens Alber, Hans-Ulrich Deppe, Volker Wanek, Marian Döhler oder Philip Manow.

66 ALBER, Gesundheitswesen.

67 ROSEWITZ und WEBBER, Reformversuche; REUCHER, Reformen.

68 WANEK, Machtverteilung; DÖHLER und MANOW, Reformpolitik; DÖHLER und MANOW, Formierung; DÖHLER und MANOW, Strukturbildung; DÖHLER und MANOW-BORGWARDT, Korporatisierung; MANOW, Gesundheitspolitik.

Gemeinwohl“ sowie von Volker Wanek über „Machtverteilung im Gesundheitswesen“ kommen aus der Politikforschung bzw. der Medizinsoziologie und haben einen starken Gegenwartsbezug.[69]

Ganz anders sieht die Forschungslandschaft in Großbritannien aus. Der NHS als neues System hat schon bald die Aufmerksamkeit der Historiker auf sich gezogen; auch die Quellenlage ist durch ein zentral verwaltetes Gesundheitssystem wesentlich günstiger. Als wichtigste Darstellungen sind die beiden äußerst umfangreichen Bände von Charles Webster über das britische Gesundheitssystem nach dem Zweiten Weltkrieg zu nennen, die eine Fülle an Quellen verarbeiten und die bei der Analyse der Struktur des Gesundheitssystems sehr nützlich waren.[70] Aus einer Vielfalt an weiteren Studien müssen zudem die älteren Arbeiten von Titmuss, Abel-Smith und Eckstein sowie die neueren Untersuchungen von Honigsbaum, Klein und Pater genannt werden.[71] Die in ihrer Einschätzung des NHS oft sehr differierenden Studien bieten ein vielfältiges Bild des britischen Gesundheitsdienstes. Michael Foot hat den NHS beispielsweise „the greatest socialist achievement of the Labour Government“[72] genannt; Brian Watkin dagegen argumentierte:

> The NHS Act of 1946 created no new hospitals, trained no new doctors brought no new drugs or methods of treatment into being. These things were there already.[73]

Im Unterschied zur Bundesrepublik Deutschland sind auch strukturelle Probleme einzelner Berufsgruppen,[74] verschiedene *Pressure Groups* des Gesundheitswesens, wie die *British Medical Association* (die wichtigste Standesvertretung der niedergelassenen Ärzte) und die *Socialist Medical Association* (die sozialistische Gegenorganisation), oder wichtige Gremien des Gesundheitswesens (z. B. das *Medical Research Council*) in Einzelstudien gut erforscht.[75] Zudem existieren biographische Werke über wichtige Gesundheitspolitiker, z. B. den Gesundheitsminister Aneurin Bevan, unter dem der NHS eingeführt wurde.[76] Auch letzteres unterscheidet die britische Forschungslandschaft stark von der bundesdeutschen: Über wichtige Politiker aus dem Gesundheitswesen der Bundesrepublik liegen kaum Biographien vor, wohl auch deswegen, weil

---

69 DEPPE (Hrsg.), Gesundheit; BLANKE, Krankheit; DEPPE et al., Krankenhaus; DEPPE (Hrsg.), Gesundheitssysteme; DEPPE und PRIESTER, Grundzüge.

70 WEBSTER, Health Services, Band 1 und 2.

71 ECKSTEIN, Health Service; TITMUSS, Essays; ABEL-SMITH und TITMUSS, Cost; KLEIN, Politics; PATER, Making; HONIGSBAUM, Health.

72 FOOT, Bevan.

73 WATKIN, National Health Service.

74 Vgl. z. B. HONIGSBAUM, Division, der sich mit der Problematik der Trennung von Fachärzten und praktischen Ärzten im britischen System auseinandersetzt.

75 Vgl. für die British Medical Association BARTRIP, Themselves Writ Large; für die Socialist Medical Association JOHN STEWART, Battle; für das Medical Research Council AUSTOKER und BRYDER (Hrsg.), Perspectives.

76 Vgl. z. B. FOOT, Bevan; SHEPHERD, Powell.

sich die meisten während des Dritten Reichs mehr oder minder stark kompromittiert hatten.[77]

Sehr anregend für die vorliegende Studie waren zudem Arbeiten, die sich mit dem Thema Wohlfahrtsstaat und Frauen auseinandersetzen. Unter der Vielzahl an Arbeiten aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum seien hier die Untersuchungen und Aufsätze von Jane Lewis und Pat Thane genannt, sowie zwei ausgezeichnete Sammelbände: Gisela Bock und Pat Thane konzentrieren sich auf das Thema Mutterschaft und Politik von Wohlfahrtsstaaten in der Zeit von 1850 bis 1950, Diane Sainsburys „Gendering Welfare States" bietet insbesondere für die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg sehr aufschlußreiche Analysen.[78] In der deutschen Literatur finden sich zu diesem Themenfeld nur einige Aufsätze, die im wesentlichen die angloamerikanische Diskussion referieren.[79]

Zu den einzelnen Problembereichen, anhand derer in der vorliegenden Studie die Gesundheitspolitik analysiert wird, existiert zur untersuchten Zeitspanne der Nachkriegszeit kaum Literatur. Die jeweils sehr ausführlich gehaltenen Vorgeschichten konnten sich auf einen höchst unterschiedlichen Forschungsstand stützen; meist war die britische Geschichte deutlich besser erforscht als die deutsche Entwicklung.

Zur Geschichte der Tuberkulosebekämpfung stammen die interessantesten sozial- und kulturgeschichtlichen Studien aus den USA, wo die Tuberkulose das Thema zahlreicher historischer Untersuchungen geworden ist.[80] Mittlerweile stehen auch für Großbritannien und Deutschland einige umfassende Abhandlungen über die Bekämpfung der Krankheit zur Verfügung, die unterschiedliche Akzente setzen, z. B. stärker auf die Therapieformen oder die Organisation der Gesundheitspolitik eingehen.[81] Diese Studien behandeln allerdings nur den Zeitraum bis zur Einführung der Chemotherapie Ende der 1940er Jahre, so daß lediglich bei der Beschreibung der Vorgeschichte darauf zurückgegriffen werden konnte.

Zur Problematik der Polio-Bekämpfung ist fast ausschließlich amerikanische Literatur zu finden.[82] Dies ist wohl damit zu erklären, daß die Forschung zu den Impfstoffen vor allem in den USA stattfand und zudem die Kinderläh-

---

77 Das Problem der NS-Zeit in den Karrieren von Gesundheitspolitikern wird ausführlich in Kap. II, 1.1 diskutiert.

78 LEWIS, Dealing; LEWIS (Hrsg.), Women; LEWIS, Gender; LEWIS, Women in England; LEWIS und OSTNER, Gender; SAINSBURY (Hrsg.), Gendering; BOCK und THANE (Hrsg.), Maternity; THANE, Visions; THANE, Wohlfahrt; vgl. für eine Zusammenfassung und Analyse der Diskussion HANEY, Engendering.

79 LANGAN und OSTNER, Geschlechterpolitik; OSTNER, Arm; OSTNER, Sozialstaatsmodelle.

80 BATES, Bargaining; OTT, Lives; RÉNÉ und JEAN DUBOS, White Plague; CALDWELL, Crusade; FELDBERG, Disease; TELLER, Tuberculosis Movement.

81 Vgl. zu Großbritannien vor allem BRYDER, Mountain und F.B. SMITH, Retreat; zu Großbritannien und Deutschland im Vergleich CONDRAU, Lungenheilanstalt; für Deutschland HÄHNER-ROMBACH, Sozialgeschichte.

82 ROGERS, Dirt; JOHN R. PAUL, History; MARTIN, Flexible Bodies; JANE A. SMITH, Patenting.

mung und deren Bekämpfung dort durch die Erkrankung des Präsidenten Franklin D. Roosevelt und die von ihm gestartete nationale Kampagne eine große Prominenz und Öffentlichkeit erreichte. Zum anderen trat die Krankheit in den USA wesentlich früher und heftiger auf als in Europa. Zwei britische Studien widmen sich zwar ebenfalls dem Thema, stammen aber von Zeitgenossen, die in der Forschung bzw. in der Gesundheitspolitik engagiert waren und eher persönlich geprägte Schilderungen liefern.[83] Für die Bundesrepublik ist dieses hochinteressante Kapitel der Gesundheitspolitik noch nicht bearbeitet worden.

Die Geschichte der Geschlechtskrankheiten in Deutschland ist durch die sozialgeschichtliche Arbeit von Lutz Sauerteig bis zum Ende der Weimarer Republik in allen Aspekten eingehend untersucht worden.[84] Einige Aufsätze von Sauerteig beziehen zudem den Vergleich mit Großbritannien in die Betrachtung mit ein.[85] Für die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg liegen dagegen für die Bundesrepublik keinerlei medizinhistorische oder sozialgeschichtliche Untersuchungen zu dem sehr interessanten und vielschichtigen Thema vor. In Großbritannien zeigt sich wiederum eine ganz andere Forschungslandschaft. Während die Geschlechtskrankheiten selbst kaum Thema einschlägiger Monographien geworden sind, gibt es zahlreiche Arbeiten, die sich mit der Veränderung von Sexualmoral, Maßnahmen zur Bekämpfung der Prostitution und der gesellschaftlichen Wahrnehmung dieser Probleme beschäftigen, wobei der Untersuchungszeitraum oft bis in die 1960er/1970er Jahre reicht.[86] Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten war stets eng mit dem Problem der Prostitution und ihrer Reglementierung verbunden, was in beiden Ländern Thema einiger historischer Arbeiten wurde; auch diese konnten für die Untersuchung herangezogen werden. Dabei sind die britischen Studien deutlich umfassender und greifen auf innovativere Ansätze zurück.[87] Auch soziologische Studien aus dem Untersuchungszeitraum wandten sich dort Themen wie Promiskuität und

---

83 JOHN R. WILSON, Polio; FISHER, Polio Story.

84 SAUERTEIG, Krankheit. Vgl. außerdem für Deutschland GÖCKENJAN, Syphilisangst; ALLEN, Feminism, Venereal Diseases.

85 SAUERTEIG, Moralismus; SAUERTEIG, Sex; DAVIDSON und SAUERTEIG, Law.

86 DAVENPORT-HINES, Sex; HASTE, Rules; MORT, Sexualities; MORT, Purity; HALL und PORTER, Facts; WEEKS, Sex; WEEKS, Sexuality; BLAND et al.; Sexuality; BLAND und MORT, Look Out; BLAND, Cleansing; vgl. als Arbeiten, die sich ausschließlich dem Thema Geschlechtskrankheiten widmen, verschiedene Aufsätze von Roger Davidson; vgl. DAVIDSON, Venereal Disease, der allerdings auf die Situation in Schottland eingeht.

87 Vgl. zu Deutschland SCHULTE, Sperrbezirke; als juristische Arbeit GLESS, Reglementierung; für die NS-Zeit, allerdings nicht sehr umfassend CHRISTA PAUL, Zwangsprostitution; sowie der Aufsatz von BOCK, Keine Arbeitskräfte. Vgl. allgemein zur Geschichte der Prostitution z. B. die wenig innovative und ungenaue Studie von KREUZER, Prostitution. Für Großbritannien ist hier die ausgezeichnete und umfassende Arbeit von Judith Walkowitz zu nennen, vgl. WALKOWITZ, Prostitution; auch MAHOOD, Magdalenes; MCHUGH, Prostitution.

Sexualmoral zu und bieten eine wichtige Grundlage für die vorliegende Arbeit.[88]

Bei der Schwangeren- und Säuglingsvorsorge ergibt sich ebenfalls ein sehr uneinheitliches Bild. Für Großbritannien ist die Frage der Schwangerenvorsorge zumindest bis in die 1940er Jahre ebenso wie die Müttersterblichkeit gut erforscht. Auch für die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg existieren einige anregende Studien und Sammelbände; hervorzuheben sind die soziologischen Studien von Ann Oakley. Zur Problematik der Säuglingsvorsorge liegen für das erste Drittel des 20. Jahrhunderts ebenfalls überzeugende Darstellungen vor.[89] Für Deutschland finden sich dagegen lediglich Studien zur Säuglingsfürsorge, Maßnahmen für Schwangere sind kaum Thema historischer Untersuchungen geworden.[90] Das Problem der Schwangerenvorsorge wird allenfalls von einigen Monographien, die sich mit dem Thema der Abtreibung und Geburtskontrolle beschäftigen, insbesondere aus der englischsprachigen Forschung, am Rande berührt.[91] Für die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg existiert für Deutschland weder zur Säuglings- noch zur Schwangerenvorsorge eine sozial- oder medizinhistorische Untersuchung.

Während sich in der Forschungsliteratur viele Lücken und Desiderate auftun, die auch die vorliegende Arbeit nur in begrenztem Maße füllen kann, standen für den Untersuchungszeitraum der 1950er und 1960er Jahre eine Fülle an gedruckten Quellen zur Verfügung: Zeitgenössische Publikationen, medizinische Fachzeitschriften, Berichte von Fachgremien, offizielle Reporte und statistische Materialien sowohl zum Gesundheitswesen der beiden Länder im allgemeinen als auch zu den vier ausgewählten Problembereichen bildeten einen wichtigen Materialstock.

An deutschen zeitgenössischen Schriften, die systematisch ausgewertet wurden, sind neben zahlreichen anderen Organen beispielsweise die Fachzeitschriften *Der öffentliche Gesundheitsdienst*, *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, *Der-*

---

88 SCHOFIELD, Promiscuity; SCHOFIELD, Sexual Behaviour of Young Adults; SCHOFIELD, Sexual Behaviour of Young People.

89 Vgl. die zahlreichen Monographien und Sammelbände zur Vor- und Fürsorge für Schwangere und Säuglinge in Großbritannien: LEWIS, Politics; OAKLEY, Womb; DAVIN, Imperialism; GARCIA et al. (Hrsg.) Politics; FILDES et al. (Hrsg.), Women; KOVEN und MICHEL (Hrsg.), Mothers, LOUDON, Death; MARKS, Maternity; DWORK, War; WILLIAMS, Women & Childbirth. Für die soziologischen Studien von Ann Oakley vgl. OAKLEY, Becoming; OAKLEY, Women Confined.

90 Für Deutschland fällt die Auswahl wesentlich magerer aus, auch bezieht hier nur der Aufsatz von Marianne Rodenstein die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg mit ein, vgl. RODENSTEIN, Kultur. Sonst beschränken sich die Darstellungen entweder auf die Zeit des 19. Jahrhunderts oder die Weimarer Republik. Vgl. für das 19. Jahrhundert z. B. FREVERT, Tendency; SEIDEL, Kultur; zur Säuglingsvorsorge im Kaiserreich und der Weimarer Republik vor allem STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, DICKINSON, Politics; SCHABEL, Soziale Hygiene; unter zahlreichen Aufsätzen sei FEHLEMANN, Stillpropaganda genannt; an englischsprachiger Literatur vgl. z. B. TAYLOR ALLEN, Feminism and Motherhood.

91 USBORNE, Frauenkörper; GROSSMANN, Reforming Sex.

matologische Wochenschrift, Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Der Tuberkulosearzt und das *Bundesgesundheitsblatt* zu erwähnen. Zusätzlich wurden Materialien des statistischen Bundesamtes sowie statistischer Landesämter verarbeitet, insbesondere die jährlichen Berichte zum Gesundheitswesen. Ab 1963 edierte das neu eingerichtete Gesundheitsministerium zudem statistische Berichte, die international vergleichende Zahlen enthielten und ebenfalls eine nützliche Grundlage für die Arbeit darstellten.[92] Daneben wurden auch offizielle und halboffizielle Veröffentlichungen von Ministerien und im Gesundheitswesen engagierten Vereinigungen herangezogen.

Für Großbritannien sind zunächst Veröffentlichungen und Berichte der zuständigen Ministerien zu nennen. Die jährlichen Berichte des britischen Gesundheitsministeriums waren wegen der aktuellen Angaben zur Situation des Gesundheitswesens von großem Interesse. Statistisches Material fand sich zusätzlich in den jährlichen Veröffentlichungen des *General Registrar* sowie im *Annual Abstract of Statistics*. In Großbritannien wurden zudem zu fast allen Problembereichen des Gesundheitswesens Komitees eingesetzt, deren Berichte nicht nur für die damaligen Politiker wichtige Entscheidungshilfen darstellten, sondern auch für den Historiker eine wahre Fundgrube bieten.[93] An zeitgenössischen Fachzeitschriften wurden unter anderem *Tubercle, The British Journal of Venereal Diseases, British Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire* sowie das *British Journal of Preventive and Social Medicine* ausgewertet. Wie für Deutschland wurden außerdem allgemeine medizinische Zeitschriften sowie parlamentarische Berichte in die Untersuchung einbezogen.

Die wichtigsten ungedruckten Quellen stammen in beiden Ländern aus staatlichen Archiven. Im Bundesarchiv Koblenz wurden vor allem die Bestände des Bundesministeriums für Gesundheitswesen (bis 1961 Bundesinnenministerium, Abteilung IV) bearbeitet. Aus diesem Bestand wurden zahlreiche Materialien zur Tuberkulosebekämpfung, zu den Impfprogrammen gegen Poliomyelitis, zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und zur Schwangeren- und Säuglingsvorsorge wie auch zur Organisation des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik im allgemeinen ausgewertet. Aus den Akten des Bundesarbeitsministeriums stammen Materialien zur Diskussionen um das Krankenversicherungsneuregelungsgesetz, zum Mutterschutz und zur Tuberkulosehilfe. Im Parlamentsarchiv des Deutschen Bundestages wurden zusätzlich die Unterlagen zu einigen wichtigen Gesetzen bearbeitet. Da die Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik durch aufgesplitterte Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern gekennzeichnet ist, wurden zudem zahlreiche Materialien

---

92 BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEITSWESEN, Gesundheitswesen.

93 Vgl. z. B. MINISTRY OF HEALTH, An Inquiry into Health Visiting; MINISTRY OF HEALTH, Report of the Committee of Enquiry into the Cost of the National Health Service; MINISTRY OF HEALTH, Report of the Committee on General Practice; MINISTRY OF HEALTH, Report of the Committee on Maternity Services.

aus den Landesarchiven Nordrhein-Westfalens und Bayerns zum Gesundheitswesen und zur Gesundheitspolitik ausgewertet. Hier ist allerdings darauf hinzuweisen, daß die Landesministerien ihrer Abgabepflicht für Akten aus den 1950er und 1960er Jahren nur sehr zögerlich nachkommen, so daß manche Materialien erst vorläufig verzeichnet oder gar nicht zugänglich sind. Bei den Archivalien wurde die Bearbeitung der Länderebene auch wegen dieser Probleme im wesentlichen auf Nordrhein-Westfalen und Bayern konzentriert, die als die beiden größten Bundesländer mit einer ganz komplementären strukturellen Prägung die meisten Aspekte der bundesrepublikanischen Entwicklung abdecken.

In Großbritannien mit seinem zentral verwalteten Gesundheitssystem fand sich eine Fülle von Materialien zur Planung und Umsetzung der verschiedenen Programme und Vorhaben des NHS in den Beständen des Gesundheitsministeriums im *Public Record Office* in London. Insbesondere der Bestand MH 55 erwies sich als zentral für verschiedene Aspekte der vorliegenden Arbeit.

Als wichtig haben sich zudem Archivalien des *Contemporary Medical Archives Centre* der *Wellcome Library for the History of Medicine* (London) erwiesen. Hier konnten Nachlässe von wichtigen Mitarbeitern aus dem *Ministry of Health* ausgewertet werden, so z. B. von Sir George Godber, der bereits seit 1940 im Ministerium arbeitete und ab 1960 den Posten des *Chief Medical Officer* innehatte. Sehr aufschlußreich waren auch die dort zu findenden Unterlagen der Vereinigung der *Health Visitors*, des *National Birthday Trust Fund* sowie einiger Fachkomitees der *British Medical Association*. Im Archiv der *British Medical Association* wurden ebenfalls ergänzend Materialien eingesehen.

Im folgenden wird nun zunächst die Struktur der beiden Gesundheitssysteme untersucht, um dann, darauf aufbauend, die einzelnen Probleme der Gesundheitspolitik gründlich zu analysieren. Die Vorgehensweise ist dabei stets ähnlich: In thematisch eng gehaltenen Untergliederungen innerhalb der einzelnen Kapitel wird stets zuerst die Entwicklung in Deutschland bzw. der Bundesrepublik, dann in Großbritannien behandelt. Am Schluß jedes der Kapitel werden die wichtigsten Entwicklung in einer kurzen Synopse vergleichend zusammengefaßt.

II. DIE GESUNDHEITSSYSTEME DER BEIDEN STAATEN

In diesem Kapitel sollen die beiden Gesundheitssysteme und ihre Entwicklung im Hinblick auf die in Kapitel III untersuchten Problembereiche dargestellt und analysiert werden. Aus diesem Zuschnitt ergibt sich – neben der Beschreibung des grundsätzlichen Systemcharakters – die Einschränkung der Thematik auf das öffentliche Gesundheitswesen, die Ärzte und das Krankenhauswesen. Die drei Elemente prägen die Umsetzung von Gesundheitspolitik. Mit diesen Bereichen kommt der Patient in erster Linie in Berührung, sie bestimmen die Art der präventiven und kurativen Versorgung.

1 Die Allgemeine Entwicklung der Systeme

1.1 Bundesrepublik Deutschland – das traditionelle Kassensystem als prägender Faktor des deutschen Gesundheitswesens

Das deutsche Gesundheitswesen ist in erster Linie gekennzeichnet durch die Entwicklung des Krankenkassenwesens, das im Kaiserreich eingeführt wurde und während der Weimarer Zeit und unter dem Nationalsozialismus bis in die Bundesrepublik wenig verändert weiterbestand. Trotz der politischen Umbrüche zeichnete es sich durch eine hohe Kontinuität aus.[1]

Die in Deutschland im Rahmen der Bismarckschen Sozialgesetzgebung 1883 eingerichtete Krankenversicherung hatte im Unterschied zu den britischen Verhältnissen nur wenige Vorläufer in Selbsthilfeeinrichtungen oder freiwilligen Zusammenschlüssen von Arbeitern zur gegenseitigen Absicherung.[2] Mit dem Krankenversicherungsgesetz wurde die Versicherungspflicht für Arbeiter unter einer bestimmten Einkommensgrenze eingeführt, die Beiträge teilten sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer (anfangs 1/3 und 2/3); die Leistungen der Kassen umfaßten zunächst Heilbehandlung sowie Krankengeld bis maximal 13 Wochen. 1883 erfaßte die Krankenversicherung etwa 10 Prozent der Bevölkerung.[3]

---

1 Vgl. Alber, Gesundheitswesen, S. 19; Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 385–6.

2 Vgl. zum geringen Prozentsatz der vor der Einführung der Krankenversicherung abgesicherten Personen Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 386, der von ca. 5 Prozent der Bevölkerung ausgeht; vgl. hierzu auch Ritter, Sozialversicherung, S. 31.

3 Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialpolitik, S. 169; Alber, Gesundheitswesen, S. 25; Labisch, Homo Hygienicus, S. 153–4; vgl. auch Döring, Entwicklungstendenzen, S. 62–3.

Ein wichtiges Kennzeichen des deutschen Systems war neben der Versicherungspflicht die Vielzahl der Kassen, die sich in die unterschiedlichen Formen der Betriebskrankenkassen, Ortskassen und freien Hilfskassen gliederten. Insgesamt gab es 1885 rund 17 500 verschiedene Versicherungsträger, die allerdings durchschnittlich nur wenig mehr als 200 Mitglieder hatten.[4] Die Selbstverwaltungsorgane solcher kleinen Kassen hatten anfänglich noch eine enge Beziehung zu ihren Mitgliedern; oft beschäftigte eine Kasse nur einen Vertragsarzt für ihre Mitglieder. Die Verwaltungsorgane bestanden zu zwei Dritteln aus Vertretern der Arbeitnehmer, zu einem Drittel der Arbeitgeber. Die Krankenkassen entwickelten sich in den nächsten Jahrzehnten zu einer Domäne der Sozialdemokraten, denen die Selbstverwaltungsorgane der Kassen oft die einzige Möglichkeit zu einem beruflichen Aufstieg boten, blieb ihnen doch ansonsten im Kaiserreich eine Tätigkeit in der Staatsverwaltung verwehrt.[5]

Während der folgenden Jahrzehnte dehnte sich einerseits der Mitgliederkreis der Kassen aus. Beispielsweise wurden Familienangehörige der Versicherten mitversichert; eine Kann-Leistung, die die Hälfte der Kassen ihren Mitgliedern bereits um 1900 gewährte. Wochenhilfe für die Frauen der Versicherten kam während des Ersten Weltkriegs hinzu. Zudem wurden nun auch weitere Gruppen der Gesellschaft in die Krankenversicherung integriert, beispielsweise 1914 die Land- und Forstarbeiter sowie die Dienstboten.[6] Mit dem Ansteigen der Versichertenzahl ging andererseits die Anzahl der Kassen zurück; dennoch blieb die grundsätzliche Pluralität des deutschen Krankenversicherungswesens bestehen.

Den Krankenkassen als Kostenträgern standen im deutschen System damals im wesentlichen die Ärzteschaft als Anbieter von Gesundheitsleistungen gegenüber, die Leistungen der Krankenhäuser spielten bei Einführung der Krankenversicherung noch keine maßgebliche Rolle bei der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung.[7] Das deutsche Gesundheitswesen war von Anfang an von Auseinandersetzungen zwischen den Akteuren Ärzteschaft und Krankenkassen gekennzeichnet, wobei es vor allem um Arzthonorare, Kassenzulassungen und die freie Arztwahl der Patienten ging.[8]

---

4 TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 389; Tennstedt erläutert am Beispiel Leipzigs, daß es in dieser Stadt 1885 18 verschiedene Ortskrankenkassen, unter anderem für Metallarbeiter, Buchbinder etc. und daneben 41 Betriebskrankenkassen gab; vgl. auch ALBER, Gesundheitswesen, S. 25–6.

5 TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 390; vgl. hierzu auch ausführlich DERS., Soziale Selbstverwaltung, Band 2, S. 53–60; vgl. auch IMMERGUT, State, S. 58–9.

6 Vgl. RITTER, Sozialstaat, S. 85–7; TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialpolitik, S. 170; DERS. Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 395; vgl. zu den Leistungen für Schwangere und Mütter ausführlich Kap. III, 4.1.1.

7 Vgl. hierzu ausführlich die folgenden Abschnitte über Ärzte und Krankenhauswesen S. 82 und S. 101.

8 Vgl. TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 394.

Während der Weimarer Republik weitete sich der Versichertenkreis der Krankenkassen weiter aus, gleichzeitig stieg die Inanspruchnahme der Kassen insgesamt erheblich an – bei starker finanzieller Belastung der Krankenversicherung als Folge des Ersten Weltkrieges und der Hyperinflation.[9] Aus den ständigen Konflikten der Krankenkassen mit den niedergelassenen Ärzten erwuchs in den 1920er Jahren ein innovatives Element der Gesundheitsversorgung, das besonders in Berlin stark ausgebaut wurde und großen Anklang fand: die Kassen selbst richteten Ambulatorien ein, in denen Ärzte zur Versorgung der Mitglieder angestellt wurden. In solchen Ambulatorien arbeiteten mehrere Ärzte zusammen – meist auf ein Fachgebiet konzentriert –, so daß sich für die Krankenkassen auch eine aufwendige Ausstattung mit Geräten lohnte.[10] In den letzten Jahren der Weimarer Republik verloren die Kassen jedoch zunehmend an Boden. Nach langer Auseinandersetzung mit der Ärzteschaft sah sich der Gesamtverband deutscher Krankenkassen 1931 gezwungen, einer auch von der Präsidialregierung Brüning getragenen Neuregelung zuzustimmen. Danach ging der Sicherstellungsauftrag für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung von den Kassen auf die Kassenarztverbände über; die ärztlichen Leistungen wurden nun von den Kassen durch eine Kopfpauschale abgegolten.[11]

Im „Dritten Reich" beschnitt die NS-Regierung den Einfluß der den Nationalsozialisten verhaßten „roten" Kassen systematisch, während die Ärzte ihre Machtstellung im wesentlichen behaupten konnten. Zunächst wurde bereits ein großer Teil der Krankenkassenmitarbeiter aufgrund ihrer politischen Einstellung entlassen. Die Nationalsozialisten lösten dann bereits im Laufe des Jahres 1933 die Selbstverwaltungsorgane der Kassen auf und unterstellten die Krankenkassen dem Führerprinzip.[12]

Nach dem Zweiten Weltkrieg mußte das Gesundheitswesen zunächst die Folgen des Krieges wie das starke Ansteigen verschiedener Infektionskrankheiten, die Folgen der Unterernährung und die zahllosen hygienischen Probleme bewältigen. In der Regierungserklärung des bayerischen Ministerpräsidenten Hans Ehard vom Januar 1947 hieß es beispielsweise:

> Die große Zunahme der Bevölkerung und die Tatsache der ungeheuren Überbelegung allen Wohnraums infolge der großen Ausfälle durch Vernichtung von Hunderttausenden von Wohngebäuden, außerdem die Erschwerung aller hygienischen Maßnahmen lassen das Gesundheitswesen noch wichtiger werden als früher.[13]

---

9 TENNSTEDT, Soziale Selbstverwaltung, Band 2, S. 116–7; DERS., Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 396–7. Die Leistungen der Sozialversicherung wurden vor allem auf Druck der Gewerkschaften insgesamt stark ausgebaut; vgl. RITTER, Sozialstaat, S. 108.

10 Vgl. zu den Ambulatorien ausführlich, TENNSTEDT, Soziale Selbstverwaltung, Band 2, S. 150–80.

11 TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 402; vgl. zu den Folgen der Verordnungen von 1931 unten, S. 82.

12 Vgl. zu den Ärzten unten, S. 82; vgl. sonst RITTER, Sozialstaat, S. 136; TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 406.

13 Stenographischer Bericht über die 3. Sitzung des Bayerischen Landtags am 10. 1. 1947, S. 39;

Den Krankenkassen gelang in dieser Zeit der schnelle selbständige Neuaufbau ihrer Verwaltung und die Wiederaufnahme ihrer Leistungen. Dies geschah im wesentlichen, ohne daß es auf Seiten der deutschen Verwaltungen substantielle Konzepte für eine Neuordnung gegeben hätte.[14] Die Bewältigung der Nachkriegsprobleme erschwerte Neuansätze, wenn sie nicht von den Besatzungsmächten energisch in Angriff genommen wurden.

In der Tat wurden von Seiten der Alliierten unterschiedliche Überlegungen angestellt, wie das deutsche Gesundheitswesen in Zukunft gestaltet werden sollte. In den westlichen Besatzungszonen wurde die traditionelle Struktur der Sozialversicherung nach 1945 beibehalten. Vom alliierten Kontrollrat war zwar 1946/47 ein Entwurf für eine Neuordnung der Sozialversicherung entstanden, die eher an dem englischen Modell orientiert war und eine Einheitsversicherung vorsah. Besonders in der sozialdemokratischen Partei und den Gewerkschaften hatten solche Reformpläne zahlreiche Befürworter. Dennoch scheiterte das Modell. Neben zunehmenden Zwistigkeiten zwischen den Alliierten war dafür der deutsche Widerstand verantwortlich, der sich besonders in konservativen und liberalen Kreisen manifestierte.[15] Dahinter stand nicht zuletzt die Haltung, daß die Sozialversicherung als eine der wenigen deutschen Errungenschaften gesehen wurde, auf die man stolz sein könne und die deshalb erhalten bleiben müsse.[16] Durch das Fortbestehen der traditionellen Krankenkassen beruhte das deutsche Gesundheitssystem damit weiterhin auf dem Konzept der Bildung von Risikogemeinschaften gleicher sozialer Gruppen in einer Fülle verschiedener Krankenkassen. In der Bundesrepublik blieb somit das Versicherungssystem mit seinen Hauptkennzeichen erhalten: Die Versicherungspflicht war auf bestimmte schutzbedürftige Bevölkerungskreise beschränkt, man führte keinen Gesundheitsdienst für alle ein, und es bestand weiterhin eine Vielzahl von Versicherungsträgern.[17]

Die erste Hälfte der 1950er Jahre war im wesentlichen von der Rekonstruktion der Sozialversicherung in ihrer Institutionenvielfalt bestimmt. 1951 wurde auch die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung wieder eingeführt, aller-

---

vgl. zur ähnlichen Situation in Nordrhein-Westfalen WOELK, Geschichte; SONS, Gesundheitspolitik.

14 TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 410; KIRCHBERGER, Public-Health Policy, S. 207–8. Kirchberger äußert sich zu dem Problem folgendermaßen: „The situation of health policy in the Western occupation zones is characterised by the word reconstruction. This does not immediately make clear, however, what was to be rebuilt and what was not (or rather, what was to be built differently). Health policy in the sense of conceptual ideas did not exist on the part of political authorities."

15 Vgl. zu den Auseinandersetzungen um die künftige Form der Sozialversicherung ausführlich HOCKERTS, Sozialpolitische Entscheidungen, S. 51–85.

16 HOCKERTS, Sozialpolitische Entscheidungen, S. 49, macht dies an einer Rede Adenauers deutlich. Vgl. zum Scheitern der Einheitsversicherung auch BALDWIN, Politics, S. 186–207; REIDEGELD, Sozialversicherung; ABELSHAUSER, Erhard.

17 Vgl. HOCKERTS, Vorsorge, S. 225.

dings nun mit Parität zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern.[18] Der Wiederaufbau geschah, wie Hockerts treffend formuliert hat,

> in dreifacher Abgrenzung gegen nationalsozialistische Zentralisierungs- und Kollektivierungstendenzen, in Abwehr des Umbaus zur Einheitssozialversicherung, wie er nach Kriegsende von alliierter und teilweise auch gewerkschaftlicher Seite in die Wege geleitet wurde, schließlich auch in Abgrenzung von den neuen Mustern des britisch-skandinavischen Welfare State.[19]

Diese Richtungsentscheidung war maßgeblich von der CDU-geführten Bundesregierung unter Adenauer bestimmt worden. Die CDU wollte sich als konservative Partei von sozialistisch geprägten Entwürfen des Sozialstaates absetzen, wie man sie in Großbritannien und den skandinavischen Staaten erblickte. Da auch in den folgenden Wahlperioden bis 1966 die CDU den Regierungschef stellte, änderte sich an dieser grundsätzlichen Richtung kaum etwas.

Die Bedeutung der gesetzlichen Krankenkassen im bundesdeutschen Gesundheitssystem nahm weiterhin zu, da mittlerweile der überwiegende Teil der Bevölkerung in ihnen pflichtversichert war (72 Prozent im Jahr 1949; 10 Jahre später bereits 85 Prozent).[20] Der Mitgliederkreis der Kassen bestand sowohl aus Arbeitern und Angestellten bis zu einer gewissen Einkommensgrenze als auch aus nichterwerbstätigen Gruppen, von denen die Rentner die größte bildeten. Im Rahmen der Familienversicherung waren Ehefrauen und Kinder bei den Arbeitnehmern mitversichert. Den Kassen standen als Anbieter medizinischer Leistungen in der ambulanten Versorgung die Ärzte und in der stationären Versorgung die Krankenhäuser gegenüber. Die niedergelassenen Kassenärzte waren in der Bundesrepublik sowohl auf Landes- wie auf Bundesebene in Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert und konnten als selbstverwaltete und autonome Partner mit den Kassen verhandeln. Aufgrund der fortbestehenden Strukturen blieb für das deutsche Gesundheitswesen auch in den 1950er und 1960er Jahren eine beständige Auseinandersetzung der organisierten Interessengruppen kennzeichnend. Die Akteure im Gesundheitswesen, die Krankenkassen, die Verbände der Ärzteschaft, die Träger der Krankenhäuser sowie staatliche Institutionen auf Bundes- und Landesebene verfolgten dabei durchwegs unterschiedliche Interessen, was zu andauernden Konflikten und Reibereien führte. Vor allem die beständige Auseinandersetzung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den privaten Leistungsanbietern, insbesondere den Ärzteverbänden, bestimmte die Gesundheitspolitik der Bundesrepublik über Jahre.

---

18 TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 414–5. Dies bedeutete eine erhebliche Entmachtung der Arbeitnehmerschaft. Die Neubesetzung der Selbstverwaltungsorgane führte zusammen mit anderen Veränderungen zu einer Entpolitisierung der Krankenkassenverwaltungen.

19 HOCKERTS, Sozialpolitik, S. 363–4; vgl. hierzu auch ZAPF, Development, S. 132.

20 TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 422; vgl. zur Struktur des bundesdeutschen Systems ALBER, Gesundheitswesen; SCHEUCH, Gesundheitswesen.

Das gesamte deutsche Gesundheitssystem erfuhr trotz zahlreicher Kontinuitäten aus der Vorkriegszeit in den 1950er Jahren auch einige wichtige Veränderungen, die die weitere Entwicklung entscheidend beeinflußten. So festigte das Kassenarztgesetz von 1955 die im deutschen System – verglichen mit anderen Ländern – starke Stellung der Ärzte endgültig, indem es den Ärzten das Monopol der ambulanten Versorgung zugestand. Dadurch verschoben sich die Machtverhältnisse nicht nur zu Ungunsten der Kassen.[21] Auch der öffentliche Gesundheitsdienst verlor an Bedeutung. Während die Ärzteschaft ihre Position ausbauen konnte, wurde das öffentliche Gesundheitswesen in seinen Kompetenzen beschnitten und gab immer mehr Aufgabenbereiche ab. Gleichzeitig mißglückten Reformversuche, die dem öffentlichen Gesundheitswesen neue Aufgaben zugewiesen hätten, wie das Gesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge, das 1956 endgültig aufgegeben wurde.[22]

Das Scheitern eines weiteren Projektes prägte ebenfalls das bundesdeutsche Gesundheitswesen.[23] Die Bundesregierung strebte im Rahmen der sogenannten Sozialreform, die die gesamten Sozialversicherungsleistungen auf eine einheitliche neue Grundlage stellen sollte, eine Struktur- und Gesamtreform des Krankenkassenwesens durch das Krankenversicherungsneuregelungsgesetz (KVNG) an. Der geplanten Neuregelung im Krankenkassenwesen, die Arbeitsminister Theodor Blank 1958 vorstellte, gingen die Rentenreform 1957, die Reformierung der Krankenversicherung der Rentner sowie die Einführung der Lohnfortzahlung für Arbeiter im Krankheitsfall voran.[24] Das neue Gesetz zur Krankenversicherung sollte die Tendenz zum Versorgungsstaat wieder bremsen und vor allem durch Selbstbeteiligung die Leistungen der Krankenkassen stärker auf schwere Krankheitsfälle konzentrieren. Dieses Vorhaben stieß auf heftigen Widerstand in der SPD wie auch in den gewerkschaftlichen und Arbeitnehmerkreisen der CDU, die sich gegen den Abbau von Leistungen wehrten. Gleichzeitig strebte das neue Gesetz durch staatliche Honorarfestlegungen eine bessere Kontrolle über die Ausgaben im Gesundheitswesen an. Die Verhandlungsautonomie zwischen Ärzten und Kassen sollte weitgehend aufgehoben werden.[25]

---

21 Vgl. WANEK, Machtverteilung, Struktur, S. 133; sowie FRERICH und FREY, Handbuch, Band 3, S. 76.

22 Vgl. SÜSS, Gesundheitspolitik, S. 65; vgl. zum Scheitern dieses Gesetzes ausführlich den Abschnitt über den öffentlichen Gesundheitsdienst, S. 66–8.

23 Vgl. zur Genese und zum Scheitern des KVNG umfassend REUCHER, Reformen; sowie TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 418–9; LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 152–3; ROSEWITZ und WEBBER, Reformversuche, S. 172–83.

24 Vgl. zur Krankenversicherung der Rentner REUCHER, Reformen, S. 65–85; zur Lohnfortzahlung für Arbeiter im Krankheitsfalle EBENDA, S. 86–98.

25 Vgl. hierzu auch das Kapitel über Ärzte, S. 82; sowie NASCHOLD, Kassenärzte, S. 222–64; zu den heftigen Diskussionen um die Selbstbeteiligung in den Bundestags-Ausschüssen für Gesundheitswesen, Arbeit und Sozialpolitik vgl. PA, III 1002 A1 und A2 passim.

Sowohl im Regierungslager als auch bei der Opposition war der die Arbeit am Gesetzentwurf nachhaltig blockierende, umstrittenste Punkt die Frage der Zuzahlungen der Kassenpatienten. Gleichzeitig opponierten einerseits die Kassenverbände, anderseits die Ärzte gegen alle Änderungen, die ihren Status beschnitten hätten. Der vehemente Widerstand der Ärzteschaft, die auf jeden Fall eine staatliche Kontrolle ihrer Honorarverhandlungen verhindern wollte, trug nicht unwesentlich zum Scheitern des Gesetzes bei, das endgültig 1961 im sozialpolitischen Ausschuß des Bundestages zu Fall kam.[26] Statt dessen wurden einzelne Leistungsverbesserungen aus der Gesamtreform herausgenommen und umgesetzt, ohne ein wirksames Instrument der staatlichen Ausgabensteuerung einzufügen. Es gelang auch 1963 bei einem erneuten Reformversuch Blanks nicht, das Krankenkassenwesen auf eine neue konzeptionelle Grundlage zu stellen. Abermals wurden in den folgenden Jahren lediglich die Leistungen der Kassen durch Einzelgesetze ausgedehnt, insbesondere durch die Einbeziehung der Vorsorge in den Jahren 1965 und 1971.[27]

Neben den ständigen Auseinandersetzungen zwischen Kassen, Leistungsanbietern und Staat kennzeichneten auch Strukturprobleme, die aus dem föderalen Aufbau der Bundesrepublik herrührten, das westdeutsche Gesundheitswesen. Die Verhältnisse waren von Anfang an durch eine starke Verschränkung der Zuständigkeiten von Bund und Ländern geprägt. Der Bund konnte über internationale Abkommen und die Mitgliedschaft in supranationalen Organisationen – das betraf vor allem die Beziehungen zur Weltgesundheitsorganisation – sowie bei Maßnahmen zum Schutz der Zivilbevölkerung in eigener Regie entscheiden.[28] Alles andere fiel in den Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung; das heißt, die Länder hatten die Befugnis, Gesetze zu erlassen, solange der Bund nicht tätig wurde. Das Initiativrecht des Bundes war allerdings noch weiter eingeschränkt: Nur wenn ein Bedürfnis nach einer bundesgesetzlichen Regelung bestand, weil die Angelegenheit durch die Gesetzgebung einzelner Länder nicht wirksam geregelt werden konnte, sollte der Bund eingreifen (Art. 72 Abs. 2 Grundgesetz). An dieser Einschränkung scheiterte 1964 zum Beispiel das vom Bund initiierte Jugendzahnpflegegesetz. Obwohl der Bundesrat das Gesetz grundsätzlich begrüßte, bestritt er die Notwendigkeit eines *Bundes*gesetzes und lehnte dieses daher ab.[29]

In den Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung fiel auch die Seuchenbekämpfung. Von seinem Gesetzgebungsrecht machte der Bund hier durch das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1953 sowie durch das

---

26 REUCHER, Reformen, S. 178–81; vgl. zum Verhalten der Ärzteschaft auch ESCHENBURG, Staatsführung.

27 TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, S. 420–1; vgl. zum Ausbau der Kassenleistungen auf dem Gebiet der Vorsorge besonders das Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, Kap. III, 4.

28 Vgl. BERNHARDT, Zuständigkeiten, S. 6.

29 Vgl. MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 438.

Bundesseuchengesetz von 1961 Gebrauch;[30] danach konnten die Länder auf diesen Gebieten nicht mehr gesetzgeberisch tätig werden. Die konkurrierende Gesetzgebung galt ferner für die Zulassung zu den ärztlichen Berufen und den sonstigen Heilberufen sowie die Regelung der Beziehungen zwischen den einzelnen Trägern des Gesundheitswesens[31]. In der Zuständigkeit des Bundes verblieb die gesetzliche Krankenversicherung. Hier konnte der Bund regulierend eingreifen, der Spielraum der Länder blieb beschränkt. Die solchermaßen zwischen Bund und Ländern aufgesplitterten Kompetenzen behinderten zahlreiche Gesetzesvorhaben.[32]

Gerade im öffentlichen Gesundheitswesen hätten die Länder eine relativ große Gestaltungsfreiheit gehabt. Allerdings nutzten sie ihren Handlungsspielraum selten konsequent aus. Als Ausnahme kann Nordrhein-Westfalen gelten, wo sich, wie in den folgenden Kapiteln noch deutlich werden wird, der öffentliche Gesundheitsdienst relativ rege zeigte.

Von verschiedenen Organisationen wurde die Untätigkeit der Länder auf diesem Gebiet bemängelt. Die Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege beispielsweise beklagte Mitte der fünfziger Jahre, daß noch kein freiwilliger unentgeltlicher Blutspendendienst von den Ländern durchgeführt werde, daß die Schulzahnpflege nicht funktioniere und daß es in der Schulgesundheitspflege an Ärzten und Etatmitteln fehle. Versuche des Bundes, in das öffentliche Gesundheitswesen einzugreifen, wurden von den Ländern jedoch vielfach aus prinzipiellen Erwägungen abgelehnt.[33]

Hinzu kam, daß das Gesundheitswesen auch auf Bundesebene unter seiner organisatorischen Zersplitterung litt. Die Belange der Sozialversicherungen und mit ihr die Krankenkassen fielen in die Zuständigkeit des Arbeitsministeriums. Fragen der öffentlichen Fürsorge, der Zulassung zu ärztlichen Berufen, der Hygiene, der übertragbaren Krankheiten, der Gesundheitsfürsorge, des Verkehrs mit Arzneimitteln und Giften, Fragen der Lebensmittelhygiene, Ausbildung von Tierärzten etc. wurden in der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums bearbeitet.[34] In den meisten Ländern zeigte sich eine ähnliche Aufteilung. In Bayern unterstanden zum Beispiel das öffentliche Gesundheitswesen und die Gesundheitsverwaltung dem Innenministerium, für die Kran-

---

30 Vgl. BGBl. 1953, Teil I/1, S. 700–6: Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. 7. 1953.; BGBl. 1961, Teil I/1, S. 1012–29: Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (Bundesseuchengesetz) vom 18. 7. 1961.

31 Der Bund erließ 1961 eine Bundesärzteordnung; Bayern war beispielsweise auf diesem Gebiet bereits seit 1946 wiederholt gesetzgeberisch tätig geworden. Vgl. Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, S. 3–4; Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt 1945/46, S. 193–196: Bayerisches Ärztegesetz vom 25. 5. 1946.

32 Vgl. ALBER, Gesundheitswesen, S. 17–8; dies wird vor allem im Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge deutlich werden, vgl. Kap. III, 4.

33 BayHStA, NL Soenning Ordner AB, Blauer Plan für das Gesundheitswesen vom 8. 12. 1956; vgl. auch MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 438.

34 BAK, B 142/647, Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, Entwurf 1953.

kenversicherung, Arbeits- und Gewerbemedizin war das Arbeitsministerium zuständig.[35] Lediglich in den Stadtstaaten West-Berlin, Bremen und Hamburg gab es einen Senator für Gesundheitswesen. In den übrigen Ländern unterstand die Abteilung für Gesundheitswesen wie in Bayern dem Innenministerium, außer in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen, wo die Gesundheitsverwaltung dem Sozialministerium untergeordnet war.[36] Zu wichtigen Einrichtungen entwickelten sich daher sowohl die Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder wie auch die Arbeitsgemeinschaft der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder. Beide tagten mindestens einmal jährlich und wurden in dem zersplitterten Gesundheitswesen zu bedeutenden, übergreifenden Beratungs- und Entscheidungsgremien, was besonders im Kapitel über die Bekämpfung der Kinderlähmung deutlich wird.[37]

Weitere Institutionen auf Bundesebene waren zum einen das Bundesgesundheitsamt, das 1952 als neue Bundesbehörde geschaffen wurde. Es hatte drei Institute mit einer langen Tradition unter sich, das Max-von-Pettenkofer-Institut, das vor allem mit Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege, Sammlung statistischer Materialien, Vorbereitung von Gesundheitsgesetzen, aber auch mit Lebensmittelhygiene beschäftigt war, das Robert-Koch-Institut, das sich der Erforschung von Infektionskrankheiten widmete sowie das Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene.[38]

Zum anderen verfügte die Bundesregierung und insbesondere die Gesundheitsabteilung des Bundesinnenministeriums über ein beratendes Organ, den Bundesgesundheitsrat, der nach einem Beschluß der Bundesregierung vom September 1950 gebildet wurde. Er sollte die Bundesregierung bei der Vorbereitung von Gesetzesvorhaben unterstützen und stand allen Bundesministern beratend zur Seite. Die 80 Mitglieder des Bundesgesundheitsrates, Experten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens und Gesundheitspolitiker, wurden auf Vorschlag des Bundesinnenministers berufen. Eine Vollversammlung des Gremiums tagte nur zweimal im Jahr, während die einzelnen Ausschüsse zu verschiedenen Themenbereichen öfter zusammentraten. Letztere sollten zwar ein Votum abgeben, hatten aber keine Entscheidungsvollmachten.[39]

Das Fehlen eines Bundesgesundheitsministeriums und die Aufspaltung zwischen Sozial- und Innenministerium wurde auch in der Ministerialverwaltung kritisch gesehen; gegenüber einer Integration der getrennten Teilbereiche war man allerdings aufgrund der deutschen Tradition skeptisch:

---

35 Vgl. KOCK, Landtag, Band 1, S. 296–310.

36 BAK, B 142/647, Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, Entwurf 1953.

37 Vgl. BAK, B 142/703–708, passim; sowie unten Kap. III, 2.

38 DANIELS, Bundesgesundheitsamt, S. 9–11, vgl. auch BAK, B 142/691, Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland.

39 BAK, B 142/691, Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, Verwaltung und Organisation.

Die Schwierigkeiten entsprechend des Beispiels anderer Staaten auch in Deutschland zu einem Gesundheitsministerium zu kommen, liegen in der historischen Entwicklung, die unbeabsichtigt den Großteil des therapeutischen Sektors und zwar 80% der ambulanten Therapie als eine Funktion der Sozialversicherung unter einen anderen Generalaspekt gestellt hat als den der Gesundheitsverwaltung. Dies ist nach dem 1. Weltkrieg mit der Schaffung eines Arbeitsministeriums sehr stark fixiert worden.[40]

Die Aufteilung des deutschen Gesundheitswesens, das schon seit Ende des 19. Jahrhunderts zwischen Sozialversicherung und öffentlichem Gesundheitsdienst getrennt war, wurde als determinierend empfunden, eine grundlegende Reform nicht gewagt. Innenminister Lehr faßte 1952 zusammen:

Das Gebiet der Sozialhygiene steht dem Versicherungsgedanken fern, in anderen Ländern ist dies integriert. Es ist daher sehr schwierig, in Deutschland die Arbeit an der Gesunderhaltung der Bevölkerung in einem Gesundheitsministerium zusammenzufassen. […] Es bleibt somit nur die Möglichkeit eines Gesundheitsministeriums im eingeschränkten Sinne, also etwa innerhalb des Umfanges meiner Gesundheitsabteilung.[41]

Das Fortbestehen der strukturellen Probleme wurde Anfang der sechziger Jahre immer deutlicher und von Organisationen wie der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege immer wieder öffentlich kritisiert:

Die Bedeutung einer zielbewußten Gesundheitspolitik wird in zahlreichen anderen Ländern (Belgien, Holland, Frankreich, Italien Luxemburg) anerkannt. Dies findet seinen besonderen Ausdruck darin, daß in diesen Ländern die Angelegenheiten des Gesundheitswesens von einem Gesundheitsministerium vertreten werden. Es stellt sich die Frage, weshalb in der Bundesrepublik die Bedeutung der Volksgesundheit für den Staat nicht die gleiche Wertung erfährt und eine ihr entsprechende Institution findet.[42]

Die geforderte Institution, ein zentrales Bundesgesundheitsministerium, wurde schließlich im November 1961 errichtet. Es ging im wesentlichen aus der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums hervor.[43] Das Bundesgesundheitsministerium übernahm vom Innenministerium die Abteilung für Gesundheitswesen mit den Unter-Abteilungen Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Zulassung zu ärztlichen Berufen, Verkehr mit Arzneimitteln, Gesundheitsstatistik, internationales Gesundheitswesen, sowie Fragen der Raumordnung und des Naturschutzes. Hinzu kam das Bundesgesundheitsamt, die Kompetenzen für Wasserangelegenheiten aus dem Ministerium für Atomkernenergie, die Zuständigkeiten für Schlachtvieh- und Fleischbeschau, Milcherzeugnisse sowie die gesundheitliche Ernährungsmittelberatung aus dem Ernährungs- und

---

40 BAK, B 142/773, Bundesministerium des Innern an Staatssekretär des Bundeskanzleramtes, 10. 2. 1952.

41 BAK, B 142/773, Bundesministerium des Innern an Staatssekretär des Bundeskanzleramtes, 10. 2. 1952.

42 BAK, B 142/5082 Besprechung im Referat IV des Innenministeriums 4. 9. 1961, Anlage Resolution der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege.

43 BERNHARDT, Zuständigkeiten, S. 7. Auch in einigen Ländern, in denen bisher dem Gesundheitswesen wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, zeigten sich nun neue Initiativen. In Bayern konstituierte sich beispielsweise 1962 ein gesundheitspolitischer Arbeitskreis der CSU. Vgl. BayHStA, NL Soenning Ordner B 8, Dr. Soenning an Dr. Hass, 15. 7. 1965.

Landwirtschaftsministerium.[44] Allerdings verblieb die Krankenversicherung weiterhin im Ressort des Sozialministeriums, so daß von einer grundlegenden Reformierung des gesamten Gesundheitswesens nicht die Rede sein konnte. Dennoch erhielt die Gesundheitspolitik in den 1960er Jahren durch die Umstrukturierung neue Impulse. Erste Gesundheitsministerin wurde Elisabeth Schwarzhaupt, die sich zuvor vor allem in der Familien- und Frauenpolitik engagiert hatte und der die Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche ein besonderes Anliegen war.[45]

Während sich die Umgestaltung der Krankenversicherung im wesentlichen auf Gesetze beschränkte, die die Leistungen der Versicherungen ausbauten, scheiterten weitere Vorhaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes am Widerstand der Länder im Bundesrat und machten in der Folge eine Gesetzgebung auf gesundheitsfürsorgerischem Gebiet praktisch unmöglich.[46] Das Gesundheitsministerium konnte in diesem Bereich nur Koordinationsfunktionen wahrnehmen.[47] Die oben geschilderten strukturellen Probleme bestanden im wesentlichen fort.

Innerhalb der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums bzw. des Gesundheitsministeriums und anderer Behörden gab es einige Personen, die die Entwicklung des Gesundheitswesens der 1950er und 1960er Jahre nachhaltig beeinflußten und in den unterschiedlichen Problembereichen, die im folgenden angesprochen werden, eine wichtige Rolle spielten. Jene Protagonisten sollen daher kurz vorgestellt werden.

Hier ist zunächst Franz Redeker zu nennen, der die Abteilung Gesundheitswesen im Innenministerium in den ersten Jahren der Bundesrepublik leitete. Redeker, 1891 geboren, war in den 1920er Jahren als Stadt- und Kreisarzt tätig, wurde 1930 Obermedizinalrat in Osnabrück und arbeitete in der Zeit des Nationalsozialismus als Medizinaldezernent beim Polizeipräsidium in Berlin.[48] Seit 1930 gab er zudem die *Zeitschrift für Gesundheitsverwaltung und Gesundheitsfürsorge* (später: *Der öffentliche Gesundheitsdienst*) heraus. Unmittelbar nach dem Krieg übernahm er die Leitung des Hauptgesundheitsamtes in Berlin, bevor er 1949 als Leiter der Gesundheitsabteilung ins Bundesinnenministerium wechselte. In dieser Position und später als Präsident des Bundesgesundheitsamtes sah er sich in der Fortsetzung einer guten, erfolgreichen Tradition des deutschen öffentlichen Gesundheitswesens und des „preußischen Physikus". Eine Neuordnung des Gesundheitswesens sowie eine kritische Ausein-

---

44 BAK, B 142/5082, Adenauer an die Bundesminister, 29. 1. 1962.

45 Vgl. SALENTIN, Elisabeth Schwarzhaupt. Auch nach ihrem Ausscheiden aus dem Ministeramt engagierte sich Elisabeth Schwarzhaupt weiterhin auf ähnlichen Gebieten. Sie wurde Vorsitzende des Bundestagsausschusses für Nichtehelichenrecht.

46 Vgl. hierzu unten den Abschnitt über den Öffentlichen Gesundheitsdienst, S. 64.

47 Vgl. auch BAK, B 142/5082, Strobel über Gesundheitsministerium, 1969.

48 SCHRÖDER, In Memoriam; SCHABEL, Soziale Hygiene, S. 433; LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 474–6.

andersetzung mit dem Erbe der NS-Zeit lagen ihm fern.[49] Zwar kämpfte er beispielsweise für eine liberale Fassung des Geschlechtskrankheitengesetzes und setzte sich für eine starke Beteiligung des öffentlichen Gesundheitswesens in der Vorsorge ein, dennoch verlor das öffentliche Gesundheitswesen mehr und mehr an Boden, wogegen er offenbar nichts zu unternehmen vermochte.

Eine ebenso prägende Figur war in den 1950er Jahren sicherlich Wilhelm Hagen, der bis Mitte 1956 im Innenministerium dem Referat für Gesundheitsfürsorge vorstand.[50] Er initiierte neben dem Gesetzentwurf zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge auch Projekte zur Säuglings- und Mütterfürsorge und war zudem bei der Formulierung der Entwürfe zum Geschlechtskrankengesetz entscheidend beteiligt. Hagen war Verfechter eines umfassenden öffentlichen Gesundheitsdienstes, wollte insbesondere die Gesundheitsämter in ihren Aufgabenbereichen stärken und stellte sich gegen eine weitere Ausbreitung der Kompetenzen der freien Ärzteschaft. 1893 geboren, war Hagen in Augsburg aufgewachsen und hatte in Erlangen, München und Freiburg Medizin studiert. Nach seinem Studium trat er 1921 eine Stelle als Kreiskommunalarzt des Landkreises Lennep im Bergischen Land an.[51] Dort wurde er mit den Problemen der Nachkriegsverelendung, der hohen Kindersterblichkeit und der Tuberkulose konfrontiert. Von 1923–1925 hatte Hagen eine Stelle als Stadtarzt in Höchst am Main inne.[52] 1925 übernahm er die Leitung der Kinder- und Jugendfürsorge der Stadt Frankfurt am Main, gleichzeitig war er an der dortigen Pädagogischen Akademie Dozent für Schulgesundheitspflege.[53] Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten verlor Hagen seinen Posten. Nachdem ein Emigrationsversuch gescheitert war, gelang es ihm schließlich, sich in der Praxis seines verstorbenen Vaters in Augsburg niederzulassen.[54] Hier arbeitete er, bis er 1940 als deutscher Amtsarzt nach Warschau dienstverpflichtet wurde, wo er unter anderem bei der Einrichtung des Ghettos eine sehr umstrittene Rolle spielte.[55]

---

49 Dies wird besonders deutlich in seinem Aufsatz „Magister in Physica“, wo er auf 20 Seiten auf die ehrenvolle Tradition des Physikus seit der Antike eingeht. Für die Zeit des Nationalsozialismus, mit der er sich nur auf einer Seite beschäftigt, nimmt er – fälschlich – für die Amtsärzte in Anspruch, daß sie die einzig standhaften in der Zeit des Nationalsozialismus gewesen seien: „Kein Amtsarzt stand unter den Ärzten, die in Nürnberg oder sonstwo vor dem Richter standen. […] Ein Physikus jedoch war es, der als einziger schon 1931/32 vor der aufkommenden Erb- und Rassenlehre warnte. Ein Physikus war es, der den Reichsgesundheitsführer in seinem Dienstzimmer stellte und Protest gegen das einsetzende Irrenmorden erhob.“ Mit diesen sehr zweifelhaften Aussagen war für Redeker das Kapitel NS beendet. Vgl. REDEKER, Magister, insbesondere S. 193.

50 Vgl. BAK, Organigramm des Bundesministeriums des Innern.

51 Vgl. HAGEN, Auftrag, S. 15–23.

52 HAGEN, Auftrag, S. 90; DERS., Gesundheitsfürsorge einer Industriestadt, S. 54–88.

53 Vgl. z. B. Veröffentlichungen aus den Jahren 1927 bis 1929 zu den Themen gesundheitliche Jugendfürsorge, Gesundheitszustand der Frankfurter Kinder, zur Säuglingssterblichkeit, zu gesundheitlichen und sozialen Folgen problematischer Wohnsituationen.

54 HAGEN, Auftrag, S. 130–8.

55 Vgl. hierzu ausführlich CAUMANNS und ESCH, Fleckfieber.

Von 1943 bis zum Kriegsende diente er als Arzt bei der 6. Armee. Nach dem Krieg wurde Hagen von Franz Redeker in das Referat für Gesundheitsfürsorge im Bundesinnenministerium geholt.[56] Darüber hinaus lehrte er an der Universität Bonn Gesundheitsfürsorge und engagierte sich auch stark auf internationaler Ebene: Er reiste für das Ministerium zu Kongressen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und verfaßte in deren Auftrag eine Übersicht über den Stand der Fürsorge für Mutter und Kind in Europa.[57] Hagens Gesetzentwurf zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge, mit dem er vor allem dem öffentlichen Gesundheitswesen zahlreiche Aufgaben in der Prävention zuweisen wollte, scheiterte allerdings bereits innerhalb des Innenministeriums. 1956 schied Hagen aus dem Ministerium aus und wurde Präsident des Bundesgesundheitsamtes.

Als weitere wichtige Person, die die Gesundheitspolitik auf Bundesebene in der zweiten Hälfte der 1950er Jahre bis Mitte der 1960er Jahre nachhaltig mitgestaltete, ist Josef Daniels anzusehen. 1910 geboren, arbeitete er nach seiner Approbation 1936–39 im Gesundheitsamt Hechingen und war nach dem Heeresdienst ab 1941 am Institut für Fleckfieber und Virusforschung in Krakau tätig. Nach dem Krieg war er zunächst Referent im Innenministerium von Südwürttemberg, dann Leiter des Gesundheitsamtes Tübingen, Referent in der Gesundheitsabteilung des nordrhein-westfälischen Innenministeriums, schließlich Präsident der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf, bevor er von 1959 bis 1964 im Bundesinnenministerium bzw. später im Bundesgesundheitsministerium und danach bis 1969 als Präsident des Bundesgesundheitsamtes wirkte.[58]

Nur wenige leitende Gesundheitspolitiker in den Anfangsjahren der Bundesrepublik konnten auf eine politisch so standhafte Haltung während der Zeit des Nationalsozialismus verweisen wie beispielsweise Bruno Harms. Während der 1920er Jahre war er in Berlin Stadtarzt, wurde 1933 entlassen und überdauerte die nationalsozialistische Zeit dann als praktischer Arzt. Harms avancierte 1946 zum Stadtrat für Gesundheitswesen beim Berliner Magistrat, bevor er 1949–53 Präsident des Robert-Koch-Instituts für Hygiene und Infektionskrankheiten wurde.[59]

Typisch für die Gesundheitspolitiker der Nachkriegszeit sind eher Lebensläufe wie die von Franz Klose oder Hans Harmsen, deren Karrieren relativ ungebrochen verliefen. Klose, 1887 geboren, war zunächst Militärarzt im Ersten Weltkrieg und baute dann in den 1920er Jahren im Gesundheitsamt Kiel eine

---

56 Vgl. BAK, Organigramm des Bundesministerium des Innern.

57 Vgl. HAGEN, Gesundheitsfürsorge. Kollegheft; DERS., Auftrag, S. 240–3; sowie BAK, B 142/4043, Bericht für die WHO über die Fürsorge für Mutter und Kind in neun europäischen Staaten, Entwurf.

58 SCHABEL, Soziale Hygiene, S. 417.

59 SCHABEL, Soziale Hygiene, S. 423.

umfassende Säuglingsvorsorge auf.[60] Seine Karriere wurde durch den Nationalsozialismus keineswegs unterbrochen: 1936 habilitierte er in Sozialhygiene, 1939–45 war er beratender Hygieniker bei der Armee. 1946 wurde er schließlich Professor für Hygiene an der Universität Kiel, 1952 baute er das Bundesgesundheitsamt auf und war dessen erster Präsident, bis er als Nachfolger Redekers 1954 Ministerialdirektor im Bundesministerium des Innern wurde.[61] Auch Klose gelang es in dieser Zeit nicht, den öffentlichen Gesundheitsdienst und dessen Aufgabenbereich zu stärken. Nach seiner Pensionierung war er weiterhin auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege sehr rege, z. B. als Mitbegründer und Präsident der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege.

Hans Harmsen war zwar nicht auf der Ebene der Bundespolitik tätig, konnte aber in den 1950er Jahren als akademischer Lehrer das Gesundheitswesen nachhaltig beeinflussen. 1899 geboren, promovierte er bei dem prominenten Sozialhygieniker Grotjahn über „Die französische Sozialgesetzgebung im Dienste der Bekämpfung des Geburtenrückgangs", wurde Leiter des Referats Gesundheitsfürsorge im Centralausschuß für die Innere Mission in Berlin, später Geschäftsführer der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und Mitarbeiter am Hygienischen Institut in Berlin. 1939 habilitierte er sich und war auch während des Zweiten Weltkriegs als Hygieniker und Wissenschaftler tätig, wobei er stark in die eugenischen Maßnahmen des Nationalsozialismus verwickelt war.[62] Bereits 1946 wurde er aber von den englischen Besatzungsbehörden wieder als Professor für Soziale Hygiene in Hamburg eingesetzt und später zum Leiter der Akademie für Staatsmedizin in Hamburg ernannt, die für die Ausbildung der Amtsärzte für die britische Besatzungszone zuständig war. Harmsen avancierte so zu einer bestimmenden Figur in der öffentlichen Gesundheitspolitik wie auch der Sozialhygiene der frühen Bundesrepublik.

Die meisten Karrieren der bundesdeutschen Gesundheitspolitiker sind im wesentlichen durch Kontinuität während der Jahre des Nationalsozialismus gekennzeichnet.[63] Da aus der eigenen Lebensperspektive die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und des gesamten deutschen Gesundheitswesens auch unter dem Nazi-Regime offenbar als durchaus positiv gesehen wurde und man zumindest der Meinung war, das Gesundheitswesen habe die NS-Zeit unbeschadet überstanden, gab es von diesen Politikern in der Bundesrepublik

60 Vgl. hierzu Kap. III, 4.

61 LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 437–8; vgl. auch die Karriere von Otto Buurmann, der nach 1945 in Nordrhein-Westfalen einer der führenden Gesundheitspolitiker war; SCHLEIERMACHER, Traditionen, S. 273–4.

62 Vgl. zu seinem Werdegang SCHLEIERMACHER, Sozialethik, S. 58–65.

63 Vgl. insgesamt zum Problem der Kontinuitäten im öffentlichen Dienst, GARNER, Public Service Personnel; vgl. für den öffentlichen Gesundheitsdienst SCHMACKE, Individualisierung, S. 183.

kaum Impulse für einem Neuanfang oder Vorschläge für grundsätzliche Reformen des bundesdeutschen Systems. Die Neuordnung und Verstaatlichung des öffentlichen Gesundheitswesens durch die Nationalsozialisten von 1934 wurde von diesen Gesundheitspolitikern als positiv wahrgenommen,[64] während alternative Formen wie die Entwicklung einer *Community Care*, eine stärkere Kommunalisierung des Gesundheitswesens oder eine Verbindung von sozialen und medizinischen Diensten nicht thematisiert wurden; solche Vorschläge kamen lediglich von sozialdemokratischer Seite.

1.2 Großbritannien – Einführung und Strukturprobleme des „National Health Service"

Eine Krankenversicherung *(National Health Insurance)*, wurde in Großbritannien erstmals 1911 eingeführt. Sie galt allerdings nur für Arbeiter unterhalb einer bestimmten Lohngrenze; Familienmitgliedern und Kindern wurde keine medizinische Versorgung zugestanden. Zunächst umfaßte die Versicherung nur weniger als ein Drittel der Bevölkerung, 1938 waren dann immerhin 43 Prozent der Bevölkerung über die *National Health Insurance* erfaßt.[65]

Zuvor war die Absicherung vor Krankheiten in erster Linie genossenschaftlich organisiert. Vor allem Handwerker und Facharbeiter gehörten den sogenannten *Friendly Societies* an und sicherten sich mit ihren Beiträgen gegen Krankheit ab. Die privaten oder genossenschaftlichen Versicherungsgemeinschaften spielten auch im gesellschaftlichen Leben eine wichtige Rolle.[66] Daneben gab es gewerkschaftliche Organisationen, die ihre Mitglieder ebenfalls gegen Krankheitsrisiken schützten. All diese Vereinigungen hatten meist zur Versorgung ihrer Beitragszahler Verträge mit Ärzten über sogenannte *Club Practice*, einige Stunden, in denen die Ärzte dann die Mitglieder behandelten. Große Vereinigungen beschäftigten selbst Ärzte.[67] Die Formen der freiwilligen Absicherung bestanden auch nach der Einführung der staatlichen Krankenversicherung fort, da sie als *Approved Societies* im neuen Versicherungssystem anerkannt wurden. Das neue Versicherungssystem zeichnete sich so durch eine Vielzahl von unabhängigen Versicherungsgesellschaften aus. Zudem versuch-

---

64 Vgl. hierzu ausführlich unten Abschnitt 2.1.

65 Vgl. zu den Schwierigkeiten bei der Einführung der National Health Insurance ausführlich Gilbert, Evolution, S. 289–399; zur Umsetzung und den Problemen mit der Ärzteschaft Ebenda, S. 400–47; zur Entwicklung der National Health Insurance insgesamt außerdem Ders., Policy, S. 255–304; vgl. zudem Ritter, Sozialversicherung, S. 94, Lewis, Providers, S. 326.

66 Vgl. zur Geschichte der Friendly Societies in den letzten Dekaden des 20. Jahrhunderts ausführlich Gosden, Self-Help, S. 77–114.

67 Vgl. zur Club Practice unten, S. 92; Gosden, Self-Help, S. 113. Die Leeds Amalgamated Friendly Society beschäftigte beispielsweise 1883 einen eigenen Arzt, der auch in den Räumen der Society praktizierte. Vgl. zu der Entstehung von Medical Clubs auch Hodgkinson, Origins, S. 602–10.

ten die nicht in die staatliche Versicherung aufgenommenen Familienmitglieder, sich durch freiwillige Formen der Absicherung gegen Krankheitsfälle zu wappnen.[68]

Wie unten im Kapitel über die kommunalen Gesundheitsbehörden ausführlich beschrieben wird,[69] entwickelte sich seit der Jahrhundertwende und verstärkt seit den 1920er Jahren in Großbritannien ein aktives öffentliches Gesundheitswesen. Die örtlichen Gesundheitsbehörden boten auf gemeindlicher Ebene medizinische Versorgung für besonders gefährdete Gruppen der Bevölkerung an, also insbesondere für Schwangere, Säuglinge und Kinder, aber auch für Tuberkulosekranke. Diese Dienste wurden zwar bis in die 1940er Jahre stark ausgebaut, die Unterschiede zwischen den einzelnen Regionen blieben jedoch erheblich.[70]

Im Jahre 1919 war nach langen Auseinandersetzungen ein Gesundheitsministerium gegründet worden, das sowohl die Verwaltung der staatlichen Krankenversicherung wie auch die Koordinierung der Aktivitäten der örtlichen Gesundheitsbehörden im Gesundheitsbereich übernahm.[71] Damit war im Gegensatz zu Deutschland eine Behörde geschaffen, die öffentliches Gesundheitswesen und Krankenversicherung vereinte.

In Großbritannien gab es bis nach dem Zweiten Weltkrieg – bis zur Einführung des staatlichen Gesundheitsdienstes (*National Health Service*/NHS) – ein Nebeneinander von verschiedensten Absicherungsformen sowie von unterschiedlichen Trägern der medizinischen Versorgung. Dabei waren besonders Frauen benachteiligt, die – wenn sie nicht selbst versicherungspflichtig arbeiteten – als Familienmitglieder keinen Schutz in der *National Health Insurance* genossen. Für Schwangere bestand zudem nur eine sehr unzureichende und regional unterschiedliche Versorgung, auch wenn hier die lokalen Gesundheitsbehörden mit Hebammendiensten und Vorsorgeangeboten für Schwangere und Säuglinge einen Ausgleich zur mangelnden ärztlichen Betreuung schufen.[72] Insgesamt bestand so im englischen Gesundheitssystem eine sehr ungleichmäßige Versorgung der Bevölkerung. Im Krankenhaussystem, das ungenügend ausgebaut war, und in der fachärztlichen Versorgung, die für große Teile der Bevölkerung nicht zugänglich war, zeigten sich die größten Defizite des englischen Gesundheitssystems.[73]

Es hatte bereits nach dem Ersten Weltkrieg Vorschläge zu einer durchgreifenden Neustrukturierung des Gesundheitssystems gegeben. Hier ist beson-

---

68 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 11.

69 Vgl. unten, S. 72.

70 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 5–9; ausführlich auch FRAZER, History.

71 GILBERT, Policy, S. 98–132.

72 Zu den Unzulänglichkeiten der ärztlichen Versorgung LOUDON, Death, S. 231–3; sowie ausführlich im Kapitel über Schwangeren- und Säuglingssterblichkeit, Kap. III, 4.1.2.

73 TITMUSS, Problems, S. 66–73; KLEIN, Politics; vgl. hierzu auch ausführlich den Abschnitt über das Krankenhauswesen, unten S. 109.

ders der sogenannte *Dawson Report* zu erwähnen, der bereits 1920 den Aufbau eines integrierten, kommunalen Gesundheitsdienstes empfahl. Dies wurde jedoch damals noch für utopisch und unrealisierbar erklärt. Während der 1930er Jahre gab es dann innerhalb des Gesundheitsministeriums wiederholt Überlegungen, das Gesundheitswesen zu reformieren, die aber zunächst nicht umgesetzt wurden.[74] Erst die Situation während des Zweiten Weltkrieges brachte den Aufbau eines umfassenden Gesundheitsdienstes in den Bereich des Vorstellbaren.[75] 1938/39 wurde das Gesundheitswesen erheblich umstrukturiert, um die erwarteten Kriegsfolgen besser auffangen zu können, und der sogenannte *Emergency Medical Service* gegründet. Im Gesundheitsministerium fürchtete man vor allem eine hohe Zahl an verwundeten Zivilpersonen durch Luftangriffe und begann deswegen, die Krankenhausversorgung umzuorganisieren und auszubauen. Zusätzliche Krankenhausbetten wurden geschaffen und verstärkt medizinisches Personal eingestellt.[76] Die Effektivität der Zentralisierung und Umorganisation des gesamten Krankenhauswesens während des Krieges schien zu belegen, daß die Krankenhäuser auch nach Kriegsende einer einheitlichen Regionalverwaltung unterstellt werden sollten.[77]

Weitere wichtige Schritte auf dem Weg zum NHS waren die verschiedenen Entwürfe über eine Neuordnung der gesamten sozialen Absicherung in Großbritannien. Hier ist zunächst der Bericht des *Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Service* unter Sir William Beveridge aus dem Jahr 1942 zu nennen, der als Beveridge-Plan bezeichnet wurde.[78] Die ihm früher zugedachte Bedeutung als wichtigstes Konzept der Wohlfahrtsstaatsplanung ist zwar mittlerweile von der Forschung modifiziert worden, dennoch ist der Beveridge-Plan als ein entscheidender Schritt in Richtung des NHS zu werten.[79] Allerdings muß man auch sehen, daß von Seiten der der *Labour Party* angehörenden *Socialist Medical Association* (SMA) bereits 1933 ein umfassendes Programm für einen staatlichen Gesundheitsdienst vorgelegt worden war, der

---

74 Consultative Council of Medical and Allied Services: Interim Report [Dawson Report]; vgl. auch WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 20–2.

75 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 16.

76 Vgl. hierzu ausführlich TITMUSS, Problems, S. 73–86; vgl. auch ABEL-SMITH, Hospitals, S. 424.

77 ECKSTEIN, Health Service, S. 113.

78 BEVERIDGE, Social Insurance; vgl. zu Beveridge selbst HARRIS, William Beveridge; vgl. allgmein zur Entwicklung der britischen Sozialpolitik während des Zweiten Weltkriegs HARRIS, Aspekte.

79 Vgl. zum allgemein überschätzten Einfluß des Beveridge-Plans auf die Entwicklung der Wohlfahrtsstaaten RITTER, Sozialstaat, S. 147–8. Auf das Gesundheitssystem hatte der Beveridge-Plan höchstwahrscheinlich nur eine begrenzte Wirkung, da z. B. eine Neuordnung des Krankenhauswesens bereits 1941 im Ministerium diskutiert wurde und schon vor der Veröffentlichung des Beveridge-Plans wichtige Initiativen eingeleitet wurden; vgl. ECKSTEIN, Health Service, S. 133–4.

ebenfalls keine Selbstbeteiligung sowie eine vom Staat angestellte Ärzteschaft vorgesehen hatte.[80]

Das von William Beveridge, einem liberalen Politiker, entworfene zukunftsweisende Konzept schlug vor, die ganze Bevölkerung in ein neues, einheitliches Sozialversicherungssystem einzubinden. Der Plan traf auf eine ungeheure öffentliche Resonanz.[81] Mit Hilfe eines einzigen Beitrags sollten die Bürger künftig in den Genuß umfassender Leistungen kommen – Unfallversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung. Das System der Einheitsversicherung ohne Bedürftigkeitsprüfung sollte eine Grundversorgung der gesamten Bevölkerung auf der Basis von niedrigen Beträgen ermöglichen.[82] Damit verbunden war die Planung eines umfassenden Gesundheitsdienstes, eines *National Health Service*. Beveridge favorisierte eine in kommunalen Gesundheitszentren angestellte und staatlich besoldete Ärzteschaft, die Neuordnung des Krankenhauswesens ließ er offen. Der NHS sollte im wesentlichen kostenlos sein, lediglich Zuzahlungen zu Krankenhausaufenthalten oder Hilfsmitteln wie Brillen, Prothesen etc. kamen in Frage, ohne daß dies im Beveridge-Plan näher ausgeführt wurde.[83]

Die britische Koalitionsregierung der Kriegszeit akzeptierte grundsätzlich den Vorschlag des Beveridge-Reports, einen umfassenden nationalen Gesundheitsdienst aufzubauen. Im Gesundheitsministerium war man jedoch weniger begeistert, da man sich kaum vorstellen konnte, die Ärzteschaft davon zu überzeugen, Angestellte der Kommunalbehörden zu werden. Der Beveridge-Report bewirkte dennoch, daß die Planungen mit neuer Intensität betrieben wurden. Doch zeigten sich sowohl hinsichtlich der Neuorganisation der Krankenhäuser wie auch bei der Integration der Ärzte rasch große Schwierigkeiten, die die Pläne wieder ins Stocken geraten ließen.[84]

In einem 1944 vom Gesundheitsministerium veröffentlichten Weißbuch wurden die Pläne für einen staatlichen Gesundheitsdienst schließlich nochmals konkretisiert. Dennoch blieb der Regierungsstandpunkt recht vage. Grundsätzlich sollte der Gesundheitsdienst zwar umsonst sein, aber Zuzahlungen wurden weiterhin offen gelassen.[85] Inwieweit lokale Behörden das Krankenhauswesen verwalten oder eine neue Verwaltungsebene geschaffen werden sollte, blieb ebenfalls ungeklärt. Eine staatlich angestellte Ärzteschaft wurde im Weißbuch von 1944 als nicht verwirklichbar eingeschätzt; so sollten einerseits

---

80 ECKSTEIN, Health Service, S. 107.

81 Der Report war binnen kurzem ausverkauft und wurde mehrfach nachgedruckt; vgl. BALDWIN, Politics, S. 116–8; vgl. zu den Prinzipien des Beveridge-Plans auch WILLIAM ROBSON, Welfare State, S. 24–6.

82 BEVERIDGE, Social Insurance, § 30, S. 23–6; § 300, S. 187–90.

83 BEVERIDGE, Social Insurance, § 426–39, S. 243–50.

84 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 36–51.

85 MINISTRY OF HEALTH, National Health Service 1944, S. 9; zu diesem White Paper auch ECKSTEIN, Health Services, S. 136–9; WILLCOCKS, Creation, S. 25–6.

herkömmliche Einzelpraxen weiterbestehen, andererseits setzte der Bericht auf die Einrichtung von Gruppenpraxen und hoffte, die Ärzte auf diesem Wege für die Mitarbeit in kommunalen *Health Centres* gewinnen zu können.[86]

Die Verhandlungen mit den Akteuren des Gesundheitswesens blieben auch nach der Veröffentlichung des Weißbuchs zäh; die Vorstellungen von Konservativen und Labour-Politikern hinsichtlich des zu schaffenden Gesundheitsdienstes divergierten mehr und mehr. 1945 brach schließlich die Kriegskoalition zwischen Labour und Konservativen endgültig auseinander.[87] Bei den Neuwahlen errang die *Labour Party* mit ihrem Programm eines neuen Wohlfahrtsstaates einschließlich eines *National Health Service* eine überwältigende Mehrheit, während die Konservativen, deren Bekenntnis zur Reformierung des Sozialsystems wesentlich vager geblieben war, eine Niederlage hinnehmen mußten.[88]

Nach der Regierungsbildung unter Premierminister Clement Attlee stand fest, daß nun ein umfassendes, neues Gesundheitssystem eingeführt werden würde.[89] Sehr unerwartet kam die Ernennung Aneurin Bevans zum Gesundheitsminister. Aneurin Bevan, 1897 geborener Bergarbeitersohn aus Wales, hatte sich in seiner Partei hochgearbeitet. Er galt gleichermaßen als Kämpfer wie als begnadeter Redner. Sehr schnell erarbeitete er einen Gesetzesentwurf für den NHS.[90] Es gelang ihm, die Verstaatlichung sowohl der *Voluntary Hospitals*[91] als auch der bisherigen kommunalen Krankenhäuser durchzusetzen und beide unter ein neues Verwaltungsschema zu stellen. Gegen eine Unterordnung unter die bereits bestehenden Kommunalbehörden hatten die Krankenhausverwaltungen heftig opponiert. Bei der Durchsetzung und tatsächlichen Einführung des NHS, bei der er insbesondere mit den Vertretern der Ärzteschaft zu kämpfen hatte, spielte Bevan die entscheidende Rolle.[92] George Godber, damaliger Mitarbeiter im Gesundheitsministerium und späterer Leiter der Medizinalabteilung, äußerte sich rückblickend:

The relief one felt when the new Government came in and someone as radical and as strong as Nye [Kurzform für Aneurin] Bevan took over the negotiations and could say, 'Look, what you're proposing is allright, except we must go further in this respect. We

---

86 MINISTRY OF HEALTH, National Health Service 1944, S. 14–9, 26–33.

87 WILLCOCKS, Creation, S. 26–8; besonders zum Widerstand der Ärzte ECKSTEIN, Health Service, S. 140–55.

88 Vgl. zum Sieg der Labour Party PELLING, Labour Governments, S. 16–34; DERS., Labour Governments. Determinants, S. 255; ADDISON, Road, S. 261–9; MORGAN, Labour, S. 32–44.

89 Vgl. zu den Vorhaben der Regierung Attlee allgemein ADDISON, Road; MORGAN, Labour; MORGAN, People's Peace; ATTLEE, As It Happened; HENNESSY, Attlee Governments, zu Attlee selbst HARRIS, Attlee.

90 Vgl. zu Bevan als Gesundheitsminister ausführlich FOOT, Bevan, S. 102–217; sowie CAMPBELL, Nye Bevan, S. 165–85.

91 Traditionell gemeinnützige Einrichtungen, die zuvor ihre Patienten meist umsonst behandelt hatten; vgl. S. 109.

92 Vgl. HESS, Sozialpolitik, S. 307; sowie unten S. 95.

must take over the ownership of the hospitals'. And given that there was going to be a health service for everybody, that's the crucial decisions of 1946. Because it went right across the board.[93]

Der *National Health Service*, der schließlich am 5. Juli 1948 von der Labour-Regierung unter Attlee und dem Gesundheitsminister Bevan eingeführt wurde, bot allen Bürgern des Staates eine kostenlose umfassende Gesundheitsvorsorge und medizinische Therapie an.[94] Die Verantwortung für den NHS lag beim Gesundheitsministerium.

Der NHS war dreigeteilt in *Regional Hospital Committees*, die das Krankenhauswesen verwalteten, die *Executive Councils*, denen die *General Medical Services*, also die ärztliche Versorgung der Bevölkerung, unterstanden, sowie die *Local Health Authorities*, die die lokalen Gesundheitsdienste leiteten (siehe Diagramm 1). Auf alle drei Bereiche wird in den folgenden Abschnitten noch ausführlich eingegangen. Die dreiteilige Struktur des Gesundheitsdienstes führte in den folgenden Jahren zu erheblichen Schwierigkeiten.[95]

Das Gesundheitsministerium selbst hatte in der Anfangsphase des NHS zunächst strukturelle Probleme zu bewältigen. Zum einen verlor das Ministerium bereits 1950 Kabinettstatus,[96] was seine Position in Verhandlungen mit dem Finanzministerium auf der einen und der Ärzteschaft auf der anderen Seite deutlich schwächte und zudem einen Abbau an Personal nach sich zog. Zum anderen hatte das Ministerium stets Probleme bei der internen Zusammenarbeit zwischen den administrativen und den medizinischen Zweigen seiner Verwaltung. Die Entscheidungskompetenzen waren in den folgenden Jahren keineswegs klar verteilt. Der medizinische Zweig unterstand dem *Chief Medical Officer* (CMO). Einige Personen, die dieses Amt bekleideten, werden im folgenden noch vorgestellt.[97] Was dem Ministerium grundsätzlich fehlte, war eine gute Forschungs- und Entwicklungsabteilung sowie ein eigenes statistisches Amt. Erst 1955 wurde eine größere statistische Abteilung eingerichtet.[98]

Eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit Problemen der medizinischen Forschung spielte für das Ministerium das bereits 1913 gegründete *Medical Research Council* (MRC, vormals *Medical Research Committee*), das sich seit den 1920er Jahren vor allem der biomedizinischen Grundlagenforschung widmete.[99] Es wurde allerdings 1919 nicht dem damals gegründeten Gesundheits-

---

93 Wellcome Library, Contemporary Medical Archives Centre, GG/201 Interview mit George Godber am 27. 6. 1980 (British Oral Archive of Political and Administrative History).

94 Vgl. KLEIN, Politics, S. 1; HESS, Sozialpolitik, S. 311.

95 DAUNTON, Payment, S. 207; BANKS, Administrative Divisions.

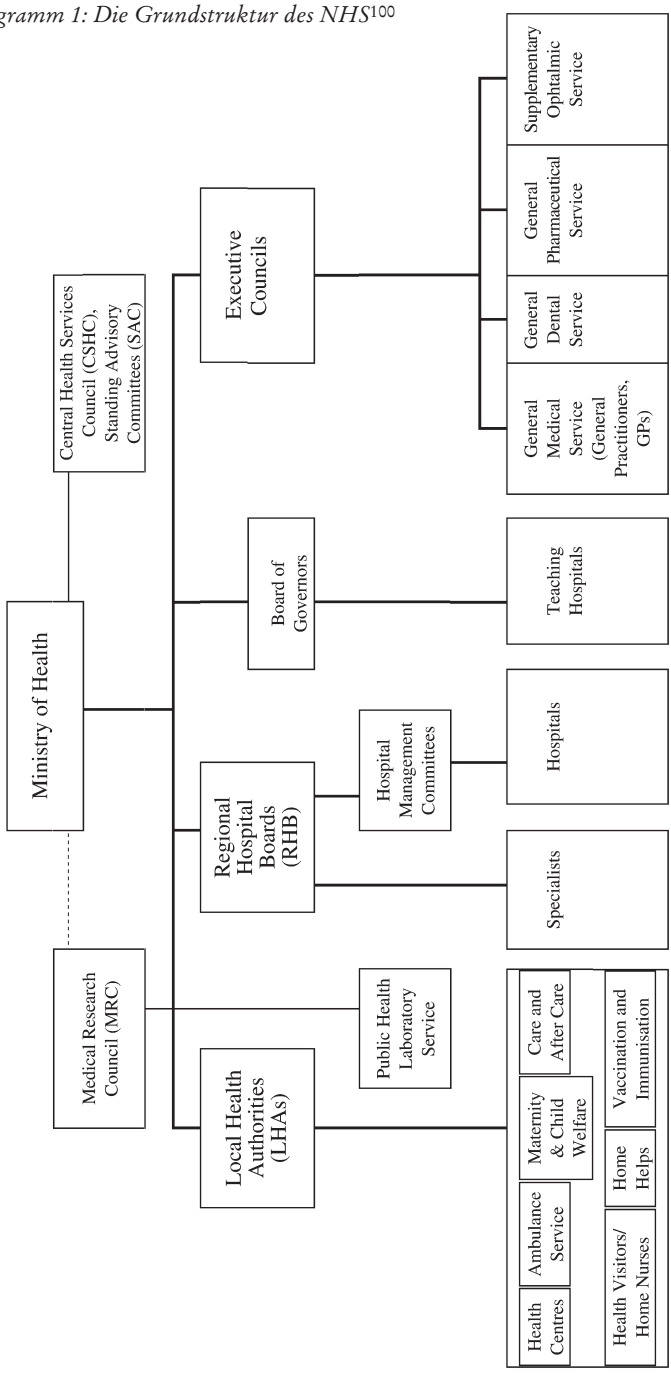
96 Dies bedeutete, daß der Gesundheitsminister bei Kabinettsbesprechungen nicht mehr automatisch zugegen war, sondern nur zugezogen wurde, wenn es der Premierminister bzw. die anderen Kabinettsmitglieder für nötig hielten.

97 Siehe unten, S. 56.

98 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 238–9.

99 BRYDER, Tuberculosis, S. 1; vgl. zur Grundlagenforschung des MRC AUSTOKER, Walter Morley Fletcher.

Diagramm 1: Die Grundstruktur des NHS[100]



ministerium unterstellt, sondern behielt seine Eigenständigkeit und kooperierte in den folgenden Jahren lediglich mit diesem. In den 1930er Jahren bemühte sich das MRC, einen umfassenden, landesweiten Labordienst einzurichten, den *Public Health Laboratory Service*. Dieser etablierte sich rasch zu einer wichtigen und von den kommunalen Behörden vielgenutzten Einrichtung. Der Labordienst wurde deswegen 1946 in den neugegründeten NHS einbezogen, fachlich unterstand er bis 1960 weiterhin direkt dem MRC.[101] Das Ergebnis war eine engere Kooperation zwischen MRC und Gesundheitsministerium. Gerade in Fragen der Poliomyelitisimpfung und der Therapie und Prophylaxe der Tuberkulose hatte das MRC wichtige Funktionen inne.[102]

Die mit dem NHS-Gesetz geschaffenen Beratungsgremien, insbesondere das *Central Health Services Council* (CHSC) und die *Standing Advisory Committees* (SAC), sollten eine zentrale beratende Rolle für das Gesundheitsministerium spielen. Beide Organe waren verpflichtet, das Ministerium zu beraten, konnten aber theoretisch auch selbst die Initiative ergreifen und Berichte publizieren.[103] Die Effektivität und Kreativität dieser Beratungsgremien ist allerdings als äußerst begrenzt einzuschätzen; sie wurden zunehmend seltener zu wichtigen Entscheidungen hinzugezogen. Dieser Bedeutungsverlust spiegelt sich auch in der Einberufung von externen Expertenkomissionen durch die Minister, sobald gravierende Themen zu eruieren waren, beispielsweise das *Cranbrook Committee*, um den *Maternity Service* zu untersuchen, obwohl eigentlich ein *Standing Maternity and Midwifery Committee* vorhanden war.[104]

Das Hauptproblem in den ersten Jahren stellten jedoch die finanziellen Schwierigkeiten dar. Die Kosten des NHS waren anfangs stark unterschätzt worden. Die Diskrepanz zwischen Prognose und tatsächlicher Entwicklung war so groß, daß – verstärkt durch die allgemein prekäre wirtschaftliche und finanzielle Situation des Landes – die enorm steigenden Ausgaben des Gesundheitssektors schnell als völlig unkontrollierbar eingeschätzt wurden.[105] Zudem war man von der Annahme ausgegangen, die Gesundheitsausgaben würden bei einer besseren Versorgung der Bevölkerung zurückgehen.[106]

---

100 Nach WEBSTER, Health Services, Band 2, S. 788.

101 BRYDER, Public Health Research, S. 75–80.

102 Hierauf ist in den nächsten Kapiteln noch einzugehen.

103 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 241–3. Für England und Wales wurden in folgenden Bereichen Standing Advisory Committees eingerichtet: Dental, Pharmaceutical, Ophtalmic, Nursing, Maternity and Midwifery, Cancer, Tuberculosis, Mental Health sowie ein allgemeines Medical Advisory Committe, das sich mit medizinischen Fragen generell und Fragen des Krankenhauswesens auseinandersetzte. Viele Mitglieder erschienen allerdings zu selten. Die Arbeit in den Kommissionen blieb an zu wenigen Personen hängen, was kaum zu inspirierenden Ergebnissen verhalf.

104 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 144–5.

105 ECKSTEIN, Health Service, S. 216–8; WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 133–43; BRIGGS, Achievements; vgl. hierzu auch unten Tabelle 7, S. 123.

106 Vgl. LEWIS, Providers, S. 339.

Diese Fehlkalkulationen ließen den NHS von Beginn an in eine Krise geraten und führten zu ständigen Kämpfen zwischen dem Finanz- und dem Gesundheitsministerium. Um die Ausgaben etwas zu begrenzen, wurden bereits 1949 Selbstbeteiligung in Form einer Rezeptgebühr eingeführt. Obwohl Bevan Zuzahlungen grundsätzlich ablehnte, mußte er diese Maßnahme tolerieren. Als sich die Finanzkrise ausweitete und weitere Gebühren für die Patienten eingeführt werden sollten, trat der Minister nach langem, heftigen Streit im April 1951 zurück.[107] Die Dauerkontroverse um die hohen Kosten des NHS ebbte erst ab, als ein unabhängiges Komitee, das *Guillebaud Committee*, dem NHS 1956 bescheinigte, daß die Kosten lediglich inflationsbedingt so stark angestiegen seien und keine nennenswerte Kostenexplosion vorliege. Vielmehr empfahl das Gremium größere Investitionen, vor allem im Krankenhaussektor.[108]

Als weiteres, langfristiges Problem erwies sich der ständige Kampf mit der Ärzteschaft um eine bessere Honorierung ihrer Leistungen; darauf wird im Abschnitt über die Ärzte noch ausführlich eingegangen.[109]

Nach Bevans Rücktritt wechselten in den nächsten 15 Jahren die Minister für Gesundheit sehr häufig, was einer Kontinuität innerhalb der Gesundheitspolitik nicht förderlich war und es den Ministern nur selten ermöglichte, eigene Initiativen zu entwickeln.[110] Dadurch erhielten die kontinuierlich arbeitenden Staatssekretäre und *Chief Medical Officers* eine erhebliche Bedeutung – auf einzelne Personen wird im folgenden noch eingegangen. Als besonders herausragende Minister sind neben Aneurin Bevan, unter dem der NHS eingeführt wurde, die konservativen Minister Iain Macleod, der das Amt immerhin von 1952–1956 innehatte, Derek Walker-Smith (1957–1960) sowie Enoch Powell zu nennen, der von 1960 bis 1963 amtierte.

Macleod, selbst Sohn eines Arztes, wurde im Mai 1952 von Churchill ernannt und hatte anfangs schwierige Aufgaben zu meistern, insbesondere die Folgen der Einführung bzw. Erhöhung der unpopulären Zuzahlungen. Innerhalb des Kabinetts besaß er kaum Einfluß, da er nicht ständiges Mitglied war, sondern nur bei entscheidenden Themen hinzugebeten wurde. Auch er lag ständig im Kampf mit dem Finanzministerium. Ihm wird stabilisierender Einfluß zugeschrieben; grundsätzlich stand er dem Prinzip des Gesundheitsdienstes sehr positiv gegenüber und sah es als seine Aufgabe, den NHS zu befrieden. Macleod hatte aber auch in den Jahren seines Amtes eine Phase der Ruhe im NHS vorgefunden; der Kampf mit der Ärzteschaft um die Honorare war

---

107 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 143–5, 165–6; vgl. auch JONES, Health, S. 121.

108 Guillebaud Report.

109 Vgl. unten, S. 99.

110 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 178, S. 202–3, auf Bevan folgten noch die Labour-Minister Marquand und McNeil. Unter der konservativen Regierung übernahm 1951 zunächst Crookshank das Amt. 1952 wurde er durch Macleod ersetzt, der immerhin vier Jahre diesen Posten innehatte. Ihm folgten wieder in kurzen Abständen die Minister Turton und Vosper.

vorübergehend ausgestanden, andere Gesetzesmaßnahmen standen nicht an. Unter seiner Ägide wurde die Bekämpfung der Tuberkulose mit Impfungen und Röntgenreihenuntersuchungen intensiviert; vor einer Kampagne gegen das Rauchen, das damals als bedeutende Gesundheitsgefahr identifiziert wurde, schreckte er aber zurück.[111]

Nach Macleod gab es zwei rasche Wechsel, bevor Derek Walker-Smith von 1957 bis 1960 wieder etwas Stabilität in das Ministeramt brachte. Walker-Smith, von der Ausbildung Jurist, konzentrierte sich während seiner Amtszeit besonders auf die Neuordnung der psychiatrischen Versorgung und die Regulierung der pharmazeutischen Industrie.[112]

Enoch Powell, der von der Öffentlichkeit wie auch von seinen Mitarbeitern als äußerst tatkräftig eingeschätzt wurde, prägte in seiner Amtszeit zwischen 1960 und 1963 den NHS stark. Unter ihm gelang ein Ausbau des Dienstes; ebenso wurde die Sanierung der psychiatrischen Krankenhäuser bzw. die Umgestaltung dieses Gesundheitsdienstes maßgeblich von ihm angestoßen.[113] Unter seiner Verantwortung wurde insbesondere die Langzeitplanung im Krankenhaussektor in die Tat umgesetzt. Diese Neuregelung, die man im Ministerium bereits seit längerem diskutiert hatte, war mehr als überfällig, da die Krankenhäuser jahrelang vernachlässigt worden waren.[114] Gleichzeitig setzte Powell auf einen Ausbau der *Community Care*, wenngleich es hier eher bei einem rhetorischen Bekenntnis blieb.

Unter den Mitarbeitern des Gesundheitsministeriums sind an dieser Stelle einige hervorzuheben, denen im weiteren Verlauf der Arbeit besondere Bedeutung zukommt, allen voran die *Chief Medical Officers* (CMOs).

Sir Wilson Jameson war Leiter der Medizinalabteilung von 1940 bis 1950. Bevor er ins Ministerium eintrat, lehrte er *Public Health* an einer Universität.[115] Ihm gelang es, gute Beziehungen sowohl zu den Ärzteverbänden als auch zur Verwaltung zu etablieren. Am Aufbau des NHS hatte Jameson einen erheblichen Anteil, nicht nur nach Einschätzung seiner Kollegen im Ministerium.[116] Jameson hatte sich besonders für die Impfkampagne gegen Diph-

111 Vgl. zu Macleod als Gesundheitsminister SHEPHERD, Iain Macleod, S. 78–102.

112 WEBSTER, Health Services, Band 2, S. 32–3.

113 Vgl. zu Powell als Gesundheitsminister SHEPHERD, Enoch Powell, S. 227–43.

114 Vgl. hierzu Wellcome Library, Contemporary Medical Archives Centre, GG/201 Interview mit George Godber am 27. 6. 1980 (British Oral Archive of Political and Administrative History).

115 Vgl. zu Jameson PATER, Making, S. 177–8.

116 Vgl. ein Interview mit George Godber, dem späteren *Chief Medical Officer*, der Jamesons Rolle als tragend einschätzte: „Well I think Wilson Jameson provided the kind of links with all sides of the medical profession and the kind of understanding of how health services might best evolve." Wellcome Library, Contemporary Medical Archives Centre, GG/201 Interview mit George Godber am 27. 6. 1980 (British Oral Archive of Political and Administrative History). Jamesons Engagement für das öffentliche Gesundheitswesen war aber auch in der Öffentlichkeit anerkannt.

therie engagiert und war der erste Gesundheitspolitiker, der – in einer Radiosendung – öffentlich über Geschlechtskrankheiten und deren Bekämpfung sprach.[117]

Ihm folgte als CMO in den Jahren 1950 bis 1960 Sir John Charles, der bei der Einführung des NHS ebenfalls eine tragende Rolle gespielt hatte. Jameson hatte ihn bereits 1944 ins Ministerium geholt. Zuvor war Charles *Medical Officer of Health* in Newcastle gewesen und hatte insbesondere Erfahrung im Krankenhauswesen gesammelt.[118]

Ab 1960 war George Godber als CMO eine der entscheidenden Persönlichkeiten im Gesundheitsministerium; er hatte diesen Posten bis 1973 inne.[119] Godber stieß in den 1960er Jahren die Erarbeitung eines Krankenhausplan an und wurde zu einem tatkräftigem Kämpfer für alle Belange der öffentlichen Gesundheit, auch bei der Neuformulierung der *Community Care*. Die Arbeit am *Hospital Programme* bezeichnete er später als eines seiner wichtigsten Projekte. Er engagierte sich zudem für die Fluorisierung des Trinkwassers, ein Projekt, das allerdings an der zögernden Haltung des damaligen Gesundheitsministers, Enoch Powell, scheiterte.

Ein weitere wichtige Persönlichkeit stellte Sir Weldon Dalrymple-Champneys dar, der von 1940 bis 1970 im Gesundheitsministerium arbeitete, unter anderem als *Deputy Chief Medical Officer*. Sein Interesse galt vor allem dem Gebiet der Epidemiologie und der Infektionskrankheiten, in den 1950er Jahren besonders der Polio-Bekämpfung.[120]

Das britische Gesundheitswesen prägten in den 1950er und 1960er Jahren vor allem reformorientierte Politiker, die an der Konzeption des neuen NHS in den 1940er Jahren mitgewirkt hatten. Aus dieser Tradition heraus verhielten sie sich im wesentlichen offen gegenüber neuen Ansätzen. Dies stand ganz im Gegensatz zu den meisten bundesdeutschen Gesundheitspolitikern, die auf Grund ihrer eigenen Lebensgeschichte die Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens positiv bewerteten und die sehr problematischen Folgen des Nationalsozialismus nicht sehen wollten. Letztere fühlten sich daher meist verpflichtet, die Traditionen des deutschen Gesundheitswesens gegen grundsätzliche Reformideen zu verteidigen.

Trotz der zahlreichen Probleme und Defizite, mit denen der NHS in den Anfangsjahren zu kämpfen hatte, entwickelte sich der Gesundheitsdienst zu einer äußerst wichtigen und hochgeschätzten staatlichen Einrichtung, die von den britischen Bürgern fast ausnahmslos bejaht wurde.[121] Auch die konservati-

---

117 Vgl. hierzu ausführlich unten, Kap. III, 3.2.2.

118 PATER, Making, S. 176.

119 Vgl. Wellcome Library, Contemporary Medical Archives Centre, GG/201 Interview mit George Godber am 27. 6. 1980 (British Oral Archive of Political and Administrative History).

120 Wellcome Library, Contemporary Medical Archives Centre, GC 139, F 22.

121 Vgl. z. B. die Diskussion im britischen Parlament zum 10. Jahrestag des NHS; British Parlia-

ven Regierungen übernahmen nach 1951 den staatlichen Gesundheitsdienst und führten ihn weiter, ohne wesentliche Reformen durchzuführen. Bei der Debatte im Unterhaus zum 10jährigen Jubiläum des NHS wurde 1958 der Gesundheitsdienst von allen Seiten gepriesen. Wie sehr diese Einrichtung inzwischen zur britischen Tradition geworden ist, zeigt, daß sogar die konservative Premierministerin Margaret Thatcher, deren Einstellung zu staatlichen Sozialleistungen bekanntermaßen äußerst negativ war, den NHS im Jahr 1989 mit den Worten pries: „The National Health Service is at its best without equal."[122]

mentary Papers, Band 592, Sp. 1382–1506, Session 30. 7. 1958; vgl. auch JONES, Health, S. 423–5.

122 Zitiert nach CARRIER und KENDALL, Introduction, S. 1; vgl. zu der Entwicklung des *Welfare System* in Großbritannien unter der Regierung Thatcher, JUDGE, British Welfare State.

2 Öffentliches Gesundheitswesen

2.1 Bundesrepublik Deutschland – der Niedergang des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Unter dem öffentlichen Gesundheitswesen im allgemeinen versteht man in der Bundesrepublik Deutschland eine Vielzahl von Einrichtungen und Ämtern auf Bundes- und Landesebene sowie in den Regierungsbezirken und Kommunen, die mannigfachen Aufgaben nachgehen. Mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst im engeren Sinne, von dem dieser Abschnitt handeln soll, sind dagegen in erster Linie die Gesundheitsämter gemeint. Diese Einrichtungen spielen in den Anfangsjahren der Bundesrepublik bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, besonders im Bereich der Prävention, noch eine wichtige Rolle, die sie mittlerweile weitgehend verloren haben.[1]

Der öffentliche Gesundheitsdienst in Deutschland entwickelte sich einerseits aus den Aufgaben der staatlichen Sanitätspolizei und -aufsicht. Andererseits hatte er eine starke kommunale Tradition, die aus der städtischen Gesundheitsfürsorge in der Zeit der Industrialisierung hervorging und die Ausprägung des öffentlichen Gesundheitsdienstes entscheidend beeinflußte.[2] Medizinpolizeiliche und sanitäre Aufgaben nahm vor der Wende vom 19. zum 20 Jahrhundert in Preußen der sogenannte Kreisphysikus als staatliche Sanitätsaufsicht wahr.[3] Die städtische Gesundheitsfürsorge war – meist unabhängig von der staatlichen Gesundheitspflege – in erster Linie für besonders gefährdete oder an schweren Krankheiten leidende Bevölkerungsgruppen zuständig. Die kommunale Fürsorge konzentrierte sich daher auf Mutter und Kind, die Schulgesundheitspflege sowie auf die Fürsorge für chronisch Kranke, z. B. für Tuberkulosepatienten.[4] Begleitet wurde diese Entwicklung vom Aufstieg der Sozialhygiene

---

1 Beske, Öffentlicher Gesundheitsdienst, S. 353; Labisch, Gesundheitsdienst, S. 142–3; vgl. auch Hecker et al., Grundriß, S. 29–34. Zur geschwundenen Bedeutung des öffentlichen Gesundheitswesens vgl. aktuelle soziologische Untersuchungen des Gesundheitswesens, die diesen Zweig gar nicht mehr erwähnen; z. B. Alber, Gesundheitswesen.

2 Zur Entwicklung des städtischen Gesundheitswesens ausführlich Frevert, Krankheit; Labisch und Tennstedt, Weg, S. 22–7; Labisch, Homo Hygienicus, S. 170–80. In den Beschreibungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes aus den 1950er und 1960er Jahren findet man immer wieder den Rekurs auf den Stadtphysikus als Vorgänger des Amtsarztes; vgl. Redeker, Magister; Knoche, Amtsarzt.

3 Vgl. Labisch, Entwicklungslinien, S. 29–31; Labisch, Homo Hygienicus, Labisch und Tennstedt, Weg, S. 10–18.

4 Zur Entwicklung der kommunalen Gesundheitspolitik Stürzbecher, Medizinische Versorgung S. 246–50; Ritter, Sozialstaat, S. 96; Goerke, Großstadtmedizin; Witzler, Großstadt; Labisch, Entwicklungslinien, S. 32–4; Labisch und Tennstedt, Weg, S. 36–7; zum Aufbau der Säuglingsfürsorge z. B. Stöckel, Säuglingsfürsorge; zum Aufbau der Geschlechtskrankenberatung Sauerteig, Krankheit; zur Tuberkulosefürsorge Condrau, Lungenheilanstalt; vgl. hierzu jeweils eingehender die entsprechenden Abschnitte des III.

als medizinischer Disziplin, die sich der Erforschung und Betreuung gefährdeter Gruppen mit Hilfe gesundheitspolitischer und präventiver Maßnahmen verschrieben hatte. Hier wurden Erkrankungen in erster Linie in ihrem gesellschaftlichen Kontext betrachtet, also beispielsweise im Zusammenhang mit dem Leben in der Großstadt, mit schlechten Wohnbedingungen oder Alkoholismus.[5]

Um 1900 wurden – zumindest in Preußen – in das Berufsbild des vormals gänzlich sanitätspolizeilich orientierten Kreisphysikus auch gesundheitsfürsorgerische Aspekte einbezogen: Es entstand der Beruf des Kreisarztes.[6] Die kommunale Gesundheitsfürsorge entwickelte sich parallel dazu in den einzelnen Städten und Regionen sehr unterschiedlich weiter. Einen besonderen Aufschwung erlebte dieser Zweig des Gesundheitswesens in der Weimarer Zeit. Insbesondere in den Städten wurden umfassende gesundheitsfürsorgerische Dienste aufgebaut mit neuen Berufssparten wie dem Fürsorge- und Vorsorgearzt und der Gesundheitsfürsorgerin. Als Beispiel für die Expansion dieser Dienste kann die sogenannte GESOLEI dienen, eine Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen, auf der 1926 in Düsseldorf die vielfältigen Angebote der kommunalen Gesundheitsfürsorge in Deutschland präsentiert wurden.[7] In den 1920er Jahren kamen viele der auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge tätigen Kommunalärzte und -ärztinnen aus dem sozialdemokratischen bzw. sozialistischen Milieu; auch viele jüdische Ärzte waren in dieser Profession zu finden.[8] Zahlreiche dieser Ärzte verbanden politische Ideale mit der Arbeit für bedürftige oder gefährdete Gruppen der Gesellschaft.

Kennzeichnend für die deutsche Entwicklung blieb außerdem, daß die Fürsorge- und Beratungsstellen des öffentlichen kommunalen Gesundheitsdienstes stets nur präventiv tätig wurden. Die Abgrenzung von kurativer und präventiver Medizin verstärkte sich in den 1920er Jahren, als vor allem die ärztlichen Standesvertretungen darum kämpften, daß in den Einrichtungen etwa der

---

Kapitels dieser Arbeit: v.a. Tuberkulose, Kap. III, 1.2.1; sowie Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, Kap. III, 4.1.1.

5 Als zentrale Werke zur Sozialhygiene sind insbesondere die Arbeiten von Grotjahn zu nennen, v.a. GROTJAHN, Soziale Pathologie; vgl. zu Grotjahn selbst WEINDLING, Soziale Hygiene, S. 6–20; zur Entwicklung der Sozialhygiene im Zusammenhang mit kommunaler Gesundheitspolitik VÖGELE, Sozialgeschichte; WEYER-VON SCHOULTZ, Stadt; WITZLER, Großstadt; WEINDLING, Hygienepolitik; zu Sozialhygiene und Geschlechtskrankheiten vgl. unten, Kap. III, 3.1; zu Sozialhygiene und Tuberkulose Kap. III, 1.1.

6 LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 47–52; LABISCH, Entwicklungslinien, S. 35.

7 Vgl. z. B. für München RUDLOFF, Wohlfahrtsstadt; vgl. LABISCH, Gemeinde, S. 95–7, LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 70–3, vgl. auch ECKART, Gesundheitspflege, S. 216; WEINDLING, Health, S. 350–6; SACHSSE, Mütterlichkeit, S. 203–7.

8 GROSSMANN, Reforming Sex, S. 138–9; vgl. z. B. auch LEIBFRIED und TENNSTEDT, Kommunale Gesundheitsfürsorge, über den Berliner Stadtarzt Dr. Georg Loewenstein, der sich auf dem Gebiet der kommunalen Fürsorge und bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten stark engagiert hatte, 1933 entlassen wurde und 1938 nach England, später in die USA auswandern mußte.

Geschlechtskrankenberatung oder der Säuglingsfürsorge auf keinen Fall behandelt wurde, sondern die Therapie den niedergelassenen Kassenärzten bzw. den Krankenhäusern vorbehalten blieb.[9] Die Trennung zwischen kurativer und präventiver Medizin war im deutschen Gesundheitswesen durch die wichtige Stellung der Kassen, die damals Therapien grundsätzlich nur bei Krankheit bezahlten, aber keinerlei vorbeugende Maßnahmen unterstützten, besonders stark ausgeprägt.

Das Nebeneinander von städtischen Gesundheitsämtern und staatlicher Gesundheitsaufsicht bestand währenddessen fort. Ende der 1920er Jahre, während der Weltwirtschaftskrise, geriet das öffentliche Gesundheitswesen ebenfalls in die Krise. Besonders die Finanzierung der zahlreichen städtischen und staatlichen Einrichtungen wurde problematisch; eine Reformierung und Vereinheitlichung erschien unabdingbar. Mit einer Vereinheitlichung und Zusammenlegung der bestehenden Gesundheitsdienste wollte man die Kosten senken. Gerade die Stadtärzte warnten davor, daß sie durch eine amtsärztliche Tätigkeit mit Gutachtenwesen sowie ordnungs- und medizinalpolizeilichen Aufgaben der eigentlichen Gesundheitsfürsorge nur noch in sehr begrenztem Umfang nachgehen könnten.[10] Die kommunalen Spitzenverbände kämpften weiter um eine Kommunalisierung des Gesundheitswesens; die Medizinalverwaltung plädierte für eine Verstaatlichung. Eine Entscheidung über die künftige Neuordnung des öffentlichen Gesundheitswesens fiel jedoch bis zur nationalsozialistischen Machtübernahme nicht.[11]

1933 wurde zunächst ein Großteil der Kommunalärzte als „nicht arisch" bzw. auf Grund ihrer politischen Gesinnung aus ihren Stellen entlassen, was letztlich das Ende der „linken" kommunalen Gesundheitsfürsorge bedeutete.[12] Die Nationalsozialisten setzten sofort nach der Machtergreifung die Zentralisierung des öffentlichen Gesundheitswesens um, mit deren Hilfe sie insbesondere ihre erb- und rassenbiologischen Ziele durchsetzen wollten. In diese Richtung wies bereits das im Juli 1933 erlassene *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*.[13]

Durch das *Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens* vom 3. Juli 1934 wurden die kommunalen Gesundheitsämter verstaatlicht und mit den staatlichen zusammengefaßt. Allen Gesundheitsämtern wurden sowohl die

---

9 STÜRZBECHER, Medizinische Versorgung, S. 249; vgl. zur Trennung Prophylaxe/Therapie unten die Kapitel zur Säuglingsvorsorge und zu den Geschlechtskrankheiten, Kap. III, 3.2.1 sowie Kap. III, 4.1.1.

10 LABISCH, Entwicklungslinien, S. 38.

11 Zu den widerstreitenden Interessen der Medizinalbeamten und der Kommunalärzte sowie den Entwicklungen in den Jahren 1931/32 ausführlich LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 99–116.

12 ECKART, Gesundheitspflege, S. 218; GROSSMANN, Reforming Sex, S. 138; vgl. hierzu auch die Ausführungen im Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, Kap. III, 4.1.1; sowie im Kapitel über Geschlechtskrankheiten, Kap. III, 3.2.1.

13 Hierzu ausführlich LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 235–6.

Aufgaben der Gesundheitsfürsorge als auch des Gesundheitsschutzes zugewiesen; sie waren damit zuständig für die Gesundheitspolizei, Erb- und Rassenpflege, Mütter- und Kinderberatung, die Fürsorge für Tuberkulöse, Geschlechtskranke und körperlich Behinderte, die gesundheitliche Volksbelehrung und die Schulgesundheitspflege.[14] Wie in den Kapiteln über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge und Geschlechtskrankheiten noch zu zeigen sein wird, verbanden die Nationalsozialisten mit den gesundheitsfürsorgerischen Aufgaben zahlreiche selektierende Maßnahmen entlang ihrer rassehygienischen Prinzipien.[15] Letztlich trug das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens dazu bei, den öffentlichen Gesundheitsdienst zu schwächen, indem es kommunale Traditionen aus der Weimarer Zeit beendete und sowohl die Ausbildung der Kreis- und Kommunalärzte wie auch deren Verdienstmöglichkeiten beschnitt.[16] Die „klassischen" Aufgaben der Gesundheitsfürsorge wurden in den Dienst der nationalsozialistischen Ideologie gestellt und das öffentliche Gesundheitswesen stark diskreditiert.

In den ersten Nachkriegsjahren waren die Institutionen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens zunächst mit der Bekämpfung von verschiedensten Gesundheitsgefahren beschäftigt, die durch Armut, Wohnungsnot und Mangelernährung hervorgerufen worden waren.[17] Strukturelle Reformen des Gesundheitswesens wurden nicht gewagt. Versuche einer Neuordnung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und einer Reformierung des Vereinheitlichungsgesetzes durch einen Entwurf, der in der Britischen Zone erarbeitet worden war, vertagte der Länderrat 1948.[18] In der Bundesrepublik wurde das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens beibehalten, aber in den einzelnen Ländern unterschiedlich gehandhabt. Die gesetzlich festgelegten Zuständigkeiten galten weiterhin, lediglich die Wortwahl hatte sich etwas geändert. Den Gesundheitsämtern oblagen damit im wesentlichen dieselben Aufgaben wie 1934, lediglich die „Erb- und Rassenpflege" war durch „Erbpflege einschließlich Eheberatung" ersetzt worden. Das Gesundheitsamt war nach wie vor nicht berechtigt, Kranke zu behandeln.[19] In Bayern wie auch im späteren Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Saarland und Niedersachsen (bis 1978) unterstanden die Gesundheitsämter als staatliche Sonderbehörden dem

---

14 FEDERHEN, Grundlegende Gesetze, S. 10; vgl. zum Inhalt ausführlich TRÜB, Grundlage, S. 333–44; vgl. zur endgültigen Durchsetzung des Vereinheitlichungsgesetzes LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 281–313; vgl. zu den Gesundheitsämtern im Nationalsozialismus auch VOSSEN, Gesundheitsämter.

15 Vgl. hierzu auch RITTER, Sozialstaat, S. 133–35.

16 LABISCH und TENNSTEDT, Weg zum Gesetz, S. 322–7; vgl. auch SCHWOCH, Gesundheits- und Fürsorgestellen.

17 Vgl. STRALAU, Gesundheitswesen, S. 163–4; HAGEN, 10 Jahre; SONS, Gesundheitspolitik; LABISCH und WOELK, Gesundheit, S. 3; vgl. zu den Nachkriegsproblemen auch die Abschnitte zur Vorgeschichte in Kap. III, 1, Kap. III, 3 und Kap. III, 4.

18 MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 435.

19 HECKER et al., Grundriß, S. 32.

Land, während sie in den anderen Bundesländern wieder kommunal organisiert wurden.[20] Diese unterschiedliche Verwaltung der Gesundheitsämter bedeutete eine weitere Schwächung des öffentlichen Gesundheitswesens. Auch die Belastungen aus der Zeit der Nationalsozialismus, als gerade die Gesundheitsämter mehr und mehr die selektierenden und rassistischen Maßnahmen des nationalsozialistischen Unrechtsstaates unterstützt hatten, wirkten kaum als günstige Grundlage für einen Neubeginn. Ein Neuanfang zusammen mit einer kritischen Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Vergangenheit wurde damals nicht gewagt.[21] Gleichzeitig gelang es auch nicht, sozialmedizinische Ansätze in der Wissenschaft neu zu beleben. Sie führten in der Bundesrepublik ein Schattendasein und waren durch ihre angebliche Nähe zur DDR wie auch zum Nationalsozialismus diskreditiert. Die engagierten Sozialmediziner der Weimarer Zeit waren zudem fast ausnahmslos emigriert oder vertrieben worden.[22]

Verschiedene Versuche, den öffentlichen Gesundheitsdienst neu zu gestalten, so z. B. in einer von Otto Buurmann 1950 vorgelegten Dienstordnung, fanden kaum Gehör.[23] Buurmann, der sich aktiv für eine Reformierung und bessere Ausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes einsetzte, bemängelte in einer 1952 vor der Konferenz der Gesundheitsminister gehaltenen Rede, die als Denkschrift veröffentlicht wurde, das starke Überwiegen der kurativen Medizin in Westdeutschland.[24] Die Ausgaben für präventive Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens betrügen nur einen Bruchteil der Ausgaben der Kassen für Heilverfahren. Aber auch innerhalb der öffentlichen Haushalte machten die Ausgaben für das öffentliche Gesundheitswesen nur einen geringen Anteil aus:[25]

> Schließlich möchte ich noch sagen, daß meine Ausführungen freimütig zeigen sollten, wie stiefmütterlich Fragen der gesundheitlichen Gefahrenabwehr in Deutschland behandelt werden. […] Wir Medizinalbeamten und Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens würden uns unseren Staatsmännern zu größtem Dank verpflichtet fühlen, wenn sie jede Gelegenheit benutzen würden, das gesundheitspolitische Denken und Handeln der verantwortlichen Frauen und Männer in Parlamenten, Ausschüssen und Gemeindevertretungen

---

20 HÜNERBEIN, Gesundheitsamt 1952, S. 69–70; vgl. zur Diskussion um die Kommunalisierung der Gesundheitsämter in Nordrhein-Westfalen WOELK, Geschichte, S. 293–8.

21 Vgl. zu den selektierenden Maßnahmen während der NS-Zeit im Bereich der Schwangeren- und Säuglingsvorsorge wie auch der Geschlechtskrankenfürsorge unten, Kap. III, 4.1.1 bzw. Kap. III, 3.2.1. Hierzu allgemein LABISCH, Entwicklungslinien, S. 43. Von Labisch wird hier insbesondere auf einen Artikel von Redeker, dem Leiter der Abteilung Gesundheitswesen im Innenministerium, verwiesen, der 1949 in der Zeitschrift der Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens erschien: REDEKER, Magister; vgl. zu den Folgen des Nationalsozialismus in der Sozial- und Präventionsmedizin SCHMACKE, Individualisierung, S. 179–80.

22 HOFMANN und SCHWARTZ, Public Health, S. 7.

23 MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 435.

24 BUURMANN, Gesundheitspolitik; vgl. zu Buurman SCHLEIERMACHER, Traditionen, S. 267, 273–5.

25 BUURMANN, Gesundheitspolitik, S. 26, 32–3.

in dem Sinne zu bestimmen, daß Vorbeugen besser und billiger ist als Heilen und daß wir jetzt wirklich in allen Ländern der Bundesrepublik ernster an die Arbeit gehen sollten, neben der Beseitigung oder Verhinderung von Notständen im Krankenhaussektor Einrichtungen zu schaffen oder zu verbessern, um den gesicherten Erkenntnissen einer von allen Ländern der Welt verstandenen vorbeugenden Gesundheitsfürsorge Rechnung zu tragen.

Der öffentliche Gesundheitsdienst in der Bundesrepublik war in den 1950er Jahren durch einen zunehmenden Bedeutungsverlust gekennzeichnet; nach jahrelangen Kompetenzkämpfen mußten viele Aufgaben an die niedergelassenen Ärzte abgegeben werden.[26] So wurde beispielsweise die traditionell dem Gesundheitsamt obliegende Prophylaxe für Schwangere und Säuglinge – worauf im entsprechenden Kapitel noch ausführlich einzugehen ist – schließlich 1965 durch ein Gesetz in die Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen und dem Arbeitsbereich der freien Ärzteschaft übertragen.[27]

Versuche, dem öffentlichen Gesundheitswesen verstärkt sozialmedizinische und fürsorgerische Aufgaben zuzuweisen, wie das ein Gesetzentwurf der Gesundheitsabteilung des Bundesinnenministeriums zum Thema „Vorbeugende Gesundheitsfürsorge" Anfang der 1950er Jahre noch versucht hatte, scheiterten an der Furcht vor einer vermeintlichen Nähe zu autoritärer „Staatsmedizin" und an rechtlichen Problemen. Als der Bundestag gleichzeitig mit der Verabschiedung des Mutterschutzgesetzes 1953 das Bundesinnenministerium beauftragte, einen Gesetzesentwurf vorzubereiten, der eine weitergehende Für- und Vorsorge für alle Mütter sicherstellen sollte, insbesondere aber für die nichterwerbstätigen, die vom Mutterschutzgesetz nicht erfaßt wurden, traten sofort große rechtliche Schwierigkeiten zutage.[28] Der Staatssekretär im Innenministerium, Ritter von Lex, äußerte sich im September 1952 folgendermaßen:

Für diese vorbeugende Gesundheitsfürsorge eine ausreichende gesetzliche Grundlage zu schaffen, ist eines der schwierigsten Probleme der Gesundheitspolitik. Besonders die dafür erforderlichen Eingriffe in die persönliche Rechtssphäre bedürfen sorgfältiger Überlegung.[29]

Die rechtlichen Probleme waren vor allem darin begründet, daß im Grundgesetz die Gesetzgebungskompetenz für den Bereich des Gesundheitswesens nicht eindeutig geregelt war. Art. 74 GG, der die sogenannte konkurrierende

---

26 LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland S. 135–8; MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 439–41.

27 LABISCH, Gesundheitsdienst, S. 154 und BGBl. 1965 I, Gesetz zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung, S. 917; vgl. ausführlich das Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, Kap. III, 4.3.

28 BAK, B 142/979, Innenminister an Präsidenten des Deutschen Bundestages vom 23. Juni 1953.

29 In der Antwort auf eine Parlamentarische Anfrage in der 230. Sitzung des Deutschen Bundestages vom 17. September 1952; vgl. BAK, B 142/979, Brief Innenminister an Präsidenten des Deutschen Bundestages vom 23. Juni 1953.

Gesetzgebung regelte, sah eine Beteiligung des Bundes im Gesundheitssektor für die Seuchengesetzgebung, Berufszulassung und das Arzneimittelrecht vor (Art. 74 Nr. 19 GG) sowie für die „öffentliche Fürsorge" (Art. 74 Nr. 7 GG). Im Fall konkurrierender Gesetzgebung bestand Länderzuständigkeit nur solange und soweit der Bund nicht tätig wurde, wobei die Verwaltungshoheit bei den Ländern verblieb.[30] Ob ein Bundesgesetz über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge verfassungsrechtlich zulässig war, hing also von der Auslegung des Begriffs „öffentliche Fürsorge" ab, die jedoch umstritten war. Nach dem Vorbild des Gesetzes zur Änderung des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes, bei dem man eine Zuständigkeit des Bundes mit der Fürsorgeklausel des Art. 74 Nr. 7 GG begründet hatte, wollte man auch beim Gesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge vorgehen.[31] Dennoch blieb eine erhebliche rechtliche Unsicherheit, wie weit die Kompetenzen des Bundes im Bereich der Gesundheitsfürsorge gingen und ob sie hierfür ausreichten.

Zudem gab es eine weitere Rechtsunsicherheit hinsichtlich der Geltung des Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, das 1934 unter der nationalsozialistischen Herrschaft in Kraft getreten war und nach dem die Gesundheitsämter verschiedene Aufgaben im Bereich der Vor- und Fürsorge wahrnahmen.[32] Ob dieses Gesetz, das von den Besatzungsmächten nicht aufgehoben worden war und weiter galt, nun als Bundes- oder Landesrecht anzusehen sei, war ungeklärt.[33] Ob die Tätigkeiten der Gesundheitsämter durch Bundesrecht geregelt werden konnte, war ebenfalls unklar.

Trotz dieser schwierigen Lage entwickelte damals Wilhelm Hagen im Bundesinnenministerium einen Entwurf für ein Gesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge. Er formulierte 1953 folgende Richtlinien für die Zukunft des öffentlichen Gesundheitswesens, an denen auch das neue Gesetz orientiert sein sollte:

> Die Vorsorge für die Erhaltung und Sicherung der Gesundheit durch vorbeugende Gesundheitsfürsorge ist Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes, dessen Organe die Gesundheitsämter sind. Die vorbeugende Gesundheitsfürsorge umfaßt insbesondere:
> 1. Die Fürsorge für das keimende Leben, die Schwangerschaft, das Wochenbett und die Stillzeit der Frau.
> 2. Die Fürsorge für Säuglinge und Kleinkinder.
> 3. Die Fürsorge für Kinder und Jugendliche.
> Die Gesundheitsfürsorge zu Verhütung und Bekämpfung ansteckender und die Gemeinschaft gefährdender Volkskrankheiten wird durch besondere Gesetze geregelt. Die Aufbringung der Kosten für die vorbeugende Gesundheitsfürsorge erfolgt gemeinsam von Gemeinden und Ländern unter Gewährung eines Zuschusses des Bundes.[34]

---

30 Art. 72 GG; LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 130.

31 BAK, B 142/4042, Entwurf zu einer Begründung zum Gesetz über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge für Mütter, Kinder und Jugendliche, Januar 1956.

32 RGBl. 1934 I, S. 531.

33 MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 440.

34 HAGEN, Vorbeugende Gesundheitsfürsorge, S. 112–3.

Das Gesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge scheiterte 1956 jedoch neben den rechtlichen Unklarheiten schon an Uneinigkeiten innerhalb der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums. Die überwiegende Mehrheit der Ministerialbeamten hielt den Hagenschen Gesetzentwurf auch in einer stark überarbeiteten Fassung von 1956 für noch zu „gesundheitsamtfreundlich". Die Kritiker forderten, daß man die Aufgaben der Gesundheitsämter noch deutlicher auf die Beratung beschränken und der freien Ärzteschaft mehr Aufgaben überlassen solle.[35]

Eine weitere wichtige Ursache für das Scheitern dieser Ansätze war die Begehrlichkeit der niedergelassenen Ärzteschaft, die bereits 1951 auf dem Ärztetag eine stärkere Beteiligung an der Gesundheitsvorsorge gefordert hatten.[36] Nachdem den Ärzten im Kassenarztgesetz von 1955 die Sicherstellung der ambulanten Versorgung zugesprochen worden war, wollten sie nun die Vorsorgeleistungen für Schwangere und Säuglinge ebenfalls zur ärztlichen Aufgabe erklären lassen.[37] Eine Entschließung des Bundestags zum Gesetz über das Kassenarztrecht hatte bereits 1955 in diese Richtung gewiesen und festgestellt,

> daß das Anliegen des Arztes sich mit der Heilung nicht erschöpft. Es ist vielmehr mit der Verhütung von Krankheit und der Festigung und Verbesserung des Gesundheitszustandes notwendig und untrennbar verbunden. Der Bundestag ersuchte in dieser Entschließung die Bundesregierung, der Gesundheitsvorsorge innerhalb der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung das besondere Augenmerk zuzuwenden und dazu in der Sozialreform Vorschläge zu machen.[38]

Nach dem Inkrafttreten des Kassenarztrechtsgesetz von 1955 sahen sich die niedergelassenen Ärzte weiterhin stets in einem Kampf zwischen „Staatsmedizin" und „freier Ärzteschaft". Eine stärkere Stellung der Ärzte gegenüber der „Großbürokratie" in Form des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Krankenkassen würde ihren Beruf wieder zu einem „profilierten, allein sich selbst verantwortlichen wirklich frei praktizierenden Arzt mit institutionellem Charakter" machen, hieß es in einer Untersuchung von 1957, die die Argumente der niedergelassenen Ärzte aufnahm. Dieser „permanente Spannungszustand" zwischen den niedergelassenen Ärzten und dem öffentlichen Gesundheitsdienst trug in den folgenden Jahren entscheidend zum Scheitern der Neuordnung des letzteren bei.[39]

Weitere Versuche, den öffentlichen Gesundheitsdienst neu zu ordnen, entstanden im Zusammenhang mit der von der Bundesregierung seit 1955 verstärkt verfolgten „Sozialreform".[40] In diesem Zusammenhang sollte das Kran-

---

35 BAK, B 142/4043, Vermerk über die Besprechung des Entwurfes eines Gesetzes über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge für Mütter, Kinder und Jugendliche mit den beteiligten Referaten am 24. Februar 1956.

36 MANGER-KOENIG, Öffentlicher Gesundheitsdienst, S. 436.

37 Vgl. NASCHOLD, Kassenärzte, S. 139; vgl. ausführlich zum Kassenarztgesetz unten S. 86.

38 Zitiert nach MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 437.

39 DOERKS, Spannungsfeld, S. 710–3.

40 Vgl. hierzu oben, S. 38 bzw. 68.

kenversicherungsrecht neu geregelt werden; aber auch eine Neuordnung des Gesundheitswesens insgesamt wurde in Betracht gezogen. 1955 faßten die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister der Länder den Beschluß, daß die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens in jedem Fall im Zusammenhang mit der Sozialreform berücksichtigt und neu definiert und sie selbst an den Verhandlungen beteiligt werden müßten. Es sei Anliegen der Länder, die Aufgaben der öffentlichen Gesundheitsfürsorge überall wirksam zu erfüllen. Diese sollten in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft gelöst werden.[41]

Dieses Thema stand ab 1955 im Vordergrund der politischen Debatte. Dabei wurde nun auf verschiedensten Ebenen auch das Problem der Prävention von Krankheiten intensiv diskutiert. Anfangs schien es noch offen, ob die Leistungen der Vorsorge gemeinsam von der gesetzlichen Krankenversicherung und den Kassenärzten oder teilweise vom öffentlichen Gesundheitsdienst übernommen werden sollten.[42] Zur Integration des öffentlichen Gesundheitsdienstes gab es verschiedene Vorschläge. Die Unkeler Arbeitstagung, ein Beratungsgremium des Arbeitsministeriums, plädierte 1955 beispielsweise für einen starken Ausbau der öffentlichen Schulgesundheitspflege, die zu einer ärztlichen und zahnärztlichen Betreuung Jugendlicher im Entwicklungsalter erweitert werden sollte, sowie für einen Ausbau der öffentlichen Beratungsstellen. Ende der fünfziger Jahre ging die Tendenz allerdings dahin, Vorsorgeregelungen im Zusammenhang mit der Neuregelung des Kassenrechts in die Leistungen der Krankenversicherungen aufzunehmen.[43]

In eine gänzlich andere Richtung zielten die Vorschläge des SPD-Sozialpolitikers Walter Auerbach, der sich in zahlreichen Schriften mit der Sozialreform auseinandersetzte.[44] Er schlug eine Zusammenfassung der Leistungen der Versicherungsträger wie auch des öffentlichen Gesundheitswesens in einer „Sozialgemeinde" vor, die auf kommunaler Ebene verwaltet werden sollte.[45] Er plädierte grundsätzlich für einen umfassenden „Gesundheitsdienst" und eine bessere Zusammenarbeit zwischen kurativer und präventiver Medizin und kritisierte in diesem Zusammenhang besonders die Haltung der deutschen Ärzteschaft:

> Eine eigentliche Gesundheitsvorsorge gibt es in Deutschland bisher nicht. Ursächlich spielt unter den Hemmnissen eine wesentliche Rolle die Haltung der praktizierenden Ärzte, die gegenüber den Einrichtungen der Krankenversicherung wie gegenüber dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eine Haltung steter Abwehr gegen vermeintliche oder tatsächliche Versuche zu Einbrüchen in den Bereich der ambulanten Behandlung nie

41 DANIELS, Sozialreform 1956, S. 161.

42 DANIELS, Sozialreform 1956, S. 163; vgl. auch ROSEWITZ und WEBBER, Reformversuche, S. 108–12; LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 144–5.

43 Neuordnung der sozialen Leistungen, S. 1038–9; vgl. auch DANIELS, Sozialreform 1956, S. 167, 170; DERS., Sozialreform 1958, S. 51; MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 438.

44 Vgl. z. B. AUERBACH, Modell; AUERBACH et al., Sozialplan; AUERBACH, Beiträge.

45 AUERBACH, Modell, S. 109.

überwunden haben. Spannungen zwischen praktizierenden Ärzten und öffentlichen Einrichtungen gibt es auch in anderen Ländern. Trotzdem ist in vielen westlichen und nördlichen Ländern die Verlagerung der Arbeit auf eine praktisch alle Schichten der Bevölkerung erfassende Gesundheitserziehung, Gesundheitspflege, Gesundheitsvorsorge zu großen Teilen erfolgt.[46]

Auerbach bemängelte zudem, daß die Diskussionen zur Sozialreform auf dem Gebiet der Krankenversicherung zu sehr der Leitvorstellung verhaftet seien, Menschen vor dem wirtschaftlichen Risiko Krankheit zu schützen.[47]

Ein Gesundheitsdienst hätte beratende Aufgaben bei der Pflege der Gesundheit […]. Er hätte mit dem öffentlichen Medizinalwesen zusammenzuarbeiten und gesundheitsfürsorgerische Maßnahmen zu fördern. […] Der Gesundheitsdienst müßte im Rahmen der heilenden Medizin ärztliche Hilfe, Krankenhaushilfe, Versorgung mit notwendigen Medikamenten, sonstigen Heil- und Hilfsmitteln und Kuraufenthalte umfassen.[48]

Die Ärzte selbst sollten nach Auerbach stärker zusammenarbeiten, am besten in Gesundheitszentren und, ähnlich wie in Großbritannien, mit einer Grundvergütung und zusätzlichen Kopfpauschalen entlohnt werden.[49] Solch richtungsweisende Vorschläge, wie sie Auerbach in seinem Werk „Sozialplan für Deutschland" ausarbeitete, hatten in der Bundesrepublik gegen den vehementen Widerstand der Ärzteschaft kaum Chancen. Innerhalb der Ministerien wollte man von solchen „sozialistischen Experimenten" ebenfalls nichts wissen.

Im Bundesarbeitsministerium bestand schon 1955 der Plan, die Krankenversicherungsleistungen auf die Vorsorge auszudehnen, sogenannte „Vorsichtsuntersuchungen" in die Leistungen der Kassen zu integrieren und damit die Prophylaxe dem öffentlichen Gesundheitsdienst im wesentlichen zu entziehen. Die Richtlinien zu den zukünftigen Leistungen sollten dann Krankenkassen und Kassenärzte gemeinsam bestimmen.[50] Solche Neuordnungspläne entsprachen den Wünschen der niedergelassenen Ärzte und fanden in den nächsten Jahren breite politische Unterstützung. Das Prinzip individueller Vorsorge anstelle einer vom öffentlichen Gesundheitsdienst organisierten Prophylaxe setzte sich endgültig im Zuge der Vorbereitung des Krankenversicherungsneuregelungsgesetzes (KVNG) durch.[51] Auch wenn dieses Vorhaben 1961 scheiterte und die zukünftige rechtliche Gestaltung des Gesundheitswesens im Hinblick auf die Vorsorge weiterhin unklar blieb, war eine gesundheitspolitische Gesetzgebung im Sinne einer Neufassung oder Ausweitung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes nicht mehr durchsetzbar. Bundesgesetzliche

---

46 AUERBACH et al., Sozialplan, S. 37.
47 AUERBACH et al., Sozialplan, S. 27.
48 AUERBACH, Modell, S. 109.
49 Vgl. AUERBACH et al., Sozialplan, S. 38, S. 46–7.
50 DANIELS, Sozialreform 1956, S. 171.
51 LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 151; vgl. auch SCHMACKE, Individualisierung, S. 183, der davon spricht, daß gruppen- und bevölkerungsbezogene Prävention zunehmend zum Anachronismus wurde.

Regelungen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge wurden schließlich dadurch weiter erschwert, daß der Bundesrat das Jugendzahnpflegegesetz 1964 ablehnte und sich auf eine sehr restriktive Haltung gegenüber dem Bund festlegte.[52] Die Prophylaxe für Schwangere wurde schließlich in einem einzelnen Gesetz 1965 in die Leistungen der Krankenkassen integriert, andere Vorsorgeuntersuchungen einschließlich der Säuglingsuntersuchungen 1971. Damit war die Vorsorge dem öffentlichen Gesundheitsdienst weitgehend entzogen und lag nunmehr in Händen der niedergelassenen Ärzteschaft.[53]

Währenddessen bot der öffentliche Gesundheitsdienst in den 1950er Jahren in den einzelnen Ländern ein sehr unterschiedliches Bild.[54] Während sich z. B. in Nordrhein-Westfalen ein relativ aktives öffentliches Gesundheitswesen entwickelte, das sowohl in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wie auch in der Schwangerenvorsorge zahlreiche Initiativen entwickelte, war dies in anderen Ländern keineswegs der Fall. In Bayern wurden in den 1950er Jahren beispielsweise trotz der noch relativ hohen Säuglingssterblichkeit in strukturschwachen Gebieten die Mütterberatungen keineswegs intensiviert.[55] Im Sozialpolitischen Ausschuß des bayerischen Landtags beklagten außerdem verschiedene Abgeordnete, daß es zu wenig Gesundheitsämter gebe, die sich um Landgemeinden kümmerten. Der Landtagsabgeordnete Leonhard Deininger (CSU) hob hier besonders das Gesundheitsamt Regensburg hervor, das in einem stark agrarisch geprägten Landkreis 124 Gemeinden zu betreuen habe.[56]

Insbesondere in den 1960er Jahren wirkte sich die finanzielle Unattraktivität des Amtsärztestandes immer stärker auf den Nachwuchs aus:

> Zwischen ‚honorierter Praxis' und ‚öffentlichem Dienst' klafft bereits eine solche einkommensmäßige Lücke, daß der öffentliche Dienst an Wirksamkeit zu verlieren droht. Ende 1959 orientierte sich die Diskussion um den angemessenen Maßstab der Honorierung der freien Praxis noch am ‚Oberregierungsrat', heute [1967] nähert sich der Maßstab schon der Position eines Staatssekretärs an[57]

Ärzten erschien es seit den sechziger Jahren sicherlich nur noch wenig lukrativ, sich für eine Stelle im öffentlichen Gesundheitsdienst zu bewerben; in einer eigenen Praxis ließ sich beträchtlich mehr verdienen. Zum anderen hatten auch die Tätigkeiten des Amtsarztes, die sich – nach dem Verlust der Vorsorge-Zuständigkeit Mitte/Ende der 1960er Jahre – fast nur noch auf Begutachtung und seuchenmedizinische Aufgaben erstreckten, für junge Ärzte an Attraktivität

---

52 MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 438; vgl. auch oben, S. 39.

53 Vgl. hierzu wie auch zu den Folgen der gescheiterten Reform ausführlich das Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, Kap. III, 4.3.

54 DANIELS, Sozialreform 1958, S. 50.

55 Vgl. dazu die in den Berichten über das Bayerische Gesundheitswesen genannten Zahlen über Mütterberatungen. Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 61 (1953), S. 123; 63 (1955), S. 121; 67 (1959), S. 121.

56 Archiv des Bayerischen Landtags, Protokoll der 32. Sitzung des Ausschusses für Sozial- und Gesundheitspolitik am 29. 4. 1960.

57 NASCHOLD, Kassenärzte, S. 139.

verloren. Im öffentlichen Gesundheitsdienst verblieben zunächst nur noch der Schulgesundheitsdienst und Impfkampagnen; doch auch letztere nur noch teilweise, da Massenimpfungen 1970 per Gesetz dem Leistungsbereich der Krankenkassen übertragen wurden. Durch den Funktionsverlust büßte der öffentliche Gesundheitsdienst auch an Ansehen ein.[58]

All dies führte spätestens in den 1970er Jahren zu zahlreichen unbesetzten Amtsarztstellen und einer Überalterung im öffentlichen Gesundheitswesen. 1974 gab es beispielsweise in ganz Bayern 71 staatliche und drei kommunale Gesundheitsämter, wofür insgesamt 493 ärztliche Planstellen zur Verfügung standen; davon waren allerdings 61 unbesetzt.[59] Auch das Altersprofil der Ärzte war meist sehr ungünstig.[60] Aus den bundesdeutschen Zahlen läßt sich ablesen, daß die Gesundheitsämter kaum ausgebaut wurden, ihre Anzahl blieb

Tabelle 1: Gesundheitsämter und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Bundesrepublik[61]

Jahr	Zahl der Gesundheitsämter	Einwohner pro Gesundheitsamt	Hauptamtliche Ärzte in Gesundheitsämtern	Hauptamtliche Ärzte pro Gesundheitsamt	Einwohner pro hauptamtlichen Arzt
1951	478	105 600	1591	3,3	31 519
1952	488	104 300	1699	3,5	29 956
1953	487	105 700	1704	3,5	30 209
1954	491	105 800	1746	3,6	29 757
1955	492	106 800	1830	3,7	28 700
1956	500	106 600	1868	3,7	28 543
1957	500	108 000	1855	3,7	29 107
1958	502	108 800	1913	3,8	28 545
1959	499	110 500	1909	3,8	28 875
1960	502	111 100	1928	3,8	28 934
1961	503	112 500	1979	3,9	28 595
1962	503	113 800	2049	4,1	27 939
1963	503	115 000	2032	4,0	28 477
1964	504	116 200	2079	4,1	28 180
1965	503	117 900	2114	4,2	28 050

58 Der Entzug der Kompetenzen machte sich außerdem darin bemerkbar, daß die Berichte der Gesundheitsverwaltungen kaum noch sozialmedizinisch oder epidemiologisch relevante Ergebnisse oder neue Ansätze lieferten; vgl. HOFMANN und SCHWARTZ, Public Health, S. 10–1; LABISCH, Gesundheitsdienst, S. 154.

59 Vgl. Gesundheitsprogramm der Bayerischen Staatsregierung 1974, S. 210–1.

60 Man war deswegen vielerorts gezwungen, Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie schulärztliche Untersuchungen, sogar teilweise auf niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte zu übertragen.

61 Einschließlich West-Berlin; LABISCH-ZIESMANN und LABISCH, Personalsituation S. 64; eigene Berechnungen.

seit 1956 in etwa gleich. Bei wachsender Bevölkerung stieg die Zahl der von einem Gesundheitsamt betreuten Personen an (sofern überhaupt noch von einer Betreuung die Rede sein kann). Die Anzahl der hauptamtlichen Ärzte erhöhte sich bis 1965 leicht, blieb aber im Verhältnis zur wachsenden Bevölkerung etwa gleich. Bedenkt man, daß gerade die gutachterlichen Aufgaben der Amtsärzte zunahmen, wird deutlich, daß bei dieser dünnen Personaldecke an Aufgaben im fürsorgerischen Bereich kaum noch zu denken war.

Der öffentliche Gesundheitsdienst verlor so in den ersten beiden Jahrzehnten nach Gründung der Bundesrepublik seine Bedeutung bei der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung fast völlig.[62] Alle Versuche einer Revitalisierung und Verfolgung alternativer Konzepte scheiterten in dieser Zeit; die Dominanz der niedergelassenen Ärzte und der Kassen wuchs.

2.2 Großbritannien – die „Local Health Authorities"

Dem öffentlichen Gesundheitsdienst in Deutschland entsprechen in Großbritannien im wesentlichen die kommunalen Gesundheitsbehörden, die *Local Health Authorities* (LHAs). Das öffentliche Gesundheitswesen entwickelte sich auch in Großbritannien aus verschiedenen Traditionssträngen. Zum einen gab es seit Mitte des 19. Jahrhunderts starke Bemühungen um eine Verbesserung der sanitären Zustände in Großbritannien, die sich im *Public Health Act* von 1848 niederschlugen, der in erster Linie auf einen Ausbau der Wasserversorgung und Kanalisation zielte. In den folgenden Dekaden wurden die sanitären Zustände insbesondere in den Arbeitervierteln der großen Städte zum Thema der öffentlichen Diskussion. Vor allem der Report der *Royal Sanitary Commission* führte dazu, daß die *Public Health Acts* der Jahre 1872 bis 1875 verabschiedet wurden. Dabei entstanden 1872 die *Sanitary Authorities*, kommunale Einrichtungen, die von da an einen wichtigen Part im Ausbau eines öffentlichen Gesundheitswesens spielten und die man mit der deutschen Institution des Kreisarztes vergleichen kann. Diese waren für das Angebot öffentlicher Gesundheitsdienste verantwortlich und mußten die sogenannten *Medical Officers of Health*, die in ihrer Funktion etwa den deutschen Amtsärzten entsprechen, beschäftigen.[63]

Eine weitere Traditionslinie ist auf die um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert wachsende Besorgnis um die Gesundheit der Nation zurückzuführen. Insbesondere die hohe Säuglingssterblichkeit wurde nun als Problem wahrgenommen, dem nur mit gesundheitsfürsorgerischen Aktivitäten beizukommen

---

62 Vgl. z. B. Jantzen, Gesundheitsdienst, S. 170, der von einem Austrocknen des öffentlichen Gesundheitsdienstes spricht.

63 Leathard, Health Care, S. 2–4; Ham, Health Policy, S. 7–11; vgl. als Einzelstudie Welshman, Municipial Medicine; vgl. insgesamt zur Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens in Großbritannien, Frazer, History.

war.[64] Die Kommunen begannen verstärkt, Frauen als sogenannte *Health Visitors* einzustellen. Solche Frauen nahmen verschiedene Aufgaben in der Gesundheitserziehung wahr und besuchten vor allem Mütter mit neugeborenen Kindern.[65] Auch wohltätige Organisationen und kommunale Vereine beschäftigten nun *Health Visitors*. Dieser Beruf kam aus der Tradition der *Sanitary Inspectors*, die schon in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in einigen englischen Städten eingestellt worden waren und vor allem in der Gesundheitserziehung der armen Bevölkerungsschichten wirken sollten. Das Berufsbild des *Health Visitors* war ganz anders als das der deutschen Fürsorgerin und läßt sich mit letzterem nicht gleichsetzen.[66] Zur selben Zeit wurden in vielen Städten Beratungsstellen für Mütter mit Säuglingen und kleinen Kindern eingerichtet.

In den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts wurden die Tätigkeiten der Kommunalverwaltungen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge fester etabliert, unter anderem durch den *Birth Notification Act* von 1907, der es den bei den lokalen Gesundheitsbehörden angestellten *Health Visitors* ermöglichte, alle Neugeborenen zu besuchen. Im gleichen Jahr markierte zudem der *Education Act* den Beginn eines schulärztlichen Dienstes.[67] Dabei verbanden die Kommunalverwaltungen die hygienisch-sanitären Aufgaben der *Medical Officers of Health* mit den fürsorgerischen Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung. Bis zum Ersten Weltkrieg hatten dann die meisten größeren Städte ein Beratungszentrum für Mütter mit Kleinkindern, das von den Kommunen, manchmal auch von wohltätigen Organisationen unterhalten wurde, sowie eine oder mehrere weibliche *Health Visitors*, die die Mütter zu Hause besuchten.[68] Daneben entwickelten die kommunalen Gesundheitsbehörden auch gesundheitsfürsorgerisches Engagement in anderen Bereichen, z. B. für Tuberkulöse. Bereits 1911 erhielten die Lokalverwaltungen Zuschüsse für den Bau von Tuberkulose-Sanatorien, ab 1921 hatten sie die Tuberkulosefürsorge und -therapie dann in ihrer alleinigen Verantwortung und betrieben in eigener Regie Tuberkulose-Krankenhäuser und -Sanatorien für das Gros der Erkrankten.[69]

Während des Ersten Weltkriegs verstärkten sich die Aktivitäten auf dem Gebiet der Gesundheitspflege. Die Zahl der bei den Lokalverwaltungen angestellten *Health Visitors* beispielsweise stieg zwischen 1914 und 1918 von ca. 600 auf

---

64 Hierzu ausführlich das Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, Kap. III, 4.1.2; DAVIN, Imperialism, S. 10–11; MAXWELL, Children, S. 229–30; vgl. auch RITTER, Sozialversicherung, S. 86.

65 DINGWALL et al., Introduction, S. 185; vgl. auch DINGWALL, Collectivism, S. 296–300.

66 OWEN, Health Visiting, S. 93; vgl. insgesamt DAVIES, Health Visitor; HALE, History; DINGWALL, Collectivism, S. 293–6.

67 Vgl. HAM, Health Policy, S. 9–10.

68 RING, Health Education, S. 11–12; LEWIS, Social History: Infant Welfare, S. 463–4; vgl. hierzu ausführlich das Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge Kap. III, 4.1.2.

69 CONDRAU, Lungenheilanstalt, S. 99–100; vgl. hierzu ausführlich unten das Kapitel über Tuberkulose, Kap. III, 1.

2600, die Anzahl der Säuglingsberatungsstellen von 600 auf 1300.[70] Die 1920er Jahre waren vom Aufstieg und erheblichen Ausbau des kommunalen Gesundheitswesens geprägt. Infolge des 1918 erlassenen Gesetzes über *Maternity and Child Welfare* waren nun die Kommunalbehörden verpflichtet, ein breiteres Angebot an Gesundheitsfürsorge für Schwangere, Mütter, Säuglinge und Kinder anzubieten.[71] Die LHAs betrieben nun nicht nur *Infant Welfare Clinics* (Sprechstunden für Mütter mit Säuglingen) und *Ante-natal Clinics* (Sprechstunden für Schwangere), sondern beispielsweise auch *Maternity Homes* (Geburtshäuser), in denen Mütter entbinden konnten.

1929 wurden den kommunalen Gesundheitsbehörden die Krankenhäuser zugewiesen, die bis dahin dem Armenrecht unterstanden, was einen weiteren starken Ausbau des lokalen Gesundheitswesens gleichkam. Durch den *Midwives Act* von 1936 stellten die LHAs zudem Hebammen an, die nun den Schwangeren einen umfassenden Geburtshilfedienst anboten.[72] Diese Erweiterung der kommunalen präventiven Dienstleistungen in Großbritannien hing auch damit zusammen, daß dort ein wesentlich geringerer Prozentsatz der Bevölkerung als in Deutschland krankenversichert war, nämlich nur die selbst versicherten, arbeitenden Personen, also in erster Linie Männer. Frauen und Kinder, die in der Weimarer Republik mitversichert waren, genossen in Großbritannien keinen Versicherungsschutz.[73] Sie waren deswegen im wesentlichen auf die Angebote der örtlichen Gesundheitsbehörden angewiesen. So entwickelte sich in Großbritannien ein relativ leistungsstarkes kommunales Gesundheitswesen, das im Gegensatz zum deutschen Kassensystem sowohl auf Prävention wie auch auf Therapie ausgerichtet war.

Zudem verfügte das öffentliche Gesundheitswesen durch das 1919 geschaffene Gesundheitsministerium über eine Zentralinstanz, die die Vorgehensweise in den einzelnen kommunalen Behörden koordinieren konnte.[74] In Großbritannien entstand – im Gegensatz zu Deutschland – kein Dualismus zwischen den sanitären Aufgaben der *Medical Officers of Health* und den fürsorgerischen Aufgaben der kommunalen Gesundheitsbehörden. Hier war vielmehr die Abgrenzung zur niedergelassenen Ärzteschaft sehr schwierig. Da die Einrichtungen der *Local Health Authorities* auch therapierten, sahen die niedergelassenen Ärzte, die sogenannten *General Practitioners* (GPs), in den *Medical*

---

70 DWORK, War, S. 211; DAVIN, Imperialism, S. 43.

71 PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, Maternity and Child Welfare, England and Wales, Februar 1958.

72 Vgl. zu den Krankenhäusern unten, S. 110; hierzu auch ABEL-SMITH, Hospitals, S. 368; zu den Hebammen LOUDON, Death, S. 209.

73 Zum englischen Krankenversicherungssystem RITTER, Sozialversicherung, S. 94.

74 PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, Maternity and Child Welfare, England and Wales, Februar 1958.

Officers of Health und den gesamten lokalen Gesundheitsbehörden eine unliebsame Konkurrenz.[75]

Welche Rolle die Lokalverwaltungen unter dem neuen NHS spielen sollten, war Gegenstand einer langandauernden Diskussion. In ihren Vorstellungen lehnten sich die NHS-Planungen anfangs an den sogenannten *Dawson Report* an, der bereits 1920 eine einzige Organisationsform für *Primary Health Care*, die soziale und medizinische Grundversorgung auf kommunaler Ebene, gefordert hatte, aber damals kaum auf Gehör gestoßen war: In sogenannten *Primary Health Centres* sollten ärztliche und kommunale Gesundheitsdienste integriert werden.[76] Ein Entwurf der *Labour Party* von 1943 hatte noch angestellte Ärzte in den neu zu schaffenden Gesundheitszentren unter Verwaltung der Lokalbehörden gefordert.[77] Der Regierungsentwurf für den NHS von 1944 enthielt bereits eine Abschwächung; nun sollte eine erweiterte Kommunalbehörde, die sogenannte *Joint Authority*, für die Planung der *Health Centres* zuständig sein, wo zumindest ein Teil der GPs arbeiten würde. Separate Einzelpraxen sollten jedoch weiterhin erlaubt werden.[78] Ein Überblick über den neuen NHS aus dem Jahr 1946 verwies dann noch etwas vager auf die wichtige Rolle der Gesundheitszentren, die die Angebote der Ärzte und der Lokalverwaltungen besser koordinieren sollten.[79]

Dem Neuaufbau solcher Zentren fehlte es aber von Beginn an Unterstützung, da die niedergelassene Ärzteschaft, wie unten noch ausführlich dargestellt wird, heftig gegen die Anstellung in den *Health Centres* protestierte und dem ganzen Programm sehr skeptisch gegenüberstand.[80] Da Gesundheitsminister Aneurin Bevan es nicht wagte, das Vorhaben gegen den Willen der Ärzte-Lobby umzusetzen, erwies sich eine zügige Entwicklung von Gesundheitszentren als unmöglich. Bevan mußte letztlich große Zugeständnisse an die niedergelassenen Ärzte machen, um sie zu einer Zusammenarbeit mit den LHAs zu bewegen. Die *General Practitioners* wurden schließlich im neuen NHS anstelle der lokalen Gesundheitsbehörden einer neuen Verwaltungsstruktur, den *Executive Councils*, unterstellt; das Projekt der kommunalen *Health Centres* verlor seine Bedeutung, ehe es richtig begonnen hatte.[81]

Hinzu kamen die Finanzprobleme des NHS, die Neubauten in den nächsten Jahren praktisch verhinderten.[82] In einem Bericht des *Central Health Services Council* hieß es bereits 1950, daß das Ministerium unter den momentanen schwierigen ökonomischen Bedingungen kaum ein „ambitious scheme" für

---

75 LINDSEY, Socialized Medicine, S. 366; vgl. zur eingeschränkten Tätigkeit der Allgemeinärzte vor 1948 auch unten, S. 92.
76 Dawson Report; vgl. auch WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 373.
77 LABOUR PARTY, National Service for Health, S. 16–7.
78 MINISTRY OF HEALTH, A National Health Service, S. 17, 26–32.
79 MINISTRY OF HEALTH, National Health Service Bill, S. 9.
80 Vgl. zur Haltung der Ärzte unten, S. 94.
81 SCOTT, Contribution, S. 188–90.
82 Vgl. ECKSTEIN, Health Service, S. 248–9.

Gesundheitszentren einführen könne.[83] Das Gremium entwickelte deswegen einen sehr vagen Langzeitplan für die Errichtung solcher Zentren, während für die Zwischenzeit lediglich eine bessere Zusammenarbeit zwischen LHAs und niedergelassenen Ärzten gefordert wurde.

Eine bessere Integration der beiden Bereiche verhinderte das Scheitern des Gesundheitszentren-Ansatzes. Die früher kommunal verwalteten Krankenhäuser wurden im NHS der zentralen Verwaltung der *Regional Hospital Boards* unterstellt. In Bereichen, wo die lokalen Gesundheitsverwaltungen vormals einen umfassenden Service angeboten hatte, kam es nun zu einer Dreiteilung zwischen Krankenhausverwaltung, niedergelassenen Ärzten und Angeboten der *Local Health Authorities* – für letztere eine starke Beschneidung ihrer Kompetenzen.[84]

Dennoch nahmen die Kommunalbehörden auch unter dem neuen NHS zahlreiche wichtige Aufgaben wahr: Sie boten weiterhin *Maternity and Child Services* an, beschäftigten *Health Visitors*, Schwestern für die Hauspflege und Haushaltshilfen. Sie waren also besonders mit Prophylaxe und der Nachsorge für Patienten befaßt.[85] Außerdem mußten die LHAs Krankentransportmöglichkeiten bereitstellen. Dieser neue Dienst wurde stark in Anspruch genommen. Der Auf- und Ausbau eines funktionierenden Krankentransportwesens dauerte während der 1950er Jahre an, da es in diesem Bereich zuvor nur sehr unzulängliche Möglichkeiten gegeben hatte.[86]

Die vordringlichste Aufgabe der LHAs lag in den präventiven Diensten, bei denen die *Health Visitors* weiterhin eine entscheidende Rolle spielten. Dieser Beruf veränderte sich durch den *National Health Service Act* in mehrfacher Weise. Insbesondere mußten nach einer Richtlinie des Gesundheitsministeriums nun alle *Health Visitors* ein bestimmtes Training nachweisen; diejenigen, die diese Ausbildung nicht hatten, durften nur mit einer ministeriellen Sondergenehmigung arbeiten.[87] 1948 waren noch 1409 *Health Visitors* mit einem Dispens beschäftigt, 1957 hatte sich ihre Anzahl auf 616 reduziert. Die meisten Kommunalbehörden gaben ihren Mitarbeitern die Möglichkeit und finanzielle Unterstützung zum Besuch entsprechender Weiterbildungskurse.

Der Arbeitsbereich der *Health Visitors* weitete sich über die bisherige Arbeit mit Säuglingen und Schwangeren hinaus aus: Sie kümmerten sich nun stärker auch um heranwachsende Kinder bzw. alte Menschen. Zudem verbanden *Health Visitors* ihre Tätigkeit häufig mit speziellen Aufgaben, so als Tuberku-

---

83 PRO, MH 133/69, General Health Services Council, Report of the Committee on Health Centres 1950.

84 Die Folgen werden besonders im Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge deutlich; vgl. unten, Kap. III, 4.3.2. Vgl. hierzu auch oben den Strukturplan des NHS, Diagramm 1, S. 53.

85 ECKSTEIN, Health Service, S. 207.

86 LINDSEY, Socialized Medicine, S. 367–8.

87 Annual Report of the Central Health Services Council, 1957, S. 163.

losefürsorgerin oder in der Geschlechtskrankenpflege.[88] Eine Kommunalbehörde beschrieb 1952 die Tätigkeit der *Health Visitors* folgendermaßen:

> Routine duties undertaken by health visitors include the following: home visiting of children from the fifteenth day to five years of age, visiting of notified diseases in the pre-school child, staffing of child welfare sessions, ante-natal, post-natal and immunisation clinics. Special duties include investigation of circumstances governing accidents in the homes, cases of mechanical suffocation, cases of alleged neglect and deaths of pre-school children from whatever cause. Pre-school children discharged from hospital are 'followed-up'. The aged and infirm are visited where necessary.[89]

Auch bei dieser Berufsgruppe barg die neue Dreiteilung des NHS Probleme; die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten gestaltete sich oftmals schwierig, wenngleich die Erfahrungen in den Regionen ganz unterschiedlich waren.[90] Über Ausbildung und Aufgaben der *Health Visitors* blieben trotz allem Unklarheiten bestehen, so daß 1953 ein Komitee unter dem Vorsitz von Sir Wilson Jameson eingesetzt wurde, um deren Aufgaben genauer zu bestimmen. Der Bericht wurde 1956 veröffentlicht. Die Ausbildung sollte nach den Vorstellungen des Komitees etwa vier Jahre umfassen, mit integrierten Kursen in Schwesternausbildung, *Public Health* sowie einer kurzen Ausbildung in Schwangerschaftsbetreuung.[91] Der *Jameson Report* forderte vor allem eine engere Zusammenarbeit mit den GPs, um trotz des Scheiterns der *Health Centres* auf lokaler Ebene eine Art Grundversorgung mit gut koordinierten Diensten zu erreichen. Die Umsetzung dieser Vorschläge dauerte allerdings sehr lange; erst 1959 erließ das Ministerium hierzu eine neue Richtlinie.[92]

Die *Medical Officers of Health*, die vor der Einrichtung des NHS eine zentrale Rolle in der kommunalen Gesundheitsfürsorge und der medizinischen Versorgung innehatten, konnten ihre Position nicht halten.[93] Durch den Verlust der Krankenhäuser und das Scheitern der Gesundheitszentren verloren viele Kommunalbehörden und mit ihnen ihre leitenden Personen, die *Medical Officers*, den Anreiz für großes Engagement. Die meisten Untersuchungen der 1950er Jahre empfahlen zudem, die *Medical Officers* in verschiedenen Funktio-

---

88 Zur Erweiterung der Aufgaben des Health Visitors, MINISTRY OF HEALTH, National Health Service Bill, S. 15; dazu auch LINDSEY, Socialized Medicine, S. 371; sowie die Anmerkungen im Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, Kap. III, 4.3.2.

89 PRO, MH 112/90, County Borough of Sunderland. Special Survey of Local Health Services provided under the National Health Services Acts, 1952.

90 Im Cumberland County Council wurde die schlechte Zusammenarbeit zwischen Health Visitors und GPs bemängelt und insbesondere die Feindseligkeit der GPs gegenüber den Frauen beklagt. Vgl. hierzu PRO, MH 112/76, Cumberland County Council, 22. 12. 1952. Aus dem Sunderland County Council wurde im selben Jahr eine gute Zusammenarbeit zwischen Local Health Authority und GPs bestätigt. Vgl. zu positiven Erfahrungen PRO, MH 112/90, County Borough of Sunderland. Special Survey of Local Health Services provided under the National Health Services Acts, 1952.

91 Jameson Report, S. X–XI.

92 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 374.

93 EASTWOOD, Life, S. 41–8.

nen durch niedergelassene Ärzte zu ersetzen. Im *Cranbrook Report* wurde angeraten, sie in den Vorsorgesprechstunden für Schwangere und Säuglinge durch den GP zu ersetzten, da letzterer mehr praktische Erfahrung habe.[94] Im *Jameson Report* wurde der GP als „clinical leader of the domiciliary health services team" bezeichnet, dem die *Health Visitors* in Zukunft stärker zuarbeiten sollten.[95] So verloren die *Medical Officers of Health* mehr und mehr ihre Aufgaben in der Gesundheitsfürsorge und präventiven Medizin, was ihren Beruf nicht attraktiver machte.[96]

Ein weiterer wichtiger Bereich der kommunalen Gesundheitsbehörden war die häusliche Krankenpflege durch die sogenannten *District* oder *Home Nurses*. Vor der Einrichtung des NHS wurden diese Angebote vor allem von karitativen Organisationen geleistet und von den Kommunen finanziell unterstützt. Nach 1948 beschäftigten bereits die Hälfte aller LHAs ihre eigenen Schwestern.[97] Auch hier weitete sich der Fokus der Tätigkeit: Die Patienten wurden unter dem NHS auf Grund der knappen Kapazitäten früher aus den Krankenhäusern entlassen und bedurften wesentlich länger einer häuslichen Pflege. Die Anzahl der beschäftigten Schwestern stieg dementsprechend von 7700 1948 auf über 10000 im Jahr 1958.[98] Problematisch blieb in diesem Bereich die Koordination zwischen den Krankenhäusern und den LHAs, die zu wenig Informationen über die entlassenen Patienten bekamen.[99] Außerdem stieg die Zahl der alten Menschen, die häusliche Pflege in Anspruch nahmen, während der 1950er Jahre erheblich an.

Sogenannte *Home Helps*, Haushaltshilfen, wurden ebenfalls von den Lokalbehörden beschäftigt. In den 1920er Jahren standen diese vor allem Müttern mit Neugeborenen zur Verfügung. Bereits während des Zweiten Weltkriegs wurde ihr Aufgabengebiet ausgeweitet: Sie kümmerten sich nun auch um Kranke, die sich nicht selbst versorgen konnten. Obwohl von Gesetz wegen hierzu nicht verpflichtet, boten alle Lokalbehörden diesen Dienst an oder unterstützen wohltätige Organisationen darin, da eine sehr starke Nachfrage bestand. Auch hier traten im Laufe der 1950er Jahre alte und pflegebedürftige Personen als Patienten in den Vordergrund. Als Haushaltshilfen setzte man vor allem auf teilzeitbeschäftigte Frauen. Ihre Zahl stieg von ca. 8000 im Jahr 1948 auf über 40000 im Jahr 1958. Für den *Home Help Service* durften die lokalen Behörden im Gegensatz zu anderen Leistungen je nach Finanzkraft der Betreu-

---

94 Cranbrook Report, S. 42–3.
95 Jameson Report, S. VIII.
96 Vgl. ausführlich EASTWOOD, Life.
97 MINISTRY OF HEALTH, National Health Service Bill, S. 15; vgl. auch MINISTRY OF HEALTH, National Health Service 1958, S. 156.
98 LINDSEY, Socialized Medicine, S. 372–3; allgemein zur Geschichte der District Nurses DINGWALL et al., Introduction; vgl. zur Überlastung der Krankenhäuser unten, S. 115; zu den Zahlen MINISTRY OF HEALTH, National Health Service 1958, S. 157.
99 Vgl. zum Beispiel einen Bericht des Cumberland County Council an das Ministry of Health; PRO, MH 112/76 Cumberland County Council, 22. 12. 1952.

ten Gebühren verlangen. Gerade die Alten und chronisch Kranken, die diese Dienste in Anspruch nahmen, konnten jedoch kaum für die Leistungen bezahlen.[100]

Die Verfügbarkeit von Hebammen, die seit 1936 von den Lokalbehörden angestellt wurden, war bereits vor Einführung des NHS in den ländlichen Regionen Großbritanniens gut. Nach 1948 büßten die Hebammen etliche Funktionen ein, da nun alle Frauen kostenlosen Zugang zu ärztlicher und klinischer Betreuung erhielten. Insbesondere die niedergelassenen Ärzte waren sehr interessiert an Geburtshilfe, da sie hierfür gesondert vergütet wurden. Weil auch die Anzahl der Klinikgeburten – diese standen den Frauen unter dem NHS nun ebenfalls kostenfrei offen – erheblich stieg, entbanden die Hebammen wesentlich weniger Frauen selbständig. Meist arbeiteten sie mit einem niedergelassenen Arzt zusammen und fühlten sich mitunter zur *Maternity Nurse* degradiert. Die Koordination zwischen Hebammen und GPs gestaltete sich vor allem deshalb sehr problematisch, da sich beide Professionen gegenseitig als heftige Konkurrenz wahrnahmen.[101]

Die in den 1920er und 1930er Jahren stark frequentierten Sprechstunden der lokalen Gesundheitsbehörden für Schwangere, die von den *Medical Officers of Health* mit den Hebammen und Schwestern geleitet worden waren, verloren nach der Einführung des NHS etwas an Popularität. Da den Frauen nun auch die Leistungen der Ärzte und Krankenhäuser offenstanden, bevorzugten viele werdende Mütter eine Vorsorge in den Kliniken oder den Arztpraxen. Die Leistungen der LHAs beschränkten sich zunehmend auf Angebote wie Schwangerschaftsgymnastik, Mütterschulung, Kurse in Säuglingspflege und andere ergänzende Leistungen. In der Säuglings- und Kindervorsorge, die in den 1950er Jahren gerade für die älteren Kinder ausgebaut wurde, waren jedoch die Kinderberatungen weiterhin relativ gut frequentiert, hier spielten auch die Hausbesuche der *Health Visitors* eine entscheidende Rolle.[102]

Die LHAs betrieben neben den genannten Vorsorgeeinrichtungen und -angeboten noch weitere, eher der sozialen Vor- und Fürsorge für Säuglinge und Kinder gewidmete Einrichtungen, wie etwa *Mother and Child Homes* für unverheiratete Mütter.[103] Die meisten lokalen Gesundheitsbehörden unterstützten schon existierende Heime für Mütter und Kinder der wohltätigen Organisationen, z. B. der Heilsarmee oder der *Church of England Moral Welfare*

---

100 MINISTRY OF HEALTH, National Health Service 1958, S. 160–3.

101 Vgl. zur Entwicklung bei den Hebammen MINISTRY OF HEALTH, National Health Service 1958, S. 146–7.

102 Vgl. zur Entwicklung der Schwangeren-, Säuglings- und Kindervorsorge allgemein wie auch zu den Entwicklungen bei den Hebammen und in den Sprechstunden der LHAs ausführlich unten, Kap. III, 4.4.

103 PRO, MH 55/1509, Unmarried Mothers and Baby Homes, passim. Vgl. zu diesem Problem, das hier nicht ausführlich behandelt werden kann LEWIS und WELSHMAN, Issue.

Association. Andere LHAs richteten eigene Heime ein.[104] Schwangerenvorsorge für die dort wohnenden Mädchen wurde von einem niedergelassenen Arzt geleistet, Säuglingsvorsorge vom angestellten Personal, meist einer Hebamme.[105] Impfprogramme liefen ebenfalls über die LHAs, worauf im Kapitel über Kinderlähmung noch ausführlich eingegangen wird.[106] Anfang der 1950er Jahre wurde insbesondere die Impfung gegen Diphtherie propagiert und Kinder in den Gesundheitsbehörden gegen diese Krankheit geimpft.[107]

Auf dem Feld der Gesundheitsaufklärung waren die *Local Health Authorities* in den 1920er und 1930er Jahren Pioniere gewesen. In Zusammenarbeit mit dem von ihnen gegründeten und finanziell unterstützten *Central Council for Health Education* hatte man zahlreiche recht erfolgreiche Aufklärungskampagnen veranstaltet. Unter dem NHS wurden zwar ebenfalls Aktionen, beispielsweise für Röntgenreihenuntersuchungen[108] oder Impfprogramme gestartet, diese wurden aber insgesamt als wenig erfolgreich beurteilt. Charles Webster schätzt die vormals große Bedeutung der LHAs in der Gesundheitsaufklärung als deutlich sinkend ein; viele wichtige zeitgenössische Themen wie die Gefährlichkeit des Rauchens, Alkoholmißbrauch, Aufklärung über Krebs oder auch Familienplanung seien aus Angst vor kontroversen Reaktionen kaum aufgegriffen worden.[109]

Den *Local Health Authorities* gelang es unter dem NHS kaum, ihr umfassendes Programm für präventive Medizin adäquat auszubauen, obwohl die kommunalen Gesundheitsbehörden auf diesem Gebiet in den 1920er Jahren gerade im Vergleich zu Deutschland sehr fortschrittlich gewesen waren. Der Schwerpunkt des NHS auf kurativer Medizin wurde in der Nachkriegszeit bemängelt, ohne daß ein großer Nachholbedarf im Bereich der Vorsorgemedizin ausgemacht worden wäre.[110] Dies ist im Zusammenhang mit der stets angespannten Finanzlage des gesamten NHS zu sehen:

> After considering what is meant by 'preventive health' and how far its promotion is a matter of direct concern to the National Health Service […], we conclude that, […] we know of no wide fields in which large sums of money might be expended at the present moment in order to bring the preventive health services 'into line' with the curative services. To this extent, we would say those who have criticised the Health Service for spending far too much on disease and far too little on prevention have tended to overstate their case.[111]

---

104 PRO, MH 55/2347, Meeting at High Leigh of the Standing Conference of the Church of England Council for Social Work, 2.–4.5.1962.
105 PRO, MH 55/1510, Maternity Homes Survey, Entwurf 1960.
106 Vgl. zur Impfung gegen Poliomyelitis unten, Kap. III, 2.4.2.
107 LINDSEY, Socialized Medicine, S. 385–6.
108 Vgl. hierzu das Kapitel zur Tuberkulose, Kap. III, 1.4.2.
109 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 377.
110 So zum Beispiel im Guillebaud Report, der Kosten und Leistungen des NHS untersuchte; Guillebaud Report, S. 202.
111 Guillebaud Report, S. 262.

Insgesamt konnten die kommunalen Gesundheitsbehörden ihre Aufgaben und Ziele unter dem NHS kaum weiterentwickeln; eine Kooperation mit den anderen Zweigen des NHS gelang nicht.[112] Während ihre medizinischen und präventiven Angebote an Relevanz verloren, entwickelten sich die LHAs stärker zu sozialen Dienstleistern, z. B. in der Altenpflege. 1959 wurden den LHAs durch den *Mental Health Act,* der die gesamte Versorgung psychisch Kranker neu organisierte, neue Aufgaben zugewiesen. In diesem Zusammenhang wurde immer wieder ein Ausbau der *Community Care* gefordert, die seit Ende der 1950er Jahre in der Gesundheitspolitik zum wichtigen Schlagwort avanciert war. Man diskutierte erneut über eine Zusammenfassung und den Ausbau der sozialmedizinischen Dienste auf kommunaler Ebene. Entsprechende Vorhaben scheiterten allerdings vorwiegend an finanziellen Problemen.[113]

Als Anfang der 1960er Jahre das Krankenhauswesen durch einen auf die nächsten 15 Jahre ausgerichteten Plan neu gestaltetet werden sollte, richtete sich die Aufmerksamkeit wieder auf die kommunalen Gesundheitsdienste.[114] Der damalige Gesundheitsminister, Enoch Powell, betonte stets, wie wichtig eine funktionierende *Community Care* als Ergänzung des auszubauenden Krankenhaussektors sei. Auch für die LHAs wurde nun ein Langzeitplan für die nächsten zehn Jahre entworfen, der 1963 dem Parlament vorgestellt wurde.[115] Er enthielt eine Zusammenstellung der bei einer Umfrage in allen *Counties* ermittelten Pläne für die zukünftige Gestaltung der lokalen Gesundheitsdienste. Die LHAs planten – wie das Krankenhauswesen – einen starken Ausbau ihrer Leistungen und wollten zahlreiche Neubauten, insbesondere auf dem Sektor der Altenpflege und der Versorgung von Behinderten, erreichen.[116] Die *Medical Officers of Health*, die durch den NHS zahlreiche ihrer Funktionen verloren hatten, sahen in dem integrierten Aufbau einer kommunalen Gesundheitsversorgung neue Chancen für sich und ihre Institutionen. Statt dessen war der Bereich der *Local Health Authorities* in den nächsten Jahren stets der erste, in dem Investitionen gekürzt wurden, da der Neu- und Umbau von Krankenhäusern Priorität genoß und die Ressourcen des NHS aufzehrte. Von dem ehrgeizigen Plan, die Gesundheitsdienste in den Kommunen auszubauen und zu integrieren, blieb in den nächsten Jahren nur wenig bestehen.[117]

Angesichts dieser Situation sahen die Lokalbehörden eine Entwicklungsperspektive in Richtung *Community Care* allenfalls in einer besseren Zusammenarbeit zwischen Ärzten und LHAs mit dem Ziel einer Integration der jeweili-

---

112 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 373–4.
113 WEBSTER, Health Services, Band 2, S. 110–20.
114 Vgl. hierzu unten, S. 117.
115 MINISTRY OF HEALTH, Development of Community Care; vgl. auch MINISTRY OF HEALTH, Health and Welfare Services 1962, S. 10.
116 MINISTRY OF HEALTH, Health and Welfare Services 1962, S. 2.
117 WEBSTER, Health Services, Band 2, S. 110, 126.

gen Dienste und Versorgungsangebote.[118] Eine wirkliche Integration zu einer *Primary Health Care* gelang jedoch kaum.[119] Ab Mitte der 1960er Jahre wurden zwar verstärkt Gesundheitszentren gebaut, dennoch konnten die LHAs auch über die neuen Organisationsformen verlorenes Terrain im Gesundheitswesen nicht wettmachen.[120]

Durch die Dreiteilung des *National Health Service* und das Scheitern der *Health Centres* verloren die *Local Health Authorities* viele ihrer Aufgaben; ihre vormalige Bedeutung konnten sie trotz zahlreicher Reformversuche der kommunalen Gesundheitsfürsorge nicht wiedererlangen. Bei der grundlegenden Umgestaltung des NHS im Jahr 1974 wurden ihre Aufgaben schließlich den neugeschaffenen *Health Authorities* übertragen und die alte Verwaltungsstruktur aufgelöst.[121] Diese Entwicklung verstärkte die Tendenzen zu einer Krankenhauszentrierung des britischen Systems und verminderte die Bedeutung von präventiver Medizin.[122]

118 DAVID ALLEN, Health Services, S. 209.
119 Zu den Problemen in den wenigen bestehenden Health Centres vgl. unten, S. 97.
120 JOHN ROBSON, Großbritannien, S. 121.
121 ALBER, Großbritannien, S. 544–6.
122 JOHN ROBSON, Entwicklung, S. 135; allgemein DAVIES, Hospital-Centered Health Care.

3 Die Ärzte

3.1 Bundesrepublik Deutschland – die dominante Position der niedergelassenen Ärzte im Gesundheitssystem[1]

Die ambulante Versorgung der Bevölkerung fiel in Deutschland überwiegend in den Aufgabenbereich der niedergelassenen Ärzteschaft. Da der größte Teil der Bevölkerung bereits in den 1920er Jahren bei den gesetzlichen Krankenkassen versichert war, hatten die meisten niedergelassenen Ärzte eine Kassenzulassung, waren also „Kassenärzte", und bezogen ihr Einkommen auch hauptsächlich aus den Abrechnungen über die Kassen. Niederlassen konnten sich sowohl Allgemeinärzte als auch Fachärzte mit einer speziellen Zusatzausbildung, was das deutsche System deutlich vom britischen unterschied.

Die Ärzte hatten bereits während der Weimarer Republik und in der Zeit des Nationalsozialismus ihre Stellung im Gesundheitswesen gegenüber den Krankenkassen stärken und den Sektor der ambulanten Behandlung im wesentlichen für sich reklamieren können. Wichtige Schritte waren dabei die Notverordnungen aus den Jahren 1931 und 1932 gewesen. Damals übernahmen die neu geschaffenen Kassenärztlichen Vereinigungen die Verantwortung dafür, die ärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Die Vereinigungen erhielten nun von den Krankenkassen Gelder für die Leistungen der Ärzte nach Pauschalen, verteilten jene an die einzelnen Kassenärzte und erhielten das Recht, gegen Ärzte disziplinarisch vorzugehen. Die Kontrolle der Kassenärzte oblag seitdem den Vereinigungen, nicht mehr direkt den Krankenkassen. Verhandlungen über Honorare fanden zwischen den Kassenverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen statt, die einzelnen Kassen konnten nicht direkt eingreifen. Auch die Niederlassungsbeschränkungen wurden neu formuliert: Pro 600 Versicherte durfte sich nun ein Kassenarzt niederlassen, vorher war das erlaubte Verhältnis 1:1000 gewesen.[2]

Die Ärzte verwalteten über die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Interessen nun weitgehend selbst; die Kassen hatten durch diese Regelung Macht und Einfluß eingebüßt. Bis 1931/32 hatten sie das Recht gehabt, Ambulatorien und andere Einrichtungen für ihre Mitglieder zu betreiben und selbst Ärzte anzustellen. Da der Sicherstellungsauftrag der ärztlichen Betreuung nun von den

---

[1] Dieser Abschnitt konzentriert sich auf die niedergelassenen Ärzte, da diese in der bundesdeutschen Gesundheitspolitik eine zentrale Position innehatten; zudem war die gesamte ambulante Versorgung der Bevölkerung ihr Aufgabenbereich. Die angestellten Krankenhausärzte spielten eine wesentlich geringere Rolle, deswegen wird in diesem Abschnitt nicht auf sie eingegangen. Vgl. zu den Krankenhäusern in der Bundesrepublik ab S. 101.

[2] PA, II 165 A 1, Begründung zur Neuregelung des Kassenarztrechts zum Entwurf vom 31. 10. 1952; vgl. auch Göckenjan, Lohnsklaven, S. 31–3; Rosewitz und Webber, Reformversuche, S. 18–20; Alber, Gesundheitswesen, S. 33–40. Vgl. zur Selbsteinschätzung der Ärzte in der Weimarer Republik Seidel, Kassenarzt.

Kassen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen überging, waren die niedergelassenen Ärzte einem Monopol in der ambulanten Behandlung näher gerückt.[3] Die Nationalsozialisten stützten diese Entwicklung im Gesundheitswesen, beschnitten die Rechte der Krankenkassen weiter, lösten insbesondere die kasseneigenen Ambulatorien auf und verbesserten so die Stellung der Ärzte zusätzlich. Ihr Behandlungsmonopol und ihre erstarkte Stellung konnten die Ärzte während des Dritten Reiches behaupten.[4]

Die ärztlichen Standesorganisationen, die bis zum Ende der nationalsozialistischen Herrschaft auf Reichsebene bestanden hatten – die Reichsärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung –, wurden 1945 vom Alliierten Kontrollrat aufgelöst.[5] Nach Kriegsende versuchten die Ärzte aber sofort, sich wieder zu organisieren und ihren Wunsch nach Selbstverwaltung durchzusetzen. Sie bemühten sich zunächst darum, auf Landesebene Ärztekammern zu bilden und offiziell anerkennen zu lassen. Die Verwaltungen der Westzonen standen diesen Bestrebungen zunächst positiv gegenüber, da sie angesichts der großen gesundheitlichen Probleme und der Seuchengefahr nach dem Krieg an einem funktionierenden Gesundheitswesen stark interessiert waren. So verzichteten die Besatzungsbehörden zunächst auf Reformen und versuchten, die Strukturen der ärztlichen Verwaltung ebenso wie die der Sozialversicherung möglichst aufrechtzuerhalten oder – wenn nötig – wiederherzustellen.[6] Die Ärzte rechneten fast überall in den Westzonen bereits 1945 mit Hilfe der Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Honorare mit den Krankenkassen ab.[7] Auch die Entnazifizierungsmaßnahmen der Militärregierungen trafen die freie Ärzteschaft, die überproportional stark in der NSDAP und anderen nationalsozialistischen Vereinigungen vertreten gewesen war, zumindest in der britischen und amerikanischen Besatzungszone kaum, da die Alliierten der medizinischen Versorgung der Bevölkerung Priorität einräumten.[8]

Als die Alliierten dann doch die Schaffung einer Einheitssozialversicherung erwogen und der Alliierte Kontrollrat 1946 hierzu einen Entwurf vorlegte,

---

3 WANEK, Machtverteilung, S. 103–4.

4 Vgl. oben, S. 35; außerdem GÖCKENJAN, Lohnsklaven, S. 34; zur Auflösung der Ambulatorien als „rote" Einrichtungen der Kassen unter den Nationalsozialisten auch GROSSMANN, Reforming Sex, S. 141–3.

5 Vgl. DEPPE, Charakter, S. 99.

6 Vgl. GERST, Neuaufbau, S. 195; TOPPE, Wiedererrichtung, S. 16; WASEM et al., Westliche Besatzungszonen, S. 488–9; sowie BERGER, Sozialversicherungsreform.

7 PA, II 165 A 1, Begründung zur Neuregelung des Kassenarztrechts zum Entwurf vom 31. 10. 1952.

8 Zum starken Engagement der Ärzteschaft im Nationalsozialismus, worauf hier nicht näher eingegangen werden kann, vgl. z. B. KATER, Doctors; KUDLIEN, Ärzte; LIFTON, Ärzte; JÄCKLE, Ärzte; zur Entnazifizierung GERST, Neuaufbau, S. 198–9; für Bayern TOPPE, Wiedererrichtung, S. 25; vgl. auch SCHAGEN und SCHLEIERMACHER, Rahmenbedingungen, S. 483–4. 1946 wurde beispielsweise lediglich über 39 niedergelassene Ärzte in Bayern ein Berufsverbot verhängt.

wehrte sich gerade die niedergelassene Ärzteschaft vehement dagegen.[9] Die Ärztevertreter hätten dann nicht mehr mit einer Vielzahl von Kassen, sondern nur noch mit einem einzigen Versicherungsträger verhandeln müssen. Dies hätte aber den erreichten Status der Ärzte gefährdet und ihre Position bei Honorarverhandlungen verschlechtert.[10] Das Vorhaben scheiterte jedoch – wie schon oben gezeigt – vor allem am Widerstand der Vertreter und Organisationen des westdeutschen Gesundheitswesens.[11] Als nach der ersten Bundestagswahl die Parteien des konservativen und liberalen Lagers die neue bundesdeutsche Regierung stellten, setzte sich erwartungsgemäß das alte Kassensystem mit den in der Endphase der Weimarer Republik formierten und im „Dritten Reich" verfestigten Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen wieder durch.

Die Selbstverwaltungsorgane und Verbände der Ärzteschaft nahmen in der Bundesrepublik im wesentlichen ihre bereits vor 1945 bestehenden Aufgaben wieder wahr.[12] Die Landesärztekammern hatten sich schon während der Besatzungszeit erneut als auf Zwangsmitgliedschaft basierende Körperschaften des öffentlichen Rechts etabliert, die vor allem die Aufsichtspflicht über die Ärzte wahrnahmen. Die Bundesärztekammer war dagegen lediglich als Koordinierungsorgan der Landesärztekammern gegründet worden, also kein direkter Nachfolger der Reichsärztekammer. Den Kassenärztlichen Vereinigungen mußten alle Kassenärzte zwangsweise beitreten. Sie bestanden zunächst als „Abrechnungsstellen" in Verbindung mit den Landesärztekammern. In der Bundesrepublik fungierten sie als Interessenvertreter der Kassenärzte gegenüber den Kassen, hatten aber auch Kontrollfunktionen gegenüber der Ärzteschaft. Unter den Berufsverbänden der Mediziner ist insbesondere der 1949 wiedergegründete Hartmannbund zu nennen, der vor allem wirtschaftspolitische Interessen der niedergelassenen Ärzte vertrat; im Marburger Bund waren die angestellten und verbeamteten Ärzte organisiert.[13]

Ihren Anspruch auf das ambulante Behandlungsmonopol überwachten die Ärzte in den 1950er Jahren scharf, verteidigten ihre Stellung und konnten in der Politik meist mit Unterstützung rechnen.[14] Als die AOK 1951 beispielsweise

---

9 HOCKERTS, Vorsorge, S. 227; vgl. hierzu oben, S. 36.

10 Vgl. z. B. für die bayerischen Ärzte BayHStA, StK 113647, Dr. Robert Steidle an Ministerpräsident Ehard vom 11. 1. 1947.

11 Zum Scheitern dieser Pläne HOCKERTS, Sozialpolitische Entscheidungen, S. 51–85.

12 Zu den Arztverbänden ALBER, Gesundheitswesen, S. 71–4; EICHHORN, Health Services, S. 290.

13 Zum Marburger Bund GELSNER, Marburger Bund.

14 Vgl. z. B. die Stellungnahme des Hartmannbundes zur Neuregelung des Kassenarztrechtes des Bundes: „§ 368 a) […] Der Hartmannbund [..] erwartet, daß der kassenärztliche Auftrag vor der Konkurrenz der Eigeneinrichtungen der Kassen geschützt wird. […] 368 d, Absatz 1. Eigeneinrichtungen der Kassen passen nicht in die unserer Verfassung gemäße Sozial- und Wirtschaftsordnung. Sie stellen eine unlautere Konkurrenz der öffentlichen Hand gegenüber dem freien Beruf dar. […] Wir halten es für richtig, daß diese Regelung auf keinen Fall zum Nachteil der Kassenärzte erfolgen darf"; PA, II 165 A2, Anlage zum Ausschußproto-

eine Zahnklinik in Nürnberg wieder errichten wollte, die 1933 geschlossen worden war, stellte sich das bayerische Staatsministerium des Innern auf die Seite der Zahnärzte. Mit der Begründung, daß solche Einrichtungen letztlich den Zahnarztberuf als freien Beruf gefährdeten, wurde die Eröffnung der Zahnklinik verhindert:

> Bei Errichtung von Zahnkliniken der Sozialversicherungsträger muß sich aber zwangsläufig eine Entwicklung anbahnen, die in einer Beseitigung des zahnärztlichen Berufs als freier Beruf enden wird. In solchen Zahnkliniken werden die behandelnden Zahnärzte als Angestellte der Krankenkasse tätig, deren Bezahlung nicht nach persönlicher Leistung, sondern nach Tagewerken erfolgt. Ohne dabei das Können und die Tüchtigkeit der angestellten Zahnärzte in irgendeiner Weise in Zweifel zu ziehen, kann eine Entlohnung nach anderen Grundsätzen nicht erfolgen. Kraft seiner Tätigkeit als Angestellter wird ein solcher Zahnarzt niemals in das bei jeder ärztlichen Tätigkeit unerläßliche Vertrauensverhältnis zum Patienten kommen, das nun einmal erste Voraussetzung für eine ersprießliche und im Interesse der Patienten gelegene ärztliche und zahnärztliche Tätigkeit ist. Bei der hohen Zahl der Pflichtversicherten und den erleichterten Möglichkeiten der freiwilligen Mitgliedschaft wird, wenn dem Beispiel der AOK Mittelfranken die anderen Krankenkassen folgen, für eine freiberufliche zahnärztliche Tätigkeit der Boden entzogen sein. Von den Kassen angestellte Zahnärzte können wohl nicht mehr als Interessenvertreter der Patienten, sondern nur als solche der Kassen angesehen werden. […] Den Bedenken, die seitens der kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns gegen die Wiedererrichtung der kasseneigenen Zahnklinik in Nürnberg vorgetragen worden sind, muß sich daher das bayerische Staatsministerium des Innern anschließen.[15]

Immer wieder wurde von den Ärzten darauf hingewiesen, daß „echtes Arzttum" nur in einer freien ärztlichen Berufsausübung bestehen könne. Plausible Erklärungen für diese Ansichten blieben die Ärzte zwar schuldig; ihre Position, nur ein freier Arzt könne das Vertrauen seiner Patienten erwerben und eine angemessene medizinische Versorgung garantieren, fand aber in der Bundespolitik während der 1950er Jahre starke Zustimmung.[16] Den Ärzten gelang es, sich selbst als nicht-kommerzielle Berufsgruppe darzustellen und die freie ärztliche Praxis als Wert der westlichen Gesellschaft hochzuhalten.[17] In der Be-

---

koll der gemeinsamen Sitzung der Ausschüsse für Sozialpolitik und für Fragen des Gesundheitswesens am 9. 9. 1954, Vorschläge des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund e.V.) zum Entwurf eines Gesetzes über das Kassenarztrecht.

15 BayHStA, MInn vorl. Nr. M 132, Band 2, bayerisches Staatsministerium des Innern an das bayerische Landesversicherungsamt, 12. 5. 1951.

16 Vgl. zur Ideologiebildung der Ärzteschaft und dem Ideal des „eigentlichen Arztseins" NASCHOLD, Kassenärzte, S. 103–5. Vgl. zur Position der Ärzte z. B. PA, II 165 B1, passim (Stellungnahmen der Ärzte zum Kassenarztrecht); vgl. auch BayHStA, StK 113653, Sonderdruck aus dem Bayerischen Ärzteblatt von 1952. Mit ähnlichen Argumenten wurde Ende der fünfziger Jahre in Bayern auch die Errichtung staatlicher Krebsberatungsstellen abgelehnt. Hier unterstützte zudem der Landesgesundheitsrat die Belange der niedergelassenen Ärzte und empfahl die Gründung einer Arbeitsgemeinschaft zur Krebsbekämpfung, die dann bei der Landesärztekammer eingerichtet wurde. Vgl. SOENNING, Wächter, S. 70–1; MURKEN, Gesundheitspolitik, S. 24–5.

17 RIDDER, Ideological Influences, S. 334.

gründung eines Entwurfs der Bundesregierung zu einem neuen Kassenarztgesetz hieß es 1952 beispielsweise:

> Oberster Grundsatz für die Neuregelung des Kassenarztrechtes muß die ständige Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Versicherten sein […]. Notwendig hierfür sind die Vertiefung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Versicherten und die Förderung enger vertrauensvoller Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenkassen. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, daß die ärztliche Versorgung um so besser und wirkungsvoller ist, je mehr die eigene Verantwortung aller Beteiligten, der Versicherten, der Krankenkassen und ihrer Verbände, der Ärzte und ihrer Vereinigungen geweckt wird. Staatliche Regelung und staatlicher Zwang können gerade auf diesem Gebiete niemals so fruchtbare Ergebnisse zeitigen wie die Selbstverantwortung der Beteiligten.[18]

Die Bundesregierung setzte bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung also im wesentlichen auf die freie Ärzteschaft und unterstützte deren Monopolanspruch auf die ambulante Behandlung. Dies wird besonders deutlich beim Scheitern des Gesundheitsfürsorgegesetzes, das ursprünglich eine stärkere Einbindung des öffentlichen Gesundheitswesens zumindest in die ambulante Vorsorge gefordert hatte.[19] Die „Gesundheitsamt-Lastigkeit" der Entwürfe wurde damals selbst innerhalb der Gesundheitsabteilung des Ministeriums scharf kritisiert und führte bereits dort zum Scheitern des Vorhabens.

Die Ärzte forderten zur selben Zeit – auf dem Ärztetag von 1951 – eine Ausweitung ihrer Tätigkeiten und wollten zusätzlich zur ambulanten Therapie auch die medizinische Vorsorge gänzlich übernehmen.[20] Generell kämpften sie Anfang der 1950er Jahre um eine wirtschaftliche Besserstellung und um eine Ausweitung ihrer Verdienstmöglichkeiten, da die Ärztezahlen seit 1945 stark gestiegen und die Gesamthonorare der Kassen, die nun auf wesentlich mehr Ärzte verteilt wurden, im Verhältnis dazu wenig angewachsen waren.[21] Sie forderten zudem ein neues bundesweites Gesetz, das die Beziehungen zu den Kassen und ihre eigene Standesorganisation neu regeln und ihnen die erwünschte Monopolstellung in der ambulanten Behandlung zusprechen sollte.

Das Gesetz zum Kassenarztrecht, das schließlich 1955 verabschiedet wurde, griff bei der Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Kassen im wesentlichen auf die Notverordnungen von 1931/32 zurück und schuf eine Kassenärztliche Bundesvereinigung als Körperschaft öffentlichen Rechts. Der Bundesregierung erschien der Rückgriff auf die Regelungen von 1931/32 sinnvoll, da man sich so ein Gleichgewicht zwischen Kassen und Kassenarztvereinigungen erhoffte.[22] Außerdem übertrug das Gesetz endgültig die Sicherstel-

---

18 PA, II 165 A 1, Begründung zur Neuregelung des Kassenarztrechts zum Entwurf vom 31. 10. 1952.

19 Vgl. hierzu ausführlich den Abschnitt über Schwangerenvorsorge in der Bundesrepublik, die in dieses Gesetz einbezogen werden sollte, unten Kap. III, 4.3.1.

20 Vgl. MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 436.

21 Vgl. zu den Forderungen der Ärzteschaft BAK, B 142/773, Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern an den Bundeskanzler, 24. 8. 1951.

22 In der Begründung eines Regierungsentwurfs für das neue Kassenarztrechts hieß es über die

lung der ambulanten Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung, obwohl die Krankenkassen vehement dagegen protestiert hatten; eigene Einrichtungen der Kassen waren nun nicht mehr möglich.[23] Das Gesetz stärkte und bestätigte im wesentlichen die Machtposition der niedergelassenen Ärzte in der Bundesrepublik und muß als ein wichtiger Schritt zur Gestaltung des bundesrepublikanischen Gesundheitswesens angesehen werden.[24] Es verminderte zudem, wie von den Ärzten gefordert, die erlaubte Verhältniszahl von Versicherten und Arzt; nun konnte sich pro 500 Krankenkassenmitglieder ein Arzt niederlassen. Das Kassenarztgesetz regelte weiterhin die Honorierung der Ärzte: Der Modus der Einzelleistungsabrechnung wurde ebenfalls möglich, zu dem die meisten Kassen innerhalb der nächsten Dekade übergingen.

Nach 1955 wurde man sich in der Bundesregierung offenbar schnell darüber klar, daß mit dem Gesetz nicht das erhoffte Gleichgewicht zwischen Krankenkassen und Ärzten, sondern vielmehr ein Ungleichgewicht zugunsten der Ärzte eingetreten war.[25] Im Krankenversicherungsneuregelungsgesetz (KVNG), mit dem im Rahmen der Sozialreform das gesamte Krankenversicherungsrecht verändert werden sollte und mit dem sich die Bundesregierung seit 1958 befaßte, versuchte die Bundesregierung, die Stellung der Kassenärztlichen Vereinigungen wieder zu beschneiden. Die Honorarsätze sollten nun nicht mehr von den Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Kassen verhandelt werden, sondern direkt vom Ministerium bestimmt werden; gleichzeitig sollte den Ärzten jedoch die lange geforderte Einzelleistungsvergütung endgültig auch in der Praxis zugestanden werden.[26] Die Ärzteschaft wehrte sich trotz der Zugeständnisse vehement gegen die partielle Einschränkung ihrer freiberuflichen Tätigkeit. Die Ärztevertreter gingen massiv und sehr polemisch gegen diese Neuregelung vor, wandten sich unter anderem direkt an den Bundeskanzler und trugen mit ihren

---

Verordnungen von 1931/32: „Diese durch die Initiative und entscheidende Mitwirkung des Reichsarbeitsministeriums geschaffene Regelung hat die Zwistigkeiten zwischen Ärzten und Krankenkassen und ihren Organisationen beendet, die verständnisvolle Zusammenarbeit nachhaltig gefördert, den Arbeitsfrieden hergestellt und auf Dauer gesichert und die schöpferischen Kräfte der Selbstverwaltung dem Wohle der Versicherten dienstbar gemacht." PA, II 165 A 1, Begründung zur Neuregelung des Kassenarztrechts zum Entwurf vom 31. 10. 1952. Daß diese Verordnung sich kaum in der Praxis bewährt hatte, da mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten die Selbstverwaltung der Kassen praktisch ausgeschaltet war, wurde damals nicht wahrgenommen. Vgl. hierzu DÖHLER und MANOW, Strukturbildung, S. 38.

23 Zu den Protesten der Kassen z. B. PA, II 165 A 2, Anlage zum Ausschußprotokoll der gemeinsamen Sitzung der Ausschüsse für Sozialpolitik und für Fragen des Gesundheitswesens am 9. 9. 1954, Schreiben der Vereinigungen der Ortskrankenkassenverbände an die Mitglieder des Deutschen Bundestages, 15. 6. 1954. Das Gesetz in BGBl. I, 1955, S. 513.

24 Zur Bedeutung des Kassenarztrechtes ROSEWITZ und WEBBER, Reformversuche, S. 22; WANEK, Machtverteilung, Struktur, S. 133–4; RIDDER, Ideological Influences, S. 328; STANGE, Verpaßte Reform, S. 294.

25 DÖHLER und MANOW, Strukturbildung, S. 39.

26 REUCHER, Reformen, S. 104, 111–2.

Aktivitäten zum Scheitern des Gesetzes bei.[27] Die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen wurden also weiterhin durch das Gesetz von 1955 geregelt; die Machtstellung der Ärzte blieb unangetastet.

Ein weiterer wichtiger Punkt in der Entwicklung der ambulanten Versorgung der Bundesrepublik Deutschland war schließlich die Niederlassungsfreiheit der Ärzte: 1960 hob das Bundesverfassungsgericht die festgeschriebenen Verhältniszahlen für die Niederlassung von Kassenärzten als verfassungswidrig auf.[28] Nun hatte jeder Mediziner grundsätzlich das Recht, sich als Kassenarzt dort niederzulassen, wo er wollte. Zwar bemühten sich die Kassenärztlichen Vereinigungen, vakante Arztstellen in unterversorgten Gebieten zu besetzen; Gemeinden oder Landkreise warben mitunter sogar mit verschiedenen Vergünstigungen um einen Kassenarzt. Dennoch führte die Niederlassungsfreiheit dazu, daß die Ärztezahl in der Bundesrepublik zwar wuchs, aber sehr ungleich verteilt blieb.[29] In Bayern waren beispielsweise im sicherlich attraktiven Regierungsbezirk Oberbayern 1961 700 Ärzte mehr als 1958 niedergelassen (die Zahl stieg von 3176 auf 3890), in den weniger attraktiven Regionen Oberpfalz und Niederbayern blieb die ohnehin schon geringe Zahl dagegen etwa gleich (bei 620 bzw. 640 Ärzten).[30]

Insgesamt stieg die Zahl der Ärzte in der Bundesrepublik schon während der 1950er Jahre an – ein Trend, der sich in den 1960er und 1970er Jahren noch verstärkte. Dies war vor allem durch einen starken Anstieg der Fachärzte bedingt,

Tabelle 2: Ärzte und Fachärzte in der Bundesrepublik Deutschland[31]

Jahr	*1953*	*1954*	*1955*	*1956*	*1957*	*1958*	*1959*	*1960*	*1961*
Allgemeinärzte	44147	45078	44231	44053	44426	43833	44222	44505	44451
Fachärzte	21133	21758	23371	24246	26199	27214	28563	30098	31724
Ärzte insgesamt	68909	70348	70902	71814	74101	74536	76448	78287	80320

27 NASCHOLD, Kassenärzte, S. 240–9, der die Strategien der Ärzteschaft ausführlich analysiert. Zu den anderen Gründen des Scheiterns vgl. oben, S. 66-68.

28 FRERICH und FREY, Handbuch, S. 74; WANEK, Machtverteilung, Struktur, S. 134.

29 Ärztliche und zahnärztliche Versorgung, S. 881; SCHAGEN, Versorgung, S. 219–20.

30 Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 66 (1958), S. 112; 69 (1961), S. 102. Die sehr unterschiedliche Verteilung der Ärzte bestätigt auch eine Erhebung von 1968, die sich allerdings lediglich auf die Kassenärzte bezog. Vgl. Ärztliche und zahnärztliche Versorgung, S. 876. Die geringste Ärztedichte wiesen folgende Landkreise auf: In Karlstadt (Unterfranken) kamen auf einen Kassenarzt 2731 Einwohner, in Roding (Oberpfalz) war das Verhältnis 1:3253, in Parsberg (Oberpfalz) 1:2975, in Neumarkt (Oberpfalz) 1:2961 und in Bogen (Niederbayern) 1:2651. Hier kann man tatsächlich von einem akuten Ärztemangel sprechen, der auch in den Jahresberichten der Gesundheitsämter immer wieder beklagt wurde; vgl. hierzu z. B. StA München, Gesundheitsämter 5410 und 5412.

31 Bundesministerium für Gesundheitswesen, Gesundheitswesen 1963, S. 264.

wie aus der obigen Tabelle deutlich wird. Aber auch die niedergelassenen Fachärzte verteilten sich sehr ungleichmäßig in den verschiedenen Regionen der Bundesrepublik und konzentrierten sich eher in urbanen Zentren.[32] Mitte der siebziger Jahre versuchte dann der Bund auf Grund der weiterhin ungleichen Verteilung die Niederlassung von Kassenärzten wieder gesetzlich zu steuern.[33] Die Kassenärztlichen Vereinigungen mußten nun Bedarfspläne erstellen. Als Anreize für eine gleichmäßigere Verteilung waren Umsatzgarantien, Honorarzuschüsse und günstige Darlehen sowie Zulassungssperren in den bereits besser versorgten Zonen vorgesehen.[34]

Eine weitere wichtige Entwicklung, die sich schon in den 1950er Jahren andeutete, war die Einbeziehung der Gesundheitsvorsorge in die Tätigkeit der niedergelassenen Ärzte. Da alle Versuche gescheitert waren, die medizinische Vorsorge zumindest teilweise dem öffentlichen Gesundheitswesen zu überantworten, wurden diese Aufgaben ab Mitte der sechziger Jahre schließlich den niedergelassenen Ärzten in einer Reihe von Gesetzen zur Ausweitung der Kassenleistungen zugestanden.[35] Dies trug zum weiteren Ausbau der dominierenden Stellung der Kassenärzte bei. Aber nicht nur die Position der Ärzte unter den Akteuren des Gesundheitswesens wurde zunehmend gestärkt, auch ihre wirtschaftliche Stellung besserte sich seit den 1960er Jahren erheblich. Bis 1955 mußten die Krankenkassen lediglich sogenannte „Kopfpauschalen" pro Patient abrechnen, wodurch eine starke Erhöhung der Honorare ausgeschlossen war. Trotz des Scheiterns des KVNG, das eigentlich eine Einzelabrechnung in Verbindung mit Preiskontrollen des Ministeriums einführen sollte, gingen viele Kassen (zunächst die Betriebskrankenkassen) auf Grundlage der gesetzlichen Festlegung von 1955 in den folgenden Jahren zur Einzelleistungsabrechnung über.[36] Ohne die regulierenden Maßnahmen, die das KVNG vorgesehen hatte, bedeutete dies vor allem, daß die Verdienstmöglichkeiten der Ärzte erheblich gesteigert wurden. Die Kassen wiederum konnten die Änderung der Abrechnungsmodalitäten, auf die die Ärzte schon lange gedrängt hatten, dank ihrer steigenden Finanzkraft in den sechziger Jahren umsetzen. Die Gründe für den größeren finanziellen Spielraum der Kassen sind vor allem bei den steigenden Krankenkasseneinnahmen durch allgemein bessere Löhne und geringe Arbeitslosigkeit zu suchen.

---

32 In einer Strukturanalyse der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zeigte sich auch in den 1970er Jahren noch das Mißverhältnis zwischen einzelnen Regionen: In Oberbayern kamen beispielsweise 2715 Einwohner auf einen Fachkassenarzt, in Niederbayern 4272 und in der Oberpfalz 3881. Vgl. Gesundheitsprogramm 1974, S. 154. Vgl. auch ALBER, Gesundheitswesen, S. 69–70.

33 BGBl. 1976, Teil I/3, S. 3871–7: Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechtes vom 28. 12. 1976.

34 WANEK, Machtverteilung, Struktur, S. 135, 142–5.

35 Vgl. zum Scheitern des Krankenversicherungsneuregelungsgesetzes oben S. 38f.

36 FRERICH und FREY, Handbuch, S. 76.

Diese Regelung führte zu einem überproportionalen Anstieg der Einkommen der Ärzte gegenüber anderen Berufsgruppen.[37] Auf Grund der Entwicklungen waren wesentlich mehr Ärzte in der Lage, sich gewinnbringend niederzulassen. Das wiederum trug zusammen mit der Niederlassungsfreiheit zu einem Anwachsen der Ärztezahlen und gleichzeitig zu ihrer Ungleichverteilung bei. Die Patienten hatten im deutschen System im wesentlichen freie Arztwahl: sie konnten in jedem neuen Quartal mit einem Krankenschein der Krankenkasse einen von ihnen ausgewählten Arzt aufsuchen; zu weiteren Ärzten mußten sie überwiesen werden. Normalerweise suchten die Patienten ihren Hausarzt auf, der sie dann gegebenenfalls an Fachärzte überwies. Man konnte jedoch auch mit dem Krankenschein direkt einen solchen aufsuchen.

In der Bundesrepublik Deutschland war die ambulante Versorgung der Bevölkerung gänzlich in die Hände der niedergelassenen Ärzteschaft übergegangen und wurde auf diese Weise stark individualisiert. Diese Entwicklung brachte grundsätzliche Probleme mit sich.[38] Der Patient konnte die medizinischen Leistungen individuell bei Ärzten seiner Wahl abrufen, was für ihn den Vorteil einer persönlichen Beziehung zu seinem Arzt brachte. Allerdings gab es im bundesdeutschen System durch die starke Konzentration auf den Arzt keine alternativen ambulanten Dienste, die soziale mit medizinischen Leistungen verknüpfen und diese niedrigschwellig und breit anbieten konnten. In der Arztpraxis wiederum ließen sich sinnvolle sozialmedizinische und präventive Angebote kaum durchführen – die Individualisierung der Versorgung brachte ein Schwergewicht der medizinischen und kurativen Leistungen mit sich. Gerade die präventive Medizin wurde durch die langen Kämpfe um die Zuständigkeiten im deutschen Gesundheitswesen jahrzehntelang vernachlässigt. Nachdem die Prophylaxe ab Mitte der 1960er Jahre den niedergelassenen Ärzten übergeben wurde, zeigte sich die Problematik der individualisierten Medizin deutlich. Zum einen fehlte die Verbindung mit sozialen Diensten, wie sie in anderen Ländern selbstverständlich war; zum zweiten hing die Qualität der Vorsorge sehr stark vom individuellen Engagement des einzelnen Arztes ab, der zudem meist in Sozialmedizin kaum Erfahrung hatte. Möglichkeiten, den Standard von Prophylaxe und Therapie in der einzelnen Praxis zu kontrollieren, gab es kaum.[39]

---

37 Hierzu und zum folgenden WANEK, Machtverteilung, Struktur, S. 135–7.

38 Vgl. hierzu KIRCHBERGER, Public-Health Policy, S. 190–3; RIDDER, Ideological Influences, S. 330–1.

39 Ausführlich zu den Problemen der Präventivmedizin in der Bundesrepublik SCHMACKE, Individualisierung, insbesondere S. 181–2; ABHOLZ, Prävention; ABHOLZ, Möglichkeiten; grundsätzlich auch KIRCHBERGER, Public-Health Policy, S. 192. Vgl. hierzu auch das Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, Kap. III, 4.3. Erst in den 1980er und 1990er Jahren gab es in der Bundesrepublik ein zunehmendes Engagement im Bereich „Public Health". Nun versuchte man, Gesundheitsförderung, Prävention wie auch Epidemiologie wieder stärker in die Medizin einzubeziehen und soziale und medizinische Dienste zu integrieren. Dabei ging man allerdings über das alte Konzept des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Auch bei anderen sozialmedizinischen Aufgaben, die der Ärzteschaft durch ihr Monopol in der ambulanten Versorgung ebenfalls zugefallen waren, wie z. B. seuchenhygienische Kontrollfunktionen in der Geschlechtskrankenfürsorge, ergaben sich große Probleme. Die Verbindung von Kontrollfunktionen, also z. B. der Nachforschung nach Kontaktpersonen bei Geschlechtskranken, mit der individualmedizinischen Betreuung in der Praxis des niedergelassenen Arztes erwies sich als undurchführbar.[40] Ein großes Problem blieb die Fortbildung der niedergelassenen Ärzte, auf die wegen der Selbstverwaltung kein Einfluß von staatlicher Seite genommen werden konnte. Zudem war der Informationsaustausch zwischen stationärem und ambulanten Sektor, wie allgemein die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, durch die strikte Trennung dieser Bereiche mangelhaft.[41]

3.2 Großbritannien – die „General Practitioners" und ihre Funktion unter dem NHS

Anders als in Deutschland gab es in Großbritannien schon vor der Einführung des NHS eine starke Trennung zwischen Fachärzten (*Consultants, Specialists*) und Allgemeinärzten (*General Practitioners*, GPs).[42] Fachärzte waren vor 1948 teilweise in Krankenhäusern angestellt oder arbeiteten ohne Entlohnung in *Voluntary Hospitals*; meist lebten sie von privaten Klinikpatienten oder ihrer Privatpraxis. Ihre Anzahl war im Verhältnis zur Bevölkerung sehr gering. Da sie darauf angewiesen waren, ihr Einkommen im wesentlichen durch Privatpatienten zu finanzieren, ließen sie sich fast ausschließlich in großen Städten mit entsprechenden Einkommensmöglichkeiten, insbesondere in London, nieder. Ihre Dienste waren so regional äußerst ungleichmäßig verteilt.[43]

Nach der Einführung des NHS wurden die meisten Fachärzte in den Krankenhäusern mit festen Gehältern angestellt und kümmerten sich dort sowohl um die ambulante wie auch um die stationäre Versorgung der Patienten, worauf unten im Abschnitt über das Krankenhauswesen noch genauer eingegangen wird.[44] Niedergelassene Fachärzte gab es in Großbritannien unter dem NHS nicht mehr. Die vorher zum Teil praktizierte Kombination von Teilzeitarbeit in Krankenhaus und Allgemeinpraxis war nicht mehr möglich, wodurch sich die

---

und der öffentlichen Gesundheitspflege hinaus und orientierte sich stark an dem in den USA und Großbritannien bestehenden Lehrfach „Public Health". Vgl. hierzu ausführlich Gerhardt, Gesundheit.

40 Vgl. hierzu Kap. III, 3.3.1.

41 Ridder, Ideological Influences, S. 345–6.

42 Hierzu ausführlich, Honigsbaum, Division.

43 Eckstein, Health Service, S. 37–40, 59–60; es gab allerdings auch einige Fachärzte, die zur Hälfte im Krankenhaus arbeiteten und ansonsten eine Allgemeinpraxis betrieben; Ministry of Health, Field of Work of the Family Doctor, S. 40.

44 Vgl. unten, S. 114.

Trennung zwischen Fachärzten und Allgemeinärzten in Großbritannien verschärfte. Der Zugang zur Facharztbehandlung war den Patienten nur noch über den niedergelassenen Allgemeinarzt möglich.[45] Dies hing mit dem Organisationsprinzip des NHS zusammen. Grundsätzlich wurde man als Patient in den NHS aufgenommen, indem man sich bei einem Allgemeinarzt in eine Patientenliste eintragen ließ und somit registriert war. Die Wahl des GP stand den Patienten frei, auch Wechsel waren grundsätzlich erlaubt, wenngleich diese Möglichkeit selten wahrgenommen wurde. Fachärztliche Leistungen bzw. stationäre Behandlung vermittelte ausschließlich der GP, bei dem man registriert war. Dieser überwies die Patienten dann an fachärztliche Dienste weiter; eine Ausnahme waren die Behandlungsangebote bei Geschlechtskrankheiten, die man direkt aufsuchen konnte.[46] Die sozialmedizinischen und präventiven Dienste der lokalen Gesundheitsbehörden konnten die Patienten dagegen unabhängig von ihrem Allgemeinarzt in Anspruch nehmen.

Auch die Allgemeinärzte, die schon vor der Einführung des NHS den Großteil der niedergelassenen Ärzte ausmachten, waren vor 1948 sehr unregelmäßig über England und Wales verteilt gewesen. In reichen Kleinstädten, etwa solchen mit Kurbetrieb, stieß man auf zahlreiche Praxen, in ländlichen Gegenden mit schwierigeren Bedingungen war ihre Anzahl selten ausreichend. Auch in Arbeiterstädten- und vierteln gab es nicht genügend Allgemeinärzte. Diese Ungleichverteilung war vor allem ökonomischen Problemen geschuldet: Ärzte in Arbeitervierteln verdienten meist wesentlich weniger als ihre Kollegen in reicheren Gegenden, da sie auf Privatpatienten verzichten mußten. Ihr Gehalt setzte sich aus den Vergütungen der *National Health Insurance* sowie Zahlungen aus verschiedenen anderen Hilfsorganisationen, Fonds oder sogenannten *Clubs* zusammen, die nicht staatlich versicherten, bedürftigen Personen über geringe Beiträge zumindest eine medizinische Grundversorgung ermöglichten.[47] Die GPs waren dadurch in diesen Gegenden in ihrer professionellen Freiheit stark eingeschränkt, denn bestimmte Therapien und Hilfsmittel wurden von den unterschiedlichen Hilfsvereinen nicht gezahlt.[48]

---

45 Vgl. MINISTRY OF HEALTH, Field of Work of the Family Doctor, S. 40; auch HONIGSBAUM, Division S. 301–13.

46 MINISTRY OF HEALTH, National Health Service Bill, S. 10; ALBER, Großbritannien, S. 585–6.

47 JOHN ROBSON, Entwicklung, S. 133. Die *Clubs* waren ursprünglich meist von Gewerkschaften initiierte Vereine; die Mitglieder zahlten wöchentliche Beiträge und erhielten dafür medizinische Versorgung. Hierfür stellten diese Vereine dann einen Arzt an. Oft betrieben die Ärzte für ein paar Stunden in der Woche *Club Practice*, meist in wenig attraktiven Räumlichkeiten. Je nach Organisationsgrad war die Qualität der Leistungen unterschiedlich. Vgl. zur Absicherung allgemein auch oben, S. 47.

48 ECKSTEIN, Health Service, S. 61–2; LINDSEY, Socialized Medicine, S. 152. Im Süden Englands kamen auf einen Arzt nur etwa 1500 Personen; dennoch konnten dort die Ärzte von den reicheren Patienten, die oftmals privat zahlten, gut leben. In Arbeitervierteln mußten dagegen manche Ärzte über 5000 Personen versorgen; vgl. auch PATER, Making, S. 167.

Als Familienärzte konnten die GPs vor 1948 nur in den wenigsten Fällen wirken. Die Krankenversicherung bezahlte im Gegensatz zu Deutschland nur die Behandlung der versicherten Arbeitnehmer; die Versicherungsleistungen erstreckten sich nicht auf Ehefrauen und Kinder. Sogenannte „bad risks", also z. B. Behinderte oder chronisch Kranke, hatten vor 1948 oftmals gar keinen Zugang zur Allgemeinpraxis des Arztes, auch nicht über die Hilfsvereine.[49] Dafür entwickelten sich parallel kommunale Gesundheitssysteme für Schwangere, Kinder und Tuberkulosekranke, auf die die niedergelassenen Allgemeinärzte wiederum keinen Einfluß hatten. Aus diesem Blickwinkel eröffnete die Einführung des NHS sicherlich vielen niedergelassenen Ärzten, insbesondere wenn sie ihre Praxis in ärmeren Gegenden unterhielten, neue Möglichkeiten in der Versorgung der Patienten, wie dies Richard Titmuss zusammengefaßt hat:

> No discussion of personal freedom in the field of medicine can be concluded without mention of the doctor's freedom to serve his patients according to their medical needs. The Act of 1946 greatly enlarged this freedom – particularly in respect to the treatment of women and children, the old, the disabled and chronically ill, and the middle-income groups in the community. No longer did the doctor have to ask himself whether the patient could afford this or that treatment; whether the patient could afford this drug or that special service.[50]

Dennoch stellte sich die Ärzteschaft zunächst entschieden gegen die Einführung des NHS und war in den folgenden Kämpfen einer der heftigsten Widersacher der Labour-Regierung, wie oben dargestellt.[51] Dabei spielte vor allem der organisatorische Zusammenschluß der Ärzte, die 1832 gegründete *British Medical Association* (BMA), die zunächst als professionelle Organisation gegründet worden war und später zunehmend die politischen Interessen der Ärzte gegenüber dem Staat vertrat, eine entscheidende Rolle. Ihr gehörten zu Beginn des Jahrhunderts etwa 50 Prozent der registrierten Ärzte an, der Anteil stieg in den 1950er Jahre auf über 70 Prozent.[52] Auch aufgrund des hohen Organisationsgrades trat die BMA als bedeutendste Repräsentantin der Ärzteschaft auf. Die Vereinigung war in lokale Unterorganisationen gegliedert, die ihre Vertreter zu einem jährlichen Gesamttreffen entsandten, und publizierte eine Fachzeitschrift, das *British Medical Journal*. Die wichtigsten Funktionen

---

49 TITMUSS, National Health Service, S. 173.

50 TITMUSS, National Health Service, S. 169–70.

51 Vgl. HONIGSBAUM, Health, S. 96–100. Allerdings gab es auch eine wichtige Gruppe unter den Ärzten, die Socialist Medical Association (SMA), die seit 1931 eine Unterorganisation der Labour Party war und in den 1930er und 1940er Jahren vehement für ein sozialistisches, öffentliches Gesundheitswesen kämpfte. Die SMA favorisierte die Einführung von Health Centres und opponierte gegen den von Bevan eingeschlagenen Kompromißkurs, der versuchte, die gesamte Ärzteschaft mit Zugeständnissen zur Teilnahme am neuen NHS zu bewegen; vgl. zur Geschichte der Socialist Medical Association, auf die in diesem Rahmen nicht eingegangen werden kann, ausführlich JOHN STEWART, Battle.

52 Vgl. zur Geschichte der British Medical Association GREY-TURNER und SUTHERLAND, History, Band 1 und 2; BARTRIP, Themselves Writ Large; vgl. auch ECKSTEIN, Pressure Politics, S. 45.

hatte das geschäftsführende *Executive Council* inne; zahlreiche Komitees engagierten sich in der Forschung. Die Verwaltung der Organisation hatte ihren Sitz in London.[53] Während die BMA im wesentlichen eine Vertreterin der Interessen der GPs war, hatten sich die Fachärzte stärker in den sogenannten *Royal Colleges* der einzelnen Fachrichtungen organisiert.[54]

In der Frage der allgemeinärztlichen Versorgung unter dem NHS kam es zu großen Auseinandersetzungen zwischen der BMA als Ärztevertretung und dem Gesundheitsministerium. Erstere fürchtete vor allem, daß die Ärzte nun ein Gehalt vom Staat beziehen sollten und bei den kommunalen Gesundheitsbehörden angestellt würden. Wie in Deutschland fühlten sich die niedergelassenen Ärzte jedoch als unabhängige Profession.[55] Im wesentlichen wollten die britischen Ärztevertreter folgende Prinzipien durchsetzen: keine bezahlte, angestellte Ärzteschaft, freie Arztwahl sowie freie Wahl zwischen privater Behandlung und Behandlung unter dem NHS, Niederlassungsfreiheit für Ärzte, freie Entscheidung der Ärzte für oder gegen eine Teilnahme am neuen Gesundheitssystem sowie eine adäquate Vertretung der Ärzteschaft in allen Verwaltungsorganen innerhalb des NHS.[56]

Schon 1920 war der *Dawson Report* mit seiner Untersuchung über die künftige Gestalt des britischen Gesundheitssystems zu der Überzeugung gekommen, daß die GPs in die Organisation der kommunalen Gesundheitszentren integriert werden sollten. Sogenannte *Primary Health Centres*, in denen die GPs, Schwestern, Fürsorgerinnen und technisches Personal arbeiteten, sollten sich in Zukunft um die gesamte Grundversorgung der Bevölkerung kümmern.[57] Diese Vorstellungen von *Health Centres* mit angestellten Ärzten und einer Organisation der Ärzte unter Lokalverwaltungen wurden zumindest teilweise in den Regierungsentwurf von 1944 für ein neues Gesundheitswesen aufgenommen, allerdings war weiterhin die Möglichkeit freier Praxis vorgesehen.[58] Die BMA opponierte vehement gegen die Vorschläge, obwohl es damals nach einer Umfrage unter den niedergelassenen Ärzten keine eindeutige Gegnerschaft gegen das Weißbuch der Regierung gab.[59] Eine Unterstellung der Ärzte unter die Lokalverwaltungen sowie die direkte Zahlung von Gehältern an die GPs sollte verhindert werden; statt dessen wurde für alle niedergelassenen Ärzte eine Vergütung nach Kopfpauschalen angestrebt. Die BMA favorisierte eine gemein-

---

53 GREY-TURNER und SUTHERLAND, History, Band 2, S. 2–12; ECKSTEIN, Health Services, S. 123.

54 ECKSTEIN, Pressure Groups, S. 50; ALBER, Großbritannien, S. 579.

55 GREY-TURNER und SUTHERLAND, History, Band 2, S. 46.

56 BARTRIP, Themselves Writ Large, S. 251; vgl. zur Haltung der Ärzte allgemein SMITH, Slide, zu den Strategien der BMA insgesamt ausführlich, ECKSTEIN, Pressure Groups.

57 Vgl. Dawson Report.

58 MINISTRY OF HEALTH, A National Health Service 1944, S. 30–4; vgl. auch ECKSTEIN, Health Service, S. 137–9.

59 BARTRIP, Themselves Writ Large, S. 242–3.

same Verwaltung des Arzt- und Krankenhauswesens unter den *Regional Hospital Boards*.[60]

Im *NHS Act* wurde dann 1946 ein neues Verwaltungsorgan für die *General Practitioners* geschaffen, die *Executive Councils*, um durch die Einbindung der niedergelassenen Ärzte in die Krankenhausverwaltung keine neuen Probleme zu schaffen. Hieraus resultierte die Dreiteilung des neuen NHS, aus der später zahlreiche Schwierigkeiten erwuchsen.[61] Die Vergütung nach Kopfpauschalen – also jährliche Beträge pro Patient – wurde den Ärzten letztlich zugestanden; das Ministerium verzichtete auf ein „basic salary".[62] Die *Health Centres* blieben als zu fördernde Einrichtungen der LHAs im Gesetz. Die kommunalen Gesundheitsbehörden konnten diese in alleiniger Trägerschaft ausschließlich für ihre eigenen Dienste betreiben oder aber in Zusammenarbeit mit den GPs. Praktikabel war allerdings nur eine Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten.[63] Doch auch nach der Verabschiedung des NHS-Gesetzes dauerten die heftigen Streitigkeiten um die Umsetzung des neuen Gesundheitssystems zwischen BMA und der Labour-Regierung, in erster Linie Gesundheitsminister Bevan, an. Letzten Endes widersetzten sich die Ärzte trotz verschiedener Streikandrohungen der Einführung des NHS im Juli 1948 aber nicht und schlossen sich dem neuen System an.[64]

Die Fachärzte, die in das Krankenhauswesen integriert wurden, akzeptierten die Vorgaben des neuen Gesundheitssystems, also Gehälter und Anstellungen in den Kliniken, im wesentlichen ohne größere Kämpfe. Für sie stellte das neue System eine größere finanzielle Sicherheit dar als ihre früheren Beschäftigungsmöglichkeiten; ihnen wurden aber auch hinsichtlich der Gehälter große Zugeständnisse gemacht, da ihre Mitarbeit für den Anspruch des neuen Gesundheitsdienstes, eine erstklassige Behandlung für alle zu bieten, essentiell war.[65] Die Fachärzte wurden zudem direkt von der regionalen Verwaltung der Krankenhäuser, den *Regional Hospital Boards* angestellt, nicht von den Verwaltungen der einzelnen Kliniken.

Unter dem neuen NHS wurden die Fachärzte in fünf Kategorien eingeteilt – an der Spitze die *Consultants*,[66] dann die *Senior Hospital Medical Officers*, *Senior*

---

60 PATER, Making, S. 167; HONIGSBAUM, Division, S. 301.

61 NHS Act 1946, Teil IV, General Medical and Dental Services; vgl. auch HONIGSBAUM, Division, S. 301. Zur Struktur des NHS siehe auch Diagramm 1, S. 53, sowie zu den großen Problemen, die die Dreiteilung schuf, insbesondere den Abschnitt über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, Kap. III, 4.4.

62 ECKSTEIN, Pressure Groups, S. 98–100; ECKSTEIN, Health Service, S. 197.

63 NHS Act 1946, Teil III, Abschnitt 21.

64 ECKSTEIN, Health Service, 161–3; BARTRIP, Themselves Writ Large, S. 256–8; WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 124.

65 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 305.

66 Im englischen Sprachgebrauch wird der Terminus *Consultant* im übrigen oft synonym für *Specialist*, also Facharzt im allgemeinen, verwendet, was nicht unbedingt zur begrifflichen Klarheit beiträgt.

Registrars, *Registrars* und *House Officers* – je nach Ausbildungsgrad und Alter abgestuft bezahlt. Für *Consultants* war es möglich, auch im Vergleich zu ihrem früheren Verdienst ein sehr respektables Einkommen zu erzielen. Weitverbreitet war damals die Ansicht, Bevan habe die Fachärzte, ohne die er den neuen Service nicht hätte aufbauen können, mit finanziellen Angeboten „gekauft".[67]

Im NHS unterstanden die GPs nun 138 *Executive Councils*. Die Mitglieder dieser Beiräte sollten ursprünglich ausschließlich vom Ministerium ernannt werden, aber bereits 1949 wurde der BMA in einer Änderung des *NHS Acts* zugestanden, neben anderen Gruppen selbst Mitglieder der *Executive Councils* zu benennen. Jedes *Council* hatte 25 Mitglieder, acht wurden von der jeweiligen Lokalbehörde, sieben von den niedergelassenen Ärzten, drei von den Zahnärzten, zwei von den Apothekern und fünf vom Ministerium bestimmt.[68]

Die GPs wurden von den *Executive Councils* je nach der Anzahl der Patienten, die sich in ihre Liste eingetragen hatten, bezahlt. Die Funktion dieser Gremien beschränkte sich auch in den folgenden Jahren auf organisatorische und koordinierende Aufgaben. Die Zahl der Patienten pro Arzt war zunächst auf 4000 begrenzt, dies führte zur Entstehung von riesigen Einzelpraxen. Die eigentlich von den Planern anvisierte Gründung von Gruppenpraxen wurde durch die Bezahlungsform nach Anzahl der Patienten eher behindert. 1952 senkte man die Höchstzahl der Patienten deswegen auf 3500 und führte Zuschläge für bis zu 1500 Patienten ein, um Großpraxen entgegenzusteuern. Zudem wurden Gruppenpraxen nun finanziell begünstigt.[69]

Eines der wichtigsten Ziele des NHS war die bessere Verteilung der Allgemeinärzte in ganz Großbritannien und die verbesserte Versorgung der Bevölkerung mit allgemeinmedizinischen Diensten.[70] Sogenannte *Medical Practices Committees* sollten daher die ärztliche Zulassung steuern. Sie hatten das Recht, bestimmte Regionen für Neuzulassungen zu sperren bzw. in anderen Gegenden auf die Einrichtung neuer Arztpraxen hinzuwirken.[71] Bei den Verhandlungen über den NHS war dies zunächst von der Ärzteschaft scharf bekämpft worden, da es ihre Niederlassungsfreiheit einschränkte. Während der 1950er Jahre versuchten die Ärzte dann allerdings, dieses System zu instrumentalisieren, indem sie durch Sperrung bestimmter Regionen die Konkurrenz eindämmten. So blieb auch Ende der 1950er Jahre die Anzahl der Patienten pro Arzt sehr hoch. Besonders in ländlichen Regionen versorgten die meisten GPs noch über 3000 Patienten.[72] Im Gegensatz zur Bundesrepublik Deutschland

---

67 ECKSTEIN, Health Service, S. 182–3.
68 ECKSTEIN, Health Service, S. 193; WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 348.
69 WEBSTER, Health Services, Band 2, S. 11; DERS., Health Services, Band 1, S. 349–50; TITMUSS, National Health Service, S. 156; ALBER, Großbritannien, S. 587.
70 LINDSEY, Socialized Medicine, S. 152.
71 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 354–5; vgl. auch TITMUSS, National Health Service, S. 162.
72 WEBSTER, Health Services, Band 2, S. 12.

blieb in Großbritannien die Arztdichte auch nach der Einführung des NHS relativ niedrig.[73]

Tabelle 3: Niedergelassene Ärzte (GPs) in Großbritannien[74]

Jahr	*1952*	*1954*	*1956*	*1958*	*1960*	*1962*	*1964*
Anzahl der niedergelassenen Ärzte	17298	18513	19180	19685	19928	20325	20246
Patienten pro Arzt	2431	2293	2272	2267	2287	2304	2362
Fachärzte[75]	10581	11152	11756	12060	12645	13446	14160

Obwohl die Gesundheitszentren eine prominente Rolle bei der Planung des NHS gespielt hatten, fand eine praktische Umsetzung der Pläne, in ihnen unter Mitarbeit der GPs *Primary Health Care* zu konzentrieren, zunächst kaum statt. Zum einen blockierte der Widerstand der Ärzteschaft oftmals die Einrichtung neuer Zentren; zum anderen verhinderte die Geldknappheit des NHS, dessen Hauptausgaben in den Krankenhausbereich flossen, den Ausbau neuer, moderner Zentren in größerem Ausmaß. Neue *Health Centres* entstanden – wenn überhaupt – in den 1950er Jahren fast nur im Rahmen neuer Siedlungsprojekte. Bis 1960 wurden lediglich zehn neue *Health Centres* in England und Wales eröffnet.[76] Das ganze Konzept hatte sich als Fehlschlag erwiesen, da auch in den wenigen bestehenden Zentren Rivalität zwischen den GPs sowie eine schlechte Zusammenarbeit zwischen den Diensten der LHAs und den Ärzten das Bild bestimmten. Dagegen wuchs in den 50er Jahren der Trend zu Gruppenpraxen mit mehreren GPs, da diese Form der Praxis seit 1952 finanziell begünstigt wurde. 1958 waren nur noch 32 Prozent der niedergelassenen Ärzte allein tätig. Diese Entwicklung wurde zunehmend als Ersatz für das gescheiterte Gesundheitszentren-Programm akzeptiert.[77]

Bei der Einführung des NHS konnten die Patienten zunächst ihren Arzt frei wählen, indem sie sich auf dessen Liste einschrieben, und ebenso auch wieder wechseln. Auf Druck der BMA wurden jedoch bereits 1950 bürokratische Hürden vor den Arztwechsel gelegt sowie eine schriftliche Zustimmung des behandelnden Arztes verlangt. Dies führte dazu, daß die Patienten kaum noch den Arzt wechselten.[78]

---

73 Vgl. ALBER, Großbritannien, S. 578.

74 Annual Abstract of Statistics 94 (1957), S. 60; 97 (1960), S. 55; 102 (1965), S. 54.

75 Im Annual Abstract of Statistics als Medical and Dental Staff der Hospital Services aufgeführt; Teilzeitbeschäftigte wurden nicht mitgezählt.

76 Zum Problem der Health Centres, WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 380–6; sowie SCOTT, Contribution.

77 WEBSTER, Health Services, Band 2, S. 12.

78 TITMUSS, National Health Service, S. 139.

Unter dem NHS wurde damit die Arbeit der GPs, auch *Family Doctors* genannt, zum eigentlich zentralen Element für die Versorgung der Bevölkerung. Aus Sicht des Gesundheitsministeriums war der niedergelassene Allgemeinarzt zum einen die erste Anlaufstelle der Kranken und begleitete den Patienten im Idealfall durchs ganze Leben, zum zweiten vermittelte er fachärztliche und klinische Behandlung, drittens konnte er am besten die Angebote der kommunalen Gesundheitsbehörden vermitteln und zuweisen.[79] Auch ein vom Gesundheitsminister eingesetztes Komitee unter Sir Henry Cohen, das den Zustand des Allgemeinärztlichen Dienstes unter dem neuen NHS und insbesondere die Bezahlung der GPs evaluieren sollte, betonte in seinem 1954 veröffentlichten Report die außerordentlich wichtige Rolle der niedergelassenen Allgemeinärzte im englischen Gesundheitssystem.[80]

Dennoch wies gerade dieser Bereich des NHS große Probleme auf. Am negativsten wirkte sich wohl die Trennung zwischen Allgemeinmedizin und Fachärzten aus. Während letztere sich durch ihre klinische Tätigkeit ständig weiterbilden konnten, waren die Allgemeinärzte im britischen System im wesentlichen isoliert. Eine Gruppe von GPs bemängelte, daß der Allgemeinarzt nur noch Patienten sortiere: die einen schicke er ins Krankenhaus, die anderen in Sprechstunden der lokalen Gesundheitsbehörden, den Rest stelle er mit einer Verschreibung zufrieden.[81] Viele Allgemeinärzte beklagten außerdem, daß ihr Status innerhalb der Profession stark gesunken sei, seit sie kaum noch mit den Krankenhäusern und Fachärzten in Verbindung stünden. Ihnen wurde auch die Betreuung eigener Patienten in Krankenhausstationen erschwert. Vor der Einführung des NHS hatten viele GPs Patienten in Kleinkrankenhäusern, sogenannten *Cottage Hospitals*, betreut oder dort selbst therapiert. Durch die Umorganisation des gesamten Krankenhauswesens wurden die kleinen, oft schlecht ausgestatteten *Cottage Hospitals* meist geschlossen und standen den GPs nicht mehr zu Verfügung.[82]

Das Verhältnis zwischen den Fachärzten und Ärzten verschlechterte sich zunehmend. Ein wichtiger Grund hierfür war auch die Auseinandersetzung um die Qualifikation für Geburtshilfe und Schwangerenbetreuung.[83] Allgemeinärzte sollten ursprünglich nur Geburtshilfe betreiben, wenn sie bestimmte Qualifikationen vorweisen konnten. Die BMA wehrte sich vehement gegen diese Vorschriften; letztlich konnten alle Allgemeinärzte Geburtshilfe praktizieren und wurden lediglich – je nach Qualifikation – unterschiedlich bezahlt. Dies erzeugte auf Seiten der Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe, die den Standard in ihrem Fach sinken sahen, großen Ärger. Der Präsident des *Royal College*

---

79 MINISTRY OF HEALTH, Field of Work of the Family Doctor, S. 9.
80 Vgl. Cohen Report.
81 WEBSTER, Health Services, Band 2, S. 15.
82 HONIGSBAUM, Division, S. 302; vgl. auch LINDSEY, Socialized Medicine, S. 125.
83 Hierauf wird im Kapitel über Säuglings- und Schwangerenvorsorge noch ausführlich eingegangen; vgl. unten, Kap. III, 4.4.

of Obstetricians bezeichnete die *General Practitioners* in diesem Zusammenhang als „absolute shame" und „a misuse of the word obstetrician".[84]

Der Mangel an Aufstiegsmöglichkeiten und Fortbildung ebenso wie die wenigen Gelegenheiten zur Zusammenarbeit mit Spezialisten führte bei vielen GPs zu Unzufriedenheit und geringem Engagement.[85] Verschiedene Untersuchungen, insbesondere der vielbeachtete Artikel eines australischen Beobachters, J.S. Collings, kritisierten den Zustand der allgemeinärztlichen Praxis vehement. Insbesondere in Industrieregionen sei der Standard der medizinischen Versorgung indiskutabel.[86] Charles Webster beschreibt den durchschnittlichen Tagesablauf eines niedergelassenen Arztes in einer Industrieregion folgendermaßen:

> A conscientious single-handed practitioner working from a converted workman's cottage in an industrial town conducted between 40 and 55 consultations each day. On a busy day he saw 42 patients in three hours. In addition he made 25 domiciliary visits each day and gave out 50 certificates each week. His holidays comprised one half-day each week, plus an annual summer break. Apart from abandonment of direct billing of non-insured patients, and some change in prescribing habits, this routine was little different from experience recorded in similar places during the depression.[87]

Ein weiteres Problem blieb die Bezahlung der niedergelassenen Ärzte. Nachdem diese nun im wesentlichen über Kopfpauschalen vergütet wurden, wie von der Ärzteschaft gefordert, kämpfte die BMA als deren Vertreterin ständig um eine Erhöhung dieser Beträge. Die den Vergütungspauschalen zugrunde liegenden Berechnungen des Ministeriums beruhten auf den Ergebnissen des sogenannten *Spens Committee*, das 1946 entsprechende Vorschläge gemacht hatte und dessen Bericht neben dem Ministerium im Grunde auch die Ärztevertreter zugestimmt hatten.[88] In der praktischen Umsetzung und bei der Anpassung der Beträge an gestiegene Lebenskosten und Inflation gingen die Meinungen jedoch weit auseinander. Dies führte bereits 1949/1950 zu heftigen Auseinandersetzungen zwischen der BMA und dem Ministerium. Sogar ein Streik bzw. Austritt der Ärzte aus dem NHS wurde angedroht, was aber bereits im Vorfeld an der Uneinigkeit im Lager der Ärzte scheiterte, die keineswegs alle von einem solchen Vorgehen überzeugt waren. Den Ansprüchen der Ärzte stand die angespannte Finanzlage der Regierung entgegen, die die Ausgaben in diesem Bereich des Gesundheitswesens kaum steigern konnte und wollte. Schließlich wurde der Streit durch den Schiedsspruch eines unabhängigen Gremiums entschieden, der den Ärzten schließlich doch eine erhebliche Erhöhung ihrer Vergütung brachte.[89] Da das Ministerium versäumte, die Bezüge auch in den folgenden Jahren den steigenden Preisen anzupassen, kam es 1956/1957 abermals

---

84 HONIGSBAUM, Division, S. 303; Präsident war 1943–47 Sir Eardley Holland.
85 GREY-TURNER und SUTHERLAND, History, S. 130–2.
86 Vgl. WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 356.
87 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 357.
88 Spens Report; vgl. auch ECKSTEIN, Health Service, S. 197.
89 ECKSTEIN, Pressure Groups, S. 135–47; LINDSEY, Socialized Medicine, S. 127–9.

zu einem heftigen Konflikt. Die Ärzte drohten erneut mit Streik und forderten eine 24-prozentige Erhöhung ihrer Vergütung. Diese Auseinandersetzung führte ein weiteres Mal zur Einsetzung einer Kommission (*Pilkington Committee*), die die Vergütung der Ärzte und Zahnärzte untersuchte und 1960 schließlich eine Anhebung der Bezüge und Veränderungen im Zahlungsmodus empfahl. Gleichzeitig wurde nun ein ständiger Ausschuß eingerichtet, der die Bezahlung der Ärzte laufend den steigenden Kosten anpassen und eine angemessene Bezahlung garantieren sollte.[90] Das System, die Ärzte aus einem Pool, in den die Kopfpauschalen der Patienten einbezahlt wurden, insgesamt zu vergüten, bestand dennoch im wesentlichen bis 1966 fort, wobei die Bezahlung der Ärzte und die Modalitäten ihrer Vergütung ein steter Streitpunkt zwischen Ärzteschaft und Gesundheitsministerium blieben.[91] Im Gegensatz zur Bundesrepublik Deutschland konnten die niedergelassenen Ärzte in Großbritannien nicht von einem starken Einkommensanstieg profitieren.

Anfang der 1960er Jahre wurde auch die allgemeinärztliche Versorgung – wie die anderen Zweige des NHS – evaluiert und ein Programm für die nächsten 10 bis 15 Jahre entwickelt.[92] Gefordert wurde vor allem, die Isolierung der GPs von den anderen Bereichen der Medizin aufzubrechen:

> It is generally agreed that the separation which has developed between general practice and the hospital service is undesirable. It has led to isolation of family doctors from medical work inside hospitals.[93]

Durch bessere Möglichkeiten zur Weiterbildung für GPs, eine stärkere Förderung von Gruppenpraxen sowie eine bessere wissenschaftliche Aufarbeitung des Feldes der Allgemeinmedizin sollte der Isolierung abgeholfen werden. Außerdem wollte man endlich auch die Trennung zwischen den Angeboten der lokalen Gesundheitsbehörden und der GPs aufheben, indem die niedergelassenen Ärzte stärker in den Gesundheitszentren der Kommunen mitarbeiten sollten.[94] Mitte der 1960er Jahre wurde mit dem verstärkten Bau dieser Zentren die Allgemeinmedizin ansatzweise umstrukturiert und mit zusätzlichen Ausbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten der Beruf des Allgemeinmediziners etwas attraktiver gestaltet.[95] Dennoch mißlang es letztlich unter dem NHS, die Allgemeinärzte in ein sinnvolles, funktionierendes Konzept einer *Community Care* zu integrieren.

---

90 LINDSEY, Socialized Medicine, S. 140–51; WEBSTER, Health Services, Band 2, S. 158–62.

91 WEBSTER, Health Services, Band 2, S. 162–5; ALBER, Großbritannien, S. 589–90. Durch die Family Doctor Charter von 1966 wurde das Bezugssystem auf eine neue Grundlage gestellt: Die Kopfpauschalen machten nurmehr etwas weniger als die Hälfte der Einkünfte eines GPs aus, der Rest setzte sich aus verschiedenen Vergütungen und Zulagen je nach Aufwand der Praxis zusammen.

92 MINISTRY OF HEALTH, Field of Work of the Family Doctor; vgl. auch GREY-TURNER und SUTHERLAND, History, S. 130.

93 MINISTRY OF HEALTH, Field of Work of the Family Doctor, S. 40.

94 MINISTRY OF HEALTH, Field of Work of the Family Doctor, S. 39–40, 57.

95 JOHN ROBSON, Großbritannien, S. 121.

4 Das Krankenhauswesen

4.1 Bundesrepublik Deutschland – dezentrale Organisation und Kostenexplosion

Das bundesdeutsche Krankenhauswesen war – im Gegensatz zu Großbritannien, wo seit 1948 alle Krankenhäuser dem staatlichen NHS unterstanden – durch eine Vielzahl von Organisationsformen und Betreibern geprägt.[1] Ein großer Teil der Krankenhäuser wurde von der öffentlichen Hand, insbesondere den Kommunen, betrieben. Die städtischen Hospitäler hatten ihre Wurzeln in der Armenpflege; sie waren in vielen Städten seit der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert stark ausgebaut und zu kommunalen Krankenhäusern für alle Bürger entwickelt worden.[2] Dazu kamen die freigemeinnützigen Krankenhäuser, meist Einrichtungen kirchlicher Träger oder verschiedener Wohlfahrtsverbände, die ebenfalls auf eine lange Tradition zurückblicken konnten. Diese Kliniken waren privatrechtlich organisiert, wirtschafteten nach dem Kostendeckungsprinzip und erlangten so den Status der Gemeinnützigkeit.[3] Schließlich gab es noch Privatkliniken, die rein gewinnorientiert arbeiteten, ihre Vorläufer in Sanatorien und privat betriebenen Kurkliniken hatten und auch in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg verstärkt das Feld von Kur- und Rehabilitationseinrichtungen abdeckten.[4]

Ein weiteres wichtiges Kennzeichen des bundesdeutschen Klinikwesens bestand darin, daß die stationäre Versorgung der Kranken in Deutschland schon in der Zeit der Weimarer Republik von der ambulanten grundsätzlich getrennt worden war.[5] Bereits 1931 war der Sicherstellungsauftrag für ambulante Versorgung von den Krankenkassen auf die kassenärztlichen Vereinigungen übergegangen. Zuvor hatten die Kassen auch direkt mit Krankenhäusern Verträge über die ambulante Behandlung von Patienten abschließen können. Die Hospitäler hielten jedoch zum Teil an ihrer früheren Praxis fest, insbesondere als nach 1945 die Rechtslage relativ unklar war, und rechneten ihre ambulanten Leistungen direkt mit den Krankenkassen ab.[6] Im Kassenarztgesetz von 1955 wurden die beiden Sektoren dann endgültig getrennt, und der ambulante Bereich ging gänzlich an die Kassenärzte über.[7] Ein weiteres Charakteristikum des deutschen Systems war, daß die bei den gesetzlichen Krankenkassen versicherten Patienten zur stationären Behandlung von einem Kassenarzt eingewiesen wer-

---

1 Deppe, Bundesrepublik, S. 38–9; Kühn, Entwicklungsbedingungen, S. 121.
2 Vgl. Labisch, Stadt und Krankenhaus; Labisch und Spree, Kommunalisierung.
3 Vgl. Labisch und Tennstedt, Allgemeine Krankenhäuser; Kühn, Entwicklungsbedingungen, S. 128.
4 Vgl. Shorter, Heilanstalten; zu der Struktur des bundesdeutschen Krankenhaussektors auch Jung, Political Values, S. 294–7.
5 Light, Values, S. 625.
6 Rosewitz und Webber, Reformversuche, S. 36–40, 90.
7 BGBl. I 1955, S. 513.

den mußten, also nicht selbst über eine solche Therapie entscheiden konnten. Nur im Notfall oder als Privatpatient bestand direkter Zugang zur Krankenhausbehandlung.[8]

Die Interessenverbände der Krankenhausträger erreichten im Gegensatz zu den Standesorganisationen der Ärzte im bundesdeutschen Gesundheitssystem nur eine geringe Machtstellung, was vor allem in ihrer heterogenen Zusammensetzung begründet war. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden im Bereich der Krankenhäuser zunächst Arbeitsgemeinschaften der Träger auf Landesebene gegründet, so in Bayern im Jahr 1947, woraus 1950 die bayerische Krankenhausgesellschaft hervorging.[9] Auf Bundesebene entstand 1949 die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der zum einen die kommunalen Spitzenverbände, die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege sowie der Verband deutscher Privatkrankenanstalten angehörten.[10] Die Interessen der verschiedenen Träger (Gemeinden, Stiftungen, Wohlfahrtsverbände, private Krankenanstalten) waren jedoch in vielen Fragen sehr unterschiedlich gelagert, so daß sich die Krankenhausgesellschaft oftmals in einer schwierigen Verhandlungsposition befand.[11] Zudem war der Verband nicht weisungskompetent gegenüber einzelnen Krankenhäusern oder Trägern.

Nach dem Zweiten Weltkrieg standen die Krankenhäuser vor großen Problemen. Durch den Krieg waren viele Anstalten völlig zerstört, mußten wiederaufgebaut und neu ausgestattet werden. Für die Krankenhausträger bedeutete dies einen enormen finanziellen Aufwand. Die Finanzierung der Krankenhäuser beruhte weiterhin in erster Linie auf der Bezahlung ihrer Leistungen durch die Pflegesätze (pauschale Kostenerstattung für Krankenhausbehandlung) der gesetzlichen Krankenversicherung. Nachdem diese seit Mitte der 1930er Jahre nicht mehr hatten angehoben werden dürfen, wurden sie 1948 einige Monate freigegeben. Doch bereits 1949 wurde wieder eine strenge Preisbindung für die von den Krankenhausträgern mit den Kassen ausgehandelten Pflegesätze eingeführt.[12] Dabei rechnete das Krankenhaus pauschal pro Tag

---

8 DEPPE, Bundesrepublik, S. 38–41; ALBER, Gesundheitswesen, S. 110–1. In Notfällen oder zu Zeiten, wo die Arztpraxen geschlossen waren, konnten (und können) Patienten direkt die Ambulanzen der Krankenhäuser aufsuchen.

9 Ihr gehörten der bayerische Städteverband, der Landkreisverband Bayern, der Verband der Landgemeinden Bayerns, die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Bayern, die Arbeitsgemeinschaft der Privatkrankenanstalten, die Bezirksverbände und der bayerische Staat – vertreten durch das Kultusministerium – an. Vgl. BayHStA, StK 113681, Arbeitsgemeinschaft für das Krankenhauswesen in Bayern an bayerische Staatskanzlei vom 30. 10. 1950.

10 Zu den kommunalen Spitzenverbänden gehörten der Deutsche Städtetag, der Deutsche Städte- und Gemeindebund, der Deutsche Landkreistag, der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und die Landesverbände der Krankenhausgesellschaft. BAK, B 142/876, Deutsche Krankenhausgesellschaft an Bundesminister des Innern, 10. 9. 1957; vgl. auch ALBER, Gesundheitswesen, S. 79–80.

11 WANEK, Machtverteilung, Struktur, S. 146–8.

12 BUURMANN, Gesundheitspolitik, S. 54–5; W. ADAM, Aufgaben, S. 59–60; FRERICH und

und Patient ab. Allerdings konnten durch die beschränkte Pflegesatzhöhe die in den Krankenhäusern tatsächlich entstandenen Kosten nicht gedeckt werden. Anfang der 1950er Jahre finanzierten die Pflegesätze nur ca. 60 Prozent der laufenden Betriebskosten. Daher mußten die Träger der Krankenhäuser vermehrt Mittel zuschießen und versuchten ständig, auf eine Anhebung der Pflegesätze hinzuarbeiten. Eine deutliche Erhöhung der Tagessätze hätte jedoch für die in den 1950er Jahren ebenfalls finanziell bedrängten gesetzlichen Krankenkassen zu einer Einschränkung der anderen Leistungen führen müssen. Daher lehnten die Kassen entsprechende Vorschläge immer wieder entschieden ab und forderten vielmehr eine stärkere Beteiligung der öffentlichen Hand.[13]

In der bundesdeutschen Gesundheitsverwaltung sah man aber kaum eine andere Möglichkeit als die Notlage der Krankenhäuser durch höhere Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherer zu lindern.

> Die wirtschaftliche Not der Krankenhäuser habe letzten Endes ihren tieferen Grund in den Schwierigkeiten, unter denen unsere noch nicht wieder gesundete Sozialversicherung leidet,

hieß es 1952 im Protokoll einer Sitzung der leitenden Medizinalbeamten.[14] Die Neuregelung der Krankenhausfinanzierung in der Bundespflegesatzverordnung von 1954 bestätigte daher ausdrücklich, daß die Krankenkassen nicht verpflichtet waren, kostendeckende Sätze an die Krankenhäuser zu zahlen. Die Pflegesätze sollten sich zwar an den tatsächlichen Kosten orientieren, wurden jedoch durch festgelegte Abzüge gleichzeitig deutlich herabgesetzt.[15] Bis Anfang der siebziger Jahre bestand die fehlende Kostendeckung fort, ebenso wie die finanzielle Notlage der Krankenanstalten.[16]

Aufgrund dieser Probleme mußten die Träger der Krankenhäuser vermehrt Mittel zuschießen. Leider sind zuverlässige Überblickszahlen über Leistungen der Träger, Zuschüsse der Gemeinden, der Länder und des Bundes kaum zu erhalten, da die meisten Krankenhäuser auf Gemeindeebene verwaltet wurden und die Zuschüsse von Kommune zu Kommune ganz unterschiedlich gehandhabt wurden. Einige wenige Angaben lassen sich dennoch machen:

FREY, Handbuch, S. 74; WASEM et al., Westliche Besatzungszonen, S. 499; vgl. als Einzelstudie auch BERGER, Kosten, S. 300.

13 MÜLLER und SIMON, Steuerungsprobleme, S. 329; vgl. zu der grundsätzlichen Haltung der Kassen, die auch darin begründet war, daß sie gegen die anderen Akteure des Gesundheitswesens noch weniger kostenreduzierende Mittel in der Hand hatten, KÜHN, Entwicklungsbedingungen, S. 249.

14 BAK, B 142/703, Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten am 29./30. 4. 1952 in Bad Pyrmont; vgl. auch BayHStA, StK 113681, bayerisches Staatsministerium des Innern an Bundesinnenminister Hoegner, 17. 8. 1951.

15 MÜLLER und SIMON, Steuerungsprobleme, S. 329–30.

16 Das Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes von 1972 verpflichtete die Krankenkassen dazu, kostendeckende Pflegesätze zu zahlen; BGBl. 1972 I, S. 1009–17: Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 29. 6. 1972; vgl. auch WANEK, Machtverteilung, Struktur, S. 146.

Bundesweit wurden für 1955 etwa 200 Millionen DM reine Bauinvestitionen der Gemeinden für den Krankenhausbereich errechnet. Gegenüber den Ausgaben der Kommunen waren die Zuschüsse der Länder für diesen Bereich in den 1950er Jahren gering. 1955 beliefen sich die Zuschüsse der Länder für die Gemeinden im Krankenhauswesen in der ganzen Bundesrepublik auf etwa 30 Millionen DM.[17] In den 1960er Jahren stiegen bundesweit die Ausgaben der Kommunen wie auch die staatlichen Zuschüsse für die öffentlichen Krankenhäuser erheblich: Insgesamt stiegen diese von 2800 Millionen 1962 auf 4600 Millionen im Jahr 1967. Der Hauptteil der Ausgaben (um die 70 Prozent) fiel auf die laufenden Kosten. Aber auch die Bautätigkeit der Gemeinden verstärkte sich seit Beginn der 1960er Jahre. Die Ausgaben in diesem Bereich verdoppelten sich von 1961 bis 1965.[18] Über die Investitionen und Ausgaben der freigemeinnützigen Träger lassen sich kaum genaue Aussagen treffen. Die Darlehen der Gemeinden und der Länder stiegen aber auch bei diesen Körperschaften in den 1960er Jahren stark an. Hier spielten die staatliche Darlehen und Zuschüsse eine wichtigere Rolle, Investitionen der Gemeinden waren im Verhältnis dazu geringer.

Als Beispiel seien hier noch einige Zahlen über die Entwicklung der kommunalen Zuschüsse zum Krankenhauswesen in Bayern angeführt.

Tabelle 4: Ausgaben der Gemeinden in Bayern für Gesundheitswesen und Krankenhausbau (in Millionen DM)[19]

Jahr	*1950*	*1956*	*1959*	*1962*	*1967*	*1971*
Ausgaben für das Gesundheitswesen insgesamt	122	305	444	630	1011	1322
Ausgaben für das Krankenhauswesen (mit Personalausgaben)	–	218	328	466	779	1060
davon Investitionen (Bauinvestitionen, Neuanschaffungen von beweglichem Vermögen, Grunderwerb)	–	44	68	110	200	194

17 TETZLAFF, Krankenanstalten, S. 211. Dies entspricht in etwa den Zahlen aus der bayerischen Staatskanzlei: 1954 erhielt die bayerische Krankenhausgesellschaft beispielsweise lediglich eine Million DM für Investitionen im Krankenhausbereich, 1956 nochmals denselben Betrag; vgl. BayHStA, StK 113683, Landesgesundheitsrat an Ministerpräsident Hoegner vom 18. 7. 1955.

18 Vgl. hierzu und zum folgenden Staatliche und kommunale Ausgaben, S. 389.

19 Zusammengestellt nach: Statistisches Jahrbuch für Bayern 24 (1952), S. 332; 26 (1958), S. 266; 27 (1961), S. 258; 28 (1964), S. 293; 29 (1969), S. 298–299; 1972 (ohne Bandzählung), S. 310–311. Da die Ausgaben im „Gesundheitswesen" in jedem Statistischen Jahrbuch vollkommen unterschiedlich zusammengefaßt werden, kann diese Tabelle lediglich eine Tendenz zeigen. Die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen wurden 1950 definiert als Gesundheitswesen und Jugendpflege, 1956 nur Gesundheitswesen, 1959 Gesundheitswesen und Jugendhilfe, 1962 Gesundheitspflege, 1967 Gesundheitswesen, Sport und Leibesübun-

Die Investitionen der bayerischen Kommunen in das Krankenhauswesen (für Bauten und für neuen Grunderwerb) stiegen von 44 Millionen DM im Jahr 1956 auf 110 Millionen DM 1962 bzw. 200 Millionen im Jahr 1967. Auch hier bestätigt sich der bundesweite Trend, daß die Ausgaben der Kommunen für das Gesundheitswesen, und insbesondere für den Krankenhausbau, sich im Laufe der fünfziger Jahre bereits langsam erhöhten, um dann in den 1960er Jahren stark anzuwachsen.

Trotz erheblicher und wachsender Zuschüsse von Seiten der Träger baute sich im deutschen Krankenhauswesen während der 1950er und 1960er Jahre ein großes Defizit auf, das sich Ende der 1960er Jahre jährlich auf ca. eine Milliarde DM belief.[20] Die Probleme blieben bestehen: Einerseits bekamen die Krankenhäuser bei Investitionen in Bauten und technische Ausrüstung keine kostendeckenden Zuschüsse von Kommunen und Ländern; die Höhe der Zuschüsse variierte vielmehr stark nach deren finanzieller Lage. Andererseits mußten die Krankenkassen den Krankenhäusern nach wie vor keine kostendeckenden Pflegesätze zahlen, so daß auch bei den Betriebskosten Defizite entstanden.

Die Debatte über kostendeckende Pflegesätze dauerte während der 1950er und 1960er Jahre an.[21] Auch Initiativen einiger Krankenhausträger, mit den Kassen über ein Einzelabrechnungssystem zu einer Steigerung der dringend benötigten Einnahmen zu kommen, blieben ohne Erfolg, da die Kassen vor allem die Verwaltungsmehrkosten fürchteten.[22] Bei den Verhandlungen zwischen Krankenhausträgern und Kassen war der Einfluß der Politik gering, obwohl auf Länderebene immer wieder versucht wurde zu vermitteln.[23] Eine bundesweit geregelte Bedarfsplanung des Krankenhauswesens gab es in den 1950er und 1960er Jahren nicht.[24] Dies lag vor allem an rechtlichen Problemen: Die Bundesregierung hatte nach dem Grundgesetz keine Kompetenzen, um in die Krankenhausplanung einzugreifen. Lediglich eine ausreichende Zahl an Betten für übertragbare Krankheiten waren zu sichern bzw. Infektionsabteilungen einzurichten.[25]

Aber auch auf Länderebene waren die Zuständigkeiten nicht eindeutig gere-

---

gen, 1971 Gesundheitswesen. Demgemäß können die Zahlen nur als grobe Richtwerte dienen.

20 Bundesministerium für Gesundheitswesen: Bericht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten 1969, BT-DS V/4230; W. ADAM, Aufgaben, S. 61; vgl. auch WANEK, Machtverteilung, Struktur, S. 146.

21 ROSEWITZ und WEBBER, Reformversuche, S. 172–8.

22 BayHStA, MArb 2981, Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Krankenkassenverbände an das bayerische Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge vom 17. 2. 1953.

23 Z.B. das bayerische Wirtschaftsministerium, das zumindest eine gleichmäßige Behandlung sämtlicher Krankenhäuser forderte; BayHStA, StK 113681, Rundschreiben des bayerischen Staatsministeriums für Wirtschaft und Verkehr vom 30. 9. 1953.

24 MÜLLER und SIMON, Steuerungsprobleme, S. 331–2.

25 BAK, B 142/875, Bundesinnnenministerium, Referat IV 3 an Referat VbI, 14. 1. 1954; B 142/704, Sitzung der Arbeitsgemeinschaft für Medizinalbeamte am 18.–20. 3. 1954, Bericht über die Notlage der Krankenanstalten.

gelt. Man bemühte sich zwar in den einzelnen Bundesländern, Zuschüsse an gewisse Auflagen zu binden. 1951 schlug das bayerische Innenministerium zum Beispiel vor, eine Reihe kleiner und kleinster Krankenhäuser, die ihre Kostenträger stark belasteten, in Altersheime, Kinderkrippen oder Kindergärten umzuwandeln und statt dessen zentral gelegene Krankenhäuser für mehrere Landkreise zu errichten, die dann die Kranken auch nach den „Erkenntnissen der modernen Medizin" behandeln könnten.[26] Allerdings standen Maßnahmen der Länderregierungen im Krankenhausbereich vor der Schwierigkeit, daß Planungen zur Errichtung oder Erweiterung von Krankenhäusern mit dem Selbstverwaltungsrecht der Gemeinden und Kreise kollidierten.[27] Die Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten wies 1954 darauf hin, daß die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Krankenhauswesens unzureichend seien:

> Die Arbeitsgemeinschaft hält eine verbindliche Regelung der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenanstalten für erforderlich. […] Die bestehenden gesetzlichen Verpflichtungen reichen in den meisten Ländern zu einer Regelung des Krankenhauswesens nicht mehr aus. Nach geltendem Recht ist die öffentliche Hand nur in wenigen Sonderfällen zur Bereitstellung von Krankenhausbetten verpflichtet.[28]

Daher forderte man eine gesetzliche Neuregelung des Krankenhauswesens mit folgenden verbindlichen Regelungen:

> a) Festsetzung der Pflegesätze nach Leistung der Krankenhäuser
> b) Zuschüsse aus öffentlicher Hand für den laufenden Betrieb, Nachholbedarf und Neubau von Krankenhäusern
> c) Festlegung einer Vorhaltepflicht für allgemeine Krankenhausbetten durch die öffentliche Hand entsprechend der Bevölkerungsdichte und -struktur.[29]

Umfassende Krankenhausplanungs- und -finanzierungsgesetze auf Länderebene entstanden jedoch nicht.[30] Von den Ländern wurde dies nicht als notwendig erachtet. Ihre Tätigkeit beschränkte sich in den 1950er Jahren vielmehr auf die Gewährung von Zuschüssen und Hilfestellungen. Es bestand keine Absicht, in die Zuständigkeiten und die Verantwortung der Träger der Krankenhäuser einzugreifen. Die Länder sollten sich darauf beschränken, die kommunalen Selbstverwaltungskörperschaften zu unterstützen; so äußerte sich zumindest der niedersächsische Sozialminister Rudolph 1958. Die Leistungen des Bundes im Krankenhauswesen beliefen sich im wesentlichen auf zeitlich be-

---

26 BayHStA, StK 113681, bayerisches Staatsministerium des Innern an Bundesinnenminister Hoegner vom 17. 8. 1951.

27 BayHStA, StK 113683, bayerisches Staatsministerium des Innern an den Bayerischen Landtag vom 9. 1. 1952.

28 BAK, B 142/704 1), Sitzung der Arbeitsgemeinschaft für Medizinalbeamte am 18.–20. 3. 1954, Bericht über die Notlage der Krankenanstalten.

29 BAK, B 142/704 1), Sitzung der Arbeitsgemeinschaft für Medizinalbeamte am 18.–20. 3. 1954, Bericht über die Notlage der Krankenanstalten.

30 In Bayern wurde beispielsweise ein Krankenhausplanungs- und -finanzierungsgesetz immer wieder von der SPD gefordert. Entsprechende Pläne scheiterten jedoch wiederholt. Vgl. Archiv des Bayerischen Landtags, Protokoll der 70. Sitzung des Ausschusses für Sozial- und Gesundheitspolitik am 29. 6. 1966.

grenzte Investitionszuschüsse, die hauptsächlich zur Deckung des kriegsbedingten Nachholbedarfs dienen sollten.[31]

Auch in den 1960er Jahren versuchten die Länder weiterhin, durch gezielte Zuschüsse die Lage der Krankenanstalten zu verbessern. In Bayern wurde beispielsweise ein Krankenhausplan erarbeitet, den die Landesregierung 1965 vorstellte; da er jedoch nicht mit einem Finanzierungsgesetz verbunden war, blieben die finanziellen Verpflichtungen des Freistaats weiterhin unklar.[32] In Niedersachsen wurden Zweckverbände gebildet, die die Krankenhausfinanzierung zwischen Trägern und Land besser abstimmen sollten.[33] Verschiedene Reformversuche auf Bundesebene, so auch eine Neufassung der Bundespflegesatzverordnung im Zusammenhang mit dem Krankenversicherungsneuregelungsgesetz, scheiterten dagegen.

Eine neue Grundlage erhielt die Krankenhausfinanzierung erst durch das Bundesgesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser von 1972, das auch die Krankenhauspflegesätze neu regelte.[34] Erst durch eine Grundgesetzänderung von 1969 war ein Eingreifen des Bundes in das Krankenhauswesen möglich geworden.[35] Bund und Länder mußten nun gemeinsam für alle Investitionskosten aufkommen, die Krankenkassen waren verpflichtet, kostendeckende Pflegesätze zu zahlen (duales Finanzierungssystem). Das Gesetz legte zudem fest, daß jedes Bundesland einen Krankenhausbedarfsplan zu erstellen hatte, der als Grundlage für die Verteilung von Bundes- und Landeszuschüssen bzw. Darlehen dienen sollte. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz ermöglichte einerseits den Krankenanstalten, ihre enormen finanziellen Defizite ab-

---

31 BAK, B 142/707, Niederschrift der 1. Sitzung des Arbeitsausschusses der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren zur Überprüfung der Gesundheitsgesetzgebung, 10.–11. 9. 1958.

32 Vgl. zum Krankenhausplan in Bayern Gesundheitsprogramm 1974, S. 180. Der 1965 vorgelegte Krankenhausplan wurde von den Sozialdemokraten heftig kritisiert. Die SPD-Abgeordnete Hedwig Westphal wies in einer Sitzung des Sozialausschusses insbesondere darauf hin, daß in vielen Großstädten in Bayern die Kliniken überlastet seien, da man sie mit Patienten von außerhalb belegt habe. Dies sei wiederum darauf zurückzuführen, daß in den letzten Jahren in manchen Kreisstädten Stadt- und Kreiskrankenhäuser nebeneinander gebaut worden seien, beide mit verhältnismäßig geringer Bettenzahl und ohne die notwendige moderne Einrichtung. Vgl. Archiv des Bayerischen Landtags, Protokoll der 70. Sitzung des Ausschusses für Sozial- und Gesundheitspolitik am 29. 6. 1966.

33 BAK, B 142/707, Niederschrift der 1. Sitzung des Arbeitsausschusses der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren zur Überprüfung der Gesundheitsgesetzgebung, 10.–11. 9. 1958.

34 Vgl. BGBl. 1972 I, S. 1009–17: Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 29. 6. 1972. Vgl. zur Interpretation des Gesetzes Gesundheitspolitik (I), S. 60–1; vgl. zur Bedeutung des Gesetzes auch JUNG, Political Values, S. 297–8.

35 Damit wurde der Bund ermächtigt, Gesetze zur wirtschaftlichen Sicherung und zur Regelung der Pflege zu erlassen; MÜLLER und SIMON, Steuerungsprobleme, S. 333; KÜHN, Entwicklungsbedingungen, S. 352–3, bezeichnet die Grundgesetzänderung als „politischen Durchbruch".

zubauen, führte aber andererseits in den nächsten Jahren schnell zu einer Kostenexplosion im Krankenhaussektor.[36]

Die Anzahl der Krankenbetten stieg trotz der finanziellen Engpässe der 1950er und 1960er Jahre in der Bundesrepublik deutlich an und entsprach damit in etwa dem Bevölkerungswachstum; die Zahl der Krankenbetten pro 10000 Einwohner schwankte nur leicht. Gleichzeitig verringerte sich die durchschnittliche Verweildauer der Kranken, von 36,2 Tagen im Jahr 1938 auf 29,1 Tage 1957 und 28,2 Tage 1961.[37]

Die verschiedenen Krankenhausträger – die öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten – betrieben dabei meist unterschiedliche Klinikformen. Während große, sogenannte Akut-Krankenhäuser vorwiegend von öffentlichen und freigemeinnützigen Betreibern unterhalten wurden, konzentrierten sich die privaten Träger auf den Bereich der sogenannten Sonderkrankenhäuser, die Rehabilitation oder Kuren für chronisch Kranke anboten. Bereits in den 1950er Jahren begann die Zahl der privaten Krankenanstalten zu wachsen, während die Zahl der öffentlich betriebenen leicht absank.[38] Deutlich wird aus der folgenden Übersicht zudem, daß es sich bei den privaten Betrieben meist um kleine Einrichtungen handelte, während die öffentlichen Krankenhäuser im wesentlichen Großkliniken waren und meist noch expandierten.

Tabelle 5: Krankenanstalten in der Bundesrepublik Deutschland (ohne West-Berlin) nach Trägern[39]

Jahr	Krankenanstalten insgesamt			Öffentliche Krankenanstalten		Freigemeinnützige Krankenanstalten		Private Krankenanstalten	
	Anstalten	Planmäßige Betten	Betten auf 10000 Einwohner	Anstalten	Planmäßige Betten	Anstalten	Planmäßige Betten	Anstalten	Planmäßige Betten
1953	3306	513104	104	1402	291849	1241	193480	663	27775
1955	3397	539250	105	1367	300932	1294	207547	736	30771
1957	3405	553725	105	1349	306647	1260	212138	796	34940
1959	3461	567266	107	1357	313944	1252	215225	852	38097
1961	3476	564061	104	1351	313832	1245	209176	880	41053

[36] WANEK, Machtverteilung, Struktur, S. 146–50; vgl. zur Planung und Organisation des Krankenhauswesens nach dem Gesetz von 1972 ausführlich FRANCKE, Rechtsfragen; vgl. zum Kostenanstieg und den damit zusammenhängenden Problemen auch REINERS, Stationäre Versorgung.

[37] BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEITSWESEN, Gesundheitswesen 1963, S. 260.

[38] ALBER, Gesundheitswesen, S. 78–9; vgl. zum Trend der Privatisierung auch DEPPE, Bundesrepublik, S. 39.

[39] Ab 1959 mit Saarland; nach BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEITSWESEN, Gesundheitswesen 1963, S. 258; sowie BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEITSWESEN, Gesundheitswesen 1968, S. 447.

Der Trend zur Konzentration ist bei den öffentlichen Krankenanstalten schon in den 1950er Jahren zu beobachten. In den 1960er Jahren verstärkte sich diese Entwicklung hin zu größeren Einheiten nochmals. Die Zahl der Krankenhäuser mit weniger als 100 Betten ging von 1961 mit 1970 solcher Anstalten auf 1817 im Jahr 1966 zurück; gleichzeitig stieg die Zahl der Großkrankenhäuser mit mehr als 500 Betten deutlich an.[40] Ein weiterer Trend, der sich ebenfalls besonders in den 1960er Jahren durchsetzte, bestand in der Spezialisierung der Krankenhäuser: Allgemeinbetten wurden in Spezialbetten von Fachabteilungen umgewandelt, also etwa für Chirurgie, Gynäkologie, Radiologie, Urologie oder HNO-Krankheiten. 1961 gab es in der Bundesrepublik noch 782 allgemeine Krankenhäuser ohne Fachabteilungen; ihre Zahl sank bis 1966 auf 592.[41] Auch in den einzelnen Bundesländern läßt sich dieser Trend beobachten: Der Anteil der Fachbetten lag 1961 bei 55,6 Prozent und 1968 bereits bei 59,2 Prozent. Dazu kam noch ein in etwa gleichbleibender Anteil von 34,8 Prozent bzw. 34,7 Prozent an Betten in Sonderkrankenhäusern. Diese Anstalten umfaßten Krankenhäuser für Tuberkulose, Psychiatrie, Suchtkranke, Rehabilitation sowie Kurkrankenhäuser und Krankenabteilungen der Justizvollzugsanstalten.[42]

Der Trend zur Konzentration und Spezialisierung wurde in der Bundesrepublik Deutschland weniger durch konkrete gesundheitspolitische Planung als vielmehr durch allgemeine medizinische und wirtschaftliche Tendenzen hervorgerufen. Bei der verbesserten Medizintechnik und dem ständig wachsenden Apparatebedarf lohnten sich kleine Krankenhäuser immer weniger, daher bemühten sich die Kostenträger, Kliniken zu erweitern, ihre Häuser auf bestimmte Gebiete zu spezialisieren und unrentable Krankenhäuser zu schließen. Die Kleinkrankenhäuser verfügten vor allem über Allgemeinbetten, hier war eher Pflege möglich, moderne Diagnostik und Therapie konnten jedoch kaum angeboten werden. Solche Krankenanstalten hielten sich – wie die Zahlen über die Allgemeinbetten und Fachbetten zeigen – vor allem in den strukturschwachen Gebieten, da hier kaum in neue Projekte investiert wurde.[43]

4.2 Grossbritannien – zentrale Organisation und mangelnde Investitionen

Das Krankenhaussystem in Großbritannien litt vor der Einführung des NHS an großen Defiziten, sowohl was die Ausstattung der Häuser, das Personal als auch die adäquate Versorgung der Bevölkerung betraf. „There is no hospital system", kommentierte eine Untersuchung des britischen Krankenhauswesens

---

40 Bundesministerium für Gesundheitswesen, Gesundheitswesen 1968, S. 444; vgl. hierzu auch Eichhorn, Health Services, S. 300; Bredemann, Krankenhaus, S. 147–8; Kühn, Entwicklungsbedingungen, S. 131–2.

41 Bundesministerium für Gesundheitswesen, Gesundheitswesen 1968, S. 444.

42 Vgl. Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 76 (1968), S. 24.

43 Vgl. Lindner, Milchpfennig, S. 241–52.

von 1946 und sprach von einer willkürlichen Entwicklung des Sektors in den letzten Dekaden.[44]

Zwei Gruppen von Krankenhäusern bestimmten die britische Entwicklung. Zum einen die *Voluntary Hospitals*; die ältesten dieser gemeinnützigen Einrichtungen konnten auf eine bis in das Mittelalter reichende Geschichte zurückblikken. Solche Kliniken finanzierten sich ursprünglich aus Spenden und behandelten Patienten umsonst. In England gab es eine Vielzahl von ganz unterschiedlich verwalteten Einrichtungen dieser Art. Die Finanzierung wurde im 20. Jahrhundert zunehmend problematisch, da der Unterhalt durch Modernisierung und Einführung neuer medizinischer Techniken immer kostspieliger wurde und kaum noch auf der organisatorischen Basis von Spenden und wohltätigen Vereinen zu betreiben war. Ebenso schwierig war die teure Anstellung von Ärzten als Vollzeitkräften. Gerade in kleineren *Voluntary Hospitals* auf dem Land arbeiteten die Ärzte meist auf Honorarbasis; eine umfassende medizinische Versorgung konnte so nicht geleistet werden.[45] Ende des 19. Jahrhunderts hatten die *Voluntary Hospitals* in England und Wales noch 88 Prozent ihrer Einkünfte aus Spenden bezogen. Bis in die 1930er Jahre änderte sich die Finanzierung jedoch substantiell, da die stark ansteigenden Kosten nicht mehr allein über Spenden getragen werden konnten. Es entwickelten sich verschiedene Schemata, nach denen die Patienten Gebühren für die Krankenhausbehandlung zahlten, meist fortlaufende niedrige Beträge, die sie dann im Bedarfsfall zu einer Klinikbehandlung berechtigten.[46] Die Qualität der Behandlung in den *Voluntary Hospitals* war sehr unterschiedlich. Die wenigen großen, sogenannten *Teaching Hospitals* in Großbritannien, die auch Medizinstudenten ausbildeten und vor allem in London angesiedelt waren, hatten einen sehr hohen Standard. In den meisten anderen *Voluntary Hospitals* war jedoch die Versorgung der Patienten höchst unzureichend; für die Patienten stand selten ein ausreichendes Diagnose- und Behandlungsinstrumentarium zur Verfügung.[47]

Zum anderen entstanden seit Ende des Ersten Weltkriegs zahlreiche Krankenhäuser, die von den Kommunen unterhalten wurden, insbesondere in den Fachgebieten Geburtshilfe und Tuberkuloseerkrankungen. Beide Bereiche wurden während der 1920er Jahre mit Staatsgeldern stark gefördert. Die meisten Allgemeinkrankenhäuser der öffentlichen Hand unterstanden in den 1920er Jahren jedoch noch den Bedingungen des *Poor Law*, d. h. sie waren Patienten vorbehalten, die Armenunterstützung erhielten.[48] 1929 wurden diese

---

44 NUFFIELD PROVINCIAL HOSPITALS TRUST, Hospital Surveys, S. 3–4.

45 Vgl. WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 2–3.

46 ABEL-SMITH, Hospitals, S. 384–90; LEATHARD, Health Care, S. 6–8; WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 4; vgl. auch DAUNTON, Payment, S. 191.

47 NUFFIELD PROVINCIAL HOSPITALS TRUST, Hospital Surveys, S. 5–6; vgl. auch ABEL-SMITH, Hospitals, S. 365.

48 ABEL-SMITH, Hospitals, S. 352–6; LEATHARD, Health Care, S. 5; vgl. zu den neuen Aufgaben der LHAs oben S. 72.

Einrichtungen dann teilweise den LHAs unterstellt und waren damit auch anderen Patienten ohne Bedürftigkeitsprüfung zugänglich. Seitdem expandierte auch dieser Sektor; 1938 verfügten die öffentlichen Krankenhäuser der lokalen Gesundheitsbehörden in England und Wales über insgesamt 72500 Betten.[49]

Trotz des expandierenden Krankenhaussektors blieb der Zugang zu den Kliniken für den Normalpatienten in den 1920er und 1930er Jahren sehr eingeschränkt. Die regionale Verteilung der Krankenhäuser war höchst ungleichmäßig: während in London ca. zehn Betten auf 1000 Einwohner kamen, waren es in Südwales nur fünf. Bei den öffentlichen Krankenhäusern entschieden zudem oft Bezirksgrenzen über das Recht auf Behandlung: „Some patients lived in sight of hospitals in which they would not be allowed treatment."[50] Die *Voluntary Hospitals* waren völlig überlastet und hatten meist lange Wartelisten. Eine Behandlung durch Spezialisten war hier oft gar nicht möglich, da nicht genügend Fachärzte zur Verfügung standen.[51]

Unter dem NHS wurde nun die gesamte Krankenhausstruktur einer neuen Organisationsform unterstellt und verstaatlicht. Damit machten die Krankenanstalten mit ca. 500000 Beschäftigten bei weitem den größten Teilbereich des neu gegründeten staatlichen Systems aus.[52] Für die Patienten bedeutete der NHS eine erhebliche Verbesserung. Umfassende und kostenlose Behandlung im Krankenhaus sowie durch Fachärzte war nun für alle garantiert. Der NHS wurden wegen der finanziellen und personellen Dominanz des Krankenhaussektors auch in erster Linie als ein „National Hospital Service" gesehen.[53]

Die Krankenhäuser unterstanden nun alle dem Gesundheitsministerium. Organisiert wurden die Kliniken über die *Regional Hospital Boards*. Diese regionale Zusammenfassung und Verwaltung der Krankenhäuser hatte ihren Vorläufer im *Emergency Medical Service* der Kriegszeit gehabt, so daß die Einführung der neuen Verwaltungsorganisation nicht zu starke Widerstände hervorrief.[54] Die Forderung, das Krankenhauswesen zu vereinheitlichen, war bereits in den Jahren zuvor angesichts der unkoordinierten und schlechten Entwicklung dieses Sektors immer wieder erhoben worden. Außerdem hatten die Kriegsfolgen einen starken Einfluß auf die Neuorganisation des Klinikwesens. Unter dem Eindruck des sich verschärfenden Bombenkrieges hatte man Anfang der 1940er Jahre mit hunderttausenden notwendigen Hospitalbetten gerechnet und eine umfassende neue Krankenhausstruktur geschaffen. Dem

---

49 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 6; ALBER, Großbritannien, S. 536.

50 POWELL, Ghost, S. 258; vgl. auch ECKSTEIN, Health Service, S. 57.

51 ABEL-SMITH, Hospitals, S. 358; WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 257.

52 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 121; PATER, Making, S. 169; vgl. zu den Streitigkeiten um die Verstaatlichung und zur Durchsetzung HONIGSBAUM, Health, S. 172–83.

53 KLEIN, Politics, S. 7.

54 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 16–34. Eckstein verweist darauf, daß gerade unter dem Wartime Emergency Service die großen Mängel des britischen Gesundheitswesens, insbesondere des Krankenhaussektors, deutlich zu Tage traten; ECKSTEIN, Health Service, S. 87–98; vgl. auch BRIGGS, Making Health, S. 386.

Wartime Emergency Service waren sowohl die *Voluntary Hospitals* als auch die öffentlichen Krankenhäuser unterstellt und das gesamte System in 11 Regionen aufgeteilt worden. Hierauf konnte sich dann die Neuorganisation unter dem NHS stützen.[55]

Die 1948 neu geschaffenen *Regional Hospital Areas* mußten im Durchschnitt eine Bevölkerung von drei bis vier Millionen Personen versorgen. Den größten Streit bei der Gebietseinteilung gab es um die *South Western Metropolitan Region*, die sich sehr weit in den Westen erstreckte. Andere Aufteilungen waren weniger umstritten: Der Vorschlag, den Großraum London in vier sogenannte *Metropolitan Regions* aufzuteilen, stieß beispielsweise in der Verwaltung der Londoner Krankenhäuser auf große Zustimmung. Lediglich das *London County Council*, die Zentralverwaltung der Stadt London, wehrte sich gegen die Aufgliederung und damit das Ende seiner eigenen Zuständigkeit.[56]

Den *Regional Hospital Boards* unterstanden die *Hospital Management Committees*, 1948 380 an der Zahl, die mit der direkten Verwaltung und Kontrolle der Krankenhäuser betraut waren.[57] Die Zuständigkeiten der Körperschaften waren jedoch untereinander nicht ausreichend abgegrenzt, so daß es in vielen Regionen in den nächsten Jahren zu Kompetenzkonflikten zwischen den *Regional Hospital Boards* und den *Hospital Management Committees* kam.[58] Lediglich die *Teaching Hospitals*, die am besten ausgestatteten unter den *Voluntary Hospitals*, wurden nicht in die regionale Krankenhausverwaltung integriert. Ihnen wurde eine Sonderstellung im neuen System eingeräumt: sie wurden durch sogenannte *Boards of Governors* verwaltet, die wiederum direkt dem Gesundheitsministerium unterstanden.[59] So konnten sie über ihre Ausgaben auch direkt mit dem Ministerium verhandeln.[60] In London gab es 1948 26 dieser Krankenhäuser mit insgesamt ca. 14 600 Betten, in den übrigen Regionen 10 solcher Einrichtungen mit insgesamt ca. 11 800 Betten.[61] Die gesonderte Verwaltung, die den *Teaching Hospitals* als Ausbildungszentren der Medizinstudenten einen privilegierten Status zuerkannte, schuf viele Probleme. Insbe-

---

55 Zum Emergency Medical Service ausführlich TITMUSS, Health Services, S. 54–97; HONIGSBAUM, Health, S. 17–21.

56 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 268–70. Bei der South Western Metropolitan Region wurde während der 1950er Jahre von verschiedenen Kreisverwaltungen eine andere Aufteilung gefordert, erst 1959 wurde dann mit dem Wessex RHB eine neue Region etabliert.

57 PRO, MH 91/1, The Grouping of Hospitals and the Appointment of Hospital Management Committees, September 1947; vgl. auch KLEIN, Politics, S. 45. Vgl. hierzu und zum folgenden auch das Organisationsschema des NHS, Diagramm 1, S. 53.

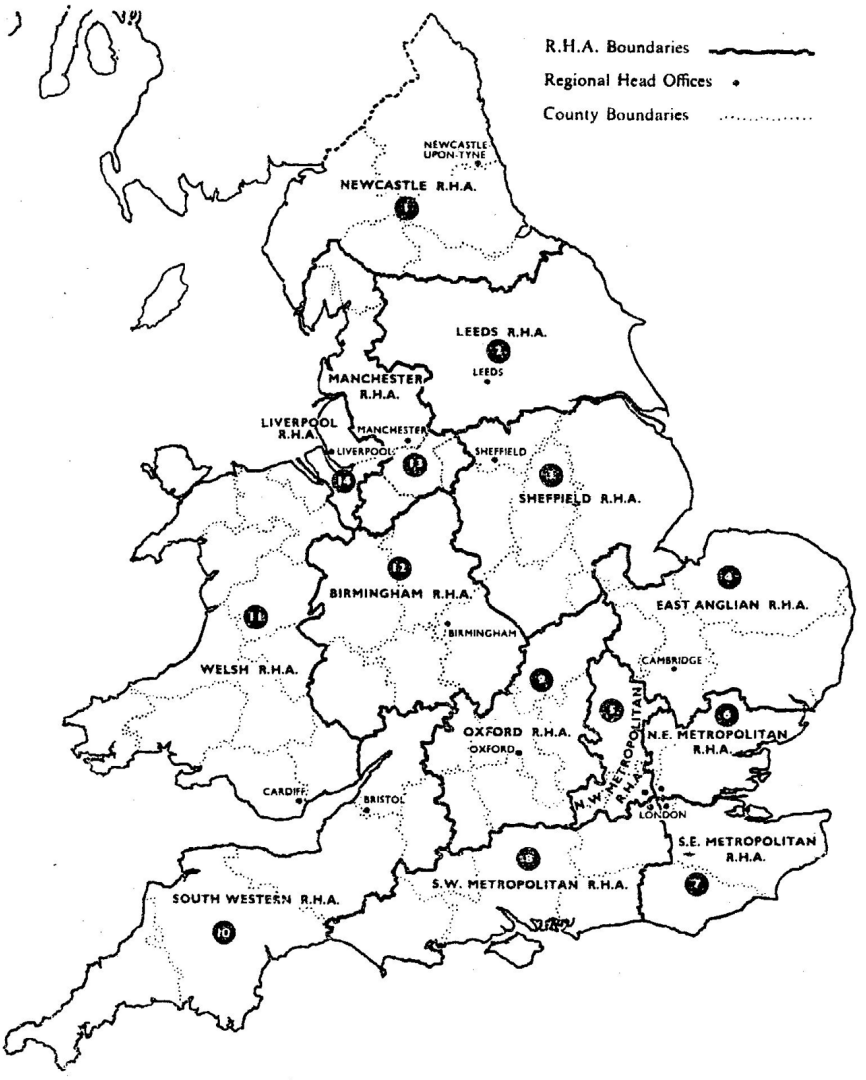
58 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 274–82; vgl. zu den Problemen innerhalb der Committees und Boards durch die Unkenntnis mancher Mitglieder auch TITMUSS, Hospital, 119–20.

59 MINISTRY OF HEALTH, National Health Service. The Development of Consultant Services 1950, S. 9.

60 Vgl. z. B. PRO, MH 98/230 passim.

61 MINISTRY OF HEALTH, National Health Service. The Development of Consultant Services 1950, S. 38.

Abbildung 1: „Regional Hospital Areas" in England und Wales[62]



62 Nach MINISTRY OF HEALTH, National Health Service. The Development of Consultant Services 1950, S. 39.

sondere die Koordination zwischen den *Regional Hospital Boards* und der Verwaltung der *Teaching Hospitals* bei der Aufnahme von Kranken funktionierte in manchen Regionen kaum.[63]

Ein wichtiger Unterschied zum deutschen System bestand darin, daß unter dem NHS die ambulante Facharztbehandlung nur bei Spezialisten im Krankenhaus möglich war und nur über einen Besuch bei einem niedergelassenen Allgemeinarzt vermittelt werden konnte. Niedergelassene Fachärzte gab es nicht. Eine strenge Trennung des ambulanten und stationären Sektors zwischen niedergelassenen Ärzten einerseits und Krankenhäusern andererseits wie in der Bundesrepublik Deutschland war also in Großbritannien grundsätzlich nicht gegeben. Alle Kliniken betrieben sogenannte *Out-patient-departments*, in denen Patienten sich ambulant fachärztlich versorgen lassen konnten.

Vor der Einführung des NHS war die Versorgung mit Fachärzten (*Consultants/Specialists*) in Großbritannien sehr schlecht gewesen. In den *Voluntary Hospitals* standen nur wenige vollbezahlte Facharztstellen zur Verfügung, die meisten dieser Ärzte arbeiteten schlecht bezahlt oder ehrenamtlich in den Krankenhäusern und verdienten ihr Auskommen über eine Privatpraxis. Diese Situation verursachte eine sehr unregelmäßige Verteilung der Fachärzte in Großbritannien. Nach der Einführung des NHS, der die Krankenhäuser verstaatlichte, konnten nun wesentlich einfacher neue volle und halbe Stellen für Fachärzte geschaffen werden. Man versuchte, die Verteilung innerhalb Großbritanniens besser zu regeln. Fachärzte mit voller Anstellung sollten nun stationäre wie auch ambulante Patienten in den *Out-patient-departments* der Krankenhäuser behandeln. Mitunter gehörten auch Hausbesuche zu ihrem Aufgabenbereich. *Consultants* hatten zudem die Möglichkeit in kleineren Krankenhäusern jeweils halbe Stellen wahrzunehmen oder nur als *Visiting Consultant* zu agieren.[64]

Eine Ausnahme im britischen System blieb die Versorgung der Geschlechtskranken, die direkten Zugang zu Fachärzten über spezielle Behandlungszentren für Geschlechtskranke hatten.[65] Tuberkulosekrankenhäuser, die mit der gesamten Tbc-Therapie von den allgemein-medizinischen Krankenhäusern bisher separiert gewesen und den lokalen Gesundheitsbehörden untergeordnet gewesen waren, wurden nun zusammen mit den anderen Krankenhäusern in den NHS eingegliedert und der Verwaltung der *Regional Hospital Boards* unterstellt. In diesem Bereich strebte das Gesundheitsministerium eine zunehmende Integration der Tuberkulosekliniken, -abteilungen und -fachärzte in Abteilungen der Inneren Medizin unter der Fachbezeichnung *Diseases of the Chest* an:

---

63 WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 271–4.

64 MINISTRY OF HEALTH, National Health Service. The Development of Consultant Services 1950, S. 5–7.

65 Vgl. hierzu ausführlich das Kapitel über Geschlechtskrankheiten, Kap. III, 3.

It is undesirable that the treatment of tuberculosis should be divorced from the treatment of other medical conditions of the chest, even if separate institutions or wards are used.[66]

Hier wird deutlich, daß – im Gegensatz zur Bundesrepublik – die zentrale Verwaltungsstruktur des NHS bei Entwicklungen wie in der Tuberkulosetherapie, wo die Krankheit durch neue Medikamente ihr Erscheinungsbild rasch änderte, eine schnelle Reaktion auf Neuerungen und eine Umorientierung der zur Verfügung stehenden Kapazitäten ermöglichte.

Das große Problem im britischen Krankenhauswesen blieben jedoch während der 1950er Jahre, wie in der Bundesrepublik, die Kosten, die vor Einführung des NHS stark unterschätzt worden waren.[67] Gleichzeitig herrschte von Anfang an – und darin unterschieden sich die britischen Verhältnisse wieder von den deutschen – ein erheblicher Bettenmangel. Mit der Garantie der freien Krankenhausbehandlung waren viele Kliniken bereits 1948 überlastet. Aus einem Londoner Krankenhaus richtete man folgende Klage an den Gesundheitsminister:

I am getting rather worried about the position of the Emergency Bed Service which is running into the troubles we foresaw when we last met. When you called here last March we were running at the rate of about 400 cases a week which was very high for those days. We have now been doing more and more work ever since mid August and have touched the 1225 mark. This produces serious trouble. […] the real problem is the fact that we can only admit about 110 acute cases a day after which the hospitals are full and anything over this has to be refused. As we are now getting anything between 120 and 170 cases daily this is a serious matter.[68]

Das Problem bestand in den nächsten Jahren fort. Im Sommer 1949 schrieb der *Daily Express*:

Five thousand Doctors believe that unless Mr. Bevan takes immediate and effective action to cope with the problem of providing hospital beds for acute cases the National Health Service is in grave danger of breaking down completely next winter.[69]

Eine besonders schlimme Herausforderung erlebten die Krankenhäuser vor allem in London im Winter 1952, als durch Grippewellen die Zahl der akuten Fälle die Kapazitäten der Krankenhäuser dramatisch überstieg.[70] Generell blieb das englische Krankenhauswesen auf Dauer durch Wartelisten und lange Wartezeiten gekennzeichnet. 1950 waren auf Wartelisten 531 000 Personen eingetragen, 1960 immer noch 466 000 Personen, seit 1960 stiegen die Zahlen dann sogar wieder an.[71] In den 1950er Jahren mußten minder dringende Fälle

66 Ministry of Health, National Health Service. The Development of Consultant Services 1950, S. 22. Vgl. zu dieser Entwicklung auch das Kapitel über Tuberkulose, vgl. Kap. III, 1.4.
67 Webster, Health Services, S. 133–43.
68 PRO, MH 99/29, King Edward's Hospital an Sir Wilson Jameson, Ministry of Health, 23. 11. 1948.
69 PRO, MH 99/29, Ausschnitt aus dem Daily Express, 3. 6. 1949.
70 PRO, MH 99/29, Bericht über den London Emergency Bed Serivce 1953.
71 Annual Abstract of Statistics 94 (1957), S. 60; 97 (1960), S. 55; 102 (1965), S. 54.

wie Mandeloperationen mitunter bis zu 18 Monate auf ihre Operation warten.[72]

Infolge der hohen und bei weitem unterschätzten Unterhaltskosten wurde in den 1950er Jahren trotz des Kapazitätsmangels kaum in neue Krankenhausbauten investiert. 1949/50 standen für Neubau- und Instandsetzungsinvestitionen lediglich 8,6 Millionen Pfund zur Verfügung, der Betrag stieg bis 1955/56 nur auf 11,5 Millionen Pfund an. Dadurch blieben die englischen Krankenhäuser in ihrem Bauzustand weiterhin stark überaltert; viele der Gebäude stammten noch aus viktorianischer Zeit. Mit den alten Bauten waren jedoch gleichzeitig erhöhte laufende Kosten durch Instandsetzungen und ständige Reparaturen verbunden. Bis 1955 entstanden daher überhaupt keine Neubauten, die Investitionen wurden für den Ausbau der bestehenden Gebäude und der medizinischen Infrastruktur verwandt, z. B. für die Einrichtung von Operationssälen. Im Vergleich zu den laufenden Kosten des Krankenhauswesens, die 1949/50 206 Millionen Pfund betrugen und bis 1955/56 auf 305 Millionen anstiegen, beliefen sich die Neuinvestitionen auf verschwindend geringe Beträge.[73]

Zur Erhöhung der laufenden Kosten trugen vor allem die steigenden Personalzahlen im Krankenhaussektor bei. Mit verstärktem Personaleinsatz versuchte man, die vorhandenen Betten besser zu nutzen und so den dringenden Bedarf und die gestiegene Nachfrage zu befriedigen. Viel stärker als in der Bundesrepublik Deutschland versuchte man auf Grund der finanziellen Probleme, durch schnellere Entlassung und bessere Ausnutzung der Betten die Zahl der behandelten Patienten zu steigern.[74] Entsprechend argumentierte auch das Gesundheitsministerium im Jahr 1959:

> It cannot therefore be said that there has been no increase in our bed resources although it is true that it is only now that the first new hospitals are going up. One of the striking developments in the past few years has been the more effective use of the beds we have. This is illustrated by the fact that the number of patients discharged rose by about 33%, much more than the increase on the number of beds.[75]

Auch im Rückblick bewertete man im Ministerium die bessere Auslastung der bestehenden Baulichkeiten als einzigen Spielraum der 1950er Jahre:

> In these circumstances it was necessary to concentrate on work which would add to the efficiency of existing hospitals, such as the improvement of diagnostic facilities and oper-

---

72 ECKSTEIN, Health Service, S. 238. Besonders schlimm war die Lage der Tuberkulosepatienten, die ebenfalls monatelang auf einen Behandlungsplatz warten mußten, wobei sich ihr Zustand oftmals sehr verschlimmerte. Vgl. hierzu ausführlich das Kapitel über Tuberkulose, Kap. III, 1.4.

73 WATKIN, National Health Service, S. 59; WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 259; ALBER, Großbritannien, S. 594.

74 Vgl. LINDSEY, Socialized Medicine, S. 282–284. Dies zeigt sich auch im Maternity Service, wo die Frauen zwar zunehmend in der Klinik entbanden, aber dafür nur noch wesentlich verkürzte Klinikaufenthalte hatten.

75 PRO, MH 99/120, Ministry of Health an Mrs. Tucker, 1959.

ating theatres, the expansion of out-patients facilities and the increase of staff accommodation.[76]

Die hohen und steigenden Ausgaben des NHS während der ersten Jahre, die vor allem von den steigenden laufenden Kosten des Krankenhaussektors verursacht wurden, standen ständig unter scharfer Kritik.[77] Aus diesem Grund wurde bereits 1954 eine Untersuchung der Kosten des NHS durch das sogenannte *Guillebaud Committee* (nach dem Vorsitzenden C.W. Guillebaud) anberaumt. Das Komitee bestätigte jedoch, daß die Ausgaben im Krankenhaussektor nicht unverhältnismäßig gestiegen, sondern vor allem durch die steigende Inflation bedingt seien.[78] Die Personalaufstockung, die ebenfalls einen Anstieg der Kosten zur Folge hatte, sei für ein Funktionieren des NHS unerläßlich gewesen. Zu ähnlichen Ergebnissen war auch eine Untersuchung von Richard Titmuss und Brian Abel-Smith über die Kosten des NHS aus dem Jahre 1956 gekommen, die bei inflationsbereinigten Beträgen dem NHS zwischen 1948 und 1954 einen nur mäßigen Kostenanstieg bescheinigte.[79]

Für den Krankenhaussektor empfahl das *Guillebaud Committee* 1956 eine Erhöhung der Investitionsbeträge für Bauten auf ca. 30 Millionen Pfund jährlich, da die Bausubstanz vieler Krankenhäuser durch den geringen Erhaltungsaufwand in einem sehr schlechten Zustand und durch die verschwindend geringe Zahl an Neubauten eine enorme Bedarfslücke entstanden sei.[80] Ende der 1950er Jahre verstärkte daraufhin das Gesundheitsministerium die Investitionen in Krankenhäuser: 1960/61 wurden 25 Millionen Pfund zur Verfügung gestellt, 1961/62 bereits 31 Millionen Pfund.[81] Trotz steigender Ausgaben blieb die Struktur des stationären Sektors dennoch den Anforderungen nicht gewachsen.

Um das Krankenhauswesen auf eine neue Grundlage zu stellen, wurden Anfang der 1960er Jahre die einzelnen *Regional Hospital Boards* wie auch die *Boards of Governors* der *Teaching Hospitals* aufgefordert, einen Plan für den Ausbau und die Modernisierung des Krankenhaus- und Facharztwesens in den nächsten 15 Jahren in ihrer Region aufzustellen.[82] Der hieraus erstellte Krankenhausplan sah für die nächsten Jahre einen erheblichen Ausbau des gesamten Sektors vor. Die Kliniken sollten in Zukunft stärker auf große Distrikt-Krankenhäuser konzentriert werden, die jeweils ca. 600 bis 800 Betten und alle

---

76 MINISTRY OF HEALTH, Hospital Plan, S. 2.

77 ABEL-SMITH und TITMUSS, Cost, S. 64; vgl. auch WEBSTER, Health Services, Band 1, S. 133–43, 258.

78 Guillebaud Report, S. 46.

79 ABEL-SMITH und TITMUSS, Cost, S. 62–5.

80 Guillebaud Report, S. 249.

81 LINDSEY, Socialized Medicine, S. 302.

82 PRO, MH 90/83, Note of Meeting, 20. 12. 1960, zwischen dem Gesundheitsminister und den Vorsitzenden der Regional Hospital Boards; für die Teaching Hospitals vgl. z. B. den Plan des United Oxford Hospitals, PRO, MH 89/295, passim; vgl. auch WATKIN, National Health Service, S. 60; LEATHARD, Health Care, S. 50.

Fachabteilungen umfassen sowie für etwa 100 000 bis 150 000 Einwohner zur Verfügung stehen sollten.[83]

The district general hospital will provide (apart from psychiatry and regional specialities) the great majority of the beds which are needed, and as they are developed a large number of the existing small hospitals will cease to be needed.[84]

Der Plan sah ursprünglich den Bau von über 90 neuen Krankenhäusern und den Umbau zahlreicher anderer Einrichtungen für die folgenden 15 Jahre vor, mußte aber auf Grund der hohen Kosten bereits Mitte der 1960er Jahre wieder eingeschränkt werden.[85] Eine Konzentrationsbewegung bestimmte aber dennoch – wie in der Bundesrepublik Deutschland – das Krankenhauswesen in den 1960er Jahren, da die staatlichen Investitionen vor allem dem Ausbau der Großkrankenhäuser zugute kamen. Im Unterschied zu Westdeutschland war dieser Trend aber staatlich geplant und wurde bereits in den 1970er Jahren wieder umgesteuert, da nun erneut kleine Krankenhäuser verstärkt gefördert wurden. Insgesamt stieg zudem in Großbritannien die Anzahl der Krankenhausbetten lediglich bis 1956 an, blieb dann bis Ende der 1950er Jahre auf gleichem Niveau bestehen, um in den 1960er Jahren wieder abzusinken.[86]

Tabelle 6: Krankenhausbetten und Patienten in Großbritannien (in 1000)[87]

Jahr	*1950*	*1952*	*1954*	*1956*	*1958*	*1960*	*1962*	*1964*
Krankenhausbetten	453	473	482	483	483	479	474	472
Jährlicher Patientendurchlauf (Entlassungen bzw. Tod)	3068	3414	3630	3739	3889	4136	4391	4725
Personen auf Wartelisten	531	500	474	431	443	466	469	499

83 MINISTRY OF HEALTH, Hospital Plan, S. 6–7; vgl. auch ALLSOP, Health Policy, S. 56; WATKIN, National Health Service, S. 60–1.
84 MINISTRY OF HEALTH, Hospital Plan, S. 7.
85 MINISTRY OF HEALTH, Hospital Plan, S. 13; ALLSOP, Health Policy, S. 55.
86 ALBER, Großbritannien, S. 595.
87 Annual Abstract of Statistics 94 (1957), S. 60; 97 (1960), S. 55; 102 (1965), S. 54.

5 Systemunterschiede der Wohlfahrtsstaaten

In der Bundesrepublik Deutschland und in Großbritannien entwickelten sich nach dem Zweiten Weltkrieg zwei höchst verschiedene Gesundheitssysteme. Viele der Unterschiede lassen sich aus der stark divergierenden Ausrichtung der Sozialstaaten in beiden Ländern ableiten.[1] In der Bundesrepublik bestimmte die gegenseitige Sicherung innerhalb bestimmter Solidargruppen den Charakter des sozialen Systems. Dies begünstigte eine starke Position der Verbände und Akteure des Gesundheitswesens, die Reformen blockieren konnten und heute noch blockieren. Die starke Konzentration des bundesdeutschen Gesundheitswesens auf die Therapie läßt sich im Ansatz ebenfalls aus dieser Formierung ableiten: Die Krankenkassen waren grundsätzlich an Unterstützung bei Arbeitsausfall sowie an Rehabilitation interessiert. Dabei beschränkte sich die Solidarität innerhalb der Kassen meist auf eine abgegrenzte Gruppe von Arbeitnehmern, in der Mehrzahl männlichen Geschlechts. Breitgefächerte präventive Maßnahmen lagen dem Krankenkassengedanken grundsätzlich fern und erlangten im bundesdeutschen System erst spät praktische Bedeutung. Der NHS in Großbritannien dagegen wurde als staatlicher Gesundheitsdienst aus Steuermitteln finanziert und stand allen Bürgern im wesentlichen ohne Beiträge zur Verfügung. Dabei tauchten ganz andere strukturelle Probleme als in der Bundesrepublik auf. Die Finanzierung über eine niedrige einheitliche Umlage führte zu einer ständigen Finanzknappheit und starken Abhängigkeit vom Staatshaushalt. Dies erwies sich als äußerst hemmend für Innovationen und Investitionen, was besonders im Krankenhauswesen zutage trat. Andererseits gab es im Gesundheitswesen eine wesentlich stärkere Betonung der Prävention, da ein auf die gesamte Bevölkerung ausgerichtetes System dem Aspekt der generellen Verhütung von Krankheiten wesentlich näher stand als das Kassensystem.

Die Differenzen der beiden Staaten in den 1950er Jahren kann man mit Hilfe von Sozialstaatsmodellen genauer konturieren. Hier bietet sich am ehesten die Typisierung nach Esping-Andersen an, der zur theoretischen Diskussion in den vergangen Jahren wesentliche, innovative Beiträge geleistet hat.[2] Esping-Andersen wandte sich von der Kategorisierung der Sozialstaaten nach der Höhe ihrer Ausgaben bzw. Steuern sowie nach dem Grad der politischen Mobilisierung der Arbeiter ab, die in den meisten Untersuchungen zur Unterscheidung von Wohlfahrtsstaaten verwandt worden waren, sich aber gerade für die Nachkriegszeit nur noch als bedingt sinnvoll erwiesen.[3] Neue Maßstäbe der

---

1 Vgl. zu den unterschiedlichen Entwicklungen z. B. Ritter, Sozialstaat, S. 147–51, 156–61; Baldwin, Politics, S. 127–34, 196–200.

2 Vgl. zu dieser Einschätzung Esping-Andersens Bussemaker und Kersbergen, Gender, S. 11–2.

3 Vgl. zum Befund, daß die Entwicklung der Programme der sozialen Sicherheit von der Stärke der Arbeiterparteien nach dem Zweiten Weltkrieg weitgehend unabhängig waren, Alber,

Unterscheidung wurden entwickelt:[4] Zum einen orientierte sich Esping-Andersen am Maß der sogenannten *De-commodification*, also der Entflechtung sozialer Rechte und Leistungen aus dem Arbeitsmarkt, zum zweiten an der Auswirkung des Wohlfahrtsstaates auf die soziale Schichtung der Gesellschaft und drittens analysierte er das Ineinandergreifen von Staat, Markt und Familie.[5]

Der bundesdeutsche Sozialstaat wird (in einer Gruppe mit Österreich, Frankreich und Italien) als korporatistischer Wohlfahrtsstaat eingeordnet, der sich im wesentlichen an der Festschreibung von Statusunterschieden sowie an einem traditionellen Familienmodell orientierte. Demnach wurde das Prinzip der Subsidiarität großgeschrieben; der Staat sollte auch theoretisch nur einspringen, wenn die Kapazitäten der Familie erschöpft waren. Die „de-commodification" der sozialen Rechte war durch die Bindung der Höhe vieler Sozialleistungen an die Höhe der Beiträge und damit an die Höhe des Einkommens, insbesondere bei den Renten, relativ gering.[6] Großbritannien dagegen gehört nach diesem Modell, zumindest in den 1950er Jahren, zur Gruppe der „social democratic welfare states" (wie auch, als Paradebeispiel, die skandinavischen Staaten).[7] In diesen Staaten wurden staatliche Zuwendungen nach dem Prinzip des Universalismus verteilt (vgl. hierzu insbesondere den Beveridge-Plan mit seiner Schwerpunktlegung auf gleiche Beiträgen zu einer Einheitsversicherung und auf gleiche Leistungen für alle). Gleichzeitig wurde die *De-commodification* der sozialen Rechte und Leistungen sehr weit vorangetrieben.[8] Dies implizierte sowohl niedrige Beiträge als auch hohe Leistungsstandards, die auch für die in das System einbezogenen Mittelklassen attraktiv sein mußten, wofür gerade der NHS ein gutes Beispiel darstellt. Allerdings sind in Großbritannien im Verhältnis von Staat und Markt auch viele Aspekte des dritten Typs der Wohlfahrtsstaaten zu finden, den Esping-Andersen als den „liberalen Wohlfahrtsstaat" bezeichnet und insbesondere in den USA und Kanada identifiziert hat.

Armenhaus, S. 157; BALDWIN, Politics, S. 7. Zu den Interpretationen, die sich stark an den Zusammenhängen von politischer Mobilisierung orientierten und dabei vor allem auf die Entstehungsphase der Wohlfahrtsstaaten Bezug nahmen, insbesondere die umfangreichen und aufschlußreichen Arbeiten von Peter Flora und Jens Alber; z.B. FLORA und ALBER, Modernization; FLORA et al., Entwicklung; FLORA und HEIDENHEIMER, Historical Core; FLORA und HEIDENHEIMER, Development; ALBER, Armenhaus; KAIM-CAUDLE, Social Policy.

4 ESPING-ANDERSEN, Three Worlds, S. 32.

5 Vgl. zur *de-commodification* ESPING-ANDERSEN, Three Worlds, S. 35–54 („the outstanding criteria for social rights must be the degree to which they permit people to make their living standards independent of pure market forces"); zum Schichtungssystem S. 55–78; zur Einordnung nach der Beziehung Markt-Staat-Familie S. 26–32.

6 ESPING-ANDERSEN, Three Worlds, S. 21–7.

7 ESPING-ANDERSEN, Three Worlds, S. 27–8.

8 ESPING-ANDERSEN, Three Worlds, S. 53–4; vgl. zu dieser Einschätzung des britischen Wohlfahrtsstaates nach dem Zweiten Weltkrieg – mit Einschränkungen – auch BALDWIN, Politics, S. 116–34.

Für die jüngere Zeit, nach Thatchers Reform der Sozialleistungen, wird Großbritannien durchwegs diesem dritten Modell zugeordnet, das sich durch geringe, an einer Bedürftigkeitsprüfung ausgerichtete Sozialleistungen sowie eine starke Orientierung an liberalen Marktgesetzen auszeichnet.[9]

Auch wenn die europäischen Sozialstaaten in ihrer historischen Entwicklung eher als Mischformen verschiedener Muster zu interpretieren sind, lassen sich mit Hilfe des Modells einige Strukturen der Gesundheitssysteme in den 1950er Jahren deutlicher herausarbeiten. In der Bundesrepublik als korporatistischem System des Sozialstaats prägte die Vielzahl der gesetzlichen Krankenkassen, die auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen (also Arbeiter, Angestellte, bestimmte Berufe) ausgerichtet waren, das Gesundheitswesen.[10] Die Krankenkassen, ihre Verbände und die anderen nichstaatlichen Akteure, die Gesundheitsleistungen anboten, also die Ärzteverbände und Krankenhausgesellschaften, nahmen im korporatistische Sozialstaat Bundesrepublik eine äußerst bedeutende Stellung ein. Sie konnten autonom untereinander verhandeln und widersetzten sich regelmäßig Steuerungsversuchen des Staates. Die Leistungen der Krankenkassen orientierten sich am traditionellen Familienmodell: Frauen und Kinder waren über den „Familienernährer" mitversichert, dessen Arbeitsfähigkeit durch Unterstützung bei Arbeitsausfall und Rehabilitation erhalten werden sollte. Präventive Leistungen mit einem universalistischen Charakter, die auch Nichtversicherte einbezogen hätten, gab es in der Bundesrepublik kaum. Trotz dieser Charakteristika muß man das deutsche Gesundheitssystem eher als Mischform der Modelle betrachten: In der Krankenversicherung hingen die Leistungen nicht von den Beiträgen ab; es fand so eine Umverteilung zwischen gut verdienenden und schlecht verdienenden Personen statt. Insofern sind durchaus auch universalistische Elemente zu finden. Der Modellcharakter sollte ohnedies nicht überbewertet werden, historische Zusammenhänge spielen bei der Entwicklung des Systems eine ebenso wichtige Rolle. Wie Hans Günter Hockerts hervorgehoben hat, war in der Bundesrepublik, die stets versuchte, sich von der DDR und vom Nationalsozialismus abzugrenzen, eine „staatlich-herrschaftliche Aufladung des Gesundheitsbegriffs unmöglich" – auch dies schwächte entschieden die präventive Medizin. Dies haben auch die vorangegangenen Abschnitte des Kapitels immer wieder deutlich vor Augen geführt.[11]

Der NHS in Großbritannien war als staatlicher, steuerfinanzierter Gesundheitsdienst konzipiert worden, der allen Wohnbürgern eine kostenlose umfassende Gesundheitsvorsorge und medizinische Therapie bot. Das Prinzip des Universalismus bestimmte hier nachdrücklich das Gesundheitssystem. Das Hauptproblem stellten beim NHS die finanziellen Schwierigkeiten dar. Der

---

9 ESPING-ANDERSEN, Three Worlds, S. 26–7; vgl. hierzu auch LANGAN und OSTNER, Geschlechterpolitik, S. 30.

10 Vgl. zu diesem Befund auch HOCKERTS, Vorsorge, S. 225.

11 HOCKERTS, Einführung, S. 15.

Gesundheitsdienst wurde über eine relativ niedrige Umlage aus dem Steueraufkommen finanziert und befand sich dadurch von Anfang an in großen finanziellen Schwierigkeiten. Andererseits sollte der NHS aber attraktive, umfassende Leistungen für alle Bürger bieten und insbesondere die Mittelklassen ansprechen. Diese Diskrepanz zwischen Sollvorstellungen und tatsächlichen finanziellen Möglichkeiten begleitete den NHS auch in den folgenden Dekaden. Gleichzeitig führte der universalistische Ansatz des Gesundheitsdienstes zu einer starken Betonung präventiver Aspekte und zu einer guten Verbindung von sozialen und medizinischen Leistungen.

Neben den strukturellen Unterschieden müssen auch die Kosten der Gesundheitssysteme in den Blick genommen werden. Dabei ist zu beachten, daß sich die verfügbaren Zahlen zu den Ausgaben kaum vergleichen lassen: Für die Bundesrepublik Deutschland kann man für den untersuchten Zeitraum als aggregierte Daten nur auf die Ausgaben der *Krankenkassen* zurückgreifen (also *ohne* Ausgaben des öffentlichen Gesundheitswesens, Beihilfezahlungen für Beamte, Krankenhausinvestitionen der Kommunen etc.). Für ein Jahr, 1979, rechnen die Autoren der großen, von Peter Flora herausgegeben vergleichenden Studie über europäische Wohlfahrtsstaaten vor, daß die Ausgaben der Krankenkassen 5,8 Prozent des Bruttosozialproduktes betrugen. Nahm man die Ausgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Beihilfezahlungen für Beamte und einen Teil der Investitionen in den Gesundheitsbereich hinzu, ergaben sich dagegen 8,1 Prozent des BSP. In diesem Jahr waren also die tatsächlichen Ausgaben für das bundesdeutsche Gesundheitswesen um ca. 40 Prozent höher als die reinen Krankenkassenausgaben.[12] Daran läßt sich ermessen, daß die Ausgaben in der Bundesrepublik insgesamt stets deutlich höher lagen, als die unten aufgelisteten Zahlen es erscheinen lassen. Genaue jährliche Berechnungen gibt es wegen der schwer zu erfassenden unterschiedlichen Kostenträger (Länder, Krankenkassen, Kommunen, Gemeinnützige Organisationen) nicht.

Die Ausgaben für den NHS umfaßten dagegen stets alle Bereiche des Gesundheitswesens, einschließlich der Investitionen. Insofern ist der höhere Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt in Großbritannien in den 1950er Jahren nur sehr vorsichtig als tatsächliche Mehrausgabe zu interpretieren. Legt man einen 40-prozentigen Aufschlag zu Grunde, ist ab 1960 ein Gleichstand bei den Ausgaben zu beobachten, ab 1962 übertrafen die Ausgaben des deutschen Systems die des britischen.

Das Absinken bzw. die Stagnation der Ausgaben im Gesundheitsbereich in Großbritannien verweist auf die stete Finanzknappheit des englischen Systems im Untersuchungszeitraum. Dies beeinflußte die Gesundheitspolitik bei vielen Entscheidungen ebenso sehr wie die zuvor aufgezeigten strukturellen Faktoren.

---

12 FLORA et al., Growth, Band 4, S. 262.

Tabelle 7: Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt[13]

Jahr	Anteil der Ausgaben für den NHS am Bruttosozialprodukt Großbritanniens	Anteil der Krankenkassen-ausgaben am Bruttosozialprodukt Westdeutschlands
1950	3,7%	1,8%
1952	3,3%	1,8%
1954	3,0%	2,0%
1956	3,1%	2,0%
1958	3,2%	2,2%
1960	3,4%	2,4%
1962	3,4%	2,6%
1964	3,4%	2,7%
1966	3,6%	3,3%
1968	3,8%	3,6%

Auch verschiedene andere Entwicklungen lassen sich mit Modellen aus der Wohlfahrtsstaatsforschung nicht erklären. Ein Phänomen zeigt sich beispielsweise in beiden Systemen: Wie in den vorangegangen Abschnitten dargestellt, nahmen die Ärzte als wichtigste Lobbygruppe jeweils eine äußerst starke Stellung ein. Für Westdeutschland wurden die Ärzte sogar als „innere Strukturklammer des bundesdeutschen Gesundheitswesens" bezeichnet.[14] Dies hatte erhebliche Folgen für die Umsetzung der Gesundheitspolitik, wie in den nächsten Kapiteln eingehend gezeigt werden kann. Im englischen System war die Ausrichtung auf die Ärzteschaft nicht ganz so stark wie im bundesdeutschen, dennoch wurden dieser Gruppe im NHS, der eigentlich nach ganz anderen Prinzipien ausgerichtet war, erstaunlich viele Zugeständnisse gemacht und zahlreiche Aufgaben übertragen. Auch in Großbritannien erlitt der Präventivbereich mit dem Bedeutungsverlust der LHAs gegenüber der Individualmedizin in der ärztlichen Praxis eine deutliche Schwächung. Die Dominanz der Ärzteschaft in den beiden unterschiedlichen Systemen ist wohl nur mit globaleren Einflüssen zu erklären, wie in diesem Fall mit dem noch ungebrochenen Glauben an medizinischen Fortschritt in den 1950er und 1960er Jahren, der sich zumindest in der westlichen Welt mit einem enormen Prestige der modernen, zunehmend technisierten Individualmedizin verband.[15]

Die Typifizierung von Wohlfahrtsstaaten wurde außerdem spätestens seit den 1980er Jahren wegen ihrer Vernachlässigung des Gender-Aspekts stark kritisiert, allerdings vorwiegend in der anglo-amerikanischen Literatur, während

13 FLORA et al., Growth, Band 4, S. 325, 393.

14 KÜHN, Entwicklungsbedingungen, S. 231. Kühn spricht von einer „mittelstandskonservierenden Eigenschaft" des bundesrepublikanischen Gesundheitswesen, das sich stark an den Interessen der niedergelassenen Ärzteschaft ausrichtete; vgl. EBENDA, S. 225.

15 Vgl. z. B. SEIDLER und LEVEN, Geschichte, S. 258–264; SCHMACKE, Individualisierung, S. 180–185.

die deutsche Forschung hier deutlich weniger Beiträge lieferte.[16] Gleichzeitig entwickelten sich feministische Deutungsmodelle, die jedoch kaum auf die etablierte Wohlfahrtsstaatstypisierung rekurrierten.[17] In den 1990er Jahren entstanden dann einige fruchtbare Versuche, Typisierungen sinnvoll zu kombinieren und weiterzuentwickeln.[18] Wenn man die strukturellen Unterschiede der beiden Gesundheitssysteme in den 1950er und 1960er Jahren hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf Frauen und Männer betrachtet, was in den Kapiteln über Geschlechtskrankheiten und Schwangeren- und Säuglingsvorsorge eine wichtige Fragestellung bilden wird, kann man auf verschiedene Analysen zurückgreifen:

Einer geschlechtergeschichtlichen Analyse folgend kann die Bundesrepublik für die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg dem sogenannten patriarchalen Modell des Wohlfahrtsstaates zugeordnet werden. Sie wies also in der Konstruktion der Sozialleistungen und im Arbeitsmarkt ein System auf, das auf die Unterstützung des Haupternährers der Familie, des Mannes, zugeschnitten war.[19] In diesem Sinne wird die staatliche Wohlfahrtspolitik mit dem Mann als deren primären Nutznießer als Perpetuierung der Geschlechterdifferenz verstanden.[20] Im bundesdeutschen System ist analog auch das Gesundheitswesen stark auf den männlichen Hauptverdiener zugeschnitten; Frauen (und Kinder) waren gegen Krankheit meist über ihre Männer bzw. Väter mitversichert. Dies hatte zwangsläufige Auswirkungen auf die Art der Leistungen. Daß der bundesdeutsche Staat beispielsweise die Prävention für Schwangere bzw. Säuglinge und Kleinkinder erst sehr spät, Ende der 1960er Jahre, berücksichtigte, läßt sich sicherlich nicht nur auf diesen Faktor zurückführen, die generelle Ausrichtung

---

16 Vgl. SAINSBURY, Introduction, S. 1–2; KREISKY und SAUER, Geschlechterverhältnisse, S. 26–7; als anglo-amerikanische Arbeiten z. B. ORLOFF, Gender and the Social Rights; ORLOFF, Gender in the Welfare State; SCOCPOL und RITTER, Gender; KOVEN und MICHEL (Hrsg.), Mothers; LEWIS, Gender; LEWIS (Hrsg.), Women; PEDERSEN, Family; BOCK und THANE (Hrsg.), Maternity. Vgl. zu den deutschen Arbeiten OSTNER, Arm; LANGAN und OSTNER, Geschlechterpolitik; KICKBUSCH und RIEDMÜLLER (Hrsg.), Frauen; KICKBUSCH und RIEDMÜLLER, Perspektiven; KULAWIK, Wohlfahrtsstaat.

17 Vgl. zu dieser Kritik HANEY, Engendering, S. 748; BUSSEMAKER und KERSBERGEN, Gender, S. 9.

18 Als eine der wichtigsten Interpretationen für die Nachkriegszeit ist der Sammelband von SAINSBURY (Hrsg.), Gendering, zu nennen; darin v.a.: GUSTAFSSON, Childcare; DALY, Comparing; HOBSON, Solo Mothers. Aber auch in der deutschen Literatur gibt es einige Arbeiten, die die Typisierung von Esping-Andersen unter dem Gender-Aspekt untersuchen; vgl. LANGAN und OSTNER, Geschlechterpolitik. Viele dieser Arbeiten beziehen sich allerdings auf die Zeit vor dem Zweiten Weltkrieg, so daß sie für die vorliegende Untersuchung kaum herangezogen werden können; vgl. z. B. PEDERSEN, Family oder KOVEN und MICHEL (Hrsg.), Mothers.

19 Vgl. THANE, Wohlfahrt, S. 7; LEWIS, Models, S. 78; MEYER, German and British Welfare State, S. 65.

20 THANE, Wohlfahrt, S. 7–8; ORLOFF, Gender in the Welfare State, S. 53–4; OSTNER, Arm, S. 8–10.

der Krankenkassenleistungen auf die Wiederherstellung von Arbeitskraft dürfte aber eine wichtige Rolle gespielt haben.

Nicht nur die Bundesrepublik, auch Großbritannien entspricht in vielen Bereichen des Sozialstaats bis heute einem „starken Ernährer-Modell". Britische Frauen haben ebenfalls oftmals eine diskontinuierliche Erwerbstätigkeit und verfügen über keine eigenständige soziale Absicherung.[21] Im Sektor Gesundheitswesen zeigt sich diese Problematik für Großbritannien jedoch gerade nicht, insofern ist hier dieser Erklärungsansatz wenig zielführend. Frauen konnten von den breiten, kaum durch Kontrollmechanismen eingeschränkten Angeboten in Therapie und Prävention stärker als in Westdeutschland profitieren, worauf besonders in den Kapiteln über Geschlechtskrankheiten sowie die Schwangeren- und Säuglingsvorsorge zurückzukommen ist.[22]

Andere Ansätze gehen in der Interpretation des Wohlfahrtsstaaten etwas differenzierter vor als das Interpretationsmuster des „patriarchalen Staates"; beispielsweise das Modell des „partnerschaftlichen Staates", das stärker auf die Rolle der Frauen bei der Durchsetzung ihrer Rechte im Wohlfahrtsstaat rekurriert und besonders hinsichtlich der Problematik der Mutterschaft angewandt wurde.[23] Für Großbritannien und Deutschland wurde in diesem Zusammenhang die Theorie entwickelt, daß sich in den 1920er Jahren im „schwachen" britischen Staat eine stärkere Frauenbewegung mit größerer Durchsetzungsfähigkeit entwickeln konnte, während im „starken" deutschen Staat die Frauenbewegung relativ schwach blieb, gleichzeitig dabei aber schon sehr früh ein wesentlich besserer, insbesondere finanzieller Schutz für Kinder und Mütter entstand. Mutterschutz wurde in Deutschland Ende des 19. Jahrhunderts eingeführt, gefolgt von der Familienwochenhilfe im Ersten Weltkrieg. In Großbritannien gab es dagegen Familienbeihilfen erst nach dem Zweiten Weltkrieg; Mutterschutz im deutschen Sinne existierte nicht.[24] Dieser Unterschied wird dahingehend interpretiert, daß sich im deutschen Kaiserreich die größere Interventionswilligkeit des Staates mit Fraueninteressen verband, die in nationale Interessen integrierbar waren, also insbesondere eine Bevölkerungspolitik zur Förderung gesunden Nachwuchs. Deutlich wird dabei aber erneut die partiku-

---

21 OSTNER, Arm, S. 9.

22 Allerdings war das Sozialsystem in Großbritannien in anderen Bereichen ebenfalls stark auf eine Abhängigkeit der Frauen bezogen. Die Vorstellung, daß erwachsene Frauen im allgemeinen von ihren Männern finanziell abhängig seien, prägte auch in Großbritannien die Gesetzgebung der 1940er und 1950er Jahre, insbesondere hinsichtlich der weiblichen Altersvorsorge und der Berechnung der Renten; vgl. LEWIS, Dealing, S. 30; LANGAN und OSTNER, Geschlechterpolitik, S. 30–2; DIGBY und STEWART, Welfare, S. 13–4. Beveridge wurde in diesem Zusammenhang später von Feministinnen vorgeworfen, er habe in seinem Wohlfahrtsstaats-Plan den Frauen einen unabhängigen Status verweigert. LEWIS, Dealing, S. 19. Diese Kritik wurde in jüngster Zeit wieder relativiert, vgl. THANE, Wohlfahrt, S. 13.

23 THANE, Wohlfahrt, S. 15; ORLOFF, Gender in the Welfare State, S. 57.

24 KOVEN und MICHEL, Mothers; DIGBY und STEWART, Welfare, S. 11; ORLOFF, Gender in the Welfare State, S. 58; vgl. auch LEWIS, Dealing, S. 31–2; LEWIS, Models, S. 86; sowie THANE, Women.

laristische Ausrichtung des deutschen Wohlfahrtsstaates (Leistungen nur für eine Gruppe, die der abhängig beschäftigten Frauen) sowie die starke Verflechtung von Sozialleistungen mit dem Arbeitsmarkt. In Großbritannien wurde dagegen bereits in den 1920er Jahren auf ein breites Angebot an sozialmedizinischen bzw. präventiven Leistungen Wert gelegt. Diese unterschiedliche Ausrichtung prägte auch noch in den 1950er Jahren den Charakter der beiden Gesundheitssysteme stark.[25]

In Großbritannien wurden also soziale und medizinische Leistungen sowie kurative und präventive Medizin zu einer wesentlich einheitlicheren Gesundheitspolitik verbunden als in der Bundesrepublik. In Westdeutschland war das Kassensystem traditionell stärker auf medizinische, therapeutische Leistungen ausgerichtet, der präventive Aspekt blieb eher dem öffentlichen Gesundheitswesen vorbehalten. Diese Trennung wurde durch die unterschiedliche Organisationsstruktur – z. B. die Verwaltung über Gesundheitsministerium einerseits und Arbeitsministerium andererseits – noch vertieft. Eine zunehmende Schwächung des öffentlichen Gesundheitswesens brachte eine Marginalisierung der sozialen, präventiven Medizin in der Bundesrepublik mit sich.[26] Dem stand in Großbritannien ein System gegenüber, das die verschiedenen Aspekte der Gesundheitspolitik strukturell gut integrieren konnte. Allerdings ergaben sich in der Praxis durch die extreme Finanzknappheit ständig Probleme der Prioritätensetzung, die eine Verbindung von sozialen und medizinischen Leistungen erheblich beeinträchtigten.

---

25 Vgl. hierzu ausführlich das Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge Kap. III, 4.

26 Rosenbrock charakterisiert diese Entwicklung treffend als Reduktion der Gesundheitspolitik auf Krankenversorgungspolitik. Vgl. ROSENBROCK, Gesundheitssicherung, S. 3.

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

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

1 Tuberkulose

1.1 Die „alte" Krankheit Tuberkulose

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

---

1 Löffler, Geschichte, S. 7–16; Oury, Geschichte, S. 2827–8; Ferlinz, Tuberkulose 1995, S. 617; Bochalli, Geschichte, S. 527–8.

2 Hähner-Rombach, Sozialgeschichte, S. 21.

3 Löffler, Geschichte, S. 32.

4 Ferlinz, Tuberkulose 1995, S. 618; Bähr, Forschungsansätze, S. 98–101; Löffler, Geschichte, S. 52–4.

Die Entdeckung des Erregers, des *Myobacterium Tuberculosis*, durch Robert Koch[5] im Jahr 1882 stellte einen entscheidenden Schritt in der Geschichte der Tuberkulosebekämpfung dar. Nach längeren Auseinandersetzungen setzte sich die Definition der Tuberkulose als Infektionskrankheit in der Fachwelt durch. Damit war eine Diagnose der Krankheit möglich geworden, die Hoffnung auf eine Therapie sollte sich jedoch nicht so rasch erfüllen.[6]

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

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

---

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

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

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

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

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

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

---

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

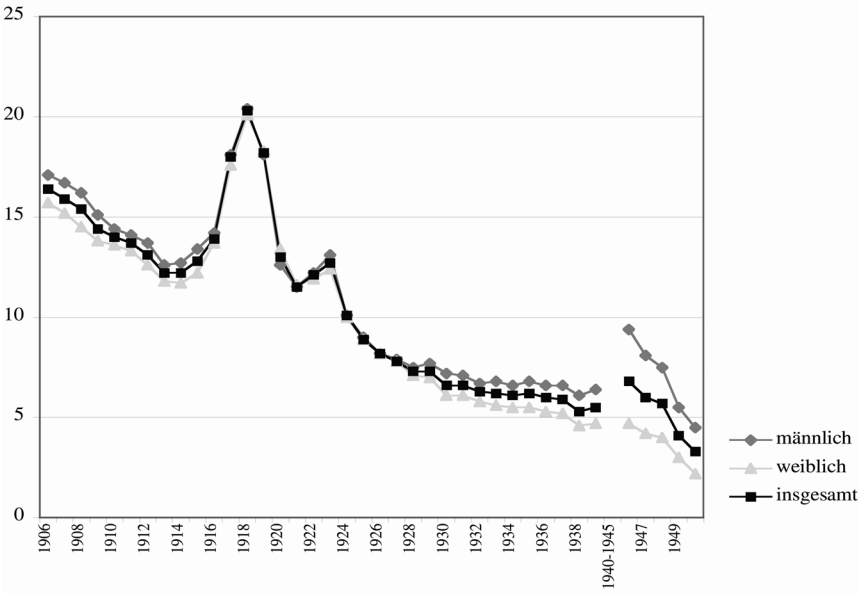
9 HEDVALL, Infektionsquellen, S. 500–2; LÖFFLER, Geschichte, S. 70–2; GSELL, Tuberkulose, S. 332; vgl. zu den Auseinandersetzungen um die verschiedenen Bakterienformen ROSENKRANTZ, Trouble, S. 156–60.

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

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

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

Diagramm 2: Sterblichkeit an Lungentuberkulose in Deutschland, 1906–1950[13]



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

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

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

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

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

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

---

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

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

18 GSELL, Kampf, S. 461.

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

Von dem italienischen Arzt Forlanini war 1882 erstmals die Methode des sogenannten artifiziellen Pneumothorax praktiziert worden, die sich seit den 1920er Jahren weit verbreitete.[24] Bei dem auch als Kollapstherapie bezeichneten Vorgehen hoffte man, durch Stillegen des betroffenen Lungenteils die Selbstheilungskräfte zu fördern. Dabei wurde durch Einblasen von Luft bzw. Gas in die Pleurahöhle[25] der Unterdruck in der Lunge aufgehoben und ein künstlicher Pneumothorax-Zustand herbeigeführt; die betreffende Lungenhälfte fiel zusammen, der Zugang wurde wieder verschlossen. Da sich das Vakuum in der Lunge langsam von selbst wiederaufbaute, mußte der artifizielle Pneumothorax durch regelmäßiges erneutes Einführen von Luft bzw. Gasen in die Pleurahöhle aufrecht erhalten werden (im englischen als *Refill* bezeichnet). Die Wirksamkeit der Therapie war letztlich nicht erwiesen; der artifizielle Pneumothorax stellte aber bis zur Einführung einer wirksamen Chemotherapie die Hauptbehandlungsart der Tbc dar – auch weil diese Behandlung relativ einfach durchzuführen war, keine aufwendige Operationstechnik benötigte und zugleich den Patienten den Eindruck vermittelte, daß etwas unternommen wurde.[26]

---

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

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

25 Spalt zwischen den beiden Blättern des Brustfells.

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

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

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

Zunächst wurde die Wirkung des 1944 von amerikanischen Forschern isolierten Antibiotikums Streptomycin auf den Tuberkuloseerreger entdeckt und sehr schnell zur Bekämpfung der Tbc-Infektion eingesetzt.[29] Das Streptomycin zeigte vor allem bei der Behandlung von tuberkulöser Meningitis eine gute Wirkung. Ein großes Problem wurden jedoch die gegen das Antibiotikum resistenten Erregerstämme, die sich vor allem wegen der anfangs zu kurzen Therapiedauer entwickeln konnten. 1946 wurde die Para-Aminosalycilsäure (PAS) in den USA als weiteres wichtiges Tuberkulostatikum[30] erkannt. Vor allem in der Kombinationstherapie mit Streptomycin glückte es, früh erkannte

---

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

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

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

29 FELDMAN und HINSHAW, Streptomycin.

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

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

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

---

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

32 GSELL, Tuberkulose, S. 333.

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

34 CALDWELL, Crusade, S. 17.

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

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

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

---

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

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

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

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

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

1.2 Die Bekämpfung der Tuberkulose in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts

1.2.1 Deutschland

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

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

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

---

40 Dormandy, White Death, S. 384–92; Winkle, Geisseln, S. 152.

41 Condrau, Lungenheilanstalt, S. 61.

42 Hähner-Rombach, Sozialgeschichte, S. 84–8; Ferlinz, Tuberkulose 1995, S. 622; Rudloff, Wohlfahrtsstadt, S. 689.

43 Löffler, Geschichte, S. 37–9; Ferlinz, Tuberkulose 1996, S. 15; Ferlinz, Tuberkulose 1995, S. 619; Bignall, Century, S. 19.

44 Ehrler, Kampf, S. 459; Löffler, Geschichte, S. 39–40; Lindig, Heilstätte, S. 174.

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

Als gesundheitspolitische Maßnahme weit wichtiger einzuschätzen ist die Bismarcksche Sozialversicherung, die einen erheblichen Einfluß auf die Bekämpfung der Tuberkulose hatte. Allerdings blieb dabei die Krankenversicherung von geringerer Bedeutung, da diese im Krankheitsfall nur 13 Wochen Krankengeld gewährte – ein für Tuberkulosekranke viel zu kurzer Zeitraum, in Anbetracht dessen, daß sich die Tbc als chronische Krankheit meist über Jahre hinzog. Die Tuberkulosekranken wurden vielmehr als langfristig Erwerbsunfähige zu einem Problem der Alters- und Invalidenversicherung. Die Invalidenversicherung mußte Personen, die mindestens fünf Jahre eingezahlt hatten, bei langandauernder Erwerbsunfähigkeit mit einem niedrigen Betrag langfristig unterstützen. Daraus erklärt sich das in Deutschland so starke Engagement der Alters- bzw. später der Rentenversicherung in der Tuberkulosehilfe. Die Landesversicherungsanstalten (LVAs) als Träger der Rentenversicherung versuchten, dem hohen Kostenfaktor der Tuberkulosekranken zu begegnen, indem sie zusammen mit den Krankenkassen Heilbehandlungen unterstützten, um auf diese Weise die Arbeitskraft der Kranken möglichst wiederherzustellen. Zunächst wurde die kurze Zahlungspflicht der Krankenkassen in Anspruch genommen, danach wurden die Behandlungen von den Landesversicherungsanstalten finanziert, sofern Aussicht auf Heilung bestand. Die Regelung bestand in Deutschland seit 1894.[55] Dies führte dazu, daß die Landesversicherungsan-

---

51 CONDRAU, Lungenheilanstalt, S. 623–4; RUDLOFF, Wohlfahrtsstadt, S. 693.
52 RUDLOFF, Wohlfahrtsstadt, S. 696.
53 CONDRAU, Lungenheilanstalt, S. 82–3; NEUMANN, Epidemiologie, S. 26.
54 LOCK, 90 Jahre, S. 394.
55 CONDRAU, Lungenheilanstalt, S. 86–7; TENNSTEDT, Sozialgeschichte der Sozialversicherung.

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

---

59 FERLINZ, Tuberkulose 1995, S. 622.

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

66 LOCK, 90 Jahre, S. 394.

67 REINICKE, Tuberkulosefürsorge, S. 195–200.

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

77 NEUMANN, Epidemiologie, S. 42.

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

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

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

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

---

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

79 SONS, Gesundheitspolitik, S. 145.

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

81 Vgl. hierzu HAGEN, 10 Jahre.

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

86 Sons, Gesundheitspolitik, S. 148.

87 NRW HStA, NW6/193, Bl. 110.

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

1.2.2 Großbritannien

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

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

88 Ministry of Health, On the State of Public Health 1952, S. 97.
89 CONDRAU, Lungenheilanstalt, S. 70–3; TELEKY, Entwicklung, S. 63.
90 BRYDER, Mountain, S. 23; CONDRAU, Lungenheilanstalt, S. 78.
91 CONDRAU, Lungenheilanstalt, S. 58.

loserate in den urbanen Ballungsräumen besondere Aufmerksamkeit gewidmet.[92]

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

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

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

---

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

93 CONDRAU, Lungenheilanstalt, S. 112–6.

94 BRYDER, Mountain, S. 19–21.

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

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

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

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

---

95 BRYDER, Mountain, S. 41–2.

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

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

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

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

100 BRYDER, Mountain, S. 33–4.

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

106 CONDRAU, Lungenheilanstalt, S. 80.

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

108 TELEKY, Entwicklung, S. 65.

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

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

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

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

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

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

---

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

111 BRYDER, Papworth.

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

113 BRYDER, Mountain, S. 230.

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

115 Zitiert nach BRYDER, Mountain, S. 229.

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

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

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

---

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

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

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

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

120 TELEKY, Entwicklung, S. 66.

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

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

1.3 Tuberkulosebekämpfung von Ende der 1940er bis Anfang der 1960er Jahre in der Bundesrepublik Deutschland

1.3.1 Entwicklung der Krankheit und Organisation der Tuberkulosebekämpfung

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

Tabelle 8: Standardisierte Sterbeziffern von Lungentuberkulose in der Bundesrepublik Deutschland und Großbritannien[122]

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

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

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

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

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

---

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

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

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

125 Gesundheitswesen 1968, S. 172.

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

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

Tabelle 9: Bestand an Tuberkulosekranken und Neuerkrankungen an Tuberkulose in der Bundesrepublik Deutschland[128]

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

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

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

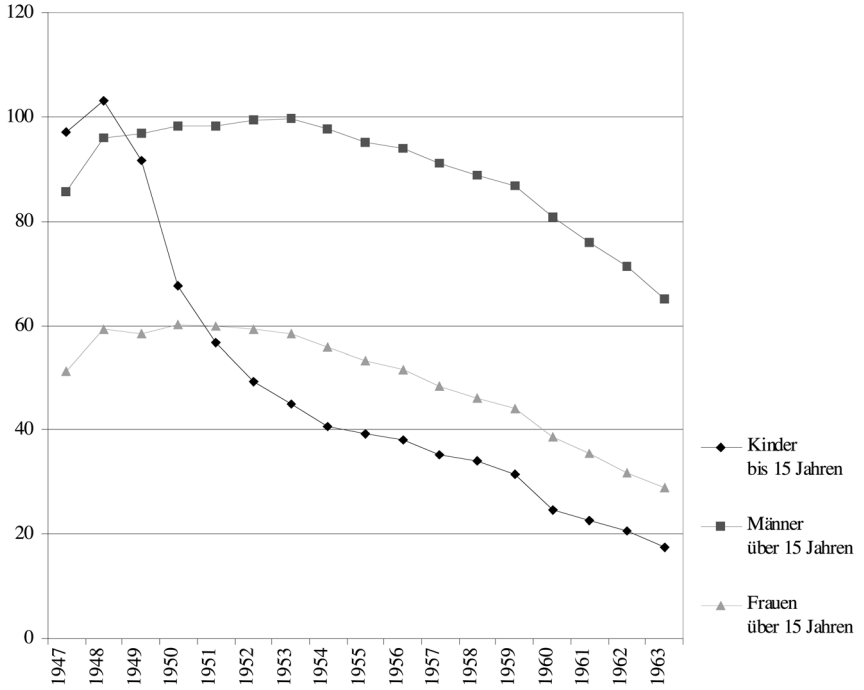
128 Gesundheitswesen 1968, S. 175–6.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

149 BENNIGHOF, Problem, S. 101.

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

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

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

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

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

150 GÖTTSCHING, Voraussetzungen, S. 257.
151 Vgl. zu Redeker oben, Kap. II, 1.1.
152 BAK, B 142/386, Mitgliederversammlung des DZK, 14. 4. 1950 in Bonn; Vgl. auch LOCK, 90 Jahre, S. 395.
153 BAK, B 142/386, Mitgliederversammlung des DZK, 29. 4. 1952 in Bad Pyrmont.

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

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

1.3.2 Prävention

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

164 NEUMANN, Epidemiologie, S. 36.

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

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

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

165 Weicksel, Beitrag.
166 Bech, Frage, S. 361; Mooser, Rolle; Reiner W. Müller, Rindertuberkulose, S. 702.
167 BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß des DZK für Kindertuberkulose, Sitzung am 20. 1. 1951 in Hannover.
168 BAK, B 142/386, Mitgliederversammlung des DZK, 27. 4. 1951 in Bonn; BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß des DZK für Kindertuberkulose, Sitzung am 20. 1. 1951 in Hannover.
169 Bech, Frage, S. 361.
170 Knappe, Bovinus-Tuberkulose, S. 761.
171 BAK, B 142/386, Mitgliederversammlung des DZK, 27. 4. 1951 in Bonn.
172 BAK, B 142/386, Mitgliederversammlung des DZK, 10. 2. 1953 in Bonn.

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

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

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

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

---

173 FERLINZ, Tuberkulose 1995, S. 625.
174 ICKERT, Wende, S. 227.
175 Rindertuberkulose, S. 230.
176 FERLINZ, Tuberkulose 1995, S. 625.
177 MÜNCHBACH, Tuberkulose.
178 SCHRAG, Organisation, S. 396–397; TRÜB, Mitteilung, S. 670.

gangen, so Hamburg 1946 und Schleswig-Holstein im Jahr 1947.[179] Anfang der 1950er Jahre begann man dann in den einzelnen Ländern, die Röntgenreihenuntersuchung systematisch auszubauen, wobei sich die Vorgehensweise aber deutlich unterschied. Während in Bayern, Baden-Württemberg, Niedersachsen, Bremen und Schleswig-Holstein die Untersuchungen obligatorisch waren, blieben die anderen Bundesländer bei freiwilligen Röntgenreihenuntersuchungen. Der Streit um eine verpflichtende oder freiwillige Beteiligung war dabei zunächst von geringer praktischer Bedeutung, da für die angestrebten verpflichtenden Massenuntersuchungen der Bevölkerung bei weitem nicht genug Röntgengeräte zur Verfügung standen.[180]

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

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

---

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

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

181 WEILER, Gesetz, S. 120.

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

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

184 DETERMANN, Ergebnisse, S. 539–580.

trupp“ zusammensetzten, der mit einem transportablen Spiegeloptik-Röntgengerät im Lande unterwegs war. 1958 arbeiteten bereits acht Schirmbildstellen, deren durchschnittliche Leistungsfähigkeit ca. 150000 Aufnahmen pro Jahr betrug, unter der Aufsicht der Medizinalreferenten bei den Bezirksregierungen. Der Leiter der Schirmbildstelle sollte eng mit den Gesundheitsämtern und den Tuberkulosefürsorgestellen kooperieren. Zuerst wurden Röntgenaufnahmen der Lunge angefertigt, dann untersuchte der Arzt der Schirmbildstelle etwa zwei Wochen später die geröntgten Personen nochmals persönlich. Wenn eine Schirmbildstelle ihre Arbeit in einer Stadt oder einem Landkreis abgeschlossen hatte, wurden die Ergebnisse in einer Statistik zusammengefaßt und die Kranken der Tbc-Fürsorgestelle zur weiteren Behandlung übergeben.[185] Die Akzeptanz der Röntgenreihenuntersuchung scheint hoch gewesen zu sein, jedenfalls begehrten nur zwei oder drei Prozent der Vorgeladenen dagegen auf, folgten der Aufforderung nicht und ließen sich auch anderweitig nicht untersuchen.[186]

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

Tabelle 10: Leistungen der Tuberkulose-Fürsorgestellen und der Röntgenreihenuntersuchung in Bayern[188]

	1950	*1952*	*1954*	*1956*	*1957*
Tuberkulose-Fürsorgestellen: Gezielte Röntgenaufnahmen und Untersuchungen insgesamt	370099	475738	360416	376212	428395
Schirmbildstellen: Röntgenreihenuntersuchungen nach dem Gesetz	–	–	304693	960455	979660

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

193 BAK, B 142/387, Auszug aus Artikel „Tuberkulose“, in: Die Welt, 17. 4. 1958.
194 BAK, B 142/387, Präsidialsitzung 17. 5. 1958 Bad Wildungen, Anlage 3.
195 BAK, B 142/387, Stand des Tuberkuloseproblems, September 1958.
196 BAK, B 142/387, DZK an Dr. Buurmann, Bad Godesberg, 14. 9. 1960.
197 BAK, B 142/387, DZK an Dr. Lotz, Niedersächsischer Verein zur Bekämpfung der Tuberkulose, 30. 5. 1960.

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

Tabelle 11: Befunde auf Tbc nach Röntgenreihenuntersuchungen in Bayern[202]

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3.3 Gesundheitspolitische Maßnahmen und Praxis

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

207 PACZOWSKY, Forderungen, S. 702.

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

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

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

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

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

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

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

---

211 NEUMANN, Zwangsabsonderung, S. 81.

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

226 HACKER, Neue Methoden.

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

231 PIES, Kritisches, S. 46.

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

233 Vgl. BASSERMANN, Streptomycin.

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

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

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

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

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

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

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

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

---

236 ICKERT, Wende, S. 226.
237 ICKERT, Wende, S. 226.
238 BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß für Chemotherapie des DZK, Sitzung am 4. 3. 1956 in Borstel.
239 LÜTGERATH und SPIELMANN, Fürsorgerische Kontrollen, S. 758.
240 BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß für Chemotherapie des DZK, Sitzung am 4. 3. 1956 in Borstel.

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

hieß es in einer Empfehlung des Gremiums.

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

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

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

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

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

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

---

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

242 Memoiren eines Mottenbruders, S. 580–1.

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

244 Memoiren eines Mottenbruders, S. 583.

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

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

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

---

245 GÖTTSCHIG, Voraussetzung.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

248 Memoiren eines Mottenbruders, S. 584.
249 BAK, B 142/386, Mitgliederversammlung des DZK am 28. 4. 1954 in Bad Pyrmont.
250 BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß des DZK für stationäre Behandlung der Tbc, Sitzung am 27. 1. 1954 in Hannover.

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

---

259 BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß des DZK für stationäre Behandlung der Tbc, Sitzung am 30. 3. 1957 in Wiesbaden.
260 LINDIG, Heilstätte, S. 178.
261 NEUMANN, Epidemiologie, S. 45.
262 REINER W. MÜLLER, Chemotherapie, S. 630.
263 HEIN und STECHER, Ergebnisse.
264 BAK, B 142/390, Arbeitsausschuß des DZK für Kindertuberkulose, Sitzung am 1. 12. 1961 in Augsburg.

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

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

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

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

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

---

265 LINDIG, Heilstätte, S. 179.
266 NEUMANN, Künftige Epidemiologie, S. 202.
267 DANIEL, Abschied, S. 122–30.
268 DANIEL, Abschied, S. 125–7; vgl. auch ARNHOLDT, Analyse, S. 470.

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

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

1.4 Tuberkulosebekämpfung von Ende der 1940er Jahre bis Anfang der 1960er Jahre in Grossbritannien

1.4.1 Entwicklung der Krankheit und Organisation der Tuberkulosebekämpfung

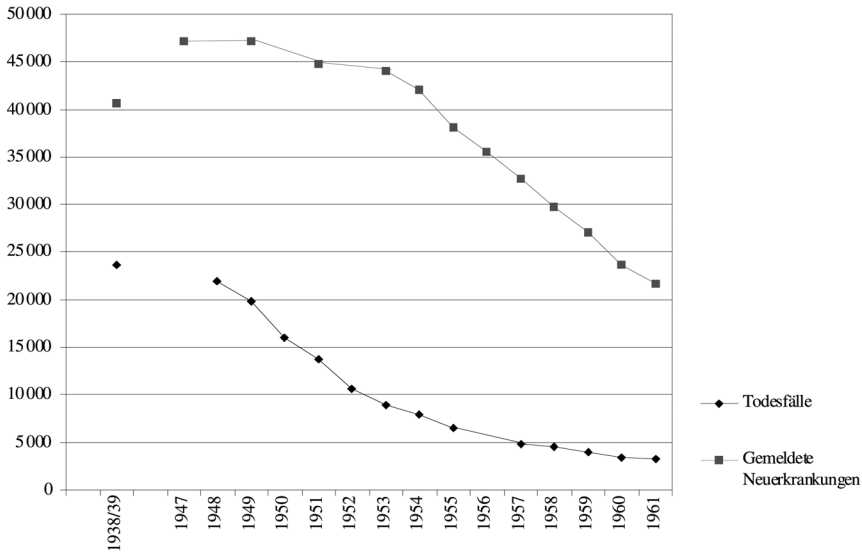
In Großbritannien stieg die Zahl der von Tuberkulose verursachten Todesfälle während des Zweiten Weltkrieges kurzzeitig an, sank jedoch ab 1948 wieder deutlich ab.[271] Dieser Trend setzte sich auch in den nächsten Jahren fort und war in Großbritannien wie in anderen Ländern sowohl dem Einsatz neuer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

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

---

269 Lindig, Heilstätte, S. 179.
270 Hoppe, Wandel, S. 699; Gsell, Tuberkulose, S. 335–7.
271 Ministry of Health, On the State of Public Health 1947, S. 75; Ministry of Health, On the State of Public Health 1949/50, S. 99.
272 Lowe, Recent Trends.
273 Z.B. in Dänemark, Canada oder den Vereinigten Staaten vgl. PRO, MH 55/1165, Office Committee on Tuberculosis, 20. 10. 1952; vgl. auch Lowe und Geddes, Investigation.
274 Ministry of Health, On the State of Public Health 1947, S. 75; Lowe und Geddes, Investigation, S. 230.
275 PRO, MH 55/1165, Office Committee on Tuberculosis, 20. 10. 1952.

Diagramm 4: Tuberkulose-Todesfälle und Neuerkrankungen in England und Wales[276]



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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

280 BRYDER, Mountain, S. 248.

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

282 BRYDER, Mountain, S. 251.

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

1.4.2 Prävention

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

Tabelle 12: Röntgenreihenuntersuchungen (Mass Radiography) in Großbritannien[308]

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

313 PRO, MH 55/2287, Ministry of Education an Local Education Authorities 1957.
314 PRO, MH 133/441, The Present Tuberculosis Position, 1956.
315 Ministry of Health, On the State of Public Health 1955, S. 95. Ein Memorandum des Ministeriums von 1957 an die Regional Hospital Boards bekräftigte diese neue Ausrichtung; PRO, MH 55/2279, Hospital Memorandum. Development of the Mass Miniature Radiography Service, 1957; vgl. auch Future of Mass Radiography, S. 116–8.
316 Ministry of Health, On the State of Public Health 1955, S. 103–104.
317 Ministry of Health, On the State of Public Health 1957, S. 105. Hierbei handelte es sich oftmals um ältere Männer – die Gruppe, die mittlerweile die höchsten Tuberkuloseraten aufwies.

Abbildung 2: Plakate der „Liverpool's X-Ray Campaign" von 1959[318]

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

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

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

318 PRO, MH 55/2297, Bericht über Mass Radiography Campaign Liverpool 1959.
319 PRO, MH 55/2279, Hospital Memorandum. Development of the Mass Miniature Radiography Service, 1957.
320 Vgl. oben Tabelle 12, S. 193.
321 Ministry of Health, On the State of Public Health 1959, S. 102; eine ähnliche Aktion wurde 1958 in Edinburgh durchgeführt, vgl. FLETCHER et al., Observations.

alle Einwohner zur Teilnahme zu motivieren.[322] Es gab unterschiedliche Flugblätter für Teenager, Mütter und Väter, Personen mittleren Alters und Senioren, stets mit dem Tenor, daß eine frühe Entdeckung der Krankheit schnellere Heilung bringe. Busse wurden für Werbung gemietet, Plakate entworfen und selbst ein kurzer Werbefilm vorbereitet.[323]
Die Aktion selbst fand vom 23. Februar bis 21. März 1959 statt und begann mit begleitenden Paraden, Ansprachen des Bürgermeisters sowie Darbietungen von Musikbands.[324] Die geröntgten Personen wurden auf Pressefotos wie Helden präsentiert, um noch mehr Menschen von der Notwendigkeit des Ganzen zu überzeugen.

Abbildung 3: Erste Verleihung einer Straßenplakette durch den Liverpooler Bürgermeister[325]

322 PRO, MH 55/2192, Note of Meeting Ministry of Health, 6. 8. 1958.
323 Vgl. PRO, MH 55/2192, passim.
324 PRO, MH 55/2192, Mass Radiography Campaign Liverpool, Programme of Events.
325 Das mit dem Stadtwappen unterlegte Plakat trug den Text: "LIVERPOOL'S X-RAY CAMPAIGN: WE'VE BEEN X-RAYED", gefolgt vom Namen der sich beteiligenden Straße (in diesem Fall „Calmet Street") oder auch einer großen Firma; PRO, MH 55/2297 Bericht über Mass Radiography Campaign Liverpool 1959.

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

340 BRYDER, Mountain, S. 244–5.
341 PRO, MH 55/1316, Ministry of Health an Local Health Authorities, Circular B.C.G. Vaccination of School Children, 5. 11. 1953; vgl. auch Ministry of Health, On the State of Public Health 1954, S. 86–87; 1961, S. 82.
342 Ministry of Health, On the State of Public Health 1955, S. 102.
343 Annual Report, Central Health Services Council, 1957, S. 98.
344 PRO, MH 133/441, Standing Tuberculosis Advisory Committee, Meeting 17. 7. 1956.
345 PRO, MH 55/1316, Ministry of Health an Local Health Authorities, Circular B.C.G. Vaccination of School Children, 5. 11. 1953.
346 Annual Report, Central Health Services Council 1957, S. 99.

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

Tabelle 13: BCG-geimpfte Personen in Großbritannien[348]

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

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

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

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

347 MINISTRY OF HEALTH, 10 Year Survey, S. 170; Ministry of Health, On the State of Public Health 1961, S. 82.
348 PRO, MH 55/2303, BCG-Vaccination in England and Wales.
349 Ministry of Health, On the State of Public Health 1958, S. 101; 1961, S. 82–3.
350 Ministry of Health, On the State of Public Health 1958, S. 101; Ministry of Health, On the State of Public Health 1961, S. 82.
351 PRO, MH 154/183, Judd an Eley, 5. 9. 1963.
352 Annual Report, Central Health Services Council 1955, S. 98–9.

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

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

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

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

353 PRO, MH 55/2279, Ministry of Health an Local Health Authorities, Circular Prevention of Tuberculosis, 1957.
354 LINDSEY, Socialized Medicine, S. 384–5.
355 PRO, MH 55/2757, Joint Tuberculosis Council, Control of Tuberculosis 1961.
356 PRO, MH 133/441, Memorandum on the Organisation of the Tuberculosis Services under the National Health Services Act 1946, 1949.
357 Ministry of Health, On the State of Public Health 1949/50, S. 99.
358 BRYDER, Mountain, S. 247.
359 Well CMAC, SA/BMA 110, Tuberculosis in England, Draft Version 1952, BMA.

1.4.3 Maßnahmen und Praxis der Behandlung

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

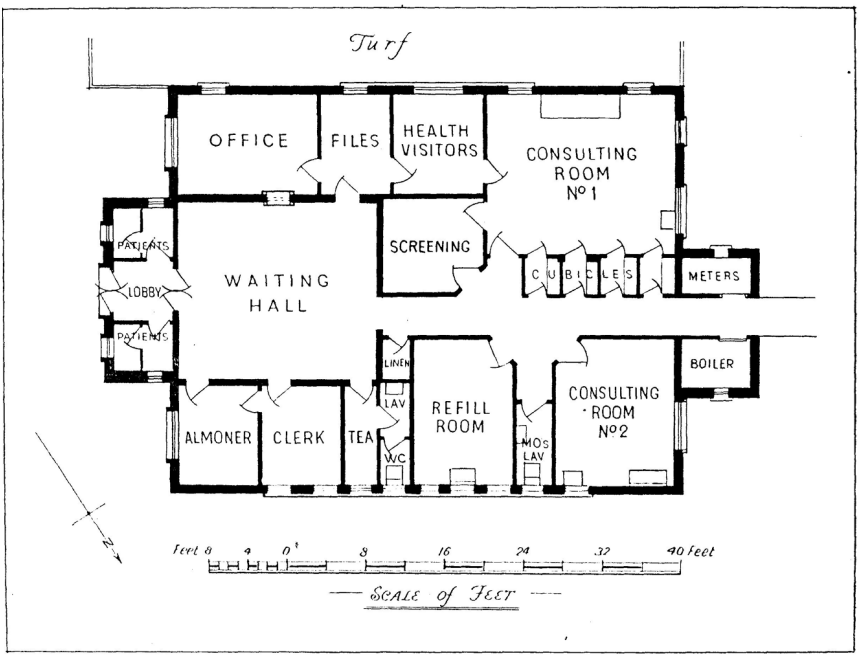
Unter den lungenchirurgischen Verfahren erfreute sich der artifizielle Pneumothorax und die Kollapstherapie Anfang der 1950er Jahren noch großer Beliebtheit. Chemotherapeutika wurden dabei ergänzend eingesetzt, um die Patienten auf die Kollapstherapie vorzubereiten.[372] Auch im Gesundheitsministerium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

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

---

367 PRO, MH 55/940, Ministry of Health, Tuberculosis in England and Wales, Juli 1952.
368 LIVINGSTONE, Rational Drug Therapy.
369 Ministry of Health, On the State of Public Health 1949/50, S. 101.
370 Ministry of Health, On the State of Public Health 1952, S. 99.
371 Vgl. z. B. TATTERSALL, Survival, der die Überlebenschancen von Heilstättenbehandelten und Patienten ohne Heilstättenbehandlung gegenüber stellte und keine signifikanten Unterschiede fand. Solche Untersuchungen gab es zu dieser Zeit in Deutschland nicht; vgl. zur positiven Einschätzung der Heilstättenbehandlung DAY, Sanatorium Treatment. Eine starke Riege von Befürworten der strengen Heilstättenkur fand sich aber auch in Großbritannien.
372 BEARD, Thoracoplasty.
373 Well CMAC, SA/BMA 110, Edwards, Stoke on Trent Hospital Management Committee an Dr. Acrea, BMA, 1. 2. 1950.

Abbildung 4: Grundriß der „High Wycombe Chest Clinic" von 1954[374]



gänzlich verschwunden. Die für den Fortbestand des Kollaps der Lunge nötigen Nachbehandlungen, die sogenannten *Refills*, gingen dementsprechend drastisch zurück. Wurden beispielsweise 1953 in der *Birmingham Chest Clinic* noch 14 000 *Refills* im Jahr durchgeführt, sank diese Zahl bis 1958 auf 512.[375]

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

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

374 Two New Chest Clinics, S. 151.
375 ARBLASTER et al., Respiratory Tuberculosis, S. 200.
376 PRO, MH 55/940, Ministry of Health, Tuberculosis in England and Wales, Juli 1952; Major Surgery, S. 183; BRYDER, Mountain, S. 256.

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

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

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

377 PRO, MH 55/2757, Joint Tuberculosis Council, Control of Tuberculosis 1961; vgl. auch Ross, Antibacterial Therapy.
378 PRO, MH 55/2757, Joint Tuberculosis Council, Control of Tuberculosis 1961.
379 PRO, MH 55/2757, Joint Tuberculosis Council, Control of Tuberculosis 1961.
380 Eckstein, Health Service, S. 239.

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

404 PRO, MH 133/441, Memorandum on the Organisation of the Tuberculosis Services under the National Health Services Act 1946, 1949.
405 PRO, MH 55/940, More Beds for Tuberculosis Patients, 11. 7. 1950.
406 PRO, MH 133/441, Memorandum on the Organisation of the Tuberculosis Services under the National Health Services Act 1946, 1949.
407 PRO, MH 133/441, Standing Tuberculosis Advisory Committee, Meeting May 1952.
408 PRO, MH 55/1163, Ministry of Health an BMA, 17. 1. 1951.
409 PRO, MH 55/1314, Auszug aus Parliamentary Debates, House of Commons, 20. 2. 1946.

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

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

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

410 RPO, MH 55/1314, Sending of Ex-Servic Tuberculous Patients to Switzerland by Ministry of Pensions, September 1946.
411 PRO, MH 55/940, Ministry of Health, Tuberculosis in England and Wales, Juli 1952. Generell konnten nun Devisen für Gesundheitsaufenthalte zur Verfügung gestellt werden, vgl. PRO, MH 55/940, More Currency for Health Travel, 15. 2. 1951.
412 PRO, MH 55/1315, Private Secretary of the Health Minister an J.B. Figgins, General Secretary the National Union of Railwaymen, 4. 3. 1952.
413 PRO, MH 133/441, Standing Tuberculosis Advisory Committee, Meeting 17. 7. 1956.
414 Ministry of Health, On the State of Public Health 1952, S. 101; 1953, S. 96.
415 Ministry of Health, On the State of Public Health 1954, S. 83.

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

Die Zahl der in den Tuberkuloseambulanzen und Heilstätten registrierten Patienten ging bis 1957 nicht zurück, obwohl die Fälle an neuer Tuberkulose stark sanken. Dies hatte verschiedene Ursachen: Die niedergelassenen Allgemeinärzte spielten mittlerweile ebenfalls eine wichtigere Rolle bei der Bekämpfung der Krankheit, insbesondere bei der Früherkennung: „The leadership of the battle against this scourge is in your hands," hieß es im jährlichen Bericht des Gesundheitswesens von 1954.[418] Da den GPs nun verstärkt die Apparate der Reihenröntgenuntersuchung zur Verfügung standen, tendierten sie dazu, Patienten mit Lungenproblemen häufiger zu Röntgenuntersuchungen zu schicken als früher. Dies führte dazu, daß gerade bei älteren Männern eine Vielzahl von chronischen Tuberkerkulosefällen entdeckt wurde. Diese Patienten benötigten meist einen längeren Krankenhausaufenthalt, da sie auch durch die neue Chemotherapie nicht schnell zu heilen waren, und füllten so die Sanatorien.[419] Generell verschob sich die Mehrheit der Tuberkulosekranken bei beiden Geschlechtern hin zu höheren Altersgruppen, wobei aber die Gruppe der Männer einen deutlichen Überhang aufwies.[420] Ende der 1950er Jahre wurde Tuberkulose besonders häufig bei älteren, obdachlosen Männern festgestellt. Tuberkulose entwickelte sich – zumindest teilweise – zu einer Krankheit der Randgruppen der Gesellschaft.[421] Die weiterhin hohe Zahl von Tuberkulose-

---

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

450 Am 31. 7. 1962; PRO, MH 133/442.

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

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

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

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

1.5 Strategien für die Bekämpfung einer „alten Krankheit" und deren unterschiedliche Anpassung an neue Therapiekonzepte

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

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

453 PRO, MH 55/2283, Eley an Goodman, 24. 1. 1962.
454 Hospital O and M Service Reports: Chest Clinics, S. 3–5.

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

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

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

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

---

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

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

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

2 Die Bekämpfung der Kinderlähmung

2.1 Kinderlähmung als „Neue Krankheit"

Kinderlähmung (Poliomyelitis, kurz: Polio, englisch auch: *Infantile Paralysis*) trat wohl schon in der Antike als vereinzelte Krankheit auf,[1] große Epidemien, wie sie seit Ende des 19. Jahrhunderts stattfanden, wurden zuvor jedoch nicht beschrieben. Die erste zweifelsfrei dokumentierte Beobachtung der Kinderlähmung stammt aus dem Jahr 1789 von dem englischen Arzt Michael Underwood, der die Krankheit als Lähmungserscheinungen nach Fieber bei Kindern charakterisierte. Er verband als erster diese beiden Komponenten zu einem Krankheitsbild.[2] Eine genaue Beschreibung lieferte dann der deutsche Arzt und Orthopäde Jacob Heine im Jahr 1840, der bereits eine Beeinträchtigung des Rückenmarks vermutete und deswegen die Erkrankung als „spinale Kinderlähmung" bezeichnete. Als infektiös galt die Krankheit noch nicht. Im 19. Jahrhundert wurden jedoch erstmals kleinere Epidemien beschrieben, deren wohl bekannteste sich im Jahr 1836 auf der britischen Insel St. Helena ereignete.[3] In den 1880er Jahren wurde die infektiöse Natur der Krankheit erkannt. 1887 kam es dann in Schweden zu einer Welle von 44 Polio-Fällen. Der schwedische Arzt Karl Oskar Medin, der darüber ausführlich berichtete, unterschied dabei erstmals verschiedene Phasen der Erkrankung. Infolgedessen wird Polio mitunter auch als Heine-Medinsche Krankheit bezeichnet.[4] 1894 gab es schließlich in den Vereinigten Staaten den ersten Ausbruch einer Epidemie mit insgesamt 132 Krankheitsfällen.[5] Der Erreger der Kinderlähmung, der Polio-Virus, wurde im Jahr 1908 identifiziert, als es den Wiener Forschern Landsteiner und Popper gelang, den Virus auf Affen zu übertragen und so einen Nachweis des Erregers zu führen.[6] Die Übertragungswege blieben jedoch weiterhin unklar.

Die durch den Erreger verursachte Krankheit, die Poliomyelitis, ist eine Infektionskrankheit, die durch Viren entweder oral oder fäkal übertragen wird und zunächst Fieber, Halsschmerzen, Kopfweh und Erbrechen auslöst. Bei einigen Patienten klingen diese Symptome ohne Folgeerscheinungen ab. In vielen Fällen folgen auf die Erstsymptome jedoch Lähmungserscheinungen, meist der Extremitäten. In besonders schweren Fällen kommt es zur lebensbedrohlichen Lähmung der Atemfunktion. Es kann auf die Erstsymptome auch eine Gehirnhautentzündung folgen.[7] An der Polio-Infektion erkranken meist Kin-

---

1 Zu diesem Befund kommt zumindest Paul, History, S. 15–6.
2 Vgl. Brehme, Poliomyelitis, S. 9; Paul, History, S. 22.
3 Vgl. Schede, Behandlung, S. 7. Über die Epidemie auf St. Helena berichtete der englische Arzt Charles Bell; vgl. Paul, History, S. 43–4.
4 Brehme, Poliomyelitis, S. 9; Schede, Behandlung, S. 8.
5 Paul, History, S. 79–81.
6 Paul, History, S. 98–9.
7 Vgl. zur Definition der Kinderlähmung Debré (Hrsg.), Poliomyelitis; Brehme, Poliomye-

der, daher die deutsche Bezeichnung Kinderlähmung bzw. der englische Name *Infantile Paralysis*.

Im 20. Jahrhundert entwickelten sich im Gegensatz zu früheren Jahrhunderten Polio-Epidemien von bedrohlichem Ausmaß. Die Krankheit war also keine „neue Krankheit" im strengen Sinn, aber ihre epidemische Erscheinungsform stellte ein Novum dar. Diese Entwicklung wird heute mit den sich verbessernden wirtschaftlichen und sozialen Lebensverhältnissen in den Industrieländern erklärt. Zuvor war demnach die Polio-Infektion endemisch verbreitet, wie auch heute in Bevölkerungen und Ländern mit schlechten hygienischen Existenzbedingungen fast alle Kinder bis zum Alter von ca. fünf Jahren Antikörper gegen Polio-Viren entwickeln. Wenn im Zuge fortschreitender Hygienisierung dann immer weniger Kinder auf diese Weise immunisiert werden, kann es unter der zunehmend ungeschützten Bevölkerung – insbesondere unter den Kindern – zu epidemieartigen Ausbrüchen der Krankheit kommen.[8]

In den ersten Dekaden des 20. Jahrhunderts betrafen solche Polio-Epidemien insbesondere die USA. Zwischen 1905 und 1909 lebten 2/3 der weltweit Erkrankten in den Vereinigten Staaten. Europa blieb zunächst weitgehend von Ausbrüchen der Krankheit verschont. Hier traten erst nach dem Zweiten Weltkrieg große Epidemien auf. Die größte bis dahin bekannte Epidemie gab es 1916 in den Vereinigten Staaten. Damals wurden 27000 Erkrankte und 6000 Todesfälle in 26 Staaten gezählt. Allein in New York erkrankten 8900 Patienten, von denen 2400 starben. 80 Prozent der Erkrankten waren Kinder unter fünf Jahren.[9] Die Krankheit hatte zunächst im frühen Sommer 1916 im New Yorker Stadtteil Brooklyn begonnen und breitete sich rasch aus. Die Gesundheitsbehörden reagierten mit extrem strengen hygienischen und Quarantäne-Maßnahmen; unter anderem war es ab dem 14. Juli 1916 allen Kindern unter 16 Jahren verboten, die Stadt zu verlassen. Da man die Übertragungswege aber nach wie vor nicht kannte und Polio oft auch nicht eindeutig zu diagnostizieren war, blieben diese Maßnahmen sehr umstritten. Die Verantwortlichen in den Gesundheitsbehörden in New York setzten dennoch auf extreme Restriktionen.[10]

Wie Naomi Rogers in ihrem Buch „Dirt and Disease" überzeugend dargelegt hat, entstand im Zuge dieser ersten Epidemie, die in den Einwandererquartieren Brooklyns begonnen hatte, in den Vereinigten Staaten die Vorstellung von Immigranten, die die Kinderlähmung einschleppten. Die Krankheit verbreite sich dann rasch angesichts der unhygienischen Lebensbedingungen, die

---

lits, S. 39–42; SCHEDE, Behandlung, S. 14–6; Artikel „Poliomyelitis epidemica anterior acuta", in: Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch, S. 1269–70.

8 HARDY, Poliomyelitis, S. 253.

9 GOULD, Summer Plague, S. 161; ROGERS, Dirt, S. 10–11; vgl. auch HARDY, Poliomyelitis, S. 250–1.

10 GOULD, Summer Plague, S. 4–6; PAUL, History, S. 148.

in diesen Vierteln herrschten.[11] Arme und Immigranten, so schien es, waren für die Krankheit verantwortlich. In New York wurden beispielsweise die Straßen in entsprechenden Vierteln jede Nacht gesäubert, in kleineren Städten begann man, Slums abzureißen bzw. zu sanieren. Solche Vermutungen wurden zwar durch die Daten der ersten Epidemie keineswegs bestätigt; diese wiesen vielmehr auf eine Verbreitung unter allen Bevölkerungsgruppen hin, die bei Kindern aus amerikanischen Familien sogar größer war als bei Einwandererfamilien. Dennoch zeigten sich diese Annahmen der Gesundheitsbehörden sehr beständig.[12]

Die Epidemie von 1916 gab kaum einen Anstoß, die Forschungen zur Krankheitsübertragung und der Verbreitung des Polio-Virus im menschlichen Körper zu intensivieren. Dies lag wohl vor allem am Mangel an echten virologischen Fachkräften. Man stritt sich weiterhin darüber, ob außer dem identifizierten Polio-Erreger nicht noch andere Mikroorganismen für die Krankheit verantwortlich seien. Die Diagnose der Krankheit blieb schwierig, da der Polio-Virus nicht im Blut nachgewiesen werden konnte und die Anfangssymptome auch auf viele andere Infektionen hindeuten konnten. Eine unsichere Diagnosemöglichkeit stellte die Punktion der Rückenmarksflüssigkeit dar, die dann zentrifugiert unter dem Mikroskop untersucht wurde. Klare Rückenmarksflüssigkeit und erhöhte Leukozyten konnten auf Polio hindeuten, ohne daß eine solche Untersuchung eindeutige Resultate lieferte. Vielmehr war die Punktion schwer auszuführen und gefährlich für die Patienten. Dennoch wurde sie während der New Yorker Epidemie von 1916 bei zweifelhaften Fällen in den Kliniken der Stadt routinemäßig durchgeführt.[13]

Therapiemaßnahmen gegen Polio gab es kaum. Ärzte versuchten, die Schmerzen und das Fieber mit herkömmlichen Methoden zu lindern. Meistens riet man vor allem zur Ruhe: angeblich um Deformationen zu verhindern, wurden die Patienten über Wochen und Monate ruhig gehalten, was allerdings durch den damit verbundenen Muskelabbau ihre Beweglichkeit extrem verschlechterte.[14] In Amerika setzte man seit 1916 Hoffnungen auf ein Serum aus dem Blut von Erkrankten, die die Polio bereits überwunden hatten. Die Versuche mit Patienten, denen man dieses Serum injizierte, zeigten im Grunde keinen Erfolg; da aber in verschiedenen Kliniken ganz unterschiedliche Methoden angewandt wurden und die erhaltenen Ergebnisse praktisch beliebig zu interpretieren waren, wurden die Forschungen auf diesem Gebiet fortgesetzt.[15]

In den Vereinigten Staaten gab es in den nächsten Jahren und Jahrzehnten weitere große Epidemien, z. B. im nordöstlichen Teil des Landes im Jahr 1931. Zwar erkrankten mittlerweile auch in Europa Kinder an Polio, bis in die 1940er

11 ROGERS, Dirt, S. 19–20; vgl. auch GOULD, Summer Plague, S. 4.
12 ROGERS, Dirt, S. 148–9.
13 Vgl. PAUL, History, S. 156; ROGERS, Dirt, S. 79–84.
14 Vgl. GOULD, Summer Plague, S. 88.
15 Vgl. PAUL, History, S. 190–99.

Jahre erreichten diese Erkrankungen jedoch außer in skandinavischen Staaten kaum epidemische Ausmaße.[16]

Neuerungen in der Therapie führte in den 1930er Jahren die äußerst umstrittene australische Krankenschwester Elizabeth Kenny ein, die für heiße Kompressen und frühe Mobilisation plädierte, um Schmerzen zu lindern und die Beweglichkeit der Patienten zu verbessern.[17] Schwester Kenny hatte – mit einem Polio-Fall konfrontiert – diese Methode bereits 1911 entwickelt, begann aber letztlich erst in den 1930er Jahren, mit ihrem Ansatz in Australien chronische Fälle zu behandeln. Sie zog sich dort die erbitterte Gegnerschaft der Fachärzte zu, die nach wie vor auf Ruhe als wichtigstes Therapeutikum setzten; eine Kommission, die ihre Therapie untersuchte, verwarf diese als nutzlos. Kenny arbeitete daraufhin zwei Jahre in England, wo ihre Methoden etwas mehr Anklang fanden; die Fachleute blieben aber auch hier skeptisch. 1940 reiste sie in die Vereinigten Staaten, um ihre Rehabilitationsmaßnahmen dort zu propagieren. Hier hatte sich in der Therapie weitgehend die völlige Immobilisierung der Patienten mit Hilfe von Gipsbetten und Schienen durchgesetzt.[18] Kenny fand zwar auch in den USA Unterstützer und konnte zahlreichen Patienten helfen; von den Ärzteorganisationen wurde sie jedoch vehement abgelehnt. Dies lag nicht unbedingt an ihren Praktiken, die mittlerweile auch von anderen teilweise übernommen worden waren, sondern vielmehr an ihrem zunehmend problematischen Auftreten. Kennys Anspruch, Polio-Patienten endgültig heilen zu können und ihre gewagten Neuinterpretationen wissenschaftlicher Ergebnisse der Polio-Forschung machten sie mehr und mehr zur Außenseiterin. Neuen Erkenntnissen der konventionellen Forschung gegenüber verschloß sie sich.[19]

Das Bild der Kinderlähmung änderte sich in den USA vor allem durch die Erkrankung von Franklin D. Roosevelt, der 1921 als bereits 40jähriger von der Krankheit getroffen wurde und seitdem gelähmte Beine hatte.[20] Die Berichte über seinen Kampf gegen Polio änderten das Bild der Krankheit in den 1920er Jahren, die nun nicht mehr als Immigranten- oder Armutsphänomen wahrgenommen wurde, sondern vielmehr das Image bekam, jeden treffen zu können. Dies bestätigten auch andere Untersuchungen, die die Polio nunmehr als Krankheit identifizierten, die weiße Mittelklasse-Familien ebenso wie andere

16 HARDY, Poliomyelitis, S. 251; PAUL, History, S. 200.

17 Vgl. zu Sister Kenny ausführlich GOULD, Summer Plague, S. 85–110; PAUL, History, S. 341–4.

18 Vgl. The Kenny Treatment, S. 639; PAUL, History, S. 338–9.

19 Dies wurde auch in der englischen Fachliteratur rezipiert, vgl. Fact and Fancy, S. 141. Vgl. grundsätzlich The Kenny Method Critizised. Sister Kenny veröffentlichte ihr umstrittenes Hauptwerk gemeinsam mit dem amerikanischen Arzt Dr. Pohl; KENNY und POHL, Kenny Concept.

20 Vgl. zu Roosevelt und seinem Umgang mit seiner schweren Behinderung die interessante Biographie von Hugh Gallagher, GALLAGHER, Deception. Vgl. auch ROGERS, Dirt, S. 165–9; JANE A. SMITH, Patenting, S. 52.

Ethnien treffen konnte.[21] Erhalten blieben aus den früheren Bekämpfungsmaßnahmen jedoch strenge Hygienevorschriften. Durch extreme Sauberkeit sollte verhindert werden, den Polio-Erregern ausgesetzt zu werden.[22] Ende der 1940er Jahre hieß es in einer Anweisung für Eltern:

> Good personal health habits help prevent the disease from spreading. Teach children not to exchange bites of candy, not to put dirty hands or objects into their mouths. Keep flies and other insects away from food.[23]

Durch Roosevelt wurde auch die in Amerika später in starkem Maße praktizierte Hydrotherapie populär. Er suchte Linderung seines Leidens in einem Kurort mit heißen Quellen, Warm Springs in Georgia. Seinen positiven Erfahrungen folgten zahlreiche andere Polio-Patienten. Der spätere Präsident der Vereinigten Staaten erwarb schließlich 1926 die Gebäude und Grundstücke von Warm Springs und schuf eine Stiftung, die dort ein Rehabilitationszentrum für Poliokranke einrichtete.[24] Zudem gelang es ihm, für Polio-Patienten und später auch für die Erforschung von Polio große Geldsummen einzuwerben, insbesondere nach dem Antritt seiner Präsidentschaft im Jahr 1935. Nicht zuletzt um diese Anstrengungen von seinen politischen Aktivitäten und vom *Fundraising* der Demokratischen Partei besser zu trennen, wurde 1937 die *National Foundation for Infantile Poliomyelitis* (NFIP) gegründet. Der Gesellschaft gelang es schon im Gründungsjahr, mit Hilfe von Hollywood-Stars die Kampagne „March of the Dimes" zu initiieren, die enorme Summen für die Polio-Bekämpfung sammelte, etwa 20 Millionen Dollar pro Jahr. Die NFIP wurde von dem früheren Kanzleipartner Roosevelts, Basil O'Connor, geleitet. Der Hauptteil des Geldes ging zwar in die Therapie und Pflege, dennoch wurden erhebliche Beträge in Forschungsprojekte investiert.[25] In den Nachkriegsjahren finanzierte die Vereinigung auch die fünf Internationalen Konferenzen für Poliomyelitis, die zwischen 1948 und 1960 regelmäßig stattfanden und die internationale Zusammenarbeit zwischen den Forschern stark beförderten.[26]

Die Vereinigten Staaten erreichten in den 1930er und 1940er Jahren eine Führungsrolle bei der Erforschung der Kinderlähmung. Hierzu trug zum einen

---

21 ROGERS, Dirt, S. 165–6.

22 MARTIN, Flexible Bodies, S. 24–31, erläutert in ihrem Buch überzeugend die verschiedenen Konzepte von Krankheitsabwehr und Immunität, die im Laufe der Zeit in den Vereinigten Staaten herrschten. Sie beschreibt die 1940er und 1950er Jahre als Zeit, in der die Bedrohungen der Gesundheit im unmittelbaren körperlichen Umfeld zu liegen schienen. Große Aufmerksamkeit wurde der persönlichen Hygiene, den sauberen Wohnungen, Kleidern und der sauberen Nahrung zugesprochen. Diesem Konzept entsprachen Anweisungen zur Vermeidung von Polio, die eigentlich kaum etwas gegen die Krankheit ausrichten konnten.

23 Zitiert nach MARTIN, Flexible Bodies, S. 24.

24 ROGERS, Dirt, S. 168; PAUL, History, S. 301.

25 PAUL, History, S. 312; ROGERS, Dirt, S. 170; JANE A. SMITH, Patenting, S. 52–78.

26 Poliomyelitis: Papers and Discussions Presented at the First International Poliomyelitis Conference; Poliomyelitis. Papers and Discussions Presented at the Second International Poliomyelitis Conference; vgl. hierzu auch unten S. 230 ff.

die großzügige Finanzierung durch die NFIP bei, zum zweiten die direkte Betroffenheit des Landes durch häufige Epidemien und zum dritten die öffentliche Aufmerksamkeit, die die Bekämpfung der Polio durch F. D. Roosevelt erreicht hatte.[27] Damals gelangen entscheidende Fortschritte. Man entdeckte zunächst 1931, daß der Poliovirus in verschiedenen Stämmen auftrat, gegen die der Körper unterschiedliche Antikörper bildete. Man erkannte außerdem, daß die orale Infektion zur Ansteckung führte, man sich aber nicht durch die Nase infizieren konnte. Versuche in Yale und Chicago bestätigten zudem die bereits 1913 in Schweden gewonnenen Ergebnisse, daß Polio-Viren im Stuhl zu finden seien und auch dieser infektiös sei. Zwei Versuche von 1935, einen Impfstoff herzustellen, scheiterten. Der Stoff wurde bereits an Menschen ausgegeben, erwies sich aber als zu gefährlich und unsicher, da zahlreiche Personen in Folge der Impfung an Polio erkrankten.[28] Weitere Versuche am Menschen waren damit zunächst diskreditiert; außerdem trug der Zweite Weltkrieg zu einem vorläufigen Stopp der Forschung nach Impfsera bei.

Auch hinsichtlich der Therapie gingen von den Vereinigten Staaten Neuerungen aus: an der *Harvard School of Public Health* wurde schon in den 1920er Jahren der sogenannte *Drinker Respirator* entwickelt – eine eiserne Lunge, die Patienten, deren Atemzentrum gelähmt war, das Atmen ermöglichte. Damit gelang es, Patienten mit akuten Lähmungen am Leben zu erhalten, die zum Teil später sogar genasen. In den 1920er Jahren waren allerdings nur einige wenige dieser Apparate vorhanden. Die NFIP entwickelte schließlich in den 1930er Jahren ein Konzept für eine landesweite Aufstellung dieser Geräte sowie ein Training der Ärzte und des Krankenhauspersonals.[29] Die Unterstützung der Forschung durch die NFIP trug außerdem dazu bei, daß sich die Virologie als wissenschaftliche Disziplin in den Vereinigten Staaten etablierte.[30]

Nachdem 1935 die Impfversuche gescheitert waren, gab es in den 1940er Jahren in den USA zumindest Versuche, die menschlichen Abwehrkräfte gegen Polio durch eine Konzentration von Antikörpern im Blut zu erhöhen: dazu wurden die aus menschlichem Blut isolierten Eiweißbestandteile, das Gammaglobulin, verabreicht. Verzögert durch den Krieg wurde dann Anfang der 1950er Jahre ein von der NFIP unterstütztes Projekt gestartet, das Gammaglobulin in verschiedenen Regionen der USA praktisch testete. Es erwies sich, daß das Risiko einer Erkrankung gesenkt werden konnte, wenn das Mittel lange genug vor dem Auftreten einer Polio-Epidemie eingesetzt wurde. Allerdings barg eine Anwendung große Probleme: Die Herstellung des Stoffes war sehr aufwendig und teuer; man benötigte große Mengen menschlichen Blutes. Da Epidemien nicht vorausgesagt werden konnten, war außerdem der gezielte Mas-

---

27 Vgl. GALLAGHER, Deception, insbesondere S. 59–67; HARDY, Poliomyelitis, S. 271.

28 PAUL, History, S. 225, 250–61, 280.

29 Die Foundation finanzierte und organisierte die Geräteanschaffung und Personalschulung; vgl. PAUL History, S. 325–34.

30 ROGERS, Dirt, S. 172.

seneinsatz des Mittels zur Abwehr von Polio-Epidemien nicht durchführbar, wie der Public Health Service der Vereinigten Staaten 1953 feststellen mußte.[31] Die Bemühungen richteten sich in den Vereinigten Staaten daher vermehrt auf die Herstellung eines echten Impfstoffes.

2.2 Die Entwicklung der Impfstoffe

Für die Entwicklung eines Impfstoffes bedurfte es zweier Voraussetzungen: Zum einen waren 1949 in den USA von einer Einrichtung der NFIP drei unterschiedliche Typen – Typ I bis III – von Poliomyelitis-Viren genau bestimmt worden. Die Immunität gegen einen dieser Typen schützte nicht vor einer Infizierung durch die anderen. Außerdem war es einem Forscherteam geglückt, Viren auch außerhalb von Lebewesen auf Zellkulturen zu züchten, die Versuchstieren entnommen worden waren.[32] Große Polio-Epidemien ließen in dieser Zeit die Entwicklung wirksamer Vakzine immer dringlicher erscheinen.[33]

Impfstoffe gegen Viruserkrankungen werden aus dem Krankheitserreger selbst gewonnen und können auf zwei unterschiedlichen Konzepten beruhen. Zum einen wird durch bestimmte Prozesse der Virus abgetötet oder „inaktiviert", so daß dieser nicht mehr virulent und vermehrungsfähig ist. Als Impfstoff verabreicht, stimulieren solche nicht mehr aktiven Erreger im Körper die Bildung von Antikörpern und steigern so die Abwehrkräfte. Die zweite Methode verwendet lebende Krankheitserreger, die durch Zucht oder Auslese so stark in ihrer Virulenz abgeschwächt sind, daß sie keinen Schaden anrichten können. Die Verabreichung derartiger Lebendimpfstoffe zielt auf eine vollständige Immunität gegen die virulenten Erregervarianten.

Der Virologe Jonas Salk, der auf langjährige Forschungen mit Polio-Viren sowie Erfahrungen mit inaktivierten Impfstoffen und Impf-Feldversuchen in der Armee aufbauen konnte, konzentrierte sich seit Anfang der 1950er Jahre auf die Herstellung eines inaktivierten Impfstoffes. Als erster hatte Salk nach den Fehlschlägen der 1930er Jahre den Mut, seinen Impfstoff an Freiwilligen auszuprobieren. Er publizierte seine Versuche im Frühjahr 1953 und stellte seine Ergebnisse im selben Jahr auch auf einem Treffen der *National Foundation for Infantile Paralysis* vor – die Resonanz war triumphal.[34] Mit voller Unterstützung der NFIP weitete er in den folgenden Monaten seine Versuche aus. Obwohl Forschungen zu einem aktiven Impfstoff zu dieser Zeit ebenfalls intensiviert wurden, entschied sich die *Foundation* grundsätzlich, zunächst ausschließlich inaktivierten Impfstoff zu fördern.[35] Diese Grundsatzentscheidung

---

31 Paul, History, S. 393–4.

32 Paul, History, S. 369; Jane A. Smith, Patenting, S. 124–7. Die drei Typen wurden Brunhilde, Lansing und Leon genannt.

33 Vgl. hierzu Taylor, Polio, S. 53.

34 Paul, History, S. 417; Jane A. Smith, Patenting, S. 135–42.

35 Vgl. zur Entwicklung des Impfstoffes in den USA und zum anschließenden Feldversuch

der finanzkräftigen NFIP beeinflußte die Entwicklung der Polioforschung in den Vereinigten Staaten erheblich und wurde später sehr kritisch gesehen.[36]

Für die Herstellung des Salk-Polio-Impfstoffes war es notwendig, zunächst den Virus mit Hilfe lebender Zellen von Primaten oder Menschen zu züchten. Es setzten sich im wesentlichen Affennieren als Trägerstoffe durch. Zur Herstellung des Impfstoffes wurde der Virus gefiltert und einige Tage mit Formaldehyd bei einer bestimmten Temperatur behandelt, um ihn zu inaktivieren.[37] Das Hauptproblem bestand darin, einerseits den Impfstoff nicht zu sehr abzuschwächen, um seine Wirksamkeit zu gewährleisten, andererseits ihn genügend zu „inaktivieren", um jede Gefahr für die Impflinge zu vermeiden. Besonders die Filterung stellte die Forscher vor große Schwierigkeiten.

Zur Erprobung des Salk-Impfstoffs unternahm die NFIP 1954 einen riesigen Feldversuch mit 1,8 Millionen Kindern in 44 Staaten der USA. Die Kinder wurden auf zwei Gruppen verteilt: in 127 Beobachtungsgebieten wurden 221 998 Kinder geimpft, während 725 173 als Kontrollgruppe ungeimpft blieben. In einer Placebo-Kontroll-Studie wurden in 84 Gebieten 200 475 Kinder geimpft und 201 229 Kindern ein Placebo verabreicht.[38] Die Auswertung der Versuche – publiziert im April 1955 in dem sogenannten Francis-Bericht[39] – ergab eine deutlich niedrigere Erkrankungsrate bei den Geimpften im Gegensatz zu den Ungeimpften und der Placebo-Gruppe. Der Impfstoff hatte sich in der Mehrheit der Fälle als wirksam erwiesen und sowohl die Krankheitshäufigkeit als auch die Schwere der Erkrankung stark vermindern können, wenngleich die Wirksamkeit gegenüber verschiedenen Stämmen des Virus variierte.[40] Die Feldversuche wurden als großer Erfolg des Salk-Impfstoffs gewertet.

Unmittelbar nach der Veröffentlichung des Francis-Berichts wurde von den zuständigen Behörden Herstellung und Verwendung des Impfstoffs lizenziert und in den USA eine Massenimpfung begonnen. Bereits wenig später ereignete sich jedoch das sogenannte Cutter-Unglück. Bei Impflingen, die Salk-Impfstoff aus dem Cutter-Laboratorium erhalten hatten, trat in 204 Fällen Poliomyelitis direkt nach der Impfung auf, die sich meist auch vom geimpften Arm ausbreitete. Untersuchungen ergaben, daß der Impfstoff nicht völlig inaktiviert worden war, sondern aktive Viren enthalten hatte, die zum Ausbruch der

---

PAUL, History, S. 426–34; sowie Ministry of Health, On the State of Public Health 1955, S. 76–7; BREHME, Poliomyelitis, S. 81–2. Vgl. zu den Lebendimpfstoff-Forschungen von Herald Cox, Hilary Koprowski und Albert Sabin unten, S. 230.

36 Vgl. zu dieser Beurteilung PAUL, History, S. 424.

37 GOFFE, Poliomyelitis, S. 226.

38 BREHME, Poliomyelitis, S. 86–7; WILSON, Polio, S. 127–30; JANE A. SMITH, Patenting, S. 266–74; vgl. auch Ministry of Health, On the State of Public Health 1955, S. 76–7.

39 Die Publikation verantwortete Thomas Francis, ein früherer Vorgesetzter von Salk, der mit der Auswertung beauftragt worden war.

40 PAUL, History, S. 427–34. In Amerika wurde die positive Auswertung des Feldversuches als riesiger Erfolg gefeiert. Im ganzen Land läuteten z. B. Kirchenglocken; vgl. JANE A. SMITH, Patenting, S. 317–20.

Krankheit führten.[41] Die Vorfälle lösten zunächst große Bestürzung in den Vereinigten Staaten aus, wo man den Salk-Impfstoff – auch durch die ständigen Versicherungen Salks selbst sowie der NFIP – als völlig sicher eingeschätzt hatte; das Impfprogramm wurde kurzzeitig unterbrochen.

Als Ursache für das Cutter-Unglück vermutete man zunächst den verwendeten Polio-Viren-Stamm des Typs I („Mahoney-Stamm"), der als besonders aggressiv galt.[42] Auf Grund dieser Annahme wurden – wie unten noch gezeigt wird – die Impfstoffe sowohl in Großbritannien wie auch in der Bundesrepublik verändert und andere Virenstämme eingesetzt. In den USA machten Forscher allerdings schnell andere Ursachen aus: Eine feinere Filterung und prozeßtechnische Verbesserungen versprachen eine zuverlässige Deaktivierung des Impfstoffes.[43] Nach Verschärfung der Testvorschriften nahmen die Gesundheitsbehörden das Impfprogramm in den Vereinigten Staaten wieder auf und ließen bis Ende des Jahres ca. sieben Millionen Kinder impfen, ohne daß weitere Zwischenfälle auftraten.[44]

Ab 1956 wurde der Salk-Impfstoff dann in zahlreichen Ländern als Massenimpfstoff eingesetzt und trat zunächst einen Siegeszug an, insbesondere in der westlichen Welt.[45] Allerdings barg der Impfstoff, der injiziert wurde, auch Nachteile: seine Wirkung ließ relativ schnell nach, d. h. die Bevölkerung mußte wiederholt geimpft werden, am besten dreimal. In unterentwickelten Ländern ohne geeignete Infrastruktur war es kaum möglich, die Bevölkerung mit drei aufeinanderfolgenden Injektionen zu behandeln.[46] Außerdem gab es unter den Wissenschaftlern viele Kritiker, die die Wirksamkeit des Salk-Impfstoffes grundsätzlich in Zweifel zogen.[47] Indem der inaktivierte Virus die Produktion von Antikörpern im Blut des Impflings stimulierte, verhinderte er bei Kontakt mit dem Polio-Erreger meist die zu Lähmungen führende Sekundärinfektion des Rükkenmarks; die Infektion der Verdauungsorgane konnte dagegen nicht verhindert werden. Da die Menschen somit – auch wenn sie nicht erkrankten – infektiös waren, war der Impfstoff bei der Kontrolle von Epidemien wirkungslos.[48]

Alternativ zum Konzept des inaktivierten Impfstoffs wurde daher schon seit langem nach einem Lebendimpfstoff gesucht. Bei diesen Forschungen ging es vor allem darum, einen avirulenten Virusstamm zu entwickeln, der keine Lähmungen beim Menschen hervorrief.[49] Zwar würde der Lebendvirus weiterhin

---

41 WILSON, Polio, S. 165; PAUL, History, S. 437.

42 Bei den drei Polio-Virustypen unterschied man jeweils verschiedene Zucht-Stämme, die mit Namen bezeichnet wurden; bei Typ I etwa „Brunhilde" oder „Mahoney".

43 WILSON, Polio, S. 172–3; PAUL, History, S. 437–8; vgl. zu den Reaktionen in der BRD und in Großbritannien unten, S. 242.

44 WILSON, Polio, S. 171; vgl. zum Cutter-Unglück auch JANE A. SMITH, Patenting, S. 359–67.

45 FISHER, Polio Story, S. 81.

46 PAUL, History, S. 440; FISHER, Polio Story, S. 81.

47 GOULD, Summer Plague, S. 154–6; WILSON, Polio, S. 190–1.

48 WILSON, Polio, S. 192; FISHER, Polio Story, S. 82.

49 SABIN, Avirulent Viruses, S. 186.

eine Infektion der Verdauungsorgane auslösen, was allerdings dann den Geimpften gegen Erkrankungen durch „wilde" Poliostämme, die eine Lähmung nach sich ziehen würden, immun machte. Der Vorteil einer Lebendimpfung bestand zum einen darin, daß er aufgrund des oralen Infektionsweges einfach zu verabreichen sein würde – etwa durch Schlucken eines „geimpften" Zuckerstückes – und so auch für Entwicklungsländer eine gangbare Alternative der Impfung darstellte. Zum anderen bestand die Hoffnung, daß sich das abgeschwächte Virus, sobald ein großer Teil der Bevölkerung damit geimpft war, auf natürlichem Wege soweit verbreiten würde, daß es die „wilden" Polioviren völlig verdrängen könnte.[50]

In den 1950er Jahren verbanden sich mit der Entwicklung eines Lebendimpfstoffes vor allem drei Namen: Herald Cox, Hilary Koprowski und Albert Sabin. Cox und Koprowski hatten sich bereits seit Mitte der 1940er Jahren in den Labors der zum großen us-amerikanischen Chemie-Unternehmen *American Cyanamid Company* gehörenden Firma Lederle um die Entwicklung eines Lebendimpfstoffs bemüht. 1950 wurde eine solche Vakzine erstmals an Menschen getestet, die Resultate waren zufriedenstellend. In den folgenden Jahren ergaben sich jedoch große Probleme bei der Weiterentwicklung des Impfstoffs. Insbesondere die Züchtung der Virenstämme – Cox hatte sich für befruchtete Hühnereier als Trägersubstanz entschieden – erwies sich als sehr problematisch und gelang nur schlecht.[51]

Mitte der 1950er Jahre trat dann Albert Sabin als Konkurrent und weiterer vehementer Verfechter des Lebendimpfstoffs in den Vordergrund. Er hatte wesentlich später als Cox und Koprowski mit der Forschung begonnen, beschränkte sich aber bei der Viruszüchtung auf das Medium der Affennieren, was ihm wesentlich schneller Erfolge bescherte. Seine Vorträge auf internationalen Konferenzen – unter anderem bei der Dritten Internationalen Poliomyelitis-Konferenz 1955, wo auch Salk auftrat, – ließen ihn in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses rücken.[52] In verschiedenen Veröffentlichungen berichtete Sabin über die positiven Ergebnisse seiner Versuche mit 133 Personen, wobei er allerdings konzedierte, daß für Massenimpfungen im Moment Salk-Vakzine die einzig gangbare Lösung seien.[53]

Bei der Herstellung von aktivem Impfstoff setzten sich Affennieren letztlich durch. Diesen „Grundstoff" gewann man meist aus Tieren, die in Afrika gefangen wurden. Höchst problematisch war dabei die hohe Infektiosität der Affennieren mit tierischen Erregern – in erster Linie Viren, die zum Teil nicht einmal identifiziert werden konnten. Man war sich über dieses Problem im klaren, fand aber keine andere Möglichkeit, die Viren zu kultivieren. Das Risiko eines

---

50 WILSON, Polio, S. 192; FISHER, Polio Story, S. 82.
51 FISHER, Polio Story, S. 83.
52 SABIN, Avirulent Viruses; vgl. auch FISHER, Polio Story, S. 85.
53 SABIN, Avirulent Viruses; SALK, Studies; WILSON, Polio, S. 284.

verunreinigten Impfstoffs war bei Lebend-Vakzinen sehr viel größer als bei inaktivierten. Zwar wurden für inaktivierten Impfstoff ebenfalls Viren auf tierischen Zellen vermehrt, die Behandlung mit Formalin schwächte dann allerdings neben dem Polio-Virus auch mögliche Kontaminationen entscheidend ab.[54] Um das Risiko unerwünschter Fremderreger zumindest zu senken, mußten die Affen für die Herstellung des aktiven Impfstoffes in separaten Käfigen transportiert und zunächst sechs Wochen in Quarantäne gehalten werden, bevor man sie tötete und ihnen die Nieren entnahm. Das Gewebe der Affennieren diente dann als Grundlage für die Anlage von Viruskulturen aus den Zuchtstämmen, die bereits in Feldversuchen erprobt worden waren. Danach mußte das Virusmaterial nur noch ausgefiltert, stabilisiert und konserviert werden, was die Herstellung des aktiven Impfstoffes etwas kostengünstiger machte als den komplexen Prozeß der Inaktivierung.[55]

In den folgenden Jahren ging es vor allem darum, den Lebendimpfstoff in genügend großem Umfang am Menschen zu erproben. Alle drei Hauptvertreter der Impfung mit lebenden Viren – Koprowski, Cox und Sabin – befanden sich in ähnlichen Stadien der Forschung.[56] Die amerikanischen Forscher bemühten sich, Feldversuche in Übersee durchzuführen, da die Vereinigten Staaten für Versuche mit Lebendimpfstoff im wesentlichen ausschieden, nachdem man sich hier auf den Salk-Impfstoff festgelegt hatte. Dabei zeigte sich das grundsätzliche Problem, daß vor allem arme Länder bereit waren, das Risiko der Lebendimpfung auf sich zu nehmen, weil bei ihnen der inaktivierte Impfstoff nicht praktikabel war. Gleichzeitig war dort aufgrund mangelnder Infrastruktur eine adäquate wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Massenimpfungen kaum möglich.

Koprowski war der erste, der einen Feldversuch im Ausland starten wollte. Ein mit ihm bekannter britischer Professor, George Dick von der Universität Belfast, hatte 1956 ein entsprechendes Kooperationsangebot gemacht. Als aber Dick vor dem Einsatz am Menschen Koprowskis Impfstoff standardmäßig im Tierversuch überprüfte, waren die Resultate desaströs: viele Versuchsaffen erkrankten nach der Impfung an Lähmungen. Diese Ergebnisse führten in Großbritannien zu einer anhaltenden, großen Skepsis gegenüber dem Lebendimpfstoff. Es war zudem ein schwerer Rückschlag für Koprowski, der daraufhin aus den Lederle-Labors ausschied und unabhängig an der Entwicklung der Lebendvakzine weiterarbeitete.[57] Sein Impfstoff wurde ab 1957 vor allem in Afrika, und zwar in Ruanda, Burundi und insbesondere bei einer Massenimpf-

---

54 GOFFE, Poliomyelitis, S. 224–8.

55 GOFFE, Poliomyelitis, S. 226.

56 Dies wurde sehr deutlich auf der Vierten Internationalen Poliomyelitis-Konferenz 1957 in Genf, wo alle drei über den Stand ihrer Forschungsprojekte berichtet hatten. Vgl. KOPROWSKI, Vaccination; SABIN, Properties; COX, Epidemiology; sowie BREHME und VIVELL, IV. International Poliomyelits-Konferenz, S. 43–53.

57 GOULD, Summer Plague, S. 170–1; PAUL, History, S. 452; WILSON, Polio, S. 240–3.

aktion im Kongo erprobt. Die angeblich guten Ergebnisse der Aktion im Kongo wurden wegen fehlender wissenschaftlicher Begleitung auf internationalen Konferenzen allerdings heftig kritisiert.[58] Hinsichtlich der Massenimpfung im Kongo wurde in jüngster Zeit der Verdacht geäußert, daß sie durch das Überspringen von Affenviren auf den Menschen das Entstehen des die Krankheit AIDS verursachenden *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) gefördert habe, der genau zu dieser Zeit in Zentralafrika auftauchte. Mit dem auf Affennieren gezüchteten Impfstoff seien damals unerkannte Affenviren massenweise an Menschen verabreicht worden, wodurch möglicherweise bei einem HIV-Vorläufer das Überspringen der Artenbarriere provoziert worden sei.[59] Trotz einer Reihe weiterer großer Impfaktionen konnte sich Koprowski, dessen Impfstoffe nicht alle Virustypen gleichermaßen abdeckten, letztlich gegen seinen Konkurrenten Sabin nicht durchsetzen, der Massenversuche noch größeren Umfangs vorweisen konnte.[60]

Cox hatte auch nach Koprowskis Ausscheiden seine Arbeit für die Lederle-Labors fortgesetzt. Es gelang ihm ab 1957, mit Hilfe des Direktors des *Pan American Sanitary Bureau* in verschiedenen süd- und mittelamerikanischen Ländern Versuche bzw. Massenimpfungen mit seinem Lebendimpfstoff durchzuführen. Allerdings ergab sich hier wie bei Koprowski das Problem fehlender Wissenschaftlichkeit, so daß auch Cox' Ergebnisse aus Südamerika in der Fachwelt stark angezweifelt wurden.[61] Als im Jahr 1960 während zweier Epidemien in Florida sowie in West-Berlin Cox-Impfstoff verwendet wurde, hatte dies jeweils in zahlreichen Fällen den Ausbruch von Kinderlähmung bei Geimpften sowie Kontaktinfektionen zur Folge.[62] Damit galten Cox' Versuche und sein Impfstoff im wesentlichen als gescheitert. Die Lederle-Labors stellten ihre Produktion auf Sabin-Impfstoff um.

Sabin, der als Sohn russischer Einwanderer russisch sprach, war es gelungen, ab 1957 Versuche mit seinen Impfstoffen in der Sowjetunion durchzuführen. Berichte darüber wurden jedoch erst 1959 bekannt.[63] Zur Verbreitung seines Impfstoffes trugen entscheidend zwei Konferenzen in den Jahren 1959 und 1960 in Washington bei. Sie wurden von der *Pan-American Health Organisation* veranstaltet, die sich als Rivalin der *National Foundation for Infantile Paralysis* profilierte. Bereits auf der ersten Konferenz berichteten Sabin und eine russische Delegation über die höchst erfolgreiche Impfung von über vier Millionen Menschen mit Sabin-Vakzinen, ohne daß es zu Zwischenfällen gekommen sei. Man war speziell der Befürchtung nachgegangen, daß der Virus

---

58 WILSON, Polio, S. 271–2.
59 GOULD, Summer Plague, S. 179; WILSON, Polio, S. 325–7.
60 FISHER, Polio Story, S. 101.
61 PAUL, History, S. 454; WILSON, Polio, S. 277.
62 GOULD, Summer Plague, S. 178; WILSON, Polio, S. 321–2; zu den Folgen der Versuche in West-Berlin vgl. auch unten, S. 232f.
63 PAUL, History, S. 454; FISHER, Polio Story, S. 95–8; WILSON, Polio, S. 286–91.

nach der Einnahme bei der Passage durch den menschlichen Körper wieder an Virulenz gewinnen könne und sich danach Kontaktpersonen beim Impfling anstecken könnten, und zu dem Ergebnis gekommen, daß eine solche Gefahr nicht bestand.[64] Die Vorträge Sabins und der sowjetischen Wissenschaftler beeindruckten die Konferenzteilnehmer in hohem Maße, wenngleich auch in diesem Fall einige Forscher den wissenschaftlichen Standard der Versuche anzweifelten. Dennoch waren Sabins Versuche mit Lebendimpfstoff wesentlich überzeugender ausgefallen als die seiner Konkurrenten. Sehr gut dokumentiert wurde schließlich auch die Verwendung von Sabin-Impfstoff während einer Epidemie in Singapur: Die Erkrankungsrate unter den Geimpften war minimal, Erkrankungen auf Grund der Impfung gab es nicht.[65]

Bei der Fünften Internationalen Poliomyelitis-Konferenz im Jahr 1960, auf der sowohl Sabin als auch Koprowski und Cox auftraten, war die Stimmung zwischen den verschiedenen Verfechtern der Lebendvakzine extrem gespannt. Sabin und die russischen Forscher, die über ihre erfolgreichen Massenimpfungen im Ostblock berichteten, konnten den erfolgreichsten Auftritt für sich verbuchen.[66]

1960 wurde die Entscheidung für die Impfung mit Lebend- oder inaktiviertem Impfstoff zudem zu einer Ost-West-Frage stilisiert. Der oberste US-Gesundheitsbeamte Barney, der *Surgeon General*, bezeichnete die Polio-Impfung als eine Prestigeangelegenheit des Kalten Krieges; es wurde von einem *Polio gap* zwischen der in diesem Gebiet führenden Sowjetunion und den Vereinigten Staaten gesprochen.[67] Während man in den meisten westlichen Ländern zunächst an der Impfung mit Salk-Impfstoff festhielt, schloß sich der gesamte „Ostblock" umgehend der Verwendung aktiven Impfstoffs an: Die DDR, die Tschechoslowakei, Ungarn und Polen führten bereits 1960 Massenimpfungen mit Sabin-Vakzinen durch.[68] Belgien, Frankreich, Dänemark, die Bundesrepublik (bis auf eine noch genauer zu behandelnde Ausnahme in West-Berlin), Italien und die Niederlande blieben wie Großbritannien und die USA zunächst bei dem inaktivierten Salk-Impfstoff.[69]

Die Sabin-Vakzine gingen wegen ihrer in der Praxis belegten Vorzüge als „Sieger" aus dem Rennen mit den anderen Lebendimpfstoff-Herstellern hervor und setzten sich letztlich auch gegenüber dem inaktiven Impfstoff durch. Sabins Impfstoffe wurden ab 1961 in vielen westeuropäischen Ländern eingesetzt und 1961 auch in den USA zugelassen.[70] Bis auf einige wenige Länder, die wei-

---

64 GOULD, Summer Plague, S. 173; FISHER, Polio Story, S. 98–9.
65 WILSON, Polio, S. 298–300.
66 Fifth International Poliomyelitis Conference, S. 16–26.
67 GOULD, Summer Plague, S. 177.
68 PRO, MH 133/472, Joint Committee on Poliomyelitis Vaccine, 21. 7. 1961, Minutes of Meeting, Appendix A. Siehe zum Versuch in West-Berlin unten, S. 233.
69 PRO, MH 133/472, Joint Committee on Poliomyelitis Vaccine, 21. 7. 1961, Minutes of Meeting, Appendix A.
70 Vgl. zur Lizenzierung in den USA GOULD, Summer Plague, S. 183; PAUL, History, S. 462–4.

terhin bei dem inaktivierten Impfstoff blieben,[71] setzte sich der Sabin-Impfstoff weltweit durch. Die Poliozahlen sanken daraufhin bis Mitte der 1960er Jahre auf ein Minimum. Polio galt fortan als „besiegte Krankheit".

2.3 Die Vorgeschichte der Polio-Bekämpfung in Grossbritannien und Deutschland

Wie in den übrigen europäischen Ländern mit Ausnahme Skandinaviens war Polio in Großbritannien und Deutschland wesentlich weniger verbreitet als in den USA. Die europäischen Staaten widmeten der Krankheit dementsprechend eine geringere Aufmerksamkeit. Erst nach dem Zweiten Weltkrieg wurde Polio in Europa als wirkliche Bedrohung wahrgenommen und die *European Association against Poliomyelitis* 1948 in Belgien gegründet.[72]

In Großbritannien erkrankten in den 1920er Jahren durchschnittlich nicht mehr als 680 Personen pro Jahr. Die Epidemien und Maßnahmen in den USA wurden zwar rezipiert, ohne daß sich aber wie dort eine breite Forschungslandschaft entwickelte, die sich mit diesen Problemen beschäftigte. Vielmehr blieben es einzelne Fachärzte, insbesondere Neurologen, die sich über die Jahre hinweg mit dem Thema Polio auseinandersetzten und den Ausbruch einer großen Epidemie befürchteten.[73] *Medical Officers of Health*, zu deren Aufgabenbereich ansteckende Krankheiten eigentlich gehörten, schenkten der Krankheit dagegen im wesentlichen keine Aufmerksamkeit. GPs blieben wegen der relativ geringen Fallzahlen ebenfalls weitgehend unberührt von dem Problem. Was in Großbritannien während der 1920er Jahre intensiv diskutiert wurde, waren die Fälle von Polio in britischen Internaten, den *Boarding Schools*, in die vor allem Eltern aus gehobenen Schichten ihre Kinder schickten. 1926 traten in verschiedenen Internatsschulen in Kent Fälle von Poliomyelitis auf. Die Internate blieben zunächst geöffnet. Erst weitere Erkrankungen führten dazu, daß die Kinder nach Hause geschickt und die Schulen geschlossen wurden. Verschiedene Ärzte forderten damals, daß in solchen Fällen künftig die Kinder vielmehr unter Quarantäne gestellt werden müßten, was öffentlich kontrovers diskutiert wurde.[74] Letztlich beruhte die Unsicherheit im Umgang mit Polio-Fällen auf der fehlenden genauen Kenntnis über die Verbreitungswege. Die in Großbritannien aus Schweden übernommene Einsicht, daß Polio von Mensch zu Mensch übertragen wird und auch von infi-

---

71 Wegen ihrer schon weit fortgeschrittenen „Durchimpfung" der Bevölkerung mit Salk-Vakzinen waren dies in Europa Dänemark, die Niederlande und die skandinavischen Länder.

72 Paul, History, S. 320. Epidemien hatten zuvor vor allem die skandinavischen Länder betroffen.

73 Vgl. die Darlegungen Anne Hardys; Hardy, Poliomyelitis, S. 251.

74 Vgl. zu den Diskussionen zwischen den Befürwortern und Gegnern einer Quarantäne in den Schulen Epidemic Polio-Encephalomyelitis in Schools, S. 1018; vgl. auch Hardy, Poliomyelitis, S. 260–2.

zierten Personen, die selbst nicht erkranken, weitergegeben werden kann, wurde in dieser Zeit wieder in Frage gestellt. In den folgenden Jahren konzentrierten sich die Anstrengungen neben der Therapie der Patienten vor allem auf neurologische Forschungen.[75] Diese einseitige Ausrichtung der Forschung führte noch in den 1930er Jahren unter den wenigen Ärzten, die sich mit der Krankheit beschäftigten, zur Fehlinterpretation der Polio als nichtinfektiöser, reiner Nervenerkrankung.[76]

In Großbritannien wurden aber zumindest die neuesten Entwicklungen und Forschungen aus den Vereinigten Staaten rezipiert. Die Versuche mit Blutserum von Patienten, die die Kinderlähmung überwunden hatten, übernahmen britische Forscher und wiederholten sie in Großbritannien.[77] Durch die enge Verbindung mit Australien, wo Polio bereits in den 1930er Jahren und früher große Epidemien ausgelöst hatte, hatte man ebenfalls ein stärkeres Interesse an der Krankheit.[78] Als es 1947 in Großbritannien – ebenso wie in Deutschland – zur ersten großen Epidemie kam, weckte dies ein starkes Engagement aller beteiligten medizinischen Fachrichtungen an der Krankheit.[79]

Für Deutschland liegen seit den 1920er Jahren verläßliche Zahlen zu den Poliomyelitisfällen vor. 1927, 1932 und 1938 gab es bereits erhöhte Zahlen an Erkrankungen, deren Tendenz seitdem stieg.[80] Dennoch blieben die Erkrankungszahlen vor 1947 noch deutlich niedriger als in den skandinavischen Ländern, den Vereinigten Staaten oder Großbritannien.[81] Lediglich 1938 lenkte eine kleine Erkrankungswelle in Köln die Aufmerksamkeit kurzzeitig auf die Krankheit Kinderlähmung. Im Gegensatz zu Großbritannien wurde in Deutschland die weltweit führende us-amerikanische Forschung schon vor dem Zweiten Weltkrieg kaum wahrgenommen. Die Kriegsjahre verhinderten dann jeglichen Austausch von neuen Forschungsergebnissen. Auch Berichte über die stärkere Ausbreitung der Polio in Europa, z. B. in der Schweiz, wurden während des Kriegs kaum rezipiert, so daß die Kinderlähmung in Deutschland bis 1947 eine weitgehend unerforschte Krankheit blieb.[82]

---

75 Vgl. z. B. auch noch 1945 den Aufsatz des Neurologen Walshe; WALSHE, Paralysis, S. 532–3.
76 Vgl. WALSHE, Paper on Poliomyelitis, S. 1197.
77 WALSHE, Treatment, S. 733.
78 World-Wide-Prevalence, S. 533.
79 BRADLEY, England and Wales 1949, S. 335; HARDY, Poliomyelitis, S. 265–6; vgl. auch unten, S. 236 und 258.
80 BREHME, Poliomyelitis, S. 27.
81 ANDERS, FLEURY und FRIZA, Epidemiologische Situation 1962/1963, S. 2.
82 ANDERS, Epidemiologische Studien, S. 14.

2.4 Die Bekämpfung der Poliomyelitis vom Ende der 1940er Jahre bis zur Einführung des Lebendimpfstoffes Anfang der 1960er Jahre

2.4.1 In der Bundesrepublik Deutschland

Erst nach dem Zweiten Weltkrieg nahmen die Polio-Epidemien in Deutschland bedrohliche Ausmaße an. Die erste große Epidemie in Berlin mit insgesamt 2466 Erkrankungen und 223 Todesfällen im Jahr 1947 traf nicht nur auf eine zerstörte Stadt mit mangelnder Infrastruktur und Behandlungsmöglichkeiten, sondern auch auf eine große Unkenntnis unter den behandelnden Ärzten.[83]

Outside Scandinavia, no one in Europe had been unduly concerned about polio until after the Second World War. An American medical team sent to war-ravaged Berlin in 1947 to monitor an epidemic there and advise on the care of the acutely ill was appalled by both the lack of facilities and the postwar fatalism of the German people.[84]

Besonders auffällig war in Berlin die Ausbreitung der Krankheit innerhalb von einzelnen Familien sowie das Auftreten nach starken Anstrengungen; nach Aussage der Patienten gingen beschwerliche Hamsterfahrten dem Ausbruch der Krankheit vielfach voraus.[85]

Bei der Behandlung der Polio, insbesondere bei den Atemlähmungen, stieß man auf große Schwierigkeiten. In Deutschland gab es nach dem Zweiten Weltkrieg kaum Beatmungsgeräte. In Berlin selbst stand damals keine einzige eiserne Lunge zur Verfügung. Einige Geräte wurden deswegen von den Vereinigten Staaten zusammen mit ausführlichen Erfahrungsberichten über die Handhabung eingeflogen und zur Verfügung gestellt.[86] Über die unzulängliche Ausstattung in Berlin und die amerikanische Hilfe berichtete ein deutscher Arzt:

Bis zur Epidemie 1947 besaßen wir in Berlin keine Eiserne Lunge, sondern wir hatten nur die völlig unzulänglichen Biomotoren, die wie ein Stahlküraß um den Brustkorb gelegt werden und die mit Überdruck von außen auf die Brustwand komprimierend wirken. Jeder Arzt, der vielfach den grausigen Erstickungstod der Kranken bis zum bitteren Ende am Krankenbett miterlebt hat, wird ermessen können, was es damals in Berlin bedeutete, plötzlich die genial ausgedachten und gut funktionierenden Maschinen zu besitzen, die man in wenigen Tagen, trotz ihrer Zentnerlast aus den Vereinigten Staaten unter ‚Überfliegung' des großen Zwischenraumes und auch sämtlicher Behördenwiderstände nach Berlin brachte.[87]

Auch bei den hygienischen Vorschriften griff man auf die Erfahrungen der Alliierten zurück. Auf Empfehlung der alliierten Kommandantur wurde im Sommer 1947 der Turnunterricht eingestellt, Planschbecken abgelassen, Schwimmbadbesuche für Kinder verboten und schließlich auch der Besuch von Theater-

---

83 Vgl. zu den Zahlen Anders, Epidemiologische Studien, S. 13.
84 Gould, Summer Plague, S. 161.
85 Anders, Epidemiologische Studien, S. 29, 33.
86 Kühne, Pathophysiologische Grundfragen, S. 60.
87 Tietze, Therapie, S. 92–3.

und Kinovorstellungen für Jugendliche und Kinder unter 14 Jahren sowie Versammlungen mit mehr als 50 Kindern und Jugendlichen untersagt.[88] Erst im November 1947 wurden diese Verbote wieder aufgehoben.

In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Problem Kinderlähmung machte sich schon bei der Epidemie von 1947 wie auch in den folgenden Jahren die langjährige Abschottung von der internationalen Forschung während der Zeit des Nationalsozialismus stark bemerkbar.[89] Auf den großen Konferenzen der Nachkriegszeit, den wohl wichtigsten Forschungsforen, war Westdeutschland zunächst nicht vertreten, so auch nicht auf der ersten Internationalen Konferenz über Poliomyelitis im Jahr 1948.[90] An den nächsten Tagungen nahmen dann zwar Deutsche teil, doch es dauerte bis 1958, ehe der Ministerialbeamte Habernoll aus dem Innenministerium im internationalen Rahmen einen Bericht zur Bekämpfung der Kinderlähmung in der Bundesrepublik Deutschland vorstellte, wie dies die anderen europäischen Länder seit Beginn der Konferenzen stets getan hatten.[91]

Nachdem 1947 besonders Berlin und der Hamburger Raum von Poliomyelitis-Epidemien betroffen waren, brach 1948 eine Epidemie in Bayern aus.[92] In den folgenden Jahren kam es dann in der ganzen Bundesrepublik immer wieder zum epidemischen Auftreten der Krankheit; die Gesamtzahl der an Poliomyelitis Erkrankten stieg insgesamt deutlich an. In der Bevölkerung lösten die Epidemien, die einzelne Städte wie Dortmund oder ganze Regionen trafen, meist große Panik und völlig überstürzte Reaktionen der Menschen aus, wie die Leiter der Gesundheitsämter beklagten. Vor allem wurde häufig versucht, schnell noch die Kinder aus den betroffenen Gebieten herauszubringen.[93]

---

88 ANDERS, Epidemiologische Studien, S. 35.

89 Vgl. z. B. die Ausführungen von ARMBRUST und BLUM, Beobachtungen; die über eine Poliomyelitisepidemie in Coburg im Jahr 1949 berichten und sich lediglich auf eine schwedische und sonst nur auf deutsche Untersuchungen beziehen und die ganze amerikanische Forschung nicht einmal ansatzweise rezipieren.

90 Vgl. die Teilnehmerlisten und die offiziellen Delegationen aus einzelnen Ländern und die Berichte aus den Ländern; Poliomyelitis. Papers and Discussions presented at the Second International Poliomyelitis Conference 1952, S. 385–6; Poliomyelitis. Papers and Discussions presented at the Third International Poliomyelitis Conference 1955, S. IX–X.

91 HABERNAL [recte Habernoll], Germany, S. 36–8; vgl. zu den vorher fehlenden Berichten: Poliomyelitis. Papers and Discussions presented at the Second International Poliomyelitis Conference 1952; Poliomyelitis. Papers and Discussions presented at the Third International Poliomyelitis Conference 1955. Daß die Deutschen so spät erst berichteten, lag auch an den grundsätzlichen politischen Problemen mit der DDR in der Nachkriegszeit. Auffällig ist, daß 1958 sowohl die Bundesrepublik Deutschland als auch die DDR als Berichterstatter zugelassen waren; vgl. hierzu insgesamt Poliomyelitis. Papers and Discussions Presented at the Fourth International Poliomyelitis Conference 1958.

92 SADOWSKI, Epidemiologische Untersuchungen, Anhang Geomedizinische Karten.

93 Vgl. WINDORFER, Epidemiologie, S. 18–9; vgl. zu Dortmund KOPPENFELS, Poliomyelitis-Epidemie; vgl. z. B. auch über eine Epidemie in Füssen 1953 PULZ, Beobachtungen. Vgl. insbesondere zu panikartigen Reaktionen BURMEISTER, Mitwirkung.

Tabelle 14: Poliomyelitis in Deutschland[94]

Jahr	*1946*	*1947*	*1948*	*1949*	*1950*	*1951*	*1952*	*1953*	*1954*	*1955*	*1956*
akute Polio-Fälle	947	3296	5404	1733	2830	1269	9517	2242	2713	2860	4109

Jahr	*1957*	*1958*	*1959*	*1960*	*1961*	*1962*	*1963*	*1964*	*1965*	*1966*
akute Polio-Fälle	2271	1556	2060	4139	4673	296	241	54	48	17

In der Behandlung war in der Bundesrepublik vor dem Krieg wie in anderen Ländern zunächst völlige Ruhe für die Patienten praktiziert worden, bevor man in der Nachkriegszeit relativ rasch zur Mobilisation überging.[95] Auch in Deutschland setzten sich Behandlungsmethoden durch, die z.T. auf Schwester Kenny zurückgingen: heiße Wickel und Bäder sowie Mobilisationsübungen mit den betroffenen Körperteilen, um die Muskeln beweglich zu halten und die Schmerzen der Patienten zu verringern.[96] Neue Therapien wurden in der Bundesrepublik nicht entwickelt.

Wegen des Mangels an eisernen Lungen griff man in Westdeutschland bei der Behandlung von Atemlähmungen auf ein Prinzip zurück, das erstmals 1952 bei der Epidemie in Kopenhagen angewandt worden war. Damals waren hunderte Patienten mit Atemlähmungen in die Kliniken gekommen, so daß die eisernen Lungen nicht ausgereicht hatten. Freiwillige Helfer hatten damals über einen Luftröhrenschnitt per Hand mit Gummiballons die Patienten Tag und Nacht beatmet. Nach diesem Prinzip, der Beatmung über eine Luftröhrensonde mit manuell ausgelösten Druckschwankungen, wurden nun auch in Deutschland mehrere Beatmungsapparaturen entwickelt, unter anderem der sogenannte Poliomat.[97]

Hinsichtlich der Rehabilitation der Patienten hatte man in Deutschland wenig Erfahrungen. Erst nach der Epidemie von 1947 begannen medizinische Untersuchungen, sich dem Thema verstärkt zu widmen.[98] In derartigen Studien wurden vor allem eine bessere Koordination der Hilfeleistungen für Poliokranke, die Einführung der Rehabilitation gleich im Anschluß an die

94 Bis 1960 Zahlen ohne West-Berlin, ab 1961 mit West-Berlin. Statistik der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 61 Gesundheitswesen 1946–50, S. 18; Bd. 74, 1951, S. 39; Bd. 89, 1952, S. 51; Bd. 127, 1953, S. 34; Bd. 148, 1954, S. 33; Bd. 174, 1955, S. 33; Bd. 187, 1956, S. 24; Bd. 232, 1957, S. 22; Bd. 255, 1958, S. 23; Statistisches Bundesamt, Fachserie A: Bevölkerung und Kultur, Reihe 7, Gesundheitswesen 1960, S. 41; 1962, S. 27, 1964, S. 52; Gesundheitswesen 1970, S. 78.

95 TIETZE, Therapie, S. 89; SCHEDE, Behandlung, S. 19.

96 FRITZ, Geschichtlicher Überblick, S. 41; TIETZE, Therapie, S. 96.

97 BEHREND, Akute Poliomyelitis, S. 49–50; CHUKUWENKA, Lungenkomplikationen, S. 54–6; vgl. zur Epidemie in Kopenhagen LINDAHL, Poliomyelitis Outbreak.

98 SCHÖNKNECHT, Lähmungen, S. 10–13.

Krankenbehandlung sowie bessere Möglichkeiten der Behandlung erwachsener Poliokranker gefordert.

Eine Organisation, die sich der Bekämpfung der Kinderlähmung widmete oder die Interessen der Poliokranken vertrat, gab es in der Bundesrepublik Deutschland zunächst nicht. Die Arbeitsgemeinschaft der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren und der Zusammenschluß der Leitenden Medizinalbeamten der Länder hatten seit Herbst 1953 auf die Gründung einer nationalen deutschen Vereinigung gedrängt, um auch bei den internationalen Konferenzen besser vertreten zu sein.[99] Am 31. August 1954 wurde die *Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung* (DVBK) gegründet. Im Unterschied zu den US-amerikanischen und britischen Pendants ist sie als halbstaatlich einzuordnen, da ihr neben einigen auf dem Gebiet der Poliomyelitisbekämpfung führenden Wissenschaftlern vor allem Vertreter des Bundes und der Bundesländer angehörten und der Bund den größten Teil des Budgets bestritt.[100] Die DVBK besaß acht Arbeitsausschüsse, in denen die meisten deutschen Experten zum Thema Kinderlähmung vertreten waren. Die Vereinigung setzte sich zunächst das Ziel, die an Atemlähmung leidenden Poliokranken zu betreuen, ausreichend eiserne Lungen bereitzustellen sowie Ärzte und Pflegepersonal in der Anwendung der Maschinen zu schulen.[101] 1955 trat die DVBK der *Europäischen Vereinigung zur Bekämpfung der Poliomyelitis* bei.

Da die Maßnahmen zur Bekämpfung der Kinderlähmung in der Bundesrepublik Deutschland im wesentlichen auf Länderebene geregelt wurden, fungierte die DVBK auch als bundesweites Verbindungsorgan. Bei Polio gab es zwar eine allgemeine Meldepflicht, die über die Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten von 1938 bzw. darauf aufbauende Ländergesetze festgelegt und ab 1961 durch das Bundesseuchengesetz geregelt war. Zur Entwicklung einheitlicher Vorschriften bei der Behandlung der Kinderlähmung war der Bund jedoch nicht befugt, auch die Schutzimpfung war Aufgabe der Länder.[102] Die DVBK hatte hier eine wichtige Funktion: sie gab beispielsweise Richtlinien zur Bekämpfung der Kinderlähmung heraus, die sich detailliert mit Behördenmaßnahmen, Aufklärung der Familien, Behandlung der Patienten und Desinfektionsmaßnahmen beschäftigten.[103] Diese fachlichen Empfehlun-

---

[99] Vorarchiv ArbMin NRW, 1200, Sitzung am 7. 4. 1960, Beilage Denkschrift über fünf Jahre Tätigkeit der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung.

[100] BAK, B 142/23, Vermerk 5. 9. 1959, Betreff: Sechstes europäisches Symposion über Poliomyelitis am 6.–9.91959 in München; MAASS, Vereinigung, S. 40.

[101] MAASS, Vereinigung, S. 40.

[102] Vgl. RGBl. 1938 I, Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, 1. 12. 1938. Im Bundesseuchengesetz von 1961 wurden dann die Vorschriften vereinheitlicht. Die Impfungen unterstanden weiterhin den Bundesländern. Lediglich beim Auftreten von Pocken, Cholera, Typhus und Diphterie konnte der Bund Impfungen für bedrohte Teile der Bevölkerung durch Rechtsverordnung anordnen. Vgl. BGBl. 1961 I, S. 1012.

[103] Richtlinien für die Behandlung der an Kinderlähmung und ihren Folgen Erkrankten, S. 356; Maßnahmen zur Bekämpfung der übertragbaren Kinderlähmung, S. 296–298.

gen sollten den einzelnen Landesbehörden bei der Koordinierung ihrer Maßnahmen helfen. Zudem bemühte sich die DVBK, überregionale Behandlungszentren für Poliomyelitiskranke zu schaffen, die wie in anderen europäischen Ländern nicht nur die Erstversorgung der Erkrankten (durch eiserne Lungen) gewährleisten, sondern auch Rehabilitationsmaßnahmen anbieten sollten. Hier herrschten in der Bundesrepublik Mitte der 1950er Jahre noch große Defizite.[104]

Bei der Erfassung der Poliomyelitis-Geschädigten war die Bundesrepublik ebenfalls weit im Rückstand. Erst Anfang 1959 versuchte man, alle infolge einer Polioinfektion gelähmten Personen zu registrieren, um so besser über deren Bedürfnisse und wünschenswerte Einrichtungen entscheiden zu können. Die DVBK bemängelte seit ihrer Entstehung das Fehlen solcher statistischer Unterlagen.[105] Über das weitere Schicksal von Poliomyelitis-Erkrankten nach der Akutversorgung gab es zunächst nur wenige Untersuchungen. 1957 – zehn Jahre nach der Berliner Poliomyelitis-Epidemie von 1947 – wurde dann eine Studie besonders zu den Folgen der Poliomyelitserkrankung für Frauen erstellt, die aber nur wenig aufschlußreiche Ergebnisse brachte.[106]

Auf eine Vereinigung, die sich ab den 1950er Jahren für die Belange der Poliokranken engagierte, sei hier exemplarisch hingewiesen. In München wurde 1952 (nach dem amerikanischen Vorbild des „March of Dimes" der NFIP) der Verein „Pfennigparade" gegründet. Ab 1958 kümmerte man sich intensiv um die Nachsorge für Poliopatienten, eröffnete eine Schule und ein Pflegeheim für Behinderte; ab 1960 wurde der Kreis der Betreuten auch auf andere Körperbehinderte erweitert.[107] Dabei beschränkte sich die „Pfennigparade" vor allem auf Bayern und erreichte nicht den Charakter einer bundesweiten Organisation.

Im Bereich der Poliomyelitisforschung konzentrierten sich in der Bundesrepublik die Aktivitäten vorwiegend auf epidemiologische Untersuchungen. Darin wurde versucht, durch genaue Beschreibung der Infektionswege und der Zahl der erkrankten Personen neue Erkenntnisse über die Krankheit und ihre Ausbreitung zu gewinnen.[108] Auf dem Gebiet der Virologie dagegen, also der

---

104 Vgl. HÜNERBEIN, Behandlungszentren.

105 Bestandserhebung über Lähmungszustände, S. 482.

106 ANDERS, Poliomyelitis und weibliches Geschlecht. Kriterien waren dabei lediglich Heiratsaussichten, Fruchtbarkeit und Anzahl der Fehlgeburten. Bei den 141 untersuchten Berliner Frauen ergab sich, daß deren Heiratsaussichten nicht wesentlich gemindert waren – außer bei schwer Gelähmten – und die Fruchtbarkeit der Frauen gegenüber Gesunden nicht stark zurückgegangen war.

107 Chronik der Stiftung Pfennigparade; STIFTUNG PFENNIGPARADE, 40 Jahre.

108 Vgl. ANDERS, Epidemiologie der Poliomyelitis; DERS.: Epidemiologische Studien; oder WINKLER, Epidemiologie; KLAILA, Epidemiologische Beobachtungen; TOMASZEWSKI, Beobachtungen; MAGENAU, Epidemiologische Beobachtungen; SADOWSKI, Epidemiologische Untersuchungen etc.

Erregerforschung, gab es kaum eigene Forschungsleistungen zur Poliomyelitis zu verzeichnen.

Die Impfstoffentwicklung in den Vereinigten Staaten wurde deswegen in der Bundesrepublik mit großem Interesse verfolgt. Auch in Westdeutschland begann man nach den erfolgreichen Feldversuchen mit Salk-Impfstoff 1954, Impfungen mit inaktiviertem Polio-Impfstoff vorzubereiten.[109] Federführend waren die Behring-Werke, die die Herstellung eines inaktivierten Impfstoffes übernahmen, der sich von den Salk-Vakzinen lediglich dadurch unterschied, daß Aluminiumhydroxid zugesetzt wurde, von dem man sich eine Steigerung des immunisierenden Effekts erhoffte.[110] Als erstes Land erteilte Hessen im November 1954 eine Produktionsgenehmigung für Polio-Impfstoff. Das Paul-Ehrlich-Insitut in Frankfurt am Main[111] arbeitete in Anlehnung an die US-amerikanischen *Minimum Requirements* Prüfvorschriften für die Impfstoffe aus, die am 1. April 1955 in Hessen in Kraft traten. Das Institut wurde daraufhin auch bundesweit für Impfstoffprüfung zuständig.[112]

Bereits im Herbst 1954 hatte man in Westdeutschland begonnen, den Impfstoff bei Freiwilligen einzusetzen. Insgesamt wurden in der Bundesrepublik bis Sommer 1955 ca. 100 000 Impfungen an etwa 50 000 Kindern durchgeführt, meist von Kinderkrankenhäusern, ohne daß es ein spezielles Impfprogramm gegeben hätte.[113]

Im Herbst 1955 wurden die Impfungen aufgrund schwerwiegender Sicherheitsbedenken wieder eingestellt. Zwei von drei Affen waren nach einem Impfstofftest in den Behring-Werken paralytisch erkrankt. Nachtestungen derselben Charge des Impfstoffs im Paul-Ehrlich-Institut an 85 weiteren Affen verliefen zwar negativ. Allerdings hatten die Behring-Werke diesen Zwischenfall zunächst verschwiegen, was bei den Behörden für heftige Empörung und größtes Mißtrauen sorgte. Franz Redeker, der damalige Leiter des Bundesgesundheitsamtes, urteilte im September 1955, die Behring-Werke hätten jegliche Vertrauenswürdigkeit verloren.[114] Schon zuvor hatte es Probleme gegeben, als Beamte des Bundesgesundheitsamtes im April 1955 die Produktionsprotokolle in Augenschein nehmen wollten und ihnen mit der Begründung „Werkspionageverdacht" der Zutritt verwehrt worden war. Erst drei Monate später hatten sie Zutritt zu den Behring-Werken erhalten.[115] Im gleichen Zeitraum wurde

---

109 STENGEL VON RUTKOWSKI, Schutzimpfung, S. 35.

110 HAAS, DOSTAL und SAUTHOFF, Wirkung, S. 37.

111 Das spätere Bundesamt für Sera und Impfstoffe.

112 BAK, B 142/22, Protokoll über die Besprechung mit den Leitenden Medizinalbeamten der Länder, 10. 2. 1956; vgl. auch Schutzimpfung gegen Poliomyelitis, S. 258.

113 BAK, B 142/23, Referat Dr. Lundt über Impfung gegen Poliomyelitis in der Bundesrepublik Deutschland auf dem Europäischen Poliomyelitis-Symposion, 28.–30. 9. 1958; vgl. auch HAAS, KELLER und KIKUTH, Grundsätzliches, S. 27.

114 BAK, B 142/22, Vermerk, 30. 9. 1955.

115 BAK, B 142/22, Protokoll über die Besprechung mit den Leitenden Medizinalbeamten der Länder, 10. 2. 1956.

das Cutter-Unglück vom Frühjahr 1955, bei dem sich in den Vereinigten Staaten über hundert Personen durch die Impfung mit einem ungenügend inaktivierten Salk-Impfstoff infizierten, bekannt.[116]

Diese Ereignisse trafen zusammen mit einer großen Skepsis in den öffentlichen Gesundheitsbehörden gegenüber der grundsätzlichen Wirksamkeit des Salk-Impfstoffes. Solche Zweifel artikulierte etwa Franz Redeker, der die Meinung vertrat, daß die Gefahr, an Poliomyelitis zu erkranken, in einem Verhältnis von 1:1000 stehe; das gleiche gelte jedoch für die Schutzimpfung.[117]

Vor diesem Hintergrund ist es wenig erstaunlich, daß im Herbst 1955 die Impfungen in der Bundesrepublik zunächst eingestellt wurden. Die Zulassung des Impfstoffes durch den Hessischen Innenminister sei unter irrigen Voraussetzungen erfolgt und insofern nicht gültig, entschied man im Bundesinnenministerium. Ein Gutachten des Bundesgesundheitsamtes zum weiteren Vorgehen sollte erarbeitet werden. Als unmittelbare Maßnahme wurden außerdem die Sicherheitsvorschriften für die Impfstoffherstellung verschärft und angeordnet, den bisher als Grundlage des Vakzins verwendeten und als etwas virulenter eingeschätzten „Mahoney-Stamm", den man für die Cutter-Vorfälle verantwortlich machte, durch einen alternativen Stamm des Virus-Typs I („Brunhilde-Stamm") zu ersetzen.[118]

Das Bundesgesundheitsamt erstellte schließlich am 28. Januar 1956 das angeforderte Gutachten. Darin wurde von der Salk-Impfung als Massenimpfung abgeraten, auch wenn Einzelimpfungen unter gewissen Voraussetzungen zugelassen blieben. In Einzelfällen, bei Aufklärung und Einwilligung des Impflings bzw. seines Sorgeberechtigten, sei die Impfung gerechtfertigt. Die Voraussetzungen für eine Massenimpfung seien dagegen in der Bundesrepublik noch nicht gegeben: Es fehlten ausreichende Kenntnisse über die Durchseuchung und Immunitätslage der Gesamtbevölkerung sowie die Gefährdung bestimmter Bevölkerungskreise oder auch über die Bedeutung von Umweltfaktoren für die Erkrankung. Um den Impfling zu schützen, bedürfe es einer Lenkung und Beaufsichtigung der Impfung nach wissenschaftlichen Grundsätzen (Auswahl der zu Impfenden, Überprüfung der Wirksamkeit etc.). Für die Durchführung der Polio-Impfungen wurde ein bundeseinheitliches Gesetz gefordert. Gleichzeitig beurteilte das Gutachten die Produktionsbedingungen in den Behring-

---

116 Vgl. zum Cutter-Unglück oben, S. 228 f.

117 BAK, B 142/22, Vermerk 30. 9. 1955. Redeker war außerdem der Ansicht, daß die Erkrankungen in Gegenden, in welchen an der Hälfte der Kinder Scheinimpfungen vorgenommen worden waren, nicht zurückgegangen, sondern im Gegenteil gestiegen seien. In diesen Gegenden würde die Kurve einen Gipfel zeigen, der vor dem Sommergipfel liegt und diesen überragt. Redeker erklärte dies damit, daß mindestens ein Teil der geimpften Kinder vorübergehend ausscheiden würde und nunmehr die scheingeimpften und nicht geimpften Schulkameraden infiziert hätte. Diese Meinung stand jedoch in völligem Widerspruch zu den amerikanischen Erfahrungen des folgenden Jahres, als erfolgreich über eine Million Kinder geimpft und die Poliomyelitis-Rate stark gesenkt werden konnte.

118 Tagung der Weltgesundheitsorganisation über die Poliomyelitis-Schutzimpfung, S. 129.

Werken sehr kritisch und sprach sich für eine erhebliche Verschärfung der Produktionsvorschriften aus.[119] Die Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder stimmten dem Gutachten und seinen Forderungen zu,[120] während viele Gesundheitspolitiker und Ärzte die sehr rigide Haltung des Bundesgesundheitsamtes bedauerten:

> Um so deprimierender waren deshalb für das Ansehen des Deutschen Gesundheitswesens und der Deutschen Wissenschaft die Vorgänge, die sich seit dem Frühjahr 1955 bei uns um die Einführung der in den USA entwickelten und dort mit großem Erfolg durchgeführten Poliomyelitisimpfung abspielten,

äußerte sich beispielsweise der Medizinalbeamte Klose über die Entwicklung in Deutschland.[121] Die negative Einstellung der entscheidenden Gremien in Deutschland empfanden viele Ärzte als unverständlich, auch angesichts dessen, daß man trotz des Cutter-Unglücks in den USA zu einer sehr positiven Einschätzung der Poliomyelitis-Impfung gekommen war und die Impfung längst fortsetzte.[122]

Im Juni 1956 stand Thomas Francis auf einem Symposium in Wiesbaden vor einem deutschen Expertengremium Rede und Antwort. Er hatte den Bericht über den amerikanischen Feldversuch mit Salk-Impfstoff verantwortet, auf dessen Grundlage in den USA die Massenimpfungen stattfanden.[123] Das sich anschließende Referat von Prof. Georg Henneberg aus Berlin, einem führenden deutschen Polio-Experten, offenbarte die höchst ambivalente Haltung vieler deutscher Wissenschaftler zur Impfung und der Poliomyelitis-Gefahr:

> In seinen englisch vorgetragenen Ausführungen stellte H[enneberg] zunächst fest, daß gegenüber den Verhältnissen in anderen Ländern bei uns wichtige Unterschiede bestünden: wir seien arm, die Möglichkeiten für uns seien durch ungenügende Zusammenarbeit und Ausrüstung und damit durch eine im gewissen Sinne unsystematische Arbeit gekennzeichnet. […] Bei uns habe das für die Prüfung zuständige Paul-Ehrlich-Institut bisher keine Erfahrungen auf dem Gebiete der P[olio]m[yelitis]-Vakzine-Herstellung gehabt, und die bei uns 1955 verwandte Behring-Vakzine können evtl. ebenso unsicher gewesen sein wie der Cutter-Impfstoff. Augenscheinlich würde jetzt in Deutschland ein starker Druck von Seiten der öffentlichen Meinung ausgeübt. Es frage sich daher, ob seitens der Behörden die Impfung in Deutschland als besonders dringlich angesehen werden müsse? In Deutschland gäbe es kein ‚aggressives Virus', Paralysen seien relativ selten, sehr wichtig sei auch der noch nicht genügend erforschte Einfluß ‚allgemeiner Faktoren' auf das Entstehen von Lähmungen neben der Frage der Bedeutung der Antikörper. Vielleicht sei auch die Polio mehr oder weniger in Deutschland endemisch. Man müsse auch diskutieren, ob es nicht gefährlich sei, den Vorgang der stillen Feiung durch Impfaktionen zu unterbrechen oder zu stören. In Deutschland reiche seiner Auffassung nach der Immunitätszustand der Bevölkerung zur Vermeidung von Polio-Epidemien augenscheinlich aus,

---

119 BAK, B 142/22, Protokoll über die Besprechung mit den Leitenden Medizinalbeamten der Länder, 10. 2. 1956.

120 BAK, B 142/705, Niederschrift der Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Medizinalbeamten der Länder am 28./29. 21956 in Düsseldorf.

121 KLOSE, Zum Geleit, S. 3.

122 VIVELL, Probleme, S. 136–7.

123 BAK, B 142/22; Wiesbadner Symposium der Ventnor-Foundation, 2. 6. 1956, Niederschrift.

Deutschland sei in einer relativ günstigen epidemiologischen Lage und eine P[olio]m[yelitis]-Impfung sei daher lange nicht so dringlich wie z. B. in den USA. Es seien doch etwa 80% immuner Kinder in den Altersklassen der 10–15jährigen vorhanden.[124]

Mit diesem Vortrag stellte sich Henneberg ins wissenschaftliche Abseits, da seine Annahmen hinsichtlich der Immunität und des endemischen Auftretens der Krankheit in Deutschland Spekulationen waren, die einer faktischen Grundlage entbehrten.[125] Er vertrat auch die erstaunliche These, daß die Polio in den USA von selbst verschwinden würde und alle Impfaktionen in den USA gerade in dieses Stadium einer selbsttätigen Immunisierung fielen. Das Erlöschen der Polio würde so eines Tages irrtümlicherweise auf das Impfen zurückgeführt werden, obwohl die wahre Ursache in der natürlichen Durchseuchung läge. Die Interpretationen Hennebergs wurden in der folgenden Diskussion von Francis selbst wie von Mitgliedern des Paul-Ehrlich-Institutes und des Bundesgesundheitsamtes heftig kritisiert. Wenngleich bei diesem Symposium auch etliche deutsche Wissenschaftsvertreter mit Francis übereinstimmten, war die immer noch sehr skeptische Grundhaltung führender deutscher Wissenschaftler und Gesundheitspolitiker gegenüber der Polio-Impfung nicht zu übersehen.[126]

Als grundsätzliches Problem ist festzustellen, daß man sich in der Bundesrepublik auf dem Gebiet der Virologie – wo kaum noch eigene Forschungen stattfanden und die deutsche Wissenschaft international keinerlei Rolle mehr spielte – gegenüber ausländischen Fortschritten äußerst skeptisch verhielt und statt dessen eher an hergebrachten Überzeugungen festhielt. Diese Haltung verband sich meist mit einer mehr oder minder larmoyanten Klage über den Verlust der deutschen Stellung in der Welt. Wenn dabei Rückstand und Isolierung der deutschen Wissenschaft konstatiert wurden, wie in einer weiteren Äußerung des bereits zitierten Georg Henneberg, so kontrastierte dies eigentümlich mit der überlegenes Wissen beanspruchenden Absage an US-amerikanische Erkenntnisse:

Die Virusforschung in Deutschland hat den würdigen Platz, den sie durch viele gute Leistungen vor 25 Jahren inne hatte, nicht verbessert und sogar nicht gehalten. Wir haben an den großen Fortschritten der Virusforschung der letzten beiden Jahrzehnte einen geringen Anteil, nicht nur, weil uns kein neuer Robert Koch geboren wurde, […] sondern weil wir auch nicht beteiligt sind an der Entwicklung der Methodik, durch die die neuen wesentlichen Erkenntnisse ermöglicht wurden.[127]

---

124 Hennebergs Referat wurde in einem Bericht für das Innenministerium zusammengefaßt – hieraus das folgende Zitat: BAK, B 142/22, Wiesbadner Symposium der Ventnor-Foundation, 2. 6. 1956, Niederschrift.

125 Vgl. dazu zeitgenössische medizinische Publikationen wie HESS, Poliomyelitis, die von einer gegenteiligen Lage ausgingen, nämlich einer geringen Immunisierung der Bevölkerung und deswegen von Jahr zu Jahr stärkeren Polio-Epidemien. Zudem widersprachen schon die heftigen Polio-Epidemien mit zahlreichen Toten allein Hennebergs Ausführungen.

126 BAK, B 142/22; Wiesbadner Symposium der Ventnor-Foundation, 2. 6. 1956, Niederschrift.

127 HENNEBERG, Problem, S. 181–2.

Wenn deutsche Vertreter international auftraten, fällt auf, welch große Rolle Statusfragen spielten und wie häufig ein Gefühl des Benachteiligtwerdens artikuliert wurde. Beispielsweise berichtete der deutsche Teilnehmer an der Konferenz der Europäischen Vereinigung zur Bekämpfung der Poliomyelitis in Madrid 1958 an das Innenministerium:

> Bedauerlicherweise wurde die Tendenz des Vorsitzenden deutlich, den Vertretern der deutschsprachigen Länder, insbesondere der Bundesrepublik und Österreich, nicht die gleichen Rechte wie den Vertretern anderer Länder zuzubilligen. Sowohl der Vertreter Österreichs wie der der Bundesrepublik wurde bei seinen Ausführungen brüsk unterbrochen und auf die Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit hingewiesen, während den Vertretern anderer Länder wesentlich mehr Zeit zugebilligt wurde.[128]

Beim VI. Europäischen Symposium über Poliomyelitis, das in München stattfand, vermerkte die DVBK stolz, daß nun – im Gegensatz zu den vorhergehenden europäischen Konferenzen – mehr deutsche Forscher mit eigenen Beiträgen aufträten.[129] Offensichtlich taten sich die Deutschen, die vor dem Zweiten Weltkrieg in der medizinischen Forschung zu den führenden Nationen gehört hatten, schwer, sich von diesem Status zu verabschieden.

Während die Deutschen zögerten, begannen andere europäische Staaten mit Salk-Impfprogrammen, Dänemark im Jahr 1955, Großbritannien und Frankreich 1956.[130] Über diese Impfungen war das deutsche Innenministerium durch ausführliche Berichte gut informiert. Jene Beispiele – Frankreich startete Massenimpfungen, obwohl Polio-Erkrankungen dort weitaus seltener waren als in der Bundesrepublik – führten allerdings zu keinem Umdenken in der Frage der Polio-Impfung.[131] Ein weiteres Problem bestand in der Bundesrepublik darin, daß grundsätzlich die Länder für die Einführung und Genehmigung der Impfungen zuständig waren, was das ganze Verfahren komplizierte. Zwei Länder – Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein – entschieden sich 1956, im folgenden Jahr mit Impfungen zu beginnen, und beantragten die Einfuhrerlaubnis für amerikanische Impfstoffe.[132] Ansonsten wurde amerikanischer Impfstoff in Deutschland weiterhin skeptisch gesehen. Man schätzte den Mahoney-Virenstamm, auf dessen Grundlage die US-Vakzine hergestellt wurden, noch als zu

---

128 BAK, B 142/23, Bericht über das Poliomyelitis-Symposium in Madrid 1958 für das Innenministerium.

129 Vorarchiv ArbMin NRW, 1200, Sitzung am 7. 4. 1960, Beilage Denkschrift über fünf Jahre Tätigkeit der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung. Die auf dem VI. europäischen Symposion erhobene Forderung nach Deutsch als künftiger zusätzlicher Kongreßsprache, die allerdings einhellig abgelehnt wurde, ist im Zusammenhang mit den deutschen Geltungsansprüchen zu sehen.

130 PRO, MH 133/467, Information on and the application and use of vaccine against poliomyelitis in certain countries, 31. 10. 1956.

131 BAK, B 142/22, Übersetzung der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung, Poliomyelitis in England und Wales, Juni 1956; ebenda, Übersetzung, Hygienische Gesichtspunkte bei Poliomyelitis in Frankreich (Juni?) 1956.

132 BAK, B 142/22, Niederschrift über die Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten, 18. 12. 1956.

gefährlich ein und mißtraute den amerikanischen Prüfungsverfahren, da diese nicht staatlich waren. Es sollten nach Meinung der Bundesbehörden grundsätzlich nur staatlich geprüfte Impfstoffe verwendet werden und diese zunächst nur in Gesundheitsämtern und Kliniken verabreicht werden.[133] Die deutsche Impfstoffproduktion in den Behring-Werken, die anstelle des Mahoney-Stamms den weniger virulenten Brunhilde-Stamm verwendete, ging allerdings nur schleppend voran.

Problematisch war auch die rechtliche Absicherung der Impfung. Im umstrittenen Gutachten des Bundesgesundheitsamtes war eigentlich gefordert worden, ein Impfgesetz zu erlassen. 1956 schlug das Bundesgesundheitsamt vor, daß ersatzweise die Länder die gesamte Impfstoffproduktion aufkaufen sollten und der öffentliche Gesundheitsdienst alle Impfungen selbst durchführen solle. Eine Abgabe des Impfstoffes an niedergelassene Ärzte und Apotheker könne vom Bundesgesundheitsamt nicht akzeptiert werden.[134]

Während in Deutschland die Wiederaufnahme von Impfungen auf sich warten ließ, war jedes Jahr eine hohe Zahl von Poliomyelitiskranken zu beklagen. In Hessen gab es beispielsweise im Spätsommer 1956 eine schlimme Epidemie mit vielen Todesfällen und paralytischen Fällen.[135] Wie problematisch die Lage in den Krankenhäusern war, verdeutlicht folgender Bericht über eine Epidemie in Aachen, ebenfalls im Spätsommer 1956:

> Den Höhepunkt erreichte die Epidemie in der Woche vom 23. bis 29. 9., wo 33 Fälle eingeliefert wurden. […] Am 27. 9. wurden allein 13 Fälle eingeliefert. An diesem Tage waren alle 3 vorhandenen Eisernen Lungen belegt. Infolgedessen mußte Herr Ministerialdirigent Dr. Studt von der Medizinal-Abteilung des Innenministeriums in Düsseldorf gebeten werden, der Stadt Aachen 2 weitere Eiserne Lungen leihweise aus anderen Bezirken zur Verfügung zu stellen. Gegen 14.30 Uhr erging die fernmündliche Mitteilung, daß die Stadt Dortmund und die medizinische Klinik der Universität Bonn je eine Eiserne Lunge zur Verfügung stellten. Die Abholung wurde sofort in die Wege geleitet, in den späten Abendstunden des 27. 9. trafen sie in Aachen ein und waren einsatzbereit.[136]

Im November 1956 wurde auf einer Sitzung der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren die Wiedereinführung von Polio-Impfungen für das Frühjahr 1957 beschlossen. Auch das Bundesgesundheitsamt stimmte einer Impfung auf breiter Basis nun zu.[137] Da hierfür Anfang 1957 letztendlich

---

133 BAK, B 142/22, Niederschrift über die Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten, 18. 12. 1956; vgl. auch Vorarchiv ArbMin NRW, 1200, Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder am 23.11. 1956 in Berlin.

134 Vorarchiv ArbMin NRW, 1200, Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten, außerordentliche Sitzung am 10. 8. 1956 in Hannover.

135 BAK, B 142/22, Die derzeitige Seuchenwelle in Hessen. Epidem. Situationsbericht, 25. 10. 1956.

136 BAK, B 142/22, Bericht über die Epidemie der Virusmeningitis und Poliomyelitis des Gesundheitsamtes Aachen, 5. 11. 1956.

137 Vorarchiv ArbMin NRW, 1200, Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder am 23. 11. 1956 in Berlin; vgl. darin zur veränderten Hal-

nicht genügend deutscher Impfstoff zur Verfügung stand, weil viele produzierte Chargen den Prüfansprüchen nicht genügten, mußte nun doch US-amerikanischer und belgischer Impfstoff importiert werden, der den Mahoney-Stamm enthielt.[138] Der Import wurde schließlich auch vom Bundesgesundheitsamt in einem neuen Gutachten befürwortet; das Umschwenken in dieser Frage erklärte man damit, daß weltweit mittlerweile 50 Millionen Kinder mit Mahoney-haltigem Impfstoff geimpft worden seien, ohne daß es Komplikationen gegeben habe. Daraufhin stimmten die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder am 1. März 1957 dem Import und der Verwendung des US-amerikanischen Impfstoffs zu.[139]

Entsprechend einer Empfehlung des Bundesgesundheitsamts wurden zunächst die Kinder der Geburtsjahrgänge 1954 und 1955, also die Zwei- bis Dreijährigen, geimpft. Außerdem sollte schwerpunktmäßig in Gebieten geimpft werden, die auf Grund epidemiologischer Studien als gefährdet galten (Regionen, in denen bereits Epidemien aufgetreten waren und angrenzende Gebiete; Gegenden, aus denen sporadische Fälle von Poliomyelitis gemeldet worden waren). Ein Auftreten von Poliomyelitis in Folge von Impfungen konnte nicht festgestellt werden; die Impfungen galten als sicher. Dies bestätigte 1958 das Bundesgesundheitsamt nochmals ausdrücklich; sowohl gegen die Salk-Impfung als solche wie auch die Verwendung des Mahoney-Virenstammes bestünden keinerlei Bedenken mehr.[140]

Die Bedingungen, unter denen die Impfung stattfand, waren in den einzelnen Bundesländern höchst unterschiedlich. Nachdem eine generelle Kostenübernahme durch die öffentliche Hand vom Bund und der Mehrheit der Länder als zu teuer abgelehnt worden war,[141] verlangten manche Länder eine Gebühr von den Impfempfängern bzw. den Eltern, wie z. B. Bayern; andere, wie Nordrhein-Westfalen, stellten die Impfung zunächst kostenlos zur Verfügung. Eine Impfpflicht bestand in keinem Land.[142] Ungeachtet der Richtlinien für

---

tung des Bundesgesundheitsamtes: Bericht des Präsidenten des Bundesgesundheitsamtes: Probleme der Schutzimpfung gegen Poliomyelitis.

138 BAK, B 142/23, Vermerk 5. 9. 1959, Betreff: Sechstes europäisches Symposion über Poliomyelitis am 6.–9. 9. 1959 in München.

139 Vorarchiv ArbMin NRW, 1200, Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder am 1. 3. 1957 in Wiesbaden. Ab 1958 stand dann ausreichend deutscher Impfstoff der Behring-Werke zur Verfügung; BAK, B 142/23, Vermerk 5. 9. 1959, Betreff: Sechstes europäisches Symposion über Poliomyelitis am 6.–9. 9. 1959 in München.

140 Zweites Gutachten über den Stand der Schutzimpfung, S. 12, 15–6; HESS, Poliomyelitis, S. I.

141 BAK, B 142/22, Niederschrift über die Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten, 18. 12. 1956.

142 BAK, B 142/23, Referat Dr. Lundt über Impfung gegen Poliomyelitis in der Bundesrepublik Deutschland auf dem Europäischen Poliomyelitis-Symposion, 28.–30. 9. 1958; BAK, B 142/22, Niederschrift über die Sitzung der leitenden Medizinalbeamten am 26./27. 9. 1957 in Kiel; vgl. zu Nordrhein-Westfalen Vorarchiv ArbMin NRW, 1202, Protokolle der Medizinaldezernentenkonferenz; Sitzung 28. 5. 1957 in Düsseldorf.

den Impfarzt zur Durchführung der Schutzimpfung gegen Kinderlähmung, die die *Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung* erlassen hatte, verlief die Abgabe des Impfstoffs unkoordiniert und uneinheitlich.[143] Auch die Empfehlungen des Bundesgesundheitsamtes für ein einheitliches Vorgehen und die ausschließliche Impfung durch die Gesundheitsämter wurden nicht überall umgesetzt. Baden-Württemberg ließ beispielsweise niedergelassene Ärzte die Impfungen vornehmen und verstieß damit gegen Abmachungen, die zwischen den Ländern getroffen worden waren. Die Kritik des Bundesgesundheitsamts blieb ohne Wirkung.[144] Daß in den anderen Bundesländern der Impfstoff zunächst nur über die Gesundheitsämter und nicht frei an die Apotheken abgegeben wurde,[145] rief wiederum heftige Proteste unter den niedergelassenen Ärzten hervor, die beteiligt werden wollten.[146] Sympathien für die Position der Ärzte bestanden auch in Länderministerien, wie sich schon im Vorfeld gezeigt hatte; vom zuständigen Abteilungsleiter Heigl aus Schleswig-Holstein war zu hören gewesen, „den freitätigen Ärzten könnte seiner Meinung nach die Durchführung der Impfung nicht versagt werden."[147] Diese Situation war symptomatisch für die Uneinigkeit und schlechte Koordination des öffentlichen Gesundheitswesens in der Bundesrepublik sowie für das Bestreben der Ärzte, ihr Arbeitsgebiet ständig zu erweitern und auf keinen Fall dem öffentlichen Gesundheitsdienst Aufgabenbereiche ganz zu überlassen.[148]

Das Interesse der Bevölkerung an der Impfung differierte stark zwischen den einzelnen Bundesländern sowie regional innerhalb der Länder. In zuvor von Epidemien betroffenen Gegenden zeigte sich verständlicherweise ein höherer Beteiligungsgrad.[149] Aus Coburg wird beispielsweise berichtet, daß vor allem der Tod eines 44 Jahre alten „kerngesunden Landbürgermeisters" die Menschen veranlaßte, sich 1957 mit Salk-Impfstoff impfen zu lassen.[150] Insgesamt blieb die Teilnahme an der Impfung gemessen am Bevölkerungsanteil allerdings sehr gering. Dabei spielten die Gebühren sicherlich eine nicht unwesentliche Rolle. Als Beispiel seien hier die Kosten in Bayern angeführt, die für Familien

---

143 Richtlinien für den Impfarzt, S. 237.

144 BAK, B 142/706, Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder am 12./13. 4. 1957.

145 Vgl. zu den diesbezüglichen Empfehlungen des Bundesgesundheitsamtes Vorarchiv ArbMin NRW, 1200, Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder am 23.11. 1956 in Berlin; Bericht des Präsidenten des Bundesgesundheitsamtes: Probleme der Schutzimpfung gegen Poliomyelitis.

146 BAK, B 142/706, Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder am 3. 7. 1957.

147 Vorarchiv ArbMin NRW, 1200, Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder am 23.11. 1956 in Berlin.

148 BAK, B 142/706, Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder am 3. 7. 1957.

149 BAK, B 142/23, Referat Dr. Lundt über Impfung gegen Poliomyelitis in der Bundesrepublik Deutschland auf dem Europäischen Poliomyelitis-Symposion, 28.–30. 9. 1958.

150 BUCHKA, Poliomyelitis-Schutzimpfung, S. 395.

mit geringem Einkommen wohl eine ziemliche Hürde darstellten. Die Bayerische Staatszeitung schrieb am 12. August 1960:

Insgesamt dürften jetzt in Bayern etwa 28% der am meisten gefährdeten 4–5jährigen Kinder geimpft und damit geschützt sein. Im vergangenen Jahr wurden rund 160000 freiwillig geimpft, in diesem Jahr dürfte die Zahl noch höher liegen. Der Unkostenbeitrag für eine solche einfache Impfung beträgt insgesamt 7,50 DM, für die kombinierte 11,50 DM. Bei Bedürftigkeit gewährt der Staat über die allgemeine Verbilligung hinaus noch Zuschüsse.[151]

In Nordrhein-Westfalen, wo die Impfung in den Jahren 1957 und 1958 kostenlos war, konnten ca. 50 Prozent der Zielgruppen-Jahrgänge geimpft werden. 1958 setzte aber auch das Finanzministerium in Düsseldorf durch, daß der einzelne in Zukunft die Kosten der Impfung tragen müsse.[152] Die Länder versuchten in den nächsten Jahren einen Beitrag des Bundes zu den Kosten der Schutzimpfung zu erreichen, was aber vom Bundesfinanzministerium stets abgelehnt wurde.[153]

Die Teilnahme an den Impfungen überschritt auch in den folgenden Jahren die Grenze von 5 Prozent der Bevölkerung nicht und blieb somit epidemiologisch unwirksam.[154] Die Immunisierung erreichte nur eine Minderheit der Bevölkerung. Daher gab es auch nach 1957 weitere Poliomyelitis-Epidemien mit hohen Erkrankungsziffern.[155] In München kam es 1959 zu einer schwerwiegenden Epidemie, bei der besonders viele Erwachsene erkrankten:

Eine besorgniserregende Entwicklung hat die Kinderlähmung genommen. […] Allein im Krankenhaus Rechts der Isar liegen zur Zeit 48 an Kinderlähmung erkrankte Erwachsene, unter ihnen noch acht schwere Fälle aus den Jahren 1957/58. Vier besonders schwer getroffene Männer und Frauen liegen in den Eisernen Lungen. Besonders auffallend ist nach Ansicht der Ärzte, daß heuer zum großen Teil auch Erwachsene von der Krankheit befallen werden, bei denen die Krankheit im allgemeinen schwieriger als bei Kindern verläuft. […] Heuer hat die Krankheit in München schon im August ihre ersten Opfer gefordert, die wöchentliche Erkrankungsziffer ist nun auf zehn Personen angestiegen. Bisher wurden im Stadtgebiet 86 Fälle von Kinderlähmung registriert, darunter sieben Todesfälle.[156]

---

151 BAK, B 142/23, Ausschnitt Bayerische Staatszeitung vom 12. 8. 1960, Polio – Drohende Gefahr trotz fortschreitender Schutzimpfung.

152 Vorarchiv ArbMin NRW, 1202, Medizinaldezernentenkonferenzen, Niederschrift über die Sitzung betr. Poliomyelitis-Schutzimpfung am 28. 5. 1958 in Düsseldorf und Niederschrift über die Sitzung am 12./13. 11. 1958 in Düsseldorf.

153 BAK, B 142/23, Vermerk 5. 9. 1959, Betreff: Sechstes europäisches Symposion über Poliomyelitis am 6.–9. 9. 1959 in München.

154 MAASS, Vereinigung, S. 40. 1957 wurden insgesamt 539054 Personen einmal geimpft; 494158 Personen zweimal, 1958 812978 Personen einmal, 706643 Personen zweimal; BAK, B 142/23, Poliomyelitisschutzimpfung 1957 und 1958 in der Bundesrepublik Deutschland, Übersicht.

155 Vgl. insgesamt HESS, Poliomyelitis, der auf die Poliomyelitis in den Jahren 1956 bis 1960 eingeht und die zahlreichen Epidemien genau beschreibt; im übrigen auch WITT, Poliomyelitis; SALCHOW, Epidemiologische Betrachtungen. Siehe hierzu auch die Zahlen in Tabelle 14, S. 238.

156 BAK, B 142/23, Ausschnitt aus Münchner Merkur 10. 9. 1959.

1960/61 kam es in Deutschland infolge der schweren Epidemien der Vorjahre 1959 und 1960 zu einer Überbeanspruchung der wenigen vorhandenen Polio-Zentren, die von Schwerstgelähmten und Dauer-Atemgelähmten belegt waren und neue Akutpatienten kaum mehr aufnehmen konnten.[157]

Die *Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung*, die sich zunächst um die Erarbeitung einheitlicher Behandlungsvorschriften und um die Beschaffung von Beatmungsgeräten gekümmert hatte, setzte sich nun für eine stärkere Beteiligung an der Impfung ein. Dazu verteilte die DVBK Merkblätter, Broschüren sowie Plakate und stellte den Gesundheitsämtern Dia-Serien zur Verfügung.[158] Die Erfolge dieser Aktionen, die offenbar kein genügend großes Publikum erreichten, blieben jedoch sehr beschränkt.[159] Ein grundsätzliches Problem war sicherlich, daß die Bemühungen der DVBK kaum von Bund und Ländern unterstützt wurden. Zudem konzentrierte sich ein Großteil ihrer Aktivitäten nach wie vor auf die Förderung der medizinischen Forschung; Öffentlichkeitsarbeit genoß keine Priorität und war eine Aufgabe von vielen.[160] Vom zuständigen Bundesinnenministerium kamen praktisch überhaupt keine Impfaufrufe oder Initiativen zu bundesweiter, länderübergreifender Werbung.[161]

Versuche, dem weiterhin großen Mißtrauen der Bevölkerung gegenüber der Poliomyelitis-Impfung durch den Einsatz von Kombinations-Wirkstoffen zu begegnen, also durch kombinierte Impfstoffe gegen Polio, Tetanus und Diphtherie, hatten in der Bundesrepublik zunächst ebenfalls wenig Erfolg.[162] In Oberhausen und Hamburg wurde ein solcher Impfstoff das erste Mal im Frühjahr 1959 über die Gesundheitsämter zur Verfügung gestellt und erwies sich als

---

157 Eröffnung der 7. ordentlichen Mitgliederversammlung, S. 259.

158 Tätigkeitsbericht der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung 1960, S. 370. Allerdings wurden 1960 für das gesamte Bundesgebiet nur 35000 Plakate mit dem Titel „Kinderlähmung – Schutzimpfen" zur Verfügung gestellt, was bei weitem keiner flächendeckenden Werbung entspricht.

159 Der Vorsitzende der Vereinigung, Josef Hünerbein, suchte in einem Tätigkeitsbericht den Grund für diese Erfolglosigkeit bei der Skepsis der bundesdeutschen Bevölkerung gegenüber einer Zunahme der Impfungen und dem inzwischen sehr vollen Impfkalender bei Kindern. Dies erklärt allerdings keineswegs die Erfolglosigkeit in der Bundesrepublik, da diese Probleme auch in anderen Ländern bestanden.

160 Vorarchiv ArbMin NRW, 1200, Sitzung am 7. 4. 1960, Beilage Denkschrift über fünf Jahre Tätigkeit der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung, vgl. auch die zahlreichen Berichte der Vereinigung in der Zeitschrift „Der öffentliche Gesundheitsdienst", die über neuere Forschungen aus den Vereinigten Staaten sowie die verschiedenen Internationalen und Europäischen Poliomyelitiskongresse berichteten. Vgl. z. B. Entschließung des V. Europäischen Symposiums, Bericht über das 6. Europäische Symposium der Europäischen Vereinigung gegen die Poliomyelitis.

161 Im Juni 1959 schlug die DVBK dem Innenministerium die Produktion eines Werbefilms vor, der sowohl im Kino, gekoppelt an Spielfilme, als auch im Fernsehen, wie auch über Organisationen mit Filmdiensten, von Gesundheitsämtern und sonstigen Gesundheitsveranstaltungen gezeigt werden sollte; BAK, B 142/23, Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung an Bundesminister des Innern, Juni 1959.

162 Vgl. W. KELLER, Mehrfachimpfung; DERS., Poliomyelitis-Schutzimpfung.

gut verträglich.[163] Allerdings entwickelte sich bei diesen neuen Impfstoffen die Impfung durch niedergelassene Ärzte, die sich oftmals mit den Impfstoffen nicht auskannten und falsche Empfehlungen gaben, zum Problem:

Obwohl in letzter Zeit ein übersichtlicher Impfplan und auch ein Impfkalender vorgeschlagen und von verschiedenen Seiten über die Vorteile der Mehrfachimpfstoffe geschrieben wurde, herrscht unter der Ärzteschaft noch immer und vielleicht gerade wegen der Verschiedenheit der einzelnen zeitlichen Angaben eine gewisse Unsicherheit gegenüber den gesamten Impffragen. Dazu trägt nicht wenig das bei uns stark verbreitete Mißtrauen gegen Impfungen und auch eine gewisse Indolenz der Bevölkerung in den Perioden nicht unmittelbar drohender Gefahr bei. Das prägt sich darin aus, daß das einzelne Kind zu ganz verschiedenen Zeiten und vielfach ziemlich planlos geimpft wird, sowie aber besonders darin, daß die günstigen und zweckmäßigen Termine versäumt werden oder, was leider auch häufiger der Fall ist, daß überhaupt nicht geimpft wird.[164]

Auf dem europäischen Poliomyelitis-Symposium in Oxford im September 1961 wurde die im Vergleich zu anderen europäischen Ländern besonders zögerliche Haltung der Bundesrepublik besonders deutlich. Ein Vertreter des Gesundheitsministeriums berichtete über seine Erfahrungen bei der Konferenz:

Der Reigen der Berichte der nationalen Delegierten begann mit dem Dreiminutenbericht von Dr. Anders, Berlin. So war es besonders eindrucksvoll, feststellen zu müssen, daß die Bundesrepublik absolut und relativ sowohl im Hinblick auf die epidemiologische Lage als auch in bezug auf den Durchimpfungsgrad gegen Poliomyelitis am schlechtesten abschnitt. Wir Deutsche haben uns also aus der Gruppe der anderen Völker isoliert, ohne daß aber anzuerkennende Gründe genannt werden, die unsere Haltung rechtfertigen könnten. […] Man hat kein Verständnis dafür, daß wir in den zwei vergangenen Jahren (1960 und 1961) die Dinge laufen ließen und nicht wenigstens so wie in anderen Ländern, z. B. England, Schweden, Dänemark, Belgien, Schweiz, die Salk-Impfung in einem solchen Umfang durchführten, daß in Ruhe und ohne öffentlich ausgetragenen Streit die Lebendimpfung vorbereitet bzw. eingeführt werden kann.[165]

Als Gründe für diese Lage in der Bundesrepublik lassen sich folgende Faktoren nochmals zusammenfassen: Zum einen fällt die unzureichende Koordination der Impfungen in den einzelnen Ländern sowie zwischen Bund und Ländern auf.[166] Die unterschiedliche Regelung der Kosten war ebenfalls kaum impffördernd. Zum anderen dürfte die anhaltende Skepsis der deutschen Experten gegenüber der Impfung, die ja auch in Zeitungsberichten und auf andere Weise an die Öffentlichkeit drang, kaum positive Reaktionen ausgelöst haben.[167] Auf

---

163 FAERBER und SEELEMANN, Beobachtungen, 314.

164 W. KELLER, Poliomyelitis-Schutzimpfung, S. 7.

165 BAK, B 142/23, VII. Europäisches Poliomyelitis-Symposium in Oxford 17.–20. 9. 1961, Bericht für das Innenministerium, 6. 12. 1961.

166 Vorarchiv ArbMin NRW, 1200, Sitzung am 7. 4. 1960, Beilage Denkschrift über fünf Jahre Tätigkeit der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung.

167 Wie stark auch Ende der 1950er Jahre die Skepsis deutscher Polio-Experten gegenüber der Salk-Impfung waren, zeigen etwa die Berichte deutscher Teilnehmer am Europäischen Poliomyelitis-Symposion von 1958 an das Bundesinnenministerium: Alle Mißerfolge und Zweifel hinsichtlich der inaktivierten Impfung werden hervorgehoben; die unbestreitbaren Erfolge, wie z. B. in Dänemark, wo durch Massenimpfungen innerhalb weniger Jahre die

der Seite der deutschen Wissenschaftler und Experten kamen der fortbestehende wissenschaftliche Rückstand der deutschen Polioforschung und die immer noch geringe internationale Einbindung zum Tragen.[168] Dies trug zum Mißerfolg der Salk-Impfung in der Bundesrepublik bei. Auch nach der Impfaktion von 1961 überstieg der Durchimpfungsgrad bei den Geburtsjahrgängen 1952 bis 1959, der am meisten gefährdeten Gruppe, nicht die 40 Prozent-Marke.[169] Die folgende Zusammenstellung der Polio-Prophylaxe in verschiedenen europäischen Ländern verdeutlicht das schlechte Abschneiden der Bundesrepublik im europäischen Vergleich.

Sehr deutlich werden aus dieser Aufstellung auch die Unterschiede zwischen dem „Ostblock" und Westeuropa: Während in den Ostblockländern schon 1959 zur Lebendimpfung nach Sabin übergegangen wurde, war man in den westeuropäischen Ländern, die sich in der Nachfolge der USA vor allem auf die Salk-Impfung konzentriert hatten, zögerlicher.

In der Bundesrepublik, wo Gesundheitspolitiker und Medizinalbeamte gegenüber der Wirksamkeit des Salk-Impfstoffes stets sehr kritisch gewesen war, standen dieselben Personen der Lebendvakzine nach Sabin von Anfang an etwas positiver gegenüber. Diese Haltung beruhte sicherlich vor allem auf der unkomplizierten und einfachen Anwendbarkeit der Impfung. Die Gesundheitsbehörden verhielten sich aber auch mit Blick auf diesen Impfstoff zunächst sehr zaudernd. Auf einer Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder am 7. April 1960 wurde beispielsweise folgendes notiert:

> Dr. Heigl glaubte, das Ergebnis der weiteren Diskussion dahin zusammenfassen zu können, daß die Angelegenheit noch nicht entscheidungsreif ist, denn 1) die Situation dränge nicht, weil mit Salk-Impfstoff geimpft werden kann, 2) das Bundesgesundheitsamt werde in absehbarer Zeit ein vorläufiges Gutachten erstellen […]. In der weiteren Aussprache wurde nach Vorschlag von Dr. Greul (Bremen) Einigkeit darüber erzielt, daß zunächst nichts zu unternehmen sei.[170]

Poliomyelitisrate drastisch gesenkt werden konnte, wurden mit äußerster Reserviertheit aufgenommen; BAK, B 142/23, Bericht für das Bundesinnenministerium über das VII. Europäische Poliomyelitis-Symposium in Oxford 17.–20. 9. 1961, 6. 12. 1961.

168 Die Bundesrepublik hatte auf den internationalen Konferenzen noch nicht richtig Fuß gefaßt und lag in der Forschung wie auch im wissenschaftlichen Austausch zurück. Gerade auf dem Gebiet der Virologie mußte die absolute Überlegenheit der Amerikaner anerkannt werden. Vgl. Vorarchiv ArbMin NRW, 1200, Sitzung am 7. 4. 1960, Beilage Denkschrift über fünf Jahre Tätigkeit der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung. Dem entspricht auch der Befund, daß sich in der Zeitschrift „Der öffentliche Gesundheitsdienst", die auch das offizielle Organ der Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung war, in den Jahren bis 1960 nur ein einziger Originalaufsatz findet, der sich mit virologischen Untersuchungen bei Kinderlähmung beschäftigt, vgl. WOHLRAB, Praktische Anwendung.

169 ANDERS, SCHÄR und FRIZA, Epidemiologische Situation 1961, S. 57; vgl. auch Vorarchiv ArbMin NRW, 1200, Sitzung am 7. 4. 1960, Beilage Denkschrift über fünf Jahre Tätigkeit der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung.

170 BAK, B 142/3677, Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder, 7. 4. 1960 in Saarbrücken.

Tabelle 15: Polio-Prophylaxe in europäischen Ländern 1960[171]

Land	Morbidität 1960	Impfungsgrad Salk-Impfstoff	Impfungsgrad Lebend-impfstoff	Geplante Maßnahmen für 1962: Salk-impfung	Lebend-impfung
Belgien	3,04	ca. 50%	/	Intensivierung	/
Dänemark	0,10	70–80%	/	Fortführung	/
BRD	5,72	3,6%	(Berlin 290 000)		
DDR	0,62	45%	kl. Feld-versuch	/	Fortführung
England	0,60	ca. 50%	kl. Feld-versuch	Fortführung	? evtl. nach Salkimpfung
Finnland	1,60	25%	kl. Feld-versuch	Intensivierung	? evtl. nach Salkimpfung
Frankreich	3,60	ca. 10%	/	Intensivierung	/
Italien	6,90	ca. 5%	/	Intensivierung	
Niederlande	0,20	23,6%	/	Fortführung	? bei Epidemien
Österreich	ca. 5,0	<10%	ca. 25%	?	Einführung
Polen	0,9	?	/	/	Fortführung
Schweden	0,13	53%	/	Fortführung	/
Schweiz	2,20	28%	Feldversuch (115 000)	Reduktion	Intensivierung
Spanien	5,40	?	/	Intensivierung	?
Tschechoslowakei	0,46	25,7%	ca. 25%	/	Fortführung
Ungarn	0,38	?	ca. 50%	/	Fortführung

Die Entscheidungsfindung dürfte nicht zuletzt die Internationale Poliomyelitis-Konferenz in Kopenhagen (1960), bei der ausführlich über die Erfolge der Lebendimpfung im „Ostblock“ und in Südamerika berichtet wurde, erleichtert haben.[172]

Die ersten bundesdeutschen Lebendimpfungen wurden schließlich in West-Berlin durchgeführt. Den Anlaß hierfür boten gesundheitspolitische Maßnahmen in der DDR. Dort hatte man, wie in anderen Staaten des Ostblocks, schon im Februar 1960 beschlossen, eine Massenimpfung mit Lebendimpfstoff vorzunehmen.[173] Auf Grund des in Berlin damals noch regen Verkehrs zwischen den

[171] BAK, B 142/23, VII. Europäisches Poliomyelitis-Symposium in Oxford, 17.–20. 9. 1961, Bericht für das Innenministerium, 6. 12. 1961, Zusammenstellung der Polio-Prophylaxe in den europäischen Ländern; *Legende:* ? = unbekannt, keine Angaben; / = nicht betreffend.

[172] Vgl. Fifth International Poliomyelitis Conference; sowie Bericht über die 5. Internationale Poliomyelitis-Konferenz, S. 241–2.

[173] BAK, B 142/3677, Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder, 7. 4. 1960 in Saarbrücken.

einzelnen Sektoren hatten die Gesundheitsbehörden in West-Berlin Angst vor der potentiellen Gefahr durch Impfvirusausscheider.[174] Dort hielt man es für nötig, „einen Damm gegen das Impfvirus aufzurichten und zu diesem Zweck eine Immunität zu erzeugen." Die Senatsverwaltung war der Meinung, daß für eine Impfung mit Salk-Impfstoff mit mehreren Injektionen nicht mehr genügend Zeit bliebe und nur noch die Möglichkeit der Impfung mit Lebendvakzinen bestünde. Die Senatsverwaltung akzeptierte die Bereitschaft der US-amerikanischen Firma Lederle, der Stadt Impfstoff für 600 000 Menschen kostenlos zur Verfügung zu stellen. Man plante, alle Personen bis zum Alter von 20 Jahren zu impfen.[175]

Der Impfstoff, trivalenter (also alle drei Virustypen enthaltender) Oral-Impfstoff nach Cox, wurde im Mai 1960 ca. 290 000 Personen verabreicht, vor allem Schulkindern.[176] Danach ergaben sich jedoch zahlreiche Zwischenfälle, bei denen geimpfte Personen an Poliomyelitis erkrankten bzw. es zu Kontaktinfektionen kam, da der Virus offenbar wieder an Virulenz gewonnen hatte. Insgesamt erkrankten in Berlin 48 Personen an Polio, davon 25 kurz nach der Impfung. Die Fälle konnten überzeugend auf die Impfung als Ursache zurückgeführt werden. Es war ein schwerer Rückschlag für die Verfechter der Lebendimpfung: Der Cox-Impfstoff galt danach als gescheitert.[177]

Trotz der Probleme in Berlin empfahl der Bundesgesundheitsrat im folgenden Jahr, am 21. Oktober 1961, den Ländern, die freiwillige Lebendimpfung aufzunehmen.[178] Hintergrund war, daß man die internationale Entwicklung weiterhin intensiv beobachtet hatte und von den positiven Erfahrungen zahlreicher anderer Länder mit Sabin-Impfstoff beeindruckt war. Zwei andere Gründe dürften ebenso wichtig gewesen sein. Zum einen war die Bundesrepublik gegenüber den anderen westeuropäischen Ländern mit der Salk-Impfung derart eklatant im Rückstand, daß sich hier die Gelegenheit bot, nun mit dem neuen Impfstoff schnell ein besseres Ergebnis zu erreichen. Zum anderen dürfte auch die Konkurrenz gegenüber der DDR eine Rolle gespielt haben, die 1961 ihre Massenimpfung erfolgreich durchgeführt hatte. Für das Frühjahr

---

174 Personen, die Lebendvirus-Impfstoffe oral einnehmen, scheiden danach in großer Menge abgeschwächte Viren aus, von denen keine Gefahr ausgehen sollte. Befürchtet wurde allerdings eine Re-Aktivierung der Viren während der Darmpassage und infolgedessen Kontaktinfektionen bei Personen, die mit dem Impfling in engen Kontakt kommen.

175 BAK, B 142/3677, Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten der Länder, 7. 4. 1960 in Saarbrücken.

176 ANDERS, Poliomyelitis in Europa 1961, S. 366.

177 Tätigkeitsbericht der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung 1960, S. 370; Eröffnung der 7. ordentlichen Mitgliederversammlung, S. 259; vgl. auch GOULD, Summer Plague, S. 178; FISHER, Polio Story, S. 101. Vgl. zum Scheitern Cox' oben, S. 232.

178 BAK, B 142/3677, Sitzung der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren, 20. 12. 1961 in Bonn; vgl. dazu auch BAK, B 142/3527, Niederschrift über die Sitzung des Ausschusses 2 (Seuchenbekämpfung und Hygiene) des Bundesgesundheitsrates am 28/29. 9. 1961, wo dies bereits empfohlen wurde. Im Mai 1961 hatte sich der Bundesgesundheitsrat dagegen noch abschlägig geäußert.

1962 wurde die bundesweite Einführung der Schluckimpfung mit dem mittlerweile bewährten Sabin-Impfstoff geplant.[179] Die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder entschieden bei einer Sitzung im Dezember 1961,

> daß bei der derzeitigen epidemiologischen Lage im Februar und März 1962 im ganzen Bundesgebiet mit Lebendimpfstoff gegen Typ I des Erregers der Kinderlähmung geimpft werden sollte. Die Teilnahme soll allen Personen vom 6. Lebensmonat bis zum 40. Lebensjahr empfohlen werden.[180]

Da bei der Lebendimpfung die Infizierung Dritter (Kontaktinfektion) letztlich nicht völlig ausgeschlossen werden konnte, was einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Menschen darstellte, war es unabdingbar, die Impfungen durch ein Gesetz zu sanktionieren. Im Gegensatz zum langen Zögern und der unkoordinierten Einführung beim Salk-Impfstoff gelang es den einzelnen Ländern beim aktiven Impfstoff sehr schnell, entsprechende Grundlagen zu schaffen. Von der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren war zunächst eine bundeseinheitliche Regelung gefordert worden.[181] Die Bundesgesundheitsministerin, Elisabeth Schwarzhaupt, verwies allerdings in ihrer Stellungnahme zu dieser Forderung darauf, daß gegen ein Bundesgesetz erhebliche verfassungspolitische Bedenken bestünden. Von seiten des Justizministeriums, das ein solches Gesetz nicht für notwendig halte, seien rechtspolitische Vorbehalte zu erwarten. Da das Gesetz aufgrund dieser grundsätzlichen Probleme nicht schnell genug beraten werden könne, empfahl die Ministerin den Ländern, sich auf Ländergesetze zu beschränken und diese schnell zu erlassen, was dann auch geschah.[182]

Im Frühjahr 1962 begannen in der Bundesrepublik kostenlose Schluckimpfungen mit Lebendimpfstoff in den Gesundheitsämtern. Obwohl im Bundestag kritisiert wurde, die Länder hätten zum Teil zu spät Impfstoff bestellt,

---

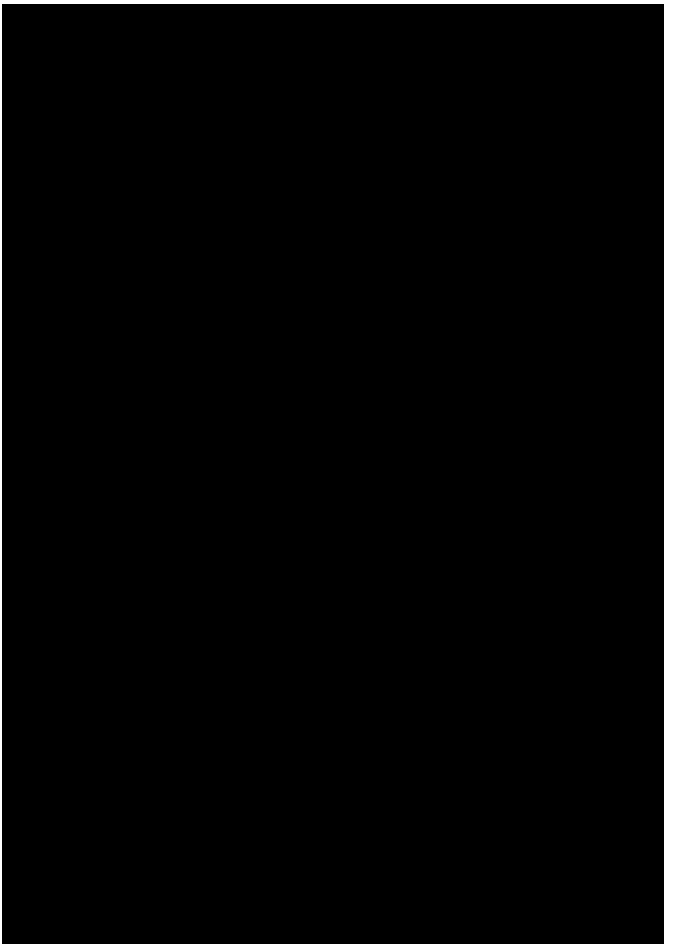
179 Vgl. zur positiveren Einschätzung des Sabin-Impfstoffes ebenfalls den Bericht der deutschen Teilnehmer am Oxforder Polio-Symposion. BAK, B 142/23, VII. Europäisches Poliomyelitis-Symposium in Oxford, 17.–20. 9. 1961, Bericht für das Innenministerium, 6. 12. 1961.

180 BAK, B 142/3677, Sitzung der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren, 20. 12. 1961 in Bonn.

181 BAK, B 142/3677, Sitzung der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren, 20. 12. 1961 in Bonn; vgl. zur Notwendigkeit eines Gesetzes bei einer Schluckimpfung auch Kierski, Polio-Gesetzgebung.

182 BAK, B 142/3677, Sitzung der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren, 20. 12. 1961 in Bonn. Das erste Gesetz wurde in Bayern erlassen: Gesetz über eine öffentliche Schluckimpfung gegen Kinderlähmung (Poliomyelitis) in Bayern vom 21. 12. 1961, Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt 1961, S. 259; die anderen Länder zogen jedoch schnell nach: Hessen und Berlin z. B. am 6. Februar: Schutzimpfung gegen Kinderlähmung vom 6. 2. 1962, Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen 916, S. 18; Gesetz über die Schutzimpfung mit Lebendimpfstoff gegen übertragbare Kinderlähmung vom 6. 2. 1961, Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin, S. 213.

Abbildung 5: Werbeplakat für die Schluckimpfung, 1963[183]



gelang es, die Schluckimpfung nach Sabin als Massenimpfung anzubieten.[184] Im Gegensatz zur geringen Beteiligung bei der Salk-Impfung nahmen gleich im ersten Jahr 23 Millionen Personen, d.h. ca. 40 Prozent der gesamten Bevölkerung, daran teil. Geimpft wurden Personen vom 6. Lebensmonat bis zum

[183] Staatsarchiv Hamburg, Plankammer, Best. 17/3; vgl. http://www.hamburg.de/behoerden/staatsarchiv/bestaende/galerie_17_3.htm.

[184] Verhandlungen des deutschen Bundestages, Stenographische Berichte, 4. Wahlperiode, 12. 4. 1962, S. 1069.

40. Lebensjahr.[185] Diese Impfung wurde von der Mehrheit der Bevölkerung sofort akzeptiert, was sicherlich auch an dem Impfmedium, Sirup auf einem Stück Zucker, lag, das sehr einfach auszugeben war. Auch die diesmal etwas besser koordinierte Werbung dürfte das ihrige dazu beigetragen haben.

Die einzelnen Bundesländer verfuhren zunächst wieder abweichend bei den Impfungen; Bayern begann schon im Februar 1962, andere Länder zogen im März/April 1962 nach, ein Teil startete erst im Herbst desselben Jahres. Auch bei der Impfung selbst gab es unterschiedliche Vorgehensweisen. Zunächst wurde in allen Ländern Impfstoff gegen Erreger des Typs I und II geimpft; 1964 schloß sich in den meisten Ländern, so auch in Nordrhein-Westfalen, eine Massenimpfung gegen Typ III an, Bayern hatte diese bereits im Jahr zuvor begonnen.[186] Die leitenden Medizinalbeamten der Länder entschieden sich 1964 einhellig dafür, künftig trivalenten Impfstoff zu verwenden, der gleichzeitig gegen Polio-Erreger der Typen I, II und III wirksam ist.[187]

Die Erkrankungszahlen an Polio gingen als Folge der Schluckimpfungen von 4673 Personen 1961 auf nur 291 Personen im Jahr 1963 zurück.[188] Die übliche Jahresspitze der Erkrankungswelle in den Sommermonaten blieb ab 1962 aus.[189] Die Schluckimpfung wurde wegen der rasch zurückgehenden Erkrankungszahlen als großer Erfolg gefeiert und in den folgenden Jahren fortgesetzt.[190] Das Augenmerk richtete sich nun auf die Impfung der neuen Jahrgänge, auf die bei früheren Impfterminen verhinderten Personen und auf die Vervollständigung der Impfung für Personen, die nicht gegen alle drei Typen geimpft worden waren.[191] Gleichzeitig warnten Gesundheitspolitiker und Ärzte davor, sich unter dem Eindruck der Impferfolge dazu verführen zu lassen, zu glauben, die Poliomyelitis sei endgültig überwunden. Die Imfpungen sollten sich nun stärker auf Wiederholungsimpfungen bei abklingender Immunität der bisher Geimpften konzentrieren. Dem stimmten auch die Verantwortlichen in den Ländern zu.[192]

---

185 Stand der Poliomyelitis-Schutzimpfung, S. 105.

186 BAK, B 142/3679, Sitzung der leitenden Medizinalbeamten am 30./31. 1. 1964 in Bonn; vgl. auch Vorarchiv ArbMin NRW, 1202, Medizinaldezernentenkonferenzen, Niederschrift über die Sitzung am 13. 2. 1964 in Düsseldorf; vgl. auch ANDERS, FLEURY und FRIZA, Epidemiologische Situation 1962/63, S. 5.

187 BAK, B 142/3679, Sitzung der leitenden Medizinalbeamten am 31./31. 1. 1964 in Bonn.

188 BAK, B 142/23, Referat IA3 an IA4, 10. 1. 1963.

189 BAK, B 142/23, Lagebericht Polio 1963.

190 Vgl. BAK, B 142/3678, Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister, 24. 10. 1962.

191 ANDERS, Poliomyelitis in Europa 1964, S. 18.

192 BAK, B 142/3679, Sitzung der leitenden Medizinalbeamten am 30./31.1. 1964 in Bonn. Dies vertrat auch der Präsident der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung Joppich bei der Feier des 10-jährigen Bestehens des Vereins; Feier des 10jährigen Bestehens, S. 337.

2.4.2 In Großbritannien

Auch in Großbritannien kam es 1947 zur ersten großen Polio-Epidemie. Die Erkrankungszahlen stiegen im Sommer sehr rasch an; dabei waren auch ältere Jahrgänge betroffen, die meist besonders schwer erkrankten.[193] Die Zahl der an Polio Erkrankten stieg in diesem Jahr auf über 7000.

Auch wenn man auf die Epidemie etwas besser vorbereitet war als in Deutschland, zeigte dennoch die Ärzteschaft in ersten Reaktionen große Nervosität und rief die Presse auf, keine Panikmache zu betreiben.[194] Man entschied sich in Großbritannien damals dafür, keine Quarantänevorschriften zu verhängen, da diese Maßnahmen während der großen Epidemien in den Vereinigten Staaten wenig Erfolg gebracht hatten:

> However, the value of quarantine in arresting the spread of Poliomyelitis, as of other endemic infectious disease, is far less than the public usually thinks it is. It would be foolish to attempt to impose it so rigorously as to interfere with the occupations of adults and the activities of the community,

hieß es dementsprechend im *British Medical Journal*.[195] Diese Haltung wurde auch künftig vom Ministerium eingenommen und verteidigt.[196]

Tabelle 16: Poliomyelitis in Großbritannien[197]

Jahr	*1938*	*1939*	*1940*	*1941*	*1942*	*1943*	*1944*	*1945*	*1946*	*1947*	*1948*	*1949*	*1950*	*1951*
akute Polio-Fälle	1489	744	951	876	581	410	458	779	611	7207	1693	5485	7752	2609
davon mit Todesfolge	174	95	107	113	82	63	87	97	91	707	241	657	755	217

Jahr	*1952*	*1953*	*1954*	*1955*	*1956*	*1957*	*1958*	*1959*	*1960*	*1961*	*1962*	*1963*	*1964*	*1965*
akute Polio-Fälle	3910	4547	1960	6331	3200	4844	1944	1028	378	874	296	51	37	91
davon mit Todesfolge	295	338	123	270	137	255	154	87	46	79	–[195]	–	–	–

[193] PRO, MH 55/1770, Hospital Enquiry Period January 1st-October 11th 1947.

[194] GOFFE, Poliomyelitis, S. 221; vgl. auch GOULD, Summer Plague, S. 161.

[195] Poliomyelitis, BMJ 1947 S. 135.

[196] PRO, MH 55/1769, Bradley an Dalrymple-Champneys, 17. 8. 1952. Vgl. dazu auch spätere Artikel vom Senior Medical Officer des Ministeriums Bradley, die denselben Tenor haben; Wellcome Library, Contemporary Medical Archive Centre, PP JRH, Reprint Monthly Bulletin of the Ministry of Health 14 (1955), Poliomyelitis Distribution in England and Wales during the off-Season.

[197] Ministry of Health, On the State of Public Health 1947, S. 40; On the State of Public Health 1951, S. 40; On the State of Public Health 1957, S. 52; On the State of Public Health 1961, S. 44; Gesundheitswesen 1970, S. 78.

[198] – = jeweils keine Angaben.

Das Gesundheitsministerium veröffentlichte im Juli 1947 ein Memorandum in der medizinischen Presse, das die Ärzte anwies, in der ersten Phase der Erkrankungen auf absolute Ruhe zu achten und im Moment bei Kindern Operationen an Hals, Nase und Ohren, die man im Verdacht hatte, Polio-Infektionen zu begünstigen, zu verschieben. Die Entscheidung, Ansammlungen von Kindern zu unterbinden, wurde den lokalen Behörden und den dortigen *Medical Officers of Health* überlassen. Grundsätzlich sollten vor allem Kinder von Überanstrengung, Aufenthalt in Menschenansammlungen etc. abgehalten werden; sie sollten aus den Schulen genommen werden, nicht in großen Gruppen spielen, sich nicht zu sehr körperlich strapazieren oder schwimmen gehen.[199] Sonstige Maßnahmen bezogen sich auf die persönliche Hygiene der Personen, die mit Erkrankten in Kontakt kamen; sie sollten vor allem auf absolute Sauberkeit bei Mahlzeiten, bei der persönlichen Toilette und auf Händewaschen nach Toilettengang achten.[200]

Im August 1947 produzierte das Ministerium äußerst hektisch einen Film mit dem Titel „The Early Diagnosis of Acute Anterior Polimyelitis", der Allgemeinärzte, die bis dahin mit der Behandlung von Polio praktisch keine Erfahrung hatten, mit der Diagnose der Krankheit vertraut machen sollte. Der Film wurde vor insgesamt 17 000 Ärzten und 16 000 Krankenschwestern gezeigt. Im Sommer des folgenden Jahres folgte ein ambitionierterer Film über die Nachbehandlung und die Rehabilitationsmaßnahmen von Poliokranken.[201]

Bei der ersten Internationalen Konferenz über Poliomyelitis im Jahr 1948 referierte ein Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums, William Bradley, über die Entwicklung dieser ersten Epidemie in Großbritannien und faßte auch die Abhängigkeit der Briten von der US-amerikanischen Forschung zusammen:

> We in Great Britain had been relatively fortunate with Poliomyelitis until last year, when we were visited by the first real epidemic of the disease in our recorded history. The attack rate in England and Wales was 18 per 100,000 living. This was four and a half times greater than the previous highest figure of 4 per 100,000 in 1938 and is comparable with the incidence in the United States of America in 1916 and 1946 which were the peak years here. […] The Conference requests a report on the problem of Poliomyelitis in England and Wales. The problem the world over is contained in the three words: ignorance, impotence and insecurity and England is no exception. With regard to ignorance, we in England certainly know no more about Poliomyelitis than you do in the United States and this marvellous conference has taught us much.[202]

Auch wenn Großbritannien in der Forschung weit hinter den Vereinigten Staaten zurücklag, so gab es doch immerhin einen regen Kontakt zwischen beiden Ländern, während die Bundesrepublik – zumindest Anfang der 1950er

---

199 Ministry of Health, On the State of Public Health 1947, S. 48.

200 Wellcome Library, Contemporary Medical Archive Centre, PP JRH, File B81, Poliomyelitis, Suggested Warning Notice 1951.

201 Vgl. Ministry of Health, On the State of Public Health 1947, S. 48, vgl. zum Film von 1947 Poliomyelitis Film, S. 303.

202 BRADLEY, England and Wales 1949, S. 335–6.

Jahre – gänzlich vom Forschungsgeschehen abgeschnitten gewesen zu sein schien.[203]

Große Probleme entstanden bei der Epidemie von 1947 mit der Anzahl der Beatmungsgeräte. Das London Council besaß 1947 lediglich 15 eiserne Lungen; dies reichte bei weitem nicht aus. Obwohl sich die Kommunalverwaltung sofort bemühte, neue Maschinen zu bestellen, verzögerte sich die Lieferung jedoch erheblich, so daß gerade in den Sommermonaten mit dem größten Bedarf erheblicher Mangel herrschte.[204] Erst eine Spende von Lord Nuffield ermöglichte den Ankauf einer großen Anzahl der Maschinen, die über die verschiedenen Krankenhäuser des Landes verteilt wurden. 1952 gab es dann in Großbritannien immerhin 700 eiserne Lungen, eine Anzahl, die auch für mögliche zukünftige Epidemien als ausreichend betrachtet wurde.[205]

Nachdem Großbritannien im Jahr 1948 von größeren Poliomyelitis-Ausbrüchen weitgehend verschont blieb, kam es 1949 und 1950 erneut zu einem heftigen Anstieg der Krankheitsfälle.[206] In der Öffentlichkeit wie auch im Gesundheitsministerium wurde die Erkrankung und ihre Entwicklung sehr ernst genommen:

> To the public poliomyelitis is much more important than tuberculosis. Apart from tuberculosis it has now become the most important disease qua mortality and use of hospital beds amongst the notifiable infections and it looks as though it has come to stay for a few years.[207]

Eine Organisation, die sich um die Belange der Polio kümmerte, gab es in Großbritannien zwar seit 1939, die *Infantile Paralysis Fellowship* (IPF), sie war aber im Vergleich zur US-amerikanischen NFIP eine winzige Organisation mit einem jährlichen Budget von etwa 10000 Dollars.[208] Die IPF war von Patricia Carey und Frederic Morena, die beide selbst an Polio erkrankt waren, gegründet worden und kümmerte sich um die physische und soziale Rehabilitation von Poliokranken. In den 1950er Jahren eröffnete die Organisation beispielsweise ein Hotel für Poliokranke am Meer und organisierte Schwimmveranstaltungen für Gelähmte und Behinderte, die zur körperlichen Ertüchtigung der Poliokranken anregen sollten. Schwimmen als Kur für Poliokranke wurde stark gefördert. Die IPF betrieb seit 1956 auch ein Heim für Poliopatienten, die

---

203 William Bradley korrespondierte beispielsweise mit John Paul, einem der führenden Wissenschaftler am Forschungsinstitut der Yale University; Wellcome Library, Contemporary Medical Archive Centre, PP JRH, File B 71, Korrespondenz Bradley mit Yale University, School of Medicine, John R. Paul MD.

204 MH 55/1768, London County Council an Dr. Johnstone, Ministry of Health 29. 8. 1947.

205 PRO, MH 55/1769, Poliomyelitis, 21. 10. 1952; Ministry of Health, On the State of Public Health 1947, S. 48.

206 PRO, MH 55/2474, Medical Memorandum on Poliomyelitis, 1953; vgl. Tabelle 16, oben S. 258.

207 PRO, MH 55/1775, Bradley, Ministry of Health an Green, Medical Research Council, 31. 8. 1950.

208 BRADLEY, England and Wales 1948, S. 335.

zu schwer behindert waren, um in ihren eigenen Wohnungen zu leben. Allerdings hatte das Haus nur etwas mehr als 20 Plätze und konnte daher den Wohnproblemen der in Folge einer Polio-Erkrankung Behinderten in der Praxis kaum abhelfen.[209] Die Unterbringung der Poliokranken – sowohl im akuten Stadium wie auch in der Rehabilitation – blieb in Großbritannien ein großes Problem. Dies lag nicht zuletzt am allgemeinen Geldmangel insbesondere im Krankenhauswesen.[210] Neu- und Umbauten von Krankenhäusern für Poliokranke wurden als kaum finanzierbar betrachtet und ließen sich, wenn überhaupt, nur mit großen Abstrichen durchsetzen.[211] Ohnehin stellten die Poliokranken mit ihrer kostenintensiven Betreuung und den erforderlichen teuren Maschinen, wie den eisernen Lungen, für den NHS eine erhebliche finanzielle und damit problematische Belastung dar.

Dies galt auch für die sehr kostspielige Forschung im Bereich der Poliomyelitis. Die IPF forderte stets, die britischen Anstrengungen in diesem Bereich zu erhöhen:

> The Executive Committee of the Infantile Paralysis Fellowship representing as they do some 9000 of our members feel some concern that research into the causes, prevention and cure of Poliomyelitis is not more actively pursued in this country. They feel alarmed to think that for the main part Great Britain has to rely on the research work of other countries chiefly the United States and strongly urge that without further delay large scale research be started in this country.[212]

Das geringe Engagement in der Forschung wurde auch von anderen Organisationen sowie in der Öffentlichkeit stark kritisiert.[213] In Großbritannien finanzierte das *Medical Research Council*, das dem Gesundheitsministerium unterstand, lediglich eine geringe Anzahl von Forschern bzw. Labors, die sich mit Polioforschung beschäftigten. Als wichtigste Einrichtung ist der *Public Health Laboratory Service* in London zu nennen, der vom *Medical Research Council* direkt geleitet wurde.[214] Aber selbst das Ministerium gestand öffentlich ein,

---

209 GOULD, Summer Plague, S. 165–7.

210 Die laufenden Kostensteigerungen im Krankenhauswesen unter dem NHS und die daraus resultierenden Streitigkeiten und Probleme wurden bereits in Kap. II, 4.2 erläutert.

211 „I need hardly elaborate on the difficulty of fitting in a capital scheme of this order with the programme of other urgent hospital developments", schrieb der Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums John Charles 1953 über zur Finanzproblematik eines Umbauprojektes; PRO, MH 55/1778, J.A. Charles an Sir Russel Brain, 20. 3. 1953. 1953 wollte man z. B. ein Krankenhaus für Poliomyelitispatienten mit Forschungsmöglichkeiten in London einrichten, das einem orthopädischen Krankenhaus zugeordnet werden sollte. Die Pläne für Umbauten erwiesen sich zunächst als zu teuer: Nach mehreren Änderungen wurde 1954 ein neuer Plan entworfen, der ein wesentlich geringeres Bauvolumen in einem anderen Krankenhaus vorsah.

212 PRO, MH 55/1769, Infantile Paralysis Fellowship an Minister of Health, 27. 9. 1951.

213 Vgl. z. B. PRO, MH 55/1769, Miss Lane Fox an Macleod, Minister of Health, 9. 9. 1952, oder Clerical and Administrative Worker's Union an Ministry of Health, 6. 2. 1959.

214 PRO, MH 55/1775, Public Health Laboratory Service Research on Poliomyelitis – Virological Investigations, 13. 6. 1951.

daß die Hauptaktivitäten in anderen Staaten lagen, insbesondere in den USA und Anfang der 1950er Jahre auch in Australien. Auf Grund der schlechten Finanzlage des NHS ging man nicht davon aus, daß sich in Zukunft daran etwas ändern würde.[215] Auch deswegen konzentrierte sich in Großbritannien die Forschung eher auf epidemiologische Studien, wenngleich dies dem leitenden Ministerialbeamten William Bradley wenig zufriedenstellend erschien:

> I hope this winter to repeat our hospital enquiry and to look especially for evidence re[spective] tonsillectomy, inoculations, pregnancy. Cross-infection in hospital and wards would justify detailed study. We shall not be able to get at them. Although such studies would be little more than descriptive epidemiology they might clarify the picture as to how the disease spreads. If I had more workers I should go for.[216]

Dabei wurde im Ministerium die Öffentlichkeitswirkung mit Sorge gesehen. Bradley fürchtete offizielle Anfragen im Parlament wie auch die Diskussion in der britischen Presse, die sich bei diesem Thema sehr kritisch verhielt. Bradley selbst sah allerdings kaum Möglichkeiten, die Lücken in der britischen Virologie schnell zu schließen. Er schlug u. a. vor, ein Komitee mit „großen Namen" zu bilden, das einzelne Forschungsprojekte unterstützen und so zumindest in der Öffentlichkeit den Anschein erwecken sollte, daß alles für eine Intensivierung der Forschung getan werde.[217]

Trotz dieser Kritik an der Forschungsausrichtung teilte das MRC im Februar 1951 allen *Medical Officers of Health* mit, man habe sich in Großbritannien auf eine Reihe von Forschungsschwerpunkten festgelegt, die epidemiologischen Charakter hätten. Es galt den genauen Verlauf der Erkrankungen und Epidemien zu beschreiben, alle Fälle zu erfassen, in denen der Ausbruch der Krankheit mit einer Mandeloperation oder einer anderen Impfung zusammenhing, außerdem das Risiko besser zu erforschen, nach einer anderen Impfung Polio zu entwickeln und schließlich die Rolle physischer Anstrengungen und Traumata als Faktoren für die Krankheitsentwicklung zu bestimmen.[218] Zudem wurden nun in ganz Großbritannien Abwässer auf infektiöse Erreger untersucht und Testreihen vorbereitet, damit – sobald Polio ausbrach – alle Personen in der direkten Umgebung der Erkrankten auf die Krankheit getestet werden könnten. Da der Nachweis nach wie vor nur über Tierversuche mit Affen geführt werden konnte, stießen solche Aktivitäten in Großbritannien schnell

---

215 „Laboratory facilities for virus work will continue to be very limited in this country", formulierte William Bradley vom Ministry of Health in einem Brief an das Medical Research Council; PRO, MH 55/1775, Bradley, Ministry of Health an Green, Medical Research Council, 31. 8. 1950.

216 PRO, MH 55/1775, Bradley, Ministry of Health an Green, Medical Research Council, 31. 8. 1950.

217 PRO, MH 55/1775, Bradley, Ministry of Health an Green, Medical Research Council, 31. 8. 1950.

218 PRO, MH 55/1775, Medical Research Council an alle Medical Officers of Health, Februar 1951; vgl. z. B. auch den Aufsatz BRADLEY, Poliomyelitis, der hauptsächlich auf epidemiologische Probleme eingeht.

an ihre Grenzen, weil der Umfang dieser Untersuchungen an die Anzahl der zur Verfügung stehenden Affen gebunden waren. Letztere waren schwer zu erwerben und teuer und standen deswegen dem *Public Health Laboratory Service* nur in geringer Anzahl zur Verfügung.[219]

In Großbritannien bestand außer der IPF, die sich um soziale Probleme und die Rehabilitation von Poliokranken kümmerte, keine weitere Organisation, die sich der Erforschung der Poliomyelitis widmete. Dies ergab nicht nur Probleme hinsichtlich des Ausbaus der britischen Forschung, sondern auch Probleme mit der *European Association against Poliomyelitis*. Dieser Vereinigung sollten eigentlich nationale Verbände angehören, die sich in den jeweiligen Staaten um wissenschaftliche und technische Aspekte bei der Erforschung und Therapie der Polio kümmerten.[220] Da nur vorübergehend geduldet wurde, daß statt dessen Regierungsvertreter agierten, entschloß man sich in Großbritannien schließlich Ende 1951, ein *Committee on Poliomyelitis* einzusetzen, das vor allem die britische Forschung koordinieren sollte.[221] Allerdings war dies keineswegs eine starke neue, auf Forschung ausgerichtete Vereinigung mit entsprechenden Ressourcen, da man im Ministerium jede Art finanzieller Verpflichtungen nach Möglichkeit vermied, um den NHS nicht weiter zu belasten.

Die Poliomyelitis-Epidemien begannen meist im Sommer und hatten die höchste Zahl von Erkrankten stets im Spätsommer und Frühherbst.[222] In den 1950er Jahren wurden deswegen auch Theorien entwickelt, daß Polio abhängig vom Wetter (insbesondere Feuchtigkeit, Temperatur und Luftdruck) sein könne, die in der Gesundheitspolitik durchaus ernst genommen wurden. Genauere Untersuchungen wiesen lediglich auf einen Zusammenhang zwischen Temperatur und Ausbreitung der Krankheit hin, alle anderen Faktoren schienen keine Rolle zu spielen.[223] Da man annahm, daß sich die Polio-Erreger über Abwässer und Ausscheidungen auch im Wasser verbreiteten, wurden in Großbritannien Schwimmbäder während Polio-Epidemien meist gesperrt. Auch vom Baden in Flüssen und Seen wurde generell abgeraten, ebenso vom Sonnenbaden, da man annahm, daß Hitzewirkungen eine Infektion begünstigen würde.[224]

Zusätzliche Probleme verursachten große Impfaktionen gegen andere Krankheiten, wie Diphtherie. Bei Massenimpfungen kam es höchstwahrscheinlich aufgrund mangelhafter Hygiene durch die Injektionen zur Übertragung von Viren von einem Kind auf das nächste. Dies führte ebenfalls zu einigen

---

219 PRO, MH 55/1775, Public Health Laboratory Service, Research on Poliomyelitis – Virological Investigations, 13. 6. 1951.
220 PRO, MH 55/1775, Bradley an McKenzie, 23. 12. 1950.
221 PRO, MH 55/1775, Bradley an Miss Newham, 9. 10. 1952.
222 Ministry of Health, On the State of Public Health 1949, S. 40; On the State of Public Health 1950, S. 35.
223 SPICER, Influence, S. 144.
224 KELLEHER, Diagnosis, S. 100.

Polio-Fällen. Außerdem nahm man an, daß Impfungen dazu beitrugen, den Verlauf noch nicht erkannter Polio-Infektionen erheblich zu verschlimmern. Obwohl diese Annahmen sehr umstritten waren, empfahl das Gesundheitsministerium im Juni 1950, in Gebieten mit hoher Polio-Rate die Impfung gegen Diphtherie und Keuchhusten auszusetzen.[225] Auch eine Begünstigung der Infektion durch Hals-Nasen-Ohren-Operationen wurde weiterhin vermutet. Um endlich genaueren Aufschluß und zuverlässigere Daten über die Infektionswege zu erhalten, veranlaßte das Gesundheitsministerium die minutiöse Beschreibung der Vorgänge im Zusammenhang mit dem Auftreten der Poliomyelitis in bestimmten Regionen. Über einen Ausbruch der Krankheit in Kesteven County im Jahr 1949 wurde beispielsweise berichtet:

> Most of the cases occurred in the East Kesteven Rural District (incidence 2.8 per 1,000) and the adjoining Sleaford Urban District (1.3 per 1,000). Except for the small town of Sleaford, this area is mainly agricultural with isolated villages and scattered habitations, and has a population of about 29,000. […] The outbreak was particularly severe in Digby, the first village to be attacked. Here in a month from July 13th onwards there were 16 cases all but two in a new housing estate accommodating about 120 people, mainly families with young children. Eleven days after the onset of the first case in Digby the disease showed itself in the very small village of Rowston, about a half mile north of Digby, where there were 10 cases in the ensuing three weeks. Three days later cases began in the large village of Ruskington about 1½ miles south of Digby, a total of nine cases being notified. […] Case to case infection seemed established in many instances; in some others transmission by an intermediary seemed probable. There was little doubt that, for most of the villages, Digby was the original source of infection.[226]

Die Studien brachten letztlich kaum verwertbare Hinweise auf den Ablauf der Epidemien und ihre Gesetzmäßigkeiten.[227] Der Mediziner Austin Bradford Hill, der sich intensiv mit der Krankheit auseinandersetzte, äußerte sich in einem Artikel dahingehend, daß aus dieser Masse an Berichten keinerlei epidemiologische Gesetzmäßigkeiten abzuleiten seien, sie also kaum zur Erforschung der Krankheit beitrügen.[228]

Andere vom Ministerium ausgehende oder angeregte Untersuchungen widmeten sich dennoch meist epidemiologischen Themen. William Bradley, leitender Beamter im Gesundheitsministerium, führte ebenfalls Forschungen in dieser Richtung durch.[229] Entsprechend der epidemiologisch und therapeutisch

---

225 Ministry of Health, On the State of Public Health1949, S. 41–2; 1950, S. 39; vgl. auch KELLEHER, Diagnosis, S. 100.

226 Ministry of Health, On the State of Public Health 1950, S. 37.

227 GALE und HARGREAVES, History, S. 193.

228 HILL, Poliomyelitis, S. 39.

229 Wellcome Library, Contemporary Medical Archives Centre PP/JRH, Box 35; Ministry of Health, Pilot Study Poliomyelitis; vgl. auch ebenda, Reprint Aufsatz aus Monthly Bulletin of the Ministry of Health 14 (1955): „Poliomyelitis Distribution in England and Wales during the Off-Season"; sowie BRADLEY, Poliomyelitis und BRADLEY, England and Wales, in: Papers and Discussions Presented at the First International Poliomyelitis Conference; BRADLEY, England and Wales, in: Papers and Discussions Presented at the Second International Poliomyelitis Conference; BRADLEY, England and Wales, in: Papers and Dis-

ausgerichteten Forschung in Großbritannien trugen die britischen Experten auf den internationalen Konferenzen zur Poliomyelitis auch zu diesen Themen vor.[230]

Gegenüber den Versuchen mit Gamma-Globulin in den USA zeigte man sich in Großbritannien 1952 sehr skeptisch. Das Verfahren wurde für zu aufwendig gehalten. Da der Schutz nur begrenzt war und zudem nur kurze Zeit– im wesentlichen nur für fünf bis sechs Wochen – anhielt, verzichtete man auf eine umfassende Anwendung:

Whilst it might be of value in the case of family or other close contacts of cases, if given soon after diagnosis of the initial illness, its extensive use seems impracticable. The amount of blood required to furnish it would greatly exceed present supplies and, even if the blood were available, the cost of the processing would be extremely high.[231]

Dieses Argument weist erneut auf die Kosten als eines der großen Hindernisse in der britischen Poliomyelitis-Forschung hin. Da der NHS gerade Anfang der 1950er Jahre ständig unter dem Druck der zu hohen Ausgaben stand, wurde in die aufwendige Polio-Forschung sehr wenig investiert.

Man setzte in Großbritannien statt dessen große Hoffnungen auf die Forschungsergebnisse Jonas Salks und die für 1954 in den USA geplanten Feldversuche mit dem neu entwickelten inaktivierten Polio-Impfstoff.[232] Sir Weldon Dalrymple-Champneys reiste als Abgesandter des Gesundheitsministeriums 1954 in die Vereinigten Staaten, um sich über den Verlauf der Versuche zu informieren und zeigte sich anfangs sehr enthusiastisch über die Möglichkeiten des neuen Impfstoffes.[233] Im Frühjahr 1955 begann man auch in Großbritannien, erste Impfungen vorzubereiten. Es sollten zunächst Kinder in Sheffield, Süd-Manchester und London geimpft und deren serologische Reaktionen auf die Vakzine überprüft werden. Da die britischen Hersteller den Impfstoff nicht schnell genug produzieren konnten, verzögerten sich die Versuche.[234] Der Gesundheitsminister selbst äußerte sich stets sehr vorsichtig über die Impfungen und ihre Risiken. Anfang April 1955 erklärte Macleod im Unterhaus:

This new vaccine involved inoculating our children at repeated intervals with a preparation derived from the kidneys of dead monkeys. The House and the country will surely

---

cussions Presented at the Third International Poliomyelitis Conference; BRADLEY, Great Britain, England and Wales, in: Papers and Discussions Presented at the Fourth International Poliomyelitis Conference.

230 Ritchie Russell referierte beispielsweise 1952 über Faktoren, die den klinischen Ablauf der Polio beeinflußten und Bradford Hill über Impfungen gegen andere Krankheiten als auslösenden Faktor für den Ausbruch der Krankheit; RUSSELL, Factors; HILL, Inoculation Procedures. Auch 1955 beschränkten sich die Beiträge der britischen Forscher auf Therapiemethoden, über die erneut Russell berichtete; RUSSELL, Systemic Treatment.

231 PRO, MH 55/1769, Immunisation against Poliomyelitis, 4. 8. 1953; vgl. auch Ministry of Health, On the State of Public Health 1952, S. 51.

232 Ministry of Health, On the State of Public Health 1952, S. 52.

233 Wellcome Library Contemporary Medical Archiv Centre, GC 139, F 22.

234 Vgl. Ministry of Health, On the State of Public Health 1955, S. 77.

agree that they must carry out intensive tests as to the exact effects so that they could eliminate any possible dangers from it.[235]

Als wenig später das sogenannte „Cutter-Unglück" aus Amerika bekannt wurde, wo die Impfung in 204 Fällen Kinderlähmung ausgelöst hatte, wurde das britische Impfprojekt sofort abgebrochen.[236] In Großbritannien zeigte man sich nun extrem skeptisch gegenüber Polio-Impfungen; auch Dalrymple-Champneys rückte von seiner früheren Begeisterung ab.[237] Sowohl das MRC, als auch das *Joint Committee on Poliomyelitis Vaccine*, das unter der Leitung von Sir Henry Cohen eingesetzt worden war, um das Gesundheitsministerium speziell in Fragen der Impfung zu beraten, rieten nach den Vorfällen in den Vereinigten Staaten von einer Übernahme des Salk-Impfstoffes ab.[238] In Großbritannien wurde Impfstoff mit dem Virus des „Mahoney"-Stammes vollständig verboten. Die Vakzine aus anderen Virenstämmen konnten in Großbritannien allerdings nicht so schnell produziert werden, was den Anlauf des Impfprogramms stark verzögerte: 1955 fanden keine Impfungen mehr statt.[239]

Die Regierung und insbesondere das sie beratende *Medical Research Council* nahmen eine zögerliche und abwartende Haltung ein, die von zeitgenössischen britischen Experten heftig kritisiert wurde. Der Mediziner John R. Wilson, der für eine pharmazeutische Firma arbeitete, die später die Entwicklung von Lebendimpfstoffen in Großbritannien entscheidend vorantrieb, warf z. B. der britischen Politik vor, sie habe durch ihre Politik des „Nichts-Überhasten" zur Überwindung der Polio keinerlei Beitrag geleistet.[240]

Auch in der neueren Literatur wird die übervorsichtige Haltung des Gesundheitsministeriums kritisch gesehen.[241] Dabei ist allerdings in Rechnung zu stellen, daß in Großbritannien Anti-Impf-Kampagnen und eine ablehnende Haltung gegenüber Impfprogrammen eine lange Tradition hatten. Eine *Anti-Vaccination-League* war im Zusammenhang mit der Pflicht-Impfung gegen Pocken bereits in den 1870er Jahren gegründet worden, die diese als unzulässige Einschränkung der Freiheit des Individuums sah. Die *National Anti-Vaccination*

---

235 The Salk Vaccine in Britain, S. 1099.

236 Poliomyelitis Vaccine Trials Deferred, S. 1539; vgl. zum Cutter-Unglück oben, S. 228 f.

237 Vgl. GOULD, Summer Plague, S. 160; Ministry of Health, On the State of Public Health 1955, S. 78.

238 Vgl. zum Central Health Services Council und seiner Funktion innerhalb des NHS oben, Kap. II, 1.2., ebenso zum Medical Research Council; PRO, MH 133/467, Joint Committee on Polio Vaccine an Senior Administrative Medical Officers, 16. 8. 1955.

239 PRO, MH 133/467, Joint Committee on Poliomyelitis Vaccine, Meeting 13. 7. 1955; vgl. auch Ministry of Health, On the State of Public Health 1955, S. 79.

240 Vgl. WILSON, Polio, S. 176–81.

241 Vgl. etwa WEBSTER, Health Services, Band 2, S. 27.

League war auch in den 1950er Jahren noch aktiv und hatte beispielsweise 1950 gegen eine Pockenimpfungs-Kampagne gekämpft.[242]

Für 1956 wurde schließlich ein Impfprogramm mit englischem, inaktivierten Impfstoff geplant, wobei die Viren des Typs I wie bald darauf in Deutschland aus dem weniger aggressiven sogenannten „Brunhilde"-Viren-Stamm gewonnen wurden.[243] Die Impfungen sollten in den *Local Health Authorities* vorgenommen werden.[244] Es wurden allerdings nur sehr begrenzte Mengen an Impfstoff verfügbar und freigegeben, die die LHAs im Mai und Juni an zwei- bis neunjährige Kinder verabreichten.[245] Zuvor mußten diese Kinder von ihren Eltern registriert werden. Insgesamt wurden 1,6 Millionen Kinder registriert, also etwa 29 Prozent der 5,5 Millionen zwischen 1947 und 1953 Geborenen. Dabei schwankte der Anteil der registrierten Kinder regional zwischen 5 Prozent und 55 Prozent. Das Ministerium führte dies vor allem auf das unterschiedliche Ausmaß der von den jeweiligen lokalen Gesundheitsbehörde unternommenen Werbekampagnen für die Impfungen zurück, landesweite Impfkampagnen gab es noch nicht.[246]

Das *Joint Committee on Poliomyelitis Vaccine* versuchte in dieser Zeit von anderen Ländern, die bereits mehr Erfahrungen bei der Impfung mit inaktiviertem Wirkstoff hatten, hinsichtlich der Impfstoffe, Impfperioden, Impfdosen und geimpften Altersgruppen Informationen zu erhalten. Insbesondere Kanada, Australien und Dänemark hatten bereits große Teile der Bevölkerung mit dem in England als gefährlich eingeschätzten Virus aus dem Mahoney-Stamm geimpft, ohne daß Ausbrüche von Polio registriert worden waren.[247] Dennoch änderte das Komitee seine Meinung hinsichtlich eines importierten Impfstoffes zunächst nicht.

Ein großer Nachteil des inaktivierten Impfstoffes bestand darin, daß die Kinder mindestens zweimal Injektionen in einem bestimmten Abstand erhalten mußten, um überhaupt eine gewisse Immunität zu erreichen. Dies war für die Gesundheitsverwaltung relativ schwierig zu handhaben. Das größte Problem stellte in Großbritannien jedoch der Mangel an Impfstoff dar. Von den registrierten 1,6 Millionen Kindern konnten 1956 nicht einmal zehn Prozent (149 191) mit zwei Injektionen in den LHAs geimpft werden; mehr Impfstoff stand nicht zur Verfügung. Die *Medical Officers of Health* mußten unter den

---

242 PRO, MH 55/1902, passim; vgl. auch DOROTHY PORTER und ROY PORTER, Politics, S. 235; HARDY, Poliomyelitis.

243 PRO, MH 133/467, Joint Committee on Poliomyelitis Vaccine Meeting, 10. 10. 1955.

244 Der Gesundheitsminister verschickte im Januar 1956 Rundschreiben, die das Vorgehen für die Impfungen genau ausführten; PRO, MH 55/2461, Ministry of Health an County Councils und County Borough Councils, 19. 1. 1956.

245 Vgl. auch Poliomyelitis Vaccine [1], S. 299.

246 Ministry of Health, On the State of Public Health 1956, S. 77; vgl. zu den Zahlen auch PRO, MH 55/2459, Meeting Poliomyelitis Vaccine, 18. 4. 1956.

247 PRO, MH 133/467, Information on and the Application and Use of Vaccine against Poliomyelitis in Certain Countries, Entwurf, 31. 10. 1956.

angemeldeten Kindern eine Zufallsauswahl treffen.[248] Darüber hinaus wurde noch das Personal der Krankenhäuser, das mit Poliokranken in Berührung kam, geimpft.[249] Grundsätzlich übernahmen in Großbritannien die lokalen Gesundheitsbehörden die Impfung, wozu sie durch das NHS-Gesetz verpflichtet waren.[250]

Für Anfang 1957 hatte die Firma Glaxo, die den Impfstoff in Großbritannien hauptsächlich herstellte, zugesagt, daß eine bestimmte Menge Impfstoff zur Verfügung stünde. Es gab aber erneut starke Verzögerungen: Die englischen Hersteller waren nach wie vor nicht in der Lage, ausreichende Mengen des Impfstoffs zu liefern.[251] Inzwischen kritisierten Presse und Öffentlichkeit die Haltung des britischen Gesundheitsministeriums in wachsendem Maße. Im Mai 1957 wurde in verschiedenen Artikeln der Fach- und Publikumspresse gefordert, zum Ausgleich der Produktionsdefizite endlich auch US-amerikanischen Impfstoff zu importieren, um Kinder in ausreichender Zahl impfen zu können. Die wegen der US-Vorfälle des Jahres 1955 getroffene Entscheidung, nur Impfstoff zu verwenden, die nicht den Mahoney-Stamm enthielten, wurde als völlig überholt bezeichnet.[252] Im Mai 1957 versuchte der damalige Gesundheitsminister Vosper im Parlament mit der Versicherung zu beschwichtigen, daß von nun an der Impfstoff ausreichend zur Verfügung stünde:

> The production of this vaccine, which, with the stringent safety measures, involves some of the most complicated processes ever undertaken in this field, has had its difficulties. Nevertheless, 213,000 children had been vaccinated by the end of 1956 and vaccine for well over another 500,000 has been issued this year […]. The vaccine is now coming forward well and we look forward to completing the vaccination of the children already registered.[253]

Die übervorsichtige Haltung des Ministeriums wurde dennoch weiterhin vehement angegriffen: Es sei nicht zu verantworten, daß auf Grund des Mangels an britischem Impfstoff hunderttausende von Kindern ungeschützt blieben.[254]

Im Juli 1957 schließlich revidierte das MRC überraschenderweise – wahrscheinlich auch auf Grund der heftigen öffentlichen Kritik – seine Position und empfahl, für 1958 US-amerikanischen Impfstoff zu importieren. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte das Gremium stets angeführt, aus medizinischen Gründen sei

---

248 PRO, MH 55/2459, Department of Medical Statistics and Epidemiology an Sir John Charles, Ministry of Health, 22. 2. 1956; der Beamte des Statistischen Amtes schrieb dazu: „Alphabetical order is a bad method for randomisation and I must therefore substitute date of birth. I just cannot allow the MOH [Medical Officers of Health] freedom to ensure ‚random selection' by any other method. You have no idea how odd their ideas can be on what constitutes a random method."

249 Vgl. Poliomyelitis Vaccine [3], S. 1551; sowie Ministry of Health, On the State of Public Health 1956, S. 78.

250 PRO, MH 55/2469, Memorandum on Poliomyelitis Vaccine, 9. 5. 1960.

251 Ministry of Health, On the State of Public Health 1957, S. 85.

252 Ministry of Health, On the State of Public Health 1957, S. 86.

253 PRO, MH 55/2481, Statement by Minister of Health on Polio Vaccine, 15. 5. 1957.

254 Vgl. WEBSTER, Health Services, Band 2, S. 129.

es nicht empfehlenswert, Salk-Impfstoff aus den USA einzuführen. Noch wenige Wochen zuvor hatte eines der Mitglieder des MRC mitgeteilt, Salk-Vakzine könne man nur „over my dead body" importieren.[255] Auch das Kabinett stimmte daraufhin dem Kauf von US-amerikanischem und kanadischem Impfstoff zu.[256] Zu diesem Zeitpunkt, im Dezember 1957, waren inzwischen etwa 45 Prozent der Kinder der Geburtsjahrgänge 1947 bis 1957 geimpft. Für 1958 sagte das Gesundheitsministerium schließlich die Impfung aller Schwangeren und Kinder unter 15 Jahren zu. Hierfür wollte man auch den importierten Impfstoff verwenden, vorausgesetzt, er sei zuvor noch einmal britischen Tests unterzogen worden.[257]

Die Kritik am Verhalten des Gesundheitsministeriums bestand trotz dieser Änderungen fort. Ein großes Problem blieb die dritte Impfung, die eigentlich empfohlen wurde, um einen umfassenden Impfschutz zu erreichen, aber von den Behörden noch nicht erlaubt wurde, da es das erklärte Ziel war, zunächst mehr Personen zweimal zu impfen. Das Gesundheitsministerium stellte sich auf den Standpunkt, daß auch zwei Impfungen vorübergehend einen ausreichenden Impfschutz gewähren würden.[258] Der *Daily Express* schrieb daraufhin am 22. November 1957 unter der Überschrift „Three shots needed":

> Most of the 1,800,000 British children vaccinated against polio will have lost their resistance by the time polio flares up again next summer. Only a further booster dose of the vaccine can protect them and the Health Ministry has no plans for providing it.[259]

Dem Ministerium wurde vorgeworfen, sich trotz offensichtlicher Mißstände auf englischen Impfstoff zu versteifen, obwohl genügend amerikanischer vorhanden sei, um allen auch eine dritte Dosis zu verabreichen. Ähnliche Argumente finden sich auch im nächsten Frühjahr in der Presse: „We're 7,000,000 jabs short. Yet there's plenty of Salk vaccine in the U.S. and Canada", lautete eine Schlagzeile vom Februar 1958.[260] Auch dieser Artikel griff die Haltung des Ministeriums heftig an und beklagte, daß eine dritte Impfung von den Behörden nicht zugelassen werde, obwohl erst diese einen wirklich guten Schutz biete und in den USA Salk-Impfstoff im Überfluß vorhanden sei. Als 1958 abermals Lieferschwierigkeiten für Impfstoff auftraten und sich die Impfungen erheblich verzögerten, änderte das *Medical Research Council* vor allem auf

---

255 PRO, MH 55/2467, Deputy Secretary an Woodlock, 3. 6. 1958; PRO, MH 55/2463, Notiz an Dodds, 30. 5. 1958.

256 Großbritannien schloß daraufhin Verträge mit den Connaught Laboratories in Canada und der amerikanischen Firma Pitman-Moore aus Indianapolis; Ministry of Health, On the State of Public Health 1957, S. 86.

257 Vgl. GOULD, Summer Plague, S. 173; WEBSTER, Health Services, Band 2, S. 130.

258 PRO, MH 55/2477, Murray an Irvine, 6. 12. 1957; vgl. zur grundsätzlichen Haltung des Gesundheitsministeriums auch PRO, MH 133/467, Joint Committee on Poliomyelitis Vaccine, Minutes of Meeting, 26. 2. 1957.

259 PRO, MH 55/2477, Ausschnitt aus Daily Express, 22. 11. 1952.

260 PRO, MH 55/2462, Ausschnitt aus The Star, 22. 2. 1958.

Druck der Öffentlichkeit seine Haltung erneut und ließ nun auch importierten Impfstoff ohne zusätzliche britische Tests zu:[261]

> After carefully weighing all the available evidence bearing on this complex problem the Medical Research Council were satisfied that the risk of producing paralytic Poliomyelitis by injecting any one of these three vaccines [British vaccine, imported vaccine tested in Britain and imported vaccine tested in the country of origin] was very slight and that a person inoculated with any one of them was substantially less likely to contract paralytic Poliomyelitis than if left uninoculated.[262]

Im Gesundheitsministerium begrüßte man diese Wende, sah aber gleichzeitig Probleme, der Öffentlichkeit die wechselnden Haltungen des MRC verständlich zu machen.[263]

Am 1. Mai gab es eine hitzige Debatte im britischen Unterhaus über die Versäumnisse der Regierung bei der rechtzeitigen Beschaffung kanadischen und amerikanischen Salk-Impfstoffes. Dem Gesundheitsministerium und dem aktuellen Amtsinhaber Derek Walker-Smith wurde in scharfer Form Verschleppungspolitik vorgeworfen.[264] Selbst nach der grundsätzlichen Zulassung importierten Impfstoffs ohne britische Tests waren noch nicht alle Hindernisse für dessen Anwendung beseitigt. Nach den Vorgaben des MRC, an denen das Ministerium festhielt, wurden importierte Vakzine auch weiterhin so weit wie möglich einem zusätzlichen britischen Test unterzogen.[265] Es galten weiterhin die Grundsätze, daß nicht gestesteter ausländischer Impfstoff nur für eine sehr begrenzte Zeit verwendet werden und alles unternommern werden sollte, um in möglichst naher Zukunft den ganzen Bedarf mit in Großbritannien getesteten Impfstoff decken zu können.[266] Außerdem wurde den Eltern die Möglichkeit gelassen, importierten und nicht gesondert geprüften Impfstoff abzulehnen und sich nur für britischen bzw. importierten und nochmals geprüften Impfstoff zu entscheiden.[267] Sogar die lokalen Behörden hielten diese Maßnahmen für übertrieben und hätten amerikanischen Impfstoff, der die dortigen Tests durchlaufen hatte, einfach verabreicht. Zusätzliche Testreihen und organisatorische Verzögerungen ließen die Haltbarkeitsdaten der Impfstoffe, die nur noch kurze Anwendungsphasen erlaubten, zum Problem werden. Trotz

---

261 Vgl. PRO, MH 55/2463, Medical Resarch Concil an Sir John Charles, Ministry of Health, 19. 5. 1958.

262 Ministry of Health, On the State of Public Health 1958, S. 81.

263 Vgl. hierzu PRO, MH 55/2463, Poliomyelitis Vaccine: Advice of Medical Research Council, Notes for Prime Minister, 28. 4. 1958. In den Notizen für den Premierminister versuchte das Gesundheitsministerium, die Entscheidungen des Medical Research Council für die Öffentlichkeit plausibel nachzuvollziehen, was jedoch kaum gelang.

264 Parliamentary Debates, House of Commons, Session 1957/58, 1. Mai 1958, Spalte 653–705.

265 PRO, MH 55/2462, County Councils Association an Enid Russel-Smith, Ministry of Health, September 1957.

266 PRO, MH 55/2463, 12. 5. 1958.

267 PRO, MH 55/2462, Enid Russel-Smith, Ministry of Health an County Councils Association, Mr. Dacey, 27. 9. 1957; vgl. auch Ministry of Health, On the State of Public Health 1958, S. 81.

hitziger Diskussionen innerhalb des Ministeriums über die sinnvolle Anwendbarkeit des Impfstoffes angesichts der Haltbarkeitsdaten blieb das Ministerium bei den Vorgaben des MRC.[268]

Immerhin ermöglichte die Zulassung von importiertem Impfstoff in großem Umfang 1958 eine enorme Ausweitung des Impfprogramms. Bis Ende des Jahres hatten 6,4 Millionen Personen zwei Impfungen erhalten.[269] 1958 begann das Gesundheitsministerium auch mit zentralen Werbekampagnen für die Polio-Impfung. Ein 1958 konzipiertes Zeitungsinserat trug beispielsweise den Text:

> The Minister of Health says: Polio is not yet beaten. Next year may be one of nature's bad polio years. Vaccination is our chief defence.[…] Parents should not hang back. If they do the may have cause to reproach themselves later on. The vaccine – all of which is safety-tested – is there. My advice is don't delay."[270]

In der besonders zu schützenden Gruppe der unter 15jährigen hatte man mittlerweile eine Quote von etwa 50 Prozent erreicht. Allerdings differierten die Verhältnisse in den einzelnen Regionen. Lag die Impfquote dieser Gruppe in manchen Bezirken schon bei 80 Prozent, erreichte sie andernorts nicht einmal 20 Prozent, was unter epidemiologischen Gesichtspunkten keinen ausreichenden Schutz darstellte. Auch andere Gruppen wie Medizinstudenten, Krankenhaus- oder Laboratoriumspersonal wurden nun in die Impfprogramme verstärkt einbezogen.[271] Gegenüber anderen westlichen Staaten war das britische Impfprogramm noch nicht sehr umfassend. Im Ministerium wurden zum Vergleich Australien, Dänemark, Israel, Schweden und die Vereinigten Staaten herangezogen, die alle bereits einen höheren Prozentsatz der Bevölkerung mit inaktiviertem Impfstoff geimpft hatten.[272]

Probleme ergaben sich im britischen Gesundheitssystem bei der adäquaten Verteilung des Impfstoffes unter den lokalen Gesundheitsbehörden, die kaum funktionierte. Während einige kommunale Gesundheitsbehörden reichliche Vorräte an Impfstoff hatten, konnte anderswo mangels Vakzine nicht mehr geimpft werden.[273] Ab 1958 wurden auch die GPs mit einbezogen, um bei den Impfungen der LHAs zu helfen. Diese Regelung wurde auch in den folgenden Jahren beibehalten:[274]

---

268 PRO, MH 55/2464, Judd an Dodds, Poliomyelitis Vaccine, 16. 10. 1958, Notiz Polio Vaccine 21. 10. 1958; vgl. auch PRO, MH 55/2465, Sir John Charles an Medical Officers of Health, 27. 10. 1958.

269 Ministry of Health, On the State of Public Health 1958, S. 82; vgl. auch PRO, MH 55/2462, Ministry of Health an Local Health Authorities, 8. 5. 1958.

270 PRO, MH 55/2212, Heald an Dodds, 15. 10. 1958.

271 PRO, MH 55/2463, Notiz an Hunt und Pater, 30. 6. 1958.

272 PRO, MH 55/2465, Aufstellung der Vergleichszahlen, 1958; vgl. auch WEBSTER, Health Services, Band 2, S. 130; sowie die Bestandsaufnahme von 1960 in Tabelle 15, oben, S. 238.

273 PRO, MH 55/2464, Dodds an Judd, 17. 10. 1958.

274 PRO, MH 55/2469, Memorandum Poliomyelitis Vaccine, 9. 5. 1960; PRO, MH 55/2464, Antipolio Programm, 24. 11. 1958.

Bemerkenswert ist, wie stark der Kauf des Impfstoffs als nationales Problem gesehen wurde: „If British supplies are adequate, should we buy only British?" Diese Frage wurde im Ministerium Ende 1958 ausführlich diskutiert.[275] Obwohl die kanadischen und amerikanischen Produkte wesentlich billiger waren (107 bzw. 117 britische Pfund pro Liter im Gegensatz zu einer Preisspanne von 125 bis 175 britische Pfund bei den englischen Firmen) und so der enormen Geldknappheit des NHS sehr entgegengekommen wären, waren offenbar andere Überlegungen entscheidend. Zum einen betrachtete das *Medical Research Council* den britischen Impfstoff als den sichersten, was im Grunde medizinisch kaum nachzuvollziehen war. Dazu kam zum zweiten jedoch „the natural desire to use British rather than foreign products", wie im Gesundheitsministerium betont wurde.[276] 1959 war es schließlich möglich, die notwendigen Impfstoffmengen regelmäßig aus britischer Produktion zu erhalten. Das vereinfachte das Impfprogramm erheblich, das nun auch auf die Geburtsjahrgänge 1933–1942 ausgedehnt wurde. Die Akzeptanz in dieser Gruppe blieb jedoch sehr niedrig.[277] Die örtlichen Gesundheitsbehörden wurden vom Ministerium im Februar deswegen aufgefordert, mehr Werbung zu betreiben; dies blieb aber ohne großen Erfolg.

Was jedoch in Großbritannien das Interesse an der Impfung merklich stimulierte, war der Tod eines sehr populären Fußballspielers, der Anfang April 1959 der Krankheit erlag. Der für den Club Birmingham City spielende Jeff Hall hatte als 29-jähriger nicht mehr zu der für die Impfungen vorgesehenen Gruppe gehört.[278] Sein Tod erregte große Betroffenheit in der Öffentlichkeit und ließ das Interesse an der Impfung erheblich ansteigen – insbesondere in der Gruppe der jungen Erwachsenen. Vor Halls Tod waren nur 8 Prozent dieser Gruppe registriert gewesen, Ende April stieg diese Rate auf 25 Prozent. Die Menschen standen sogar vor den Impfstellen Schlange. Das erstarkende Interesse der Bevölkerung versuchten ihrerseits die *Medical Officers of Health* und das Gesundheitsministerium für neue Werbemaßnahmen zu nutzen.[279] So ließ der Gesundheitsminister sogar ein Statement in den Fußballstadien verlesen, das für die Impfung warb.[280] Im Ministerium nahm man die steigende Akzeptanz der Polio-Impfung allerdings nicht ohne Sorge auf:

> There is unfortunately no way in which an accurate quantitative picture can be obtained of the increase in the acceptance rate by the 15–26 years age-group following the death of the footballer, Jeff Hall. Local health authorities have been urged to take the fullest advan-

---

275 PRO, MH 55/2464, Poliomyelitis Vaccine – Ordering Policy, Ende 1958.

276 PRO, MH 55/2464, Poliomyelitis Vaccine – Ordering Policy, Ende 1958; vgl. hierzu auch für die ähnliche Diskussion 1959 PRO, MH 55/2467, Privy Council Office an Derek Walker-Smith, April 1959.

277 Ministry of Health, On the State of Public Health 1959, S. 81.

278 GOULD, Summer Plague, S. 173–4.

279 PRO, MH 133/468, Joint Committee on Poliomyelitis Vaccine, Progress on Vaccination Scheme, Mai 1959; vgl. auch GOULD, Summer Plague, S. 174.

280 PRO, MH 55/2464, Polio Vaccination, 14. 4. 1959.

tage of this popular up-surge of interest, which fortuitous though it has been, is entirely in line with the Minister's policy and cannot be discouraged. […] The increased response of the 15–26 age group must, however, already be considerable, as about half the local health authorities in England and Wales have asked urgently for further supplies.[281]

Der erhebliche Anstieg des Interesses machte es 1959 nötig, erneut Impfstoff aus den USA und Canada zu importieren – „to tide us over the gap in British supplies". Im Vorfeld führte diese Aktion ein weiteres Mal zu erheblichen Diskussionen im Gesundheitsministerium, unter welchen Bedingungen der ausländische Impfstoff importiert werden könne. Insgesamt verlief die Einfuhr jedoch wesentlich reibungsloser als in den Jahren zuvor.[282] Bis Ende des Jahres waren dann insgesamt 12,7 Millionen Personen zweimal geimpft worden und hatten so eine ausreichende Immunisierung erhalten. Um künftig etwas besser planen zu können, beauftragte das Gesundheitsministerium 1959 außerdem ein Sozialforschungsinstitut, das das Interesse an Impfungen genauer untersuchen, entsprechende Zukunftsprognosen ermöglichen und so die Planungen im Ministerium erleichtern sollte.[283]

1960 wurde die Altersgrenze der britischen Impfkampagne weiter angehoben und gleichzeitig der dritte Impfgang verfolgt. In die Gruppe der zu Impfenden wurden nun alle Personen bis zum Alter von 40 Jahren aufgenommen, außerdem weitere *priority groups*, namentlich Zahnärzte und deren Familien, Zahnmedizinstudenten, Schwestern, die außerhalb von Krankenhäusern arbeiteten und deren Familien sowie Personal öffentlicher Gesundheitseinrichtungen. Auch Reisenden boten die Behörden die Impfung an.[284] Während das Gesundheitsministerium sich dafür ausgesprochen hatte, die Altersgrenze völlig fallen zu lassen, hatte das Finanzministerium darauf gedrängt, eine Beschränkung beim 40. Lebensjahr beizubehalten.[285] Einmal mehr wird deutlich, wie sehr die angespannte Finanzlage des NHS in Großbritannien gesundheitspolitische Entscheidungen beeinflußte.

Problematisch blieb bei der Impfung mit inaktiviertem Impfstoff die dritte Dosis, die eigentlich etwa sieben Monate nach der zweiten Impfung erfolgen sollte. In Großbritannien war die Erlaubnis zu dritten Impfgängen erst im September 1958 erteilt worden. Während es bei Schulkindern sehr einfach war, sie zur dritten Impfung aufzufordern, gestaltete sich dies bei Erwachsenen schwie-

---

281 PRO, MH 55/2464, Secretary an Deputy Secretary, Polio Vaccination, 14. 4. 1959.

282 Ministry of Health, On the State of Public Health 1959, S. 81; vgl. zu den erneuten Importen auch die Korrespondenz zwischen den Ministern MH 55/2467, Derek Walker-Smith, Ministry of Health an R.A. Butler, Home Office, 15. 4. 1959; Treasury an Derek Walker-Smith, 17. 4. 1959.

283 PRO, MH 55/2467, Judd an Williamson, Poliomyelitis Vaccine, 13. 10. 1959.

284 PRO, MH 55/2468, Entwurf eines Rundschreibens an alle Executive Councils, November 1959; ebenda, Extension of Anti-Polio Vaccination, Parliamentary Answer von Derek Walker-Smith, Minister of Health, 1. 2. 1960.

285 PRO, MH 55/2468, Notiz an Deputy Secretary, 16. 7. 1959; Notiz an Ashcroft, 29. 8. 1959.

riger.[286] Das Gesundheitsministerium selbst betrieb keine Werbung für eine dritte Impfung, es konzentrierte seine Bemühungen darauf, Kinder und Schwangere möglichst vollständig zur Impfteilnahme zu bewegen. Die Werbung für einen dritten Impfdurchgang blieb den lokalen Behörden überlassen. Das *London Council* forderte beispielsweise die Bürger mit Hilfe von Lautsprecherwagen auf, zu einer dritten Impfung in die Sprechstunden der LHAs zu kommen. Bis 1960 hatten 10,6 Millionen Menschen insgesamt drei Impfungen erhalten, 3,6 Millionen nur zwei.[287] Die Poliomyelitis-Raten selbst hatten sich in Großbritannien mittlerweile auf einem niedrigen Level eingependelt, so daß man von einer relativ guten Wirksamkeit des inaktiven Wirkstoffes ausgehen konnte.[288]

1960 wurde dann auch in Großbritannien der aktive Wirkstoff in Erwägung gezogen, der wesentlich einfacher zu verabreichen war. 1959 hatte sich das *Joint Committee on Poliomyelits Vaccine* dem neuen Impfstoff gegenüber noch ablehnend gezeigt.[289] Man befürchtete vor allem, daß der Virus im menschlichen Körper wieder an Virulenz gewinnen und in Folge unbeteiligte Dritte angesteckt werden könnten. Ähnlich wie in Deutschland hatte dann die fünfte internationale Poliomyelitis-Konferenz in Kopenhagen (1960) entsprechende Befürchtungen weitgehend zerstreut.[290] Die britischen Hersteller begannen, die Produktion für Lebendimpfstoffe vorzubereiten.

Das *Medical Research Council* unternahm einige Tests, um die Wirksamkeit des neuen Impfstoffes (Sabin-Typ) zu untersuchen, der von Albert Sabin selbst zur Verfügung gestellt wurde. Außerdem sollte das Gremium angesichts des bereits breit eingesetzten inaktivierten Impfstoffes die mögliche Vorgehensweise mit dem neuen Impfstoff bestimmen.[291] Auch bei dieser Entscheidung wartete man in der britischen Gesundheitsverwaltung zunächst die amerikanische Reaktion ab:

Until last week the United States have had an exceedingly conservative approach to the use of Sabin vaccine on a large scale. However, the Surgeon General of the United States Public Health Service announced on 24th Aug. 1960 that his organisation were prepared to

---

286 PRO, MH 55/2468, Meeting with British Medical Association, Poliomyelitis Vaccination – Third doses, 3. 12. 1959.

287 PRO, MH 55/2468, Meeting with British Medical Association, Poliomyelitis Vaccination – Third doses, 3. 12. 1959; Ministry of Health, On the State of Public Health 1960, S. 41.

288 Vgl. Tabelle 16, oben S. 258.

289 PRO, MH 133/468, Joint Committee on Poliomyelitis Vaccine, Meeting 14. 10. 1959.

290 Vgl. Fifth International Poliomyelitis Conference.

291 PRO, MH 55/2469, Draft Memorandum Poliomyelitis Vaccine, 9. 5. 1960; vgl. auch PRO, MH 133/468, Joint Committee on Poliomyelitis Vaccine, Living Virus Vaccines for Poliomyelitis, 1959; vgl. zu diesen Versuchen auch ausführlich: Trial of Living Attenuated Poliovirus Vaccine. In Großbritannien wurden 1960 insgesamt 409 Kinder im Alter von sechs bis zwölf Monaten mit Sabin-Virus geimpft und anschließend die Höhe ihrer Antikörper überprüft sowie die Ausscheidungen auf Viren untersucht. Die Untersuchung urteilte auf Grund der Ergebnisse, der Sabin-Wirkstoff sei dem Salk-Impfstoff überlegen; vgl. auch Ministry of Health, On the State of Public Health 1960, S. 42.

licence the commercial production of Sabin vaccine as from April 1961 which meant that it would be available for use in the autumn of 1961. It is not clear however, whether this postulates the official abandonment of Salk vaccine. I got in touch with the Surgeon General immediately for further information and am awaiting his reply.[292]

Zunächst wurden in Großbritannien 1961 die Impfungen mit inaktivem Salk-Impfstoff fortgesetzt: Ende des Jahres 1961 waren dann 16,7 Millionen Personen in England und Wales mindestens zweimal geimpft, über 12 Millionen hatten bereits drei Impfungen hinter sich.[293] Problematisch blieb beim inaktivierten Impfstoff weiterhin die Einhaltung der empfohlenen Zeiträume zwischen den einzelnen Impfungen (vier bis sechs Wochen zwischen der ersten und zweiten; weniger als sieben Monate bzw. 15 Monate bei Kindern zwischen zweiter und dritter Impfung). Dies stellte die lokalen Gesundheitsbehörden vor erhebliche organisatorische Probleme.[294] Die Impfung wurde nun auch auf die über 40-jährigen ausgedehnt, die sich allerdings bei ihren Hausärzten impfen lassen sollten, nicht in der Gesundheitsbehörde. Die Gesundheitspolitiker gingen davon aus, daß bei dieser Altersgruppe das Interesse ohnedies sehr gering sein würde.[295]

Der Lebendimpfstoff nach Sabin sollte zunächst nur im Fall von Epidemien benutzt werden; entsprechende Anweisungen des Ministeriums ergingen im April 1961 an alle örtlichen Gesundheitsbehörden. Auch das *Joint Committee on Poliomyelitis Vaccination* befürwortete mittlerweile Impfungen mit aktivem Impfstoff und sah keine Infektionsgefahr für dritte Personen mehr.[296]

Ein Notfall, der den Einsatz des Sabin-Impfstoffes erforderte, trat in Großbritannien im Sommer 1961 ein. In der ostenglischen Hafenstadt Hull brach im September 1961, relativ spät im Jahr, eine Polio-Epidemie aus. Sehr schnell wurden 46 Fälle, darunter auch Erwachsene gezählt. Da der inaktivierte Impfstoff nicht in der Lage war, eine Epidemie aufzuhalten, erbat die lokale Gesundheitsbehörde vom Ministerium die Erlaubnis, aktiven Impfstoff einzusetzen, um auf diese Weise die Ausbreitung der Epidemie zu stoppen.[297] London stimmte sofort zu. Man verfügte bereits über entsprechende Vorräte für derartige Notsituationen. In Hull war die Epidemie durch einen Erreger des Typs I ausgelöst worden. Für die Lebendimpfung sollte nun ein Erreger vom Typ II verwendet

---

292 PRO, MH 55/2469, Note on Live Poliomyelitis Vaccine, September 1960.

293 PRO, MH 55/2469, Draft Polio Vaccine, 9. 5. 1960; vgl. auch Ministry of Health, On the State of Public Health 1961, S. 47.

294 PRO, MH 55/2469, Schedules for Inactivated Poliomyelitis Vaccines, 29. 2. 1960.

295 PRO, MH 55/2469, Meeting with BMA, 9. 11. 1960; PRO, MH 55/2469, Notiz an Deputy Secretary, 24. 11. 1960.

296 PRO, MH 55/2469, Polio Vaccination Programme, 15. 8. 1960; PRO, MH 133/472, Joint Committee on Poliomyelitis Vaccination, Meeting 21. 7. 1961; ebenda, Vaccines in an Epidemic Situation, 19. 4. 1961.

297 GOULD, Summer Plague, S. 175.

werden, vor allem deshalb, um eventuelle Polioausbrüche infolge der Impfung genau zuordnen zu können.[298]

Innerhalb von wenigen Tagen wurden in Hull und Umgebung vom 17. Oktober 1961 an 385 000 Menschen geimpft. Wie stark der Andrang der Bevölkerung bei dieser Impfung war, verdeutlicht das folgende Bild: Menschen aller Altersgruppen und unterschiedlicher sozialer Schichten warten stundenlang vor einem der behelfsmäßigen Impflokale, die kurzfristig überall in der Stadt, in Schulen und öffentlichen Gebäuden, eingerichtet worden waren.

Die Epidemie kam binnen 14 Tagen zum Stillstand. Die Gesundheitsbehörden waren von der Wirkung der Impfkampagne überzeugt; ein genauer Nachweis ist jedoch kaum zu erbringen. Nach dem Erfolg von Hull wurde auch in Großbritannien der Sabin-Impfstoff als das Mittel der Wahl akzeptiert. Selbst scharfe Kritiker des Lebendimpfstoffes, allen voran der Forscher George Dick, der 1956 bei Tests von Cox-Vakzinen zu katastrophalen Ergebnissen gekommen war, zeigten sich nun im wesentlichen überzeugt.[299]

Das Joint Committee on Poliomyelitis Vaccine zog im Oktober 1961 in einem Gutachten für den Minister folgende Schlüsse für den zukünftigen Einsatz des Sabin-Impfstoffes:

> i) live poliovirus vaccine prepared from Sabin's strains can safely be used for primary immunisations and can be expected to give at least as good personal immunity as is given by inactivated Poliomyelitis vaccine.
> ii) where a member of a family is being vaccinated with oral vaccine other unvaccinated members of the family should be encouraged to accept oral vaccine […]
> vii) courses of immunisation started with inactivated vaccine should be

Wenn die zuständigen GPs und *Medical Officers of Health* Salk-Impfstoff ausdrücklich vorzogen, sollte dieser auch weiterhin für die Erstimmunisierung verwendet werden.[300] Am 24. Oktober 1961 verkündete der Gesundheitsminister im Parlament, daß die Schluckimpfung mit aktivem Impfstoff als alternative Form der Poliomyelitis-Impfung ab 1962 eingeführt werde.[301] Im Gesundheitsministerium selbst zeigte man sich nach vorangegangenen Erfahrungen unsicher, wieviel Sabin- bzw. Salk-Impfstoff man für 1962 bereitstellen sollte.[302] Die Kommunalbehörden waren von dem erneuten Schwenk in der Impfpolitik wenig begeistert:

---

298 GOULD, Summer Plague, S. 175–6. Es wurde davon ausgegangen, daß auch der Typ II-Virus genügend Impfwirkung entfalten könne, um die Epidemie zu stoppen.

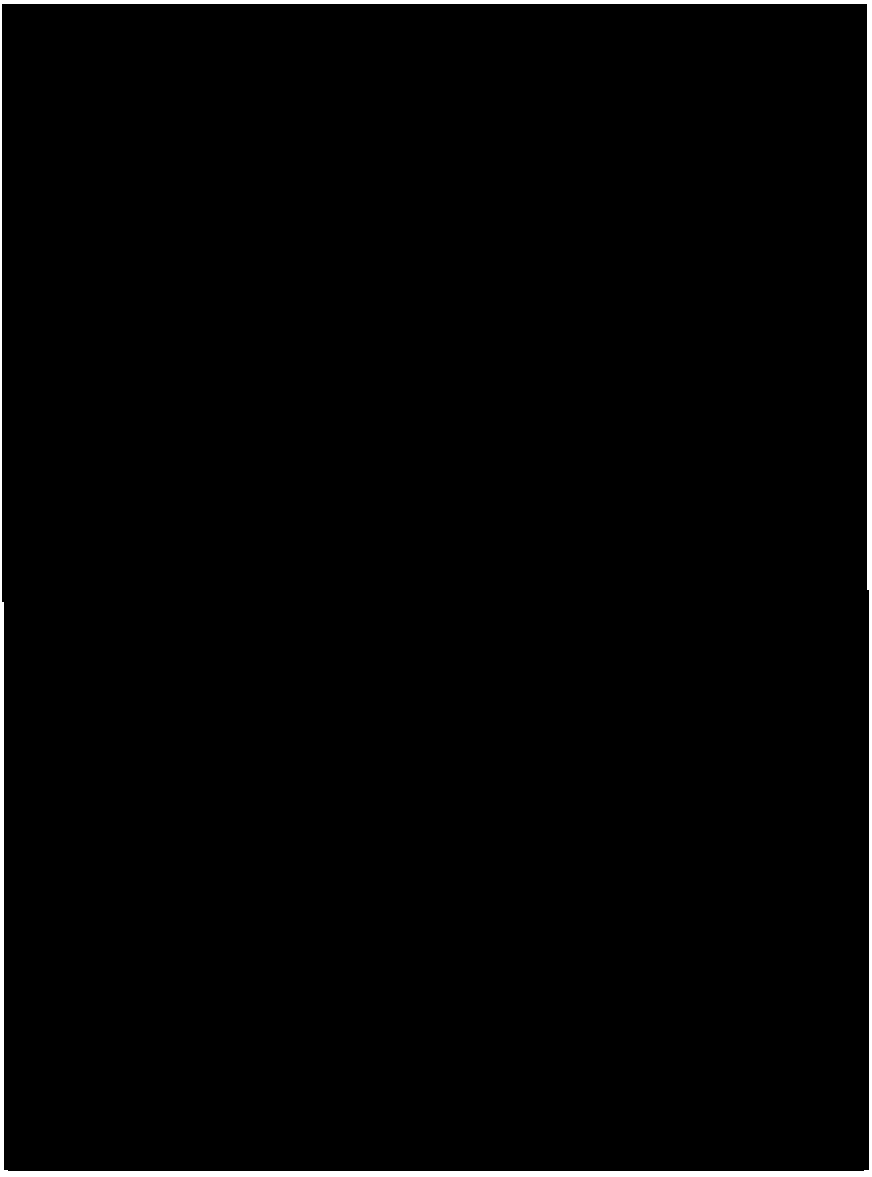
299 PRO, MH 55/2473, Todber, Ministry of Health an Commonwealth Department of Health, Australia, 25. 10. 1961; vgl. auch GOULD, Summer Plague, S. 176.

300 PRO, MH 55/2473, Poliomyelitis, Use of Lice Oral Vaccine, 12. 10. 1961.

301 Ministry of Health, On the State of Public Health 1961, S. 47.

302 PRO, MH 55/2473, Dodds an Mrs. O'Brien, Orders for Polio Vaccine, Salk and Sabin, 26. 10. 1961; vgl. auch PRO, MH 55/2473, Notiz, 30. 10. 1961; hier hieß es beispielsweise: „I think already we are underestimating the rate at which people will come forward for Sabin vaccine. For instance London and the Home Counties are about to launch a campaign. They were proposing to use Salk; they will now use Sabin. They were working originally on

Abbildung 6: Menschenschlange vor behelfsmäßiger Impfstelle in Hull, Oktober 1961[303]



an expectation of bringing in perhaps 400,000 people. What will happen if they use Sabin vaccine no one can forecast. The possible accession of larger amounts of Sabin vaccine from Burroughs Wellcome is therefore particularly valuable."

303 Aus FISHER, Polio Story, Abb. 25, vor S. 107; das Bild wurde vor der „Boulevard Nautical School" aufgenommen.

I ought to say at once that they do not take very kindly to yet one more change in the Ministry's vaccination programme which will once again present local health authorities with the task of reorganising their administrative arrangements and will also add to their storage and distribution problems. They are highly critical of what they feel is the lack of any forward planning for the vaccination campaign as they feel the stage has surely been reached when the Ministry should be in a position to give clear-cut advice on future policy.[304]

Möglicherweise trugen kritische Anmerkungen wie diese dazu bei, daß das Gesundheitsministerium schließlich die Einführung des aktiven Sabin-Impfstoffes in einer großangelegten Aktion vorbereitete. Im Parlament nahm der Minister zu dem Aktiv-Impfstoff am 31. Januar 1962 erneut Stellung. Die medizinische Presse war vorab informiert und auch auf einen Vortrag von Sabin in der *Royal Society for the Promotion of Health* am Tag darauf aufmerksam gemacht worden; an alle LHAs wurden Rundschreiben über den neuen Impfstoff verschickt. Die Tageszeitungen erhielten Pressemitteilungen, die die Einführung des Lebendimpfstoffs mit der epochemachenden Pockenimpfung verglichen und die Gründe für den Wechsel des Impfstoffes erläuterten.[305]

Sabin-Impfstoff wurde 1962 vor allem für Neuimpfungen von Kindern und Jugendlichen verwendet. Im April 1962 erlaubte das Ministerium zudem, daß Personen, die bereits zwei oder drei Impfgänge mit inaktiviertem Impfstoff hinter sich gebracht hatten, nun eine Dosis Sabin-Impfstoff erhalten sollten, um ihre Immunisierung zu vervollständigen. Damit hatte der Übergang zum Sabin-Impfstoff auch in Großbritannien stattgefunden.[306] Zu einer *blanketing operation*, also einer Durchimpfung der gesamten Bevölkerung bis zum 15. Lebensjahr, wie sie z. B. in der Tschechoslowakei, aber auch in der Bundesrepublik sehr erfolgreich durchgeführt worden war, konnte sich das *Joint Committee on Poliomyelitis Vaccine* allerdings im November 1962 nicht durchringen, obwohl der *Chief Medical Officer*, George Godber, diese Aktion vorgeschlagen hatte, da so die Chance bestünde, den „wilden" Virus landesweit auszurotten.[307]

Poliomyelitisfälle, die auf Grund der Impfung oder auf Grund von Kontakten mit Impflingen ausgebrochen waren, konnten 1962 nicht festgestellt werden; lediglich in drei Fällen blieb ein möglicher Zusammenhang unklar.[308] Der Sabin-Impfstoff war damit endgültig akzeptiert und wurde ab 1963 für Neuimpfungen ausschließlich verwendet. Die Zahl der Polio-Erkrankungen sank in der Folge

304 PRO, MH 55/2474, County Councils Association an Dodds, Ministry of Health, 15. 12. 1961.

305 PRO, MH 55/2473, Notiz Sabin Polio Vaccine, 24. 1. 1962.

306 PRO, MH 55/2473, Circular 26. 4. 1962; PRO, MH 55/2474, CMO an Ärzte, Routine Immunisation against Infectious Diseases, 9. 3. 1962; vgl. auch WILSON, Polio, S. 336–7.

307 PRO, MH 133/474, Joint Committee on Poliomyelitis Vaccine, Minutes of Meeting, 23. 11. 1962.

308 PRO, MH 133/472, Report Poliomyelitis in England and Wales January 1st to October 31st 1962; PRO, MH 133/474, Wilson Smith an Judd, Ministry of Health, 1. 10. 1962.

dieser Maßnahmen nochmals deutlich ab. Da aber keine Massenimpfung wie in der Bundesrepublik vorgenommen wurde, die binnen kurzer Zeit der Mehrheit der Bevölkerung Immunität verschaffte, war ein etwas langsameres Absinken der Krankheitsfälle als in Westdeutschland zu beobachten.[309]

In Zukunft zielten die Maßnahmen des Ministeriums dann stärker auf Gesamtimpfungen aller Kinder gegen verschiedene Krankheiten, also gegen Polio, Keuchhusten und Diphtherie mit entsprechenden Zeitplänen der Lokalverwaltungen. Das Problem der Bekämpfung der Kinderlähmung rückte in den Hintergrund,[310] was auch in der Umbenennung des *Poliomyelitis Vaccination Council* des Ministeriums in ein allgemeines *Vaccination and Immunisation Council* seinen Ausdruck fand.[311]

2.5 Nationale Interessen und Gesundheitspolitik – Polio-Bekämpfung in Grossbritannien und der Bundesrepublik Deutschland

Bei der Untersuchung der bundesrepublikanischen Situation ist besonders deutlich geworden, wie notwendige einheitliche Aktionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch die problematische Abstimmung unter den Ländern sowie zwischen Bund und Ländern stark behindert wurden. Die Rivalitäten zwischen Ärzteschaft und öffentlichem Gesundheitswesen spielten in diesem Sektor der Gesundheitspolitik keine so entscheidende Rolle. Die Koordinationsprobleme kamen vor allem bei der Einführung der Salk-Impfung zum Tragen. Die mangelnde Bereitschaft der Bevölkerung, diese Impfung zu akzeptieren, wurde durch das unentschlossene Handeln der Behörden, das uneinheitliche Vorgehen der Länder, die Frage der Impfgebühren und die unzureichenden Werbemaßnahmen weiter verstärkt. Obwohl die Bundesrepublik eigentlich sehr früh begonnen hatte zu impfen, nämlich 1954, brachte sie sich durch ihre in den folgenden Jahren äußerst zögerliche Haltung bei der Einführung des Salk-Impfstoffes im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, z. B. Dänemark oder Frankreich, weit ins Hintertreffen.[312]

Bei der Entwicklung von Therapiemaßnahmen und insbesondere der Einrichtung von Poliomyelitis-Zentren mit eisernen Lungen machte sich ebenfalls stark bemerkbar, wie schwierig das deutsche Gesundheitswesen zu steuern war und wie schwer man sich bei der Einrichtung von zentralen Institutionen tat.

---

309 Anders, Poliomyelitis in Europa 1964, S. 18. Im Unterschied zur Bundesrepublik wurde in Großbritannien trivalenter Impfstoff verwendet; vgl. auch Tabelle 16, S. 258 – zum Vergleich mit Deutschland siehe Tabelle 14, S. 238.

310 PRO, MH 55/2474, Russel-Smith an CMO, 22. 2. 1962.

311 PRO, MH 133/480, Entwurf Advice on Vaccination and Immunisation, 23. 8. 1962.

312 PRO, MH 133/467, Information on and the Application and Use of Vaccine against Poliomyelitis in Certain Countries, 31. 10. 1956.

Die Folgen solch mangelnder Koordination – sowohl in der Therapie als auch in der Prävention – hatten die Patienten zu tragen.

Ein weiteres Kennzeichen des bundesrepublikanischen Gesundheitswesens der Nachkriegszeit ist ebenfalls hervorgetreten: der völlige Verlust internationaler Geltung sowohl in der Forschung, hier der Virologie, als auch in der Sozialmedizin und Therapie. Dies beförderte eine überzogene Skepsis gegenüber ausländischen Neuerungen, welche die Bekämpfung der Kinderlähmung in der Bundesrepublik nachhaltig hemmte. In der Bundesrepublik erwies sich das Mißtrauen der führenden Gesundheitspolitiker gegenüber der Salk-Impfung und den US-amerikanischen Erfahrungen als äußerst hartnäckig. Theorien, die international schon längst widerlegt waren, wurden weiter aufrecht erhalten, da man sich offensichtlich nicht in der Lage sah, die amerikanische Überlegenheit in der Forschung ohne weiteres zu akzeptieren.

Daß sich die Sabin-Impfung dann in der Bundesrepublik relativ schnell durchsetzte und man in Berlin bereits 1960 zu einem Versuch mit Lebendimpfstoff bereit war, ist darauf zurückzuführen, daß die Bundesrepublik in den auch die Polio-Impfung bestimmenden Ost-West-Konflikt stärker involviert war als Großbritannien. Die DDR als Mitglied des „Ostblocks" entschloß sich, der Sowjetunion folgend, sehr früh zu einer Lebendimpfung mit Sabin-Impfstoff. Vor diesem Hintergrund befürchtete man eine Gefährdung der West-Berliner Bevölkerung und sah sich so im nationalen Interesse zu einer frühzeitigen Impfung mit dem relativ unerprobten Cox-Impfstoff veranlaßt. Das Vorgehen hatte dann auch schwerwiegende Folgen.

Daß daraufhin dennoch sehr rasch zu einer Massenimpfung mit Lebendimpfstoff (1962) übergegangen wurde, war einerseits dem Konkurrenzverhältnis zur DDR, andererseits dem starken Rückstand gegenüber den anderen europäischen Nationen bei der Salk-Impfung geschuldet, den man nun mit einer raschen Umsetzung der leichter durchzuführenden Sabin-Impfung aufholen wollte.

Wie in der Bundesrepublik, so war auch in Großbritannien das Vorgehen in der Poliomyelitisbekämpfung der 1950er Jahre durch eine zögerliche Haltung geprägt. Auch hier hat offenbar der Rückstand in der eigenen Forschung eine schnelle Akzeptanz der US-amerikanischen Forschungen behindert. Wie bei anderen Problemen spielten in Großbritannien die Kosten eine große Rolle. Da der NHS in den 1950er Jahren unter erheblicher Finanznot litt, war es kaum möglich, in die sehr kostspielige virologische Forschung selbst zu investieren. Das Mißtrauen gegenüber den ausländischen Forschungen und Produkten war in Großbritannien beträchtlich. In diesem Zusammenhang trieben die britischen Kontrollbehörden mit ihrer Auflage, daß sich die Eltern zwischen rein britischem, britisch kontrolliertem und lediglich ausländisch kontrolliertem Salk-Impfstoff entscheiden konnten, die von nationalen Rücksichten beförderte Skepsis auf die Spitze.

Allerdings gelang es in Großbritannien dann bis Ende der 1950er Jahre, einen hohen Prozentsatz der Bevölkerung mit der Salk-Vakzine zu impfen. Hier

muß darauf verwiesen werden, daß trotz der finanziellen Probleme des NHS der Impfstoff im Gegensatz zur Bundesrepublik stets kostenfrei in den örtlichen Gesundheitsbehörden abgegeben wurde, was sicherlich die Akzeptanz hob. Zum Gelingen trugen neben der Kostenfreiheit auch das zentralistisch organisierte Gesundheitssystem und die gut koordinierte Werbung vieles bei. Die Vorteile eines zentral verwalteten Gesundheitswesens fielen durch das ständige Umschwenken des Ministeriums und seiner Beratungsorgane sowie die Rücksichten gegenüber britischen Impfstoffherstellern aber weniger stark ins Gewicht, als man bei einer gesundheitspolitisch so wichtigen Maßnahme annehmen sollte.

Bei der Einführung des Lebendimpfstoffes wiederholte sich das zögerliche Herangehen der offiziellen britischen Stellen. Selbst als der Sabin-Impfstoff schließlich 1961 anerkannt wurde, konnte man sich nicht zu einer Massenimpfung durchringen, obwohl diese zur Ausrottung des Virus international empfohlen wurde.

Während sich international die Aktivitäten vor dem Zweiten Weltkrieg vor allem auf die USA und die skandinavischen Länder beschränkt hatten, wurde Polio nach dem Zweiten Weltkrieg zu einem Weltproblem. Die Amerikaner waren zwar weiterhin in der Forschung anderen Ländern weit überlegen, dennoch verbreiteten sich ihre Ergebnisse vor allem durch die regelmäßigen internationalen Konferenzen auf diesem Gebiet schnell weltweit.

Der Kampf gegen die Kinderlähmung war seit Entwicklung der Impfstoffe stark von nationalen Interessen geprägt. Politische Entscheidungen beeinflußten die Entwicklung und den Einsatz der Impfstoffe in starkem Maße, wie sich gerade an der amerikanischen Entscheidung für den inaktivierten Impfstoff nach Salk zeigt, die sich in der Folge für die ganze westliche Welt auswirkte. Bezeichnend für die Zeit des Kalten Krieges ist, daß der Lebendimpfstoff nach Sabin zunächst nur im „Ostblock" Erfolge feierte, bevor er sich wegen seiner objektiven Vorteile weltweit durchsetzen konnte. Innerhalb der von widerstreitenden Interessen geprägten internationalen Lage spielten weder die Bundesrepublik Deutschland noch Großbritannien eine führende Rolle.

In beiden Ländern wurde der Verlust bzw. das Fehlen einer bedeutenden Position in der medizinischen Forschung als großes Manko wahrgenommen. Dies führte – obwohl Großbritannien durch die engere Verbindung zu den USA mit den neuesten Forschungen wesentlich vertrauter war als die Nachkriegs-BRD – offenbar in beiden Staaten zu einer übersteigerten Skepsis gegenüber den wissenschaftlichen Ergebnissen aus den Vereinigten Staaten. Sowohl Großbritannien als auch die Bundesrepublik verzichteten beispielsweise bei der Herstellung des inaktivierten Impfstoffes nach dem Cutter-Unglück zunächst kategorisch auf den „Mahoney"-Virusstamm, obwohl man in den USA dessen Unbedenklichkeit zeigen konnte. In beiden Ländern war man letztlich aber doch gezwungen, amerikanischen Impfstoff auf der Basis des „Mahoney"-Stammes zu importieren. Auffällig ist, daß die zuständigen deutschen und britischen staatlichen Beratungs- und Kontrollorgane, das *Medical*

Research Council und das Bundesgesundheitsamt, jeweils die Rolle eines Bremsers einnahmen.

Die Interessen der Patienten bzw. der zu schützenden Bevölkerung mußten im Geflecht nationaler und internationaler Interessen oftmals zurückstehen. Obwohl Polio als Krankheit, die vor allem Kinder – und zwar aus allen Schichten – betraf, erhebliches öffentliches Interesse hervorrief, spielte das Wohl der Patienten meist eine untergeordnete Rolle. Bemerkbar machte sich öffentlicher Druck in Großbritannien, als Bevölkerung und Presse auf eine Erweiterung des Salk-Impfprogramms drängten; in der Bundesrepublik erwachte solch ein Interesse erst wesentlich später, nämlich im Zuge der Schluckimpfung 1960/61. Dies mag auch an der unterschiedlich starken Repräsentanz der Interessen Poliokranker in der Öffentlichkeit gelegen haben. Eine Organisation, die sich um das Wohl der Poliopatienten kümmerte, entstand in Großbritannien mit der bereits 1939 gegründeten *Infantile Paralysis Fellowship* wesentlich früher als in der Bundesrepublik. Dort gab es zunächst lediglich die *Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung*, die letztlich jedoch ein halbstaatliches Gremium darstellte, das keineswegs als *pressure group* der Betroffenen agieren konnte. Erst durch lokale Initiativen wie die „Pfennigparade" in München für den bayerischen Raum entstanden in den 1950er Jahren in der Bundesrepublik Vereine, die sich um die zum Teil schwerbehinderten Polio-Opfer kümmerten. So fanden Poliokranke in der Bundesrepublik deutlich weniger Gehör.

Obwohl man eigentlich hätte annehmen können, daß Großbritannien mit seinem zentral organisierten, neu eingerichteten Gesundheitssystem in der Lage sein würde, die Bekämpfung und Prävention bei einer Krankheit wie Polio sehr rasch voranzutreiben, fielen die gegenüber dem bundesrepublikanischen, stark zersplitterten Gesundheitswesen bestehenden strukturellen Vorteile nicht so stark ins Gewicht. Vor allem nationale Befindlichkeiten, Interessen und Rücksichten waren es, die die Gesundheitspolitik bei der Bekämpfung der Kinderlähmung in beiden Ländern dominierten.

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 gefahrvoll 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 Ansteckunsrisiko 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 Cafes 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. Jahrhunders 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, Conferenz, 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, Conferenz.

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 Enthaltsamkeit beider 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 Blaschko[27] berichtete beispielsweise von der Brüsseler Venerologenkonferenz von 1899:

> Die meisten Vorschläge bewegten sich in die Richtung, die in Frankreich von Fournier[28], in Deutschland von Neisser[29] 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 Reminiscenses; 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 MOOJI, 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, Conferenz, 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 syphiliskranken 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 Rükkenmark *(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 *(ophtalmia neonatorum)*, was schließlich Bindheit 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 JUWATSCHEFF, 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; Koffe-rath, 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, Veneral 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 Lesser[50] 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 10 000 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 Kasernierung; 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 Erkrankungsraten auch NEUBAUER, Prostitution, S. 36–41.

60 BLASCHKO, Conferenz, 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 gesundheitsfürsorgerischen 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, Conferenz, 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 marriage", 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. Quétel 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 unleidlich 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 Abänderungen 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 verschiedentlicher 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 100000 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 Gefährdungsparagraphen, 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 Schwachsinns 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 Geschlechtskrankheitengesetzes 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, Modernisierer; 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]

Jahr	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 aufbegehrt; 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, Bekämfung, 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 Berichterstatter 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-Prostituierter 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 Desinfektionspäckchen, 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 Propagandastelle 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 anhingen. 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 prüde 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 *Promiscous 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 unumgehbar 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 Straßen[206] – 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 HOPF, 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 fürsorgerische 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 Gedankengut 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 rabiate 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, müßten 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 gesundheitsfürsorgerischen 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-TROSSEN, 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 Geschlechtskrankheitengesetz 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 gesundheitsfürsorgerischen 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 HOPF, 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 HOPF, 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 bestallten 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 müßten, 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 verwahrlosten 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 lebhafte 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, Jugendverwahrlosung, 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 schwieri-

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 *einziger* 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 Bundesrepublik[274]

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 Geschlechtskrankheiten. Da die Bezahlung über die Beratungsstellen 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 Hamburg[282]

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 „promiskuösem 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 promiskuösem 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 müßten, 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 SCHMACKPFEFFER, Frauenbewegung, S. 87.

305 KREUZER, Prostitution, S. 63; wie dies generell in den einzelnen Gesundheitsämter 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 promiskuösem 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 Sichtungsstelle 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 Ländervertreter 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 verfuhren 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 Universitätshautklinik in der Ambulanz der Klinik angeboten.[328]

Die Eingliederung der vormals 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 Sichtungsstelle 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 „hilf 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 neubehandelter 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-Zentren[350]

Jahr	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 unterstützten".

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 Fragebogenvordrucke, 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 Isolierkrankenkhaus 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 Prostitutierten 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 Asociation, 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 „promiskuöse 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 promiskuösen 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 BITTINER 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 purlieus 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 (erstmals 1966 erschienen unter dem Titel „Venereal Diseases"); Vgl. auch CHESSER, 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; CHESSER, 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 wurden, wenn sie auf der Straße aufgegriffen wurden. Die Prostitution wurde so weitgehend von der Straße verdrängt und verlagerte sich in Lokale und Cafes als Treffpunkte.[396] Das Callgirl-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 Callgirl-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 Prostitutierten wie auch die Gelegenheitsprostitutierten, 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 promiskuösen, 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 Anhängerschaft 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 Aufklärungveranstaltungen 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 Advertisement 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 promiskuöses 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.

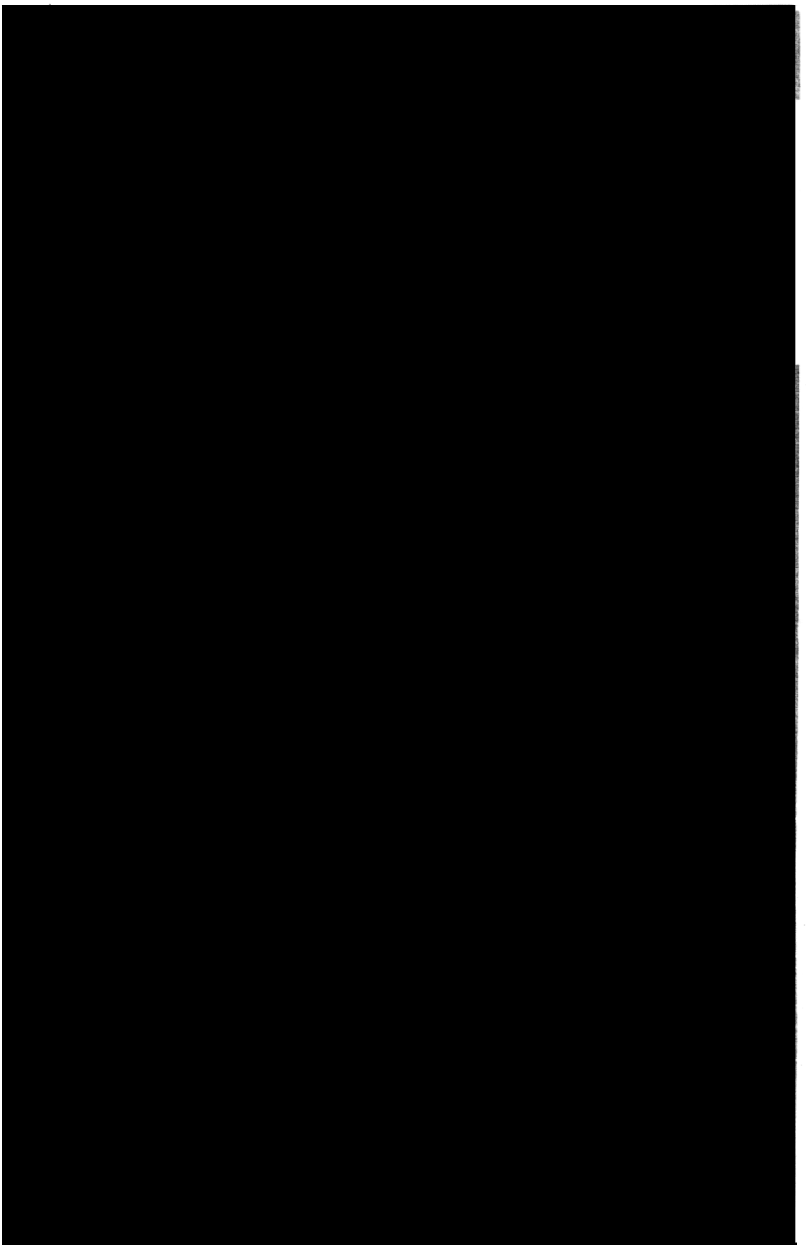
409 Vgl. DAVENPORT-HINES, Sex, S. 274.

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

nalen 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. Empfahl 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 Heilungserfolgen, 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 Assocition 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 beeinflußten. 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 Ansteigen 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; Harmsen, 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 Gonorrhöe-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 HARMSEN, 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; HARMSEN, 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 Ansteigens 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 Ländervertreter 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 Ländervertreter am 4. 7. 1963 in Berlin.

Straffreiheit 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. Köperlänge (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 Harmsen[465] 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 Hauptgesichtspunkten 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; HARMSEN, 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 (Medizinalstatistik) 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 wiederansteigenden 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 Syphilisneuinfektionen 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 HARMSEN, 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 promiskuös, 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; HARMSEN, 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 neuerkrankten 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 Gonorrhöe-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 Penicillin[497] – 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 spiegele 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 Krankenhäuern 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.

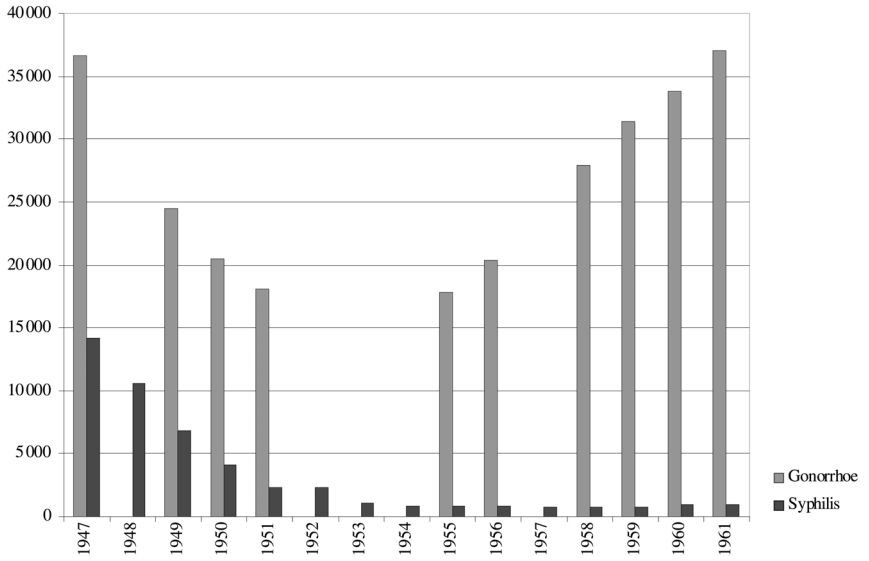
497 WILLCOX, Factors, S. 113.

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 Großbritannien[501]



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 promiskuöses 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 promiskuösem 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 empfun-

---

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 virtue[518]

---

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 promiskuösen Verhaltens junger Frauen besorgter, 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 einen 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 wüßten.[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 respector 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 licing 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 Geschlechtskrankheitenzahlen 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 promiscous 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; vlg. 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 embarrasing 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 promiscous 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 offenere 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; CHESSER, 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 Kontakte[565]

VD Centre	Fälle insgesamt	Homosexuelle	Anteil Homosexeller
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, 60–3i 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 promiskuös, 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 Symposioum 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 Symposioum 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* ein 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 prejudial 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 unverheiratete 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.

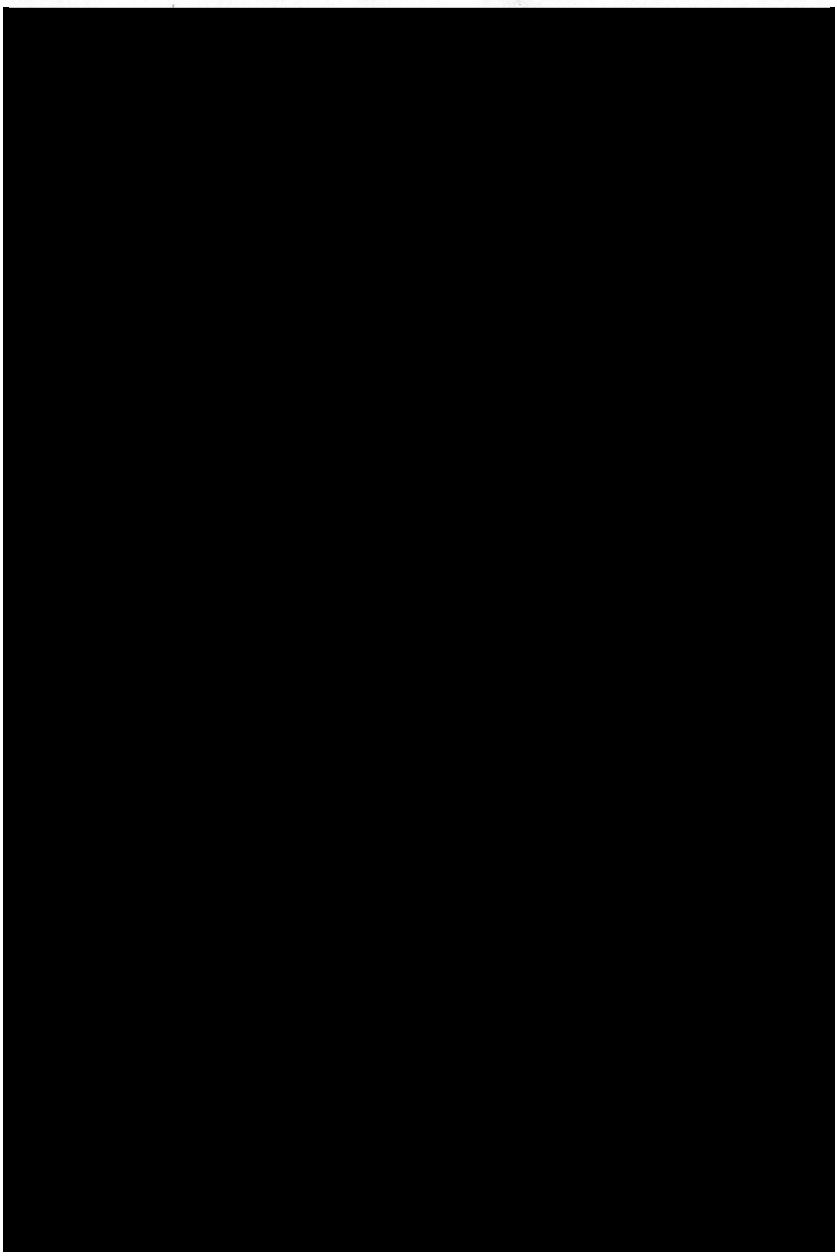
596 PRO, MH 55/2322 Edith Pitt an Ben Parikin, House of Commons, 21. 9. 1960.

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 Cafes 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 Whight, 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 Greatorex: 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 Erziehungsministeriums[606] 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 promiskuösen 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 „promiskuösen 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.

4 Vorsorge für Schwangere und Säuglinge

4.1 Schwangere und Säuglinge als Ziel gesundheitspolitischer Massnahmen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts

4.1.1 Deutschland

Ende des 19. Jahrhunderts, als in Deutschland die Krankenversicherung eingeführt und der Beginn einer gesundheitlichen Versorgung durch den Staat geschaffen wurde, gab es bereits Überlegungen zu einem staatlichen Schutz für die Zeit der Schwangerschaft und Geburt.[1] Für erwerbstätige Frauen galt als gesetzlicher Mutterschutz in Deutschland ab 1878 ein dreiwöchiges Beschäftigungsverbot, zunächst jedoch ohne jeden Lohnausgleich, das bis 1908 auf acht Wochen ausgedehnt wurde.[2] Zahlung eines Mutterschaftsgeldes war für die Kassen nicht verpflichtend und fiel meist sehr gering aus.[3] Das Augenmerk des Gesetzgebers richtete sich allerdings kaum auf das Wohlergehen der Mütter, sondern vielmehr auf die Gesundheit der ungeborenen Kinder, die durch die Erwerbstätigkeit und insbesondere durch die Fabrikarbeit der Schwangeren angeblich bereits schwach und krank zur Welt kämen.[4] Der Schutz der Schwangerschaft entsprang vor allem dem Gedanken, robustere, gesunde Neugeborene für den „Fortbestand der Nation" zu bekommen.

Die Geburten selbst fanden in den allermeisten Fällen zu Hause statt und wurden häufig durch eine Hebamme, manchmal auch durch einen Geburtsarzt betreut. In ländlichen Gegenden, in denen nur wenige Hebammen und Ärzte praktizierten, brachten die Frauen ihre Kinder oft ohne professionelle Hilfe, sondern lediglich mit Unterstützung von Nachbarn, Familienangehörigen oder „kundigen Frauen" zur Welt.[5] Auch reichte das Geld bei Familien mit niedrigem Einkommen nur selten dafür aus, einen Arzt bei der Geburt hinzuzuziehen. Mitunter überstieg schon die Ausgabe für eine Hebamme den Bereich des Möglichen.[6] Zwar war in Deutschland bereits ein relativ großer Prozentsatz der männlichen Arbeiter krankenversichert; Frauen genossen jedoch für die Kosten der ärztlichen Geburtshilfe meist keinen Versicherungsschutz, weil die Leistungen der Versicherung bis 1919 Familienangehörige nur fakultativ einbe-

---

1 Kulawik, Wohlfahrtsstaat, S. 91–102; Rodenstein, Kultur, S. 119.
2 Stöckel, Säuglingsfürsorge, S. 261; Hausen, Arbeiterinnenschutz, S. 729.
3 Bock und Thane, Editors' Introduction, S. 4; Ellerkamp, Mutterschaftsversicherung, S. 424–5, vgl. zur Diskussion um die Unterstützungszahlung Kulawik, Wohlfahrtsstaat, S. 136–48.
4 Frevert, Fürsorgliche Belagerung, S. 436.
5 Seidel, Kultur, S. 313, S. 325. Vgl. hierzu auch die sehr plastischen, wenn auch etwas einseitigen Beschreibungen zur Geburtspraxis im Europa des 18. und 19. Jh. bei Edward Shorter, vgl. Shorter, Körper, S. 68–123.
6 Frevert, Fürsorgliche Belagerung, S. 439.

zogen. Viele Schwangere bevorzugten deswegen die Betreuung durch die Hebamme, ein weiterer Grund war die engere Vertrautheit mit den Frauen.[7]

Mit der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert setzte in Deutschland wie in anderen westlichen Industriestaaten eine heftige Diskussion über den damals zu verzeichnenden Geburtenrückgang ein, der als „Degenerationsphänomen" wahrgenommen wurde.[8] Die Besorgnis galt nicht nur der fallenden Geburtenrate, sondern auch der angeblichen Schwächlichkeit der Säuglinge, im zeitgenössischen Duktus der „Qualität des Nachwuchses".[9] Die hohe Säuglingssterblichkeit wurde im Zusammenhang mit dem Phänomen des Rückgangs der Geburten als äußerst bedrohlich für den Fortbestand der Nation empfunden. Nur eine wachsende Bevölkerung sichere Fortschritt und Herrschaftsinteressen, so die Meinung vieler zeitgenössischer Wissenschaftler und Politiker.[10]

Eine bessere Vorsorge und Beratung für Säuglinge wurde deswegen im Kaiserreich auf verschiedensten Ebenen diskutiert.[11] Gesundheitsfürsorge für Säuglinge entwickelte sich zu einem wichtigen Anliegen nicht nur des Staates, sondern großer Teile der Ärzteschaft, der Sozialhygieniker, der Frauenvereine und anderer Gruppen. In Berlin wurde 1904 beispielsweise die *Gesellschaft zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit* gegründet, die zunächst vor allem Ernährungsprobleme bei Säuglingen bekämpfen wollte und versuchte, Molkereien zu kontrollieren sowie nicht verseuchte Kuhmilch an Mütter auszugeben. Die Organisation initiierte auch die erste Ausstellung über Säuglingsfürsorge.[12] Vereine der bürgerlichen Frauenbewegung spielten auf diesem Gebiet eine wichtige Rolle; in ihrem Engagement verband sich Sorge um die Säuglinge und Mütter der unteren Schichten mit dem Wunsch nach eigener Profilierung und Weitergabe der bürgerlichen Familien- und Hygienevorstellungen.[13]

Vor dem Ersten Weltkrieg entstanden aus dieser Bewegung heraus vor allem in größeren Städten sogenannte Mütterberatungsstellen, die Sprechstunden für

---

7 Vgl. SCHLIEPER, Rolle, S. 46–7.

8 RUDLOFF, Wohlfahrtsstadt, S. 685; vgl. zur Haltung der Ärzte zum Geburtenrückgang DIENEL, Niedergang; vgl. allgemein FINCK, Geburtenrückgang.

9 BOCK und THANE, Editors' Introduction, S. 10.

10 Vgl. WEINDLING, Health, S. 188ff; WITZLER, Großstadt, S. 186; FREVERT, Fürsorgliche Belagerung, S. 437; FINCK, Geburtenrückgang, S. 25.

11 STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, S. 48–76. Stöckel analysiert hier verschiedene zeitgenössische Konzepte der Säuglingspflege und -fürsorge und zeigt, daß im späten Kaiserreich keineswegs nur sozialhygienische, sondern auch verstärkt rassehygienische Gesichtspunkte in die Überlegungen einbezogen wurden. Vgl. auch BORST, Catching Babies.

12 DICKINSON, Politics, S. 50–6; STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, S. 196–211; RUDLOFF, Wohlfahrtsstadt, S. 684–5; WOELK, Säuglingsfürsorge; SCHABEL, Soziale Hygiene, S. 37. Kuhmilch kam damals nicht ausreichend erhitzt in den Handel und war meist mit zahlreichen Keimen infiziert, die Erwachsenen in der Regel nicht schadeten, aber für Säuglinge sehr gefährlich sein konnten.

13 Vgl. hierzu ausführlich SACHSSE, Mütterlichkeit; sowie MICHEL and KOVEN, Womanly Duties, S. 1077–9; FEHLEMANN, Etwas wirklich können.

Frauen mit Neugeborenen abhielten.[14] Dabei war meist ein Arzt und eine Fürsorgerin anwesend; beide wurden jedoch nur präventiv tätig; kranke Säuglinge mußten zum niedergelassenen Arzt überwiesen werden. Besonders wichtig wurde in den Mütterberatungsstellen die Stillpropaganda, die für den Staat eine kostengünstige Form der Säuglingsvorsorge darstellte.[15] Stillende Mütter, die die Beratungsstellen regelmäßig besuchten, erhielten von der öffentlichen Hand Stillprämien, die allerdings sehr niedrig waren. Diese Stillprämien wurden vor allem als Lockmittel benutzt, um die Frauen zu Besuchen in den Säuglingsberatungsstellen anzuregen.[16] Gleichzeitig wurde an stillunfähige Mütter bei Bedürftigkeit subventionierte, sterilisierte Milch abgegeben. Solche kommunalen Milchverteilungsstellen entwickelten sich zusammen mit den Säuglingsberatungen in den meisten großen Städten. Dennoch war die Anzahl der in den Mütterberatungsstellen betreuten Säuglinge vor den 1920er Jahren noch relativ gering. Die Fürsorgerinnen waren zudem bestrebt, Frauen mit Neugeborenen zu Hause zu besuchen.[17] Dies stand jedoch in Deutschland in der verrufenen Tradition der Armenfürsorge und Gesundheitspolizei. Familien, die Armenfürsorge bezogen, konnten ebenso wie ledige Mütter stets durch Fürsorgerinnen kontrolliert werden. Nun waren auch Stillprämien meist an die Bedingung gebunden, die Fürsorgerin in die Wohnung zu lassen. Der Besuch der Fürsorgerin hatte durch die Verknüpfung mit der Armenfürsorge ein diskriminierendes Element behalten.[18] In ihrer Tätigkeit mischten die meisten Fürsorgerinnen Prävention und Vorsorge für Säuglinge mit einer Kontrollfunktion über die ärmeren Schichten.[19]

Nicht nur für Säuglinge, auch für den Schutz von Schwangeren wurden zahlreiche Maßnahmen ergriffen. In den Regelungen von 1878 war nur ein geringer Teil der Frauen, die abhängig Beschäftigten, berücksichtigt worden. Im Laufe der nächsten Dekaden wurde der Mutterschutz immer wieder erweitert, die Krankenkassen bauten ebenfalls die Leistungen für die Schwangeren aus.[20] Mit

---

14 STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, S. 211–22; RUDLOFF, Wohlfahrtsstadt, S. 686.

15 DICKINSON, Politics, S. 52; FEHLEMANN, Stillpropaganda; RUDLOFF, Wohlfahrtsstadt, S. 686, vgl. zur Propagierung des Stillens in der zeitgenössischen ärztlichen Ratgeberliteratur SPREE, Sozialisationsnormen, S. 637–9.

16 WOELK, Säuglingsfürsorge, S. 339–59; RUDLOFF, Wohlfahrtsstadt, S. 686; FREVERT, Fürsorgliche Belagerung, S. 442.

17 STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, S. 214–5, FREVERT, Fürsorgliche Belagerung, S. 441. Für ein Münchner Stadtviertel spricht Rudloff von 30 Prozent der Mütter, die die Stellen im Jahr 1908 aufsuchten; RUDLOFF, Wohlfahrtsstadt, S. 686–8.

18 FEHLEMANN und VÖGELE, Frauen, S. 34–5; vgl. auch WEINDLING, Health, S. 354; SCHABEL, Soziale Hygiene, S. 41–2; Cornelie Usborne spricht sogar davon, daß die Fürsorgerinnen sich in manchen Fällen als „Sozialpolizisten" gerierten, vgl. USBORNE, Frauenkörper, S. 83.

19 Dieses Konzept stand damit durchaus noch in der Tradition der Medikalisierung, zumindest, wenn man Medikalisierung in einem offenen Sinne versteht; vgl. SACHSSE und TENNSTEDT, Soziale Sicherung; LABISCH, Hygiene; vgl. zum Begriff Medikalisierung die ausführliche Diskussion in der Einleitung, Kap. I, als Überblick vgl. LOETZ, Medikalisierung.

20 Die Schutzzeiten wurden erweitert, die Krankenkassen übernahmen nun – zumindest fakul-

Beginn des Ersten Weltkriegs erhielten dann auch die nicht erwerbstätigen und nicht selbst versicherten Frauen staatliche Zuwendung in Form einer Reichswochenhilfe für die Zeit der Geburt.[21] Damit bekamen versicherte wie auch nichtversicherte Frauen eine finanzielle Unterstützung für Entbindungskosten, Wochengeld für zehn Wochen, Aufwandsgeld für Arzt oder Hebamme und zwölf Wochen Stillgeld. Diese Zuwendungen für Schwangere wurden in der Weimarer Republik durch das 1919 verabschiedete Reichsgesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge beibehalten. Bei den selbst versicherten Frauen war diese finanzielle Unterstützung an den Lohn gekoppelt und blieb deswegen einigermaßen ausreichend, die Familienwochenhilfe für Mitversicherte/Nichtversicherte sank dagegen während der Inflation zu sehr ab, um überhaupt noch eine Hilfe darzustellen.[22] Finanziell waren die Frauen in Deutschland dennoch im Vergleich anderen Staaten verhältnismäßig gut abgesichert. Generell erfuhr die gesamte Wohlfahrtspflege während des Ersten Weltkrieges in Deutschland einen enormen Ausbau in Form der Kriegsfürsorge bzw. Kriegswohlfahrtspflege.[23] Auch die Säuglingsfürsorge erlebte einen Aufschwung. 1916 wurde beispielsweise die Reichsstelle *Deutschlands Spende für Säuglingsschutz* gegründet, der sowohl zahlreiche Mitglieder des Kaiserhauses als auch der Regierung angehörten.[24] Nicht zuletzt Gelder dieser Organisation trugen dazu bei, daß 1917/18 1020 neue Säuglingsberatungsstellen gegründet werden konnten. Bei all diesen Maßnahmen ging es um Beschäftigungsverbote und bessere finanzielle Leistungen für die Schwangeren, nicht um eine medizinische Prophylaxe in der Schwangerschaft. Einige wenige Ansätze zu einer tatsächlichen Schwangeren*vorsorge* lassen sich dennoch beobachten. In Berlin wurde – allerdings nur für ledige Mütter – 1917 eine Schwangerenfürsorgestelle eingerichtet. Die Zielrichtung blieb aber hier vor allem die Gesundheit der Säuglinge – uneheliche Geburten wurden ebenfalls als bevölkerungspolitisch notwendig erachtet.[25]

In der Zeit der Weimarer Republik wurde in Deutschland die gesamte öffentliche Gesundheitspflege ausgedehnt und institutionalisiert.[26] Die kommunale Gesundheitsfürsorge erlebte damals eine Blütezeit. Im Zuge einer viel-

---

tativ – bestimmte Leistungen für die Geburt. HAUSEN, Arbeiterinnenschutz, S. 729–30; BOCK, Weibliche Armut, S. 443.

21 Dies galt 1914 zunächst für Frauen von einberufenen Soldeten. Ab 1915 wurde diese Leistung insgesamt auf die Gruppe der bedürftigen Frauen ausgedehnt. Vgl. HAUSEN, Arbeiterinnenschutz, S. 730; BOCK, Frauen, S. 249; vgl. auch allgemein zur deutschen Entwicklung TAYLOR ALLEN, Feminism and Motherhood.

22 MATZNER-VOGEL, Schwangerschaft, S. 156.

23 Vgl. SACHSSE, Mütterlichkeit, S. 156–61; SCHABEL, Soziale Hygiene, S. 61–5; SACHSSE, Social Mothers, S. 149–51.

24 STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, S. 269–71.

25 BORST, Catching Babies; STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, S. 286.

26 ECKART, Gesundheitspflege, S. 216; SACHSSE, Social Mothers, S. 151–2; vgl. auch CREW, Germans on Welfare; HONG, Welfare; vgl. dazu ausführlich den Abschnitt über öffentliches Gesundheitswesen im Kapitel zur Struktur des Gesundheitswesens, Kap. II, 2.1.

fachen Differenzierung des staatlichen Gesundheitswesens wurde besonders in den Städten mit den neuen Berufen des Fürsorge- und Vorsorgearztes und der Gesundheitsfürsorgerin die Säuglingsfürsorge stark ausgebaut und in vielen Gesundheitsämtern Mütterberatungsstellen eingerichtet.[27] Diese Stellen wurden jedoch kaum vor der Geburt aufgesucht, vielmehr lag der Schwerpunkt der Beratung weiterhin bei den Säuglingen. In Berlin gab es Mitte der 1920er Jahre beispielsweise an die 40 solcher Fürsorgestellen, die einen Großteil der Neugeborenen (je nach Stadtviertel zwischen 60 und 80 Prozent) betreuten.[28] Auch in München erhielten 1927 vier Fünftel der Neugeborenen Fürsorgeleistungen in den Beratungsstellen.[29] Auf der GESOLEI, einer Ausstellung zu „Gesundheitspflege, sozialer Fürsorge und Leibesübungen" im Jahr 1926 in Düsseldorf, bei der die Gemeinden und Städte ihre Gesundheitsleistungen präsentierten, war die Mütter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge das am stärksten und umfassendsten vertretene Gebiet der Gesundheitspflege.[30] Die Tätigkeit der Fürsorgerinnen, die Mütter mit Säuglingen zu Hause besuchten, war allerdings auch in den 1920er Jahren auf „besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen" konzentriert und hatte wenig von ihrer Stigmatisierung verloren.[31] Die Hebammen wurden nun ebenfalls stärker in die allgemeine Vorsorge für Säuglinge integriert.[32]

Eine Vorsorge für Schwangere – wie die sich in dieser Zeit in Großbritannien entwickelnde *Ante-natal-care* – existierte in Deutschland selten. Explizite Schwangerenberatungsstellen fanden sich meist nur in größeren Städten mit einem engagierten kommunalen Gesundheitswesen.[33] Das 1909 gegründete Kaiserin-Victoria-Auguste-Haus in Berlin, ein Vorreiter in der Säuglingsfürsorge, hatte beispielsweise in den 1910er Jahren eine Schwangerenfürsorgestelle eingerichtet, die aber nur wenig frequentiert wurde.[34] Ein kleiner Teil der Säug-

---

27 Vgl. LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 70–84; SACHSSE, Mütterlichkeit, S. 203–7; RODENSTEIN, Kultur, S. 120.

28 STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, S. 360.

29 RUDLOFF, Wohlfahrtsstadt, S. 688.

30 Vgl. zur GESOLEI auch oben Kap. II, 2.1; LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 70–1.

31 USBORNE, Frauenkörper, S. 82–3.

32 SCHLIEPER, Rolle, S. 48. Im preußischen Hebammengesetz von 1922 wurde diese Leistung sogar offiziell in das Tätigkeitsfeld der Hebamme eingefügt.

33 DÖDERLEIN, Ärztliche Schwangerschaftsvorsorge, S. 182; vgl. auch USBORNE, Frauenkörper, S. 83, die sich auf die Schwangerenberatung in Berlin bezieht; sowie zur sehr aktiven Schwangerenvorsorge in Kiel unten S. 435.

34 Das Haus, das Laboratorien, Entbindungs- und Wöchnerinnenstationen sowie ein Säuglingsfürsorgezentrum beherbergte, hatte sich seit 1909 zu einem sowohl wissenschaftlichen als auch praxisorientierten Zentrum in der Säuglingsvorsorge entwickelt und gab zudem zusammen mit der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz die *Zeitschrift für Säuglingsschutz* heraus; vgl. STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, S. 246–60; SCHABEL, Soziale Hygiene, S. 43–53. Vgl. zu der geringen Frequentierung der Schwangerenberatung STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, S. 324. Stöckel spricht für das Jahr 1919 von insgesamt lediglich 75 Patientinnen.

lingsfürsorgestellen beriet zudem auch Schwangere, dabei handelte es sich aber meist um die Überwachung lediger Mütter.[35]

In Berlin, das auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge in den 1920er Jahren eine Vorreiterrolle innehatte, entstanden zusätzlich einige Schwangerenberatungsstellen in Ambulatorien, die die Krankenkassen dort einrichteten.[36] In manchen dieser Ambulatorien wurde von engagierten Ärztinnen ein umfassender Gesundheitsdienst für werdende Mütter aufgebaut, wovon allerdings nur einen Bruchteil der Bevölkerung profitierte. Viele der Beratungsstellen konzentrierten sich zudem eher auf eine Familien- und Eheberatung, ebenso wie die Ende der 1920er Jahre entstehenden Sexualberatungsstellen, und unterstützten die Frauen vor allem hinsichtlich Geburtenregelung und Verhütungsmitteln.[37] Zahlreiche Ärzte und Ärztinnen, die sich in den 1920er Jahren in den Ambulatorien bei der Familien- und Schwangerenberatung engagierten, standen politisch links oder waren jüdischer Abstammung.[38] Die Machtergreifung der Nationalsozialisten bedeutete so ein Ende der personellen Kontinuität in diesem Bereich wie auch ein Ende der in der Weimarer Republik betriebenen vielfältigen Formen der sozialen Fürsorge. In Berlin wurden beispielsweise 1933/34 17 von 19 leitenden Stadtärzten als nicht arisch oder unzuverlässig entlassen.[39]

In der Zeit des Dritten Reichs vereinnahmte die nationalsozialistische Gesundheitspolitik gerade die Mütter- und Säuglingsfürsorge. Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens wurden dem Ziel einer „erblichen und rassischen Volksgesundheit" untergeordnet; auch die Mütterberatungsstellen lieferten nun Daten für Zwangssterilisation und andere selektierende Maßnahmen.[40] Die zuvor sehr vielgestaltige kommunale Für- und Vorsorge wurde zudem durch das *Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens* von 1934 stark beschnitten und verstaatlicht. Den staatlichen Gesundheitsämtern oblag nun offiziell die Schwangeren-, Mütter- und Kinderberatung.[41] Im Fall der Schwangerenvorsorge führte dies jedoch kaum zu einer Intensivierung der Vorsorge, vielmehr stoppte die neue Organisationsform eher Anstrengungen einzelner engagierter Kommunen.[42] In den Jahren 1936–38 berieten solche öf-

---

35 STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, S. 314.

36 Unter Ambulatorien versteht man von den Krankenkassen betriebene Einrichtungen, in denen die Kassen Ärzte für die Versorgung ihrer Versicherten anstellten. Bis 1926 entstanden in Berlin 40 solcher Einrichtungen. Vgl. GROSSMANN, Berliner Ärztinnen, S. 193.

37 GROSSMANN, Berliner Ärztinnen, S. 194–5; USBORNE, Ärztinnen, S. 76–84; USBORNE, Stellung, S. 284; vgl. allgemein SODEN, Sexualberatungsstellen.

38 GROSSMANN, German Women Doctors, S. 80–1; vgl. auch ECKART, Gesundheitspflege, S. 217.

39 ECKART, Gesundheitspflege, S. 218.

40 LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 327; CZARNIOWSKI, Familienpolitik, S. 270.

41 Vgl. zur Wirkung des Vereinheitlichungsgesetzes ausführlich Kap. II, 1.2; zudem DÖDERLEIN, Ärztliche Schwangerenvorsorge, S. 182; LABISCH, Entwicklungslinien, S. 40–1.

42 Vgl hierzu unten, S. 435.

fentlichen Stellen dann im Reichsgebiet auch nur etwa 6 Prozent der Schwangeren. Neuregelungen im Hebammengesetz von 1938 und ein weiterer Erlaß des Reichsministerium des Innern von 1940 bezogen die Hebammen in die Schwangerenvorsorge mit ein. Diese Anordnungen, unter anderem über dreimalige Untersuchung aller Schwangeren durch die Hebammen, ließen sich jedoch in den Kriegsjahren nicht verwirklichen.[43]

Die Nationalsozialistische Regierung wollte mit der gesundheitlichen Überwachung und ärztlichen Beratung der Mütter, Säuglinge und Kleinkinder in erster Linie alle „Volksgenossen" in den staatlichen Beratungsstellen erfassen.[44] Auf die Mütter konzentrierte der Staat seine Aufmerksamkeit: Es gab Mütterschulung durch die Hilfsstellen *Mutter und Kind* der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt (NSV) sowie verschiedene materielle Hilfsleistungen, für die man sich qualifizieren konnte. Auch bei der Vorsorge für Mütter und Kinder traten selektierende Maßnahmen stärker in den Vordergrund. So wurden die Hausbesuche der Fürsorgerinnen bei Säuglingen zunehmend hierfür genutzt. War beispielsweise die Wohnung nicht ordentlich und sauber und zeigte die Familie keinen Ansatz zur „Besserung", konnte schnell die Diagnose „Erbkrankheit Schwachsinn" gelten, die zum Entzug aller Familienförderung sowie zur Zwangssterilisation führen konnte.[45] Auch die Hebammen mußten nach einem Erlaß des Reichsministeriums des Innern von 1942 bedürftige Schwangere melden und diese in die Beratungsstunden der NS-Volkswohlfahrt schikken. Hebammen sollten ebenfalls zu einer Kontrollinstanz in der Gesundheits-, Erb- und Rassenpflege werden.[46] Im nationalsozialistischen Deutschland verband sich die Vorsorge für gesunde Säuglinge mit rassischer Auslese: nicht die Reduzierung der Säuglingssterblichkeit und die Verstärkung der Säuglingsfürsorge stand allein im Vordergrund. Man wollte vor allem die Geburten von „minderwertigen" und „untauglichen" Kindern durch Sterilisation und letztlich durch Mord verhindern.[47]

Während des Zweiten Weltkriegs verschlimmerten sich Ernährungs- und Wohnungssituation in Deutschland zunehmend, was sich vor allem in den letzten beiden Kriegsjahren merklich auf die Lage der Schwangeren und Säuglinge auswirkte. Die Säuglings- und die Müttersterblichkeit stiegen an, im Jahr 1945 erreichte die Säuglingssterblichkeit in den durch die heftigen Bombardements zerstörten Städten extrem hohe Werte. In Berlin starben beispielsweise im Juli 1945 72 von 100 Neugeborenen. Auch in den bayerischen Städten lag die Sterblichkeit von Säuglingen weit über den Werten, die vor dem Krieg als normal ge-

---

43 Döderlein, Ärztliche Schwangerenvorsorge, S. 182–3; Schlieper, Rolle, S. 50.
44 Vgl. Czarniowski, Familienpolitik, S. 269.
45 Czarniowski, Familienpolitik, S. 265–70.
46 Schlieper, Rolle, S. 50.
47 Bock, Frauen, S. 283–5.

golten hatten: im völlig zerstörten Würzburg 1945 bei 29 Prozent, im Landesdurchschnitt bei ca. 17 Prozent.[48]

Im ersten Nachkriegsjahr verbesserte sich die Lage nur wenig. Viele Mütter waren unterernährt und körperlich schwach. Das ließ zum einen die Zahl der Frühgeburten ansteigen, die ohnehin geringere Überlebenschancen hatten, und machte es zum anderen vielen Müttern unmöglich, ihre Kinder zu stillen. Die schlechte Ernährung wiederum begünstigte Darminfektionen, an denen viele Säuglinge starben. Problematisch waren ferner die miserablen hygienischen Bedingungen bei der Entbindung, der Schmutz in den beengten, oft halb zerstörten Wohnungen und die fehlende Wäsche. Die schlechten Lebensumstände förderten die Ausbreitung von tödlichen Infektionen bei den Babies.[49] Besonders schwierig war die Situation in den strukturschwächeren Gebieten Deutschlands, insbesondere wenn dort auch noch viele Flüchtlinge aufgenommen werden mußten. Die hohen Werte der Säuglingssterblichkeit – 1946 starben in Deutschland im Durchschnitt 10 von 100 Lebendgeborenen – wurden dementsprechend vor allem durch die an „Lebensschwäche" und Darminfektionen gestorbenen Säuglinge erreicht.[50] Die schlechten Wohnverhältnisse und die mangelnde Ernährung ließen Rachitiserkrankungen der Säuglinge ebenfalls ansteigen.[51]

Bereits ab 1947 ging die Säuglingssterblichkeit wieder deutlich zurück. Diese Entwicklung hing insbesondere mit der Verbesserung der allgemeinen Lebensverhältnisse zusammen, also der Ernährung, der Unterkünfte und damit auch der Hygienesituation.[52] Viele Mütter hatten ihre Wohnungen verloren oder waren aus ihrer Heimat vertrieben worden und als Flüchtlinge in das Gebiet der späteren Bundesrepublik gekommen. Sie konnten mittlerweile meist in Lagern unterkommen oder wurden auf dem Land einquartiert. Die Lebensmittelzuteilungen für Mütter mit Säuglingen waren 1947 schon wieder besser geworden, auch wenn es noch große Probleme zu bewältigen gab. Aus Nordrhein-Westfalen wurde über das Jahr 1947 berichtet:

> Die Nahrungsmittelzuteilung für den Säugling mit 1175 Kalorien täglich, darunter ¾ Liter Milch ist ausreichend. Auch die stillende Mutter erhält außer der eigenen Lebensmittelkarte und der Karte ihres Säuglings noch eine Zulage von 1088 Kalorien täglich, darun-

---

48 WEBER, Augenblickliche Lage, S. 233; vgl. für Berlin HAGEN, 10 Jahre, S. 113; vgl. für Bayern ausführlich LINDNER, Milchpfennig, S. 210–2.

49 SPIESS, Ernährungs- und Gesundheitsverhältnisse, S. 245; WEBER, Augenblickliche Lage, S. 234–5; KRIEGER, Krankheit, S. 6.

50 RUPPRECHT, Augenblickliche Situation, S. 239; WEBER, Augenblickliche Lage, S. 234; vgl. zu den genauen Zahlen Tabelle 22, S. 416.

51 1948 litten beispielsweise von 7635 in Mütterberatungsstellen in München vorgestellten Säuglingen 31 Prozent an einer Rachitis, in Göttingen sogar 48 Prozent. Dies wurde noch verstärkt durch den Mangel an Vitamin-D-Präparaten zur Rachitisprophylaxe, insbesondere des Vigantol, das in Deutschland nicht mehr ausreichend vorhanden war, vgl. SPIESS, Ernährungs- und Gesundheitsverhältnisse, S. 245–7; WEBER, Augenblickliche Lage, S. 235.

52 Vgl. zu den rückläufigen Zahlen Tabelle 22, S. 416.

ter ½ Ltr. Milch. Eine Unterernährung ist in dieser Beziehung nicht anzunehmen, jedoch besteht ein empfindlicher Mangel in der Zuteilung von Säuglingsdiätnahrung, so daß es schwer ist, einen darmkranken Säugling zu behandeln.[53]

Auch in Hessen äußerte sich die Landesregierung bereits 1947 über den Gesundheits- und Allgemeinzustand der Säuglinge befriedigt.[54] Die einzelnen, von den Besatzungsmächten bald nach Kriegsende wiedereingesetzten Landesregierungen versuchten über die Säuglingsberatungsstellen in den Gesundheitsämtern, die meist in den letzten Kriegsjahren brachgelegen hatten und die man nun wieder einzurichten versuchte, Mißstände zu lindern. In Bayern hatte beispielsweise im Landkreis Schongau vor dem Krieg in 16 Orten Säuglingsberatung stattgefunden. Nach Kriegsende mußten diese Stellen wegen Platzmangels – in den Räumen wohnten Flüchtlingsfamilien – geschlossen werden. Ab Mitte 1946 wurde die Beratung in den einzelnen Orten wieder aufgenommen.[55] In Bayern stieg die Zahl der Beratungsstellen insgesamt zwischen 1946 und 1949 von 1483 auf 1822.[56]

Generell schenkte die Gesundheitspolitik der Vorsorge für Schwangere und Säuglinge in der Nachkriegszeit aber nicht die größte Beachtung, da die hohen Zahlen der Säuglingssterblichkeit durch die Verbesserung der Ernährungslage und der allgemeinen sozio-ökonomischen Bedingungen ohnedies rasch absanken. Das Problem der Säuglings- und Schwangerenvorsorge wurde daher von anderen Gesundheitsgefahren verdrängt. Im Vordergrund stand die Furcht vor Seuchen. Die Verbreitung von Infektionskrankheiten wie Typhus, Ruhr und Diphtherie sowie von Geschlechtskrankheiten wurde als stärkste Bedrohung wahrgenommen; auch die hohen Tuberkulosezahlen galten als vordringliches Problem.[57]

4.1.2 Großbritannien

In Großbritannien gab es Ende des 19. Jahrhunderts keine gesetzliche Krankenversicherung und keinen Mutterschutz wie in Deutschland. Dennoch unterschied sich die Lage der werdenden Mütter in Großbritannien nur wenig von der in Deutschland, da auch dort die meisten Mütter nicht in den Genuß

---

53 NRW HStA, NW 6/193, Bericht des Sozialministers Nordrhein-Westfalen vom 2. 4. 1948, Bl. 53.

54 NRW HStA, NW 6/193, Ärztlicher Tätigkeits- und Lagebericht des Landes Hessen für den Monat September 1947, Bl. 107.

55 StAM, Gesundheitsämter 886, Gesundheitsamt Schongau an die Regierung von Oberbayern vom 14. 2. 1947.

56 Vgl. KRIEGER und MÜHLE, Bericht, S. 67. Zudem wurden über diese Stellen Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate verteilt. Vgl. StAM, Gesundheitsämter 886, Regierung von Oberbayern an die Gesundheitsämter des Regierungsbezirks vom März 1948.

57 Vgl. SONS, Gesundheitspolitik. Als Gesundheitsprobleme der Nachkriegszeit werden aufgeführt: Ernährungsprobleme, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Typhus, Grippe, Krätze, Rattenplage, Mangel an Krankenbetten, zerstörte Krankenhäuser.

einer Beihilfe der Krankenkasse für die Geburt kamen. In Großbritannien bestand für werdende Mütter meist nur die Möglichkeit, auf Grund von privaten Arrangements und privater Bezahlung eine Hebamme oder einen Arzt für die Geburt zu engagieren. Von *Friendly Societies*, privaten Versicherungsgemeinschaften, oder Leistungen unter dem Armenrecht *(Poor Law)* wurden nur bei etwa 10 Prozent aller Geburten Aufwendungen für Hebamme oder Arzt bezahlt oder bezuschußt.[58] Viele Frauen brachten ihre Kinder mit sogenannten *Handywomen*, nicht ausgebildeten Hebammen, zur Welt, deren Dienste billiger waren als die der qualifizierten Frauen.

Grundsätzliche Änderungen für die Geburtshilfe brachte zunächst das Hebammengesetz *(Midwives Act)* von 1902, das ein *Central Midwives Board* schuf und die Hebammen und *Handywomen* dazu verpflichtete, sich in eine Hebammenliste einzutragen. Andernfalls wurde ihre Tätigkeit als illegal erachtet.[59] Man wollte für alle Hebammen eine einheitliche Ausbildung erreichen und gleichzeitig die Position der Berufsgruppe stärken. Zunächst konnten sich aber auch sogenannte *Bona fide midwives*, die zwar über kein Zertifikat verfügten, aber langjährige Praxis nachwiesen, registrieren lassen.[60] Nach dem Gesetz sollte nun bei jeder Geburt eine Hebamme zugegen sein.[61] Die Ärzte hatten gegen das Hebammengesetz protestiert, da sie befürchteten, die Geburtshilfe an die Hebammen zu verlieren.[62] Die Hebammen mußten auch nach dem neuen Gesetz von 1902 privat wirtschaften und abrechnen; von den Gebühren, die sie erhielten, war kaum zu leben. Besonders in ländlichen Gegenden, wo die Geburtenzahl verhältnismäßig gering war, konnten sich deswegen selten freiberufliche Hebammen halten, so daß diese Landstriche extrem unterversorgt waren. In diesen Regionen wurden deswegen einige Hebammen von *County Nursing Associations* bezahlt, die sich aus lokalen Wohltätigkeitsorganisationen zusammensetzten. Auf dem Land verband die Hebamme ihre Aufgaben zudem oft mit denen einer Gemeindeschwester als sogenannte *Village Nurse-Midwife*.[63]

Eine Vorsorge für Säuglinge entstand um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert wie in Deutschland aus der wachsenden Sorge um die Zukunft der Nation bei abnehmender Geburtenrate mit gleichzeitig hoher Säuglingssterblichkeit.[64] Die hohe Säuglingssterblichkeit wurde als großes Problem des briti-

---

58 Vgl. zu den *Friendly Societies* ausführlich Kap. II, 1.2.; zudem LOUDON, Death, S. 206; MARKS, Mothers, S. 53.

59 TOWLER und BRAMALL, Midwives, S. 177; BENT, Growth, S. 182.

60 DONNISON, Midwives, S. 174–5.

61 BALY, History, S. 53.

62 DONNISON, Midwives, S. 159.

63 LOUDON, Death, S. 213; BALY, History, S. 53–6; 65–7; 94.

64 Die mangelnde Gesundheit und Belastbarkeit der Rekruten während des Burenkriegs hatte die Betroffenheit über den Gesundheitszustand der Nation verstärkt. Vgl. zur neuen Wahrnehmung der Säuglingssterblichkeit MARKS, Mothers, S. 49; DWORK, War, S. 3–22; zur Ab-

schen Empire wahrgenommen und dessen Machtverlust befürchtet. Dies führte zu Überlegungen für eine bessere Säuglingsfür- und vorsorge.[65] Besonders seit der offiziellen Untersuchung über die *Physical Deterioration* des britischen Volkes nach dem Burenkrieg aus dem Jahr 1904 wurden von den meisten Kommunen bürgerliche Frauen als *Health Visitors* beschäftigt.[66] Sie besuchten – neben anderen Aufgaben in der Gesundheitserziehung – insbesondere Mütter mit Neugeborenen, berieten sie bei der Pflege und Ernährung der Kinder und versuchten, das Stillen zu fördern. Sie sollten eine Rolle als Gesundheitslehrerin und Beraterinnen einnehmen.[67] Auch wohltätige Organisationen und kommunale Vereine beschäftigten *Health Visitors*.

Um die Jahrhundertwende richteten verschiedene Kommunen und Wohlfahrtsvereine auch Milchdepots ein, um bedürftige Mütter, die nicht stillen konnten, mit billiger und sterilisierter Milch zu versorgen und abgestillte Säuglinge vor Infektionen durch verseuchte Kuhmilch zu bewahren.[68] Die Milchdepots hatten jedoch wenig Erfolg. Sie wurden von den Müttern nicht in dem erhofften Maße akzeptiert und aufgesucht. Für Mütter aus der Arbeiterklasse war auch die subventionierte Milch der Milchdepots noch zu teuer, außerdem stillten viel mehr Mütter als angenommen und waren auf die Kuhmilch letztlich nicht angewiesen. Der Unterhalt der Milchdepots erwies sich für die Betreiber als sehr teuer, da sie nicht genug Kundschaft hatten; ferner war der Erfolg dieser Depots hinsichtlich der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit kaum meßbar. So hatten die meisten nur eine kurze Lebensdauer. Außerdem wurde für verseuchte Milch stärker der Haushalt der Mutter als Farmen und Läden verantwortlich gemacht, obwohl nach verschiedenen Untersuchungen die Milch bereits vor ihrer Verteilung bzw. ihrem Verkauf oft hochgradig mit Bakterien verseucht war.[69]

Die Säuglingsvorsorge konzentrierte sich nach dem Scheitern der Milchdepots vor allem darauf, die Mütter in sogenannten *Infant* bzw. *Child Welfare*

---

nahme der Geburtenrate HAIR, Children, S. 42–6; allgemein zur Wahrnehmung des Geburtenrückgangs SZRETER, Fertility.

65 Vgl. OAKLEY, Womb, S. 34–7; DAVIN, Imperialism, S. 10–1; Maxwell, Children, S. 229–30.

66 Vgl. SZRETER, Fertility, S. 203–18; MICHEL and KOVEN, Womanly Duties, S. 1095–9.

67 DINGWALL et al., Introduction, S. 185; MARKS, Maternity, S. 173; DWORK, War, S. 124–5; vgl. auch DINGWALL, Collectivism, S. 296–300; FILDES, Breast Feeding Practices, S. 16. Von Anfang an war der Beruf des Health Visitors rein weiblich geprägt und bildete wie der Beruf der Fürsorgerin in Deutschland eine Nische für die beruflichen Ambitionen bürgerlicher Frauen. Vgl. allgemein zur Tradition der Health Visitors OWEN, Health Visiting, S. 93; MARKS, Maternity, S. 171; sowie Kap. II, 2.2; vgl. zur Entwicklung des Berufs der Health Visitors DAVIES, Health Visitor; HALE, History; sowie DINGWALL, Collectivism, S. 293–6.

68 Dies geschah in Großbritannien auf freiwilliger Basis, oft durch wohltätige Organisationen, so daß sich die Milchdepots und die Art der Betreuung der Mütter und Babys stark unterschieden. Vgl. zur Einrichtung der Milk-Depots ausführlich DWORK, War, S. 104–23; auch MARKS, Mothers, S. 49; OAKLEY, Womb, S. 39; DAVIN, Imperialism, S. 11.

69 Vgl. DWORK, War, S. 116–23; zur Schuldzuweisung an die Mütter LEWIS, Social History: Infant Welfare, S. 474.

Centres, also Säuglings- und Kinderberatungsstellen, oder durch die *Health Visitors* in Säuglingspflege und Säuglingsernährung zu unterrichten und ihnen eine hygienische Lebensweise zu vermitteln.[70] Als entscheidend erwies sich der *Notification of Birth Act* von 1907, der es den Kommunen und den *Health Visitors* möglich machte, Informationen über jede Geburt zu erhalten und die Neugeborenen zu besuchen.[71] Die allermeisten Lokalverwaltungen engagierten in den Jahren nach 1907 *Health Visitors*, um Frauen mit Säuglingen zu betreuen. Bis zum ersten Weltkrieg hatten dann größere Städte ein *Child Welfare Centre,* das entweder von den Kommunen oder von wohltätigen Vereinen unterhalten wurde.[72] Diese Art der Säuglingsvorsorge war jedoch kaum medizinisch, sondern im wesentlichen auf erzieherische Aspekte ausgerichtet. Die Zentren nannte man dementsprechend oftmals *Schools for Mothers.* Vereine, die sich um das Wohl der Babys kümmern wollten, wie die *Infants' Health Society*, die *Food Education Society* u. a. schossen seit der Jahrhundertwende ebenfalls wie Pilze aus dem Boden.[73] Sie richteten z. B. Beratungszentren mit Vorträgen über Gesundheitsprobleme und Klassen für Mütter ein. Diese Veranstaltungen erreichten allerdings vorwiegend Mittelklasse-Mütter, die für solche Veranstaltungen Zeit und Interesse mitbrachten, und nur selten unterprivilegierte Familien. Nicht nur auf die Unterweisung der Mütter, sondern auch auf die Schulung von jüngeren Mädchen in Kinderpflege zielten die Anstrengungen, was jedoch ebenfalls die unteren Schichten, die man eigentlich erreichen wollte, kaum ansprach.[74]

Maternal ignorance wurde vor allem Müttern aus der Arbeiterklasse vorgeworfen. Die Schwierigkeiten, ohne Geld und ohne anständige Wohnungen einigermaßen hygienische Bedingungen herzustellen, wurden gern übersehen und den Müttern zur Last gelegt. Obwohl in vielen Untersuchungen der Zusammenhang zwischen Armut, schlechten hygienischen Verhältnissen und Säuglingssterblichkeit gerade in den Arbeitervierteln nachgewiesen war, wurde dies in offiziellen Darstellungen des Problems meist geleugnet.[75] Vor dem Ersten Weltkrieg konnte so trotz der Ausbreitung der *Health Visitors* und Zentren nur ein geringer Prozentsatz der bedürftigen Mütter und Säuglinge über diese Einrichtungen erreicht werden.[76]

---

70 DAVIN, Imperialism, S. 36–8; vgl. ausführlich DWORK, War, S. 124–66; für Amerika und die Entwicklung von „Scientific Motherhood" APPLE, Mothers and Medicine, S. 97–113 und APPLE, Constructing Mothers.

71 MARKS, Mothers, S. 49–50; OWEN, Health Visiting, S. 93, DAVIN, Imperialism, S. 11.

72 RING, Health Education, S. 11–2; LEWIS, Social History: Infant Welfare, S. 463–4; OAKLEY, Womb, S. 38.

73 OAKLEY, Womb, S. 42–3; DAVIN, Imperialism, S. 12.

74 LEWIS, Social History: Infant Welfare, S. 477–80; DAVIN, Imperialism, S. 27.

75 DAVIN, Imperialism, S. 14, S. 28–31.

76 LEWIS, Social History: Infant Welfare, S. 464. Lewis spricht beispielsweise davon, daß in St. Pancras 1910 nur 5 Prozent der Mütter mit ihren Säuglingen in das Infant Welfare Center kamen.

Die Schwangerenvorsorge, auf englisch *Ante-natal-care* genannt, blieb neben dem Enthusiasmus um die Säuglingsvorsorge und Säuglingspflege zunächst eher unbeachtet. Lediglich ganz vereinzelt, so im *St. Mary's Hospital* in Manchester und im *Queen Charlotte's Hospital* in London, entstanden seit Beginn des 20. Jahrhunderts kleine *Ante-natal-clinics*, also Sprechstunden für Schwangerenvorsorge, die sehr begrenzt Vorsorgeleistungen anboten.[77] Ein Pionier der Schwangerenvorsorge war in Großbritannien J. W. Ballantyne, der schon um 1900 eine Routinevorsorge für alle Schwangeren propagierte.[78] Er forderte auch Betten in Krankenhäusern für Komplikationen während der Schwangerschaft und war in Edinburgh Vorkämpfer für eine umfassende Schwangerenbetreuung. 1915 wurde in Edinburgh die erste Schwangeren-Ambulanz in Großbritannien eröffnet, die sich zum Vorläufer für weitere Einrichtungen entwickelte.[79] Bis in die 1920er Jahre blieben solche Einrichtungen jedoch die Ausnahme.

Wichtig war in der Diskussion über eine bessere Vorsorge für Schwangere auch stets der ökonomische Aspekt. 1911 wurde durch den *National Insurance Act* erstmalig ein *Maternity Benefit* in der Höhe von 30 Schilling eingeführt. Es wurde an selbst versicherte Frauen sowie den Ehefrauen von versicherten Männern gezahlt.[80] Damit waren aber bei weitem nicht alle Frauen abgesichert, da in Großbritannien ein wesentlich kleinerer Teil der Bevölkerung krankenversichert war als in Deutschland. Verschiedene Frauenvereine setzten zumindest durch, daß das *Maternity Benefit* direkt an die Mütter ausgezahlt wurde. Davon konnte sich die Frau eine Hebamme leisten, deren Kosten etwa die Hälfte des Betrages ausmachten. Wenn eine Frau wegen Problemen bei der Geburt in ein Krankenhaus überwiesen wurde, bedeutete dies für sie weiterhin große finanzielle Schwierigkeiten, da die Frauen nicht bei ihren Männern mitversichert waren, sondern ausschließlich auf das *Maternity Benefit* angewiesen waren.[81]

---

77 TOWLER und BRAMALL, Midwives, S. 200.

78 BROWNE und ABERD, Antenatal Care, S. 1; vgl. auch KERR et al., Historical Review, S. 146–9.

79 BALLANTYNE, Nature, S. 349–55; KERR et al., Historical Review, S. 151–2.

80 Vgl. ausführlich zur Krankenversicherung in Großbritannien Kap. II, 1.2. Vgl. zum Maternity Benefit auch BOCK und THANE, Editors' Introduction, S. 4–6.

81 PERETZ, Maternity Service, S. 41. In Deutschland wurden dagegen die Versicherungsleistungen von vielen Kassen zunehmend auf die Familienangehörigen ausgedehnt; vgl. HAUSEN, Arbeiterinnenschutz, S. 739. Die Beihilfe versetzte in Großbritannien eigentlich einen Großteil der Frauen in die Lage, sich auch einen Arzt für die Geburt leisten zu können. Da der Arzt aber meist nur sehr kurz direkt zur Geburt kam, hatten die Frauen dann nicht mehr genügend Geld, sich eine Betreuung durch eine Hebamme während des Wochenbetts zu sichern. Wenn eine Hebamme die Geburt betreute, blieb genug Geld für etwas Nachsorge. Deswegen etablierten sich in Großbritannien verschiedene Formen der Geburtshilfe: meist übernahm eine registrierte Hebamme Geburt und Betreuung; wenn ein Arzt für die Geburt kam, übernahm oft eine unregistrierte, billigere *Handywoman* die Nachsorge; vgl. LOUDON, Death, S. 209, S. 217–8. Die Zusammenarbeit der Ärzte mit den eigentlich illegalen Handywomen hielt sich bis in die 1930er Jahre; vgl. LEWIS, Politics, S. 150. Wenn eine Ge-

Während des Ersten Weltkriegs stieg die Sorge um die Zukunft der Nation und die Gesundheit von Müttern und Säuglingen. Die Zahl der Beratungsstellen für Säuglinge und Kleinkinder und der angestellten *Health Visitors* wurde beträchtlich erhöht. 1914 beschäftigten die Lokalbehörden ca. 600 *Health Visitors*, 1918 war ihre Zahl auf 2577 gestiegen; die Anzahl der *Infant Welfare Centres* von 600 auf 1278.[82] Auch der *Maternity and Child Welfare Act* von 1918 ist noch im Rahmen dieser Entwicklungen zu sehen. Dadurch gab die Regierung nun Kommunen und wohltätigen Vereinigungen Zuschüsse für die Einrichtung von Säuglingsberatungsstellen und für die Einstellung von *Health Visitors*. Gleichzeitig konnte nun die Säuglingsvorsorge in den Zentren der kommunalen Gesundheitsbehörden institutionalisiert werden.[83] Mit der Einrichtung des Gesundheitsministeriums im Jahr 1919 übernahm dieses die Verantwortung für den *Maternity and Child Welfare Service* und koordinierte dessen Leistungen.[84]

Die 1920er Jahre erlebten in Großbritannien ein enormes Wachstum im ganzen Bereich der Vorsorge. Der Fokus in der Säuglingsvorsorge blieb weiterhin auf die Erziehung der Mütter zu besserer Hygiene und zum Stillen ihrer Kinder gerichtet. Vor allem die Mütter aus der Arbeiterklasse sollten *Maternal Efficiency* lernen.[85] Die Müttererziehung war ein deutlich einfacher zu erreichendes Ziel als die Verbesserung des Lebensstandards eines Großteils der Bevölkerung. Letzteres hätte zum Beispiel die Sanierung ganzer Stadtviertel bedeutet.[86] Das Element der *Health Visitors*, die die Mütter mit Säuglingen zu Hause besuchten, blieb dabei wichtiger als die Säuglingsberatungsstellen und hatte auch eine größere Breitenwirkung, weil hierdurch gerade die armen Fa-

---

burt nur durch eine Hebamme betreut wurde, weigerten sich oft die Ärzte, bei Schwierigkeiten zu kommen, da sie dafür nicht bezahlt wurden. Dies änderte sich durch den Midwives Act von 1918, demzufolge die Local Authorities den Ärzten, die von einer Hebamme gerufen wurden, *medical aid fees* zahlen mußten; vgl. LOUDON, Death, S. 209.

82 DWORK, War, S. 211; DAVIN, Imperialism, S. 43; MARKS, Mothers, S. 50.

83 PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, Maternity and Child Welfare, England and Wales, Februar 1958.

84 PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, Maternity and Child Welfare, England and Wales, Februar 1958.

85 LEWIS, Social History: Infant Welfare, S. 468.

86 LEWIS, Social History: Infant Welfare, S. 468–9, 476. Dies wird auch deutlich in den damals zahlreich erscheinenden Büchern über Säuglingspflege und Kindererziehung, die von der Mutter eine rigide Disziplin beim Füttern und hinsichtlich der Hygiene abverlangten; vgl. URWIN und SHARLAND, Bodies, S. 174–9. Die starke Ausrichtung auf die erzieherische Komponente in der britischen Schwangeren- und Säuglingsvorsorge wird in der Sozialgeschichtsschreibung z.T. sehr kritisch gesehen, so von Jane Lewis: „The services offered to the mother were nonetheless very limited. The concentration on education which began as a means of reducing the death rate due to infantile diarrhoea set the pattern for the development of the infant welfare services, and this was reinforced by the conviction that the individual mother was responsible for infant mortality." LEWIS, Social History: Infant Welfare, S. 486. Eine andere Meinung vertritt hier Deborah Dwork, die in der erzieherischen Ausrichtung eine aus der damaligen Perspektive sehr erfolgversprechende Lösung sieht und zudem deren Einseitigkeit bezweifelt; vgl. DWORK, War, S. 214–20.

milien erreicht werden konnten.[87] Die LHAs gaben dafür wesentlich mehr Geld aus als für die Einrichtung von Säuglingsberatungsstellen. Die Besuche der *Health Visitors* waren in Großbritannien außerdem gesellschaftlich akzeptiert. Auch wenn diese Besuche von den Befürsorgten nicht immer als Hilfe, sondern mitunter als lästige Einmischung gesehen wurden, ist hier dennoch ein deutlicher Unterschied zur deutschen Fürsorgetradition auszumachen.[88] Die *Health Visitors* betreuten Familien aus verschiedensten Gesellschaftsschichten und kamen so nicht in den Ruch der Armenfürsorge wie die deutschen Fürsorgerinnen. Sie hatten außerdem kein Recht, die Wohnung der Frauen zu betreten und waren deswegen weitaus stärker auf das wohlwollende Mitwirken der Befürsorgten angewiesen.[89]

Die Lokalverwaltungen wurden 1918 zusätzlich verpflichtet, Beratung in sogenannten *Ante-natal-clinics,* also Sprechstunden für Schwangere, als kostenloses Angebot für die Bevölkerung einzurichten.[90] Nachdem Schwangerenvorsorge in Großbritannien zuvor kein wichtiges Thema gewesen war,[91] hatte hier der *Maternity and Child Welfare Act* von 1918 eine große Veränderung bewirkt. Generell verschob sich die Aufmerksamkeit von den Säuglingen auf die Schwangeren: Verschiedene karitative Organisationen, so die *Women's Co-operative Guild,* die *Women's Labour League* und die *National League for Health, Maternity and Child Welfare*, plädierten vehement für eine Ausweitung der Schwangerenvorsorge.[92] Damit unterschied sich die britische Entwicklung deutlich von Deutschland, wo auch in der Zwischenkriegszeit der Fokus eindeutig auf die Säuglinge gerichtet blieb. In Großbritannien wurde zudem die sehr hohe Müttersterblichkeit stärker wahrgenommen als in Deutschland. Der Schwerpunkt lag nun auf der Reduzierung der Müttersterblichkeit.[93] Die Säuglingssterblichkeit, die bereits stark gesunken war, trat dafür etwas in den Hintergrund.[94]

---

87 LEWIS, Social History: Infant Welfare, S. 484–5.

88 FEHLEMANN und VÖGELE, Frauen, S. 44–7.

89 In Großbritannien gab es außerdem keine starke Tradition der Gesundheitspolizei, wie sie sich im 19. Jahrhundert in Deutschland ausgeprägt hatte. Auch ein Amtsarzt wurde erst sehr spät, in den 1870er Jahren, eingeführt. Vgl. hierzu Kap. II, 2.2; sowie LOETZ, Medikalisierung, S. 133–4. Das Element der Hygienisierung und Medikalisierung der unteren Schichten ist dennoch deutlich auszumachen, wie dies vor allem in den Arbeiten von Ann Oakley aufgezeigt wird; OAKLEY, Womb, S. 42, auch DAVIN, Imperialism, S. 37; vgl. zur Medikalisierung die Diskussion in der Einleitung, Kap. I.

90 LOUDON, Death, S. 121.

91 OAKLEY, Origins, S. 1–2; LEWIS, Politics, S. 151.

92 OAKLEY, Womb, S. 44, 62.

93 MARKS, Metroplitan Maternity, S. 169. Im Unterschied dazu war in Deutschland die Fürsorge auch in den 1920er Jahren vor allem auf die Säuglinge ausgerichtet. Vorsorge und Besuche bei Müttern mit Säuglingen konzentrierten sich dort auf die unteren Schichten, wo die Säuglingssterblichkeit besonders hoch war.

94 Vgl. OAKLEY, Origins, S. 6; OAKLEY, Womb, S. 62–6; MARKS, Mothers, S. 50; WINTER, Infant Mortality, S. 454.

Nach 1918 begannen die örtlichen Verwaltungen dementsprechend, in ihren Ambulanzen Sprechstunden für Schwangere einzurichten und sich um diesen Bereich der Gesundheitsvorsorge stärker zu kümmern. Auch die *Health Visitors* besuchten nun werdende Mütter.[95] Die Zunahme an *Ante-natal-clinics* ging mit einer Festlegung der Richtlinien für Schwangerenvorsorge einher. Nach Vorschriften des Gesundheitsministeriums, die Ende der 1920er Jahre entwickelt wurden, sollten die Frauen normalerweise in der 16., 24. und 28. Woche die Vorsorge-Sprechstunden der örtlichen Gesundheitsbehörde besuchen und sich dabei einer gründlichen körperlichen Untersuchung unterziehen.[96]

Diese präventiven Maßnahmen griffen aber keineswegs überall in Großbritannien; die regionalen Unterschiede blieben groß.[97] Die Qualität der Vorsorge hing stark vom Engagement der einzelnen LHA und von den regionalen Gegebenheiten ab. In der Region Oxfordshire wurden beispielsweise Sprechstunden für Schwangere nur ein- oder zweimal im Monat in Kirchenräumen abgehalten, die kaum die Bezeichnung Schwangerenvorsorge verdienten.[98] Verschiedene GPs, die sich kaum aufeinander abstimmten, leiteten die Sprechstunden. In anderen Regionen funktionierte dagegen sowohl die Vorsorge wie auch die Zusammenarbeit der verschiedenen Protagonisten der *Maternity Services* ausgezeichnet, so z. B. in der städtischen Region Tottenham: Dort gab es pro Woche drei Sprechstunden für Schwangere, die von Fachärzten abgehalten wurden und für alle Frauen leicht erreichbar waren; diese Vorsorgeeinrichtungen arbeiteten wiederum eng mit den Krankenhäusern zusammen.[99] In städtischen Bezirken war generell ein breitgefächertes, gut organisiertes Angebot leichter aufrecht zu erhalten als in großen ländlichen Bezirken mit vergleichsweise schlechter Infrastruktur.

Eine weitere Schwierigkeit bestand in den Rivalitäten zwischen örtlichen Gesundheitsbehörden, GPs und den Hebammen. Letztere fürchteten, daß ihnen ihre Patientinnen und damit ihre Verdienstmöglichkeiten abhanden kommen würden, wenn sich Einrichtungen der LHAs um die Schwangerenvorsorge kümmerten.[100] Die Ärzte wiederum bemängelten, daß Sprechstunden und Angebote der Gesundheitsbehörden das Verhältnis zwischen Patientin und Arzt beeinträchtigten. Die *British Medical Association* unterstützte die Ärzte und wollte ihnen die gesamte Schwangerenvorsorge überlassen. Frauen aus der *Labour Party* und den Gewerkschaften sowie Frauengruppen wie die *Women's Co-operative Guild* befürworteten dagegen entschieden die Aktivitä-

---

95 MARKS, Maternity, S. 173.
96 OAKLEY, Origins, S. 8.
97 OAKLEY, Origins, S. 9.
98 So das Urteil von Peretz, vgl. PERETZ, Maternity Serivce, S. 39.
99 PERETZ, Maternity Service, S. 37–8; MARKS, Maternity, S. 170.
100 LEWIS, Politics, S. 151–2.

ten der örtlichen Gesundheitsbehörden, da sie hofften, daß so auch arme Frauen in den Genuß einer einigermaßen zuverlässigen Vorsorge kämen.[101]

In den 1930er Jahren wurde die bisherige Praxis der Schwangerenvorsorge dann grundsätzlich in Frage gestellt. Die Bemühungen hatten während der 1920er Jahre nicht dazu geführt, daß die Müttersterblichkeit merklich zurückging.[102] Beanstandet wurde vor allem die wegen der Vielzahl der betreuten Frauen nachlassende Aufmerksamkeit für die einzelne Mutter. Durch Vorsorgeuntersuchungen wurden auch oftmals Kaiserschnitte oder andere risikoreiche Eingriffe vorgeschlagen, die nicht selten den Tod der Mutter nach sich zogen.[103] Lebensgefährliche Blutungen oder Blutvergiftungen konnten durch Schwangerenvorsorge nicht verhindert werden. Bei Infektionskrankheiten wie dem Kindbettfieber, die einen Großteil der Müttersterblichkeit ausmachte, führte nicht die Schwangerschaftsvorsorge, sondern die Einführung von Sulfonamiden bzw. später von Penicillin zur entscheidenden Wende.[104] Die Organisation und Koordination der Schwangerenvorsorge wies weiterhin gravierende Mängel auf: Oft merkten sich die Schwangeren bei Hebammen und Ärzten für die Geburt vor, gingen aber zur Vorsorge in die LHAs. Ärzte und Hebammen monierten die Zusammenarbeit zwischen Vorsorge und den eigentlichen Geburtshelfern.[105]

Das Gesundheitsministerium sah sich auf Grund der öffentlichen Kritik in den 1930er Jahren im Zugzwang.[106] Zwischen 1931 und 1937 stieg die Zahl der Beratungsstellen für Schwangere weiter an, von 995 auf 1307. Zur wachsenden Bedeutung der LHAs bei der Vorsorge trug besonders der *Midwives Act* von 1936 bei. Das Gesetz verpflichtete schließlich *alle* Lokalverwaltungen, Hebammen einzustellen, so daß in ganz Großbritannien eine adäquate Versorgung der Schwangeren garantiert war.[107] Die Hebammen übernahmen nun in den ländlichen Gegenden zusammen mit dem Personal der *Local Health Authorities* die Vorsorge. So hatte sich nun zumindest die Kooperation zwischen Hebammen und lokalen Gesundheitsbehörden verbessert.[108]

Bis 1948 waren dann in Großbritannien grundsätzlich die Lokalverwaltungen (405 in England und Wales) für die Vorsorge und Fürsorge der Schwange-

---

101 OAKLEY, Origins, S. 9.

102 WINTER, Infant Mortality, S. 454; vgl. auch FOX, Powers; vgl. zu der kaum absinkenden Müttersterblichkeit kritisch ROGER SCHOFIELD, Mothers.

103 BROWNE und ABERD, Antenatal Care, S. 3–4.

104 KERR et al., Historical Review, S. 154; LOUDON, Tragedy, S. 183–6; LOUDON, International Features, S. 11–4; 22–3.

105 TOWLER und BRAMALL, Midwives, S. 218.

106 Vgl. hierzu auch WEBSTER, Healthy or Hungry Thirties.

107 LOUDON, Death, S. 209; TOWLER und BRAMALL, Midwives, S. 226.

108 PERETZ, Maternity Service, S. 34, S. 37; LEWIS, Politics, S. 125; TOWLER und BRAMALL, Midwives, S. 218. In den 1930er Jahren wurden die Schwangeren in den Sprechstunden meist gründlich untersucht, ihr Urin wurde analysiert und ihr Blutdruck gemessen.

ren und Kinder bis zu fünf Jahren zuständig.[109] Da die Vorsorge-Sprechstunden der lokalen Gesundheitsbehörden umsonst waren, während man bei Ärzten und in Kliniken zahlen mußte, ging die Mehrzahl der Mütter zur Vorsorge in die LHAs. 1947 erhielten über 70 Prozent der Mütter dort Schwangerenvorsorge.[110] Die steigende Anzahl der Sprechstunden für Schwangere und der Säuglingsberatungsstellen sowie die wachsende Zahl der Hausbesuche durch die *Health Visitors* hätte allerdings einen weniger großen Effekt gehabt, wenn sich nicht auch seit den 1930er Jahren die Haltung der Mütter zu staatlicher Hilfe allgemein und speziell zu den Vorsorgeeinrichtungen positiv verändert hätte. Den regelmäßigen Besuch der Sprechstunden empfanden nun die meisten Frauen offenbar als selbstverständlich.[111]

In der Säuglingsvorsorge blieben weiterhin die *Health Visitors* die entscheidenden Akteure. In den 1930er und 1940er Jahren wurde ihre Tätigkeit noch stärker auf dieses Gebiet fokussiert, sie galten mittlerweile als *well baby nurse*. In ärmeren Stadtteilen Londons erreichten die *Health Visitors* in den 1930er Jahren einen hohen Prozentsatz der Neugeborenen. Generell war diese Betreuung auf weniger wohlhabende Familien gerichtet. Wer sich Kinderschwestern und private Ärzte leisten konnte, den berücksichtigen die *Health Visitors* nicht.[112] Während des Zweiten Weltkriegs wurden zudem einige Neuerungen eingeführt. Seit Juli 1940 gab es das sogenannte *National Milk Scheme*, nach dem alle Schwangeren, stillenden Mütter und Kinder bis zu fünf Jahren täglich einen halben Liter Milch zum halben Preis erhielten. Sehr einkommensschwache Familien bekamen die Milch umsonst.[113] Ein staatliches Programm zur Verteilung von vitaminhaltigen Präparaten folgte ein Jahr später, da man sich um die Ernährung von Kleinkindern sorgte. 1942 wurde dieses *Welfare Foods Scheme* erweitert, so daß nun alle Schwangeren und Kleinkinder Milch, Lebertran und Orangensaft verbilligt erhalten konnten.[114] Dies behielt man auch nach dem Krieg bei: 1946 wurde das *Welfare Foods Scheme* als dauerhafte Einrichtung bestätigt und mit den staatlichen Familienbeihilfen verbunden.[115] Im Gegensatz zu Deutschland stieg während des Zweiten Weltkriegs und in den Nachkriegsjahren weder die Säuglingssterblichkeit noch die Müttersterblich-

---

109 PRO, MH 58/693, Entwurf für Antwort auf eine Anfrage der United Nations 1947.

110 OAKLEY, Womb, S. 133.

111 Vgl. hierzu die Einschätzung von Winter: „None of these advances, though, would have had much effect had not women's attitudes to public support for their own welfare altered in the 1930s such that it became the rule rather than the exception for women to attend antenatal clinics regularly." WINTER, Infant Mortality, S. 459.

112 OWEN, Health Visiting, S. 94; vgl. hierzu die Zahlen von Marks für Stepney und Woolwich als arme Viertel und für Kensington als reiches Viertel; MARKS, Maternity, S. 174.

113 PRO, MH 55/992, Public Health Reference Note, Maternity and Child Welfare England and Wales, Februar 1958; vgl. auch OAKLEY, Womb, S. 122.

114 PRO, MH 55/992, Public Health Reference Note, Maternity and Child Welfare England and Wales, Februar 1958.

115 PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, Maternity and Child Welfare, England and Wales, Februar 1958.

keit dramatisch an, da Großbritannien nicht von so heftiger Zerstörung der Städte und einer so starken Bevölkerungsfluktuation mit allen ökonomischen und gesellschaftlichen Folgen betroffen war.[116]

4.2 Die Säuglings- und Müttersterblichkeit und deren Ursachen

Da sich die Säuglings- wie auch die Schwangerenvorsorge stets stark an den Zahlen der Mütter- und Säuglingssterblichkeit orientierte, sollen an dieser Stelle die wichtigsten statistischen Entwicklungen der Nachkriegszeit in Deutschland und Großbritannien zusammenfassend dargestellt werden. Gleichzeitig werden einige Krankheitsformen bei werdenden Müttern und Säuglingen, die gerade in den untersuchten 1950er und 1960er Jahren Bedeutung hatten, kurz beschrieben. In beiden Ländern sank die Säuglingssterblichkeit seit Beginn des 20. Jahrhunderts zunächst ab. Während des Zweiten Weltkriegs und in den ersten Nachkriegsjahren stiegen dann in Deutschland die Säuglingssterblichkeitszahlen nochmals stark an, während sich in Großbritannien der sinkende Trend fortsetzte. Die Säuglingssterblichkeit blieb auch in den folgenden Jahren in Großbritannien deutlich niedriger als in der Bundesrepublik. Erst Mitte der 1960er Jahre näherten sich die Zahlen langsam an, wie die nachstehende Tabelle verdeutlicht.

Tabelle 22: Säuglingssterblichkeit in Großbritannien und Deutschland (auf 100 Lebendgeborene)[117]

Jahr	England und Wales	Deutschland/ BRD	*Jahr*	England und Wales	Deutschland/ BRD
1943	4,9		*1954*	2,5	4,3
1944	4,5		*1955*	2,5	4,2
1945	4,6		*1956*	2,4	3,9
1946	4,3	9,5	*1957*	2,3	3,7
1947	4,2	8,5	*1958*	2,3	3,6
1948	3,4	6,8	*1959*	2,2	3,4
1949	3,2	5,9	*1960*	2,2	3,4
1950	3,0	5,5	*1961*	2,1	3,2
1951	3,0	5,3	*1962*	2,2	2,9
1952	2,8	4,8	*1963*	2,1	2,7
1953	2,7	4,6	*1964*	2,0	2,5

116 Vgl. zur Säuglingssterblichkeit Tabelle 22 auf dieser Seite.

117 Mit dem Begriff Säuglinge werden Kinder von der Geburt bis zum vollendeten ersten Lebensjahr bezeichnet. Zusammengestellt aus: Statistik der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 62, Natürliche Bevölkerungsbewegung 1946–50, S. 24, S. 45; Statistik der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 148, Gesundheitswesen 1954, S. 31, Bd. 174, 1955, S. 31, Bd. 187, 1956, S. 23, Bd. 232, 1957, S. 21, Bd. 255, 1958, S. 21; Statistisches Bundesamt: Fachserie A,

Die Ursachen der Säuglingssterblichkeit veränderten sich mit dem Absinken der Gesamtsterblichkeit. Anfang des Jahrhunderts waren noch Infektionen, insbesondere Darminfektionen und insgesamt die sogenannte Spätsterblichkeit (nach dem ersten Monat) für die meisten Todesfälle verantwortlich. Als diese Todesursachen infolge besserer Hygiene, Ernährung und Vorsorge zurückgingen, trat die Frühsterblichkeit (innerhalb des ersten Monats) bzw. die Perinatalsterblichkeit (innerhalb der ersten Woche) bereits in den 1920er Jahren stärker in den Vordergrund.[118] Da die Frühsterblichkeit oft durch eine Frühgeburt bedingt war, verschob sich in der Säuglingsvorsorge die Aufmerksamkeit auf die Schwangerschaft und die Erkrankungen der werdenden Mutter. Seit Ende der 1940er Jahre richtete sich auch international das Augenmerk auf das Problem der Frühsterblichkeit und damit auf die Frühgeburten. Die Zweite Weltgesundheitsversammlung 1948 registrierte Frühgeburten als weltweites Gesundheitsproblem und erarbeitete bis 1951 Vorschläge für eine bessere Vorsorge für diese Problemgruppe.[119] Auch in den 1950er Jahre kann man für die Bundesrepublik noch ein deutliches Absinken der Spätsterblichkeit gegenüber einem Anstieg der Frühsterblichkeit beobachten:

Tabelle 23: Lebensalter gestorbener Säuglinge in der Bundesrepublik Deutschland (jeweils Anteil in Prozent)[120]

Jahr	Gestorben		
	in der ersten Lebenswoche	im ersten Lebensmonat	im 2.–12. Lebensmonat
1952	56,59	66,75	33,25
1955	57,34	67,69	32,31
1958	58,75	68,59	31,41
1961	63,31	72,31	27,69

Eine Krankheit, die in den 1940er Jahren entdeckt wurde und der dann in der Nachkriegszeit besondere Aufmerksamkeit galt, war die sogenannte Erythroblastose, auch als *Morbus Haemolyticus Neonatorum* bezeichnet, auf englisch *Haemolytic Disease of the Newborn*.[121] Diese Erkrankung wird bei Inkompabilität des Blutes der Mutter mit dem des Kindes (insbesondere bei Rhesus-

Bevölkerung und Kultur, Reihe 7, Gesundheitswesen, 1960, S. 34; 1962, S. 21; 1964, S. 45; 1966, S. 52; Annual Abstract of Statistics 1957, S. 35; Annual Abstract of Statistics 1965, S. 36.

118 Vgl. SCHABEL, Soziale Hygiene.

119 PRO, MH 133/408, Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare Memorandum on Premature Baby Care, Mai 1958.

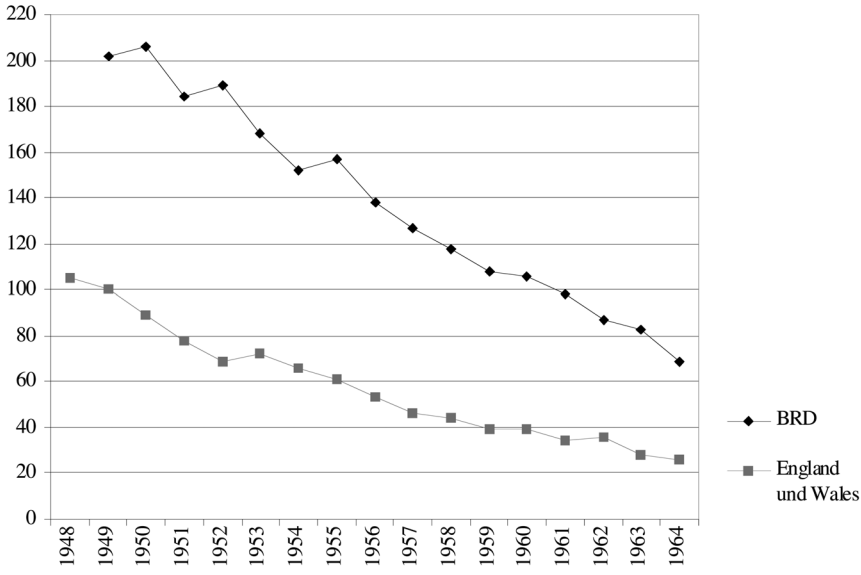
120 Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland, S. 20.

121 Vgl. Artikel „Morbus haemolyticus neonatorum", in: Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch, S. 1040.

Unverträglichkeit) durch Blutaustausch zwischen Mutter und Kind und der darauffolgenden Bildung von Antikörpern im Blut der Mutter hervorgerufen. Dies kann zum Tod des Säuglings führen, mitunter schon im Mutterleib. Bei lebendgeborenen Säuglingen kann das Kind jedoch durch rasche Blutaustauschtransfusion überleben. Eine mögliche Unverträglichkeit war in den 1950er Jahren durch Bluttest während der Schwangerschaft feststellbar. Durch eine Entbindung in Krankenhäusern, wo Säuglinge Transfusionen erhalten konnten, war es möglich, das Leben der Kinder zur retten. In der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit richtete sich also das Augenmerk eher auf Krankheiten, die bereits während der Schwangerschaft erkannt werden konnten.

Die Müttersterblichkeit blieb in Großbritannien etwa von der Jahrhundertwende bis in die 1930er Jahre auf einem ähnlichen Niveau, danach sank sie deutlich ab. Dieser Trend setzte sich auch in der Nachkriegszeit fort. In Deutschland war sie wesentlich höher, sank zwar in den 1950er Jahren stark ab, blieb aber auch in der Bundesrepublik auf einem weit höheren Niveau als in Großbritannien.

Diagramm 6: Müttersterblichkeit in Großbritannien und Deutschland (auf 100 000 Lebendgeborene)[122]



122 Statistik der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 148, Gesundheitswesen 1954, S. 114; Bd. 232, 1957, S. 99; Statistisches Bundesamt, Fachserie A: Bevölkerung und Kultur, Reihe 7: Gesundheitswesen 1966, S. 135; Annual Abstract of Statistics 1965, S. 36.

Auch im Vergleich zu anderen europäischen Ländern hatte die Müttersterblichkeit in Westdeutschland in den 1950er und 1960er Jahren ein verhältnismäßig hohes Niveau:

Tabelle 24: Müttersterblichkeit in Europa (auf 100000 Lebendgeborene – ohne Todesfälle durch Abtreibungen)[123]

Land	*1955*	*1960*	*1965*	*1970*
BR Deutschland	136,9	92,5	60,4	45,0
Dänemark	39,0	17,1	9,3	8,5
Finnland	82,5	48,7	19,3	7,7
Frankreich	53,7	43,9	27,1	22,3
Großbritannien	56,0	32,4	20,6	14,5
Italien	122,9	109,8	72,1	49,5
Niederlande	58,0	36,8	25,7	11,7
Norwegen	59,8	38,8	18,1	10,8
Österreich	88,4	68,3	34,6	23,2
Schweden	41,0	33,3	11,4	10,0
Schweiz	90,2	45,6	33,1	20,2
Tschechoslowakei	54,3	37,3	30,2	20,6

Die wichtigste Ursache für Müttersterblichkeit, die etwa die Hälfte der Todesfälle ausmachte, war vor der Einführung der Antibiotika das Kindbettfieber *(puerperal fever)*. Als Kindbettfieber bezeichnete man Infektionen der Gebärmutter, die sich die Schwangeren bei der Geburt zuzogen, einen oder mehrere Tage nach der Geburt ausbrachen und in den meisten Fällen zum Tod der Frau führten. Durch den Einsatz von Antibiotika war ab Mitte der 1930er Jahre ein deutliches Absinken der durch Kindbettfieber bedingten Müttersterblichkeit zu beobachten.[124]

Nach der erfolgreichen Bekämpfung dieser Krankheit blieben als wichtigste Todesursachen schwere Blutungen während der Schwangerschaft oder nach der Geburt und die Folgen der Eklampsie in der Schwangerschaft *(Eclampsia)*.[125] Auf Müttersterblichkeit in Folge von Abtreibungen, die auch nach dem Zweiten Weltkrieg einen Teil der Sterbefälle ausmachten, wird hier nicht eingegangen, da diese Todesfälle mit gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge kaum in Zusammenhang standen.

---

123 World Health Statistics Report 30 (1977), S. 324–5. Müttersterblichkeit wird definiert als die Sterbefälle durch Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett, korreliert mit der Anzahl der Lebendgeburten. Auch Ende der 1970er Jahre hatte die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich zu anderen westeuropäischen Staaten hohe Müttersterblichkeitsraten, vgl. RUMEAU-ROUQUETTE, Needs of mothers, S. 431.

124 Vgl. hierzu ausführlich LOUDON, Death, S. 53–6; 258–62.

125 SCHWALM und SCHAUDIG, Müttersterblichkeit, S. 1655.

Blutungen nach der Geburt, auf englisch als *Post-partum Haemorrhage* bezeichnet, die dadurch auftreten, daß sich die Gebärmutter nach der Geburt nicht sofort kontrahiert und die Plazenta nicht als Nachgeburt ausgestoßen wird, konnten durch bessere Betreuung der Schwangeren im letzten Stadium der Wehen teilweise verhindert werden; schwere Blutungen vor der Geburt *(Ante-partum Haemorrhage, Placenta Praevia)* waren dagegen weitaus schwieriger in den Griff zu bekommen. Sie konnten erst seit Einführung der Bluttransfusionen sowie besserer Verfügbarkeit von Rettungswagen und damit schnellen Transporten der Mütter in Krankenhäuser in den 1940er Jahren wirksam bekämpft werden. Von da an nahm die Zahl der Todesfälle durch schwere Blutungen deutlich ab.[126]

Als Eklampsie bezeichnet man schwere krampfartige Anfälle mit Nierenversagen, Blutungen, Hirnödem und Thrombosen, die meist zum Tod der Mutter führen.[127] Der Eklampsie geht meist eine Toxikose (auch als Gestose oder Präeklampsie bezeichnet bzw. auf englisch als *Toxaemia*) voraus, die sich bei einer ausreichenden Schwangerenvorsorge mit regelmäßigen Blutdruck- und Urinkontrollen erkennen läßt. Toxikosen zeigen sich durch vermehrtes Eiweiß im Urin, erhöhten Blutdruck und mitunter starke Gewichtszunahme. Wurde dieses Phänomen rechtzeitig bemerkt, konnten die Schwangeren durch Diät und vorbeugende Maßnahmen meist erfolgreich behandelt werden. Hier konnte durch eine gezielte Schwangerenvorsorge die Sterblichkeit erheblich gesenkt werden. Die umfassende Schwangerenvorsorge, wie sie in Großbritannien im Gegensatz zur Bundesrepublik Deutschland in den 1950er Jahren existierte, trägt daher zur Erklärung der unterschiedlichen Müttersterblichkeit beider Länder bei, die in Westdeutschland ein Vielfaches erreichte (siehe Tabelle 25, nächste Seite).

Trotz der medizinischen Fortschritte und des generellen Absinkens der Mütter- und Säuglingssterblichkeit gab es auch in den 1950er Jahren in beiden Staaten weiterhin deutliche strukturelle Unterschiede zwischen ärmeren und reicheren Gegenden sowie Städten und ländlichen Bezirken, die sich erheblich auf die Zahlen auswirkten.[128] In Großbritannien war die Müttersterblichkeit im reichen, strukturell besser versorgten Süden und Südosten Englands deutlich geringer als im ärmeren Norden.[129] Ähnliche Differenzen weisen Unter-

---

126 LOUDON, Death, S. 97–106; vgl. auch DERS., Maternal Mortality, S. 196. Als weiteren Grund für den Rückgang des Kindbettfiebers nennt Loudon einen Rückgang in der Aggressivität bestimmter Streptokokkenstämme.

127 LOUDON, Death, S. 85–96; Artikel „Eklampsie", in: Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch, S. 404.

128 Vgl. zu strukturellen Unterschieden, die die Sterblichkeit erheblich beeinflußten, die grundlegenden Überlegungen von Arthur Imhof. Vgl. IMHOF, Wandel.

129 MINISTRY OF HEALTH, Report on Confidential Enquiries 1961–63, S. 90. Die Müttersterblichkeit sank beispielsweise in der Region Oxford von 62 Todesfällen pro 100 000 Lebendgeborenen in den Jahren 1952/54 auf 21 Todesfälle pro 100 000 Lebendgeborene in den Jahren 1961/63. In Manchester waren die Zahlen wesentlich höher: 80 pro 100 000 1952/54 und 34

Tabelle 25: Müttersterblichkeit nach Todesursachen in der Bundesrepublik Deutschland und Großbritannien (auf 100 000 Lebendgeborene)[130]

Jahr	*1955*		*1957*		*1959*		*1961*	
Land	*BRD*	*England/ Wales*	*BRD*	*England/ Wales*	*BRD*	*England/ Wales*	*BRD*	*England/ Wales*
Infektionen in der Schwangerschaft	23,2	11,4	18,1	6,9	15,1	6,3	15,0	3,7
Toxikosen in Schwangerschaft und Wochenbett	30,8	17,2	26,2	11,2	22,6	7,9	17,9	7,3
Blutungen in Schwangerschaft und bei Entbindung	24,3	9,9	22,9	6,8	16,6	5,9	19,2	5,3
Fehlgeburt ohne Sepsis und Toxikose	8,8	4,0	6,5	3,3	7,6	2,1	6,2	2,2
Fehlgeburt mit Sepsis	11,0	5,7	8,3	4,6	6,9	3,9	4,9	3,9
Sonstige Komplikationen (Schwangerschaft, Entbindung, Wochenbett)	58,6	17,5	54,2	13,5	39,5	12,7	33,8	11,3
Müttersterberate insgesamt	156,7	65,7	127,2	46,0	108,4	38,6	97,7	33,8

suchungen über die Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik der 1950er-Jahre auf, wie das bayerische Beispiel belegt. Der unterschiedliche Wohlstand und Erschließungsgrad von einzelnen Regierungsbezirken wirkte sich deutlich auf die Säuglingssterblichkeit aus. Die gut erschlossenen und wohlhabenderen Regionen wie Oberbayern hatten eine deutlich niedrigere Sterberate als ärmere Gebieten wie die Oberpfalz und Niederbayern.[131]

pro 100 000 im Jahr 1961/63, oder in Wales mit 88 pro 100 000 1952/54 und 36 pro 100 000 im Jahr 1961/63.

130 Gesundheitswesen 1965, S. 108.

131 In den strukturschwachen und ärmeren Gebieten Niederbayern und Oberpfalz gab es 1950 noch 8,1 bzw. 8,0 Säuglingstode auf 100 Lebendgeborene, während die Zahlen in den reicheren bzw. strukturell besser erschlossenen Gebieten Oberbayern und Mittelfranken 1950 bei 6,3 bzw. 5,8 auf 100 Lebendgeborene lagen. Erst Ende der 1960er Jahre glichen sich die Zahlen dann auf niedrigem Niveau an (zwischen 2,3 und 2,7 Todesfälle auf 100 Lebendgeborene in allen bayerischen Regionen. Zusammengestellt nach: Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 59 (1950/51), S. 105; 67 (1959), S. 13; 72 (1964), S. 86; 79 (1971), S. 102. Vgl. dazu auch ausführlich LINDNER, Milchpfennig, S. 259–61.

4.3 Die Entwicklung von Ende der 1940er Jahre bis Mitte der 1960er Jahre in der Bundesrepublik Deutschland

4.3.1 Schwangerenvorsorge – Maßnahmen auf Bundesebene

Eine fest institutionalisierte Vorsorge für Schwangere durch die Gesundheitsämter, Ärzte oder Hebammen existierte bei Gründung der Bundesrepublik nicht. Verschiedene Ansätze zu einer Schwangerenvorsorge hatte es in den Beratungsstellen der Gesundheitsämter zu Zeiten der Weimarer Republik gegeben. Offiziell war die Schwangerenvorsorge dann durch das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens im Jahr 1934 ganz auf die Gesundheitsämter übertragen worden. Funktionierende Vorsorgeeinrichtungen wurden jedoch während der NS-Zeit kaum ausgebaut. Solche Bemühungen gingen schließlich im Chaos der Kriegs- und Nachkriegsjahre ganz unter.[132] Die Verknüpfung von Beratung mit selektiven Maßnahmen nach rassehygienischen Gesichtspunkten, wie sie in den Gesundheitsämtern während der NS-Zeit stattgefunden hatte, hatte den Gedanken einer umfassenden Vorsorge durch das öffentliche Gesundheitswesen zudem in erheblichen Maße diskreditiert. Des weiteren blieb in der Bundesrepublik durch die Beibehaltung des Kassenwesens in der Nachkriegszeit der Fokus im Gesundheitswesen auf Therapie, nicht auf Vorsorge gerichtet.[133]

Die Überlegungen zu einer umfassenderen Fürsorge für Schwangere und Säuglinge begannen so auch nicht mit Debatten über eine Verbesserung der Prophylaxe für Schwangere, sondern mit Diskussionen über Arbeitsschutz und finanzielle Hilfen für die Mutter.[134] Die SPD-Fraktion beantragte bereits in der ersten Legislaturperiode ein neues Mutterschutzgesetz, das lediglich auf den Schutz einer bestimmten Gruppe von Müttern, den erwerbstätigen Frauen, zielte. Der Bundestag beauftragte daraufhin im Oktober 1949 die Bundesregierung damit, ein Mutterschutzgesetz auszuarbeiten.[135] Ein ähnliches Gesetz war bereits 1942 unter der nationalsozialistischen Herrschaft in Kraft getreten, das vor allem finanzielle Leistungen für erwerbstätige Schwangere während der letzten sechs Wochen vor und während der ersten sechs Wochen nach der Niederkunft festgelegt hatte.[136] Die versicherten arbeitenden Frauen bekamen während dieser Zeit Wochengeld in Höhe ihres Durch-

---

132 Faerber, Vorsorgeuntersuchungen, S. 359.

133 Vgl. zu den Entscheidungen für die Fortführung des traditionellen deutschen Versicherungswesens ausführlich Kap. II, 1.1.

134 Vgl. zu der Entwicklung in den 1950er Jahren allgemein Lindner, Gesundheitsvorsorge; sowie zu der besonderen Rolle des Mutterschutzes im Nachkriegsdeutschland auch in Bezug auf die Rollendefinition der Frau ausführlich Moeller, Geschützte Mütter, S. 249–58.

135 BAK, B 149/ 3891, Abteilung III, Vermerk vom 19. Juli 1950. Die Bundesregierung wurde in der 12. Sitzung des Bundestages vom 20. 10. 1949 beauftragt.

136 Das Mutterschutzgesetz von 1942 war zwar in der Höhe der Leistungen und bei der bezugsberechtigten Gruppen weitreichend, schloß allerdings alle nichtarischen Frauen aus, deren Fortpflanzung nicht erwünscht war. Vgl. hierzu Edel, Entwicklung, S. 82–5.

schnittsverdienstes, also wesentlich mehr als nach den Leistungen der Reichsversicherungsordnung. Die Kosten, die die Krankenkassen dadurch zu tragen hatten, ersetzte damals das Reich.[137] Als nach der Kapitulation im besetzten Deutschland diese Mehrleistungen nicht mehr vom Staat aufgebracht wurden, beendeten die Krankenkassen die Extra-Zahlungen. Dies bedeutete geringere Zuwendungen für die Mütter.[138] Die Arbeitsschutzbestimmungen des Mutterschutzgesetzes von 1942 waren ebenfalls weitgehend ausgesetzt. An ihre Stelle traten in den einzelnen Besatzungszonen unterschiedliche Regelungen. Deswegen forderten vor allem die Gewerkschaften einheitliche gesetzgeberische Maßnahmen.[139]

Die Parlamentarier in der neugegründeten Bundesrepublik sahen ebenso wie die Bundesregierung dringenden Handlungsbedarf auf diesem Gebiet. Die SPD-Fraktion brachte im Juli 1950 einen Entwurf im Bundestag ein, der dann in den Ausschüssen und Referaten der Ministerien beraten wurde.[140] Besonders umstritten war, wie die Unterstützungszahlungen für Mütter finanziert werden sollten. Deswegen mußten Finanz- und Justizministerium in die Verhandlungen einbezogen werden, wodurch sich das Verfahren herauszögerte; im Dezember 1951 wurde das Gesetz schließlich verabschiedet.[141] Das Mutterschutzgesetz vom 24. Januar 1952 bestimmte nun die finanziellen Regelungen für arbeitende, sozialversicherte Mütter, regelte Beschäftigungsverbote für schwangere Frauen und schränkte die Kündigungsmöglichkeiten gegenüber Schwangeren ein. Schwangere Frauen erhielten in den sechs Wochen vor und sechs Wochen nach der Niederkunft Wochengeld in Höhe ihres Verdienstes, sowie zusätzlich ein gegenüber dem Gesetz von 1942 erhöhtes Stillgeld. Beide Leistungen wurden den Krankenkassen vom Bund ersetzt.[142] Damit waren nun die versicherungspflichtig arbeitenden Frauen materiell und rechtlich gut abgesichert.[143] In den Genuß dieser Regelungen kam allerdings nur ein kleiner Teil der Mütter, da die meisten Frauen nicht erwerbstätig und selbst sozialversichert waren. Mütter, die nicht selbst arbeiteten, konnten keine Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz beanspruchen, sondern waren auf Familien-

137 RGBl. 1942 I, S. 321, vgl. auch BAK, B 149/3891, Abteilung III, Vermerk vom 19. Juli 1950.

138 BAK, B 149/3891, Vermerk vom 8. 1. 1951 und Reichsversicherungsordnung, Stand 30. 11. 1949, Dortmund 1949, S. 65. Die Zuwendungen wurden zudem nur über kürzere Zeiträume gewährt. Sie wurden überdies nur gewährt, wenn die Frauen mindestens 10 Monate vor der Niederkunft bei der jeweiligen Krankenkasse versichert waren.

139 BAK, B 149/3891, Gewerkschaftsrat der vereinten Zonen an die Verwaltung für Arbeit, 27. 10. 1948.

140 Vgl. BT-Drucksache Nr. 1182; sowie BAK, B 149/3891, Vermerk vom 8. 1. 1951.

141 BAK, B 149/3891, Arbeitsvorlage des Bundesminister für Arbeit vom 5. Oktober 1950; vgl. auch PA, I 257 A, passim.

142 BGBl. 1952 I, S. 69–74; vgl. auch EDEL, Entwicklung, S. 99–102.

143 BAK, B 142/4042, Kurzbericht Gesundheitsfürsorge in 8 europäischen Staaten und der Bundesrepublik.

wochenhilfe nach der Reichsversicherungsordnung angewiesen, die sie über ihren Mann bezogen, sofern dieser arbeitete und sozialversichert war.

Die Familienwochenhilfe für mitversicherte Frauen nach § 205 der Reichsversicherungsordnung (RVO) entsprach den Bestimmungen der RVO für weibliche Versicherte (§ 195(1)). Demnach wurden lediglich „bei der Entbindung oder bei Schwangerschaftsbeschwerden Hebammenhilfe, Arznei oder kleinere Hilfsmittel sowie, falls erforderlich, ärztliche Behandlung" gewährt. Für Schwangerschaftsbeschwerden und die Entbindung war ein einmaliger Betrag von 10 DM vorgesehen. Bei Zahlung von Stillgeld sollten die Kassen „auf den Wert der regelmäßigen Inanspruchnahme von Mütterberatungsstellen, Säuglingsfürsorgestellen und ähnlichen Einrichtungen" hinweisen. Dies bezog sich allerdings auf die Zeit *nach* der Geburt.[144] Schwangeren*vorsorge*, also medizinische Prophylaxe für Schwangere, wurde gar nicht erwähnt. Im Unterschied zu den Frauen, für die das Mutterschutzgesetz galt und die ihren durchschnittlichen Lohn fortgezahlt bekamen, erhielten die mitversicherten Frauen lediglich 50 Pfennig täglich für vier Wochen vor und sechs Wochen nach der Geburt.[145]

Vorsorge während der Schwangerschaft war in der Bundesrepublik von der Privatinitiative der einzelnen Frauen abhängig. Für die meisten bestand sie höchstens aus einer einmaligen ärztlichen Untersuchung oder einer unregelmäßigen Betreuung durch die Hebamme.[146] In der Praxis bekam eine schwangere Frau zwar relativ problemlos einen Krankenschein für einen Arztbesuch, doch mußte die werdende Mutter Eigeninitiative entwickeln und gleichzeitig über die Notwendigkeit der Vorsorgeuntersuchungen aufgeklärt sein. Eine „normale" Schwangerschaft galt nicht als „Krankheit im Sinne der Versicherungsordnung". Die Versicherungsträger duldeten allerdings stillschweigend, daß Schwangere ärztlichen Rat und eine Behandlung in Anspruch nahmen.[147] Mit solch einem Konzept war man jedoch von einer umfassenden präventivmedizinischen Betreuung aller Schwangeren weit entfernt.

Viele Frauen suchten auch die Hebammen erst sehr spät auf, oftmals erst im neunten Monat.[148] So war auch durch die Hebammen kein ausreichendes System der Prophylaxe gewährleistet. Zwar war die Schwangerenvorsorge eigentlich im 1938 erlassenen Hebammengesetz als Tätigkeitsfeld der Hebammen

144 Reichsversicherungsordnung, Stand vom 30. 11. 1949, Dortmund 1949, S. 65–6.

145 Reichsversicherungsordnung, Stand vom 30. 11. 1949, Dortmund 1949, S. 71–2. Die Fürsorgehilfe für hilfsbedürftige Frauen war in etwa den Leistungen für die mitversicherten Familienangehörigen angepaßt RGBl. 1924 I, S. 767.

146 HAGEN, Vorbeugende Gesundheitsfürsorge, S. 66. Vgl. hierzu auch den Bericht über das Projekt zur Schwangerenfürsorge in Berlin: BAK, B 142/4042, Bericht von Curt Meyer, Leiter der Abteilung Sozialhygiene in der Senatsverwaltung für Gesundheitswesen in Berlin, über den Demonstrationsdistrikt Neukölln 1953.

147 GASSE, Drei Jahre, S. 321.

148 BAK, B 142/369, Bericht über eine Aussprache über aktuelle Fragen der Schwangerenbetreuung am 23. 6. 1955 in Mainz.

festgelegt, eine Vergütung jedoch nicht geregelt worden.[149] Ohne einen finanziellen Ausgleich konnten die ohnedies sehr schlecht bezahlten Hebammen kaum Vorsorgeuntersuchungen anbieten.[150] Ihr Berufsstand befand sich durch den drastischen Anstieg der Klinikgeburten in den 1950er Jahren und ihre unklare Existenzsicherung generell in der Krise.[151] Die Anzahl der freiberuflich tätigen Hebammen sank von 1952 bis 1958 um ein Drittel.[152] Vereinzelte Vorschläge, den Hebammen nach dem Vorbild der Niederlande tatsächlich einen Teil der Schwangerenvorsorge zu übertragen und ihnen hier Verdienstmöglichkeiten zukommen zu lassen, fanden aber kaum Resonanz.[153] Gegen solche Entwicklungen war vor allem die Ärzteschaft eingestellt, die jede Ausweitung der Kompetenzen der Hebammen mit Argwohn betrachtete. Daß dies durchaus eine praktikable Möglichkeit gewesen wäre, zeigen die Erfolge in den Niederlanden und anderen Ländern: Dort hatte sich eine umfassende, gut funktionierende Schwangeren- und Säuglingsvorsorge durch Hebammen und Säuglings-Fürsorgerinnen entwickelt.[154] Eine Betreuung der Schwangerschaft durch Ärzte oder Hebammen fand also im Vergleich zu anderen europäischen Staaten kaum statt. Hierzu trug noch bei, daß die Schwangerenvorsorge als Präventivmedizin nicht zu den Leistungen der deutschen Krankenversicherung gehörte, die sich nach wie vor auf kurative Medizin konzentrierte.

Auch in der Bundesrepublik gab es damals einige Schwangerenberatungsstellen, die die Gesundheitsämter in den 1920er und 1930er Jahren eingerichtet hatten und in denen die Frauen gründlich ärztlich untersucht sowie fürsorgerisch beraten wurden.[155] Solche Beratungsstellen fand man jedoch meist nur in den größeren Städten.[156] Die Anzahl der dort untersuchten Frauen blieb gering; der Schwerpunkt ihrer Arbeit betraf Frauen, bei denen gleichzeitig soziale Probleme bestanden.

Anfang der 1950er Jahre hatte sich auch auf parlamentarischer Ebene die Erkenntnis durchgesetzt, daß die Schwangerenvorsorge dringend des Ausbaus und einer verbesserten gesetzlichen Regelung bedurfte. Gleichzeitig mit der Verabschiedung des Mutterschutzgesetzes beauftragte daher der Bundestag das

---

149 DÖDERLEIN, Ärztliche Schwangerenvorsorge, S. 183.

150 BAK, B 142/3900, Bund deutscher Hebammenverbände an das Bundesinnenministerium, 26.5.59; vgl. zur schlechten Bezahlung und zu den Problemen des Berufsstandes auch FEMMER, Aktuelle Fragen, S. 420–1.

151 PETERS, Berufsstellung, S. 166–8.

152 SCHLIEPER, Rolle, S. 51.

153 Vgl. SCHWALM, Resolution der Hebammenlehrer an das Bundesministerium des Innern, zitiert nach, PETERS, Berufsstellung, S. 163.

154 Vgl. hierzu und zum folgenden BAK, B 142/4043, Bericht für die WHO über die Fürsorge für Mutter und Kind in neun europäischen Staaten, Entwurf, S. 8–10; 19.

155 BAK, B 142/674, Bericht über das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik. In diesen Einrichtungen gehörte zur Schwangerenvorsorge auch eine Blut- und Urinuntersuchung,

156 BAK, B 142/4043, Bericht für die WHO über die Fürsorge für Mutter und Kind in neun europäischen Staaten, Entwurf, S. 20; vgl. auch LINDNER, Gesundheitsvorsorge, S. 353, 361–4.

Bundesinnenministerium, einen Gesetzesentwurf vorzubereiten. Dieser sollte eine weitergehende Für- und Vorsorge für alle Mütter vorsehen, besonders für die, die vom Mutterschutzgesetz nicht erfaßt wurden, und die Säuglingsvorsorge ebenfalls einbinden.[157] Das Vorhaben erwies sich jedoch als sehr problematisch. Der Staatssekretär im Innenministeriums, Ritter von Lex, faßte die Schwierigkeiten im Bundestag im September 1952 zusammen:

> Das bereits erlassene Mutterschutzgesetz bezieht sich nur auf die erwerbstätige Mutter. Maßnahmen zum Schutze der nichterwerbstätigen Mutter und ihres Kindes für die Zeit der Schwangerschaft, für die Zeit unmittelbar nach der Geburt und für den gesundheitlichen Schutz des Säuglings und des Kleinkindes können nur schwer Gegenstand eines bestimmten Schutzgesetzes sein. Es handelt sich hier vielmehr um Maßnahmen der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge.[158]

Im folgenden verwies er ausführlich darauf, daß für ein Bundesgesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge in der Bundesrepublik kaum eine gesetzliche Grundlage bestünde, da im Grundgesetz die Gesundheitspolitik im wesentlichen als Aufgabe der Länder festgelegt sei und der Bund nur in wenigen Ausnahmen eingreifen könne.[159] Im Innenministerium arbeitete dennoch Ministerialrat Wilhelm Hagen eine Denkschrift zu dem Problem aus und verfaßte danach den Entwurf eines Gesetzes zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge (die sogenannte *Lex Hagen*).[160] Hagen stand bis Mitte 1956 im Innenministerium dem Referat für Gesundheitsfürsorge vor, initiierte neben diesem Gesetzentwurf auch andere Projekte zur Säuglings- und Müttervorsorge und war auf diesem Gebiet in der frühen Bundesrepublik eine prägende Figur.[161] Er galt als ein entschiedener Verfechter eines tatkräftigen öffentlichen Gesundheitsdienstes, wollte insbesondere die Gesundheitsämter in ihrem Aufgabenbereich stärken und stellte sich gegen eine weitere Ausweitung der Kompetenzen der freien Ärzteschaft.

Bei der Ausarbeitung des Gesetzesentwurf traten – wie schon von Lex angekündigt – rechtssystematische Probleme auf, die das Gesetzesvorhaben erheblich verzögerten. Zudem gab es weitere Unsicherheiten hinsichtlich der Geltung des Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934.[162]

---

157 BAK, B 142/979, Brief Innenminister an Präsidenten des Deutschen Bundestages vom 23. Juni 1953.

158 Anfrage in der 230. Sitzung des Deutschen Bundestages am 17. September 1952: „Wie weit sind die Vorarbeiten für den vom Bundesinnenministerium dem Bundestag zu unterbreitenden Gesetzentwurf zum Schutze von Mutter und Kind, d. h. zum Schutze solcher werdender Mütter, die im Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter nicht erfaßt waren, gediehen? Wann wird das Gesetz dem Bundestag vorgelegt?“ Antwort von Ritter von Lex auf diese Anfrage, zitiert nach BAK, B 142/979, Brief Innenminister an Präsidenten des Deutschen Bundestages vom 23. Juni 1953.

159 Vgl. zu dieser Problematik ausführlich Kapitel Kap. II, 2.1.

160 Vgl. zu Hagen Kap. II, 1.1.

161 Vgl. BAK, Organigramm des Bundesministeriums des Innern.

162 Vgl zu diesen Fragen ausführlich Kap. II, 2.1; sowie MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 440.

Nach § 3 dieses Gesetzes oblagen den Gesundheitsämtern die ärztlichen Aufgaben der Mutter- und Kinderberatung.[163] Die Gesundheitsämter sollten entsprechend der Durchführungsverordnung von 1935 die Mütter während der Schwangerschaft und des Wochenbettes in gesundheitlichen Fragen beraten. Das Ausmaß der Leistungen war jedoch nicht festgelegt worden.[164] Ob dies nun durch Bundesrecht geregelt werden konnte, war unklar.

Gleichzeitig machten die niedergelassenen Ärzte ihren Anspruch auf die Gesundheitsvorsorge für Schwangere und Säuglinge geltend.[165] Die Ärzte hatten bereits auf dem Deutschen Ärztetag von 1951 eine Beteiligung an der Vorsorge gefordert. Es wurde ein Kampf der Ärzte gegen Staatsmedizin und Medizinalbürokratie ausgerufen und Aufgaben zurückgefordert, die der Ärzteschaft angeblich im Laufe der Zeit entzogen worden seien. Mit ihren Forderungen trafen die Ärzte damals auf einen schwachen Gegner: Das öffentliche Gesundheitswesen in der Bundesrepublik war durch seine komplizierte Organisationsform geschwächt, hatte sich mit seinem problematischen Erbe aus der NS-Zeit nicht auseinandergesetzt und tat sich mit grundlegenden Reformen und Neukonzeptionen sehr schwer. Das geplante Gesetz, das an traditionelle Konzepte der deutschen Fürsorge anknüpfte, hatte daher im gesundheitspolitischen Kontext der Nachkriegszeit wenig Chancen.[166]

Wie sehr der öffentliche Gesundheitsdienst an Einfluß verlor, kann man an den verschiedenen Entwürfen des Gesetzes zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge beobachten. 1952 war vorgesehen, die Gesundheitsfürsorge für schwangere Frauen, also Untersuchung, Beratung und Betreuung, gänzlich in den Gesundheitsämtern durchzuführen.[167] Im Laufe der nächsten Jahre änderte sich dies deutlich: Die Aufgaben der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge sollten nun nicht mehr allein durch die Gesundheitsämter wahrgenommen werden, sondern in erster Linie von den freien Ärzten. Besonders das Gesetz zum Kassenarztrecht, das im August 1955 verabschiedet wurde und den Kassenärzten die ambulante Versorgung der Sozialversicherten als Monopol zuwies sowie die Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärzten neu regelte, ließ die Position der Ärzteschaft erstarken.[168] Im Referentenentwurf des Gesetzes zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge von 1955 spiegelt sich diese Entwicklung wider. Hier hieß es nun:

---

163 RGBl. 1934 I, S. 531.

164 LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 349. Ein weiteres Problem bei der Ausarbeitung des Gesetzes bestand darin, daß die Gesundheitsämter in der Bundesrepublik mittlerweile unterschiedlich organisiert waren; in manchen Ländern auf kommunaler Ebene, in anderen auf Landesebene; vgl. Kap. II, 2.1.

165 Vgl. MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 436.

166 Vgl. hierzu ausführlich Kap. II, 2.1.

167 BAK, B 142/4042, handschriftlicher Entwurf Hagens zum Gesetz über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge von 1952; vgl. hierzu ausführlicher LINDNER, Gesundheitsvorsorge, S. 369–70.

168 Gesetz über Kassenarztrecht, BGBl. 1955 I, S. 513–23. Vgl. zur Bedeutung des Kassenarztrechtes Kap. II, 3.1; sowie MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 437.

Jede Frau ist berechtigt, dreimal während der Schwangerschaft und einmal nach dem Wochenbett eine kostenlose ärztliche Untersuchung nach dem Stand der Wissenschaft in Anspruch zu nehmen. Soweit die Kosten dieser Untersuchungen nicht von der Sozialversicherung gewährt werden, trägt sie das Gesundheitsamt. Die Wahl des untersuchenden Arztes ist frei.[169]

Trotz weiterer Nachbesserungen konnte im Ministerium kein Konsens über den Entwurf erzielt werden. Es gab unter anderem rechtliche Bedenken: der Entwurf enthielte Eingriffe in das Organisationsrecht der Länder, deswegen werde der Bundesrat das Gesetz sicher nicht billigen.[170] Im Februar 1956 wurden kontroverse Punkte bei einer Besprechung im Ministerium diskutiert: Hagen betonte, wie notwendig das Gesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge sei und verwies auf die Rückständigkeit Deutschlands gegenüber anderen europäischen Ländern auf diesem Gebiet. Die Ministerialbeamten der anderen Abteilungen hielten jedoch fast alle das Hagensche Gesetz auch in der stark abgemilderten Fassung von 1956 für zu „Gesundheitsamt-freundlich". Sie forderten, daß man die Aufgaben der Gesundheitsämter gänzlich auf die Beratung beschränken und der freien Ärzteschaft noch mehr Aufgaben überlassen solle. Es konnte wiederum keine Einigung erzielt werden.[171]

Hagen wurde am 1. Juli 1956 zum Präsidenten des Bundesgesundheitsamtes ernannt und schied aus dem Innenministerium aus; sein Entwurf wurde nun nicht mehr weiterverfolgt.[172] Auf eine Anfrage, was denn aus dem Gesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge geworden sei, antwortete 1957 ein Referent aus Hagens früherer Abteilung, daß gegen den von Hagen vorgelegten Referentenentwurf schwerwiegende sachliche und verfassungsrechtliche Bedenken bestünden, weswegen er bis auf weiteres zurückgestellt worden sei. Damit war dieses Gesetzesvorhaben endgültig gescheitert und somit auch das „klassische Konzept der Gesundheitsfürsorge",[173] Gruppen besonders gefährdeter Personen, also hier die Schwangeren und Säuglinge, vor Gesundheitsgefahren zu schützen.

Der Bereich der Gesundheitsvorsorge für Schwangere und Säuglinge wurde in den nächsten Jahren im Zusammenhang mit der Gesamtreform der sozialen Leistungen durch die Bundesregierung, der sogenannten Sozialreform, erneut diskutiert, die ab 1955 die politische Debatte bestimmte.[174] Das Problem der Krankheitsprävention entwickelte sich zu einem wichtigen Punkt auf der Re-

---

169 BAK, B 142/4042, Referentenentwurf zum Gesetz über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge vom April 1955.

170 BAK, B 142/4043, Abteilung Ic an Abteilung IV vom 23. Juli 1955.

171 BAK, B 142/4043, Vermerk über die Besprechung des Entwurfes eines Gesetzes über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge für Mütter, Kinder und Jugendliche mit den beteiligten Referaten am 24. Februar 1956.

172 BAK, B 142/369, Referat IV A 3 an Referat I C 6 vom 18. 1. 1957.

173 LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 143.

174 Vgl. MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 437–8; DANIELS, Sozialreform, S. 163; vgl. auch ROSEWITZ und WEBBER, Reformversuche, S. 108–12.

formagenda. Anfangs schien es noch offen, ob die Leistungen der Vorsorge durch die gesetzliche Krankenversicherung und die Kassenärzte oder teilweise durch den öffentlichen Gesundheitsdienst übernommen würden.[175] Schließlich sollte jedoch auch die Vorsorge für Schwangere und Säuglinge im Zuge der Neuregelung des Kassenrechts komplett in die Leistungen der Krankenversicherung aufgenommen werden.[176]

Dies hatte sich bereits angekündigt. 1955 hatte der Bundestag beschlossen, die niedergelassenen Ärzte stärker in die Vorsorge einzubeziehen.[177] Auch die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder äußerte sich im selben Jahr entsprechend: Die Aufgaben der öffentlichen Gesundheitsfürsorge sollten auch auf Länderebene in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft gelöst werden.[178] Die Prophylaxe für Schwangere wurde deswegen jetzt in die Überlegungen zum Krankenversicherungsneuregelungsgesetz (KVNG) einbezogen, das das Leistungsrecht der Krankenversicherung verbessern und Vorsorgeuntersuchungen generell in die Kassenleistungen integrieren sollte.[179] Damit war das Prinzip der individuellen Vorsorge für werdende Mütter durch den Arzt in den Vordergrund getreten.

In den Referentenentwurf des KVNG wurde nun die Schwangerenvorsorge aufgenommen. Es war vorgesehen, Vorsorgeuntersuchungen einzuführen sowie andere Leistungen für Schwangere und Säuglinge stark auszubauen.[180] Viele Fachärzte kritisierten den Gesetzentwurf jedoch, weil er nur zwei Untersuchungen während der gesamten Schwangerschaft vorsah, und verwiesen darauf, daß in den anglo-amerikanischen Ländern monatlich einmal untersucht werde; von einer umfassenden Betreuung könne bei zwei Untersuchungen nicht gesprochen werden.[181] Es müsse zudem ein Anreiz geschaffen werden, die angebotene Schwangerenberatung tatsächlich zu nutzen. Hier empfahlen die Ärzte Regelungen wie in Frankreich, wo die volle Auszahlung des Mutterschaftsgeldes von einer regelmäßigen Schwangerschaftsberatung abhängig gemacht wurde.[182] Ein Vertreter des Bundesinnenministeriums, Ministerialrat Stralau, kritisierte wiederum die Ärzte, die seiner Ansicht nach bei den Verhandlungen um das KVNG lediglich mit viel Geschick versuchten, die Schwangerenberatung in ihre Hand zu bekommen. Den Ärzten gehe es vor

175 Vgl. LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 144–5.
176 Vgl. MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 438.
177 MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 437; vgl. zum wörtlichen Zitat oben Kap. II, 2.1.
178 DANIELS, Sozialreform, S. 161.
179 RENTHE-FINK, Zum Thema „Vorsorgeuntersuchung", S. 222; vgl. auch LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 151.
180 BAK, B 149/4175, §§ 208–211 des Entwurfs des KVNG.
181 Vgl. z. B. BAK, B 142/3528, Brief Prof. Dietel, Frauenklinik Hamburg an Prof. Kirchhoff, Direktor der Univ.-Frauenklinik Göttingen, 20. 1. 1959, sowie Prof. Kirchhoff an Senatsdirektor Schröder, Berlin, Februar 1959.
182 BAK, B 142/3528, Manuskript Referat Kirchhoff, 30. Oktober 1959.

allem um die entsprechenden zusätzlichen Honorare, nicht per se um einen Ausbau der Schwangerenberatung.[183]

Letztlich fand aber auch durch das umstrittene KVNG keine Regelung der Gesundheitsvorsorge für Schwangere und Säuglinge statt, denn das Gesetz scheiterte 1961 aus verschiedenen Gründen. Es war vor allem der Widerstand der Ärzteschaft gegen bestimmte Regelungen, aber auch die Uneinigkeit innerhalb der Regierungsparteien, besonders hinsichtlich der Frage der Selbstbeteiligung der Patienten, über die kein Kompromiß erzielt werden konnte.[184] Durch das Scheitern wies die Vorsorge für Schwangere und Säuglinge weiterhin große Lücken auf. Auch in der Fachpresse wurde das Problem aufgegriffen und beklagt, daß es in der Bundesrepublik immer noch kein funktionierendes System der Vorsorge gebe.[185]

Zumindest für bedürftige Frauen, für die bis 1961 die Vorschriften der Fürsorgegesetze galten, wurde im neuen Bundessozialhilfegesetz eine einheitliche Regelung gefunden. Seit 1961 umfaßte die Sozialhilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen nun Hebammenhilfe, ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln, einen Entbindungskostenbeitrag und Stillgeld. Die Leistungen sollten dem entsprechen, was den Familienangehörigen eines Versicherten gewährt wurde und umfaßten ausdrücklich auch Vorsorgeuntersuchungen, soweit diese in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen waren.[186] Wegen des Scheiterns des KVNG galt jedoch weiterhin die alte Regelung der Reichsversicherungsordnung ohne Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen.[187] Den Frauen wurden im Bundessozialhilfegesetz nun individuelle Leistungen, die sie aufgrund ihrer Bedürftigkeit beantragen mußten, zugewiesen. Auch hier war man von dem Prinzip abgekommen, einer bestimmten gefährdeten Gruppe eine umfassende Gesundheitsfürsorge zu gewähren, wie dies der Hagensche Entwurf noch vorgesehen hatte.[188]

Einer einheitlichen und umfassenden gesundheitspolitischen Gesetzgebung auf dem Gebiet der Schwangeren- und Säuglingsvorsorge standen weiterhin die Kompetenzprobleme zwischen Bund und Ländern im Weg. Bundesgesetzliche Regelungen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge wurden schließlich dadurch weiter erschwert, daß der Bundesrat 1964 aus prinzipiellen Erwägungen

---

183 BAK, B 142/3628 Brief Ministerialdirektor Stralau, Bonn, an Senatsdirektor Schröder, Berlin, vom 7. Februar 1959.

184 Vgl. ausführlich Kap. II, 1.1; auch LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 152–3; ROSEWITZ und WEBBER, Reformversuche, S. 179; sowie REUCHER, Reformen; PA, II 1002 A1 72, Sitzung des Ausschusses für Gesundheitswesen vom 17. 3. 1962.

185 FINKBEINER, Pränatale Vorsorge, S. 1344.

186 PA, III 349 A 2, Protokoll der 61 Sitzung des Ausschusses für Kommunalpolitik und öffentliche Fürsorge, 23. 2. 1961; Beratung des Entwurfs des Bundessozialhilfegesetzes; BGBl. 1961 I, Bundessozialhilfegesetz vom 5. Juli 1961, S. 821, § 328.

187 Vgl. RVO in der Fassung von Juli 1963, Stuttgart 1963, § 195a.

188 Vgl. LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 147–8.

das Jugendzahnpflegegesetz scheitern ließ und so seine sehr restriktive Haltung gegenüber dem Bund durchsetzte.[189] Eine Ausdehnung des Mutterschutzgesetzes auf die nichterwerbstätigen und freiberuflich tätigen Mütter durch eine einheitliche bundesgesetzliche Regelung sahen die Ministerialbeamten des Gesundheitsministeriums nun nicht mehr im Bereich des Möglichen, auch wenn sie dies bedauerten:[190]

> Vieles der Regelungen zum Schutz von Mutter und Kind ist Aufgabe der Länder: Überwachung der Neugeborenen in geburtshilflichen Abteilungen der Krankenhäuser durch Kinderfachärzte oder die Einrichtung von Frühgeburtenzentren. In manchen Ländern ist schon etwas erreicht worden, in den anderen bestehen noch Lücken. Dies wird immer auf den Sitzungen der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten angesprochen. Weisungsbefugnis hat der Bund nicht. Aus der gesundheitspolitischen Sicht des Bundes ist es bedauerlich, daß die Regelung der Vorsorgeuntersuchungen nicht einheitlich ist.[191]

Immer stärkere Forderungen nach einer einheitlichen Regelung der Vorsorge für Mutter und Kind veranlaßten den Bund schließlich zur Änderung der Krankenversicherungsbestimmungen. Da ein gesundheitspolitisches Gesetz chancenlos war, mußte das Problem über die Sozialversicherung gelöst werden. Die Vor- und Fürsorge für Schwangere wurde im *Gesetz zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung* von 1965 verankert. Die Mutterschaftshilfe der Krankenkassen umfaßte nun auch Vorsorgeuntersuchungen einschließlich laborärztlicher Untersuchungen. Die gleichen Leistungen erhielten die mitversicherten Familienangehörigen.[192] Da andere Lösungen kaum noch zu erwarten gewesen waren, wurde diese späte Regelung schließlich von allen Seiten begrüßt.[193] Die Schwangerenprophylaxe befand sich damit nach einer langen Periode der Ungewißheit endgültig in der Hand der niedergelassenen Ärzte.[194]

---

189 Vgl. hierzu oben, Kap. II, 3.1; sowie MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 438.

190 BAK, B 142/4044, Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung an Bundesminister für Gesundheitswesen, 17. 7. 1964.

191 BAK, B 142/4044, Abteilungsleiter I an Staatssekretär, 18. 3. 1963.

192 BGBl. 1965 I, Gesetz zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung, S. 912–919; vgl. hierzu ausführlicher LINDNER, Gesundheitsvorsorge, S. 375–6; auch SCHMATZ und ZMARZLIK, Mutterschutzgesetz. Das Gesetz zur Änderung des Mutterschutzgesetzes sollte zum 1. 1. 1966 in Kraft treten, was jedoch wegen Finanzschwierigkeiten im Haushaltssicherungsgesetz zunächst auf den 1. 1. 1967 und schließlich auf den 1. 1. 1968 verschoben wurde. BGBl. 1965 I, Haushaltssicherungsgesetz vom 20. 12. 1965, Artikel 5, S. 2066. BGBl. 1966 I, Finanzplanungsgesetz vom 23. 12. 1966, Artikel 6, vgl. auch RVO, 46. Auflage, Stuttgart 1970, S. 91.

193 Vgl. z. B. eine Äußerung des deutschen Familienverbandes: „Der deutsche Familienverband begrüßt auf das wärmste die in dem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes […] vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen: er sieht darin eine wenn auch begrenzte Möglichkeit, die in der Bundesrepublik immer noch überhöhte Müttersterblichkeit auf den in fortschrittlichen Ländern bereits seit längere Zeit erreichten Stand zu senken." Vorarchiv ArbMin NRW, Nr. 1127.18, Gesetz über Vorsorgemaßnahmen für werdende Mütter und Wöchnerinnen; Entschließung des Deutschen Familienverbandes vom 21. 4. 1965.

194 ABHOLZ, Prävention, S. 171.

4.3.2 Praxis und Projekte in der Schwangerenvorsorge

Anfang der 1950er Jahre waren die Angebote für schwangere Frauen und ihre Betreuung durch Ärzte oder öffentliche Einrichtungen regional sehr unterschiedlich und auch nach den damaligen Maßstäben nicht ausreichend. Die Abteilung für Gesundheitswesen im Innenministerium schätzte den Stand der deutschen Schwangerenvorsorge als äußerst rückständig ein. Wilhelm Hagen, der sich in der Ausarbeitung des Gesetzes zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge engagierte, orientierte sich in der Beurteilung der bundesrepublikanischen Verhältnisse vor allem an westeuropäischen Vorbildern:[195]

> In allen Ländern hat das Absinken der Säuglingssterblichkeit sich in erster Linie auf die Monate nach dem dritten Lebensmonat bezogen. Die Frühsterblichkeit spielt in allen Ländern eine große Rolle und ist das maßgebende Problem. Es ist gar kein Zweifel, daß diese Frühsterblichkeit mit den Verhältnissen während der Schwangerschaft aufs engste zusammenhängt. Deutschland hat wohl das fortschrittlichste Mutterschutzgesetz, aber die praktische Fürsorge für Schwangere hinkt nach. Gewiß ist die Schwangerenfürsorge nicht in allen Ländern in gleichem Umfange durchgeführt, aber das Mindestprogramm einer dreimaligen ärztlichen Untersuchung der schwangeren Frau einschließlich Blutuntersuchung auf Syphilis und Rhesus-Faktor sind dem Prinzip nach überall anerkannt und in Frankreich und Schweden gesetzlich gesichert.[196]

Die Frühsterblichkeit von Säuglingen war nach Ansicht der Experten im Innenministerium ebenfalls am ehesten durch eine Intensivierung der Schwangerenfürsorge zu senken. Die Forderungen wiederholten sich in den meisten Stellungnahmen:

> Alle Frauen sollten sich in der Schwangerschaft dreimal, besser fünf- und sechsmal untersuchen lassen. Die Schwangerenfürsorge darf sich dabei nicht auf die geburtshilfliche Untersuchung allein beschränken, sondern muß mehr als bisher die gesamte gesundheitliche, psychologische und hygienische Beratung in ihren Aufgabenkreis einbeziehen.[197]

Dies wurde bei einer Tagung über Gesundheitsfürsorge im Kindesalter im Jahr 1954 gefordert und entsprach der damaligen Diskussion über Prävention und Prophylaxe, wobei generell sogenannte „Vorsichts"- oder „Gesundenuntersuchungen" für gefährdete Personengruppen angestrebt wurden.[198]

Als besonders alarmierend wurde zu Beginn der 1950er Jahre im Innenministerium wie auch in Fachkreisen die hohe Müttersterblichkeit empfunden. Daß

---

195 HAGEN, Vorbeugende Gesundheitsfürsorge, S. 72.

196 BAK, B 142/4043, Übersicht über Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind, Kleinkinder, Schulkinder und Jugendliche in acht europäischen Staaten im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland. Besonders hervorgehoben wurde Holland, wo 70 Prozent der Frauen in Schwangerenberatungsstellen betreut wurden. Bemerkenswert ist die Verwendung der Formulierung „überwachen", die auf die in Deutschland nach wie vor starke Tradition der Kontrolle in der Gesundheitsvorsorge hinweist. Vgl. hierzu auch die Diskussion über Medikalisierung in der Einleitung (I).

197 BAK, B 142/4043, Statistische Materialien des Statistischen Bundesamtes zum Gesetzentwurf über vorbeugende Gesundheitsfürsorge.

198 Vgl. LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 144.

dies in den Vordergrund rückte, hing sicherlich damit zusammen, daß die Bundesrepublik wieder enger in den internationalen Zusammenhang, insbesondere in die WHO, eingebunden war und die eigene Entwicklung stärker im Vergleich mit anderen Staaten gesehen wurde.[199] Die Zahlen, auf deren Grundlage Anfang der 1950er Jahre im Ministerium diskutiert wurde, zeigten die Bundesrepublik im internationalen Vergleich in einer sehr schlechten Position.[200] Hier waren 1952 189 Todesfälle auf 100 000 Lebendgeburten zu verzeichnen, dies waren deutlich mehr als in den anderen westeuropäischen Ländern wie Italien (149), Schweiz (149), England und Wales (82), Dänemark (60) oder Frankreich (60). Aber auch Australien (109 auf 100 000 Lebendgeburten) oder Neuseeland (90 auf 100 000 Lebendgeburten) wiesen wesentlich günstigere Zahlen vor.[201]

Nicht nur auf Bundesebene, auch auf Länder- und Kommunalebene wurde das Problem der mangelnden Vorsorge für Schwangere während der nächsten Jahre wahrgenommen. Bei einem Treffen von Vertretern des rheinland-pfälzischen Sozialministeriums, der Gesundheitsbehörden, der Krankenkassen, der praktischen Ärzte und Gynäkologen in Mainz im Juni 1955 kam es beispielsweise zu einer Aussprache über die Defizite in der Schwangerenbetreuung in Rheinland-Pfalz.[202] Berliner Ärzte äußerten sich ebenfalls im Rahmen eines Projektes von 1952, wie wichtig die regelmäßigen Untersuchungen in der Schwangerschaft seien, gerade um Toxikosen und andere Erkrankungen frühzeitig behandeln zu können.[203] In anderen Ländern und Kommunen wurden ähnliche Befunde diskutiert.

Einige zeitgenössische Umfragen und Projekte erlauben einen Einblick in die tatsächliche Praxis der Schwangerenvorsorge: In Kiel wurden zwischen Februar 1954 und Februar 1955 Frauen, die in diesem Zeitraum entbunden hatten, über ihre Schwangerenvorsorge befragt.[204] Die Befragung geschah durch Säuglingsschwestern des Gesundheitsamtes, die in Kiel traditionell alle Neuge-

---

199 FAERBER, Vorsorgeuntersuchungen, S. 356.

200 Vgl. hierzu auch Tabelle 24, S. 419.

201 Lediglich die schwarze Bevölkerung der USA hatte in der im Ministerium diskutierten Aufstellung mit 16 Staaten eine höhere Müttersterblichkeitsrate (205 pro 100 000) als die Bundesrepublik, während die Rate bei der Gesamtbevölkerung der USA deutlich niedriger lag (81 pro 100 000). Zusammengestellt aus BAK, B 142/4042, Statistisches Bundesamt, Abteilung VIII/7; vgl. auch LEUTNER, Internationale Entwicklung, S. 115 und HERMANN, Müttersterblichkeit, S. 17–25. Hermann zählt 1953 in Bayern 258 Sterbefälle durch Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett auf 143 618 Lebendgeborene. Das entspricht einer Müttersterblichkeit von 18,0 auf 10 000 bzw. 180 auf 100 000 Lebendgeborene, bestätigt also die in der Aufstellung des Ministeriums genannten Zahlen. Vgl. hierzu auch Tabelle 24, S. 419.

202 BAK, B 142/369, Bericht über eine Aussprache über aktuelle Fragen der Schwangerenbetreuung am 23. 6. 1955 in Mainz.

203 BAK, B 142/4042, Bericht von Curt Meyer, Leiter der Abteilung Sozialhygiene in der Senatsverwaltung für Gesundheitswesen in Berlin, über den Demonstrationsdistrikt Neukölln 1953, Vorwort.

204 BESKE, Umfang, S. 137; vgl. auch BESKE, Sozialhygienische Untersuchung S. 73.

borenen besuchten. So konnten 96,3 Prozent der Mütter, die in diesem Jahr ein Kind bekommen hatten, in die Untersuchung einbezogen werden. 13 Prozent der Schwangeren ließen sich demnach gar nicht beraten, 87 Prozent gingen mindestens einmal zu einer Schwangerenberatung. Von den Schwangeren suchte der Großteil einen niedergelassenen Arzt auf (68 Prozent aller Schwangeren); hierbei handelte es sich meist aber nicht um eine Vorsorge mit mehreren Besuchen und Blut- und Urinkontrollen, sondern um einen einmaligen Besuch. 9 Prozent der Frauen suchten direkt die Frauenklinik auf, 7 Prozent eine Hebamme und nur 3 Prozent die Beratungsstelle des Gesundheitsamtes.[205] Nach dieser Erhebung ging ein großer Teil der Frauen während der Schwangerschaft zwar zum Arzt, aber meist nur einmal und ohne die eigentlich zu der damaligen Zeit als notwendig anerkannten Untersuchungen zu erhalten.

Die Schwangerenberatung durch das öffentliche Gesundheitswesen, die in der Weimarer Zeit zumindest in manchen Städten einen größeren Teil der Schwangeren angesprochen hatte, funktionierte in der Bundesrepublik kaum noch. 1952 erhielten in Schleswig-Holstein beispielsweise nur 1 Prozent, in Niedersachsen 4 Prozent der Schwangeren in den Beratungsstellen der Gesundheitsämter, die eigentlich flächendeckend zur Verfügung standen, Vorsorgeleistungen.[206] Das öffentliche Gesundheitswesen betreute also nur einen verschwindend kleinen Anteil der Schwangeren. Die Beratungsstellen betreuten in erster Linie Mütter mit Säuglingen und nur sporadisch zusätzlich Schwangere. Lediglich in den großen Städten war diese Art der Vorsorge etwas erfolgreicher.[207] Einerseits gab es in Großstädten durch die Anbindung an Kliniken mehr Beratungsstellen als in ländlichen Gegenden, andererseits waren diese Stellen durch die städtische Infrastruktur von den Frauen besser zu erreichen.

Die Versorgung der Schwangeren wies zudem schichtenspezifische Unterschiede auf: Es suchten eher Frauen aus den gehobenen Schichten einen niedergelassenen Arzt in der Schwangerschaft auf, während werdende Mütter unterer Schichten, wenn sie sich überhaupt um Vorsorge kümmerten, eher öffentliche Schwangerenberatung bevorzugten.[208] Dies lag wohl vor allem an den unklaren finanziellen Folgen, da die Kassen, wie oben erläutert, eigentlich keine Vorsorge

---

205 BESKE, Umfang, S. 139–43.

206 BAK, B 142/647, Bericht über das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik. Es lagen der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums 1952, als der Bericht zusammengestellt wurde, lediglich aus zwei Ländern Daten vor. 1951 gab es in Schleswig-Holstein nur 421 Erstuntersuchungen Schwangerer in 101 Beratungsstellen bei ca. 38000 Lebendgeburten, in Niedersachsen immerhin 4701 Erstuntersuchungen, allerdings bei 112010 Lebendgeburten.

207 BAK, B 142/369, Bericht über eine Aussprache über aktuelle Fragen der Schwangerenbetreuung am 23. 6. 1955 in Mainz; BAK, B 142/4042, Bericht von Curt Meyer, Leiter der Abteilung Sozialhygiene in der Senatsverwaltung für Gesundheitswesen in Berlin, über den Demonstrationsdistrikt Neukölln 1953.

208 BAK, B 142/369, Bericht über eine Aussprache über aktuelle Fragen der Schwangerenbetreuung am 23. 6. 1955 in Mainz; BAK, B 142/4042, Bericht von Curt Meyer, Leiter der Abteilung Sozialhygiene in der Senatsverwaltung für Gesundheitswesen in Berlin, über den Demonstrationsdistrikt Neukölln 1953.

übernahmen. Von den Frauen, die einen Arzt aufsuchten, gingen wiederum die Angehörigen höherer Schichten eher zu einem Facharzt, während die anderen öfters den Allgemeinarzt aufsuchten.[209]

Daß die Schwangerenberatungsstellen des öffentlichen Gesundheitswesens, die in der Weimarer Zeit in etlichen Städten bereits eine Betreuung der Schwangeren angeboten und geleistet hatten, nun in diesem Bereich bis auf Ausnahmen wie in Berlin kaum noch von Bedeutung waren, mag auch die folgende Übersicht aus Kiel verdeutlichen.

Tabelle 26: Von den Beratungsstellen des Gesundheitsamtes Kiel betreute Schwangere[210]

Jahr	Lebendgeborene im Stadtkreis Kiel	Zahl der betreuten Schwangeren	Anteil der vom Gesundheitsamt betreuten Schwangeren
1925	3299	444	13%
1926	3076	772	25%
1927	2869	847	29%
1928	3033	352	12%
1929	2941	549	19%
1930	2827	560	20%
1931	2551	675	26%
1932	2478	1044	42%
1933	2588	1115	43%
1934	3620	1451	40%
1935	4086	1230	30%
1936	4417	1040	24%
1937	4466	968	22%
1938	4897	967	20%
1939–45	–	–	–
1946	3379	197	6%
1947	3574	284	8%
1948	3826	100	3%
1949	3569	367	10%
1950	3399	229	7%
1951	3218	249	8%
1952	3165	295	9%
1953	2967	263	9%
1954	2979	204	7%

In Kiel hatte sich der damalige Leiter des Gesundheitsamtes Ende der 1920er Jahre stark auf dem Gebiet der Schwangerenvorsorge engagiert. In der Zeit des Nationalsozialismus ging durch die organisatorische Umgestaltung der Gesundheitsämter im Jahr 1934 viel von dem Elan der kommunalen Gesundheits-

209 Beske, Umfang, S. 145.
210 Beske, Umfang. Für die Kriegsjahre liegen keine Zahlen vor.

fürsorge der 1920er Jahre verloren.[211] Der Prozentsatz der beratenen Schwangeren sank in Kiel schon nach dem Vereinheitlichungsgesetz von 1934 stark ab, nach dem Krieg hatte die Vorsorge in den Beratungsstellen weitgehend an Bedeutung verloren. Dies verweist auf eine typische Entwicklung: Durch die Nationalsozialisten wurde das Engagement vieler Kommunal- und Fürsorgeärzte, die z.T. aus ihren Berufen vertrieben wurden, gestoppt. Die Traditionen der Schwangeren- und Säuglingsfürsorge aus den 1920er Jahren wurden kaum weitergeführt bzw. in den 1950er Jahren nicht wieder aufgenommen.[212]

Von ärztlicher und fachärztlicher Seite war Anfang der 1950er Jahre kein besonders großes Interesse an einer Verbesserung der Schwangerenvorsorge auszumachen. Dies kann man zumindest den wenigen, dieses Thema untersuchenden Aufsätzen in den medizinischen Fachzeitschriften entnehmen. „Die sich leider bei uns noch vorwiegend im Theoretischen bewegende zunehmende Erkennung der Bedeutung der Prophylaxe“ hieß es in einem fachwissenschaftlichen Artikel von 1953 sehr umständlich über die prekäre Lage der Schwangerenvorsorge in der Bundesrepublik.[213] In der Deutschen Medizinischen Wochenschrift wurde im selben Jahr gefragt: „Ist Schwangerenfürsorge notwendig?“[214] Auch wenn der entsprechende Artikel dies bejahte und auf die Wichtigkeit einer umfassenden Vorsorge vor allem zur perinatalen Sterblichkeit der Säuglinge hinwies, zeigt allein schon die gestellte Frage, daß Prophylaxe für Schwangere damals in der Bundesrepublik keineswegs allgemein akzeptiert war. Die Anzahl von Beiträgen über die Notwendigkeit eines Ausbaus der Vorsorge blieb denn auch in dieser Zeit gering. Wenn sich derartige Artikel fanden, wurde zumeist auf die Erfolge in Großbritannien und den USA verwiesen.[215] Es blieb zunächst bei einzelnen Stimmen, die auch für die Bundesrepublik eine bessere Vorsorge forderten, gerade im Hinblick auf die Bekämpfung der Eklampsie.[216] Diese Krankheit war nach dem Rückgang der Todesfälle durch Kindbettfieber zu einer der wichtigsten Ursachen der Müttersterblichkeit geworden.[217]

---

211 BESKE, Umfang.

212 LABISCH, Entwicklungslinien, S. 42; zur Emigration der Kommunalärzte auch GROSSMANN, German Women Doctors; GROSSMANN, Reforming Sex, S. 138; vgl. hierzu auch Kap. II, 2.1.

213 JUNG, Aufgaben, S. 889.

214 HOSEMANN, Schwangerenfürsorge, S. 1283.

215 Vgl. HEYNEMANN, Ergebnisse der Eklampsiebekämpfung, S. 291; zur allgemein führenden Rolle gerade der angelsächsischen Länder in der Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe vgl. DERS., Wandlungen, S. 1. Gerade in den USA war mit einer intensiven Vorsorge ein Rückgang der Müttersterblichkeit durch Eklampsie erreicht worden, was auch in der Bundesrepublik rezipiert wurde.

216 Vgl. besonders die Arbeiten von HEYNEMANN, v.a. DERS., Ergebnisse der Eklampsiebekämpfung, S. 297; außerdem SCHWALM und SOLTH, Klinische mütterliche Sterblichkeit, S. 333, die aber den Wert einer umfassenden Schwangerenbetreuung gleichzeitig relativieren.

217 Vgl. zur Eklampsie ausführlich oben, S. 420.

Eines der wenigen Projekte zur Verbesserung der Schwangerenvorsorge Anfang der 1950er Jahre entstand im Berliner Bezirk Neukölln in den Jahren 1952/53. Durch verstärkte Angebote von Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere wollte man die Mütter- und Säuglingssterblichkeit positiv beeinflussen.[218] Amerikanische Ärzte hatten bei einem Besuch in Berlin das Projekt angeregt und unterstützten es finanziell. Man entschied sich damals für den Bezirk Neukölln, da man die dort ansässige Bevölkerung für einen repräsentativen Querschnitt der Berliner Gesamtbevölkerung hielt. Außerdem konnte die geplante Beratungsstelle für werdende Mütter günstig untergebracht werden.[219]

In der Schwangerenberatung mit täglichen Sprechzeiten arbeiteten zwei Gynäkologen, zwei Fürsorgerinnen, eine medizinisch-technische Assistentin für die anfallenden Laboruntersuchungen sowie abwechselnd die Hebammen des Bezirks.[220] Die Schwangeren, die die Projektstelle in Neukölln aufsuchten, wurden bei ihren Besuchen zunächst von Fürsorgerinnen betreut, die sie befragten, berieten und ihnen Aufklärungsmaterial aushändigten. Anschließend untersuchten Internist und Geburtshelfer die Frauen in der Beratungsstelle und überwiesen sie gegebenenfalls zum Röntgen. Im Falle von ernsthaften Befunden mußten die Frauen dann niedergelassene Ärzte aufsuchen, denn therapeutische Maßnahmen durften die Ärzte der Fürsorgestelle nicht ausführen.[221]

Bei weiteren Besuchen sollten vor allem die Fürsorgerinnen die Frauen beraten, sie über die Notwendigkeit von regelmäßigen Besuchen in der Fürsorgestelle aufklären und ihnen Hinweise für das Verhalten während der Schwangerschaft geben. Über die Vorteile von Haus- und Anstaltsentbindungen sollte ebenfalls geredet werden. Eine sinnvolle Ernährung während der Schwangerschaft und besonders das Stillen nach der Entbindung wurden propagiert.[222] Die Vorsorgeuntersuchungen berücksichtigten nicht nur gynäkologische Aspekte; auch die Lungen- und Nierenfunktion der Frauen wurde gründlich überprüft. Bei der Blutuntersuchung bestimmte man den Rhesusfaktor, um bei Rhesus-negativen Müttern mit möglicherweise Rhesus-positiven Kindern rechtzeitig auf Komplikationen bei der Geburt hinzuweisen und unbedingt

---

218 BAK, B 142/369 Brief des Senators für Gesundheitswesen an das Bundesministerium des Innern vom 25. 8. 1954, vgl. auch JUNG, Aufgaben, S. 890.

219 BAK, B 142/4042, Bericht von Curt Meyer, Leiter der Abteilung Sozialhygiene in der Senatsverwaltung für Gesundheitswesen in Berlin, über den Demonstrationsdistrikt Neukölln 1953, Vorwort, vgl. ausführlicher zu diesem Projekt, LINDNER, Gesundheitsvorsorge, S. 361–4.

220 BAK, B 142/4042, Bericht von Curt Meyer, Leiter der Abteilung Sozialhygiene in der Senatsverwaltung für Gesundheitswesen in Berlin, über den Demonstrationsdistrikt Neukölln 1953, Vorwort.

221 JUNG, Aufgaben, S. 891.

222 BAK, B 142/4042, Bericht von Curt Meyer, Leiter der Abteilung Sozialhygiene in der Senatsverwaltung für Gesundheitswesen in Berlin, über den Demonstrationsdistrikt Neukölln 1953, Anweisung für die Beratung, S. 16.

eine Anstaltsgeburt zu empfehlen.[223] Von den insgesamt 1768 schwangeren Frauen, die im Jahr 1952 die Beratungsstelle aufsuchten, wurden bei 777 krankhafte Befunde nachgewiesen. Gerade diese Zahlen zeigten nach Ansicht der beteiligten Ärzte, wie nützlich die Beratungsstelle sei und was für ein dringendes Bedürfnis bestehe, die Schwangerenberatung in jeder Hinsicht zu verbessern. Während des Jahres steigerte sich die Besuchsfrequenz der schwangeren Frauen stark, es wurden am Ende sogar ca. 80 Prozent der Schwangeren Neuköllns in öffentlichen Stellen beraten, während in den anderen Bezirken Berlins die Zahlen der vom öffentlichen Gesundheitsdienst betreuten Schwangeren zwischen 19 Prozent und 57 Prozent schwankten, durchschnittlich waren es ca. 30 Prozent. Selbst diese niedrigeren Zahlen stellten im Vergleich zu anderen Städten und Regionen der Bundesrepublik noch einen extrem hohen Anteil dar.[224]

Als problematisch wurde jedoch gewertet, daß auch in Neukölln viele Frauen erst bei relativ fortgeschrittener Schwangerschaft die Beratungsstelle aufsuchten und so manche wichtigen Vorsorgemaßnahmen nicht mehr angewandt werden konnten. Ergänzende Fragebogenerhebungen in ganz Berlin zeigten gleichzeitig, daß die Beratungsstellen vor allem von den unteren Schichten der Bevölkerung aufgesucht wurden, während die gehobeneren Schichten eher dazu tendierten, einen niedergelassenen Arzt aufzusuchen. Lediglich in Neukölln gelang es, durch die besseren Beratungsangebote einen überwiegenden Teil der Bevölkerung anzusprechen.[225] Ein gut koordiniertes und medizinisch fundiertes Betreuungsangebot des öffentlichen Gesundheitswesens konnte also durchaus den Großteil der Schwangeren erfassen; eine Erfahrung, die aber letztlich keine Auswirkungen auf die zukünftige Regelung der Schwangerenvorsorge in der Bundesrepublik Deutschland hatte.

In Berlin boten die beteiligten Ärzte auch Vorträge zur Geburtsvorbereitung und Schwangerengymnastik an. Vorbild waren Methoden aus England, insbesondere das „Training for natural childbirth", das der englische Arzt Dick Read entwickelt hatte, um so den Frauen die Angst vor der Geburt zu nehmen und sie besser auf den Geburtsvorgang vorzubereiten. Im Gegensatz zu Großbritannien, wo sich zahlreiche Laien-Gruppen für diese Form der Geburtsvorbe-

---

223 BAK, B 142/4042, Bericht Demonstrationsdistrikt Neukölln, Statistische Auswertung, vgl. auch JUNG, Aufgaben, S. 891–3; hiernach auch das folgende.

224 Vgl. hierzu ausführlich LINDNER, Gesundheitsvorsorge, S. 361–4; zu den Zahlen BAK, B 142/4042, Bericht Demonstrationsdistrikt Neukölln, Statistische Auswertung; eigene Berechnungen. Berlin nahm bei der Akzeptanz öffentlicher Beratungsangebote eine Sonderrolle ein, da hier in den 1920er Jahren ein äußerst aktives öffentliches Gesundheitswesen existiert hatte und zudem zahlreiche Ambulanzen der Krankenkassen in der Vorsorge tätig gewesen waren. So gab es in Berlin eine starke Tradition, in der Schwangerenvorsorge wie auch in anderen Bereichen Angebote des öffentlichen Gesundheitswesens wahrzunehmen.

225 BAK, B 142/4042, Bericht Demonstrationsdistrikt Neukölln, Statistische Auswertung; BAK, B 142/369, Brief des Senators für Gesundheitswesen an das Bundesministerium des Innern vom 25. 8. 1954.

reitung engagierten, gab es in den 1950er Jahren solche Bewegungen in der Bundesrepublik noch nicht.[226] Organisationen, die in den 1920er Jahren für eine bessere Stellung und Versorgung der Schwangeren gekämpft hatten, insbesondere der *Bund für Mutterschutz*, waren in den 1950er Jahren nicht wieder gegründet worden. So fehlten Vereinigungen, die Druck auf die Kommunen bzw. den Staat hätten ausüben können, irgendwelche Verbesserungen umzusetzen oder neue Wege in der Schwangerschaftsvorsorge einzuschlagen, wie z. B. die des „Natural Childbirth". Solche Anregungen fanden in der Bundesrepublik erst wieder in den 1970er und 1980er Jahren durch die neue Frauenbewegung Gehör.[227]

Die Schwangerenvorsorge erfuhr in der Praxis wenig neue Impulse, sicherlich auch, weil die Anstrengungen um eine neue gesetzliche Regelung auf Bundesebene stagnierten. Während in Großbritannien Mitte der 1950er Jahre Blutuntersuchungen aller Schwangeren mit Überprüfung der Rhesus-Gruppe der Mutter schon zum Standardprogramm in der Schwangerenvorsorge gehörten, war dies in der Bundesrepublik Deutschland beileibe noch nicht der Fall.[228] Damals gab es lediglich einige begrenzte Studien, so z. B. in Hamburg, die empfahlen, Blutuntersuchungen auf Rhesusfaktoren für alle Mütter einzuführen.

> Unseres Erachtens gehört zu jeder Schwangerenüberwachung die Bestimmung der Blutgruppen und die Untersuchung auf Antikörper […]. Nur dadurch können lebend geborene erythroblastotische Kinder vor schweren Schäden bewahrt werden. Leider sind den Kassenärzten noch die Hände gebunden, weil die Kassen die Vergütung dieser Untersuchungen bisher als ‚nicht kassenüblich' ablehnen,

hieß es in einem 1956 veröffentlichen Aufsatz.[229] Darin wurde auch der Fall der Ehefrau eines Arztes geschildert, die in der Untersuchungszeit entbunden hatte und deren Kind in eine der Kinderkliniken, die sich an dem Projekt beteiligt hatten, eingeliefert worden war.

> Unglücklicherweise war die Frau rh- und der Ehemann RH+. […] Sie wurde von Zwillingen entbunden, von denen der eine tot mit einem Hydrops Cong. geboren wurde, während der andere wenige Stunden nach der Geburt an einem starken Ikterus erkrankte. Erst zu diesem Zeitpunkt wurde von der auswärtigen Klinik das Kind wegen Verdachtes auf Erytrhoblastose in eine Kinderklinik verlegt, wo von uns die Rh-Situation geklärt wurde. Leider hatte die danach sofort eingeleitete Austauschtransfusion keinen Erfolg mehr. Auch dieses Kind starb.[230]

---

226 JUNG, Aufgaben; vgl. zu dem Training von Read und der Natural Childbirth Association ausführlich unten, S. 503.

227 Vgl. RODENSTEIN, Kultur, S. 127; SCHENK, Herausforderung, S. 95; vgl. zum Bund für Mutterschutz USBORNE, Frauenkörper, S. 27, 154–9.

228 Über „neuzeitliche serologische Untersuchungsverfahren" wurde zwar auch in der Bundesrepublik Deutschland z. B. 1954 auf den Fachtagungen der Gynäkologen berichtet, eine flächendeckende Vorsorge für alle Schwangeren war jedoch noch nicht in der Diskussion, vgl. auch SCHWENZER, Untersuchungsverfahren.

229 HOPPE und WIENCKE, Systematische Blutgruppen- und Antikörperuntersuchungen, S. 590. vgl. zur Erythroblastose oben, S. 417.

230 HOPPE und WIENCKE, Systematische Blutgruppen- und Antikörperuntersuchungen, S. 586.

Es hatte sich seit Beginn der 1950er Jahre wenig geändert, auch wenn sich einige Frauenkliniken und deren Ambulanzen sowie einige Amtsärzte in Gesundheitsämtern um einen Ausbau der Vorsorge bemühten. Eine Untersuchung bei 1000 Frauen, die 1958 an der Universitäts-Frauenklinik München entbunden hatten, bestätigte die anhaltenden Mängel in der Schwangerenvorsorge.[231] Von den untersuchten Frauen waren zwar nur 10 Prozent völlig unbetreut, von den übrigen 90 Prozent gingen aber die meisten Frauen nur ein- oder zweimal und sehr spät zu einem niedergelassen Arzt, wo sie keineswegs gründlich untersucht wurden. Lediglich den in der Klinikambulanz betreuten Frauen, deren Anteil bei dem in dieser Untersuchung gewählten Sample naturgemäß sehr hoch war, wurde eine „befriedigende" Schwangerenvorsorge attestiert. Die Autorin der Studie faßte zusammen:

> Bei der Analyse der ärztlichen Konsultationen musste festgestellt werden, dass die im Rahmen der Schwangerenbetreuung durchgeführten Untersuchungen nicht den zu stellenden Forderungen entsprachen. Die zweckentsprechende Schwangerenbetreuung ist demnach vielmehr zu einem Problem der gewissenhaften Ausführung durch die Untersucher, als der Aufklärung und Heranziehung der Schwangeren geworden.[232]

Ähnliche Ergebnisse erbrachte eine Untersuchung in Oberhausen von 1959, die ebenfalls den Umfang der Betreuung und die Qualität der Untersuchungen bei den niedergelassenen Ärzten stark bemängelte.[233]

Die hohen Müttersterblichkeitszahlen blieben in der gesundheitspolitischen und medizinischen Diskussion gleichzeitig ein wichtiges Thema.[234] Der Gesundheitsfürsorgeausschuß des Bundesgesundheitsrates, eines beratenden Organs der Bundesregierung, widmete sich wegen der im internationalen Vergleich weiterhin hohen Sterberate in der Bundesrepublik 1959 intensiv dem Thema der Schwangerenvorsorge. Alle Mitglieder des Ausschusses forderten einen Ausbau der Schwangerenberatung.[235] Selbst wenn aus statistischen Gründen die Ländervergleiche schwierig seien, ergäben die Zahlen der Weltgesundheitsorganisation deutlich, daß die Bundesrepublik seit dem Zweiten Weltkrieg bei Müttersterblichkeit, Neugeborenen- und Säuglingssterblichkeit im internationalen Vergleich zu hohe Zahlen vorweise.[236] Der Ausschuß hielt

---

231 Vgl. HEINTZE, Umfang.

232 HEINTZE, Umfang, S. 53.

233 FLATTERS, Betreuung.

234 Vgl. zu den weiterhin hohen Zahlen Tabelle 24, S. 419; vgl. auch BAK, B 142/3528, Senatsdirektor Schröder an MinDir. Stralau, Bundesinnenministerium vom 29. 1. 1959, als zeitgenössische medizinische Untersuchungen SCHWALM und SCHAUDIG, Müttersterblichkeit. 1955 war zudem ein Bericht der WHO veröffentlicht worden, in dem die Zahlen der Müttersterblichkeit in der Bundesrepublik im Vergleich zu anderen Länder sehr ungünstig ausfielen; Folgeberichte in der nächsten Jahre ergaben ein ähnliches Bild, vgl. MIKAT, Müttersterblichkeit, S. 193.

235 BAK, B 142/3528, Niederschrift über die Sitzung des Ausschusses für Gesundheitsfürsorge im Bundesgesundheitsrat am 30. Oktober 1959 in Köln, vgl. zum Bundesgesundheitsrat oben Kap. II, 1.1.

236 BAK, B 142/3528, Manuskript Referat Kirchhoff, 30. Oktober 1959. Die Säuglingssterblich-

deswegen ärztliche Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft für unabdingbar.[237] Die *Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* maß der im weltweiten und europäischen Vergleich hohen Müttersterblichkeit inzwischen so große Bedeutung zu, daß sie Ende der 1950er Jahre mehrere Wissenschaftler damit beauftragte, den Ursachen hierfür nachzugehen.[238] Letzteres verweist eher auf erhebliche Mißstände im bundesdeutschen Gesundheitswesen: Im Gegensatz zu Großbritannien, wo seit Ende der 1920er Jahre regelmäßig großangelegte Studien über Ursachen der Müttersterblichkeit durchgeführt wurden, an deren Ergebnisse man sich in der Ursachenbekämpfung orientierte, gab es in Deutschland keine solchen bundesweiten Studien.[239]

Um der mangelhaften Schwangerenvorsorge etwas abzuhelfen, wurden Ende der 1950er Jahre in einigen Ländern und Kommunen Mütterpaßaktionen gestartet. Hier waren es vor allem Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens, die versuchten, die Defizite in der Prävention auszugleichen.[240] In Nordrhein-Westfalen, wo auch auf anderen Gebieten, z. B. in der Geschlechtskrankenbetreuung, das öffentliche Gesundheitswesen wesentlich reger als in anderen Ländern agierte, wurde 1957 in verschiedenen Städten ein Gesundheitspaß für werdende Mütter eingeführt, zunächst probeweise als Modellmaßnahme.[241] Dieser Mütterpaß sollte „der Dokumentation der Blutgruppenformel und sonstiger im Interesse der Gesundheit der Schwangeren und ihres Kindes notwendiger Mindestuntersuchungen" dienen. Niedergelassene Ärzte und Hebammen gaben meist die Mütterpässe aus, das zuständige Gesundheitsamt koordinierte die Aktion und rechnete die Kosten der Vorsorgeuntersuchungen ab. Seit 1961 wurden zusätzlich Blutuntersuchungen, insbesondere die Rhesus-Über-

---

keit lag im Jahr 1959 bezogen auf 100 Lebendgeborene in der Bundesrepublik bei 3,4, in England bei 2,2, in Frankreich bei 2,5, in Italien bei 4,5 und in Schweden bei 1,6. Vgl. Bundesministerium für Gesundheitswesen, Gesundheitswesen, Band 4, S. 117–118. Vgl. auch Tabelle 31, S. 449.

237 BAK, B 142/3528, Manuskript Referat Kirchhoff, 30. Oktober 1959. Eine frühe ärztliche Untersuchung diene zur Früherkennung pathologischer Anlagen wie z. B. Syphilis, Infektionserkrankungen etc., zur genauen Terminbestimmung, die auch sichere therapeutische Entscheidungen ermögliche, sowie zur ärztlichen und fürsorgerischen Beratung. In der späten Schwangerschaft seien weitere ärztliche Untersuchungen nötig, um erhobene Befunde zu kontrollieren, falsche Haltungen oder regelwidrige Lagen des Kindes zu erkennen und Spätgestosen rechtzeitig aufzudecken.

238 FAERBER, Versuch, S. 324–5.

239 SCHWALM und SCHAUDIG, Müttersterblichkeit, S. 1657. Die beiden Autoren fanden z. B. heraus, daß in Hessen und Rheinland-Pfalz in kleinen Krankenhäusern die Müttersterblichkeit doppelt so hoch war wie in großen Krankenhäusern und verwiesen auf die hohe Zahl von Komplikationen und Todesfällen nach Schnittentbindungen in diesen Häusern. Bundesweite Untersuchungen über solche Vorfälle existierten jedoch nicht; es gab auch kein Prozedere, wie solchen Mängeln beizukommen sei. Vgl. zu den regelmäßigen Untersuchungen (Confidential Enquiries into Maternal Deaths) in Großbritannien unten S. 463.

240 FAERBER, Vorsorgeuntersuchungen, S. 359.

241 GEDICKE, Gesundheitspaß, S. 337; vgl. beispielsweise zur Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten Kap. III, 3.2.1 und Kap. III, 3.3.1.

prüfung, aus Landesmitteln bezahlt.[242] Der Gesundheitspaß wandte sich einerseits an die Mutter selbst, die darin Hinweise über Zweck und Handhabung des Mütterpasses und Hinweise auf Mütterschulung, Schwangerschaftsgymnastik, Mutterschutzbestimmungen etc. fand. Andererseits enthielt der Mütterpaß ärztliche Daten für Notfallsituationen (bestehende Krankheiten, Allergien etc.). Der Modellversuch wurde bis 1963 stark ausgeweitet. In diesem Jahr erhielten bereits 117 171 werdende Mütter die „Pässe". Einzelne Städte berichteten von großen Erfolgen mit der Aktion. In Oberhausen sanken beispielsweise die Säuglingstodesfälle nach Einführung der Mütterpaßaktion, die dort mit besonderem Ehrgeiz sowohl von den Amtsärzten wie auch von den niedergelassenen Ärzten betrieben wurde, deutlich ab (siehe unten).[243]

Auch wenn es sich hier um Zahlen aus nur einer Stadt handelt, ist doch ein deutlicher Trend abzulesen: Die Säuglingssterblichkeit konnte in Oberhausen durch umfassende, sehr engagierte Mütterbetreuung erheblich gesenkt werden.[244] In anderen Städten blieben zwar solche Erfolge aus. Die Aktion führte aber insgesamt in Nordrhein-Westfalen zu einer wesentlich größeren Aufmerksamkeit aller Ärzte auf die Schwangerenvorsorge und schuf einen wesentlichen Anstoß zum Engagement in diesem Bereich.

Tabelle 27: Schwangerenbetreuung und Säuglingssterblichkeit in Oberhausen 1960–1963[245]

Jahr	Lebendgeborene	Todesfälle	Sterblichkeit	Betreute Schwangere	Anteil an allen Schwangeren
1960	4787	206	4,3%	409	8%
1961	4888	188	3,8%	1677	35%
1962	4847	156	3,2%	2665	56%
1963	4796	149	3,1%	3984	83%

Der Einfluß dieses Teil-Erfolgs auf das öffentliche Gesundheitswesen in anderen Bundesländern blieb gering. In Bayern regte zwar die Landes-SPD ebenfalls die Einführung eines Mütterpasses an, doch die Staatsregierung unterstützte damals in der Diskussion die ablehnende Haltung der dortigen Ärzte-

242 GEDICKE, Gesundheitspaß, S. 337–9. Die Krankenversicherung dehnte ihre Leistungen erst 1965 auf diese Bereiche aus. Vgl. auch MERKL, Sozialhygienische Maßnahmen, S. 19.

243 Vgl. hierzu FAERBER, Vorsorgeuntersuchungen, S. 360.

244 Auswirkungen auf die Müttersterblichkeit ließen sich bei einer insgesamt so kleinen Grundgesamtheit wie den Geburten einer Stadt dagegen nicht berechnen. Allerdings war der Mütterpaß nicht in allen Städten so erfolgreich wie in Oberhausen. In Düsseldorf ergab beispielsweise eine Erhebung von 1962, daß zwar 62 Prozent der Schwangeren einen Mütterpaß ausgehändigt bekamen, aber nur bei 8,9 Prozent der werdenden Mütter die Ärzte tatsächlich Eintragungen darin vornahmen, so daß der Erfolg dieser Aktion sehr eingeschränkt war, vgl. hierzu HÜTER, Untersuchungen, S. 386; MERKL, Senkung, S. 19.

245 GEDICKE, Gesundheitspaß, S. 341.

schaft. Der bayerische Ärztefunktionär Hans-Joachim Sewering äußerte sich im Jahr 1964 folgendermaßen:

> So ist es uns jetzt gelungen, alle Bestrebungen – sie sind von der Sozialdemokratischen Landtagsfraktion ausgegangen – nach Einführung eines Mütterpasses in Bayern zu unterbinden. […] Wir haben den Standpunkt vertreten, daß ärztliche Daten und Untersuchungsergebnisse in die Kartei des Arztes, aber nicht in die Handtasche der Frau gehören: Wenn sie in der Handtasche der Frau sind, werden sie Gegenstand von Unterhaltungen beim Kaffeeklatsch und bei sonstigen Gelegenheiten und führen nur zu einer unnötigen Beunruhigung der Frauen, die mit diesen nichts anzufangen wissen. […] Die Angaben über die Untersuchungsergebnisse gehören in die Kartei des Arztes.[246]

Hintergrund der Auseinandersetzungen war neben den Bedenken, Befunde weiterzugeben, auch die Tatsache, daß durch den Mutterpaß das öffentliche Gesundheitswesen in die Schwangerenvorsorge eingebunden worden wäre und die bayerischen Ärzte dies in jedem Fall vermeiden wollten. Deutlich wird hier aber außerdem, daß die Ärzte keineswegs bereit waren, ihre Dominanz und ihr „männliches" Fachwissen gegenüber ihren Patientinnen preiszugeben. Den „klatschenden" Frauen wurde von Sewering keine Selbstverantwortung und kein Mitbestimmungsrecht zugestanden; sie bedurften angeblich des Schutzes durch die Ärzte. Die Dominanz des Arztes sollte durch keinerlei Kontrollen, weder von den Frauen selbst, noch durch den öffentlichen Gesundheitsdienst, der Daten überprüfen und z. B. Qualitätsstandards hätte einfordern können, verringert werden.[247]

In Bayern wurde dann am 1. Juli 1964 zumindest eine „Aktion Rhesus-Faktor" eingeführt, bei der Mütter kostenlos von serologischen Untersuchungen Gebrauch machen konnten.[248] Weil dieses Programm aber nicht in andere Vorsorgeuntersuchungen oder in eine Mütterpaßaktion eingebunden war, hatte diese Initiative wenig Erfolg. Sie war letztlich nur von kurzer Dauer, da bereits 1965 durch die bundesgesetzliche Neuregelung der Schwangerenvorsorge diese landespolitischen Anstrengungen beendet wurden.

Aber auch bei dem eigentlich erfolgreichen Projekt in Nordrhein-Westfalen hatten die Initiatoren des Mütterpasses Probleme mit den niedergelassenen Ärzten. Viele waren auch dort nicht mit der Weitergabe der Befunde an die Frauen einverstanden gewesen. Hier hatte man für die Untersuchungsergebnisse den Kompromiß gefunden, daß das Blatt des Mütterpasses, in das die Ärzte die laufenden Untersuchungen eintrugen, perforiert wurde, so daß die Ärzte nach eigenem Ermessen die Informationen im Paß lassen konnten oder nicht.[249]

Weitaus problemloser funktionierte die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und öffentlichem Gesundheitsdienst im hessischen Kassel. Dort

---

246 SEWERING, Tätigkeitsbericht, S. 752.

247 Vgl. RODENSTEIN, Gebärpolitik.

248 Vorarchiv ArbMin NRW, Nr. 1127.18; Gesetz über Vorsorgemaßnahmen für werdende Mütter und Wöchnerinnen; Bayer. Staatsminister des Innern an den Vorsitzenden des Ausschusses für Gesundheitswesen des Deutschen Bundestages, 10. 5. 1965.

249 GEDICKE, Gesundheitspaß, S. 338.

ergriff das Stadtgesundheitsamt die Inititative und führte 1960 ebenfalls einen Mütterpaß ein.[250] Das Gesundheitsamt schickte die Vordrucke den Ärzten, Hebammen und den geburtshilflichen Abteilungen der Krankenhäuser zu. Wenn Arzt oder Hebamme das Gesundheitsbuch nicht selbst ausfüllen bzw. keine Blutuntersuchung durchführen konnten oder wollten, konnten sie die Schwangeren an das Gesundheitsamt überweisen. Hier ging es – wie in Nordrhein-Westfalen – um Blutgruppen- und Rhesusfaktorbestimmung, Urinuntersuchungen und Blutdruckmessungen. Ausführliche Beratung blieb dem niedergelassenen Arzt überlassen. Die Mütterpässe wurden nach den Untersuchungen im Gesundheitsamt wieder an den behandelnden Arzt zurückgeschickt, der sie dann der Mutter selbst aushändigte, so daß im Notfall wichtige Daten verfügbar waren. In Kassel trug die Stadt die Mehrausgaben für Mütterpaß und Untersuchungen.

Letztlich blieben trotz der Mütterpaßaktionen verschiedener Länder und Kommunen die bundesweiten Angebote und die flächendeckende Versorgung der Schwangeren nach den damaligen medizinischen Maßstäben unzureichend. Eine Erhebung von 1962 klassifizierte beispielsweise nur 0,7 Prozent der untersuchten, ärztlich betreuten Schwangeren als optimal versorgt.[251] Die Müttersterblichkeit blieb im Vergleich zu anderen europäischen Ländern und den Vereinigten Staaten auch Anfang der 1960er Jahre hoch. Eine vergleichsweise häufige Todesursache in Deutschland waren Toxikosen, deren hohe Zahl durch bessere Vorsorge hätte deutlich gesenkt werden können.[252] Es mangelte nicht nur an einer ausreichenden Zahl der Untersuchungen, diese selbst blieben weiterhin unzureichend:

> Auf der anderen Seite […] läßt aber auch die Gründlichkeit der Untersuchung zu wünschen übrig. Wenn Blutdruck-, Gewichtskontrolle und Urinuntersuchung nicht regelmäßig bei jeder schwangeren Frau vorgenommen werden, sowie das Vorhandensein von Ödemen nicht genügend beachtet und womöglich als Stauungserscheinungen unrichtig gedeutet werden, so ist dies ein nicht zu leugnender Mangel.[253]

Anfang der 1960er Jahre wurde nun in einschlägigen Fachzeitschriften von ärztlicher Seite sehr viel öfters eine Intensivierung der Schwangerenvorsorge gefordert und die Kenntnisse der Ärzte in der Prophylaxe kritisiert.[254] Ein Arzt der Frauenklinik der Medizinischen Akademie Düsseldorf beklagte beispielsweise in einem Artikel von 1964 die Unkenntnis der behandelnden Ärzte.[255] Das steigende fachwissenschaftliche Interesse an der Vorsorge wurde von verschiedene Entwicklungen befördert: die seit langem diskutierte stärkere

---

250 Vgl. hierzu und zum folgenden GASSE, Drei Jahre, S. 321–4.

251 HÜTER, Untersuchungen, S. 384. Von optimaler Vorsorge ging man bei 10 Untersuchungen aus, die zumindest mit Urin- und Blutdruckkontrolle umfaßten.

252 Vgl. hierzu Tabelle 25, S. 421; GOECKE, Ursachen, S. 1–2.

253 GOECKE, Ursachen, S. 3.

254 Vgl. z. B. GEDICKE und HÜTER, Sozialhygienische und geburtshilfliche Bemühungen; FINKBEINER, Pränatale Vorsorge; KRONE, Bedeutung.

255 HÜTER, Untersuchungen, S. 387.

Einbeziehung der Ärzteschaft in die Vorsorge, wie sie im KVNG-Gesetz verankert werden sollte, die Brisanz der wenig sinkenden Müttersterblichkeit und die vom öffentlichen Gesundheitswesen initiierten Mütterpaßaktionen, die große Aufmerksamkeit in der Frauenheilkunde erregt hatten.[256]

Schließlich wurde auf Bundesebene die Schwangerenvorsorge 1965 in die Regelleistungen der Kassen aufgenommen und den niedergelassenen Ärzten übertragen. Damit endeten die Mütterpaßaktionen der Kommunen und Länder.[257] Sehr bedauert wurde die Änderung von den bisher in diesem Bereich engagierten Amtsärzten, die die Fähigkeiten der niedergelassenen Ärzte in der Prophylaxe stark anzweifelten:

> Die Mütterpaßaktion in Teilen Nordrhein-Westfalens hatte ja vor allem deswegen einen so großen Erfolg, weil die Ärzte der Gesundheitsämter die niedergelassen Ärzte an Aufgaben der Schwangerenvorsorge heranführten und sie in sie einwiesen und weil andererseits hierdurch Interesse und Verständnis für diese Aktion so mobilisiert werden konnten, daß die niedergelassenen Ärzte bereitwillig diese zusätzliche Aufgabe in ihren sonstigen Zeit- und Arbeitsplan einbauten und aus Idealismus und echter Begeisterung mitarbeiteten.[258]

In Oberhausen, wo die Mütterpaßaktion unter Leitung des öffentlichen Gesundheitswesens zu einer erheblichen Senkung der Säuglingssterblichkeit geführt hatte, wurde von den Amtsärzten sogar ein leichter Wiederanstieg der Säuglingssterblichkeit ausgemacht.[259] Der Mütterpaß, der in dem neuen Gesetz nicht mehr vorgeschrieben, sondern durch ein „Sprechstundenblatt für Schwangere“ ersetzt wurde, war gerade von den Ärzten des öffentlichen Gesundheitswesens wegen seiner erzieherischen Funktion geschätzt worden: Der Paß erinnerte die Schwangere an ihre Untersuchungstermine und gleichzeitig die Hausärzte daran, die wichtigsten Untersuchungen auch wirklich vorzunehmen.[260] Das Sprechstundenblatt, das beim Arzt verblieb, hatte diese Vorzüge nicht.

Mit dem Gesetz von 1965 und dem Ende der Mutterpaßaktionen war der öffentliche Gesundheitsdienst endgültig aus der Betreuung von Schwangeren ausgeschieden. Personal und Geräte für diesen Bereich der Vorsorge wurden

---

256 Vgl. z. B. die Forderungen für einen Ausbau der Schwangerenbetreuung zur Senkung der Müttersterblichkeit bei HÜTER, Präeklampsiehäufigkeit; vgl. MEINRENKEN, Problem.

257 Vgl. NRW HStA, NW 372/192, Landesregierung Nordrhein-Westfalen, 27. 6. 1966, Pressenotiz, vgl. zur Gesetzgebung S. 431.

258 FAERBER, Vorsorgeuntersuchungen, S. 361; vgl. hierzu auch ARNOLD, Malaise.

259 Ob dieser leichte Wiederanstieg von 2,44 Prozent 1964, dem letzten Jahr, in dem das Oberhausener Mütterpaßverfahren angewandt wurde, auf 2,88 Prozent 1966, als die Vorsorge gänzlich der freien Ärzteschaft übergeben wurde, überhaupt statistisch relevant ist, muß allerdings bezweifelt werden, da die absoluten Zahlen der Müttersterblichkeit sehr gering waren, so daß bereits ein Fall die Prozentzahlen erheblich veränderte. Vgl. zu den Zahlen ARNOLD, Malaise, S. 440.

260 SCHLIEPER, Rolle, S. 57; GEDICKE und HÜTER, Sozialhygienische und geburtshilfliche Bemühungen, S. 168. Wegen des geringeren Erfolges des Sprechstundenblattes kehrte man bereits 1968 zum Mutterpaß zurück.

daraufhin in den Gesundheitsämtern nach und nach abgebaut. Auch eine Integration der Hebammen in die Schwangerenvorsorge war mit der Übertragung an die niedergelassenen Ärzte gescheitert.[261]

Die Schwangerenvorsorge blieb laut verschiedener Untersuchungen und Erhebungen trotz der gesetzlichen Neuregelung auch in der zweiten Hälfte der 1960er Jahre noch unzureichend.[262] In Bamberg wurden zwischen 1964 und 1968 insgesamt 13 104 Mütter befragt, die in der Klinik entbanden, wie sich ihre Schwangerenvorsorge gestaltet hatte.[263] Der Anteil völlig unbetreuter Frauen sank von 1964 bis 1968 von 12,6 Prozent auf 4,5 Prozent. Die Anzahl der Untersuchungen während der Schwangerschaft stieg ebenfalls deutlich an:

Tabelle 28: Frequenz der Schwangerenbetreuung in Bamberg 1964–1968 (in Prozent)[264]

Jahr	*1964–66*		*1967*		*1968*	
Anzahl der Konsultationen	1–2mal	3mal und öfter	1–2mal	3mal und öfter	1–2mal	3mal und öfter
Erstgebärende	16,5	83,5	8,0	92,0	7,4	92,6
Zweit- u. öfter Gebärende	29,6	70,4	23,8	76,2	20,7	79,3
Betreute Schwangere gesamt	25,4	74,6	17,6	82,4	15,5	84,5

Von den betreuten Frauen konsultierten ca. 30 Prozent den Facharzt. Die Schwangerenvorsorge nur durch den praktischen Arzt ging in den 1960er Jahren zugunsten der Beteiligung der Klinik von 33,4 Prozent in den Jahren 1964/66 auf 26,1 Prozent in den Jahren 1969/72 zurück.[265] 20 bis 25 Prozent aller Schwangeren wurden von freipraktizierenden Ärzten und der Klinik gemeinsam betreut. Eine Beteiligung niedergelassener Hebammen bei der Schwangerenvorsorge der befragten Frauen gab es kaum.[266] Die Umfrage hatte zudem erhoben, wie die Untersuchungen verlaufen waren, mit Fragen nach der Kontrolle von Blutdruck, Urin, Gewicht und Hämoglobinwert,[267] nach Ergebnissen von Blutgruppen- und Antikörper-Untersuchungen. Beim Facharzt wie beim niedergelassenen Arzt war die Blutdruck- und Urinkontrolle bei den Vorsorgeuntersuchungen zunächst völlig unzureichend, die Prozentzahl stieg aber bis 1970 erheblich an. Hier seien als Beispiel die Facharztuntersuchungen aufgelistet:

---

261 KORPORAL, Gesundheitsschutz, S. 283; RODENSTEIN, Kultur, S. 126.
262 ARNOLD, Malaise.
263 HARBAUER, Entwicklung; KRONE und NOWAK, Gegenwärtige Situation, S. 2381; KRONE, Gegenwärtige Situation, S. 6; KRONE et al., Untersuchungen, S. 2588–9.
264 KRONE, Gegenwärtige Situation, S. 8.
265 HARBAUER, Entwicklung, S. 15.
266 KRONE, Gegenwärtige Situation, S. 9.
267 Um Eisenmangel vorzubeugen.

Tabelle 29: Art und Häufigkeit der Einzeluntersuchungen bei Vorsorgeuntersuchungen der Schwangeren beim Facharzt in Bamberg 1964–1970 (in Prozent)[268]

Art der Untersuchung	*1964/66*	*1967/68*	*1969*	*1970*
äußere Unters.	98,9	99,2	97,4	93,4
Blutdruck-Kontrolle	54,1	61,5	74,7	86,3
Urin-Kontrolle	48,2	54,9	68,5	79,3
Gewichts-Kontrolle	5,5	26,6	79,0	91,7

Während der Umfang der Kontrollen beim Facharzt, also bei Gynäkologen oder Geburtshelfern, 1964 noch sehr zu wünschen übrig ließ, hatten sich die Ergebnisse bis 1970 stark verbessert. Mittlerweile entsprachen die Vorsorgeuntersuchungen den geforderten medizinischen Standards. Die Ergebnisse der Bamberger Studie korrespondierten mit anderen Umfragen. Nach einer Erhebung in Landau von 1968 gingen die Schwangeren dort ebenfalls zu selten in die Vorsorgeuntersuchungen, auch die Untersuchungsmethoden der Ärzte selbst waren in vielen Fällen nicht ausreichend.[269] Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Art der Vorsorgeuntersuchungen bei den Befragten und zeigt – wenn auch an einem sehr kleinen Sample –, wie selbst die geringen Anforderungen des Blutdruck-Messens und der Urin-Kontrolle bei manchen Ärzten ungenügend beachtet wurden und welch große Unterschiede auch zwischen verschiedenen Facharztpraxen bestanden.

Die Institutionalisierung der Schwangerenvorsorge als Leistung der Krankenversicherung führte also in der Praxis keineswegs sofort zu einer umfassenden Versorgung der Schwangeren. Die Prophylaxe-Leistungen der niedergelassenen Ärzte paßten sich nur allmählich dem damals geforderten Standard an.

Tabelle 30: Detailuntersuchungen in verschiedenen Arztpraxen in Landau/Pfalz 1968[270]

Ärzte	Wie oft wurde bei der Vorsorgeuntersuchung								
	Blut entnommen?			Blutdruck gemessen?			Urin abgegeben?		
	nie	manchmal	stets	nie	manchmal	stets	nie	manchmal	stets
Frauenarzt A	39	19	5	9	26	28	12	33	18
Frauenarzt B	6	44	21	–	4	65	1	4	65
Frauenarzt C	3	29	17	–	4	45	–	8	41
Sonstige Frauenärzte	2	13	11	–	2	25	–	3	24
Praktische Ärzte	13	31	7	–	14	38	1	20	31

268 HARBAUER, Entwicklung, S. 5.
269 ARNOLD, Malaise, S. 437–8.
270 ARNOLD, Malaise, S. 438.

Trotzdem trug die Verankerung der Schwangerenprophylaxe im Leistungskatalog der Kassen schließlich neben anderen Faktoren zu einem Rückgang der Müttersterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland bei.[271]

Ungeachtet dieser Erfolge hatte das Konzept der individualisierten Betreuung der Schwangeren durch den Arzt deutliche Nachteile. Gerade bei den Angehörigen der unteren Schichten waren die öffentlichen Beratungseinrichtungen eher akzeptiert gewesen als ein selbständiger Besuch beim niedergelassenen Arzt. Nach Einführung der gesetzlichen Leistungen wurde daher auch beklagt, daß die Frauen, die eine besonders intensive Beratung brauchten, von der rein medizinisch orientierten Vorsorge nicht erreicht wurden.[272] Durch das Zurückdrängen des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit seiner medizinisch *und* sozial ausgerichteten Beratung wurde ein schichtspezifisches Gesundheitsverhalten verstärkt. Noch in den 1980er Jahren zeigten Untersuchungen in der Bundesrepublik deutliche Unterschiede zwischen Frauen der unteren und der mittleren/oberen Schichten bei der Häufigkeit der Arztbesuche in der Schwangerschaft.[273] In derselben Dekade war in Deutschland auch die Akzeptanz einer frühzeitigen Vorsorge bzw. die Teilnahme an allen vorgesehenen Untersuchungen noch relativ gering (lediglich 50 bis 70 Prozent der Schwangeren suchten den Arzt vor der 13. Schwangerschaftswoche auf, nur 10 bis 40 Prozent nahmen an allen vorgesehenen Untersuchungen teil).[274] Das von den Ärzten stets angeführte Vertrauensverhältnis und die besondere Arzt-Patienten-Beziehung hatten nicht zu einem großen Erfolg der Vorsorge geführt. Daß sich die Schwangerenvorsorge unwidersprochen auf diese Weise entwickelte, lag sicher auch daran, daß es lange keine Interessengruppen gab, die die Bedürfnisse der Schwangeren selbst formulierten und für ihre Belange kämpften. Solche Vereinigungen entwickelten sich in der Bundesrepublik Deutschland erst mit der Neuen Frauenbewegung Ende der 1960er/Anfang der 1970er Jahre.[275]

4.3.3 Säuglingsvorsorge – Maßnahmen und Praxis

Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen von Säuglingen waren ebenso wie die Schwangerenvorsorge nicht als Krankenkassenleistungen anerkannt. In der Säuglingsvorsorge gab es jedoch ein besseres Betreuungssystem des öffentlichen Gesundheitswesens als bei Schwangeren. In den Mütterberatungsstellen, die meist bei den Gesundheitsämtern angesiedelt waren und die die Kommu-

---

271 KEDING, Gesundheitsdienst, S. 58; vgl. auch Bundesministerium für Jugend, Familie, Gesundheit, Untersuchungen, S. 41–3.

272 Vgl. ARNOLD, Malaise, S. 438–40, CHRISTOPH MÜLLER, Säuglingssterblichkeit, S. 122. Vgl. auch TIETZE, Zwischen Natur und Technik, S. 140.

273 Vgl. MACINTYRE, Role, S. 328.

274 ABHOLZ, Prävention, S. 175–9.

275 Vgl. SCHENK, Herausforderung, S. 94–5; vgl. zur Formierung der neuen Frauenbewegung auch SCHULZ, Macht.

nen und Landkreise in der Zeit der Weimarer Republik flächendeckend eingerichtet hatten,[276] wurden die Säuglinge ärztlich untersucht, gewogen, sowie Ernährung und Pflege besprochen.[277] Durchschnittlich betreuten die Mütterberatungsstellen Anfang der 1950er Jahre etwa 60 Prozent der Säuglinge. Viele Kinder erhielten jedoch nur eine einmalige Untersuchung, was auch nach den damaligen medizinischen Erkenntnissen keiner ausreichenden Prophylaxe entsprach.[278] Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern schnitt die Bundesrepublik Deutschland auch auf dem Gebiet der Säuglingsvorsorge schlecht ab. Zudem zeigte das statistische Material, das damals der Gesundheitsabteilung im Innenministerium vorlag, für die Bundesrepublik eine im Verhältnis zu anderen europäischen Ländern hohe Säuglingssterblichkeit.[279]

Im Ministerium wurden zunächst Materialien darüber zusammengetragen, wie sich die Säuglingssterblichkeit in anderen europäischen Staaten entwickelt hatte und wie das Problem der Vorsorge dort angegangen wurde.[280] Der auch im Bereich der Schwangerenvorsorge aktive Wilhelm Hagen, der sich dem

Tabelle 31: Säuglingssterblichkeit in Europa (auf 100 Lebendgeborene)[281]

Land	*1949*	*1953*
Belgien	6,3	4,3
Bundesrepublik	5,9	4,6
DDR	7,8	5,3
England	3,2	2,6
Finnland	4,9	3,4
Frankreich	5,5	3,8
Niederlande	2,7	2,0
Schweden	2,3	2,3
Schweiz	3,4	3,0
Spanien	6,8	5,4

276 In großen Städten wie Berlin gab es diese Beratungsstellen schon im Kaiserreich. Vgl. STÖKKEL, Säuglingsfürsorge S. 211–37 und RODENSTEIN, Kultur, S. 120.

277 BAK, B 142/647, Bericht über das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik.

278 BAK, B 142/4043, Übersicht über Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind, Kleinkinder, Schulkinder und Jugendliche in acht europäischen Staaten im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland.

279 Vgl. zur Entwicklung der Säuglingssterblichkeit genauer S. 416.

280 BAK, B 142/979, Innenminister an Präsidenten des Deutschen Bundestages vom 23. Juni 1953.

281 BAK, B 142/4043, Statistisches Material des Statistischen Bundesamtes; Zahlen zur DDR ergänzt aus CHRISTOPH MÜLLER, Säuglingssterblichkeit, S. 18. Die hohe Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik läßt sich auch nicht damit erklären, daß in Deutschland kurz nach oder bei der Geburt verstorbene Säuglinge als Lebendgeburten gezählt werden, die in anderen Ländern gleich zu den Totgeburten gerechnet werden und somit nicht mehr zur Säuglingssterblichkeit zählen. Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden bei dieser Statistik auch die Totgeburten in den anderen Ländern in den Vergleich mit einbezogen. Da in den Ländern mit höherer Säuglingssterblichkeit auch die Totgeburten höher

Thema Prävention in der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums intensiv widmete, faßte seine Ergebnisse über die Säuglingsvorsorge in verschiedenen europäischen Staaten folgendermaßen zusammen:

> Legt man den klassischen Maßstab der Säuglingssterblichkeit an, so schneidet Deutschland gegenüber den anderen Ländern schlecht ab. Unsere Säuglingssterblichkeit liegt höher als die aller besuchten Staaten mit Ausnahme von Belgien und Spanien. Dabei haben wir nicht die Entschuldigung einer besonders hohen Geburtenziffer.[282]

In Hagens Bericht wurde beispielsweise die Säuglingsfürsorge des in England neu eingeführten NHS als wesentlich umfassender eingeschätzt als die deutsche.[283] 90 Prozent der Säuglinge wurden dort durch Hausbesuche betreut, gleichzeitig 70 Prozent in den Beratungsstellen. Zwar erhielten in der Bundesrepublik etwa 60 Prozent der Säuglinge eine Betreuung durch die Mütterberatungsstellen. Hausbesuche gab es jedoch im Gegensatz zu anderen Ländern kaum, was als besonderer Mangel gesehen wurde. Auch die Frühgeburtenversorgung funktionierte in anderen Ländern besser als in der Bundesrepublik.[284] Weil international die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr als Maßstab der Effizienz eines Gesundheitssystems galt,[285] war den Verantwortlichen in Ministerium und Verwaltung sehr daran gelegen, Mißstände zu beheben und eine gesetzliche Festlegung der Prophylaxe für Säuglinge zu erreichen. Dies sollte in dem bereits diskutierten *Gesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge*, mit dessen Entwurf Wilhelm Hagen beauftragt war, neu geregelt werden.[286]

Beim Problem der Säuglingsvorsorge wird ebenso wie bei der Schwangerenvorsorge die starke Orientierung der Bundesrepublik an anderen westlichen Ländern deutlich, hinter deren Standards in der Gesundheitsfürsorge man nicht zurückstehen wollte. Das Argument der Rückständigkeit Deutschlands im Vergleich zu den westeuropäischen Nachbarn tauchte bei Diskussionen im Ministerium und in anderen Gremien immer wieder auf. Es wurde insbesondere von Hagen instrumentalisiert, um das teure und schwierig durchzusetzende Gesetzesvorhaben zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge voranzutreiben, an dem ihm als ehemaliger Fürsorgearzt sehr gelegen war.[287]

---

lagen, kann eine geringfügig divergierende Definition von Lebend- und Totgeburten die großen Unterschiede zwischen den Ländern bei weitem nicht allein erklären.

282 Vgl. zu Hagen ausführlich Kap. II, 1.1; sowie in den Ausführungen zu Maßnahmen in der Schwangerenvorsorge, oben S. 426; BAK, B 142/4043, Bericht für die WHO über die Fürsorge für Mutter und Kind in neun europäischen Staaten, Entwurf, S. 19.

283 BAK, B 142/4043, Bericht für die WHO über die Fürsorge für Mutter und Kind in neun europäischen Staaten, Entwurf, S. 35.

284 BAK, B 142/4043, Übersicht über Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind, Kleinkinder, Schulkinder und Jugendliche in acht europäischen Staaten im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland.

285 CHRISTOPH MÜLLER, Säuglingssterblichkeit, S. 5.

286 Vgl. zu dem Gesetzentwurf oben, S. 425.

287 Vgl. BAK, B 142/4043, Vermerk über Besprechung im Bundesministerium des Innern am 24. 2. 1956. Die Säuglingsvorsorge der DDR wurde Anfang der 1950er Jahre kaum als Ver-

Wie bei der Schwangerenvorsorge kann man auch bei der Prophylaxe für Säuglinge anhand der verschiedenen Entwürfe des Gesetzes zur vorbeugende Gesundheitsfürsorge in den 1950er Jahren eine deutliche Verschiebung der Zuständigkeiten zugunsten der niedergelassenen Ärzte beobachten. 1952 war noch vorgesehen, daß in der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge die Gesundheitsämter die Hauptarbeit übernehmen: sie sollten die Säuglinge bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres betreuen und beispielsweise auch Frauenmilchsammelstellen einrichten. Die Mütter sollten diese Säuglingsberatungsstellen alle 14 Tage aufsuchen, „gefährdete Säuglinge" sollten durch regelmäßige Hausbesuche der Fürsorgerinnen betreut und „überwacht" werden. Für die Kosten dieser vorbeugenden Gesundheitsvorsorge mußten dementsprechend die Träger der Gesundheitsämter aufkommen.[288] Die Säuglingsberatung verblieb also in den Entwürfen vorläufig noch ganz bei den Gesundheitsämtern. Aber auch hier hatten die Entwicklungen der 1950er Jahre Konsequenzen, insbesondere die erstarkte Position der niedergelassenen Ärzte durch das Gesetz zum Kassenarztrecht, das im August 1955 verabschiedet wurde.[289] In den Entwürfen von 1956 wurde die Säuglingsvorsorge den Gesundheitsämtern nur noch überlassen, soweit sie nicht von den Krankenkassen übernommen werden konnte. Dies ist umso erstaunlicher, als ja gerade die Säuglingsuntersuchungen in den meist schon seit den 1920er Jahren eingerichteten öffentlichen Mütterberatungen gut funktioniert hatten. Hier existierte also im Gegensatz zur Schwangerenprophylaxe bereits eine Form der Vorsorge, die man eigentlich leicht hätte ausbauen können.[290] Wie schon im Abschnitt über Schwangerenvorsorge gezeigt, stieß das Gesetz trotz der Änderungen weiterhin auf Widerstand und scheiterte 1956 bei den Beratungen innerhalb des Ministeriums.[291]

Auch der Bereich der Gesundheitsvorsorge für Säuglinge wurde in der Folge ausführlich im Zusammenhang mit der Gesamtreform der sozialen Leistungen durch die Bundesregierung diskutiert und sollte schließlich im Zusammenhang

---

gleichsmaßstab herangezogen, wahrscheinlich deshalb, weil zu dieser Zeit die Säuglingssterblichkeit in der DDR noch höhere Zahlen als in der Bundesrepublik aufwies.

288 BAK, B 142/4042, handschriftlicher Entwurf Hagens zum Gesetz über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge von 1952.

289 Gesetz über das Kassenarztrecht, BGBl. 1955 I, S. 513–23.

290 BAK, B 142/4042, Entwurf zum Gesetz über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge vom Februar 1956. Dort hieß es, daß jedes neugeborene Kind im ersten Lebensjahr den Anspruch auf 12 kostenlose ärztliche Untersuchungen und Beratungen habe. Die Untersuchungen würden aber nur dann in einer Säuglingsberatungsstelle des Gesundheitsamtes kostenlos durchgeführt, sofern die Träger der Krankenversicherung die Kosten nicht übernähmen.

291 BAK, B 142/4043, Abteilung Ic an Abteilung IV vom 23. Juli 1955; vgl. zum Scheitern des Gesetzes auch S. 428 f. Bei der Säuglingsvorsorge wurde von den anderen Abteilungen insbesondere die Verpflichtung der Gesundheitsämter, Hausbesuche bei den Neugeborenen durchzuführen, bemängelt. Dies müsse eingeschränkt werden, da eine Pflicht zum Betreten der Wohnung mit Art. 13 GG kollidiere. Vgl. zu diesem Aspekt BAK, B 142/4043, Vermerk über die Besprechung des Entwurfes eines Gesetzes über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge für Mütter, Kinder und Jugendliche mit den beteiligten Referaten am 24. Februar 1956.

mit der Neuregelung des Kassenrechts in die Leistungen der sozialen Krankenversicherung aufgenommen werden.[292] Damit hatte sich auch hier die individuelle Vorsorge durch den Arzt durchgesetzt, obwohl noch ein funktionierendes Konzept des öffentlichen Gesundheitswesens bestand. Durch das Scheitern des Krankenversicherungsneuregelungsgesetzes im Jahr 1961 gab es allerdings weiterhin keine einheitliche gesetzliche Regelung.[293]

Einer gesundheitspolitischen Gesetzgebung standen wie in der Schwangerenvorsorge die Kompetenzprobleme zwischen Bund und Ländern im Weg.[294] Nachdem die Vorsorge für Schwangere schließlich im Gesetz zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung von 1965 verankert worden war,[295] blieb die Zukunft der Säuglingsvorsorge immer noch ungeregelt. Als Lösung kam zu diesem Zeitpunkt nur noch eine Aufnahme in die Kassenleistungen in Frage; eine starke Einbindung des Gesundheitsamtes war durch die Richtungsentscheidungen der vergangenen Jahre obsolet geworden. So wurden die Vorsorgeuntersuchungen für Säuglinge 1970 durch das Gesetz zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung endgültig geregelt.[296]

In der Praxis bestanden in den 1950er Jahren die Mütterberatungsstellen der Gesundheitsämter fort. Hier konnten Frauen mit ihren Säuglingen und Kleinkindern zu Vorsorgeuntersuchungen sowie zur allgemeinen Beratung kommen und Auskünfte über die richtige Ernährung und die notwendige Hygiene einholen. „Bedürftige" Mütter erhielten zudem wie schon in den Nachkriegsjahren kostenlos Nährpräparate oder Mittel zur Rachitisprophylaxe.[297] Durch die Unklarheiten über die Zukunft der Säuglingsvorsorge und die Verteilung der Kompetenzen zwischen öffentlichem Gesundheitswesen und niedergelassenen Ärzten fand jedoch in den 1950er Jahren kaum ein Ausbau dieser Angebote statt. Die geringen Investitionen in den Ausbau der öffentlichen Beratungsstellen lassen sich am Beispiel Bayerns verdeutlichen. Hier war die Säuglingssterblichkeit in den strukturschwachen, ländlichen Bezirken Niederbayern und Oberpfalz bis in die 1960er Jahre hinein deutlich höher als in den anderen Regionen.[298] Dennoch baute die Bayerische Staatsregierung in den Problemgebieten die Zahl der Beratungsstellen kaum aus. In der Oberpfalz stieg ihre Anzahl zwischen 1953 und 1959 lediglich von 207 auf

---

292 MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 437- 8.

293 Vgl. hierzu Kap II, 1.1; sowie PA, II, 1002 A1 72, Sitzung des Ausschusses für Gesundheitswesen vom 17. 3. 1962; LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 152–3; ROSEWITZ und WEBBER, Reformversuche, S. 179.

294 MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 438.

295 BGBl. 1965 I, Gesetz zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung, S. 912–9; vgl. dazu auch ausführlich oben, S. 431.

296 BGBl. 1970 I, S. 1770–3; vgl. auch ABHOLZ, Prävention, S. 171.

297 Vgl. Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 63 (1955), S. 120.

298 Vgl. oben S. 420.

220, in Niederbayern blieb sie konstant bei 344.[299] Besondere Programme des öffentlichen Gesundheitswesens für die bessere Betreuung der ländlichen Gebiete wurden nicht entwickelt. Für ganz Bayern nahm die Betreuungsdichte und -intensität (bei ständig steigender Geburtenzahl) nicht zu. Die geringe Förderung dieses Bereichs wurde natürlich von der bundesweiten Entwicklung stark beeinflußt, die auch in den Ländern einen Ausbau des öffentlichen Gesundheitswesen bremsten.[300]

Die Traditionen einer umfassenden öffentlichen Gesundheitsfürsorge, wie sie in den 1920er Jahren bestanden hatten, wurden in der Säuglingsvorsorge des öffentlichen Gesundheitswesens der 1950er Jahre nur eingeschränkt weitergeführt. Das hatte ähnliche Gründe wie in der Schwangerenvorsorge: Auch die Säuglingsvorsorge litt an der Vertreibung von sozialmedizinisch engagierten Ärzten durch die Nationalsozialisten und an den Folgen des Vereinheitlichungsgesetzes.[301] Hinzu kam, daß der Amtsarztberuf mit den unklaren zukünftigen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens im Gegensatz zu den Möglichkeiten des niedergelassenen Arztes in den 1950er Jahren kaum noch attraktiv erschien.

Ein weiterer Grund lag in den Interessen der medizinischen Forschung, bei der sich die Bemühungen zur Senkung der Säuglingssterblichkeit in den 1950er Jahren vor allem auf die Frühsterblichkeit konzentrierten.[302] Die Spätsterblichkeit (Gestorbene nach sieben Tagen bis zu einem Jahr), die nach dem kurzen, extremen Anstieg der Säuglingssterblichkeit in den Jahren 1945 bis 1946 bereits wieder stark gefallen war, machte nur noch einen geringen Anteil der Säuglingssterblichkeit insgesamt aus. Die Frühsterblichkeit (Gestorbene innerhalb der ersten sieben Lebenstage), oft durch Frühgeburten oder Probleme während der Schwangerschaft bedingt, war dagegen seit Anfang des Jahrhunderts kaum gesunken und machte nun 2/3 der Säuglingssterblichkeit aus.[303] Die Aufmerksamkeit richtete sich dementsprechend auf Maßnahmen zur Senkung der Frühsterblichkeit, also auf verbesserte Schwangerenvorsorge, verbesserte Geburtshilfe, vermehrte Klinikentbindung und auf die Verbesserung der Transportmöglichkeiten und Pflege von Frühgeborenen. Auch die *Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde*, die 1948 ihren ersten Nachkriegskongreß abhielt, widmete sich seit Anfang der 1950er Jahre besonders der Frühsterblichkeit.[304]

---

299 Vgl. zu den Zahlen: Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 61 (1953), S. 123; 63 (1955), S. 121; 67 (1959), S. 121.

300 Vgl. hierzu ausführlich Kap. II, 2.1; sowie LABISCH, Entwicklungslinien, S. 43.

301 Vgl. hierzu ausführlich oben, S. 435.

302 Vgl. z. B. NAUJOKS und SCHWENZER, Frühgeburtenproblem; oder F. BAUER, Ursachen; SCHÖTT, Frühgeburtenproblem; GENZ, Bedeutung.

303 Vgl. zur Definition und Bedeutung der Früh- und Spätsterblichkeit auch ausführlich S. 416. Vgl. außerdem GENZ, Bedeutung, S. 87; GLEISS, Untersuchungen, S. 5.

304 Vgl. SCHABEL, Soziale Hygiene, S. 333–7. Zur Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde vgl. auch DOMAY, Handbuch, S. 485–6.

Bundes- oder Landesprojekte zur Verbesserung der Säuglingsvorsorge befaßten sich so in den 1950er Jahren in erster Linie mit dem Ausbau der Frühgeburtenfürsorge zur Senkung der Frühsterblichkeit. Auch im Innenministerium nahm man sich dieses Problems an; Wilhelm Hagen startete im Oktober 1953 ein Projekt.[305] Es war vorgesehen, in einigen Modellbezirken die Bekämpfung der Frühsterblichkeit durch den Bund zu fördern, um die dort gewonnenen Erfahrungen dann anderen Gesundheitsämtern zur Verfügung stellen zu können.[306]

Als Standorte wurden damals Erlangen und Neumünster ausgewählt, weil in diesen Städten bereits eine gute Säuglingsfürsorge bestand und die Gesundheitsämter dort zur Kooperation mit dem Ministerium bereit waren.[307] Hier richtete die Gesundheitsabteilung 1953 sogenannte Musterzentralen ein, in denen eine teilzeitbeschäftigte Ärztin und eine Säuglingsschwester bzw. Fürsorgerin arbeiteten.[308] Finanzielle Mittel für ein Auto und eine Couveuse (= Wärmebett) zum Transport der Frühgeborenen stellte das Ministerium bereit.[309] Das Projekt zielte besonders darauf, Frühgeborene, die durch Hausentbindungen zur Welt kamen, besser zu betreuen. In der Familie fehlte es an fachkundiger Pflege; wurden sie ins Krankenhaus gebracht, erlitten die Kinder meist schwere Schädigungen durch den Transport. Die Musterzentralen übernahmen deswegen die Transporte mit den neu angeschafften Frühgeburtentransportcouveusen.[310] Sterbefälle und Komplikationen ergaben sich oftmals dadurch, daß die Frühgeborenen, bei denen die Wärmeregulation noch sehr unvollkommen und labil ist, völlig unterkühlt in der Klinik ankamen. 1951/52 wurden in der Bundesrepublik durchschnittlich 2/3 der Frühgeburten unterkühlt und mangelhaft versorgt in Kliniken eingeliefert und zwar 3/4 der zu Hause entbundenen Frühgeburten und die Hälfte der Frühgeborenen aus Entbindungsheimen. Eine zu niedrige Körpertemperatur wirkt sich verheerend auf die Überlebenschancen der „Frühchen" aus: Wenn die Frühgeborenen unterkühlt in der Klinik ankamen, starben bei einer Aufnahmetemperatur von unter 32°C 75 Prozent der

---

305 BAK, B 142/443, Brief von Hagen an das Bayerische Staatsministerium des Innern, den Innenminister des Landes Schleswig-Holstein und das Ministerium des Innern des Landes Rheinland-Pfalz vom 23. 10. 1953.

306 BAK, B 142/443, Vermerk Referat IV 3 vom 5. 7. 1952.

307 BAK, B 142/443, Bundesminister des Innern an das Bayerische Staatsministerium des Innern, den Innenminister des Landes Schleswig-Holstein und das Ministerium des Innern des Landes Rheinland-Pfalz vom 20. Oktober 1953. In Mayen wurde ebenfalls eine Säuglingsfürsorgezentrale eingerichtet, die allerdings wegen schlechter Rahmenbedingungen ihre Arbeit bald wieder aufgeben mußte und über die auch kein ausführlicher Bericht vorliegt.

308 Als typisch ist hier hervorzuheben, daß solche schlechtbezahlten Teilzeitstellen in Gesundheitsämtern, die insbesondere mit Fürsorgetätigkeiten zu tun hatten, fast immer mit Ärzt*innen* besetzt wurden, während der Amtsarzt mit voller Stelle in der Regel ein Mann war.

309 BAK, B 142/443, Niederschrift einer Besprechung über die Musterzentralen am 23. 1. 1954 und BAK, B 142/443, Vermerk Referat IV 3 vom 23. 3. 1955.

310 BAK, B 142/443, Oberministerialrat Rupprecht, Remscheid, an Hagen, Bundesinnenministerium, 27. 6. 1952.

Kinder, bei einer Aufnahmetemperatur von 32°-35,9°C immer noch 29 Prozent. Bei einer Aufnahmetemperatur von 36°C und darüber überlebten dagegen 88 Prozent der eingelieferten Frühgeborenen.[311] Während der Arbeit der Musterzentralen meldeten sowohl in Neumünster wie auch in Erlangen die Hebammen eine Frühgeburt sofort an die Zentrale, so daß die Kinder mit dem Transportwärmebett in die Klinik gebracht werden konnten. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wurden die Kinder dann durch die Säuglingsschwester der Musterzentrale weiterbetreut.[312] In beiden Städten konnte eine Senkung der Frühsterblichkeit beobachtet werden. In Neumünster starb während der 1½ jährigen Tätigkeit der Musterzentrale beispielweise kein Kind mehr infolge einer Transportschädigung.[313] Die Ärztinnen des Frühgeburtenprojekts wiesen allerdings ausdrücklich darauf hin, daß bei vielen Frühsterblichkeitsfällen lediglich eine bessere Prophylaxe für die Mutter etwas bewirkt hätte.[314] Frühgeburten tauchten im Durchschnitt eher bei Frauen in schwieriger sozialer Lage und aus unteren Schichten auf.[315] Gerade diese Frauen hätten eine gründliche Schwangerenberatung dringend gebraucht, begaben sich aber nur selten in ärztliche Behandlung. Wenn in ihrem Bezirk keine Schwangerenberatung des öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Verfügung stand, hatten sie kaum Betreuung.

Auch in einzelnen Bundesländern wurden in den folgenden Jahren Aktionen zur Verbesserung der Frühgeburtentransporte gestartet: Im Regierungsbezirk Südwürttemberg-Hohenzollern richtete das Regierungspräsidium 1956 einen Appell an alle Gemeinden, Gemeindeverbände und Landkreise, den Frühgeburtentransport zu verbessern.[316] Bis 1960 wurden daraufhin 13 beheizbare und mit Sauerstoffzusatzgeräten versehene Frühgeburtentransportcouveusen angeschafft. Gleichzeitig gab das Regierungspräsidium Richtlinien für Hebammen und Ärzte zur Behandlung von Frühgeborenen heraus, die genau bestimmten, wie und wann die Neugeborenen transportiert werden sollten und was dabei zu beachten sei. Gleichzeitig schulten die Gesundheitsämter das Transportpersonal. Die Zusammenarbeit zwischen Klinik, Hebammen, Ärz-

311 SCHÖTT, Frühgeburtenproblem, S. 20–1.

312 BAK, B 142/443, Bericht von Dr. med. Christa Kläß über die Musterzentrale in Erlangen vom 22. 4. 1955 und Bericht von Dr. med. Rosemarie Klose über die Musterzentrale in Neumünster vom 17. 3. 1956.

313 BAK, B 142/443, Brief des Gesundheitsamtes Neumünster an das Bundesministerium des Innern vom 20. 3. 1956.

314 BAK, B 142/443, Bericht von Dr med. Christa Kläß über die Musterzentrale in Erlangen vom 22. 4. 1955 und Bericht von Dr. med. Rosemarie Klose über die Musterzentrale in Neumünster vom 17. 3. 1956.

315 SCHÖTT, Frühgeburtenproblem, S. 17. Fabrikarbeiterinnen (13,4 Prozent) hatten wesentlich mehr Frühgeburten als Hausfrauen (8,4 Prozent), unverheiratete Großstädterinnen (12,5 Prozent) wesentlich mehr als verheiratete (5,7 Prozent).

316 Vgl. hierzu und zum folgenden W. BAUER, Versuch, S. 322–3.

ten, Transportwesen und öffentlichem Gesundheitsdienst funktionierte in diesem Bezirk auf Grund der Anstrengungen der Medizinalverwaltung sehr gut.

In der Vorsorge für die zu früh geborenen Säuglinge konzentrierten sich in der Bundesrepublik die Anstrengungen in den folgenden Jahren vor allem darauf, moderne Frühgeborenen-Zentren in großen Kliniken einzurichten sowie die Transportmöglichkeiten zu optimieren.[317] Dies waren Entwicklungen, die die Gesundheitsämter höchstens anregen und fordern, aber nicht direkt beeinflussen konnten und die mit der allgemeinen Vorsorge in den Mütterberatungen nur in geringem Zusammenhang standen.

Die Senkung der Frühsterblichkeit und die damit verbundenen Probleme blieben in den 1960er Jahren eines der wichtigsten Themen in der medizinischen Forschung.[318] Mittlerweile hatte sich hier besonders die Krankenhausmedizin verbessert. Gerade bei der Säuglingsbetreuung erwiesen sich jedoch die schlechten bundesweiten Koordinationsmöglichkeiten, die durch die weitgehend kommunale Verwaltung der Krankenhäuser bedingt waren, als problematisch. Bei der Medizinalbeamtenkonferenz von 1963 wurde bemängelt, daß die Erythroblastose *(Morbus haemolyticus neonatorum)*[319] in vielen Krankenhäusern noch nicht mit einem lebensnotwendigen Blutaustausch behandelt werden könne. Der Vertreter der Medizinalbeamten aus Hessen, Dr. Ludwig von Manger-König, wies damals darauf hin, daß im Ausland Blutuntersuchungen und Transfusionen in wesentlich größerem Umfang durchgeführt würden.[320] 1966 wurde dann zumindest aus Nordrhein-Westfalen berichtet, daß bei den „Rhesus-Kindern" eine Austauschtransfusion in allen größeren Krankenhäusern möglich sei.[321] In vielen Bundesländern waren bei der Frühgeburtenversorgung Mitte der 1960er Jahre große Verbesserungen erreicht worden. In Nordrhein-Westfalen wurden beispielsweise bis 1966 59 Frühgeborenen-Behandlungszentren mit Landeszuschüssen eingerichtet bzw. modernisiert und die Transportmöglichkeiten für Frühgeborene stark verbessert.[322]

Das Interesse für den Ausbau einer alle Säuglinge umfassenden Vorsorge war währenddessen schon in den 1950er Jahren stark gesunken, obwohl es durchaus noch zahlreiche Probleme gab, die mit dem Ansatz einer Gesamt-Vorsorge durch das öffentliche Gesundheitswesen hätten gemindert werden können. Soziale Verhältnisse beeinflußten die Säuglingssterblichkeit noch erheblich: In ärmeren Gegenden des Ruhrgebietes war sie in den 1950er Jahren deutlich

---

317 Vgl. z. B. DE RUDDER, Einrichtung, der über das Frühgeborenenzentrum an der Universitäts-Kinderklinik Frankfurt/Main berichtet.

318 Vgl. z. B. SALING, Kind; MARTIUS, Schwangerenvorsorge; oder DERS., Perinatale Betreuung.

319 Vgl. hierzu ausführlich oben, S. 417.

320 BAK B 142/3678, Sitzung der leitenden Medizinalbeamten, 14./15. 3. 1963.

321 NRW HStA, NW 372/192; Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Landespresse- und Informationsamt, Bericht Mütter- und Säuglingssterblichkeit, 27. 6. 1966.

322 NRW HStA, NW 372/192; Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Landespresse- und Informationsamt, Bericht Mütter- und Säuglingssterblichkeit, 27. 6. 1966.

höher als in wohlhabenderen Stadtvierteln.[323] In Bayern gab es ebenfalls merkliche Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit zwischen strukturschwachen, ländlichen, ärmeren Regionen und den infrastrukturell besser gestellten, reicheren Regionen. Dennoch reagierte das öffentliche Gesundheitswesen auf solche Befunde nicht mit einem Ausbau der Vorsorgetätigkeit. Auch die Art und Weise der Vorsorge in den Gesundheitsämtern wurde kaum modernisiert; die Mütterberatung durch nicht-spezialisierte Amtsärzte und Fürsorgerinnen in den Gesundheitsämtern geriet deswegen zunehmend in die Kritik:

> Frühgeborenen-, Neugeborenen- und Säuglingsstationen jeder Art müssen von erfahrenen Kinderärzten betreut werden, wie das in Ländern mit niedriger Säuglingssterblichkeit zunehmend der Fall ist. […] Die nur pflichtgemäße Erledigung von Mütterberatungsstunden alten Stils durch Amtsärzte reicht nicht mehr.[324]

In vielen Mütterberatungsstunden ging es in den 1950er Jahren vor allem um das Wiegen der Säuglinge, Stillpropaganda und Ernährungsberatung, wenn Stillen nicht möglich war.[325] Neuere Forschungen der Pädiatrie wurden dagegen eher selten berücksichtigt. Deswegen gingen die Forderungen zur Verbesserung der Säuglingsvorsorge auch dahin, in Zukunft sowohl Kinderärzte auf dem Gebiet der perinatalen Medizin besser auszubilden als auch alle Säuglinge in der Vorsorge fachärztlich zu betreuen.[326] Da kaum alle Mütterberatungsstellen des öffentlichen Gesundheitswesens mit Kinderärzten besetzt werden konnten, liefen diese Vorschläge somit auf eine Übernahme der Vorsorge durch den niedergelassenen Kinderarzt hinaus. In den 1960er Jahren wurde der allgemeinen Säuglingsvorsorge der Gesundheitsämter neben den ganzen Bemühungen um die Frühsterblichkeit noch weniger Aufmerksamkeit geschenkt als im Jahrzehnt zuvor:

> Man spricht nicht mehr allzuviel von der Säuglingsvorsorge. Ärzte und Fürsorgerinnen in vielen Städten und vor allem in den Landgemeinden klagen über den Rückgang der Mütterberatungen. Man präsentiert mit Zufriedenheit das Absinken der Säuglingssterblichkeit und betont den guten Ernährungs- und Allgemeinzustand der Säuglinge.[327]

So beschrieb ein Aufsatz von 1966 die Lage. Ernährungsberatung, Rachitisprophylaxe und Früherkennung von Hüftgelenksluxationen fanden weiterhin in den Gesundheitsämtern statt. In den 1960er Jahren war die Betreuung der Säuglinge in den öffentlichen Einrichtungen rückläufig, auch wenn einige Gesundheitsämter noch etwa 60 Prozent der Lebendgeborenen in den öffentlichen Mütterberatungen betreuten.[328] Wie oft die Mütter mit ihren Kindern kamen und welche Untersuchungen dabei normalerweise durchgeführt wurden, darüber wurden keine umfassenden bundesweiten Statistiken erstellt. Eine

---

323 Vgl. eine Untersuchung im Ruhrgebiet: GLEISS, Untersuchungen, S. 6.
324 GLEISS, Untersuchungen, S. 24–5.
325 Vgl. FREY, Ergebnisse der Säuglingsfürsorge; ZISKOVEN, Beitrag zum Stillproblem.
326 GLEISS, Säuglingssterblichkeit, S. 290; DERS., Untersuchungen, S. 24.
327 SCHNEIDER, Vorsorge, S. 363.
328 MANCKE, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, S. 408.

an den neuesten Forschungen orientierte Säuglingsvorsorge praktizierten die Gesundheitsämter sehr selten. Die Ausbildung der Amtsärzte umfaßte z.B. keine Einführung in die Früherkennung körperlicher und geistiger Behinderungen bei Säuglingen. Allerdings wurde in diesem Bereich auch die deutsche Ausbildung der Kinderärzte bemängelt:

> Eine aktiv orientierte Säuglingsvorsorge wird sich in Zukunft mehr mit Fragen der normalen Entwicklung des Säuglings befassen müssen. Dies ist zur Früherfassung körperlicher und geistiger Retardierung als Hintergrund einfach unentbehrlich. Infant development kommt bei uns sowohl in der pädiatrischen Universitätsausbildung als auch in den Physikatskursen zu kurz. […] Die Kenntnis der Entwicklung und ‚Die Eigenart der kindlichen Hirntätigkeit' sowie des normalen Verhaltens des Säuglings in einem Fortbildungskurs des Medizinalbeamtenvereins mit modernen didaktischen Mitteln darlegen zu lassen, wird angeregt; weiterhin, daß für Ärzte, die die kinder- und schulärztliche Tätigkeit an einem Gesundheitsamt ausüben wollen, statt des Praktikums in der Psychiatrie ein verkürzter Einführungskurs für soziale Pädiatrie ermöglicht wird.[329]

Das medizinische Interesse richtete sich in den 1960er Jahren neben den Bemühungen um die Frühsterblichkeit auf eine Vorsorge für das gesamte Kleinkindalter und die Entwicklungsstufen des Kindes, was in den öffentlichen Mütterberatungsstellen bisher kaum stattgefunden hatte.[330] Ein gezielter Ausbau der öffentlichen Mütterberatungen im Sinne einer umfassenden Säuglings- und Kleinkindervorsorge war in der Bundesrepublik mit den ungeklärten Zuständigkeiten für medizinische Vorsorge und der generell ablehnenden Haltung gegenüber dem öffentlichen Gesundheitswesen kaum noch zu erwarten. Viele Aspekte der Säuglingsvorsorge fanden in den 1960er Jahren nun in den Geburtskliniken statt. In Köln wurde beispielsweise auf Initiative des Landesinnenministeriums ein neuer Test zur Früherkennung der Phenylketonurie[331] 1965 in den Entbindungskliniken eingeführt.[332]

Erst 1970 legte dann die Bundesregierung ärztliche Vorsorgeuntersuchungen für Säuglinge im ersten Lebensjahr, die die Früherkennung von angeborenen Störungen, Mißbildungen und Entwicklungsstörungen einbanden, verbindlich als Kassenleistungen fest.[333] Diese Untersuchungen erreichten bald eine hohe Akzeptanz. Gleichzeitig war damit die Säuglingsvorsorge als Konzept des öffentlichen Gesundheitswesens beendet.

---

329 SCHNEIDER, Vorsorge, S. 366.

330 Vgl. MANCKE, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, S. 408.

331 Diese erbliche Stoffwechselstörung, die ohne Behandlung zu starker körperlicher Behinderung führt, kann durch den sogenannten Guthrie-Test frühzeitig erkannt werden, der 1965 auch in Köln eingeführt wurde; vgl. Artikel „Phenylketonurie", in: Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch, S. 1235–6.

332 SCHNEIDER, Vorsorge, S. 367.

333 Gesetz zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung, BGBl. 1970 I, S. 1770–3.

4.4 Die Entwicklung von Ende der 1940er bis Mitte der 1960er Jahre in Grossbritannien

4.4.1 Schwangerenvorsorge – Maßnahmen

Unter dem neuen NHS wurde der *Maternity Service* durch die Neuorganisation des gesamten Gesundheitswesens in drei Teilbereiche aufgespalten: der Krankenhausbereich und dessen Personal unterstanden den *Regional Hospital Boards* und den leitenden Gremien der *Teaching Hospitals*, die Angebote und Dienste der Hebammen, *Health Visitors* und *Medical Officers of Health* wurden von den LHAs geleitet; die Versorgung der Schwangeren durch die niedergelassenen Allgemeinärzte war den *Local Executive Councils* unterstellt. Die Aufteilung sollte in der Folgezeit zahlreiche Probleme ergeben.[334] Die Koordination hing ganz wesentlich vom Engagement der einzelnen lokalen Gesundheitsbehörde und dem zuständigen *Medical Officer of Health* ab.

Die Müttersterblichkeit, deren alarmierend hohe Zahlen in den 1920er Jahren die Institutionalisierung der Schwangerenvorsorge in Großbritannien angeregt hatte, war schon vor Einführung des NHS erheblich gesunken. Die wenige Jahre zuvor wichtigste Ursache der Müttersterblichkeit, das Kindbettfieber, konnte mit Einführung der Sulfonamide seit Ende der 1930er Jahre sehr erfolgreich bekämpft werden. Dies hatte die Todesfälle im Zusammenhang mit Geburt und Schwangerschaft stark sinken lassen.[335] Andere Probleme wie Schwangerschaftstoxikosen ließen sich allerdings nicht durch neue medizinische Errungenschaften behandeln, sondern bedurften vor allem einer sorgfältigeren Vorsorge. Unter dem neuen System war man deswegen auch künftig sehr bemüht, die Standards in der Geburtshilfe und Schwangerenvorsorge weiter zu verbessern.

Probleme ergaben sich vor allem im Hinblick auf die Allgemeinärzte.[336] In der Praxis ging seit 1948 der Trend bei den Müttern dahin, sich mehr und mehr bei ihrem eigenen niedergelassenen Arzt während der Schwangerschaft untersuchen zu lassen, da unter dem NHS hierfür keine Kosten mehr entstanden. Bis 1948 hatten die LHA-Vorsorgesprechstunden noch die günstigere Alternative für alle werdenden Mütter geboten.[337] In den offiziellen Äußerungen des Ministeriums unterstützte man diese Entwicklung. Die Schwangerenvorsorge in

---

334 Vgl. zur Struktur des NHS ausführlich Kap. II, 1.2. Vgl. zum Maternity Service PRO, MH 137/265, Maternity Services Committee Circulated Evidence, Medical Women's Federation Evidence; PRO, MH 137/183, Enid Russel-Smith, Memorandum Maternity Medical Services, 29. 9. 1949; vgl. auch Lennon, Views, S. 199.

335 Vgl. zu den Gründen der Müttersterblichkeit ausführlich oben, S. 419; Douglas, Trends, S. 216–20; sowie Titus, Current Trends.

336 PRO, MH 137/182, Minute Hopkins an Miss Russel-Smith, 27. 6. 1947.

337 Bent, Growth, S. 188; vgl. detailliert Oakley, Womb, S. 133. 72,9 Prozent der Mütter erhielten 1946 ihre Ante-natal Care von den Local Health Authorities, entweder über Sprechstunden oder über die dort angestellten Hebammen.

den 1920er und 1930er Jahren hatte nicht die erwartete starke Reduzierung der Müttersterblichkeit erreicht. Als ein Grund galt die angeblich unzureichende Ausbildung des Personals der lokalen Gesundheitsbehörden. Die *Medical Officers*, die die Vorsorgestunden in den meisten Sprechstunden der LHAs abhielten, seien vollzeit im öffentlichen Gesundheitsdienst angestellt, nie bei den Geburten selbst anwesend und deswegen auch nicht mit der neuesten geburtshilflichen Praxis vertraut. Dies wurde 1949 in einem Bericht über Säuglingssterblichkeit als deutlicher Mangel eingeschätzt. Mit der Einführung des NHS formulierte das Gesundheitsministerium eine neue Politik, an der man sich in den folgenden Jahren in der Schwangerenvorsorge orientierte:

> All clinics should be staffed by doctors actively engaged in obstetrics; they should be responsible for the delivery of the patients attending the clinic,

hieß es in einem 1949 veröffentlichten Bericht des Ministeriums über Sterblichkeit und Krankheitszahlen von Säuglingen.[338] Auch eine zukünftige Arbeitsteilung der Schwangerenvorsorge – Erziehung und Betreuung der Mütter durch die LHAs mit Kursen für Schwangerschaftshygiene, Geburtsvorbereitung etc., medizinische Überwachung durch den Allgemeinarzt, besser noch durch den Facharzt und Spezialisten – wurde bereits zu diesem Zeitpunkt vom Ministerium anvisiert.

Wegen dieser Umgestaltung richtete sich das Augenmerk des Gesundheitsministeriums auf die bessere Ausbildung der Allgemeinärzte in der Vorsorge. Man wollte zudem die stark kritisierte Praxis der Geburtshilfe der GPs verbessern, indem man Allgemeinärzten nur beschränkten Zugang zur Betreuung von Schwangeren geben wollte. Die *Executive Councils* sollten eine sogenannte *Obstetric List* mit in der Geburtshilfe und Gynäkologie qualifizierten Ärzten aufstellen. Nur diese *General Practitioner Obstetricians* sollten dann idealerweise – neben den Hebammen – Schwangere und Hausgeburten betreuen. Sie waren angehalten, die erste gründliche Untersuchung der Schwangeren vorzunehmen, die Frauen dann in die Schwangerenvorsorge zu schicken, zumindest in der 36. Woche eine zweite Untersuchung vorzunehmen und die Mutter auch im Wochenbett zu betreuen.

Dieses Konzept stieß aber sowohl bei den Ärzten – die BMA opponierte heftig dagegen – wie auch bei den Hebammen auf großen Widerstand. Vor allem ältere Ärzte fürchteten die geforderten Qualifizierungen und die Verdienste einbußen, wenn sie nicht auf die Listen für Schwangerschaftsbetreuung kämen.[339] Die Hebammen befürchteten wiederum, ganz aus der Geburtshilfe

---

338 MINISTRY OF HEALTH, Neonatal Mortality, S. 83. In dem Memorandum hieß es weiter: „Two types of clinics should be recognised – i) consultative – situated in hospitals and staffed by obstetricians of considerable experience. To these would be referred patients for whom special obstetrical advice is needed; ii) educational and supervisory – in these clinics the mother's health should be kept under routine supervision, but more attention should be paid to her education."

339 Vgl. PRO, MH 137/182 passim, zahlreiche Beschwerden.

und Schwangerenvorsorge heraus und in die Rolle einer besseren Krankenschwester gedrängt zu werden, die dem Arzt bei der Geburt nur assistierte.[340] Schon jetzt, unter dem neuen NHS, passierte es, daß Patientinnen bei einem Arzt die Geburt „buchten" und die Hebammen oft nicht mehr wußten, ob sie die Frau trotzdem als Hebamme betreuen sollten oder nur noch als eine dem Arzt untergeordnete *Maternity Nurse,* also eine Art Geburtsschwester, agierten.[341] Das Verhältnis zwischen Hebammen und Ärzten war von Anfang an unklar definiert. In einem Memorandum von 1949 hieß es darüber:

> By the rules of the Central Midwives Board, the midwife must undertake regular antenatal supervision even if this duplicates the examination of the general practitioner, unless the doctor makes it quite clear that he accepts full personal responsibility for the case during pregnancy, labour and lying-in period. […] But it is the hope of the Minister that in domiciliary midwifery the midwife will continue to be regarded as the normal attendant, supported by the ante-natal clinic during the pregnancy and working in co-operation with the general practitioner.[342]

Dies waren keine klaren Kompetenzzuweisungen. Die Abstimmungsprobleme resultierten nicht selten in einer schlechteren Versorgung der Schwangeren durch die Hebammen. Bei den Lokalverwaltungen kam es zu großen Problemen mit der *Obstetric List*: Das Ministerium bestimmte zwar die Errichtung von *Local Obstetric Committees*, die die Ärzte auswählen sollten, gab aber keine genauen Richtlinien heraus, nach denen die Ärzte auf diese Listen durften.[343] Dies führte dazu, daß 80 von 131 britischen Lokalverwaltungen einfach sämtliche Bewerber aufnahmen; 45 von diesen 80 führten nicht einmal Überprüfungen durch. In manchen Gegenden war der Mangel an Geburtshilfe-Ärzten zudem so groß, daß alle Ärzte auf die *Obstetric List* zugelassen werden mußten.[344] Die restlichen 51 Gesundheitsbehörden wiederum organisierten relativ genaue Erhebungen und wiesen insgesamt 800 Bewerber zurück.[345] In Sheffield wurden beispielsweise bereits 1949 sehr scharfe Kriterien für die *Obstetric List* verabschiedet.[346]

In den nächsten Jahren verblieben durch die unkoordinierte Vorgehensweise viele Allgemeinärzte auf den *Obstetric Lists*, obwohl sie sehr selten oder nie Schwangere betreuten. Diese mangelnde Erfahrung wurde von den Lokalbe-

---

340 PRO, MH 137/182, Memorandum Central Midwives Board an den Minister of Health, 15. 4. 1948.

341 PRO, MH 134/66, Ministry of Health Circular an alle Local Health Authorities, 9. 11. 1948.

342 PRO, MH 133/402, Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee, The Domiciliary Midwivery Service, 1949.

343 PRO, MH 137/182 Memorandum Local Obstetric Committees vom 18. 12. 1947.

344 PRO, MH 133/402, Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee, Report to the Central Council, 1949.

345 PRO, MH 137/183, Enid Russel-Smith, Memorandum Maternity Medical Services, 29. 9. 1949; vgl. auch MH 133/402, Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee, Report to the Central Council, 1949.

346 PRO, MH 133/402, Executive Council der City of Sheffield an Dr. Emery, Secretary des Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee, 14. 4. 1949.

hörden zwar beanstandet, meistens zögerte man aber, die Ärzte von den Listen zu entfernen.[347] Im Ministerium und im beratenden *Central Health Services Council* (CHSC) wurde das Problem immer wieder diskutiert, eine einheitliche Lösung konnte jedoch nicht gefunden werden.[348] Viele GPs wurden ohne weitere Qualifikation auf den Listen gelassen, weil man den scharfen Widerstand der BMA fürchtete und sonst nicht genug Geburtshelfer gehabt hätte. Die 1953 vom CHSC erarbeiteten Kriterien waren Mitte der 1950er Jahre längst nicht überall umgesetzt worden. Die BMA opponierte gegen irgendwelche Einschränkungen der niedergelassenen Ärzte und plädierte stets dafür, daß auch Ärzte ohne Qualifikationen in Geburtshilfe Vorsorge bei Schwangeren sowie Geburten durchführen konnten. Im Ministerium verhielt man sich gegenüber der BMA sehr vorsichtig und versuchte über die Bezahlung nur noch ausgebildete Geburtshilfe-Ärzte zur Schwangerschaftsbetreuung heranzuziehen. (Ausgebildete Ärzte erhielten sieben Guineas, andere fünf Guineas für einen „vollen *Maternity Service*").[349] Das Gesundheitsministerium bestand zumindest für die künftige Zulassung von neuen Ärzten auf Facharzterfahrung in Geburtshilfe.[350]

Neben diesen personellen Schwierigkeiten erwies sich die Organisation der Schwangerenvorsorge als größtes Koordinationsproblem des *Maternity Service*. Wenn Frauen sich für eine Klinikgeburt entschieden und sich in einer Klinik anmeldeten, wurden sie dort vom behandelnden Facharzt für Geburtshilfe einer Untersuchung unterzogen. Die behandelnden Allgemeinärzte bestellten die Patientinnen aber erneut zu einer Vorsorgeuntersuchung, um diese Leistung mit dem NHS abrechnen zu können.[351] Andererseits war es für manche Frauen extrem umständlich, die Vorsorge-Sprechstunden der Krankenhäuser zu erreichen, sie mußten sowieso zu einem GP gehen und dort die Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen.[352] Streit entstand auch über die Bezahlung der Vorsorge, wenn die Geburt im Krankenhaus stattfand, die Vor- und Nachsorge aber von einem niedergelassenen Arzt geleistet wurde. Die BMA forderte für die Ärzte höhere Tarife.[353] Das Ministerium wollte dagegen verhindern, daß Frauen, die zur Vorsorge in die Klinik gingen und auch nach der Geburt noch eine Woche im Krankenhaus blieben, nochmals Termine mit einem niedergelassenen *GP-Obstetrician* machten und dieser noch einmal extra abrechnete.

---

347 PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the Executive Councils Association, 22. 11. 1956.
348 PRO, MH 133/405, Standing Medical Advisory Committee, Special Sub-Committee on Obstetric Lists, Minutes of Meeting 11. 3. 1952.
349 PRO, MH 137/186, Memorandum, 19. 1. 1959; vgl. auch PRO, MH 137/186, Minute an Dodds, 23. 6. 1959.
350 PRO, MH 137/183, Central Health Services Council, Local Obstetric Committee, 13. 6. 1949.
351 PRO, MH 137/183, Public Health Department St. James's House Bargate an Dr. G. Lilico, Ministry of Health, 28. 3. 1949.
352 PRO, MH 137/185 Godber an Pater und Enid Russel-Smith, 24. 7. 1953.
353 PRO, MH 137/184, Note for Discussion with BMA, 20. 4. 1949.

In den 1950er Jahren versuchte man stets, den gesamten *Maternity Service* besser zu koordinieren, die Zusammenarbeit der einzelnen Zweige des Systems zu verbessern und Kontinuität für die Betreuten zu erreichen. Kliniken mit geburtshilflicher Abteilung sollten möglichst auch Schwangerenvorsorge für die bei ihnen angemeldeten Fälle vornehmen.[354] Nur bei großer Entfernung der Klinik vom Wohnort der Frau sollte die Vorsorge vom Hausarzt oder der *Local Health Authority* geleistet werden. Bislang sandten die meisten Krankenhäuser die Frauen nach einer Erstuntersuchung ohne größere Koordinationsanstrengungen zu den örtlichen Gesundheitsbehörden oder den niedergelassenen Allgemeinärzten für die weiteren Vorsorgeuntersuchungen und hatten infolgedessen bei der Geburt nur unzureichende Aufzeichnungen über die Vorsorge.[355] Im Ministerium wurde immer wieder angeregt, daß die Klinik, in der die Geburt stattfinde, auch die Verantwortung für die Organisation der Schwangerenvorsorge übernehmen sollte. Wenn aus verschiedenen Gründen die Vorsorge nicht in der Klinik stattfinde, müßten zumindest ausreichend Informationen weitergegeben werden.[356] Die LHAs wiederum mißtrauten den niedergelassenen Ärzten und forderten schon 1948 im Ministerium, daß alle Ärzte, die in ihrer Praxis Schwangerenvorsorge übernähmen, Berichte an die örtlichen Gesundheitsbehörden schicken sollten. Das Ministerium sah sich jedoch nicht in der Lage, die Ärzte hierzu zu verpflichten.[357]

Neben den Koordinationsbemühungen richtete sich die Aufmerksamkeit auf neue Untersuchungsmöglichkeiten. So ordnete das Ministerium seit Anfang der 1950er Jahre eine Blutuntersuchung für alle Schwangeren an und sah dies als eines der wichtigsten Elemente einer modernen Vorsorge an.[358] Blutuntersuchungen sollten erstens den Hämoglobin-Wert der Mutter feststellen, um eine Anämie zu erkennen und rechtzeitig behandeln zu können. Zweitens war damit die Blutgruppe der Mutter bekannt, so daß Transfusionen einfacher wurden. Drittens sollte die Mutter auf Geschlechtskrankheiten hin untersucht werden, um gegebenenfalls eine latente Syphilis behandeln zu können. Weiter ausgedehnt wurde auch die generelle medizinische Untersuchung. Eine Röntgenuntersuchung des Brustkorbs und eine gründliche zahnmedizinische Untersuchung war ebenfalls eingeführt worden.[359]

Seit 1949 forderten Gesundheitspolitiker außerdem immer wieder, daß bei Erstgebärenden der Rhesusfaktor des Blutes überprüft werden sollte.[360] Bei Rhesus-negativen Müttern war die Wahrscheinlichkeit groß, daß sie Rhesus-

354 PRO, MH 137/185, Godber an Pater und Enid Russel-Smith, 24. 7. 1953.
355 PRO, MH 137/185, Vermerk über Meeting 28. 10. 1953.
356 PRO, MH 137/185, Vermerk über Meeting mit Godber, Pater, Russel-Smith, Ford, Lilico, Emery, Gregson und Taylor, 28. 10. 1953.
357 PRO, MH 134/66, Minute an Wilkinson, 1. 6. 1948.
358 PRO, MH 137/185, Memorandum Ante-natal Care, Juni 1955.
359 PRO, MH 137/185, Memorandum Ante-natal Care, Juni 1955.
360 MINISTRY OF HEALTH, Neonatal Mortality, S. 83; vgl. auch PRO, MH 137/185, Vermerk über Diskussion, 5. 10. 1953.

positive Kinder austrügen und während der Schwangerschaft Antikörper gegen das Blut ihrer Kinder entwickelten. Um die daraus folgende Erythroblastose, auf englisch *Haemolytic Disease of the Newborn*[361] zu vermeiden, sollten alle Rhesus-negativen Mütter ihre Kinder nur in speziell ausgerichteten Zentren zur Welt bringen, wo Ärzte auch in der Lage wären, Bluttransfusionen bei Säuglingen durchzuführen.[362] An die niedergelassenen Ärzte wurden im Laufe der nächsten Jahre immer wieder überarbeitete Memoranden über diese Krankheit geschickt, um zumindest das Wissen der GPs zu verbessern, wenn auch noch bei weitem keine landesweite Versorgung mit den anvisierten Zentren zur Verfügung stand.[363]

Diese verstärkte Aufmerksamkeit, die der Reduzierung der Säuglingssterblichkeit geschenkt wurde, entsprach einer veränderten Zielrichtung der Schwangerenvorsorge. *Ante-natal-care* war in den 1920er und 1930er in Großbritannien im Gegensatz zur deutschen Gesundheitspolitik vor allem auf das Ziel gerichtet gewesen, die Müttersterblichkeit zu senken; nun wurde der Fokus auf die Gesundheit der Säuglinge ausgeweitet. Die Qualität der Schwangerenvorsorge wurde verstärkt unter dem Aspekt der zu senkenden Säuglingssterblichkeit gesehen:

> The prevention of neo-natal death and illness is largely in the hands of the obstetrician and his aim should be to hand over to the mother and paediatrician a living, mature and healthy child. The obstetric tradition is to consider the interests of the mother first; but recent advances in obstetrical technique have reduced in number the occasions on which the claims of mother and child are in conflict. It should be more widely recognised that the treatment which is best suited to the needs of the mother is in most cases also best for the child, and vice versa.[364]

Der Interessenkonflikt Mutter-Kind, der hier thematisiert wird, wurde in Deutschland interessanterweise kaum rezipiert und diskutiert. Dort stand im Gegensatz zu Großbritannien das Wohlergehen des Säuglings stets viel stärker im Vordergrund, sowohl in der Zeit vor als auch nach dem Zweiten Weltkrieg. Erst Mitte der 1950er Jahre lenkten, wie oben gezeigt, die hohen Müttersterblichkeitszahlen die Aufmerksamkeit stärker auf die Schwangeren.[365]

Die Entwicklung der Müttersterblichkeit wurde in Großbritannien weiterhin genau beobachtet und akribisch untersucht. Die Ursachenforschung stellte einen wichtigen Anreiz für die Qualitätssteigerung der Schwangerenvorsorge

---

361 Vgl. zur Erythroblastose die Definition auf S. 417.

362 PRO, MH 137/185, Vermerk über Diskussion 5. 10. 1953.

363 PRO, MH 58/70, passim. Auch in einer überarbeiteten Fassung des „Memorandum on Haemolytic Disease of the Newborn" von 1961 ging man noch davon aus, durch bessere Vorbeugung etwa 150 Säuglingstode pro Jahr verhindern zu können und setzte vor allem auf die gründliche Aufklärung aller niedergelassenen Ärzte, die man mit diesen Rundschreiben zu erreichen versuchte; vgl. PRO, MH 58/70, Memorandum on Haemolytic Disease of the Newborn.

364 Ministry of Health, Neonatal Mortality, S. 83.

365 Vgl. oben, S. 440.

dar, da die regelmäßig durchgeführten Untersuchungen die vermeidbaren Todesfälle katalogisierten und auf Mängel in der Vorsorge hinwiesen. Diese *Confidential Enquiries* über Müttersterblichkeit wurden in Großbritannien seit 1928 erhoben, nach der Einführung des NHS ab 1952 in einer überarbeiteten Form fortgeführt und alle zwei bis drei Jahre veröffentlicht.[366]

Der Bericht über die Jahre 1952 bis 1954 stufte 40 Prozent der Müttersterblichkeit als vermeidbar ein, das entsprach in etwa 500 Todesfällen von Schwangeren/Müttern.[367] Hauptursache bei diesen vermeidbaren Todesfällen waren Fehler in der Vorsorge, und hier insbesondere das Nicht-Erkennen von Schwangerschaftstoxikosen, die unbedingt Krankenhausbehandlung erfordert hätten und ohne rechtzeitige Therapie zum Tod der Mutter geführt hatten.[368] Andere Gründe waren, daß Schwangere mit hohem Risiko fälschlicherweise nicht für eine Krankenhausgeburt vorgemerkt wurden, sondern zu Hause oder in einem schlecht ausgerüsteten Mütterheim entbanden.[369] Genau untersucht wurde auch die Verantwortlichkeit für die Todesfälle, d. h. wie viele von Fachärzten in Kliniken, wie viele von GPs, von Hebammen zu verantworten waren oder in gemeinsamer Verantwortung lagen.[370] Diese hohe Transparenz, die so im deutschen Gesundheitssystem nie möglich war, führte dazu, daß trotz der schlechten Kooperation zwischen den einzelnen Zweigen des *Maternity Service* lokal und regional große Anstrengungen unternommen wurden, um die Müttersterblichkeit zu senken.

Die Berichte über vermeidbare Müttersterblichkeit wie auch die Überlegungen zur Reduzierung der Säuglingssterblichkeit durch bessere Schwangerenprophylaxe führten schließlich zu neuen Anstrengungen im Gesundheitsministerium. Das Ministerium richtete 1955 ein Schreiben an alle Lokalbehörden in England und Wales unter dem Titel „Ante-Natal Care related to Toxaemia". Man wollte damit sowohl die Frühsterblichkeit der Säuglinge wie auch die Müttersterblichkeit senken. Da andere Ursachen mit dem damaligen Kenntnis-

366 MINISTRY OF HEALTH, Report on Confidential Enquiries 1955–1957, S. 1, 43.

367 Vgl. ergänzend: PRO/MH 133/401, Standing Maternity and Midwivery Committee, Notiz vom 25. 5. 1956.

368 MINISTRY OF HEALTH, Report on Confidential Enquiries 1952–1954, S. 49. In der Zusammenfassung des Berichts hieß es: „Among the deaths from toxaemia of pregnancy, the most frequent cause of maternal mortality, avoidable factors were considered to be present in 52 per cent. Faulty ante-natal care was by far the most frequent avoidable factor."

369 MINISTRY OF HEALTH, Report on Confidential Enquiries 1952–1954, S. 44–45. Während der 1950er Jahre sanken die Zahlen der Müttersterblichkeit ab; die vermeidbaren Todesfälle bei Schwangerschaftstoxikosen, die besonders durch eine bessere Vorsorge unterbunden werden konnten, gingen zurück; Todesfälle durch Embolie, die sich nach dem damaligen Wissensstand dagegen kaum behandeln ließen, sanken dagegen weniger stark und gewannen bei den Ursachen an Bedeutung. Insgesamt gingen die als vermeidbar klassifizierten Todesfälle bis 1963 von 40 Prozent auf 34 Prozent zurück. Vgl. hierzu MINISTRY OF HEALTH, Report on Confidential Enquiries 1961–1963, S. 69 und oben Tabelle 25, S. 421.

370 MINISTRY OF HEALTH, Report on Confidential Enquiries 1958–1960, S. 48–50.

stand sehr schwer zu bekämpfen waren, konzentrierte sich das Memorandum auf die verbesserte Therapie der Schwangerschaftstoxikosen, in deren Gefolge es oftmals zu Totgeburten, einer hohen Sterblichkeit der Säuglinge und zu Müttersterblichkeit kam.[371] Diese Fälle wollte man nun durch eine besser durchgeführte, koordinierte Schwangerschaftsprophylaxe vermindern: „The early recognition of toxaemia depends upon a routine designed to detect the smallest deviation from the normal." Anzeichen waren meistens ein höherer Blutdruck, Ödeme, eine schnelle Gewichtszunahme und Eiweißausscheidung im Urin, alles Anhaltspunkte, die eigentlich bei Routinekontrollen erfaßt werden konnten. Bei zu hohem Blutdruck stieg der Anteil der Totgeburten erheblich: Auch dies konnte durch bessere Kontrolle verhindert und der Blutdruck der Schwangeren durch medikamentöse Therapie und gegebenenfalls Krankenhausaufenthalt gesenkt werden.

Once early toxaemia and other abnormalities have been recognised there are three essentials for a good service; a constant watch on all patients especially non-attenders; an adequate number of ante-natal beds so that treatment may be started as early as possible; and for the multi-para a good home help service so that the mother, whether resting at home or admitted to hospital, is not worried about her home and children.[372]

Infolge des Memorandums des Gesundheitsministeriums kam es in den meisten lokalen Gesundheitsbehörden zu Konferenzen der verschiedenen Zweige des *Maternity Services*, um eine bessere Koordination zu erreichen. In 23 von 141 LHAs, die dem Ministerium berichteten, führten die Treffen zu einer wesentlich verbesserten Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Hebammen. In diesen lokalen Gesundheitsbehörden wurden sogenannte Koordinations-Karten für die Patientinnen eingeführt, die in etwa den deutschen Mütterpässen entprachen und deren Vorteile allgemein anerkannt waren. Dies galt besonders für die bei der Geburt anwesenden Ärzte und Hebammen, die sich mit Hilfe der Karte besser über Besonderheiten während der Schwangerschaft informieren konnten. In Birmingham, Bristol, Worcestershire, Ipswich und Wolverhampton waren beispielsweise Koordinations-Karten seit 1957 in Verwendung.[373] In immerhin 11 LHAs besuchten die Hebammen die Vorsorgesprechstunden in der Praxis der niedergelassenen Ärzte, fünf stellten den *General Practitioners* Räume für ihre Vorsorgesprechstunden zur Verfügung

371 Vgl. zur Definition von Toxaemia, Toxikosen S. 420; PRO, MH 58/694, Central Health Services Council, Ante-Natal Care related to Toxaemia, 22. 9. 1955. Zum Bezug von Säuglingssterblichkeit zu Schwangerschaftstoxikosen hieß es in dem Memorandum u. a.: „Little work has been done to relate the death of the child to maternal abnormalities. […] It is known, however, that stillbirths and neonatal deaths or perinatal mortality are much higher among the babies of toxaemic mothers."

372 PRO, MH 58/694, Central Health Services Council, Ante-Natal Care related to Toxaemia, 22. 9. 1955.

373 PRO, MH 137/263, Vermerk über Maternity Services Cooperation Cards for Maternity Patients, April 1957.

und erreichten so eine bessere Zusammenarbeit.[374] Die Verbesserungen blieben jedoch auf die 23 erwähnten Lokalverwaltungen beschränkt. In den anderen Regionen bewirkten die Anregungen und Direktiven des Ministeriums zunächst nur wenig.

Über diese Einzelinitiativen hinaus diskutierte man seit 1955 auch im Ministerium und im *Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee*, dem ständigen Beratungsgremium des Gesundheitsministeriums für Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe, generell die Einführung von Koordinations-Karten für Schwangerenvorsorge und Geburt.[375] Die Schwangeren sollten die Karte bei sich tragen und beim Hausarzt und in den LHA-Sprechstunden die wichtigsten Daten darin festgehalten lassen. Ein Prototyp wurde 1957 vom *Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee* genehmigt, die großbritannienweite Verteilung verzögerte sich jedoch bis Januar 1963.[376]

Gleichzeitig verschoben sich die Aufgaben der *Local Health Authorities*, wie dies schon bei Einführung des NHS von offizieller Seit anvisiert worden war.[377] Man hatte begonnen, Schwangerschaftsgymnastik, Entspannungsübungen und Kurse in Säuglingspflege anzubieten. 1957 hatte sich dies bereits in vielen Gesundheitsbehörden durchgesetzt.[378] Das Ministerium begrüßte diese Entwicklung:

> Good ante-natal care should include sympathetic and helpful understanding of their problems; education should be given in general nutrition and hygiene, the function and meaning of labour pains, and the course of labour. In this way a healthy happy attitude towards childbearing is promoted. The role of the husband who can give intelligent help and understanding should not be overlooked.[379]

---

374 PRO, MH 133/408, Follow-Up Enquiry into Conferences on Ante-natal Care related to Toxaemia, Meeting Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare, 6. 3. 1959.

375 PRO, MH 133/401, Standing Maternity and Midwivery Advisory Committee, Meeting 17. 2. 1958; PRO, MH 137/185, Godber an Enid Russel-Smith, 18. 5. 1955; ähnliche Vorschläge finden sich aber bereits 1950 in einschlägigen Artikeln der Fachzeitschriften, vgl. LENNON, Views.

376 PRO, MH 137/263, Vermerk über Maternity Services Cooperation Cards for Maternity Patients, April 1957; PRO, MH 156/20 und PRO, MH 133/401, Standing Advisory Maternity and Midwivery Committee, Meeting 22. 7. 1960; 14. 9. 1960; September 1963.

377 PRO, MH 133/402, Entwurf Memorandum on the Normal Care of the Pregnant and Confined Women, Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee, 1949. „The local authority clinics also have a place in the scheme. From the staff in attendance at the clinic, the mother will receive general and special health education, advice on diet during pregnancy preparation for motherhood etc.“, hieß es in diesem Memorandum.

378 PRO, MH 137/185, Memorandum Ante-natal Care, Juni 1955; PRO, MH 133/408, Follow-Up Enquiry into Conferences on Ante-natal Care Related to Toxaemia, Meeting Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare, 6. 3. 1959.

379 PRO, MH 137/185, Memorandum Ante-natal Care, Juni 1955. Interessant ist, daß in Großbritannien bereits 1957 die Ehemänner in die Überlegungen um die Schwangerenvorsorge einbezogen wurden. Von solchen Denkansätzen war man in Bundesrepublik noch weit entfernt.

Meistens war den LHAs ein „Mother's Club" angegliedert, in dem die Frauen Säuglingspflege, Kochen und Nähen lernen konnten. Gleichzeitig hörten in manchen Regionen die *Medical Officers* auf, die offiziellen Vorsorgesprechstunden zu halten und überließen diesen Bereich den Allgemeinärzten. Die Krankenhäuser konzentrierten sich zunehmend auf die rein medizinische Vorsorge. Das Ministerium kritisierte zwar, daß die Kliniken sich kaum mit der Schwangeren als Person auseinandersetzen würden; nach extrem langen Wartezeiten könnten die werdenden Mütter ihre Probleme in den überfüllten Vorsorgesprechstunde selten ansprechen.[380] Aber letztlich tolerierte das Gesundheitsministerium die Aufteilung der Sphären und akzeptierte die Verschiebung der medizinischen Vorsorge hin zu Ärzten und Krankenhäusern.

Ein weiterer Versuch der Verbesserung des *Maternity Services* bestand darin, moderne *Maternity and Child Welfare Centres* in den örtlichen Gesundheitsbehörden einzurichten.[381] Allerdings war von Seiten des Staates und des Ministeriums kaum Geld vorhanden, um den Bau solcher Zentren zu unterstützen. Im Gesundheitsministerium wurden dennoch – allerdings sehr zögerlich – Pläne entwickelt, um die LHAs zu beraten. Die Zentren sollten grundsätzlich Sprechstunden für Schwangere, Babies und Kleinkinder, zahnärztliche Untersuchungen und die Verteilung von subventionierten Nahrungsmitteln in einem Haus vereinigen.[382] Die Initiative wurde jedoch im Ministerium wegen der schlechten Haushaltslage jahrelang verschleppt; außerdem erwies sich eine übergreifende Planung bei den unterschiedlichen Anforderungsprofilen der einzelnen LHAs als schwierig.

All diese Bemühungen um Verbesserung der Rahmenbedingungen und Koordination fruchteten kurzfristig wenig. Weiterhin blieb im *Maternity Service* umstritten, welche Ärzte nun auf die *Obstetric Lists* kommen und welche Standards dafür verpflichtend sein sollten. Die Besorgnis über die Zusammenarbeit der einzelnen Zweige des *Maternity Services* blieb bestehen.[383]

Das Ministerium beauftragte wegen dieser zahlreichen andauernden Probleme 1956 ein Komitee unter der Leitung von Earl Cranbrook, den gesamten Bereich zu untersuchen und Vorschläge für Verbesserungen einzubringen:

To advise what should be the content of the services required by a mother during pregnancy, confinement and lying-in, to review the present organisation of these services and

380 PRO, MH 137/185, Memorandum Ante-natal Care, Juni 1955.

381 PRO, MH 134/80, Memorandum on the Siting, Accomodation, Equipment and Staffing of a Maternity and Child Welfare Centre April 1950; Minute Emery an Russel-Smith, 29. 1. 1954.

382 PRO, MH 134/81, Memorandum on Planning of Local Health Authority Combined Maternity and Child Welfare and School Health Centres, 26. 1. 1960. Erst 1960 startete man einen neuen Anlauf, um verbindliche Anweisungen für Neubauten zu entwickeln.

383 PRO, MH 137/185, Memorandum Ante-natal Care, Juni 1955; PRO, MH 133/408, Follow-Up Enquiry into Conferences on Ante-natal Care Related to Toxaemia, Meeting Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare, 6. 3. 1959.

to make recommendations how these services can best be provided through the framework of the National Health Services.[384]

Säuglingsvorsorge wurde dabei bewußt ausgeklammert, da hier bei weitem nicht so große Probleme entstanden waren. Schon die Auswahl der Mitglieder des Komitees gestaltete sich aber schwierig. Zudem war man sich bereits vorher im klaren, daß man mit der BMA die größten Schwierigkeiten haben würde:

The difficulty will be to get a report which does not drive any organised section of the medical profession into opposition. If the report includes cut and dried recommendations for the administrative re-organisation of the present service, the BMA might quite possibly spend the next five years fighting it tooth and nail.[385]

Aus allen Bereichen des *Maternity Service*, von den örtlichen Gesundheitsbehörden, den GPs, den Krankenhäusern, den *Health Visitors*, den Hebammen und zahlreichen anderen Organisationen wurden schriftliche oder mündliche Berichte gehört, um sich ein umfassendes Bild der Probleme machen zu können.[386] Auch aus anderen Staaten wurden Erfahrungen gesammelt; Berichte aus den Niederlanden, Dänemark, der UdSSR lagen dem Komitee vor.[387] Besonders das niederländische System, das auf Hausgeburten (ca. 80 Prozent) setzte, den Hebammen eine wichtige Rolle zuwies und den Müttern über staatlich unterstützte, wohltätige Organisationen eine umfassende Hilfe zukommen ließ, wurde mit großem Interesse betrachtet.[388] Das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland wurde nicht in die Betrachtungen einbezogen, da hier in den 1950er Jahren kaum ein kohärentes Modell der Schwangerenbetreuung existierte.

Bei der Beurteilung des britischen *Maternity Service* waren sich die meisten Berichterstatter im wesentlichen einig, daß die dreigeteilte Organisation in Großbritannien grundsätzlich nichts Schlechtes sei. In Regionen, wo es eine ausreichende Koordination gebe, funktioniere alles gut.[389] Auch das *Cran-*

---

384 PRO, MH 137/254, Russel-Smith an Secretary, 11. 2. 1956.

385 PRO, MH 137/254, Russel-Smith an Secretary, 11. 2. 1956.

386 PRO, MH 137/262, es sandten insgesamt 32 verschiedene Gruppen, darunter Berufsorganisationen aus allen Bereichen des Geusndheitswesens sowie Frauenvereine schriftliche Berichte ein.

387 PRO, MH 137/263, Maternity Service Committee, Circualated Papers, August 1957, Addendum 1 to RMSC/13, Appendix A to RMSC/20, Appendix C to Paper RMSC/30; PRO, MH 137/2578, Maternity Service in Russia, Bericht von Prof. Fraser Brockington.

388 PRO, MH 137/263, Addendum 1 to RMSC/13 Maternity Services in Holland, 1956. Interessant ist hier, daß man auch in der Bundesrepublik das System der Niederlande mit seiner lokalen Gesundheitsversorgung, die den Schwerpunkt auf eine Vorsorge durch Hebammen und Fürsorgerinnen, Hausgeburten und Pflege der Mütter zu Hause legte, mit Interesse wahrnahm. Letztlich gewann das System aber weder auf die englische noch auf die deutsche Entwicklung Einfluß. Vgl. zur Rezeption des niederländischen Systems in der Bundesrepublik oben, S. 432.

389 PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the Executive Councils Association, 28. 2. 1957; anders allerdings ein Medical Officer of Health, der die Koordinierung des Maternity Services unter einer neuzuschaffenden Organisation befürwortete: PRO, MH 137/262, Oral Evidence from Dr. E.K. Macdonald, 9. 5. 1957.

brook Committee schloß sich dieser Einschätzung an; eine bessere Zusammenarbeit aller Zweige des *Maternity Service* wurde zur Steigerung der Qualität der Leistungen aber dringendst eingefordert.[390]

Die *Teaching Hospitals* befürworteten zu diesem Zweck eine Vereinigung aller Dienste unter Leitung der Krankenhausverwaltungen und wollten grundsätzlich auf die Verlegung der Geburten in die Krankenhäuser hinarbeiten.[391] Eine solche Zusammenlegung des *Maternity Service* wurde jedoch nicht nur im Ministerium, sondern auch von anderen zentralen Vereinigungen, wie der *Association of Hospital Management Committees* und dem *Central Board of Midwives*, als wenig erfolgversprechend eingeschätzt, weil dann wieder andere Probleme entstünden.[392] Vielmehr hielten die meisten Experten es für essentiell, daß die Fachkraft, bei der sich die Mutter zur Geburt anmeldete, also die Hebamme, der Krankenhausarzt oder der Allgemeinarzt, den Fortgang der *Antenatal-care* koordinieren und überwachen sollte.[393] Die Hebammenorganisationen betonten, daß Kontinuität zwischen Vorsorge und Geburtshilfe herrschen sollte: Bei denselben medizinischen Betreuern, die letztlich ihr Kind zur Welt brachten, solle die Mutter auch Schwangerenvorsorge erhalten. Im Falle einer Klinikgeburt solle sie zur Vorsorge in die Ambulanz der Klinik gehen, bei einer Hausgeburt mit Hebamme in die LHA-Vorsorgesprechstunden, die nach Möglichkeit von dieser Hebamme geleitet werden sollten, bei einer Hausgeburt mit dem GP in Vorsorgesprechstunden, die entweder vom Arzt selbst oder in dessen Anwesenheit abgehalten wurden.[394] Die Hebammen favorisierten eine Vorsorge für Schwangere im Team mit Hebammen, *Health Visitors* und GPs in den Räumen der örtlichen Gesundheitsbehörde oder in einer Gruppenpraxis.[395] Das *Hospital Management Committee* wollte „normale Fälle" unter Aufsicht des GPs und der Hebamme haben, Schwangerschaften mit Komplikationen sollten im Krankenhaus betreut werden.[396]

---

390 MINISTRY OF HEALTH, Report of the Committee on Maternity Services [Cranbrook Report] S. 75; 80–1; vgl. auch PRO, MH 55/2341, Maternity Services Committee Report, Programme of Action, 4. 3. 1959.

391 PRO, MH 137/266, King's College Hospital, Memorandum on Maternity Sevice, 20. 11. 1956.

392 PRO, MH 137/265, Maternity Services Committee, Circulated Evidence, Central Midwives Board Evidence, 22. 11. 1956; PRO, MH 137/266, Maternity Services Committe, Circulated Evidence, Memorandum of the Association of Hospital Management Committees, Februar 1957.

393 PRO, MH 137/265, Maternity Services Committee, Circulated Evidence, Central Midwives Board Evidence, 22.11. 1956.

394 PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the Association of Supervisors of Midwives, 22. 11. 1956; PRO, MH 137/265, Maternity Services Committee, Circulated Evidence, Central Midwives Board Evidence, November 1956.

395 Dasselbe strebten auch andere Vereinigungen an, vgl. PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the National Baby Welfare Council, 14. 3. 1957.

396 PRO, MH 137/266, Maternity Services Committe, Circulated Evidence, Memorandum of the Association of Hospital Management Committees, Februar 1957.

Das *Cranbrook Committee* hielt insbesondere das Vorgehen in dem Ort Wolverhampton für nachahmenswert, über das der zuständige *Medical Officer of Health* dem Komitee berichtete. Dort hatte sich seit 1950 bei den Hausgeburten ein Prozedere durchgesetzt, das die Anstrengungen der Ärzte und der LHAs kombinierte.[397] Wenn eine Schwangere zunächst zu ihrem Arzt ging, untersuchte sie dieser und schickte sie für die nächste Untersuchung zum *Medical Officer* in die Schwangerensprechstunde der LHAs. Gleichzeitig wurde eine Kooperationskarte an die Ambulanz der LHA geschickt, in der der GP angeben konnte, ob er die weiteren Zwischenuntersuchungen selbst durchführen wollte oder die Frau die Schwangerensprechstunden der örtlichen Gesundheitsbehörden aufsuchen sollte. In jedem Fall sah der Arzt die Patientin in der 36. Woche zu einer weiteren Untersuchung. Die Hebammen nahmen zusammen mit den *Medical Officers* die anderen Untersuchungen vor. Dieses Vorgehen sicherte den Schwangeren eine gut abgestimmte Vorsorge und verbesserte gleichzeitig die Zusammenarbeit bei der Geburt. Sowohl Ärzte als auch Hebammen und Patientinnen waren mit dieser Art der Kooperation in Wolverhampton sehr zufrieden.

Das *Cranbrook Committee* schloß sich schließlich folgenden Vorschlägen an: Die Dreiteilung sollte erhalten blieben und ein eigenständiger Dienst für Schwangere und Mütter unter den LHAs ebenso wie der *Maternity Service* durch die GPs und die Krankenhäuser fortbestehen. Gleichzeitig sollte die Zusammenarbeit in der Schwangerenvorsorge durch Patientenkarten, gegenseitige Information und Koordination stark verbessert werden.[398]

Ein weitererer Problembereich, dem sich das *Cranbrook Committee* widmete, waren die Aufgaben und Leistungen der Allgemeinärzte in der Schwangerenvorsorge. Einerseits wurde die Kompetenzverschiebung zu Gunsten der Ärzte gutgeheißen. Andererseits nahm das Komitee die Kritik an der ärztlichen Qualifikation und der Durchführung der Vorsorge sehr ernst. Bei den Ärzten kamen verschiedene Probleme zusammen. Sie hatten seit 1948 unter dem NHS einen erheblichen finanziellen Anreiz, in der Geburtshilfe und Schwangerenvorsorge zu arbeiten. Deswegen bemühten sich auch vormals uninteressierte und wenig ausgebildete Ärzte verstärkt, Schwangere zu betreuen.[399] Die Unzulänglichkeiten der GPs wurden nicht nur vom Ministerium und von den Hebammenorganisationen kritisiert, sondern auch von Amtsärzten und verschiedenen wohltätigen Organisationen, so zum Beispiel dem *National Baby*

---

397 PRO, MH 137/271, Maternity Services Committee, Medical Officer of Health Wolverhampton an das Ministry of Health, 17. 9. 1956, Cooperation in Domiciliary Midwifery: the Wolverhampton Scheme.

398 Report of the Maternity Services Committee, S. 84–5; PRO, MH 55/2341, Maternity Services Committee Report, Programme of Action, 4. 3. 1959. PRO, MH 55/2341, Maternity Services Committee Report, Programme of Action, 4. 3. 1959.

399 PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the Association of Supervisors of Midwives, 22. 11. 1956.

Welfare Council, sehr deutlich gesehen.[400] Die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen durch niedergelassene Ärzte sollte zudem besser kontrolliert werden. Bis 1957 gestalteten sich die Vorschriften für die GPs sehr lax. Die Ärzte waren lediglich dazu verpflichtet, zweimal während der Schwangerschaft zu untersuchen. Zwar mußten sie, um sich für die Bezahlung unter dem NHS zu qualifizieren, mehr als zwei Untersuchungen durchführen, eine vertragliche Bindung gab es jedoch nicht. Somit gab es gerade bei der Gruppe, die mittlerweile fast alle Schwangeren versorgte, große Mängel sowohl in der offiziellen Regelung als auch in der Praxis. Von den vom *Cranbrook Committee* befragten Interessengruppen wurde in der Regel folgender Standard gefordert: eine monatliche Untersuchung bis zum siebten Monat, dann vierzehntägige Untersuchungen bis zum achten Monat und danach wöchentlich, jeweils mit Gewichts-, Blutdruck- und Urinkontrolle. Dies alles sollte auf einer Patientenkarte festgehalten werden.[401]

Im *Cranbrook Report* wurden wegen dieser Befunde neue Kriterien für die *Obstetric Lists* entwickelt, um die Ausbildung der GPs zu verbessern. Die Ärzte sollten mindestens ein halbes Jahr auf einer Geburtshilfe-Station in einem Krankenhaus gearbeitet haben oder eine ausreichende praktische Erfahrung vorweisen (Schwangerenvorsorge in 100 Fällen, Geburtshilfe in 50 Fällen).[402] Jährlich sollte dann der betreffende Arzt mindestens 20 komplette Fälle (mit Vor- und Nachsorge) bearbeiten, um auf der Liste zu bleiben. Gegen diese vom *Cranbrook Committee* aufgestellten Forderungen opponierte die BMA allerdings heftig, da dies die ärztliche Tätigkeit einschränke. Außerdem hatte der Bericht empfohlen, nur noch spezialisierten Ärzten eine Gebühr für *Maternity Services* zu zahlen, allen anderen nichts mehr.[403] Dies wurde von der BMA gänzlich abgelehnt, sie forderte ihrerseits eine Erhöhung der Gebühren für die qualifizierten ebenso wie die nichtqualifizierten Ärzte.[404] Die BMA vertrat den Standpunkt, daß jeder approbierte Arzt in der Lage sei, Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe zu übernehmen und dafür keiner Zusatzqualifikation bedürfe.[405]

Daß der *Cranbrook Report* gleichzeitig die Verlagerung der Verantwortlichkeit für die Schwangerenvorsorge von den LHAs zu den Ärzten befürwortete, wurde von der BMA natürlich stark unterstützt. Das Komitee begründete dies vor allem mit der Art der Vorsorge für Schwangere, die sich mittlerweile auf Blutuntersuchungen, Blutdruckmessen und andere medizinische Untersu-

---

400 PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the National Baby Welfare Council, 14. 3. 1957 vgl. auch PRO, MH 137/262, Oral Evidence from Dr. E.K. Macdonald, 9. 5. 1957.

401 PRO, MH 137/265, Maternity Services Committee Circulated Evidence, Medical Women's Federation Evidence.

402 PRO, MH 137/187, Ministry of Health an BMA, 6.4. 1960.

403 PRO, MH 137/186, Minute an Deputy Secretary, 23. 7. 1959.

404 PRO, MH 137/186, Bourton an Miss Boys, 29. 9. 1959.

405 PRO, MH 137/186, Diskussion mit der BMA, 30. 10. 1959. Vgl dazu auch PRO, MH 137/186, Bericht an Deputy Secretary, 23. 7. 1959.

chungen konzentrierte, die eher zum Aufgabenbereich eines Arztes gehörte.[406] Der *Medical Officer* sollte auch in den Schwangerenberatungsstellen der Gesundheitsbehörden nach und nach durch einen GP ersetzt werden.[407] Die Ärzte hatten selbst schon früher darauf hingewiesen, daß die *Medical Officers* nie Geburten durchführten und deswegen keine Kontinuität zwischen Vorsorge und Geburtshilfe bestehen könne.[408] Das *Cranbrook Committee* verband seine Empfehlung, den GPs mehr Aufgaben zuzuweisen, allerdings mit größeren Ansprüchen an die Ausbildung.[409] Diese Verknüpfung wurde von der Ärzteschaft abgelehnt. Nur eine Minderheit der GPs war wie das Ministerium und das Expertengremium der Überzeugung,

> that the BMA cannot reasonably expect to get the things that they like in the Cranbrook Report, e.g., increase in hospital beds manned by general practitioners […] and gradual replacement of local authority medical officers by general practitioners […] if they will not do anything to meet the recommendation of the Cranbrook Report on the question of the Obstetric List.[410]

In den *Local Health Authorities* wurde die angestrebte Kompetenzverlagerung sehr kritisch gesehen. Die *Medical Officers* vor allem in den ländlichen Distrikten waren nicht davon überzeugt, daß die niedergelassenen Allgemeinärzte den neuen Funktionen gerecht werden könnten.[411] In der Zeitschrift der *Medical Officers of Health* wurden die Kritikpunkte der Vertreter des öffentlichen Gesundheitswesens 1957 zusammengefaßt:

> With the coming of the NHS, however, the democratic system gave full consideration to the economic desires of the largest group [the general practitioners] and in spite of lip service to the idea of the 'obstetric practitioner' with special experience a state of affairs arose in which virtually every doctor could claim a fee in respect of the ante-natal care of any of his female patients who became pregnant provided that he gave evidence that he had provided certain minimal attendance. During the past nine years attendance at local authority ante-natal clinics has dwindled and the great bulk of clinical ante-natal work is carried out by general practitioners. Some do it conscientiously and skilfully, some conscientiously but with limited skill, some perfunctorily, a minority collect their fees for what is little more than a cynical pretence of ante-natal supervision.[412]

Übereinstimmung herrschte zwischen allen Parteien, daß die LHAs weiterhin Gesundheitserziehung für Mütter und zusätzlich Vorbereitungskurse für Schwangere, also ergänzende Kurse als *Education and Training Centre* anbie-

---

406 PRO, MH 137/186, Vermerk W.S. MacDonald, 31. 12. 1958.

407 PRO, MH 137/186, Diskussion mit der BMA, 30. 10. 1959; vgl. zur unter dem NHS marginalisierten Rolle der Hebammen auch OAKLEY, Womb, S. 143–4.

408 PRO, MH 137/ 267, Maternity Services Committee Circulated Evidence, Memorandum von C.F. Turner, GP in Cornwall.

409 PRO, MH 55/2341, Maternity Services Committee Report, Programme of Action, 4. 3. 1959.

410 PRO, MH 55/2341, Minute an Dodds, 18. 6. 1959.

411 PRO, MH 137/ 257, Northamptonshire County Council Health Department an Miss Chamberlain, Ministry of Health, 21. 2. 1958.

412 KERSHAW, New Trends, S. 202–3.

ten sollten.[413] *Maternity Exercises* oder *Relaxation Classes* wurden bis Ende der 1950er Jahre in den meisten LHAs zu einem wichtigen Bestandteil der Schwangerenvorsorge.[414]

Die Diskussion im *Cranbrook Committee* kreiste auch um die Frage der Krankenhaus- oder Hausgeburten. Als Gründe für die Müttersterblichkeit spielten unter anderem schwere Blutungen bei der Geburt eine Rolle. Diese waren im Krankenhaus durch Bluttransfusionen und Medikamente schnell in den Griff zu bekommen; bei Hausgeburten mußte dagegen ein Notfallwagen gerufen werden, oft war der Zustand der Frauen dann bereits zu instabil, um noch helfen zu können.[415] Eigentlich war es unter dem NHS anerkannte Politik in der Vorsorge, nach Möglichkeit medizinische Risikogeburten und Geburten unter schwierigen sozialen Bedingungen (z.B. schlechte, beengte Wohnsituation) stets in die Krankenhäuser zu verlegen.[416] Die Kliniken vergaben jedoch ihre Betten meist nach dem Prinzip „first come, first serve", so daß für schwierige Fälle oft keine Betten mehr zur Verfügung standen, da die Nachfrage weit höher war als die Ausstattung mit Klinikbetten.[417] In der Praxis funktionierte die Verteilung nach Risikogruppen keineswegs.[418]

Bis 1956 änderte sich an der Prozentzahl der Krankenhausgeburten praktisch nichts (von 1953 bis 1956 stets zwischen 64,1 und 64,8 Prozent). Dies hing mit der schlechten finanziellen Lage der Krankenhäuser zusammen, die ihre Bettenzahl kaum ausbauen konnten.[419] Nach 1956 stieg die Geburtenzahl insgesamt stark an, der Prozentsatz der Klinik- und Hausgeburten blieb jedoch weiterhin bei etwa 65 bzw. 35 Prozent.[420] Im *Cranbrook Report* wurde schließlich empfohlen, den Prozentsatz leicht zu steigern und Krankenhausbetten für

---

413 PRO, MH 137/ 257, Northamptonshire County Council Health Department an Miss Chamberlain, Ministry of Health, 21. 2. 1958; KERSHAW, New Trends, S. 203.

414 RODWAY, Education, S. 545.

415 PRO, MH 137/257, Prof. Jeffcoate an Mr. Malkin, 24.2.58.

416 PRO, MH 133/404, Standing Maternity and Midwivery Advisory Committee, The Selection of Maternity Cases for Admission to Hospital, Memorandum by the Ministry of Health, 1951.

417 Dies lag auch daran, daß im NHS bei einer Geburt im Krankenhaus für die Mutter keinerlei Kosten entstanden, während bei einer Hausgeburt Kosten für Verpflegung, Wäsche, Ausrüstung etc. anfielen, die der NHS nicht übernahm; PRO, MH 133/404, Standing Maternity and Midwivery Advisory Committee, The Selection of Maternity Cases for Admission to Hospital, Memorandum by the Ministry of Health, 1951.

418 Vgl. hierzu auch eine vom Ministry of Health angeregte Untersuchung über die Zulassungsbedingungen bei Schwangeren, CHAMBERLAIN, Hospital; vgl. zur tatsächlichen Verteilung der Geburten PRO, MH 137/ 257, Minute Taylor an Butler, 22. 10. 1956.

419 PRO, MH 137/263, Maternity Services Committee Circulated Papers, Effect of the Increased Number of Births in Hospital in Relation to the Number of Maternity Beds, 17. 12. 1957. Die Steigerung der tatsächlichen Anzahl der Klinikgeburten zwischen 1955 und 1956 um 20 000 (wegen steigender Geburtenzahl) wurde mit Hilfe eines verkürzten Aufenthalts der Mütter in den Kliniken erreicht, da die Anzahl der Betten im wesentlichen zwischen 1953 und 1956 gleich blieb.

420 MINISTRY OF HEALTH, The Development of Community Care, S. 5–7.

ca. 70 Prozent der Schwangeren zur Verfügung zu stellen, um auch solchen Problemen abzuhelfen. Der Trend zur Krankenhausgeburt und zur Vorsorge beim Arzt wurden also im Bericht des Komitees unterstützt.[421]

Das Ministerium versuchte nach der Veröffentlichung des *Cranbrook Reports* im Jahr 1959 zunächst, die Forderungen hinsichtlich der Ausbildung der Ärzte umzusetzen. Zumindest über die Frage der Bezahlung der Ärzte für den *Maternity Service* wollte das Gesundheitsministerium Druck auf die BMA ausüben, um die Empfehlungen des Berichts umzusetzen.[422] Die Auseinandersetzungen mit der BMA blieben schwierig. Die Auswahl der Ärzte für die Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe wies weiterhin von Region zu Region große Unterschiede auf.[423] Ende der 1950er Jahre wurden zumindest Auffrischungskurse für Ärzte eingerichtet, in denen sie ihre Kenntnisse in Geburtshilfe und Schwangerenvorsorge vertiefen konnten.[424] Die Bedingungen für die Aufnahme in die *Obstetric List* wurden im Laufe der Diskussionen mit der BMA wieder abgeschwächt: Entweder hatte der Arzt eine sechsmonatige Assistenz in einer Geburtshilfestation während der letzten zehn Jahre abgeleistet oder einen Auffrischungskurs besucht; er konnte sich aber auch nur durch praktische Arbeit qualifizieren. Dies entsprach zwar nicht mehr den ursprünglich strengeren Vorschlägen des *Cranbrook Committee*, half aber, dennoch eine *Obstetric List* mit minimalen Anforderungen aufrecht zu erhalten. Dafür wurden nun auch – wie von der BMA schon lange gefordert – die Gebühren für diese Leistungen angehoben.[425]

Das Gesundheitsministerium erließ schließlich 1960 umfassende neue Vorschriften für die Schwangerenvorsorge: GPs sollten nun die Schwangeren während der Schwangerschaft mindestens fünfmal untersuchen, bei der Geburt, Komplikationen oder bei langandauernden Wehen immer zur Verfügung stehen und die Mutter und ihr Neugeborenes mindestens zwei Wochen nach der Geburt betreuen.[426] Schon bei der ersten Untersuchung waren nun Blutdruck und Gewicht zu überprüfen, sowie eine Urin- und Blutuntersuchung vorzunehmen. Die Vorschriften für die nachfolgenden Vorsorgeuntersuchungen waren ebenfalls detailliert; besondere Aufmerksamkeit wurde auf eine rechtzeitige Diagnose gelegt, um einer Eklampsie oder Toxaemie vorzubeugen.[427]

---

421 PRO, MH 55/2341, Maternity Services Committee Report, Programme of Action, 4. 3. 1959.

422 PRO, MH 137/186, Minute an Dodds, 23. 6. 1959.

423 PRO, MH 137/254, Ausschnitt aus Sunday Dispatch, 25. 1. 1959.

424 PRO, MH 137/187, Vermerk Refresher Courses for GPs, 15. 3. 1960.

425 PRO, MH 137/189, Circular Maternity Medical Services Nr. 81, 1960. Es bekamen aber auch Ärzte, die nicht auf der Obstetric List standen, eine Gebühr für die Betreuung von Geburt und Schwangerschaft. Diese Regelung hatte eigentlich aufgehoben werden sollen, war aber am Widerstand der BMA gescheitert.

426 PRO, MH 137/189, Circular Maternity Medical Services Nr. 81, 1960.

427 PRO, MH 137/189, Circular Maternity Medical Services Nr. 81, 1960, Enclosure Memorandum on Maternal Care under the Maternity Medical Services.

Auch nach dieser Neuregelung gab es weiterhin Probleme mit der BMA. Die Ärzte hatten vor allem Bedenken wegen der verpflichtenden fünf Besuche nach der Geburt; viele sahen sich außerstande, dem nachzukommen.[428] Das Verhalten der Ärzte stieß in der Öffentlichkeit nur noch auf wenig Zustimmung. In einem Kommentar der *Times* hieß es im Februar 1962:

> The fuss which GPs have been making about the new maternity service regulations is a symptom of the keenness of professional sensibilities in a nationalised health service especially to any hint of bureaucratic efforts to teach doctors their business. […] After all although in 1959 the Cranbrook Committee felt the complicated tripartite structure of the maternity services should be retained they took a by no means lenient view of general practice in obstetrics. […] They therefore wanted the list of obstetric general practitioners revised, laying down strict minimum standards for admission to this list and once there for staying on it. Those on the list were to be better paid, but anyone who had not qualified was no longer to receive extra fees at all. […] Instead of all this happening increased fees in return for increased service for both those on and those outside the obstetric list were wrapped in the package deal which followed the Pilkington report.[429]

Die Streitereien zwischen BMA und Ministerium gingen dennoch weiter. Die BMA lehnte auch die anderen detaillierten Vorschriften ab und forderte eine größere Entscheidungsfreiheit des Arztes. Im Ministerium wollte man dagegen Mindeststandards bei der Behandlung festlegen, um so auch eine rechtlich abgesicherte Position gegenüber den Ärzten zu halten.[430] Bei der Bezahlung favorisierten die Ärzte eine Berechnung der Gebühren pro Untersuchung, um auch bei einer unvollständigen Betreuung eine angemessene Entlohnung zu erhalten. Das Ministerium verfolgte jedoch das Ziel, den Schwangeren eine möglichst umfassende Versorgung zu bieten und wollte nur die Gesamtgebühr bezahlen, wenn die Ärzte tatsächlich das ganze Vor- und Nachsorgeprogramm durchgeführt hatten.[431] Erneut gab das Ministerium in vielen Punkten der starken Lobby der Ärzte nach und verzichtete letztlich auf genaue Vorschriften hinsichtlich der Zahl und des Umfangs der Untersuchungen.[432]

---

428 PRO, MH 137/189, Croft an Nodder, 21. 4. 1961.

429 PRO, MH 137/191, Ausschnitt aus der Times, 26. 2. 1962, Maternity Doctors. Der Pilkington Report war ein Bericht der Royal Commission on Doctors and Dentists Remuneration unter Vorsitz von Sir Henry Pilkington, der den Ärzten eine erhebliche Erhöhung ihrer Gehälter zusprach. Vgl. Pilkington Report.

430 PRO, MH 137/191, Note of a Meeting on Maternity Medical Services between the Representatives of the General Medical Services Committee of the BMA and the Department, 14. 2. 1962.

431 PRO, MH 137/191, Note of a Meeting on Maternity Medical Services between the Representatives of the General Medical Services Committee of the BMA and the Department, 14. 2. 1962.

432 PRO, MH 137/192, Circular ECN 410, Oktober 1962: „A practitioner who has arranged to provide maternity medical services for a person shall be responsible for arranging that the person receives all necessary medical services during pregnancy, confinement and the postnatal period from the date on which he accepts her application to receive maternity medical services."

Gleichzeitig bemühte sich das Ministerium, dem im *Cranbrook Report* geforderten Ausbau der Krankenhausbetten nachzukommen. 70 Prozent aller Geburten sollten im Krankenhaus stattfinden und für 20–25 Prozent der Schwangeren Betten zur Verfügung stehen, um gerade bei Schwangerschaftstoxikosen die werdenden Mütter angemessen behandeln zu können (Bettruhe, Infusionen etc.).[433] Der NHS stand jedoch in den 1950er Jahren unter enormen finanziellem Druck und war nicht in der Lage, seine Ausgaben so zu steigern, um die für eine große Zahl neuer Klinikbetten notwendigen Investitionen aufzubringen. Im Gesundheitsministerium wie im Finanzministerium hoffte man, den Anforderungen des *Cranbrook Reports* durch Umorganisation der Krankenhausbetten sowie durch eine verkürzte Liegezeit der Mütter im Krankenhaus nach der Geburt zu genügen.[434] Im sogenannten *Bradford Maternity Scheme* wurde beispielsweise seit 1958 ein Teil der Mütter schon am zweiten Tag nach der Geburt entlassen, um ausreichend Betten für schwangere Patientinnen zu gewinnen.[435] Dies hielten die Medizinalbeamten im Gesundheitsministerium für eine gangbare Lösung.[436] Daß die Zeit in der Klinik nach der Geburt drastisch verkürzt und die Nachsorge den lokalen Hebammen übertragen wurde, belastete aber wiederum die Hebammen im häuslichen Gesundheitsdienst stark.[437]

Die niedergelassenen Ärzte konnten schließlich in den folgenden Jahren einen großen Teil der Schwangerenvorsorge übernehmen. Sie hielten auch, wie das *Cranbrook Committee* empfohlen hatte, zunehmend die Sprechstunden für Schwangere in den LHAs ab, ohne daß dies an die vom Komitee empfohlenen Bedingungen zur *Obstetric List* geknüpft war.[438] In manchen lokalen Gesundheitsbehörden teilten sich nun die niedergelassenen Ärzte und die *Medical Officers* die Räume, um ihre Vorsorgesprechstunden abzuhalten.[439] Mit weiteren Forderungen nach Mindeststandards der *Obstetric Lists* hielt man sich im Ministerium extrem zurück und hoffte letztlich auf eine Selbstbeschränkung der GPs:

> In all the circumstances it has seemed better to wait for the effects of our efforts to upgrade the standard of ante-natal and maternity care […] and to hope that general practitioners not willing to qualify themselves for admission to the obstetric list might ultimately give up obstetrics, possibly before the lists are reviewed in five years' time.[440]

---

433 PRO, MH 55/2341, Maternity Services Committee Report, Programme of Action, 4. 3. 1959.
434 PRO, MH 55/2341, Treasury an Ministry of Health, 22. 4. 1959.
435 PRO, MH 55/2348, Auszug aus Medical Officer, S. 9, 5. 1. 1962.
436 Vgl. PRO, MH 55/2348, passim.
437 Ministry of Health, The Development of Community Care, S. 5–7.
438 Vgl. PRO, MH 55/2342, Minute an Mr. Nodder und Dr. Taylor, 9. 3. 1961.
439 PRO, MH 55/2342, Minute an Williamson, 8. 8. 1962, mit Entwurf eines Briefes an Dr. Stewart, County Medical Officer of Health, Chelmsford. In anderen Regionen, wie in Essex, wurde jedoch den GPs das Abhalten ihrer Sprechstunden in den LHAs noch verweigert, vgl. PRO, MH 55/2342, Minute an Nodder und Dr. Taylor 9. 3. 1961.
440 PRO, MH 55/2342, Minute an Williamson vom 8. 8. 1962.

Der Trend ging so ganz deutlich zur Schwangerenvorsorge durch niedergelassene Ärzte. Auch die *Obstetric List* hatte sich – in sehr abgeschwächter Form – durchgesetzt. 1961 wurden 97 Prozent der Schwangerschaften und Geburten durch GPs betreut, die auf der *Obstetric List* standen. Gleichzeitig befanden sich aber 80 Prozent aller GPs in Großbritannien auf dieser Liste, was eigentlich nicht im Sinne der Empfehlungen des *Cranbrook Reports* und des Ministeriums gewesen war.[441] In den 1960er Jahren übernahmen sie den Großteil der Betreuung aller Schwangeren: Auch bei einer Klinikgeburt war ein Teil der Vorsorge und Nachsorge für die Schwangeren Aufgabe des Allgemeinarztes – zusammen mit den von der LHA angestellten Hebammen. Währenddessen setzte sich die Klinikgeburt noch stärker durch. Deswegen wurde nun die Abstimmung zwischen der Klinik und der Prophylaxe der GPs komplizierter. Auch hier drehte sich der Streit insbesondere um die an die Ärzte zu zahlenden Gebühren, wenn das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfand, einen Teil der Vorsorge übernahm.[442]

Nimmt man die weitere Entwicklung in den Blick, so ging im Gegensatz zur Bundesrepublik Deutschland die Schwangerenvorsorge Anfang der 1970er Jahre endgültig auf die Ambulanzen der Krankenhäuser über, wo sie dann verblieb.[443] Der lange Streit um die Durchführung der Schwangerenvorsorge zwischen lokalen Gesundheitsbehörden und niedergelassenen Allgemeinärzten, der die 1950er und die erste Hälfte der 1960er Jahre bestimmt hatte, war somit gegenstandslos geworden.

4.4.2 Schwangerenvorsorge – Praxis

Vor der Einführung des NHS hatten in der Praxis stets die Hebammen große Teile der Schwangerenvorsorge geleistet, ob sich die Mutter nun für die Geburt im Krankenhaus, beim GP oder bei der Hebamme – wie die meisten Frauen – vorgemerkt hatte.[444] Die Hebammen, die seit 1936 von den lokalen Gesundheitsbehörden angestellt waren, besuchten die Mütter zu Hause und waren meist bei den LHA-Vorsorgesprechstunden der Amtsärzte anwesend. Der *Maternity Service* wurde also im wesentlichen über die örtlichen Gesundheitsbehörden abgewickelt.[445] Nach der Einführung des NHS meldeten sich nun viele Mütter für die Geburten bei Ärzten und in der Klinik, weil auch dies vom NHS

441 MINISTRY OF HEALTH, Development of Community Care, S. 5–6.
442 PRO, MH 137/182, South Worcestershire Hospital Management Committee an Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 17. 4. 1962.
443 OAKLEY, Womb, S. 144–5.
444 PRO, MH 137/270, Maternity Services Committee, Evidence from the Queen's Institute of District Nursing, 2. 10. 1956. Vgl. auch MH 133/402, Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee, The Domiciliary Midwivery Service, 1949.
445 PRO, MH 133/402, Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee, The Domiciliary Midwivery Service, 1949.

bezahlt wurde. GPs hielten daraufhin selbst Schwangerenvorsorge und unterrichteten die Hebammen oftmals nur noch unzureichend über die werdenden Mütter.

In cases where the doctor has said he will give ante-natal care the midwife is not encouraged to see the mother as often as formerly and sometimes she does not hear of the cases until late in pregnancy in some areas mothers do not have blood tests or a chest X-ray as the GP does not as a rule arrange for these. They also lack relaxation and mothercraft task and instruction on preparation for breast feeding. They often do not get to know well the midwife during the ante-natal period. […] Yet in the large majority of cases the midwife attends the mother during her confinement at home with no doctor present especially if this occurs during the night. She knows less about their patients than she did formerly and finds that there have been gaps in the mothers' ante-natal care.[446]

Für die Schwangeren waren die aufgeteilten Zuständigkeiten zwischen Hebammen und niedergelassenen Ärzten problematisch. Mitunter wußten die Frauen selbst nicht, ob sie sich nun für ihre Geburt bei einer Hebamme oder bei einem Arzt vorgemerkt hatten, ähnliche Verwirrungen gab es bei der Vorsorge.[447] Bei Hausgeburten entstanden dadurch große Probleme für die Mütter, insbesondere in ländlichen Regionen. Aus Middlesborough wurde 1958 berichtet, daß die Schwangeren nur sehr unregelmäßige Vorsorge erhielten, einige von den Hebammen, andere von den GPs. Der Informationsfluß zwischen den einzelnen Protagonisten war, wie schon im vorigen Abschnitt beschrieben wurde, schlecht.[448] Gesundheitserziehung für Mütter und andere Schwangerschaftsvorbereitungskurse in den LHAs fielen zudem in der Praxis oft aus, weil nicht genügend eigenes Personal vorhanden war und die niedergelassenen Ärzte aus Zeitmangel keine Kurse übernehmen wollten.[449]

Auch Krankenhäuser boten mitunter Vorsorgesprechstunden- und untersuchungen an. Außerhalb des Ballungsraums London war dieses Angebot jedoch selten ausreichend. Die Kliniken richteten kaum Kurse für Geburtsvorbereitung und für Säuglingspflege ein, nur in Einzelfällen übernahmen dies im Krankenhaus angestellte Hebammen. Für solche Kurse mußten sich die Schwangeren fast überall in England und Wales in die Sprechstunden der *Local Health Authorities* begeben.[450] Zwischen Krankenhäusern und lokalen Gesundheitsbehörden fehlte ebenfalls eine ausreichende Abstimmung.

Aus welchen Maßnahmen setzte sich damals die Vorsorge zusammen? 1949 waren gynäkologische Untersuchungen beim ersten Arztbesuch sowie in der

---

446 PRO, MH 137/270, Maternity Services Committe, Evidence from the Queen's Institute of District Nursing, 2. 10. 1956.

447 PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the Association of Supervisors of Midwives, 22. 11. 1956.

448 PRO, MH 137/257, Eric C. Downer Medical Officer of Health, Middlesborough, an Dr. Chamberlain, Ministry of Health, 29. 1. 1958.

449 PRO, MH 137/257, Eric C. Downer Medical Officer of Health, Middlesborough, an Dr. Chamberlain, Ministry of Health, 29. 1. 1958.

450 PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the Association of Supervisors of Midwives, 22. 11. 1956.

36. Woche der Schwangerschaft vorgesehen. Diese sollten entweder bei einem Spezialisten im Krankenhaus oder beim eigenen Hausarzt stattfinden.[451] Bei dem ersten Besuch sollten alle Abnormalitäten festgestellt und, wenn nötig, eine Geburt im Krankenhaus empfohlen werden. Die zweite Untersuchung in der 36. Woche erwies sich oft als zu spät, da die Mütter schon vorher Frühgeburten gehabt oder Schwangerschaftstoxikose vor der 36. Woche entwickelt hatten. 1955 wurde infolgedessen eine weitere gynäkologische Untersuchung in der 32. Woche empfohlen. Die Hebammen oder die niedergelassenen Ärzte, die die Frauen zwischen diesen vorgeschriebenen Untersuchungen betreuten, sollten die Schwangeren am besten jeden Monat sehen und ab der 28. Woche 14-tägig. Sie sollten dabei Blutdruck und Gewicht der Schwangeren überwachen.[452] Die Ärzte und Fachärzte wurden überdies stets vom Ministerium dazu gedrängt, die Schwangeren öfter zu untersuchen als verpflichtend vorgeschrieben.

Innerhalb der geteilten Zuständigkeiten war eine personelle Kontinuität zwischen Vorsorge und Geburtshilfe für die werdenden Mütter nur selten gegeben. Dieser Mangel wurde von zahlreichen Frauen als äußerst problematisch empfunden. In vielen Fällen gingen die Schwangeren in Vorsorgesprechstunden der LHAs, die von *Medical Officers* oder Ärzten geleitet wurden, zur Geburt suchten sie jedoch eine Klinik auf.[453] Dies konnte für die Patientinnen zu sehr gefährlichen Situationen führen:

> My wife was only examined three times by the nurse and once by the doctor before the expected birth date. When the baby was overdue and she went to the doctor he then decided that she was going to have twins and this belief was shared by the midwife when she herself made a further examination. Such a late diagnosis could hardly fail to disturb even the most equable mother […] and could be surely avoided by thorough and regular pre-natal examinations. In our case such was the lack of co-operation between doctor and hospital X-ray department […]. The x-ray in fact showed no twins but that the baby was lying in a similar position to that taken by our first child."[454]

Die Schwierigkeiten der werdenden Mutter gingen in diesem Fall bei der Geburt weiter, da trotz der ungewöhnlichen Lage des Kindes der Arzt zunächst nicht bei der Geburt anwesend war.[455] Den Wechsel der Betreuungspersonen, gerade wenn die Vorsorge in Kliniken oder LHAs stattfand, empfanden die werdenden Mütter als sehr belastend:

---

451 PRO, MH 133/402 Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee, The Domiciliary Midwivery Service, 1949.

452 PRO, MH 137/185, Memorandum Ante-natal Care, Juni 1955.

453 PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the Association of Supervisors of Midwives, 22. 11. 1956.

454 PRO, MH 137/267, Maternity Services Committee Evidence, C.N. Burkett, Bershire, an Maternity Services Committee, 27. 9. 1956.

455 Vgl. zu den fehlerhaften Einschätzungen hinsichtlich der Schwierigkeiten bei der Geburt durch General Practitioners, die dann zu nachträglichen Krankenhauseinlieferungen und Komplikationen führten, auch CHAMBERLAIN, Ante-natal Care.

Never in the whole of my pregnancy did I see the same doctor twice – what you really want is to have at the most two people you know – the doctor and the midwife (whether domiciliary or hospital) to see you through to the end, with chances to see a specialist if needed.[456]

Viele Schwangere bevorzugten deswegen die GPs bei den Vorsorgeuntersuchungen, da sie mit ihnen ein vertrauteres Verhältnis hatten als mit einer unpersönlichen, wechselnden Belegschaft in Krankenhäusern und in den Sprechstunden der lokalen Gesundheitsbehörden.[457] Große Probleme bereiteten den Müttern außerdem die langen Wartezeiten in den Sprechstunden der LHAs:

70–85 mothers waited in one room with not enough chairs for all – you wouldn't even slip out of the queue for a cup of tea however long the wait, for fear you were counted out, *oder* Appointments are a shame. Count how many have 9.30 for their appointment – when clinic did not start until 10.15. […] Clinic waiting time notoriously bad – 2 hour wait for 5 minutes examination.[458]

Betreuungsangebote für Geschwisterkinder gab es kaum, so daß viele Mütter wegen der in dieser Zeit unbetreuten älteren Kinder nicht an den von den LHAs angebotenen Geburtsvorbereitungskursen teilnehmen konnten.[459]

Schwangere, die ihre Vorsorge ganz bei den Hausärzten durchführen ließen, stießen dagegen auf höchst unterschiedliche Standards. Manche Ärzte waren sehr engagiert, aber nur ca. 50 Prozent der Allgemeinärzte nahmen nach einer Untersuchung des *Baby Welfare Councils* von 1957 überhaupt Blutproben von den Schwangeren, während dies in Krankenhäusern und Sprechstunden der LHA durchwegs geleistet wurde.[460] GPs, die ihre eigenen Vorsorge-Sprechstunden hielten, waren zum Beispiel in Leicester nicht bereit, mit den LHAs zusammenzuarbeiten und die Hebammen der lokalen Gesundheitsbehörde an ihren Sprechstunden zu beteiligen, so daß es dort erneut zu Koordinationsproblemen kam.[461] Am schlechtesten gestaltete sich die Schwangerenvorsorge für die Frauen, die sich in den sogenannten *General Practitioner Units* und den *Private Nursing Homes* für die Geburt angemeldet hatten. Jene verfügten meist über einige Belegbetten, in denen niedergelassene Ärzte Patienten betreuen konnten, aber keine dauernde Betreuung durch einen Arzt gewährleistet war. Eine Hebammenorganisation berichtete 1956:

The witnesses said there was a great shortage of midwives at these units and that all kinds of other help was used. Some might be State Registered Nurses or have some nursing ex-

456 PRO, MH 137/266, National Assembly of Women, Memorandum submitted to the Government Committee of Inquiry into the Maternity Services.
457 PRO, MH 137/274, Maternity Services Committee, Evidence from the Mother's Union, 23. 10. 1956.
458 PRO, MH 137/266, National Assembly of Women, Memorandum submitted to the Government Committee of Inquiry into the Maternity Services.
459 PRO, MH 137/266, National Assembly of Women, Memorandum submitted to the Government Committee of Inquiry into the Maternity Services.
460 PRO, MH 137/ 262, Oral Evidence from the National Baby Welfare Council, 14. 3. 1957.
461 PRO, MH 137/262, Oral Evidence from Dr. E.K. Macdonald, 9. 5. 1957.

perience, but many were quite unqualified. The patients frequently had to be delivered by the midwives because the General Practitioners simply did not turn up. The patients were often not seen by the midwives before they were in labour and arrived at the unit, and often they had no antenatal care of any kind. At a few units it was a condition of booking that the patients should go and see the midwife there once or twice during pregnancy but even then there was no standard of antenatal work. It often happened that patients did not have blood tests and even if they did the doctor was not available and nobody knew the result of the test. The patients rarely had X-rays."[462]

Neben der Verlagerung der Vorsorge zum niedergelassenen Arzt, die von vielen Schwangeren wegen der persönlicheren Betreuung gern angenommen wurde, gingen werdende Mütter nun auch zunehmend in die Vorsorgesprechstunden der Krankenhäuser, wenn sie ihre Kinder dort zur Welt brachten. Hier waren die Gründe wohl, daß die Mütter die Klinikvorsorge als professionell empfanden und den hohen medizinischen Standard in den Krankenhäusern bevorzugten.[463] Die Vorsorge in Kliniken und bei Ärzten erschien offenbar vielen Mütter als attraktive Alternative zu den lokalen Gesundheitsbehörden.[464] Die steigenden Zahlen für die Vorsorge bei GPs hingen auch damit zusammen, daß viele Schwangere, wenn sie eine Hausgeburt haben wollten, mittlerweile einen Arzt *und* eine Hebamme buchten. 1953 waren dies über zwei Drittel aller Schwangeren, der Rest verständigte nur die Hebamme. Bis 1961 hatte sich die Zahlen erneut geändert: Nun meldeten sich 90 Prozent der werdenden Mütter, die ihr Kind zu Hause bekommen wollten, nur bei einem niedergelassenen Arzt an und nahmen dann auch dessen Vorsorgeangebot wahr.[465] Die Besuchszahlen der Local Health Authorities gingen währenddessen zurück:

Tabelle 32: Anzahl der Besuche in den Schwangerenberatungsstellen der LHAs und von Voluntary Organisations in England und Wales[466]

Jahr	Anzahl der Besuche
1949	1 750 000
1950	1 589 000
1951	1 491 000
1952	1 410 000
1953	1 503 000
1954	1 458 000
1955	1 388 000

462 PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the Association of Supervisors of Midwives, 22. 11. 1956.
463 Vgl. auch PRO, MH 137/262, Oral Evidence from Dr. E.K. Macdonald, 9. 5. 1957.
464 PRO, MH 137/265, Maternity Services Committee Circulated Evidence, J.C. Miller, Consultant Obstetrician and Gynaecologist Mayday Hospital Croydon.
465 Ministry of Health; Development of Community Care, S. 6.
466 PRO, MH 137/263, Maternity Services Committee Circulated Papers, Figures of Attendances of Ante-natal Clinics, 28. 11. 1956.

Diese Zahlen bestätigten auch Berichte der Hebammenorganisationen:

> The witnesses all reported that in their own areas attendances at local authority clinics were dwindling. In so far as ante-natal care was not undertaken by hospitals, more and more was being done by General Practitioners and arrangements were being made for midwives to offer their services in the doctor's surgeries. They thought however that where schemes of this kind were in operation the women were not getting the health teaching they would get in clinics. Moreover it had become necessary in order to make up for the lack of teaching in clinics, to hold relaxation classes in church halls or any other accommodation they could find.[467]

Die Versorgung mit speziellen Nahrungsmittelzuteilungen für Schwangere verblieb bei den lokalen Behörden. Während der Schwangerschaft waren die Mütter in Großbritannien weiterhin – wie zu Kriegszeiten eingeführt – dazu berechtigt, sogenannte *Welfare Foods* zu beziehen.[468] Wenn die Mütter ihre Schwangerschaft von einem Arzt bestätigen ließen, erhielten sie mit dieser Bestätigung vom lokalen Büro des *Ministry of National Insurance* ein Heft mit Marken für Milch und Vitaminergänzungspräparate. Mütter bekamen täglich Milch zu einem niedrigen Preis sowie Vitamin-A-und-D-Tabletten oder Lebertran umsonst. Ausgegeben wurden die Vitamine in den lokalen Gesundheitsbehörden, die Milchmarken nahmen die örtlichen Milchmänner an und belieferten die Mütter dann mit verbilligter Milch. In seinen Anweisungen betonte das Gesundheitsministerium, wie wichtig es sei, daß die Mütter diese Angebote wahrnähmen, da die Qualität der Nahrung die Grundlage für ein gesundes Wachstum des Kindes bilde.[469]

Nach der Veröffentlichung des *Cranbrook Reports* im Jahr 1959, der viele Unregelmäßigkeiten im gesamten *Maternity Service* ans Licht gebracht hatte, verstärkten sich die Bemühungen in der täglichen Praxis der Schwangerenvorsorge deutlich. Dennoch blieben die Unterschiede zwischen den einzelnen LHAs, Krankenhäusern und Arztpraxen groß. Seit 1960 wurden die Schwangeren offiziell mindestens fünfmal während ihrer Schwangerschaft untersucht. Bei der ersten Untersuchung gab es normalerweise umfangreiche Blut- und Urinuntersuchungen, Blutdruckmessung und eine Röntgenuntersuchung der Brust. Zahnmedizinisch sollte sie ebenfalls gründlich untersucht werden, entweder bei ihrem eigenen Zahnarzt oder bei dem *Priority Dental Service* der lokalen Gesundheitsbehörde.[470] Bei dieser Untersuchung sollten den Schwangeren Kurse für Schwangerschaftsgymnastik und Säuglingspflege empfohlen werden. In der 32. bis 34. Woche sollten durch die medizinische Untersuchung Abnormalitäten beim Kind, Zwillings- oder Drillingsschwangerschaften oder andere Schwierigkeiten erkannt werden. Rhesus-negative Frauen sollten auf

---

467 PRO, MH 137/270, Maternity Services Committee, Evidence from the Queen's Institute of District Nursing, 2. 10. 1956.

468 Vgl. hierzu S. 406.

469 PRO, MH 55/949, Draft Leaflet on Maternity and Child Welfare Services, 1. 9. 1955.

470 PRO, MH 137/189, Circular Maternity Medical Services Nr. 81, 1960, Enclosure Memorandum on Maternital Care under the Maternity Medical Services.

Antikörper getestet werden und die Frauen bei Anzeichen von Toxikosen sofort in ein Krankenhaus überwiesen werden.[471] Diese umfassende Betreuung erhielten keineswegs alle Mütter in Großbritannien; die Angebote in den einzelnen Regionen und Kommunen differierten stark.

Es gab zudem merkliche Veränderungen in der Haltung der Schwangeren selbst. Anfang der 1960er Jahre führte ein zunehmendes Selbstbewußtsein dazu, daß sich die Frauen nicht mehr mit lapidaren Erklärungen in den Vorsorgesprechstunden zufrieden gaben.

In the last few decades there has been a striking change in the knowledge of the mothers and of their attitude to the medical and nursing profession. Mothers are far better informed about the functions of their bodies and they will no longer blindly follow the advice given. They wish to know the reason why certain instructions are given and if any abnormality arises, they want to have an explanation of its meaning[472],

hieß es in einem Memorandum des Gesundheitsministeriums von 1960. Zu dieser Zeit gab es viele Beschwerden über die Verhältnisse in der Vorsorge, den Krankenhäusern und die generelle Attitüde von Ärzten, Schwestern und Hebammen gegenüber Schwangeren. Zu diesem neuen Selbstbewußtsein der Mütter trugen sicher auch die sich entwickelnden Interessengruppen der werdenden Mütter bei, die Anliegen der Schwangeren mehr Gehör verschafften.[473]

Vom Ministerium wurde damals eine Untersuchung über „Human Relations in Obstetrics" in Auftrag gegeben. Die befragten Schwangeren beklagten Mißstände, wie sie im *Cranbrook Report* bereits erwähnt worden waren: die langen Wartezeiten und die unpersönlichen, schnellen Untersuchungen mit einem Mangel an Privatsphäre. Aber auch andere Themen wurden angesprochen: Viele Mütter fühlten sich verunsichert, wenn sie von den Ärzten nur Fachausdrücke und Teildiagnosen hörten, mit denen sie nichts anfangen konnten, wie z. B. Eklampsie, Rhesusfaktor etc. Die Frauen kritisierten zudem, daß kleinere Probleme wie Schlaflosigkeit, Rückenschmerzen, Krämpfe oder Übelkeit einfach ignoriert würden, da sie für die Ärzte als „normale Auswirkung der Schwangerschaft" gälten.[474] Empfohlen wurde in dem 1960 veröffentlichten Bericht ein besseres System zur Terminvergabe für die Vorsorge-Sprechstunden. Hinsichtlich einer besseren Aufklärung der Schwangeren durch die untersuchenden GPs oder *Medical Officers* sah das *Standing Maternity and Child Welfare Advisory Committee* allerdings enge Grenzen innerhalb der Struktur des NHS:

---

471 PRO, MH 137/189, Circular Maternity Medical Services Nr. 81, 1960, Enclosure Memorandum on Maternital Care under the Maternity Medical Services.

472 PRO, MH 133/409, Memorandum Human Relations in Obstetrics 1960, Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare.

473 Vgl. hierzu den Abschnitt über Pressure Groups, S. 499.

474 PRO, MH 133/409, Memorandum Human Relations in Obstetrics 1960, Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare.

Individual advice on problems is of course the need of all mothers and should be the aim of all good maternity care. This however in large clinics is not always as easy as it might appear at first. In extremely busy clinics a few extra minutes given to each patient may result in the sessions lasting an hour or two longer, so increasing the waiting time and congestion.[475]

Dies verweist auf die begrenzten Kapazitäten im NHS, die einen patientenfreundlichen Ausbau der Therapie oftmals unmöglich machten. Mit den knappen Ressourcen des NHS konnten die werdenden Mütter kaum individuell von Ärzten beraten werden. Das Gesundheitsministerium empfahl deswegen, Informationsblätter auszuarbeiten, um den Müttern das Verständnis ihrer Probleme zu erleichtern:

Separate leaflets could be prepared on such subjects as the meaning of a breech and what is meant when the doctor says he is going to turn a breech; toxaemia of pregnancy, overweigth and diet, Rh. factor etc. They would need to be simple and short and always finish with a sentence as to where the mother can obtain further information if she needs it.[476]

Für ausführliche Fragen und nicht-medizinische Beratung versuchte man außerdem, die Frauen in Säuglingspflege- und Gesundheitserziehungs-Kurse zu schicken. In vielen lokalen Gesundheitsbehörden waren mittlerweile auch Gesprächsgruppen entstanden, in denen sich die Frauen austauschen konnten. Das größte Problem blieben die Schwangeren-Sprechstunden in Krankenhäusern und Kliniken, die sehr überfüllt waren. Meist wurden dort auch keine komplementären Angebote wie Müttergruppen oder Entspannungskurse angeboten. Hierfür mußten die Frauen wiederum in die lokalen Gesundheitsbehörden zurückkehren, was für die Frauen das ganze Prozedere sehr unübersichtlich machte.

Im März 1961 richtete deswegen das Ministerium neue Anweisungen an die *Regional Hospital Boards*, denen die Krankenhäuser unterstanden. Damit versuchte man, die erwähnten Mißstände anzugehen:

The Minister asks hospital authorities to take the following action now:
a) review the organisation and facilities for ante-natal clinics in hospital with the object of reducing waiting times
b) review the arrangements for health education in ante-natal clinics and in particular the arrangements for answering patient's questions about what is happening to them
c) make suitable arrangements for mothers to have companionship and information during labour
d) consider how far the arrangements made for the comfort and convenience of mothers in hospitals need to be improved.[477]

Die Umsetzung gestaltete sich allerdings nicht so einfach, Berichte über kaum veränderte Mängel in der Schwangerenvorsorge der Krankenhäuser findet man

475 PRO, MH 133/409, Memorandum Human Relations in Obstetrics 1960, Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare.
476 PRO, MH 133/409, Memorandum Human Relations in Obstetrics 1960, Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare.
477 PRO, MH 133/410, Ministry of Health an Regional Hospital Boards, März 1961.

auch noch für die nächsten Jahre. Deutlich wird in den 1960er Jahren, daß es in der Schwangerenvorsorge in Großbritannien nicht mehr nur um die Ziele der Senkung der Säuglings- und Müttersterblichkeit ging, sondern daß man vielmehr begann, die Bedürfnisse der Frauen selbst wahrzunehmen und in die Überlegungen miteinzubeziehen, auch wenn dies anfangs kaum zu Resultaten führte. An diesen Änderungen in der Ausrichtung der Schwangerenvorsorge waren vor allem die bereits bestehenden bzw. sich bildenden Laien- und Interessengruppen beteiligt, die weiter unten ausführlicher behandelt werden.[478]

4.4.3 Säuglingsvorsorge – Maßnahmen und Praxis

Nach Absatz 22 des *National Health Service Act* war die Sorge und Vorsorge für Säuglinge und Kinder bis zum Alter von fünf Jahren eindeutig den lokalen Gesundheitsbehörden übertragen. Die LHAs unterhielten Sprechstunden für Säuglinge in ihren Zentren und betreuten die Kinder durch die Hausbesuche der *Health Visitors*. Die Zuständigkeiten in der Säuglingsvorsorge waren im untersuchten Zeitraum weniger umstritten als in der Schwangerenvorsorge: Neugeborene wurden bei Hausgeburten zunächst durch die Hebamme oder den zuständigen GP besucht, dann ging die Betreuung des Säuglings normalerweise auf die *Health Visitors* über.[479] Letztere waren auch unter dem NHS bei den örtlichen Gesundheitsbehörden angestellt. Ihre Hauptaufgabe blieb die Vorsorge bei Müttern und Kindern: Sie besuchten Mütter, betreuten die Säuglinge und unterrichteten die Mütter in der Säuglingspflege.[480] *Health Visitors* waren normalerweise als staatlich anerkannte Krankenschwester qualifiziert und verfügten über eine Zusatzausbildung in einer Kinderklinik oder als Hebamme. Sie wurden bei Hausgeburten von der Hebamme informiert und besuchten die Mütter, nachdem die 14-tägige Nachsorge geendet hatte. Sie arbeiteten aber auch in den Säuglings- und Kinderberatungsstellen der LHAs, so daß die Mütter sie dort ebenfalls mit ihren Säuglingen aufsuchen konnten.[481] Die *Health Visitors* waren vor Einführung des NHS fast ausschließlich mit der Betreuung von Müttern, Säuglingen und Kleinkindern beschäftigt. Nach 1948 sollten sie sich offiziell mehr um die ganze Familie sowie um alte und kranke Personen kümmern, ein wichtiger Fokus ihrer Tätigkeit blieb aber weiterhin der *Maternity Service*.[482]

---

478 Vgl. hierzu ausführlich den Abschnitt über Pressure Groups, S. 499.

479 PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the Association of Supervisors of Midwives, 22. 11. 1956.

480 PRO, MH 58/693, Annual Report an die United Nations, Child and Youth Welfare, 1948.

481 PRO, MH 55/949, Brodie an Dr. Taylor und Mrs. Samson mit Entwurf eines Maternity Care Leaflets, 19. 7. 1951.

482 PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, Maternity and Child Welfare, England and Wales, Februar 1958.

Die Anzahl der betreuten Kinder bis zu fünf Jahren sank zwischen 1953 und 1961 kaum ab; sie lag immer bei ca. 3,3 Millionen besuchten Kindern.[483] Gleichzeitig stieg jedoch die Zahl der Geburten ab Mitte der 1950er Jahre stark an (von 670 000 Geburten im Jahr 1955 auf 840 000 Geburten im Jahr 1962), so daß der Prozentsatz der besuchten Kinder insgesamt etwas zurückging.[484] Dies wirkte sich in der Praxis dahingehend aus, daß die *Health Visitors* nach ihrem ersten Besuch bei einer Familie mit Säugling ihre Besuche selektiver wahrnahmen und sich auf Kinder aus sozial schwachen Familien konzentrierten.[485] Grundsätzlich galt aber in Großbritannien im Gegensatz zu Deutschland, daß alle Familien besucht werden sollten. Der Besuch eines *Health Visitors* hatte deswegen deutlich weniger diskriminierende Bedeutung als der einer Fürsorgerin in Deutschland, der immer mit Armut und schlechten Verhältnissen assoziiert wurde.

In der Vorsorge für Säuglinge gab es zudem die Beratungsstellen in den Räumen der LHAs (meist *Infant Welfare Centres* genannt), die die dort angestellten *Medical Officers of Health* oder die *Health Visitors* abhielten. In den Sprechstunden der Zentren *(Infant Welfare Clinics)* untersuchten die *Medical Officers* die Babies und gaben den Müttern Hinweise, für Behandlungen schickten sie die Säuglinge und Kleinkinder zum Familienarzt oder in gravierenden Fällen ins Krankenhaus.[486] Für diesen Bereich forderte das Ministerium nach der Einführung des NHS eine stärkere Spezialisierung der *Medical Officers*. Normalerweise waren letztere für die Schwangeren- und die Säuglings- und Kinderbetreuung sowie für allgemeine Krankheitsprävention zuständig. Nach Ansicht des Ministeriums sollten die *Medical Officers* in der Säuglingsvorsorge viel enger mit Kinderkliniken und den dort praktizierenden Pädiatern zusammenarbeiten.[487] Eine solche Kooperation zwischen den lokalen Gesundheitsbehörden und Krankenhäusern ließ sich jedoch nur sehr schwer realisieren.

Von den Müttern wurden die Säuglingssprechstunden der örtlichen Gesundheitsbehörden auch in den 1950er Jahren gut akzeptiert. Der Prozentsatz der dort betreuten Kinder stieg zwischen 1949 und 1956 sogar von 72 auf 75 Prozent. Die Anzahl der *Child Welfare Centres* in England und Wales vergrößerte sich ebenfalls (von 4700 im Jahr 1949 auf 5700 im Jahr 1956).[488] Im Gegensatz

---

483 PRO, MH 55/2626, Draft for Joint Parliamentary Secretary, Statistics of Local Health Authority Nursing Staff 1953–1962; Statistik über Local Health Authorities' Nursing Staff and Work, England and Wales.

484 MINISTRY OF HEALTH, The Development of Community Care, S. 4.

485 MINISTRY OF HEALTH, The Development of Community Care, S. 7; vgl. auch RING, Health Education, S. 16.

486 PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, Maternity and Child Welfare, England and Wales, Februar 1958.

487 Vgl. Ministry of Health, Circular 118, 10. 7. 1947; vgl. MACKINTOSH, Organisation, S. 41–3.

488 PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, Maternity and Child Welfare, England and Wales, Februar 1958, eigene Berechnungen.

zur Schwangerenvorsorge sank in der Säuglingsvorsorge die Anzahl der in den Beratungsstellen der LHAs betreuten Säuglinge bis Mitte der 1950er Jahre nicht ab.[489]

Allerdings gab es auch hier regionale Unterschiede.[490] In manchen Gegenden war der Besuch in den *Infant Welfare Centres* deutlich schlechter als im englischen Durchschnitt. Die Akzeptanz der Stellen bei den Müttern hing vom Engagement der einzelnen LHA ab. In einem Report über 1000 Familien mit neugeborenen Kindern in Newcastle-upon-Tyne von 1954 wurde dargelegt, daß ein Drittel der Mütter mit ihren Kindern häufig in die *Infant Welfare Centres* ging, ein Drittel unregelmäßig, während ein weiteres Drittel der untersuchten Familien dieses Angebot überhaupt nicht wahrnahm. Wenn Kinder krank waren, suchten die Mütter meist sofort den Arzt auf, nur 20 Prozent der Kinder kamen über die Beratungsstellen der LHA in die Arztpraxis.[491] In Newcastle-upon-Tyne war das örtliche Angebot der Zentrums bei den Müttern nicht besonders beliebt gewesen. Mittlerweile besaßen die Mütter mit ihren Säuglingen über den NHS kostenlosen Zugang zum niedergelassenen Arzt und hatten Anspruch auf eine kostenlose Behandlung.[492] Das veränderte Verhalten der Mütter lag wohl auch darin begründet, daß die Nachuntersuchungen nach der Geburt oft von niedergelassenen Ärzten durchgeführt wurden. Daraus entwikkelten sich anschließende Arztbesuche mit den Säuglingen.[493] Dennoch war im Bereich der Säuglingsvorsorge der Trend zu den niedergelassenen Ärzten weniger stark als in der Schwangerenvorsorge, da mit den Säuglingsberatungsstellen und den Besuchen der von der örtlichen Gesundheitsbehörden angestellten *Health Visitors* ein fest etabliertes und akzeptiertes System bestand, das auch unter der Einführung des NHS fortgeführt werden konnte.

Anfang der 1950er Jahre wurde in den Sprechstunden der *Infant Welfare Centres* die Aufmerksamkeit noch fast ausschließlich auf eine medizinische Überwachung des Säuglings gelegt: Das Gewicht der Säuglinge wurde beispielsweise regelmäßig überprüft, viele Zentren hatten eigene Wiegeräume.[494] Solche Routineuntersuchungen wurden während der nächsten Jahre reduziert und durch andere Leistungen ergänzt. Die individuellen Gespräche der Mütter mit dem *Health Visitor* traten eher in den Vordergrund. Der Fokus verschob

---

489 PRO, MH 55/2626, Draft for Joint Parliamentary Secretary, Statistics of Local Health Authority Nursing Staff, 1953–1962.

490 PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, Maternity and Child Welfare, England and Wales, Februar 1958.

491 PRO, MH 55/2322, Kommentar im Ministerium zum Newcastle Report on a Thousand Families, 31. 8. 1954.

492 PRO, MH 55/949, Brodie an Dr. Taylor und Mrs. Samson mit Entwurf eines Maternity Care Leaflets, 19. 7. 1951.

493 PRO, MH 137/263, Maternity Services Committee Circulated Papers, 28. 11. 1956, Figures of Attendance of Ante-natal Clinics.

494 PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, Maternity and Child Welfare, England and Wales, Februar 1958.

sich bei der Säuglingsvorsorge zunehmend auf eine nicht nur rein medizinische, sondern auch psychologische und soziale Betreuung der Mütter und Säuglinge bzw. der ganzen Familie.[495] Das Konzept der Säuglingsvorsorge wurde unter dem NHS zudem auf Kleinkinder ausgeweitet: Bis zum Schulalter von fünf Jahren sollten nun die Kinder in den Beratungsstellen betreut werden.[496]

Da sich die materiellen Bedingungen der Familien stark verbessert hatten und auch Kindern der freie Zugang zum Arzt unter dem NHS möglich war, sollten die *Health Visitors* und *Infant Welfare Centres* sich darauf konzentrieren, Gesundheit im Sinne eines „complete mental and social well-being" zu fördern.[497] In manchen LHAs wurden psychiatrisch ausgebildete Sozialarbeiter angestellt, um Mütter mit ihren Säuglingen und kleinen Kindern bei emotionalen und psychischen Problemen zu beraten.[498] Es war geplant, nicht mehr nur die physische Entwicklung der Säuglinge (das Gewicht, Krankheiten, Impfungen) in den Vordergrund zu stellen, sondern z. B. auch ihre motorischen Fähigkeiten und ihre emotionale Entwicklung zu beachten.[499] Die Gründe für diese Entwicklung wurden in einem Artikel eines *Medical Officers* sehr treffend zusammengefaßt:

> When the target was the reduction of the infant mortality rate from a figure in the region of 100 to something nearer 40 and when the principal hazards faced by the baby were those of crude mismanagement by ignorant parents or those consequent upon the most adverse and deplorable social conditions, the ritual of the weekly weighing and the frequent and regular consultation with the clinic doctor were eminently desirable. Now that the mortality rate is nearer to 20, with the education of two successive generations through the clinics bearing fruit, with radically improved social conditions and with the antibiotics serving as an effective safety net for those infants who fall from the tight-rope the basic problem is quite different. The essential aim is less to save life than to see to it that the lives which are saved blossom and fruit through healthy and happy childhood into a maturity which realises the individual's maximum potentialities in a full life.[500]

Auch die *Medical Officers* favorisierten die Erweiterung der Aufgaben der Säuglingsambulanzen auf die Betreuung der Kleinkinder sowie auf psychische und soziale Probleme. Die Ausweitung der Altersgruppe erwies sich jedoch als problematisch, da die Ambulanzen der LHAs für die Betreuung von Säuglin-

---

495 PRO, MH 134/80, The Planning of Maternity and Child Welfare Centres, 1954.

496 Vgl. hierzu z. B. folgendes Zitat aus einem Informationsblatt des Ministeriums: „The Maternal and Child Welfare centre of to-day is primarily a centre for the practice of preventive medicine and the promotion of the mental and physical health of the family. […] The size depends on many factors of need based on population, birthrate and number of children under five in the area to be served." PRO, MH 134/80, Ministry of Health, Technical Leaflet No. 3; The Planning of Maternity and Child Welfare Centres, May 1960.

497 PRO, MH 55/1527, Standing Mental Health Advisory Committee, The Role of the Maternity and Child Welfare Service in Promoting Mental Health,

498 PRO, MH 55/1257, Further Developments of Mental Health 1956, Memorandum.

499 PRO, MH 55/1527, Central Health Services Council, Appendix IV, Quotations from the Report on the Second Session of the Expert Committee on Mental Health, September 1952.

500 KERSHAW, New Trends, S. 204.

gen weithin akzeptiert waren, nicht jedoch für größere Kinder. Was man den Müttern seit den 1930er Jahren durch zahlreiche Kampagnen näher gebracht hatte, nämlich ihre Säuglinge während des ersten Lebensjahres häufig zu den Sprechstunden der LHAs zu bringen, war in den 1950er Jahren selbstverständlich geworden. Nach dem ersten Lebensjahr kamen die Mütter nur noch sehr selten, obwohl Vorsorgeuntersuchungen im Kleinkindalter von dem *Medical Officers* mittlerweile als genauso notwendig erachtet wurden. Das Verhalten der Mütter zu ändern, erwies sich als sehr schwierig.[501]

Der erweiterte Aufgabenbereich galt auch für die *Health Visitors*. Zusätzlich gab es für diesen Beruf strukturelle Umschichtungen: Durch die Gesetzgebung des NHS waren nun alle *Health Visitors* den Lokalverwaltungen unterstellt; dadurch verschwand die zum Teil noch ehrenamtliche Arbeit in dieser Profession. Der Beruf wurde insgesamt einer strengeren Aufsicht unterworfen. Das Gesundheitsministerium forderte nun eine einheitliche Qualifiaktion und wies den *Health Visitors* einen ganz konkreter Aufgabenkatalog zu.[502] In einer Anleitung für die Ausbildung der Berufsgruppe von Anfang der 1950er Jahre sind detaillierte Vorschriften für die Säuglingsvorsorge aufgelistet (siehe Tabelle 33, nächste Seite).

Bei dieser Auflistung wird nochmals deutlich, daß sich die *Health Visitors* – nach wie vor ein reiner Frauenberuf – nun im Rahmen ihrer Tätigkeit um das physische *und* psychische Wohlbefinden der Kinder kümmern sollten.[503] Infolge der Integration der psychiatrischen Gesundheitsdienste in den NHS erweiterten sich die Funktionen in der Familienarbeit nochmals; das größere Wirkungsfeld blieb jedoch unklar definiert.[504] Da die Abgrenzung der vielfältigen Arbeitsaufgaben der *Health Visitors* Schwierigkeiten bereitete, wurde 1953 eine Kommission unter der Leitung von Sir Wilson Jameson eingesetzt, um die veränderten Bedingungen der Arbeit zu überprüfen.[505] Die Empfehlungen für die zukünftige Ausbildung des Berufes liefen auf eine stärkere Professionalisierung hinaus. Dies entsprach auch der Haltung der befragten *Health Visitors* selbst, die sich z. B. eine psychologische Ausbildung und mehr Kenntnisse über die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wünschten.[506] Für die Säuglingsvorsorge wurden nur wenige neue Aspekte angesprochen. Die

501 KERSHAW, New Trends, S. 205.
502 Jameson Report, S. 3.
503 Jameson Report, S. 54. In den 1930er Jahren waren die Health Visitors oft noch *Well Baby Nurses* genannt worden und viel eindeutiger in der Säuglingsvorsorge beschäftigt.
504 Jameson Report, S. 3; PRO, MH 53/169, Report on the Standing Conference of Health Visitor Training Centres, 25. 10. 1951.
505 Jameson Report, S. V–VI.
506 Jameson Report, S. 76. Vgl. auch DAVIES und HITCHENS, Health Visiting, S. 74, in diesem Artikel aus dem Jahr 1955 wurde beispielsweise eine neue Grundausbildung für alle Health Visitors und darauf aufbauend eine Spezialisierung in sozialen und psychologischen Fächern gefordert.

Tabelle 33: Anweisungen für Health Visitors [507]

Age of child	*Observations*	*Health education*
First visit during first month	General physical condition, feeding, general management, protection from infection, sleeping accommodation, perambulator, Child Welfare Centre, registration of birth, ration book	General health of mother, post-natal examination-appointment, information re[spective] social services available
1 month	General physical condition, feeding and vitamins, amount of sleep, cot – confirm suitability	General routine & management, storage & sterilisation of milk, mother's postnatal examination
2 months	Feeding and vitamins, sleep	Protection from infections and catarrh, vaccination
3 months	Growth, mental development, physical development	Household hygiene
4 months	General development, preparation for weaning, exercise, habit training	Fresh air and sunlight, prevention of accidents
5 months	Diet and vitamins, observation for rickets, teething, importance of medical examination at centre	Milk storage
6 months	Mixed feeding, mental & physical progress, clothing	Discussion of diet in general
7 months	Eruption of teeth, sleep	Prophylaxis
8 months	Weaning completed (meal times), vitamins, exercise, use of perambulator, importance of examination at centre	Family relationships
9 months	Posture (erect position), footwear, sleep	Types of play material, habit training
10–12 months	General condition, dental caries, diet and vitamins	Confirm immunisation, dental hygiene

Health Visitors sollten stärker mit den Hebammen und GPs in einer Art Heimgesundheitsdienst kooperieren.[508]

Bis Anfang der 1960er Jahre verbreiterte sich das Aufgabenfeld der *Health Visitors* erneut: Die Frauen arbeiteten nun auch mit Behinderten, alten Personen und Menschen mit psychischen Problemen; dadurch stieg ihre Arbeits-

[507] PRO, MH 53/169, Standing Conference of Representatives of Health Visitor Training Centres, 1951–1953, Guide to the Home Visiting of Children 0–5 Years of Age, wahrscheinlich 1951.

[508] Jameson Report, S. VIII. Deutlich wird hier wiederum die Aufteilung der Positionen unter den Geschlechtern. Die Frau als Health Visitor war also bestens geeignet, um ihn, den männlichen Arzt und „clinical leader" in seinen Aufgaben in der kommunalen Gesundheitsversorgung zu unterstützten.

belastung erheblich. In der Säuglingsvorsorge wie auch in anderen Aufgabenbereichen wurde die Zusammenarbeit der *Health Visitors* mit den niedergelassenen Ärzten immer wichtiger.[509] Die Betreuung der Mütter und Kinder durch die *Health Visitors* zielte nun immer stärker auf eine umfassende Familienfürsorge, die ältere Kinder einbezog und psychische und soziale Probleme der betreuten Familien berücksichtigte.[510] Dieses erweiterte Programm entsprach der Neuausrichtung der Säuglings- und Kinderberatungsstellen der lokalen Gesundheitsbehörden.

Eine weitere Verbesserung in der Säuglings- und Kindervorsorge versuchte das Ministerium durch besser gestaltete lokale Zentren (z. B. mit extra Räumen für Kinderwagen, einer Vorführküche und großzügigen Warteräumen) zu erreichen. Im *Ministry of Health* wurden Pläne entwickelt, die als Grundlage für neue Projekte der LHAs dienen sollten.[511] Hier sei als Beispiel ein 1960 entwickelter Musterplan für ein *Child Welfare Centre* abgedruckt (siehe Abb. 9, nächste Seite).

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Säuglingsvorsorge war in Großbritannien kostenlose bzw. verbilligte Nahrungsergänzung, die zunächst über die *Local Food Offices*, die die kriegsbedingte Rationierung der Lebensmittel organisiert hatten und bis 1954 weiterbestanden, danach über die Schwangeren- und Mütterberatungszentren verteilt wurde.[512] Die während des Krieges eingeführte verbilligte Milch bzw. die Nahrungsmittel für Schwangere, Säuglinge und Kleinkinder behielt man unter dem NHS bei.[513] In einer Untersuchung über Säuglingssterblichkeit hieß es über die Gründe:

> The necessity of extra proteins, minerals and vitamins in the diet of the expectant mothers and children has been recognised by the Government during the war, and the availability of these valuable foods is now a question of needs rather than of ability to pay. The fall in stillbirth and infant mortality rates which occurred generally throughout the country during the war years may be due at least in part, to the greater care taken of the health and nutrition of pregnant women and of their babies.[514]

---

509 MINISTRY OF HEALTH, Development of Community Care, S. 8.

510 HALE, History, S. 16. Um die Ausbildung der Berufsgruppe den Anforderungen anzupassen und stärker zu professionalisieren, wurde 1962 ein Council for the Training of Health Visitors eingerichtet. Infolge der Empfehlungen dieses Councils weitete man das Training auf ein Jahr aus und vereinheitlichte den praktischen und theoretischen Teil sowie die Prüfungen. Vgl. hierzu PRO, MH 55/2626, Draft Brief for Joint Parliamentary Secretary Statistics of Local Health Authority Nursing Staff 1953–62.

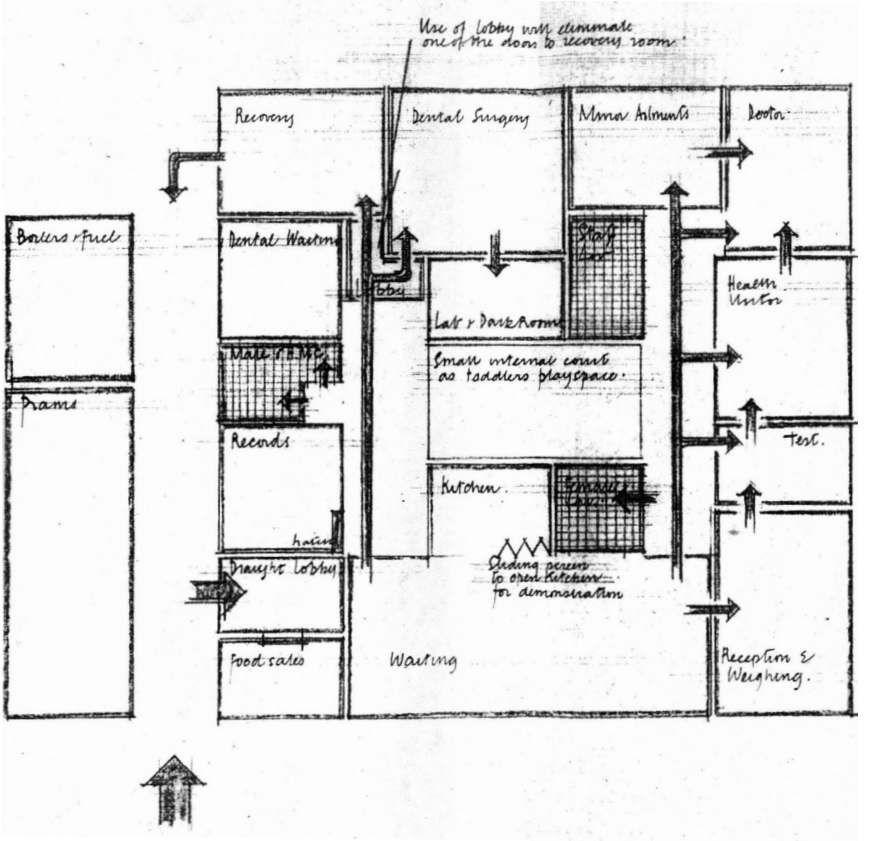
511 PRO, MH 134/80, passim; vgl. ausführlich zu dem gescheiterten Konzept der Health Centres Kap. II, 2.2., sowie Kap. II, 3.2.

512 PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, Maternity and Child Welfare, England and Wales, Februar 1958. 1954 endete die Rationierung von Lebensmitteln in Großbritannien.

513 PRO, MH 58/649, Report for the United Nations on Developments in the Field of Family, Youth and Child Welfare since 1959 vgl. auch MH 55/1542 Ministry of Food, Welfare Division an Watson, Ministry of Health, 31. 1. 1947.

514 MINISTRY OF HEALTH, Neonatal Mortality, S. 25.

Abbildung 9: Maternity and Child Welfare Centre, Typical Arrangement[515]



Für die Säuglinge bekamen die Mütter Lebertran und konzentrierten Orangensaft umsonst, bis die Kinder ein halbes Jahr alt waren.[516] In Informationsblättern war vorgesehen, daß die Babys bereits nach dem ersten Lebensmonat zusätzlich zur Muttermilch kleine Mengen an Orangensaft und Lebertran zugefüttert bekommen sollten.[517] Bei den Lebensmittelangeboten handelte es sich vor allem um Zusatzprodukte während des Stillens bzw. Nahrung nach dem Abstillen. Die Mutter erhielt zudem Marken, über die sie beim Milchmann verbilligte Milch für das Baby erhalten konnte (dafür war allerdings das *Ministry*

515 PRO, MH 134/80, Ministry of Health, Technical Leaflet No. 3, The Planning of Child Welfare Centres, May 1960.
516 PRO, MH 55/949, Brodie an Dr. Taylor und Mrs Samson mit Entwurf eines Maternity Care Leaflets, 19. 7. 1951.
517 PRO, MH 55/949, Entwurf Maternity Care Leaflet.

of National Insurance zuständig).[518] Auch in den 1960er Jahren wurde die subventionierte Abgabe von Milch, Lebertran und Orangensaft an Mütter und Säuglinge weitergeführt.[519] Diese Angebote wurden aber keineswegs von allen Müttern angenommen. Ein grundsätzliches Problem waren hier die unterschiedlichen Zuständigkeiten; Informationsblätter des Gesundheitsministeriums wurden zudem nicht oft genug aktualisiert, um die Mütter auf Änderungen hinzuweisen. Außerdem benötigten viele Mütter bei steigendem Wohlstand die zusätzlichen Lebensmittel kaum noch. Während 1949 etwa die Hälfte der Berechtigten Orangensaft und Lebertran in Anspruch nahmen, sanken die Zahlen während der 1950er Jahre deutlich ab.[520]

Gleichzeitig setzten sich alle Informationsblätter des Ministeriums für das Stillen der Kinder ein und betonten vor allem die wichtige emotionale Verbindung zwischen Mutter und Kind. Die Stillpropaganda stand jedoch nicht mehr so sehr im Mittelpunkt der Säuglingsvorsorge wie noch vor dem Zweiten Weltkrieg. Die Sterblichkeit bei gestillten und künstlich ernährten Säuglingen wies mittlerweile keine großen Unterschiede mehr auf, da die erhältliche Säuglingsnahrung hygienisch einwandfrei war. Die meisten Familien lebten in relativ stabilen ökonomischen und sozialen Verhältnissen, in denen die Säuglinge nicht mehr andauernd Infektionen ausgesetzt waren. Auch die *British Paediatric Association* schloß sich 1957 dieser Einschätzung an; die psychische Bedeutung des Stillens wurde nun generell stärker hervorgehoben.[521]

Einem Problem wurde Anfang der 1950er Jahre besondere Aufmerksamkeit geschenkt: dem plötzlichen Kindstod. 1952 setzte das Ministerium eine Untersuchungskommission ein, die die näheren Umstände, die Ursachen und die Verhütungsmöglichkeiten erforschen sollte.[522] Gerüchte waren aufgekommen, daß die *National Dried Milk*, die als Babynahrung vertrieben wurde, zu Erstickungen führe. Im Ministerium vermutete man eher, daß Säuglinge mit Trinkflaschen allein in einem Zimmer im Kinderwagen oder der Wiege gelassen und deswegen ersticken würden.[523] Eine Untersuchung, die am 1. Januar 1954 begann und zwei Jahre lang die typischen Todesfälle in London, Cambridge und Peterborough analysierte, brachte jedoch nur wenig aufschlußreiche Ergebnisse. Eine neuerliche Untersuchung für die Jahre 1958–60 vermutete eher allergische Reaktionen auf Kuhmilch, aber auch dies konnte nicht bestätigt wer-

---

518 PRO, MH 55/949, Brodie an Dr. Taylor und Mrs Samson mit Entwurf eines Maternity Care Leaflets, 19. 7. 1951. Vgl. auch MINISTRY OF HEALTH, Feeding of Children, S. 6.

519 PRO, MH 58/649, Report for the United Nations on Developments in the Field of Familiy, Youth and Child Welfare since 1959.

520 MINISTRY OF HEALTH, Feeding of Children, S. 7; LINDSEY, Socialized Medicine, S. 378–9.

521 PRO, MH 137/262, Maternity Service Committee, Oral Evidence from the British Paediatric Association, 13. 6. 1957.

522 PRO, MH 137/73 Ministry of Health an Dr. Logan, General Registrar's Office, Februar 1952.

523 PRO, MH 137/73 Minute Brodie an Watson, 7. 2. 1948; MH 137/73 Sudden Death in Infancy, Interim Report of an Investigation into the Causes of Sudden Death in Infancy, 1956.

den.[524] Andere Untersuchungen von Anfang der 1960er Jahre konnten ebenfalls nur Verdachtsmomente liefern. Deutlich wird aber das verstärkte medizinische Interesse an Phänomenen der Säuglingssterblichkeit, die nur einen geringen Prozentsatz der gestorbenen Babys betrafen.

Wie in anderen Ländern achtete man auch in Großbritannien in den 1950er Jahren nun stärker auf die Ursachen für die *Perinatal Mortality*, die frühe Säuglingssterblichkeit,[525] die einen zunehmenden Anteil an der Gesamtsterblichkeit ausmachte. In Großbritannien verzeichnete man die höchsten Sterblichkeitsraten in den ersten vier Wochen nach der Geburt (1954 waren dies 69 Prozent aller Säuglingstode bis zu einem Jahr). Todesursachen für diese frühe Säuglingssterblichkeit waren meist Probleme während der Schwangerschaft oder der Geburt, so auch Folgen der Schwangerschaftstoxiken.[526] Die Spätsterblichkeit war in den 1950er Jahren wie in anderen europäischen Ländern sehr gering geworden, wenngleich auch in Großbritannien noch Unterschiede zwischen ärmeren und reicheren bzw. städtischen und ländlichen Regionen bestanden.[527]

Einen Hauptteil der Frühsterblichkeit wie auch insgesamt der Säuglingssterblichkeit machten Frühgeburten aus, auf die sich nun generell die Aufmerksamkeit richtete.[528] Aufgrund der hohen Sterblichkeit bei Frühgeborenen entstanden Mitte der 1950er Jahre verstärkt Bestrebungen, deren Für- und Vorsorge zu verbessern.[529] 1949 war in einem Bericht des Ministeriums über *Neonatal Mortality and Morbidity* (Sterblichkeit und Krankheiten von Säuglingen direkt nach der Geburt) auf die besonders hohen Risiken bei Frühgeborenen hingewiesen worden. Hier wurden bereits detaillierte Forderungen für Krankenhauspflege und Transport von Frühgeborenen aufgestellt,[530] die aber nur in den wenigsten Krankenhäusern und LHAs umgesetzt werden konnten.

Die Vorsorge für Frühgeborene sowohl in den Krankenhäusern wie auch zu Hause unter der Betreuung der LHAs war von höchst unterschiedlichem Standard. Manche Krankenhäuser hatten speziell ausgebildete Schwestern und

---

524 PRO, MH 137/74, Dr. Layton an Dr. Bradly, 14. 2. 1961. Bis heute ist die Ursache des plötzlichen Kindstodes nicht geklärt, vgl. Artikel „Tod, Plötzlicher im Kindesalter", in: Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch, S. 1578–9. Diese Untersuchung wurde auf Betreiben von Dr. Godber aus dem Gesundheitsministerium von der Nuffield Foundation für die Jahre 1958–1960 finanziert; vgl. zu Godber ausführlich oben Kap. II, 1.2; vgl. für die 1960er Jahre CARPENTER und SHADDICK, Role.

525 Vgl. zu dieser Entwicklung S. 416; vgl. auch A.M. STEWART, Observations; RING, Health Education, S. 12–3.

526 RING, Health Education, S. 13.

527 Vgl. DUNCAN, BAIRD und THOMSON, Causes and Prevention, Part I, S. 183; BAIRD, THOMSON und DUNCAN, Causes and Prevention, Part II, S. 29; TREVOR A. EVANS, Infant Mortality, S. 377–80; TAYLOR, Infantile Mortality, 159–60, vgl. auch BAIRD, WALKER und THOMSON, Causes and Prevention, S. 447.

528 Vgl. z. B. DOUGLAS, Factors.

529 PRO, MH 55/2418 Report Hospital Care of Premature Infants, 1956/57.

530 MINISTRY OF HEALTH, Neonatal Mortality, S. 52–5.

Abteilungen für Frühgeborene, in anderen wurde diesem Problem nur wenig Aufmerksamkeit gewidmet.[531] 1956 veranlaßte das Gesundheitsministerium das *Central Health Services Council* einen Bericht über die Krankenhauspflege von Frühgeborenen zusammenzustellen.[532] 1956 wurden die meisten Frühgeborenen auf normalen Säuglingsstationen ohne speziell ausgebildetes Personal gepflegt. Nur wenige Kliniken hatten Extrastationen für Frühgeborene.[533] Die schlechte Organisation des Krankenhausangebots erwies sich ebenfalls als problematisch. Nur in einem Krankenhaus-Verwaltungsbezirk in ganz Großbritannien war die Aufnahmeprozedur für Frühgeborene gut organisiert und funktionierte reibungslos. In vier Krankenhäusern gab es hier Zentren für diese Fälle, in die alle zu früh geborene Babys gebracht wurden. Die zuständige regionale Krankenhausverwaltung hatte ein Memorandum erlassen, das die Prozedur bei Frühgeburten genau beschrieb und das allen LHAs und Krankenhäusern der Region bekannt war.[534] In anderen Gebieten verlief die Aufnahme der Frühgeborenen in Kliniken chaotisch und nach dem Zufallsprinzip. Die Ausstattung variierte ebenfalls extrem: Ein großes Geburtskrankenhaus hatte 1956 noch selbstgebaute Brutkästen aus Holz, die in einer Werkstatt des Krankenhauses im Jahr 1938 hergestellt worden waren. Sonst entsprachen die vorhandenen Inkubatoren meist einem moderneren Standard. Allerdings verfügten nicht einmal alle extra ausgewiesenen Frühgeborenen-Stationen über solche Geräte. Elektrisch geheizte Bettchen besaßen nur 35 von 377 Krankenhäusern; die anderen Kliniken pflegten die Frühgeborenen in normaler Säuglingsausstattung.

Neben der Ausstattung wies auch die direkte medizinische Versorgung zahlreiche Mängel auf. Nur in wenigen Kreißsälen standen Teams bereit, die sich bei Frühgeburten sofort um die medizinische Versorgung des Babys kümmerten.[535] Noch schlechter gestalteten sich die Transportmöglichkeiten für Frühgeborene; auch hierfür waren nur einzelne Kliniken eingerichtet. Einen speziellen *Premature Baby Flying Squad* unterhielten nur sechs Spezialkrankenhäusern in ganz Großbritannien. Der Bericht über die Krankenhausversorgung von Frühgeborenen von 1956/57 empfahl deswegen dringend, in jeder Kran-

---

531 PRO, MH 55/2418, Report Hospital Care of Premature Infants, 1956/57.

532 PRO, MH 58/649, Report for the United Nations on Developments in the Field of Family, Youth and Child Welfare since 1959; vgl. auch MINISTRY OF HEALTH, Prevention of Prematurity, S. 3.

533 1956 wurden etwa 12 000 Frühgeborene in Krankenhäusern mit Abteilungen für Frühgeborene versorgt und etwa 15 000 in normalen Neugeborenen-Stationen. PRO, MH 55/2418, Report Hospital Care of Premature Infants, 1956/57, Summary and Conclusions.

534 Vgl. hierzu und zum folgenden PRO, MH 55/2418, Report Hospital Care of Premature Infants, 1956/57, Summary and Conclusions.

535 Sogenannte Resuscitation Teams gab es in 48 der 71 Krankenhäuser mit ausgerüsteten Abteilungen für Frühgeborene und in 22 der 148 gering ausgerüsteten Krankenhäusern. Vgl. PRO, MH 55/2418, Report Hospital Care of Premature Infants, 1956/57, Summary and Conclusions.

kenhausregion genaue Anweisungen für das Vorgehen bei Frühgeburten zu erarbeiten und bessere Transportmöglichkeiten zu schaffen.[536] Auch hier verhinderten die Koordinationsprobleme zwischen den örtlichen Gesundheitsbehörden, den Hebammen und der Verwaltung der Krankenhäuser eine effiziente Versorgung.[537]

Von den ca. 19000 Frühgeborenen im Jahr 1954 kam der Großteil ins Krankenhaus, ca. 1600 wurden weiterhin ganz zu Hause gepflegt.[538] Der Grund für die Pflege zu Hause war meistens, daß eine Frau, die sich für eine Klinikgeburt vorgemerkt hatte, zu früh Wehen bekam und nicht mehr im Krankenhaus aufgenommen werden konnte. Transportmöglichkeiten für das frühgeborene Kind standen dann oftmals nicht zur Verfügung.[539] Die LHAs rüsteten sich deswegen ebenfalls für Vorsorgemaßnahmen aus: Sie verliehen Ausrüstung für die Pflege zu Hause: gegen Kälte und Zug schützende Bettchen, für die kleinen „Frühchen" passende, warme Kleidung und spezielle Wärmflaschen für die Betten.[540] Hebammen oder extra ausgebildete Schwestern mußten dann die aufwendige Pflege zu Hause übernehmen, was allerdings in den einzelnen Regionen nicht häufig vorkam, z. B. in Reading nur vier mal im Jahr.[541]

In den offiziellen Erhebungen und Memoranden wurde der Transport der Frühgeborenen stets als größte Schwierigkeit hervorgehoben, da von den transportierten Säuglingen ein hoher Anteil starb.[542] In den meisten Krankenhausregionen holten Ambulanzwagen, deren Ausstattung erheblich variierte, die Frühgeborenen ab. Manche Wagen waren z. B. nicht richtig beheizbar; andere Frühgeborene wurden mit dem Pkw der Hebamme oder des Arztes ins Krankenhaus gebracht:

> Ambulance transport in general; in comparatively few areas, both rural and county borough, the car of midwife, doctor or relative may be used 'as is most ready available' or 'to save time'. Apart from few authorities, special facilities are provided in the ambulance, ranging from lined baskets with hot water bottles to specially heated cots.[543]

---

536 PRO, MH 55/2418, Report Hospital Care of Premature Infants 1956/57, Summary and Conclusions; PRO, MH 58/649, Report for the United Nations on Developments in the Field of Family, Youth and Child Welfare since 1959.

537 PRO, MH 58/649, Report for the United Nations on Developments in the Field of Family, Youth and Child Welfare since 1959.

538 PRO, MH 55/2418, Neo-Natal Deaths, Table 5, Auszug aus C.M.O.'s Report 1954, S. 120.

539 PRO, MH 55/2418, Domiciliary Care of Premature Infants – England and Wales, August 1957.

540 PRO, MH 55/949, Brodie an Dr. Taylor und Mrs Samson mit Entwurf eines Maternity Care Leaflets, 19. 7. 1951.

541 PRO, MH 55/2418, Domiciliary Care of Premature Infants – England and Wales, August 1957.

542 PRO, MH 133/408 Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare Memorandum on Premature Baby Care, Mai 1958.

543 PRO, MH 55/2418, Domiciliary Care of Premature Infants – England and Wales, August 1957.

Probleme traten auch bei der künstlichen Sauerstoffzufuhr für die Babies auf; oft standen die passenden Apparate gar nicht zur Verfügung.[544] Aus Worcester berichtete der *Chief Medical Officer*, daß die Säuglinge häufig völlig unterkühlt und blau angelaufen in der Klinik ankamen, weil die Sauerstoffapparate ausgefallen waren.[545]

Wenn frühgeborene Babies aus der Klinik entlassen wurden, war die Prozedur in den *Local Health Authorities* dagegen einheitlich. Die Mütter wurden stets sofort von einem *Health Visitor* aufgesucht. Die ärztliche Überwachung gestaltete sich dagegen unterschiedlich: Bei im Krankenhaus zur Welt gekommenen Frühgeborenen wurde die weitere Vorsorge für die Kinder auch im Krankenhaus geleistet, sonst übernahmen dies *Medical Officers* der Gesundheitsbehörde, in manchen Fällen aber auch niedergelassene Ärzte, was wiederum auf die problematische Aufteilung in der Schwangeren- und Säuglingsvorsorge hinweist. In seiner umfassenden Untersuchung des gesamten *Maternity Service* von 1959 forderte deswegen das *Cranbrook Committee* auch bei Frühgeburten eine bessere Koordination zwischen Ärzten, LHAs und Krankenhausverwaltung.[546]

In den folgenden Jahren gab es zwar lokale Verbesserungen in der Pflege der Frühgeborenen, grundsätzlich änderte sich an dem höchst unterschiedlichen Standard in den einzelnen Regionen aber wenig. 1961 entwickelte schließlich ein Unterkomitee des *Central Health Services Council* ein ausführliches Programm für die Vorsorge und Pflege der Frühgeborenen.[547] Nun wurden einheitliche Richtlinien für die Einrichtung von Frühgeborenenstationen in entsprechenden Krankenhäusern und für die Koordination zwischen den Diensten entwickelt:

> The consultant paediatrician in collaboration with the consultant obstetrician and the medical officer of health should be responsible for the coordination of hospital and home care. The area served by the specialist centre with its obstetric department and special baby care unit would need to be clearly defined. A leaflet giving details of the scheme including the transport arrangements with clear instructions in the method of obtaining the services should be available to all family doctors in the area and to the local health authority staff.[548]

Um die Anzahl der Transporte möglichst zu reduzieren, sollten alle Schwangeren, die vor der 37. Woche Wehen bekamen, in für Frühgeburten-Pflege ausgestattete Krankenhäuser gebracht werden. Für die nötigen Transporte wurden einheitliche Standards festgelegt.[549]

---

544 PRO, MH 133/408 Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare Memorandum on Premature Baby Care, Mai 1958.

545 Vgl. hierzu und zum folgenden PRO, MH 55/2418, Domiciliary Care of Premature Infants – England and Wales, August 1957.

546 PRO, MH 55/2341, Maternity Services Committee Report, Programme of Action, 4. 3. 1959.

547 MINISTRY OF HEALTH, Prevention of Prematurity, S. 3.

548 MINISTRY OF HEALTH, Prevention of Prematurity, S. 5.

549 MINISTRY OF HEALTH, Prevention of Prematurity, S. 7–8.

Neben dem Problem der Frühgeburten widmete sich der britische Gesundheitsdienst in den 1950er Jahren auch den „Rhesus-Kindern", der *Haemolytic Disease of the Newborn.* Das Hauptaugenmerk lag bei diesem Problem auf einer Verbesserung der Schwangerenvorsorge.[550] Bei den Säuglingen ging es vor allem darum, daß gefährdete Mütter in großen Kliniken entbinden sollten, wo die infolge der Rhesus-Unverträglichkeit an schwerer Gelbsucht (*Jaundice*) leidenden Neugeborenen schnell eine Bluttransfusion erhalten konnten. In einem Memorandum von 1960 hieß es:

> The family doctor is in a key position to assist in the prevention of loss of life from haemolytic disease of the newborn. His co-operation will enable antenatal prediction to be achieved in practically all cases and ensure the admission of sensitized expectant mothers for delivery in major maternity departments having special baby care units. In such units the diagnosis of this disease can be quickly established and efficient exchange transfusion executed. […] The knowledge that jaundice in the first twenty-four hours of life is a condition requiring prompt treatment will save many lives.[551]

Wie in anderen Ländern richtete sich also in Großbritannien in den 1950er Jahren bei stark gesunkener Säuglingssterblichkeit die Aufmerksamkeit in der Säuglingsvorsorge auf die Ursachen der Frühsterblichkeit. Man versuchte vor allem, eine bessere Vorsorge für Frühgeburten zu entwickeln. Andererseits wurde die Vorsorge für „gesunde Säuglinge" stärker auf psychische und soziale Aspekte ausgerichtet und so die Funktion der *Health Visitors* und der *Infant Welfare Centres* verändert. Der NHS bot den Säuglingen und ihren Müttern eine Fülle an medizinischen und sozialen Dienstleistungen. Viele Mütter nahmen die unterschiedlichen Angebote jedoch nur selten wahr, weil ihnen die verschiedenen Stellen, an die sie sich wenden sollten, *Infant Welfare Centre* der *Local Health Authority*, Hebamme, Arzt und Klinik sowie *Local Food Office, Local Health Authority* und *Ministry of National Insurance* (für Berechtigungsmarken und Nahrungsergänzungsprodukte) unklar blieben. Vom Gesundheitsministerium wurden zwar immer wieder Informationsblätter herausgegeben, diese erreichten aber nicht alle Mütter und wurden nicht oft genug aktualisiert.[552] So zeigten sich auch in der Säuglingsvorsorge erhebliche Koordinationsprobleme unter dem NHS.

4.4.4 Pressure Groups

In Großbritannien beteiligten sich nicht nur die professionellen Gruppen, also die Hebammen, Ärzte, *Medical Officers* und *Health Visitors* an der gesundheitspolitischen Diskussion, sondern auch zahlreiche Interessengruppen, die

---

550 Vgl. dazu auch die zahlreichen Artikel in den einschlägigen Zeitschriften, z. B. im British Journal of Preventive and Social Medicine; hier beispielsweise KNOX et al., Location. Vgl. zu den Bemühungen während der Schwangerschaft oben, S. 463.

551 PRO, MH 133/409, Memorandum on Haemolytic Disease of the Newborn 1960.

552 PRO, MH 55/949, Ministry of Health Dr. Taylor an Dr. Sheldon, 5. 8. 1955.

die Debatte um die Säuglings- und Schwangerenvorsorge vorantrieben. Dies sah in der Bundesrepublik Deutschland ganz anders aus: Die einflußreichen Laien- oder Interessengruppen der Weimarer Zeit, von den man hätte annehmen können, daß sie sich auch in der Nachkriegszeit für die Belange von Schwangeren und Müttern eingesetzt hätten, waren unter der Herrschaft der Nationalsozialisten aufgelöst bzw. deren wichtigste Protagonisten vertrieben worden. Dies galt insbesondere im Falle des 1905 gegründeten *Bundes für Mutterschutz*, der sich in den 1920er Jahren für selbstbestimmte Mutterschaft und Geburtenregelung eingesetzt hatte. Die Hauptfigur des Vereins, Helene Stökker, mußte emigrieren und starb 1943 in den USA. In der bundesdeutschen Nachkriegsdiskussion traten Vereine oder Zusammenschlüsse, die die Interessen der Schwangeren vertreten hätten, nicht auf.[553]

In Großbritannien waren in den 1950er Jahren vor allem die Schwangeren mit ihren Belangen und Wünschen zum Thema neuer und alter *Pressure Groups* geworden. Das Wohl der Säuglinge, für das in beiden Ländern Anfang des Jahrhunderts zahlreiche Gruppen und Initiativen gekämpft hatten, war durch die sehr stark gesunkene Säuglingssterblichkeit eher ein medizinisches Problem geworden. Hier ging es in erster Linie um eine Verbesserung der Vorsorge für Frühgeborene, um die Behandlung der „Rhesus-Kinder" und ähnlich spezialisierte Themen, die weniger von Interessengruppen als vielmehr von medizinischen Fachleuten diskutiert wurden.

Einige Vereine, deren Ziele gänzlich auf die Förderung von Säuglingen gerichtet waren, mischten sich auch in den 1950er Jahren in die Diskussion um Säuglings- und Schwangerenvorsorge ein. Hier gab es beispielsweise das *National Baby Welfare Council*, das, 1916 gegründet, sich vor allem der Verbesserung der Säuglingspflege verschrieben hatte. Mitglieder waren Ärzte, Fachärzte für Gynäkologie und Kinderheilkunde sowie *Medical Officers*, also spezialisierte Fachleute. In Großbritannien verbreitete es Flugblätter und veranstaltete jährlich eine Baby-Woche zur Förderung der Säuglingsvorsorge.[554] Der Verein war zwar stark auf die Kolonien und die Verbesserung der Säuglingspflege unter den Einheimischen dort ausgerichtet („encourage maternal and child welfare services among the backward races", hieß es in einer Selbstdarstellung des *Baby Councils*), trat aber auch in die Diskussion um den *Maternity Service* unter dem NHS ein. Die Mitglieder des *Council* hielten eine verbesserte Schwangerenvorsorge für entscheidend und widmeten sich den praktischen Problemen von

553 Vgl. zu Helene Stöcker und dem Bund für Mutterschutz ausführlich WICKERT, Helene Stöcker; USBORNE, Frauenkörper, S. 27; 154–9; sowie übergreifend TAYLOR ALLEN, Feminism and Motherhood. Als symptomatisch für die Bundesrepublik der 1950er Jahre muß man wohl eher sehen, daß Frauen ab dem dritten Monat der Schwangerschaft aus Berufen, in denen sie in der Öffentlichkeit auftraten, entfernt wurden. Eine Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen der Frauen selbst fand nicht statt, vgl. NIEHUSS, Familie, S. 97–8.

554 PRO, MH 137/265, Maternity Services Committee, Circulated Evidence, National Baby Welfare Council, December 1956, an Secretary des Cranbrook Committee.

Schwangeren und Müttern, die in überfüllten Kliniken zur Vorsorge gingen und entbunden wurden.

Eine wichtige Vereinigung für die Belange von Schwangeren war in Großbritannien der *National Birthday Trust Fund* (NBTF). Dieser wurde 1929 von verschiedenen adeligen Frauen mit dem Ziel gegründet, einen Rückgang der Müttersterblichkeit zu erreichen und sich um die Mütter der „unteren Klassen" zu kümmern. Der Verein war also in erster Linie eine Laienorganisation.[555] Unter dem NHS entwickelte sich der bei seiner Gründung sehr konservativ ausgerichtete *Trust* zu einer wichtigen Gruppen, die um Verbesserungen im *Maternity Service* kämpften. Der Verein weitete sein Interesse auch auf die Säuglingsvorsorge und die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit aus.[556] Hinsichtlich der Schwangerenvorsorge unter dem NHS plädierten die Mitglieder vor allem für ein früheres Einsetzen der Vorsorge, bessere Kooperation der einzelnen Dienste des *Maternity Service* mit einem vermehrten Austausch der Befunde. Der NBTF hielt, wie auch zahlreiche Fachleute im englischen Gesundheitswesen, vor allem das System in den Niederlanden für nachahmenswert, bei dem die Frauen während der ganzen Wehenphase und während des Wochenbettes von einer Art Hilfsschwester zu Hause betreut wurden.[557] Der NBTF wollte unter anderem erreichen, daß die Frauen auch in Großbritannien während der Wehen und des Geburtsvorgangs nicht allein gelassen würden. Dies passierte in den völlig überlasteten Kliniken häufig und konnte so zu Angstzuständen bei den Müttern führen. Besonders Lady Rhys Williams, die Vorsitzende des NBTF, versuchte durch ständige Anfragen an das Ministerium, die Zustände zu verbessern.[558] Dies wurde vom Ministerium durchaus ernst genommen. Man sah aber kaum Möglichkeiten, das Problem zu beheben, da in den Krankenhäusern viel zu wenig Personal zur Verfügung stand.[559] Vor allem die Anzahl der Hebammen war zu gering. Die vom NBTF vorgeschlagene Lösung, ältere Hebammen, die nicht mehr praktizierten, als Wachen in den Kreißsälen zu engagieren, wurden vom Ministerium als undurchführbar abgelehnt.[560] Dennoch hatte die Arbeit des NBTF und anderer Gruppen einen deutlichen Einfluß auf die Arbeit des Gesundheitsministeriums. Auch die Presse nahm diese Themen Ende der 1950er Jahre auf. Eine 1960 vom *Ministry of Health* und dem *Central Health Service Council* herausgegebener Bericht über „Human Relations in Obstetrics" ging genau auf die vom NBTF und von anderen Interessengruppen aufgezeigten Probleme ein. Vor allem wegen knap-

555 Vgl. zum National Birthday Trust Fund ausführlich WILLIAMS, Women & Childbirth; zur Gründung vgl. S. 1–9.

556 WILLIAMS, Women & Childbirth, S. 172–83.

557 PRO, MH 137/269, Maternity Services Committee, Oral Evidence form the National Birthday Trust Fund, 11. 10. 1956.

558 PRO, MH 55/2369, Lady Rhys Williams an Sir John Charles, Ministry of Health, 25. 5. 1959.

559 PRO, MH 55/2369, Minute Dr. Taylor an Miss Webster, Dr. Godber, Juni 1959.

560 PRO, MH 55/2369, Minute Dr. Taylor an Dr. Godber, 6. 8. 1959.

pem Personal und ständigem Mangel an Ressourcen konnten zwar nicht sofort Lösungen gefunden werden, die Probleme der werdenden Mütter wurden jedoch stärker wahrgenommen.[561] Der NBTF engagierte sich wie andere freie Gruppen sehr stark hinsichtlich des psychischen Wohlergehens der Schwangeren, was bei den professionellen Gruppen oftmals zu kurz kam. Schon kurz nach seiner Gründung hatte sich der NBTF zudem vehement dafür eingesetzt, daß Gebärenden Betäubungsmittel zur Verfügung stünden, um die Geburt zu erleichtern.[562] Dies war aber vor allem ein Thema der 1930er Jahre gewesen, als Erleichterung der Schmerzen und Betäubung vor allem ein Privileg der oberen Klassen darstellten. Die Kampagnen des NBTF zielten darauf, diese Mittel allen Frauen zur Verfügung zu stellen. Zunächst hatte die Vereinigung jedoch damit bei den Betroffenen wenig Erfolg, auch weil die Schmerzerleichterung für viele arme Frauen das geringste Problem bei Schwangerschaft und Geburt darstellte.[563]

Gerade in den 1970er Jahren wurde die Schmerzmittel-Kampagne dann von feministischer Seite als eine weitere Unterordnung unter die Ärzte bei der Geburt kritisiert und als Aufgabe der Selbstkontrolle der Frauen bezeichnet.[564] Wie Judith Leavitt jedoch überzeugend dargelegt hat, ging es den Frauen mit ihren Forderungen vielmehr darum, zu bestimmen, wie sie selbst die Geburt ihres Kindes gestalten wollten, und um das Recht, Schmerz- und Betäubungsmittel zu erhalten.[565] In den 1950er Jahren sah man in diesem Bereich im Ministerium keinen Handlungsbedarf mehr:

> The Analgesia factor I feel is over stressed. Practically every unit visited had excellent provision for either gas and air, trilene or both and pethidine was given to the majority of cases requiring it largely at the midwifes' discretion.[566]

Vom NBTF wurde diese sehr optimistische Beurteilung jedoch nicht akzeptiert, die Verfügbarkeit solcher Mittel sei in den 1950er Jahren keineswegs in ganz Großbritannien gegeben.[567] Der Trust unterstützte daher weiterhin Projekte, die neue Schmerz- und Betäubungsmittel ausprobierten.[568]Aber auch in der Säuglingsvorsorge wurde der Verein aktiv. 1958 führte der NBTF beispielsweise eine Untersuchung der Säuglingssterblichkeit durch *(Perinatal Mortality Survey)*.[569] Dabei sollten nicht nur die medizinischen Gründe für die Säug-

---

561 MINISTRY OF HEALTH, Human Relations, S. 4–5.

562 Diese Initiative war vor allem Mrs. Baldwin zu verdanken, die diese Kampagne zu ihrer Hauptaufgabe machte, vgl. WILLIAMS, Women & Childbirth, S. 124–5.

563 WILLIAMS, Women & Childbirth, S. 127–8.

564 LEAVITT, Birthing, S. 164.

565 LEAVITT, Birthing, S. 161–2.

566 PRO, MH 55/2369, Minute Dr. Taylor an Miss Webster, Dr. Godber, Juni 1959. Bei den Fachbegriffen handelt es sich um Lachgas und verschiedene andere Schmerz- und Betäubungsmittel.

567 BEINART, Obstetric Analgesia, S. 118.

568 WILLIAMS, Women & Childbirth, S. 144–5.

569 Unter Perinatal Mortality verstand man die Sterblichkeit innerhalb der ersten sieben Tage

lingssterblichkeit untersucht, sondern auch beleuchtet werden, wie stark die Mütter jeweils die Vorsorgeangebote wahrgenommen hatten.

Eine ganz andere Richtung verfolgte die 1956 gegründete *Natural Childbirth Association* (später *National Childbirth Trust*). Sie mischte sich ebenfalls vehement in die Diskussion um die Neuordnung des *Maternity Service* ein und machte zahlreiche Eingaben an das *Cranbrook Committee* wie auch an das Ministerium.[570] Der Verein war mit genau dieser Zielrichtung gegründet worden: Die Entwicklung des *Maternity Services* unter dem NHS warf viele Probleme auf, die der *National Childbirth Trust* aus der Perspektive der Betroffenen, der Schwangeren, behandeln wollte.[571] Die Mitglieder dieser Organisation wollten unter anderem erreichen, daß Frauen ihre Kinder möglichst „natürlich" zur Welt bringen konnten, zu Hause, ohne Schmerzmittel und in Anwesenheit des Ehemannes. Sie befürworteten zunächst die von einem britischen Arzt, Dr. Grantly Dick Read, entwickelten Methoden, der eine „natürliche Geburt" vor allem mit besserer Aufklärung der Mütter und mit in der Schwangerschaft erlernten Entspannungstechniken zu erreichen versuchte.[572] Der *National Childbirth Trust* bot selbst Entspannungskurse an und nahm sich unter anderem des Problems an, daß Frauen zwar zum Teil diese Vorbereitungskurse besuchten, diese Techniken bei der Geburt aber meist nicht anwenden konnten, weil die Hebammen oder Ärzte sie oftmals sofort mit Schmerz- oder Betäubungsmitteln behandelten. Besonders die Vorsitzende des Verein, Mrs. Briance, entwickelte in den 1950er Jahren ein großes Sendungsbewußtsein, stellte die Methode von Grantly Dick Read als die einzig wahre dar und überschwemmte die Mitglieder des *Cranbrook Committee* mit Briefen über die entsetzlichen Zustände in englischen Kliniken. Trotz des mitunter sehr übertriebenen Tons wurden ihre Vorschläge vom Komitee diskutiert.[573] Das Ministerium und seine Beratungsgremien nahmen die Vorshläge des Vereins durchaus ernst.

It would appear probable that childbirth without drugs is safer than childbirth with drugs. If this is so a method without analgesia where the mother can go through labour without pain or with discomfort which she is able to endure without undue disturbance is the method of choice. […] During the antenatal period she should receive instruction in elementary physiology and anatomy including the process of labour and what will be required of her when she goes into labour,

---

nach der Geburt, Neonatal Mortality in den ersten vier Wochen nach der Geburt; vgl. PRO, MH 55/2331, The Perinatal Mortality Survey, The Director's Progress Report, Juni 1960; vgl. WILLIAMS, Women & Childbirth, S. 196–227. Es wurden damals alle Lebendgeburten zwischen dem 3. und dem 9. 3. 1958 sowie alle Totgeburten und Neonatal Deaths in März, April und Mai 1958 untersucht.

570 Vgl. KITZINGER, Strategies, S. 92.

571 DURWARD und EVANS; Pressure Groups, S. 256–7.

572 PRO, MH 137/266, Maternity Services Committee Circulated Evidence, Flugblatt der Organisation The Natural Childbirth Association of Great Britain, Honorary President Grantly Dick Read, vgl. auch LESLEY A. HALL, Sex, S. 142.

573 PRO, MH 137/266, Maternity Services Committee, Circulated Evidence, Evidence from the Natural Childbirth Association of Great Britain, RMSC/Ev. 56.

hieß es in einem Memorandum des *Maternity and Child Welfare Committee*.[574] Ende der 1950er Jahre hatte sich der *Trust* in Großbritannien schon stärker etabliert, wandte sich auch von der ausschließlichen Vertretung der Methode Dick Reads ab und integrierte andere Formen der Geburtsvorbereitung und Entspannung.[575] Der *National Childbirth Trust* entwickelte sich gerade in den 1960er Jahren, als Bürgerrechte und Selbstbestimmung von Konsumenten zunehmend im Vordergrund standen, zu einer einflußreichen Interessengruppe für die Belange von Schwangeren.[576] Außerdem gelang es dem Verein, das Tabu, mit dem der Geburtsvorgang belegt war, aufzubrechen, indem z. B. Schwangere und ihre Ehemänner zu Diashows über den Ablauf einer Geburt eingeladen wurden – etwas, was in den 1950er Jahren noch als „shocking" galt.[577] Die Werbung für „natürliche Geburt" war insofern äußerst problematisch, da viele andere Vereine, z. B. der *National Birthday Trust Fund*, jahrzehntelang das Recht von Frauen propagiert hatten, Schmerz- und Betäubungsmittel bei der Geburt zu bekommen.[578] Der *National Childbirth Trust* mußte zeigen, daß die Kampagne gegen Schmerzmittel und für natürliche Geburt nicht bedeutete, die Anliegen von Frauen zu mißachten und wieder schmerzhafte Geburten zu fördern, sondern vielmehr der Erfahrung der Geburt Bedeutung zuzubilligen. Zunächst versuchte der Verein, seine innovativen Theorien in der Geburtshilfe und Schwangerenvorsorge durch Koppelung an traditionelle, konservative und christliche Werte wie die Förderung des Familienlebens und der Mutterschaft zu propagieren.[579] In den 1960er Jahren änderte sich diese Strategie, und der *Trust* wollte neben dem weiteren Aufbau eigener Geburtsvorbereitungskurse vor allem die in der Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe arbeitenden Ärzte und Hebammen beeinflussen. In der Untersuchung über „Human Relations in Obstetrics"[580] des Ministeriums von 1960, in dem die Vorgänge in den Schwangerensprechstunden und den Kreißsälen heftig kritisiert wurden, verwies man inzwischen sehr positiv auf Dick Read und seine Methoden.[581]

Die *Association for Improvements in the Maternity Service* (AIMS), die sich in den 1960er Jahren zu einem weiteren wichtigen Sprachrohr für verschiedene Belange der Schwangeren entwickelte, wurde im Gegensatz zum *National Childbirth Trust* im Jahr 1960 ausdrücklich mit der Zielrichtung gegründet, die Ausstattung mit Betäubungsmitteln und Anästhesetika zu verbessern und die

574 PRO, MH 133/407 Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare, Memorandum on Natural Childbirth 1958.
575 KITZINGER, Strategies, S. 92.
576 DURWARD und EVANS, Pressure Groups, S. 257; KITZINGER, Strategies, S. 93.
577 KITZINGER, Strategies, S. 96–8.
578 Vgl. WILLIAMS, Women & Childbirth, S. 124–46.
579 KITZINGER, Strategies.
580 Vgl. zu dieser Untersuchung auch oben S. 484.
581 PRO, MH 133/409, Memorandum Human Relations in Obstetrics 1960, Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare.

Geburtenrate in den Krankenhäusern zu erhöhen. Die AIMS wandte sich aber bald anderen Themenbereichen zu und trat in den 1970er und 1980er Jahren dann wieder für das Recht der Mutter ein, ihr Kind zu Hause zur Welt zu bringen.[582]

Weitere Frauenvereinigungen, die besonders in den 1920er und 1930er Jahren um eine finanzielle Besserstellung und mehr Krankenhausbetten für Mütter gekämpft hatten, so die *Women's Cooperative Guild*,[583] mischten sich in den 1950er Jahren ebenfalls wieder in die Diskussion ein. Die *National Assembly of Women* ging insbesondere auf die Alltagsschwierigkeiten der Frauen ein: Arbeitende Mütter und Frauen mit mehreren Kindern konnten wegen der langen Wartezeiten und fehlender Kinderbetreuung die Vorsorgesprechstunden kaum wahrnehmen. Hier wurde auf Abhilfe gedrängt und zusätzlich ein unbürokratischerer Zugang zu den Nahrungsergänzungsmitteln für Schwangere gefordert.[584] Die *Mother's Union* befaßte sich ebenfalls mit den praktischen Problemen der werdenden Mütter als Patientinnen.[585] Von dieser Vereinigung wurden ebenfalls die extrem langen Wartezeiten in den Sprechstunden für Schwangere bemängelt, die oft bis zu drei Stunden dauerten und für die Frauen sehr beschwerlich waren. Kritisiert wurde auch die schlechte Informationspolitik gegenüber den Schwangeren, denen die Ärzte die medizinischen Befunde nur selten erklärten.

Durch das Engagement dieser Gruppen wurde in Großbritannien ein großes Spektrum an Themen abgedeckt, die in der Bundesrepublik Deutschland gerade in den 1950er Jahren deutlich zu kurz kamen. Besonders hervorzuheben ist, daß es bereits in dieser Zeit Forderungen nach Wahlmöglichkeiten für die Frauen gab. Einerseits die selbstbestimmte, natürliche Geburt mit entsprechender Schwangerenvorsorge, andererseits aber auch die Forderung nach einer optimalen, medizinisch zuverlässigen, für alle zugänglichen Medikamentierung zur Schmerzerleichterung bei der Geburt. Die *Association for Improvements in Maternity Service*, die ursprünglich lediglich auf die Verbreitung und Zugänglichkeit von Schmerz- und Narkosepräparaten ausgerichtet gewesen war und der *National Childbirth Trust* mit seinem Eintreten für natürliche Geburt blieben in den folgenden Dekaden die wichtigsten Vereine, die sich für die Belange der Schwangeren einsetzten.[586]

---

582 BEINART, Obstetric Analgesia, S. 119; DURWARD und EVANS, Pressure Groups, S. 256–60.
583 LEWIS, Mothers and Maternity Policies, S. 16–20.
584 PRO, MH 137/266, National Assembly of Women, Memorandum submitted to the Government Committee of Inquiry into the Maternity Services.
585 PRO, MH 137/274 Maternity Services Committee, Evidence from the Mother's Union, Mother's Union an Ministry of Health, 23. 10. 1956.
586 DURWARD und EVANS, Pressure Groups, S. 256.

4.5 Präventive Konzepte als Problem und Herausforderung der Gesundheitspolitik

In Großbritannien wie in Deutschland entwickelten sich aus der Sorge um die Zukunft der Nation um die Jahrhundertwende Bemühungen, die Säuglingssterblichkeit zu senken. In beiden Ländern wurden Säuglingsfürsorgeeinrichtungen in Form von Beratungsstellen der Kommunen oder wohltätiger Vereine geschaffen sowie eine bessere Kontrolle der Milchversorgung angestrebt. Unterschiede sind vor allem bei der Betreuung der Mütter und Säuglinge in ihren Wohnungen und Häusern zu finden. Während sich in England durch die weiblichen *Health Visitors*, die sich bemühten, alle Säuglinge zu besuchen, ein System entwickelte, das von breiten Bevölkerungsschichten akzeptiert wurde, blieb in Deutschland der Hausbesuch durch die Fürsorgerin den Armenfürsorgeempfängern und ledigen Müttern vorbehalten und verlor so nie seine vordringliche Kontrollfunktion. Obwohl Großbritannien mit J.W. Ballantyne einen Pionier in der Schwangerenvorsorge beheimatete, blieb dieses Thema in beiden Ländern zunächst unbeachtet. In den 1920er Jahren, mit dem Ausbau der kommunalen Vorsorge, wurden dann in Großbritannien flächendeckend Ambulanzen und Sprechstunden für Schwangere eingerichtet. Ähnliche Entwicklungen gab es in Deutschland wesentlich seltener. Hier konzentrierte sich der Ausbau der kommunalen Fürsorge in den 1920er Jahren stärker auf die Säuglinge.

Die Traditionen kommunaler Gesundheitsfürsorge in Deutschland und mit ihr die Säuglingsvorsorge und die Ansätze in der Schwangerenvorsorge wurden unter der nationalsozialistischen Herrschaft stark beeinträchtigt. Viele der ehemals in diesem Bereich engagierten Ärzte und Ärztinnen wurden entlassen, vertrieben und verfolgt. Dadurch war nur noch wenig Engagement des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich der Prävention zu finden. Die „Mütterberatung", also die Säuglingssprechstunden in den Gesundheitsämtern, bestand zwar fort. Eine gut koordinierte Schwangerenvorsorge richteten die Nationalsozialisten, die ideologisch eigentlich einen Mutterkult propagierten, nicht ein. Die Betreuung von Säuglingen und Schwangeren wurde mit selektiven rassistischen Maßnahmen verbunden und entfernte sich sehr weit von einer „zugehenden", also präventiven Fürsorge für alle Gruppen der Gesellschaft. Das britische System der kommunalen Schwangeren- und Säuglingsvorsorge durch die *Local Health Authorities* erfuhr dagegen gerade in den 1930er Jahren nochmals einen Ausbau. Während des Krieges wurde erstmals nicht nur die medizinische Versorgung der werdenden Mütter berücksichtigt, sondern zusätzlich für Schwangere, Mütter und Säuglinge Vitaminpräparate und verbilligte Milch ausgegeben. Diese Form der Vorsorge hatte großen Erfolg und wurde auch nach dem Krieg beibehalten.

In der Bundesrepublik gab es nach dem Zusammenbruch der nationalsozialistischen Herrschaft und nachdem die größten gesundheitlichen Probleme und Notlagen der direkten Nachkriegszeit überwunden waren, neue Überlegungen

zu einer Verbesserung der Vorsorge für Schwangere und Säuglinge. In den Anfangsjahren der Bundesrepublik entwickelte sich dieser zentrale Bereich der Gesundheitsvorsorge jedoch im Vergleich zu Großbritannien nur sehr langsam weiter. Erst Mitte der 1960er Jahre wurden weitergehende Vorsorgeleistungen für Schwangere angeboten.[587] Verschiedene strukturelle Probleme im Gesundheitswesen, vor allem jedoch die konkurrierenden Systeme des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf der einen und der sozialen Krankenversicherung mit der freien Ärzteschaft auf der anderen Seite verhinderten eine rasche Lösung. Konzepte, die die Vorsorge dem öffentlichen Gesundheitsdienst zuweisen wollten, scheiterten. Das öffentliche Gesundheitswesen verlor zunehmend an Einfluß. Die Vorsorge wurde dann 1965 endgültig bei den niedergelassenen Ärzten angesiedelt. Damit setzte sich ein individuelles, medizinisches Konzept in der Vorsorge durch. Allerdings waren gerade bei den Angehörigen der unteren Schichten, die eine Schwangerschaftsbetreuung oft besonders dringend brauchten, die öffentlichen Beratungseinrichtungen eher akzeptiert als ein selbständiger Besuch beim Arzt. Deswegen wurde auch nach Einführung der gesetzlichen Leistungen beklagt, daß gerade die Personenkreise, die eine besonders intensive Beratung brauchten, sie nicht ausreichend bekamen, weil sie von der rein medizinisch orientierten Vorsorge nicht erreicht wurden.[588] Durch die Zurückdrängung des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit seiner sowohl medizinisch als auch sozial ausgerichteten Beratung wurde in der Bundesrepublik ein schichtspezifisches Gesundheitsverhalten eher verstärkt.[589] Ein weiteres Problem ergab sich daraus, daß die Qualität der Vorsorge, die im wesentlichen dem einzelnen Arzt überlassen war, stark schwankte, kaum statistisch zu erfassen und kontrollierbar war.[590] Alternative Konzepte der Schwangeren- und Säuglingsvorsorge mit einer stärkeren Einbeziehung von Hebammen oder Fürsorgerinnen, die in anderen Ländern durchaus Erfolg hatten – auch in Großbritannien funktionierten Teile der Vorsorge über *Health Visitor* und Hebamme – wurden in der Bundesrepublik nicht erwogen. Indem sich das Modell der ausschließlichen Betreuung durch die freie Ärzteschaft durchsetzte, wurde die Kontrolle der zumeist männlichen Ärzte über den weiblichen Körper bei Schwangerschaft und Geburt verstärkt, was zumindest von der neuen Frauenbewegung seit den 1970er Jahren heftig kritisiert wurde.[591] Die Weichenstellung in der Gesundheitspolitik vergrößerte die Dominanz der Ärzte,

---

587 BAK, B 142/4043, Bericht für die WHO über die Fürsorge für Mutter und Kind in neun europäischen Staaten, Entwurf.

588 Vgl. ARNOLD, Malaise, S. 438–40, CHRISTOPH MÜLLER, Säuglingssterblichkeit, S. 122. Auch Untersuchungen aus den 1970/80er Jahren bestätigen für die Bundesrepublik Deutschland, daß die Angebote der Schwangerenvorsorge von den unteren Schichten viel weniger wahrgenommen wurden, vgl. TIETZE, Zwischen Natur und Technik, S. 140; ALBRECHT-RICHTER und THIELE, Prävention, S. 56–7.

589 Vgl. hierzu auch oben, S. 448.

590 AIACH und CARR-HILL, Inequalities, S. 33–4.

591 RODENSTEIN, Kultur, S. 125–6.

die diese ohnehin schon durch ihre Fachkompetenz innehatten, gegenüber ihren Patientinnen erheblich.

Kennzeichnend für die Bundesrepublik ist, daß sich in der Zeit, als die Schwangerenvorsorge zunächst vernachlässigt und dann den Ärzten übergeben wurde, Interessenverbände der Frauen nicht zu Wort meldeten. Die Gründe hierfür sind wohl darin zu suchen, daß unter den Nationalsozialisten die in den 1920er Jahren noch sehr engagierten Frauenvereine aufgelöst und zerstört wurden. Keine der Protagonistinnen, die für Selbstbestimmung der Frauen in der Mutterschaft gekämpft hatten, war in der Bundesrepublik noch aktiv. Neue Gruppen bildeten sich in den 1950er Jahren nicht. Weiterhin bleibt die Frage offen, wieso gerade in den 1950er Jahren, als sich die Bundesregierung so sehr der Förderung der Familie verpflichtet fühlte, eine gesetzliche Regelung der Schwangeren- und Säuglingsfürsorge nicht mit mehr Nachdruck verfolgt wurde, obwohl dieses Problem doch einen Kernbereich der Familienförderung darstellt.

In Großbritannien zeigte sich dagegen ein ganz anderes Bild: Hier existierte schon vor dem NHS eine umfassende Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, die in den neuen Gesundheitsdienst übernommen wurde. Es traten eher Probleme struktureller Art auf, die von der Gesundheitspolitik gelöst werden mußten, und zwar im wesentlichen die Koordination der drei Zweige des NHS – der Ärzte, Kliniken und lokalen Gesundheitsbehörden – die in der Vorsorge zusammenarbeiten mußten. Auch im NHS wurde den Ärzten ein Großteil der Schwangerenvorsorge überantwortet, obwohl in Großbritannien ein funktionierendes System der örtlichen Gesundheitsbehörden bestanden hatte. Diese Änderung wurde vor allem damit begründet, daß den *Medical Officers* Erfahrung in der Geburtshilfe fehle und sie nicht auf dem medizinisch neuesten Stand seien. Auch in Großbritannien setzte man also in der Phase der 1950er Jahre verstärkt auf individuelle, medizinische Betreuung durch den Arzt. Im Gegensatz zur Bundesrepublik versuchte man aber den Umfang und die Qualität der Untersuchungen bei den Ärzten zu beeinflussen und zu kontrollieren, auch wenn dies – wie gezeigt wurde – kaum gelang. Zudem gab es ein großes und wachsendes Ergänzungsangebot der lokalen Gesundheitsbehörden, das den sozialen Bereich der Vorsorge stärker abdeckte.

Auch zahlreiche Interessengruppen von Frauen bildeten sich bereits in den 1950er Jahren, um das neue System mitzugestalten und bestimmte Formen der Geburt und der Schwangerenvorsorge für sich einzufordern. So gab es bereits damals Vereinigungen, die sich für eine natürliche Geburt mit entsprechender Schwangerschaftsvorsorge und Geburtsvorbereitung einsetzten, wie auch Vereinigungen, die maximale Schmerzfreiheit und Anwendung verschiedenster medizinischer Hilfsmittel für alle Frauen forderten. In der Säuglingsvorsorge hatten sich im Gegensatz zu Deutschland, wo Hausbesuche durch Fürsorgerinnen immer noch als diskriminierend galten, die Besuche der *Health Visitors* bei nahezu allen Säuglingen als völlig normal durchgesetzt. Die Säuglingsvorsorge wurde zudem früher als in Deutschland auf Entwicklungsprobleme im

Säuglingsalter und auf die Kleinkinderfürsorge ausgedehnt. Auch bei der Umsetzung neuer medizinischer Erkenntnisse reagierte man in Großbritannien mit dem funktionierenden System der Vorsorge wesentlich schneller und versuchte, z. B. Eklampsie in der Schwangerschaft und Erythroblastose bei Säuglingen bereits in den 1950er Jahren gezielt landesweit zu bekämpfen.

Warum in der Bundesrepublik auf diesem Gebiet ein solch gesundheitspolitischer Stillstand zu konstatieren ist, läßt sich wohl zum einen mit der Ideenarmut erklären, die nach dem Bedeutungsverlust des öffentlichen Gesundheitswesens die bundesdeutsche Gesundheitspolitik in den 1950ern und bis Mitte der 1960er Jahre bestimmte. „Eingezwängt" zwischen dem System der DDR und den Maßnahmen des NS-Regimes, denen man sich in keinem Fall nähern wollte, sah die konservative Bundesregierung die einzige gangbare Lösung offenbar darin, die gesamte Vorsorge der freien Ärzteschaft zu übergeben. Zum anderen muß erneut auf die strukturelle Problematik des bundesdeutschen Systems verwiesen werden. Durch die Konzentration der Krankenkassen auf kurative Medizin und die grundsätzliche Abstimmung der Leistungen auf einen „Haupternäherer", hatte die Prävention für Schwangere und Säuglinge lange einen untergeordneten Platz inne. Hierzu gehört auch, daß sich Leistungen primär an Arbeitsmarktgesichtspunkten orientierten. In diesem Fall wurde ein ausgezeichneter Mutterschutz für eine kleine Gruppe von Frauen, die abhängig Beschäftigten, eingeführt, lange bevor man an Vorsorgemaßnahmen für alle Schwangeren dachte.

Erst in den 1970er Jahren formierten sich dann im Rahmen der neuen Frauenbewegung auch in Bundesrepublik Gruppen, die ihre eigenen Vorstellungen von Schwangerschaft und Geburt formulierten und vertraten. Vor allem Feministinnen setzten sich seitdem sowohl in Großbritannien wie auch in Deutschland mit der unterschiedlichen gesellschaftlichen Perzeption von Schwangerschaft und Geburt auseinander. Der Wahrnehmung der Frauen selbst wurde dabei die Sicht der behandelnden Ärzte gegenübergestellt, die diese Ereignisse als rein medizinisches Problem definierten und die soziale Seite von Schwangerschaft und Geburt vernachlässigten.[592] Die „Conflicting Paradigms of Pregnancy" wurden nun ein zentraler Topos in der feministischen und soziologischen Literatur.[593] In beiden Ländern wurde das Recht der Selbstbestimmung der Frau über diesen integralen Teil ihres Lebens wichtiger, während sich gleichzeitig die medizinische Vorsorge immer mehr zu einem technisierten Prozeß entwickelte, der eine Geburt im Krankenhaus zur Selbstverständlichkeit machte.[594]

---

592 Vgl. z. B. die verschiedenen Arbeiten von Ann Oakley in den 1970er und 1980er Jahren; besonders OAKLEY, Women Confined; DIES., Becoming a Mother; DIES., Women and Health Policy, vgl. für die Bundesrepublik VOGT, Standortbestimmung.

593 GRAHAM und OAKLEY, Competing Ideologies, S. 50–1.

594 Vgl. OAKLEY, Womb, S. 155–70; SCHENK, Herausforderung, S. 84–103.

IV. ZUSAMMENFASSUNG UND EINORDNUNG

Wer die Gesundheitspolitik in Großbritannien und der Bundesrepublik Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg vergleicht, stößt auf divergierende Strukturen, unterschiedliche kulturelle Traditionen, aber auch ähnliche Entwicklungen. Der Vergleichsansatz hat dazu beigetragen, die jeweiligen Charakteristika genauer zu erfassen und hat sowohl für die Gesundheitssysteme als auch für verschiedene Problembereiche der Gesundheitspolitik ein sehr umfassendes Bild der beiden Länder ermöglicht. Als ein wichtiges Element ist die Prägekraft bestimmter Strukturen immer wieder deutlich hervorgetreten, die ihrerseits Traditionen und Pfadabhängigkeiten kreieren konnten.

Zunächst muß hier auf die Trennung zwischen präventiver und kurativer Medizin verwiesen werden, die in Deutschland zwischen Kassensystem und öffentlichem Gesundheitsdienst wesentlich ausgeprägter war als innerhalb des britischen NHS. Erst Mitte der 1960er Jahre begann in der Bundesrepublik eine Integration beider Aspekte, allerdings dann innerhalb der Krankenkassenleistungen. Dies beeinflußte viele Bereiche der Gesundheitspolitik. Die Beratungsstellen für Geschlechtskranke oder Tuberkulosekranke beispielsweise, die in Deutschland stets nur Beratungscharakter hatten, konnten in Großbritannien kurative und präventive Elemente verbinden, womit sie eher den Bedürfnissen der Patienten entsprachen. Besonders deutlich trat dies bei den *VD-Centres* zu Tage, die sich trotz mancher Klagen der Patienten einer großen Akzeptanz erfreuten, während die deutschen Geschlechtskrankenberatungsstellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Untersuchungszeitraum im wesentlichen auf Kontrollfunktionen reduziert wurden. Beratung ohne Behandlung war im Zeitalter der Chemotherapeutika nicht mehr nötig und unattraktiv für die Patienten. Die unter dem NHS als *Chest Clinics* bezeichneten Tuberkuloseambulanzen konnten in Großbritannien relativ patientenfreundlich arbeiten, da ihre Leistungen Prävention, Beratung und Therapie integrierten. In der Bundesrepublik ergaben sich für Tbc-Kranke durch die Trennung von Beratung und Heilstellenvermittlung, die in den öffentlichen Beratungsstellen stattfanden, Diagnostik und ambulanter Therapie bei Ärzten sowie stationärer Therapie in Heilstätten wesentlich kompliziertere Zuständigkeiten.

Auch die generelle Separierung der medizinischen von sozialen Leistungen ist ein Charakteristikum, welches das bundesdeutsche vom britischen Gesundheitswesen abhebt. In der Bundesrepublik Deutschland verblieben soziale Leistungen meist in anderen Sektoren des Wohlfahrtsstaates. Sie waren z. B. direkt an Arbeitsverhältnisse gekoppelt und wurden nicht mit medizinischen Leistungen verknüpft. Deutlich wurde dies besonders in der Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, wo ein im europäischen Vergleich weitreichender Mutterschutz für eine bestimmte Gruppe von Frauen – die abhängig Beschäftigten – dem völligen Fehlen von Prophylaxe für *alle* Schwangeren gegenüber-

stand. Eine Integration von Elementen sozialer und medizinischer Prävention über das öffentliche Gesundheitswesen gelang in der Bundesrepublik weder auf diesem Gebiet noch in anderen Bereichen. Im Gegenteil, die medizinische Prävention ging dem öffentlichen Gesundheitsdienst weitgehend verloren und wurde seit Mitte der 1960er Jahre der Ärzteschaft übertragen. Dadurch verstärkte sich der Mangel an sozialen Elementen sowohl in der Prävention als auch in der generellen medizinischen Versorgung. Grundsätzlich fiel in allen Bereichen der westdeutschen Gesundheitspolitik eine Konzentration auf individualisierte Therapie auf, bedingt vor allem durch die Ausrichtung der Kassen auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, während Prävention und soziale Dienste zu den vernachlässigten Elementen des deutschen Systems gehörten.

In Großbritannien konnte dagegen der NHS soziale und medizinische Dienste generell besser integrieren, obwohl auch hier Probleme durch die organisatorische Aufspaltung innerhalb des neuen Gesundheitssystems entstanden. Für Schwangere gab es beispielsweise ein relativ gutes Präventionsangebot mit medizinischen und sozialen Leistungen, die gemeinsam durch den Gesundheitsdienst organisiert wurden. Der Aspekt eines an das Arbeitsverhältnis der Frau gekoppelten Mutterschutzes mit umfangreichen Schutzbestimmungen und finanziellen Zuschüssen stand dagegen in Großbritannien nie im Vordergrund. Auch bei anderen Problemen ist für den NHS stets eine Kombination von sozialen und medizinischen Diensten charakteristisch; so auch in der Tuberkulosefürsorge, wo neben Prävention, Diagnostik und Therapie auch Rehabilitation und Nachsorge in sozialen Einrichtungen dem britischen Gesundheitsdienst unterstanden. Allerdings konterkarierte die stete Überlastung des NHS diese Angebotsstruktur. Besonders im Kapitel über Schwangeren- und Säuglingsvorsorge wurde deutlich, daß in der Praxis die fünfminütigen Untersuchungen in den Schwangerensprechstunden, denen meist eine zweistündige Wartezeit der Frauen vorausging, keineswegs eine umfassende Betreuung erbringen konnten. Während des Untersuchungszeitraums verschlechterte sich zudem die Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche durch die Dreiteilung des NHS, insbesondere durch die Trennung von lokalen Gesundheitsbehörden und Krankenhausverwaltung. Letztlich entwickelte sich auch hier eine Dominanz der medizinischen Dienste und hier insbesondere des Krankenhaussektors.

Großbritannien und die Bundesrepublik näherten sich während des Untersuchungszeitraums in der Art ihres Angebots an – in Richtung eines von medizinischen und klinischen Leistungen dominierten Gesundheitswesens. Eine solche Entwicklung entsprach dem Trend der Zeit hin zu einer individualisierten, technisierten Medizin, der die ganze westliche Welt in den 1950er und 1960er Jahren prägte. Dennoch waren die Unterschiede zwischen beiden untersuchten Ländern weiterhin deutlich – sowohl was die vom Gesundheitswesen angebotenen sozialen Dienste generell anging als auch den Grad der Integration der verschiedenen Bereiche.

Daß die Integration kurativer und präventiver sowie medizinischer und sozialer Leistungen im bundesdeutschen System so wenig gelang, läßt sich in erheblichem Maße auf die enge Bindung des Gesundheitsangebotes an die Arbeitswelt zurückführen. Die Wiederherstellung von Arbeitsleistungen als oberste Maxime bedeutete eine völlig andere Herangehensweise an viele Probleme als im britischen System. Dies führte dazu, daß bei den bundesdeutschen Krankenkassen die Angebote sehr viel stärker auf einen männlichen Hauptverdiener zugeschnitten waren als beim NHS, der zumindest versuchte, die Belange verschiedener Patienten-Gruppen zu berücksichtigen. Dieses Merkmal wurde in Westdeutschland durch die grundsätzliche Fokussierung auf kurative Aspekte verstärkt und trug zum völligen Fehlen von Präventionsangeboten für Schwangere bei. Auch bei der Tuberkulosefürsorge zeigte sich die Ausrichtung der Gesundheitspolitik auf die Wiederherstellung der Arbeitsleistung immer wieder. Damit verbunden waren erhebliche organisatorische Probleme durch die primäre Zuständigkeit der Rentenversicherung und die schwierige Abstimmung mit Krankenkassen bzw. Sozialfürsorgeträgern. Das Zuschneiden der Angebote auf die Bedürfnisse bestimmter Patienten-Gruppen gehörte nicht zu den Stärken des deutschen Gesundheitssystems. Hier prägte das seit Ende das 19. Jahrhunderts bestehende Krankenversicherungssystem seinerseits bestimmte Traditionen, die erheblichen Einfluß auf die Umsetzung von Gesundheitspolitik hatten.

In Großbritannien machte man sich dagegen durchaus Gedanken, wie zum Beispiel schwangere Frauen oder bestimmte Problemgruppen wie Prostituierte oder Immigranten mit speziellen Angeboten besser erreicht werden konnten. Viele der vom Gesundheitsministerium eingesetzten Beratungskomitees beschäftigten sich mit eben diesen Fragen. Dennoch scheiterte die Umsetzung solcher Ansätze meistens – entweder an finanziellen oder an Koordinations-Problemen. In der Bundesrepublik Deutschland dagegen entstanden vergleichbare Konzepte noch nicht einmal ansatzweise.

Ein deutlicher struktureller Mangel im britischen Gesundheitssystem, der immer wieder hervortrat, war die ständige Finanzknappheit und die starke Abhängigkeit vom Staatshaushalt. Dies führte dazu, daß kaum investiert werden konnte und ein dringend nötiger Ausbau der unzureichenden Infrastruktur des Systems unterblieb, was in Großbritannien bis heute höchst ungünstig fortwirkt. Bis Mitte der 1960er Jahre hatte dies immer wieder groteske Mißstände für die Patienten zur Folge, wie etwa Anfang der 1950er Jahre bei der Behandlung von Tuberkulosekranken, die wegen der langen Wartezeiten mitunter den Beginn ihrer Behandlung nicht mehr erlebten. Die grundsätzlich bessere Angebotsstruktur und größere Flexibilität des britischen Systems stieß so schnell an ihre Grenzen.

Derartige Probleme traten in der Bundesrepublik Deutschland kaum zutage, obwohl man Anfang der 1950er Jahre nicht gerade in finanziellem Überschuß lebte. Offenbar verhalfen die zahlreichen Träger und Organisationen im westdeutschen Gesundheitssystem, die sich sonst eher als inflexible Struktur zeig-

ten, zu einem deutlich größeren finanziellen Spielraum. Zwar litten auch in Deutschland die Krankenhäuser unter finanziellen Defiziten, dennoch ermöglichte die dezentrale Planung mehr Neu- und Umbauten als eine zentrale Finanzkontrolle zugelassen hätte. Den Patienten kam diese bessere Infrastruktur und Ausstattung zugute, was sich gerade bei der Tuberkulosebehandlung zeigte. Sie erhielten wesentlich schneller als in Großbritannien eine umfassende, individuelle Therapie. Die stärkere Effizienzkontrolle im britischen System unter den Bedingungen einer permanenten Finanzkrise ließ somit oft eine Orientierung am Wohl der Patienten in der Praxis nicht zu, während in der Bundesrepublik Deutschland unkoordinierte Investitionen den Patienten letztlich zu besseren Angeboten verhalfen.

Neben unterschiedlichen strukturellen Prägungen und einer dementsprechend differierenden Gewichtung kurativer, präventiver und sozialer Elemente des Gesundheitssystems spielte auch der Aspekt der Steuerungskompetenzen und -möglichkeiten eine wichtige Rolle für die Ausrichtung der Gesundheitspolitik in Großbritannien und der Bundesrepublik.

Hier gab es auf deutscher Seite erhebliche Probleme zwischen der Vielzahl an Akteuren im Gesundheitswesen. Einerseits traten Konflikte zwischen Bund und Ländern auf, was besonders bei der Polio-Impfung augenfällig wurde. Nicht minder problematisch war die Abstimmung zwischen öffentlichem Gesundheitswesen, freier Ärzteschaft und Krankenkassen. Diese Akteurskonstellation, die seit Beginn des 20. Jahrhunderts im deutschen Gesundheitssystem bestand, zeigte über politische Umbrüche hinweg eine bemerkenswerte Kontinuität. Gegenüber dieser strukturellen Beharrungskraft erreichten politische Steuerungs- und Reformversuche nur eine begrenzte Wirksamkeit. Einmal eingeschlagene Pfade bestimmten die Entwicklung nachhaltig. Die Grundkonflikte zwischen den Akteuren wirkten sich eigentlich in allen in dieser Arbeit untersuchten Problembereichen aus. Bei der Tuberkulosebekämpfung kamen als weitere Beteiligte noch die Landesfürsorgeverbände und die Rentenversicherungsträger hinzu. Die zahlreichen Akteure und ihre oft unübersichtliche Kompetenzverteilung – sich teils überschneidend, sich teils streng gegeneinander abgrenzend – brachten vor allem eine große Inflexibilität des Systems mit sich; bei der Tuberkulose wurde beispielsweise das Beharren auf traditionellen Behandlungsformen begünstigt. Vor allem die mangelnde Abstimmung und das Kompetenzgerangel zwischen öffentlichem Gesundheitswesen und freier Ärzteschaft machte Entscheidungsfindung und Durchsetzung von Maßnahmen sehr schwierig. Dies fiel besonders bei der Frage nach einer koordinierten Schwangerenvorsorge immer wieder auf. Einen deutlichen Ausdruck fand die schwere Steuerbarkeit des bundesdeutschen Gesundheitswesens auch im Scheitern des Krankenversicherungsneuregelungsgesetzes. Unter diesen Bedingungen war zudem eine Effizienzkontrolle gesundheitspolitischer Maßnahmen kaum möglich. Noch nicht einmal einfach zu erfassende Maßnahmen wie die Röntgenreihenuntersuchung wurden in allen Ländern zuverlässig statistisch registriert.

Gegenüber derartigen Problemlagen war das zentral organisierte System des NHS grundsätzlich im Vorteil. Beispielsweise hatte das Gesundheitsministerium stets die Möglichkeit, per Rundschreiben an die Krankenhausverwaltungen, die lokalen Behörden oder die Ärzte bestimmte Neuerungen einzuführen, auf veränderte Behandlungsmethoden hinzuweisen oder die Aufmerksamkeit gezielt auf Probleme zu lenken. Eine solche zentrale Einfluß- und Koordinationsmöglichkeit existierte in der deutschen Gesundheitspolitik nicht. Dennoch gab es auch in Großbritannien zahlreiche Schwierigkeiten bei der Abstimmung und Kooperation zwischen den einzelnen Bereichen des Gesundheitsdienstes. Die Dreiteilung des NHS in *Regional Hospital Boards*, *Local Health Authorities* und *Executive Councils* riß Aufgabengebiete auseinander. Diese Problematik zeigte sich in der Schwangerenvorsorge in aller Deutlichkeit, wo die gemeinsame Zuständigkeit von Ärzten, örtlichen Gesundheitsbehörden und Krankenhäusern zu langdauernden erheblichen Abstimmungsproblemen führte. Besondere Blüten trieb die innere Aufteilung des NHS bei der Tuberkulosebekämpfung. Hier wurde eine der wichtigsten Figuren in der Organisation des gesamten Tuberkulosedienstes, der *Chest Physician*, jeweils zu Bruchteilen einerseits den lokalen Gesundheitsbehörden, anderseits der Krankenhausverwaltung zugeordnet, was eine effektive Arbeit behinderte.

In beiden Systemen wurde die Steuerbarkeit der Gesundheitspolitik erschwert durch den eminenten Einfluß einzelner Akteure und Verbände, welche oftmals sachbezogene Entscheidungen verhindern oder sie auf Jahre blockieren konnten. Die Ärzteschaft erwies sich in beiden Ländern als besonders dominante Gruppe unter den Protagonisten des Gesundheitswesens. Oft wurden durch deren maßgeblichen Einfluß geplante bzw. schon gesetzlich festgeschriebene Maßnahmen erst sehr viel später oder in gänzlich anderer Form verwirklicht.

Für die ungünstige und kontraproduktive interne Dreiteilung des neu errichteten NHS war beispielsweise letztlich die Weigerung der Ärzteschaft verantwortlich, sich von den LHAs anstellen zu lassen. Als weiteres prominentes Beispiel seien die *Health Centres* in Großbritannien angeführt, die nach dem NHS-Gesetz eine zentrale Rolle für den kommunalen Gesundheitsdienst spielen sollten. Da aber die niedergelassenen Allgemeinärzte auf kommunaler Ebene die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der LHAs verweigerten, die britische Ärzteorganisation sich generell gegen diese Zentren stellte und aus finanziellen Gründen neue *Health Centres* kaum gebaut werden konnten, wurde diese Form der Gesundheitsversorgung erst sehr spät, Ende der 1960er Jahre, in größerem Maße und in veränderter Form eingeführt. Bis dahin hatte sich der Gesundheitsdienst in den Kommunen ganz anderes entwickelt als ursprünglich geplant. Auch sonst gelang es den Ärzten unter dem staatlichen Gesundheitsdienst, zahlreiche Freiheiten zu verteidigen, Entscheidungen maßgeblich zu beeinflussen und das öffentliche Gesundheitswesen der LHAs aus einigen Bereichen, insbesondere der Prävention in der Schwangerenvorsorge, zu verdrängen. Allerdings verloren die Allgemeinärzte gleichzeitig Aufgaben an den Krankenhaussektor und die spezialisierte Medizin.

In der Bundesrepublik Deutschland waren die niedergelassenen Ärzte eindeutig die dominanteste Gruppe im System. Sie beeinflußten zahlreiche Entscheidungen und trugen erheblich dazu bei, daß verschiedene Reformen im Gesundheitssektor scheiterten. Sie verteidigten ihre ohnehin schon erhebliche Machtposition vehement und schafften es, ihre Aufgabenbereiche ständig zu erweitern. Durch das Kassenarztgesetz von 1955 wurde die Machtstellung der Ärzte stark ausgebaut; sie erhielten das Monopol für die ambulante Behandlung und konnten gegenüber den Krankenkassen eine deutliche Verbesserung ihrer Position erreichen. Die starke Stellung der niedergelassenen Ärzteschaft prägte nicht nur die Strukturen des westdeutschen Systems, sondern drängte auch die stark auf kurative Medizin ausgerichtete Versorgung der Patienten weiter in diese Richtung.

In beiden Ländern stand dem Machtgewinn der Ärzte ein Statusverlust und Rückzug des öffentlichen Gesundheitswesens gegenüber. In Großbritannien war dies ein gradueller Prozeß, bei dem die LHAs auf dem Gebiet der sozialen Dienstleistungen zumindest wichtige und zahlreiche Aufgaben behielten. Die Integration von medizinischen mit sozialen Diensten, die eigentlich in den *Health Centres* den Grundstock des Gesundheitssystems hatte bilden sollen, wich aber einer Trennung dieser Leistungen in den verschiedenen Zweigen des NHS. In der Bundesrepublik wurde das öffentliche Gesundheitswesen dagegen fast aller präventiv-medizinischen, fürsorgerischen und sozialen Aufgaben beraubt und weitestgehend auf Kontroll- und gutachterliche Tätigkeiten beschränkt.

Die letztgenannten Entwicklungen waren in beiden Staaten zu beobachten und lassen sich nicht mit den strukturellen Bedingungen der beiden unterschiedlichen Gesundheitssysteme erklären. Hier muß man vielmehr wieder auf den säkularen Trend zu einer individualisierten, hochtechnisierten Medizin verweisen, die sich in immer mehr Fachgebiete aufspaltete. Diese Entwicklung prägte gerade in den 1950er und 1960er Jahren die westliche Welt erheblich. Das ungebrochene Vertrauen in den medizinischer Fortschritt verband sich mit einem großen Prestige für die Ärzteschaft und flankierte deren Machtgewinn.

Neben den strukturellen Faktoren, die sich für die Ausrichtung der Gesundheitspolitik als prägend erwiesen und die ihrerseits traditionsbildend wirkten, übten auch Wissenschaftskultur und intellektuelle Traditionen einen erheblichen Einfluß auf die Gestaltung der Politik aus.

Viele bundesrepublikanischen Experten und Wissenschaftler hatten sich noch nicht mit dem Ende der führenden deutschen Position in der medizinischen Wissenschaft angefreundet. Die Klagen über den Verlust der „Weltgeltung" deutscher Wissenschaft schienen im Westdeutschland der 1950er Jahre einen erheblichen Einfluß auf die Haltung der Fachgremien zu haben. Diese Einstellung förderte das Mißtrauen gegenüber fachlichen Neuerungen aus dem nun in der Forschung führenden Ausland, insbesondere den USA. Das jahrelange Abgeschnittensein von der internationalen Wissenschaftslandschaft während der Zeit des Dritten Reichs verstärkte eine solche Haltung noch. Dies war

sowohl bei den Impfungen gegen Poliomyelitis zu bemerken als auch bei der Tuberkulosetherapie, wo die aus dem Ausland kommenden neuen Medikamente und die Art ihres Einsatzes nur sehr zögerlich übernommen wurden. Eine Änderung dieser Haltung ist etwa Anfang der 1960er Jahre ablesbar und wohl am ehesten mit einem Generationswechsel zu erklären. Während in den 1950er Jahren vor allem Gesundheitspolitiker und Ärzte das Bild bestimmten, die noch die „großen Zeiten" deutscher medizinischer und naturwissenschaftlicher Forschung erlebt hatten und zusätzlich durch den Nationalsozialismus mit seinem übersteigerten Nationalbewußtsein geprägt waren, hatten bei der Nachkriegsgeneration solche Leitbilder an Einfluß verloren, so daß es wohl leichter fiel, internationale Forschungsstandards zu übernehmen. Nationale Erwägungen spielten jedoch auch in anderen Zusammenhängen eine erhebliche Rolle. Die frühe Lebendimpfung gegen Polio in West-Berlin war eindeutig den Folgen des Kalten Krieges geschuldet. In den ersten Nachkriegsjahrzehnten wollte man sich in der Bundesrepublik überdies stets vom System der DDR abgrenzen und war so für viele Entwicklungen, die auch nur in Richtung eines staatlichen Gesundheitsdienstes zu gehen schienen, von vornherein nicht offen.

In Großbritannien sind ähnliche nationale Befindlichkeiten in der Haltung von Wissenschaftlern und Experten zu beobachten, allerdings deutlich abgeschwächt. Auch hier brachte der eigene Rückstand in der Forschung Mißtrauen gegenüber Neuerungen aus dem Ausland und das Festhalten an britischen Forschungen bzw. Produkten mit sich. Bei der Ausgabe der Polio-Impfung führte dies sogar dazu, daß die Eltern die Wahl zwischen britischem, britisch geprüftem sowie ungeprüftem importierten Impfstoff für ihre Kinder hatten. Hier spielte offenkundig der in den 1950er Jahren auf vielen Gebieten strapazierte britische Nationalstolz eine große Rolle, der wenigstens im Bereich des Gesundheitswesens, wo der NHS als höchst innovative Neuerung galt, unangetastet bleiben sollte. Insofern verhielt man sich auch in Großbritannien gegenüber ausländischen medizinischen Erfolgen eher abwehrend. Allerdings standen britische Wissenschaftler im Gegensatz zu Deutschland in engem Kontakt zur internationalen Forschungslandschaft und rezipierten vor allem neue Ergebnisse aus den USA schnell. Eine jahrelange wissenschaftliche Isolierung, die in der Bundesrepublik viele Probleme verschärfte, hatte es in Großbritannien nicht gegeben.

Für beide Länder galt jedoch auch, daß die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg mit zunehmender internationaler Verflechtung der Wissenschaft, internationalen Konferenzen und wachsender Bedeutung der Weltgesundheitsorganisation eine Orientierung an internationalen Standards beförderte und Alleingänge nur für kurze Zeit ermöglichte.

Bei der Analyse der beiden Gesundheitssysteme stößt man über spezifische Unterschiede von Struktur und Tradition hinaus immer wieder auf ganz grundsätzliche kulturelle Differenzen. Auch diese Studie verweist auf die Dichotomie zwischen den individuellen Freiheitsrechten, die in Großbritannien stets betont wurden, und dem Allgemeinwohl, dem sich die Gesundheitspolitik in

der Bundesrepublik noch stark verpflichtet fühlte, und somit auf die grundsätzliche Verfaßtheit einer Gesellschaft. Wie sehr sich der Ansatz britischer und deutscher Gesundheitspolitik in dieser Frage unterschied, wurde nicht nur im Kapitel über Geschlechtskrankheiten deutlich. Generell war man in der Bundesrepublik mit Zwangsmaßnahmen gegen verschiedenste Gruppen zu Gunsten eines nicht immer nachvollziehbaren Allgemeinwohls recht schnell bei der Hand. Dagegen übte man in Großbritannien in diesem Bereich große Zurückhaltung und respektierte die Rechte des Einzelnen in weitaus stärkerem Maße. Dort wurde fast immer auf Zwangsuntersuchungen verzichtet, sowohl bei Maßnahmen, die die ganze Bevölkerung betrafen, als auch gegenüber Randgruppen wie den Prostituierten. Stets wurde in Großbritannien auf einen gesellschaftlichen Konsens gegen Zwangsmaßnahmen verwiesen, der so in der Bundesrepublik nicht existierte.

Diese grundlegende Differenz wurde in Deutschland durch den Einfluß des Nationalsozialismus noch verstärkt. Zumindest für die Anfangsdekaden der Bundesrepublik stellt dieser eine wichtige Konstante dar, der sich in der Prägung der Akteure selbst, in der Ausrichtung der Gesundheitspolitik und im Fortbestehen organisatorischer Regelungen aus der Zeit des Dritten Reiches bemerkbar machte. Viele Zwangs- und Kontrollmechanismen galten zwar in der westdeutschen Demokratie nicht weiter, sie wurden jedoch von vielen Gesundheitspolitikern und Ärzten vermißt und beständig eingefordert, wie etwa die Möglichkeit einer „Zwangsasylierung". Dies trat sowohl im Kapitel über die Tuberkulose als auch bei den Geschlechtskrankheiten überdeutlich hervor.

In den 1950er Jahren vermißt man zudem – bis auf wenige Ausnahmen – innovative Gesundheitspolitiker, was wohl ebenfalls den Folgen der nationalsozialistischen Herrschaft geschuldet ist. Die Ideenarmut deutscher Gesundheitspolitik in den 1950er Jahren, die immer wieder auffiel, ist durch die Vertreibung vieler fortschrittlicher und engagierter Ärzte und Politiker der Weimarer Zeit zumindest partiell erklärbar. Ähnliches gilt für Interessengruppen oder Patientenorganisationen, die im Untersuchungszeitraum in Westdeutschland praktisch nicht existent waren. Zahlreiche progressive Initiativen im Gesundheitswesen der Weimarer Republik waren nach 1933 aufgelöst worden; die Protagonisten mußten fliehen. Ein Wiederaufbau der Organisationen nach dem Zweiten Weltkrieg gelang kaum. Als weiterer Grund muß die mangelnde deutsche Partizipationskultur gelten: In den starken Hierarchien und autoritären Strukturen der Gesundheitsverwaltung wurde ohnedies wenig Wert auf die Meinung von Interessenverbänden der Patienten gelegt.

In Großbritannien findet man dagegen einige Vereinigungen, die einen deutlichen Einfluß auf die Entwicklung und die Konzeption von Gesundheitspolitik ausüben konnten. Auch während der 1950er Jahre gab es einige Organisationen, wie besonders im Kapitel über Schwangerenvorsorge gezeigt werden konnte, die sich um die Anliegen von Patientinnen kümmerten. Im Bereich der Schwangerenvorsorge und Geburt artikulierten Frauen ihre Interessen gegenüber der Gesundheitspolitik in Großbritannien sehr deutlich. Ganz offenbar

gab es hier aus einer wesentlich liberaleren Prägung heraus grundsätzlich eine größere Bereitschaft der Medizinalverwaltung, auf die Wünsche von Patienten einzugehen. Viele der während der 1950er und 1960er Jahre eingesetzten Komitees beriefen sich auf Patientenmeinungen. Das britische System mit seiner wesentlich ausgeprägteren Partizipationskultur zeigte sich deutlich offener gegenüber den Interessen einzelnen Gruppen.

In der Bundesrepublik Deutschland finden sich eher Klagen über Patienten und Patientinnen, die sich nicht mehr einer strengen Disziplin beugen wollten, wie in den Tbc-Heilstätten, oder genauere Aufklärung verlangten. Verständnis für diese Änderungen im Verhalten der Patienten ist auf Seiten der Ärzte und Gesundheitspolitiker zunächst kaum zu bemerken, wie insbesondere bei der Diskussion um den Mutterpaß sowie um die Heilstättenaufenthalte für Tuberkulöse deutlich wurde. Interessenartikulationen einzelner Gruppen wurden in der Bundesrepublik erst Mitte/Ende der 1960er Jahre laut und begannen, Gehör zu finden. Auch in diesem Zusammenhang kann mit einem Generationswechsel argumentiert werden. In den 1960er Jahren gab es bereits zahlreiche Ärzte und Gesundheitspolitiker, die nicht mehr von den rigiden Zwangsmaßnahmen des Nationalsozialismus geprägt waren und einer angebotsorientierten Gesundheitspolitik offener gegenüberstanden.

In Großbritannien mit seinen wesentlich liberaleren Ansätzen beschränkte sich die Aufgeschlossenheit gegenüber den Patienten jedoch meist nur auf theoretische Erwägungen. Gesundheitsleistungen wurden zwar als Angebot verstanden und ein Eingehen auf die Bedürfnisse der Patienten gefordert. Praktisch gab es allerdings kaum Abhilfe bei Mißständen, da die Finanzknappheit stets an vorderster Stelle aller Überlegungen stand. Vorwiegend wenn sich Wünsche der Patienten mit Effizienzüberlegungen deckten, hatten jene eine Chance, daß ihr Anliegen berücksichtigt wurde. Als Beispiel sei die Tuberkulosetherapie genannt, wo es billiger war, die Patienten früh zu entlassen, anstatt langwierige Liegekuren zu verordnen. Dies entsprach gleichzeitig den Wünschen der Patienten, denen an einer schnellen Re-Integration gelegen war.

Der „moderne" Patient, der seine Interessen artikulierte und selbstorganisiert für seine Belange kämpften, war im Untersuchungszeitraum in Großbritannien sporadisch, in der Bundesrepublik noch gar nicht zu entdecken. Bei der Umsetzung von Gesundheitspolitik wurden Bedürfnisse und das Wohlergehen der Patienten in beiden Ländern meist hintangestellt. Hierbei spielte auch die völlig unterschiedliche Ausrichtung der Systeme keine entscheidende Rolle mehr.

V. ANHANG

1 Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BAK	Bundesarchiv Koblenz
BayHStA	Bayerisches Hauptstaatsarchiv München
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BGVBl.	Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt
BJVD	British Journal of Venereal Diseases
BMA	British Medical Association
BMAA	British Medical Association Archive, London
BR	Bundesrepublik
BRD	Bundesrepublik Deutschland
CCHE	Central Council for Health Education
CDU	Christlich-Demokratische Union Deutschlands
CHSC	Central Health Services Council
CMO	Chief Medical Officer
CSU	Christlich-Soziale Union
DAB	Deutscher Akademikerinnen-Bund
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DGBG	Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten
DVBK	Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung
DZK	Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose
FDP	Freie Demokratische Partei
GeSoLei	Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen [Ausstellung 1926]
GG	Grundgesetz
GP/GPs	General Pracitioner/General Pracitioners
HSMO	Her/His Majesty's Stationery Office
hwG	häufig wechselnde Geschlechtspartner
hwG-Person	Person mit häufig wechselnden Geschlechtspartnern
AIMS	Association for Improvement in the Maternity Service
IPF	Infantile Paralysis Fellowship
INH	Isonicotinsäurehydrazid/Isoniazid [Tuberkulose-Medikament]
KVNG	Krankenversicherungsneuregelungsgesetz
LA	Local Authority
LHA/LHAs	Local Health Authority/Local Health Authorities
LVA/LVAs	Landesversicherungsanstalt/Landesversicherungsanstalten
MH	Ministry of Health
MOH	Medical Officer of Health
MRC	Medical Research Council
NBTF	National Birthday Trust Fund
NAPT	National Association for the Prevention of Tuberculosis
NCCVD	National Council for Combating Venereal Disease
NFIP	National Foundation for Infantile Paralysis
NHS	National Health Service
NRW	Nordrhein-Westfalen
NRW HStA	Nordrhein-Westfälisches Hauptstaatsarchiv Düsseldorf
NS	Nationalsozialismus/nationalsozialistisch

NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
NSV	Nationalsozialistische Volkswohlfahrt
PA	Deutscher Bundestag, Parlamentsarchiv
PAS	Para-Aminosalycilsäure [Tuberkulose-Medikament]
PRO	Public Record Office, Kew
RGBl.	Reichsgesetzblatt
RHB/RHBs	Regional Hospital Board/Regional Hospital Boards
RRU	Röntgenreihenuntersuchung
RVO	Reichsversicherungsordnung
SAC	Standing Advisory Committee
SMA	Socialist Medical Association
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SPVD	Society for the Prevention of Venereal Diseases
StAM	Staatsarchiv München
TB/Tbc/Tbk	Tuberkulose
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
US	United States
Vorarchiv ArbMin NRW	Vorarchiv des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit für Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
VD	Venereal Diseases
Well CMAC	Wellcome Library, London, Contemporary Medical Archive Centre
WHO	World Health Organization

2 Verzeichnis der Tabellen, Abbildungen und Diagramme

Tabelle 1: Gesundheitsämter und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Bundesrepublik 70
Tabelle 2: Ärzte und Fachärzte in der Bundesrepublik Deutschland 88
Tabelle 3: Niedergelassene Ärzte (GPs) in Großbritannien 97
Tabelle 4: Ausgaben der Gemeinden in Bayern für Gesundheitswesen und Krankenhausbau (in Millionen DM) 104
Tabelle 5: Krankenanstalten in der Bundesrepublik Deutschland (ohne West-Berlin) nach Trägern 108
Tabelle 6: Krankenhausbetten und Patienten in Großbritannien (in 1000) . . 118
Tabelle 7: Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt 123
Tabelle 8: Standardisierte Sterbeziffern von Lungentuberkulose in der Bundesrepublik Deutschland und Großbritannien 153
Tabelle 9: Bestand an Tuberkulosekranken und Neuerkrankungen an Tuberkulose in der Bundesrepublik Deutschland 155
Tabelle 10: Leistungen der Tuberkulose-Fürsorgestellen und der Röntgenreihenuntersuchung in Bayern 166
Tabelle 11: Befunde auf Tbc nach Röntgenreihenuntersuchungen in Bayern . 169
Tabelle 12: Röntgenreihenuntersuchungen (Mass Radiography) in Großbritannien 193
Tabelle 13: BCG-geimpfte Personen in Großbritannien. 200
Tabelle 14: Poliomyelitis in Deutschland 238
Tabelle 15: Polio-Prophylaxe in europäischen Ländern 1960 253

Tabelle 16: Poliomyelitis in Großbritannien 258
Tabelle 17: Entwicklung der Geschlechtskrankheiten in Westdeutschland 1946–1950 301
Tabelle 18: Geschlechtskrankheiten in der Bundesrepublik 331
Tabelle 19: Geschlechtskrankheiten in Nordrhein-Westfalen und Hamburg 332
Tabelle 20: Anzahl der behandelten geschlechtskranken Patienten (in allen Stadien der Krankheit) in den VD-Zentren 345
Tabelle 21: Syphilis im Frühstadium, übertragen durch homosexuelle Kontakte 385
Tabelle 22: Säuglingssterblichkeit in Großbritannien und Deutschland auf 100 Lebendgeborene) 416
Tabelle 23: Lebensalter gestorbener Säuglinge in der Bundesrepublik Deutschland (jeweils Anteil in Prozent) 417
Tabelle 24: Müttersterblichkeit in Europa (auf 100 000 Lebendgeborene – ohne Todesfälle durch Abtreibungen) 419
Tabelle 25: Müttersterblichkeit nach Todesursachen in der Bundesrepublik Deutschland und Großbritannien (auf 100 000 Lebendgeborene) 421
Tabelle 26: Von den Beratungsstellen des Gesundheitsamtes Kiel betreute Schwangere 435
Tabelle 27: Schwangerenbetreuung und Säuglingssterblichkeit in Oberhausen 1960–1963 442
Tabelle 28: Frequenz der Schwangerenbetreuung in Bamberg 1964–1968 (in Prozent) 446
Tabelle 29: Art und Häufigkeit der Einzeluntersuchungen bei Vorsorgeuntersuchungen der Schwangeren in Bamberg 1964–1970 (in Prozent) 447
Tabelle 30: Detailuntersuchungen in verschiedenen Arztpraxen in Landau/Pfalz 1968 447
Tabelle 31: Säuglingssterblichkeit in Europa (auf 100 Lebendgeborene) 449
Tabelle 32: Anzahl der Besuche in den Schwangerenberatungsstellen der LHAs und von Voluntary Organisations in England und Wales . . 482
Tabelle 33: Anweisungen für Health Visitors 491

Abbildung 1: „Regional Hospital Areas“ in England und Wales 113
Abbildung 2: Plakate der „Liverpool's X-Ray Campaign“ von 1959 195
Abbildung 3: Erste Verleihung einer Straßenplakette durch den Liverpooler Bügermeister 196
Abbildung 4: Grundriß der „High Wycombe Chest Clinic“ von 1954 204
Abbildung 5: Werbeplakat für die Schluckimpfung, 1963 256
Abbildung 6: Menschenschlange vor behelfsmäßiger Impfstelle in Hull, Oktober 1961 277
Abbildung 7: Poster „VD need not infect an unborn baby“ 357
Abbildung 8: Poster „VD can be cured – but delay is dangerous“ 392
Abbildung 9: Maternity and Child Welfare Centre, Typical Arrangement 493

Diagramm 1: Die Grundstruktur des NHS 53
Diagramm 2: Sterblichkeit an Lungentuberkulose in Deutschland, 1906–1950 . 130
Diagramm 3: Bestand an Aktiv-Tuberkulösen in Bayern (jeweils auf 10 000) 156
Diagramm 4: Tuberkulose-Todesfälle und Neuerkrankungen in England und Wales 186
Diagramm 5: Die Anzahl der neubehandelten Fälle in den VD-Clinics in Großbritannien 375
Diagramm 6: Müttersterblichkeit in Großbritannien und Deutschland (auf 100 000 Lebendgeborene) 418

3 Quellen- und Literaturverzeichnis

3.1 Unveröffentlichte Quellen

Bundesarchiv Koblenz (BAK)

B 142 Bundesgesundheitsministerium (bis 1961 Abteilung IV des Innenministeriums):
22, 23, 93, 369, 386, 387, 389, 390, 443, 465, 466, 467, 647, 674, 691, 703, 704, 705, 706, 707, 773, 875, 876, 979, 1906, 1907, 1911, 3422, 3527, 3528, 3677, 3678, 3679, 3891, 4042, 4043, 5082

B 149 Bundesarbeitsministerium:
19, 3361, 3362

Bayerisches Hauptstaatsarchiv, München (BayHStA)

StK Bayerische Staatskanzlei:
113647, 113653, 113681, 113683

MInn Bayerisches Innenministerium:
80889, 80890, 80891, 80892, 80893, 80895, 80898
vorl. Nr. M 132

MArb Bayerisches Arbeitsministerium:
2981
LFV 2089

NL Soenning

Staatsarchiv München (StAM)

Gesundheitsämter:
722, 724, 730, 886, 5382, 5410, 5412

Nordrhein-Westfälisches Hauptstaatsarchiv Düsseldorf (NRW HStA)

NW 6/193; 6/194.
38/50, 38/53, 38/217; 38/244; 38/212
53/385
67/122
372/192

RW 12/947

Vorarchiv des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit für Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf (Vorarchiv ArbMin NRW)

Nr. 1121.52
Nr. 1127.18; 1127.25
Nr. 1200, Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder
Nr. 1202, Protokolle der Medizinaldezernentenkonferenz
Nr. 44.90.00.0340

Deutscher Bundestag, Parlamentsarchiv, Bonn (PA)

I 257	Mutterschutzgesetz
II 165	Kassenarztrecht
II 1002	Krankenversicherungsneuregelungsgesetz
III 349	Bundessozialhilfegesetz

Public Record Office, Kew (PRO)

MH 53	Public Health and Poor Law Services: 169
MH 55	Public Health Services Files: 933, 940, 941, 949, 992, 1046, 1158, 1163, 1164, 1165, 1314, 1315, 1358, 1359, 1367, 1509, 1510, 1527, 1768, 1769, 1770, 1774, 1775, 1778, 1542, 1902, 2190, 2192, 2279, 2297, 2303, 2315, 2318, 2321, 2322, 2323, 2329, 2334, 2341, 2342, 2347, 2348, 2369, 2418, 2459, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2467, 2468, 2469, 2473, 2474, 2477, 2481, 2626, 2756, 2757
MH 57	Public Assistance: 451
MH 58	General Health Questions: 70, 649, 693, 694
MH 77	National Health Services Post-War Planning
MH 78	Ministry of Health and Predecessor
MH 82	Central Council for Health Education
MH 88	Ministry of Health, Regional Hospital Boards, Registered Files: 164, 165
MH 90	General Files: Regional Hospital Boards: 83
MH 91	Principal Regional Officers Meetings: 1
MH 98:	 230
MH 99	Ministry of Health, Hospital Services, Files and Related Records: 29, 120
MH 112	Regional Officers Health Servcie Files: 76, 90
MH 119	Health Circulars
MH 133	Central Health Servcies Councils and Committees: 69, 401, 402, 404, 407, 408, 409, 410, 441, 442, 446, 447, 467, 468, 472, 474, 480
MH 134	Ministry of Health, Local Health Authority Services Registered Files: 66, 80, 81
MH 137	Ministry of Health, National Health Service, General Series: 73, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 189, 191, 192, 254, 257, 262, 263, 265, 266, 267, 270, 271, 274
MH 151	Ministry of Health and DHSS File Office P: 76
MH 156	Ministry of Health and DHSS File Office E: 20

Wellcome Library, London, Contemporary Medical Archive Centre (Well CMAC)

GG/201	George Godber
GC/139	Sir Weldon Dalrymple-Champneys
PP/JRH	James Randal Hutchinson/William Henry Bradley
SA/BMA/B115	British Medical Association Venereologist Group
SA/BMA/B110	British Medical Association TB and Chest Diseases Group
SA/NBT	National Birthday Trust Fund
SA/HVA	Health Visitors Association

British Medical Association Archive, London (BMAA)

Tuberculosis and Diseases of the Chest Committee Group, Papers

3.2 Veröffentlichte Quellen und Literatur

3.2.1 Ausgewertete Periodika

Annual Abstract of Statistics.
Annual Report of the Central Health Services Council.
Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen.
The British Imperial Calendar and Civil Service List.
British Journal of Preventive and Social Medicine.
British Journal of Social Medicine.
British Journal of Venereal Diseases.
British Medical Journal.
Bulletin of the History of Medicine.
Bundesgesetzblatt (BGBl).
Bundesgesundheitsblatt.
Dermatologische Wochenschrift.
Deutsche Gesundheitspolitik. Unabhängige Zeitschrift für das öffentliche Gesundheitswesen
Deutsche Medizinische Wochenschrift.
Deutscher Städtetag. Neue Folge
Fortschritte der Medizin.
Geburtshilfe und Frauenheilkunde.
Geschichte und Gesellschaft.
Gesundheitspolitik.
Hamburger Ärzteblatt.
Der Hautarzt.
Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire, *ab 68 (1961):* British Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth.
Journal of the History of Sexuality.
The Journal of the Royal Institute of Public Health and Hygiene.
The Lancet.
Medical History.
Medizin, Geschichte, Gesellschaft.
Medizinische Klinik.
Ministry of Health: On the State of Public Health.
Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Mitteilungen der Landesarbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten Nordrhein-Westfalen.
Monatsschrift für Kinderheilkunde.
Münchner Medizinische Wochenschrift.
Neue Medizinische Welt.
Der öffentliche Gesundheitsdienst. Monatsschrift für Gesundheitsverwaltung und Sozialhygiene, *ab 31 (1969)* Das öffentliche Gesundheitswesen.
Parliamentary Debates (Hansard), House of Commons.
Praxis der Pneumologie.
Public Health. The Journal of the Society of Medical Officers of Health.
Reichsgesetzblatt.
Social History of Medicine.
Statistik der Bundesrepublik Deutschland, Gesundheitswesen.
Statistisches Bundesamt, Fachserie A: Bevölkerung und Kultur, Reihe 7: Gesundheitswesen.
Stenographische Berichte des bayerischen Landtages.
Therapiewoche.
Tubercle.
Der Tuberkulosearzt, *ab 18 (1964):* Praxis der Pneumologie.
Verhandlungen des deutschen Bundestages, Stenographische Berichte.
World Health Organization: Annual Epidemiological and Vital Statistics.
Zeitschrift für das Versicherungswesen.
Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.
Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

3.2.2 Zeitgenössische Veröffentlichungen und amtliche Schriften

ACTON, W., Prostitution Considered in Its Moral, Social, and Sanitary Aspects in London and Other Large Cities, with Proposals for the Mitigation and Prevention of Its Attendant Evil, London, ²1870.

ADAM, EBERHARD O., Zur Beurteilung der Wirksamkeit von BCG-Schutzimpfungen, in: Der Tuberkulosearzt 12 (1958), S. 757–771.

ADAM, W., Aufgaben und Probleme der deutschen Krankenhäuser, in: Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Sonderdruck aus der Wochenschrift „Das Parlament" Nr. 35 vom 31. August 1966 für das Bundesministerium für Gesundheitswesen, [Bonn 1966], S. 59–61.

ANDERS, W[ERNER], Zur Epidemiologie der Poliomyelitis in Deutschland in den letzten Jahren, in: Ärztliche Wochenschrift 11 (1956), S. 513–518.

ANDERS, WERNER, CLEMENT FLEURY und FRANZ FRIZA, Die epidemiologische Situation der Poliomyelitis in den Jahren 1962 und 1963 in der Bundesrepublik Deutschland, der Schweizer Eidgenossenschaft und der Republik Österreich, in: Bundesgesundheitsblatt 8 (1965), S. 1–7.

ANDERS, WERNER, MEINRAD SCHÄR und FRANZ FRIZA, Die Epidemiologische Situation der Poliomyelitis im Jahre 1961 in der Bundesrepublik Deutschland, der Schweizer Eidgenossenschaft und der Republik Österreich, in: Bundesgesundheitsblatt 6 (1963), S. 54–58.

ANDERS, WERNER, Epidemiologische Studien über die Poliomyelitis 1947/48 in Groß-Berlin, in: ALBRECHT TIETZE und PAUL KÜHNE (Hrsg.), Die Poliomyelitis. Bearbeitet nach den Erfahrungen bei den Berliner Epidemien 1947/49, Berlin 1949, S. 12–40.

ANDERS, WERNER, Poliomyelitis in Europa – Epidemiologie und Schutzimpfungen, in: Bundesgesundheitsblatt 4 (1961), S. 365–368.

ANDERS, WERNER, Poliomyelitis in Europa – Epidemiologie und Schutzimpfungen, in: Bundesgesundheitsblatt 7 (1964), S. 17–21.
ANDERS, WERNER, Poliomyelitis und weibliches Geschlecht, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 19 (1957/58), S. 56–64.
ANDERSON, A. W. et al., Control of Tuberculosis. Importance of Heredity and Environment, in: British Journal of Preventive and Social Medicine 11 (1957), S. 1–6.
ARBLASTER, G. P., K. W. CROSS und V. H. SPRINGETT, Respiratory Tuberculosis in the Birmingham Region, in: British Journal of Preventive and Social Medicine 13 (1959), S. 194–203.
ARMBRUST, K. und J. BLUM, Beobachtungen während einer Poliomyelitisepidemie (insbesondere die Behandlung mit Mutterkornpräparaten), in: Neue medizinische Welt 19 (1950), S. 565–569.
ARNHOLDT, ROBERT, Analyse der Heilstättenkuren bei ansteckender Lungentuberkulose und unterschiedlichem Entlassungsmodus, in: Praxis der Pneumologie 19 (1965), S. 451–472.
ARNOLD, H., Die Malaise der Schwangerenfürsorge, in: Das öffentliche Gesundheitswesen 31 (1969), S. 436–441.
Ärztliche und zahnärztliche Versorgung der Bevölkerung auf dem Lande, in: Bayerisches Ärzteblatt 24 (1969), S. 878–879.
[Astor Report] Departmental Committee on Tuberculosis, Interim Report of the Departmental Committee on Tuberculosis (Cmd. 6164, HSMO), London 1912.
ATTLEE, CLEMENT R., As It Happened, London u. a. 1954.
AUERBACH, WALTER et al., Sozialplan für Deutschland, Berlin (West)/Hannover 1957.
AUERBACH, WALTER, „Modell" eines Sozialplanes – eine Skizze, in: Die Krankenversicherung 4 (1952), S. 106–110.
AUERBACH, WALTER, Beiträge zur Sozialpolitik, Neuwied/Berlin (West) 1971.
Aufklärung über die Geschlechtskrankheiten, in: Der Städtetag NF 3 (1950), S 18.
AUGE, ERNST, Kritische Betrachtungen von 450 abgeschlossenen Heilverfahren in Hessen, in: Der Tuberkulosearzt 2 (1948), S. 216–219.
BAIRD, D., A. M. THOMSON und ETHEL H.-L. DUNCAN, The Causes and Prevention of Stillbirths and First Week Deaths. Teil II: Evidence from Aberdeen Clinical Records, in: Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire 60 (1953), S. 17–30.
BAIRD, D., J. WALKER und A. M. THOMSON, The Causes and Prevention of Stillbirths and First Week Deaths. Teil II: A Classification of Deaths by Clinical Cause: the Effect of Age Parity and Length of Gestation on Death Rates by Cause, in: Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire 61 (1954), S. 433–448.
BALLANTYNE, J. W., The Nature of Pregnancy and Its Practical Bearings, in: The British Medical Journal, S. 349–355.
BANKS, LESLIE A., Administrative Divisions within the National Health Service, in: British Journal of Preventive and Social Medicine 7 (1953), S. 99–104.
BASSERMANN, FRIEDRICH J., Streptomycin und Tuberkulose, in: Der Tuberkulosearzt 3 (1949), S. 72–80.
BAUER, FRANZ, Unmittelbare und mittelbare Ursachen der perinatalen Sterblichkeit, in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 16 (1956), S. 906–920.
BAUER, WERNER, Über einen praktischen Versuch zur Bekämpfung der Frühgeborenensterblichkeit, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 22 (1960), S. 322–327.
BEARD, HARVEY J., Thoracoplasty and Cavitation of the Apical Segment of the Lower Lobe, in: Tubercle 32 (1951), S. 142–144.
BECH, PAUL, Zur Frage der bovinen Tuberkulose-Infektion im Kindesalter, in: Der Tuberkulosearzt 6 (1952), S. 361–362.
BECKER, WALTER (Hrsg.), Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953 nebst Ausführungsbestimmungen und Nebengesetzen und Kommentar, Münster 1955.

BEHREND, CH., Die akute Poliomyelitis. Ihre Ätiologie, Pathogenese, Klinik und Behandlung, Stuttgart 1955.
BENNINGHOF, FR., Das Problem der Tuberkulose-Fürsorge vom Standpunkt des Lungenfacharztes, in: Der Tuberkulosearzt 7 (1953), S. 100–102.
BERGMANN, H. W., Promiskuitätsprobleme, in: Dermatologische Wochenschrift 121 (1950), S. 277–288.
Bericht über das 6. Europäische Symposion der Europäischen Vereinigung gegen die Poliomyelitis in München am 6.–9. September 1959, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 21 (1959/60), S. 432–435.
Bericht über die 5. Internationale Poliomyelitis-Konferenz in Kopenhagen, 26.–28. Juli 1960, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 22 (1960), S. 240–243.
BERNHARDT, FRITZ, Zuständigkeiten des Bundes und der Länder, in: Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Sonderdruck aus der Wochenschrift „Das Parlament" Nr. 35 vom 31. August 1966 für das Bundesministerium für Gesundheitswesen, [Bonn 1966], S. 3–8.
BESKE, F[RITZ], Der öffentliche Gesundheitsdienst in unserer Zeit, in: Das Öffentliche Gesundheitswesen 29 (1967), S. 353–370.
BESKE, FRITZ, Sozialhygienische Untersuchungen zur Beratung werdender Mütter, in: Ärztliche Mitteilungen 55 (1958), 73–76.
BESKE, FRITZ, Umfang und Soziologie der Schwangerenberatung in einer norddeutschen Großstadt, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 19 (1957), S. 137–147.
Bestandserhebung über Lähmungszustände nach Poliomyelitis in der Bundesrepublik und West-Berlin, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 20 (1958/59), S. 482.
BETTLEY, RAY F., The Medical Conduct of a Brothel, in: BJVD 25 (1949), S. 56–66.
BEVERIDGE, SIR WILLIAM, Social Insurance and Allied Services (Cmd 6404, HMSO), London 1942 [Beveridge-Report]; *in deutscher Übersetzung:* Beveridge, Sir William, Der Beveridgeplan. Sozialversicherung und verwandte Leistungen, Zürich/New York 1943.
BIRD, M. S., Some Emotional Problems Dealt with in the Special Clinic, in: BJVD 41 (1965), S. 217–220.
BITTINER, J. B. und G. O. HORNE, The Male Gonorrhea „Carrier", in: BJVD 31 (1955), S. 155–159.
BLASCHKO, ALFRED, Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, in: ANNA PAPPRITZ (Hrsg.), Einführung in das Studium der Prostituiertenfrage, Berlin 1919, S. 261–271.
BLASCHKO, ALFRED, Die Geschlechtskrankheiten und ihre soziale Bedeutung, in: Einführung in die Sexualpädagogik. Acht Vorträge im Zentralinstitut für Erziehung und Unterricht, Berlin 1921.
BLASCHKO, ALFRED, Erste internationale Conferenz zur Bekämpfung der Syphilis und der venerischen Krankheiten, Brüssel 1899, in: Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. 51–52 (1900), S. 129–136.
BLASCHKO, ALFRED, Hygiene der Geschlechtskrankheiten (= Weyls Handbuch der Hygiene, Band 8), Leipzig 1920, S. 351–366.
BLASCHKO, ALFRED, Syphilis und Prostitution vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege, Berlin 1893.
BOCHALLI, RICHARD, Die Geschichte der Schwindsucht und der Lungentuberkulose von Hippokrates bis zur Gegenwart, in: Der Tuberkulosearzt 2 (1948), S. 527–533, 587–592, 641–646.
BORGOLTE, W., Die Tuberkulose als Rentenerkrankung, in: Der Tuberkulosearzt 13 (1959), S. 350–356.
BOTTKE, HANS und WOLFGANG SCHRÖTER, Bericht über Erfahrungen mit den neuen Antibiotika Tb I, PAS und Streptomycin sowie ihrer kombinierten Anwendung bei der Behandlung der Lungentuberkulose, in: Der Tuberkulosearzt 4 (1950), S. 573–579.

BRADLEY, W. H., England and Wales, in: Official Delegates from Foreign Countries. Poliomyelitis. Papers and Discussions Presented at the First International Poliomyelitis Conference, Philadelphia u. a. 1949, S. 335–336.
BRADLEY, W. H., England and Wales, in: Reports of the Official Delegates. Poliomyelitis. Papers and Discussions Presented at the Second International Poliomyelitis Conference, Philadelphia u. a. 1952, S. 143–144.
BRADLEY, W. H., England and Wales, in: Reports of the Official Delegates. Poliomyelitis. Papers and Discussions Presented at the Third International Poliomyelitis Conference, Philadelphia u. a. 1955, S. 42–44.
BRADLEY, W. H., Great Britain, England and Wales, in: Reports of the Official Delegates. Poliomyelitis. Papers and Discussions Presented at the Fourth International Poliomyelitis Conference, Philadelphia u. a. 1958, S. 39–40.
BRADLEY, W. H., Poliomyelitis, in: Journal of the Royal Sanitary Institute 7 (1954), S. 519–541.
BREHME, TH. und O. VIVELL, Übersichtbericht. IV. Internationale Poliomyelitis-Konferenz Genf 1957, o. O. o. J.
BREHME, TH., Die Poliomyelitis, Köln/Berlin (West) 1958.
BREHME, TH., Wo stehen wir heute im Kampf gegen die Kinderlähmung, in: Die Schutzimpfung gegen Poliomyelitis (= Behringwerk-Mitteilungen, Heft 31), Marburg a. d. Lahn 1956, S. 13–16.
BRETT, G. Z. und B. BENJAMIN, Housing and Tuberculosis in a Mass Radiography Survey, in: British Journal of Preventive and Social Medicine 11 (1957), S. 7–9.
BREU, K[ARL], Tuberkulosefürsorge von heute. Praktische Auswirkungen der modernen Chemotherapie auf die Tuberkulosefürsorge, in: Der Tuberkulosearzt 12 (1958), S. 533–541.
BREU, KARL, Intensivierung der Tuberkulosefürsorge, in: Der Tuberkulosearzt 2 (1948), S. 181–193.
BRITISH COOPERATIVE CLINICAL GROUP, Age and Race Groups of Female Contacts of Male Patients with Gonorrhoea: 1963 Study, in: BJVD 41 (1965), S. 30–40.
The British Venereal Diseases Service 1916–1966, in: BJVD 42 (1966), S. 223–224.
BROWNE, F. J. und M. D. ABERD, Antenatal Care and Maternal Mortality, in: The Lancet, 2. 7. 1932, S. 1–4.
BUCHKA, ADOLF, Poliomyelitis-Schutzimpfung – Poliomyelitis-Epidemie, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 19 (1957), S. 395–400.
BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE und GESUNDHEIT (Hrsg.), Gesundheitsbericht, Stuttgart 1971.
BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEITSWESEN (Hrsg.), Bericht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten, 1969, BT-DS V/4230.
BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEITSWESEN (Hrsg.), Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, 4 Bände, Stuttgart 1963, 1965, 1968, 1970.
BURGESS, J. A., A Contact-Tracing Procedure, in: BJVD 39 (1963), S. 113–115.
BURMEISTER, Die Mitwirkung der Öffentlichkeit beim Auftreten von Poliomyelitis, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 15 (1953/54), S. 28–31.
BUSCH, CLEMENS, Unterweisungsmuster für die Geschlechtserziehung – bis fünfzehnjähriger Jungen, Köln 1960 (= Landesarbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und für Geschlechtserziehung, Nordrhein-Westfalen, Sonderheft 10).
BUTLER, JOSEPHINE, Personal Reminiscences of a Great Crusade, London 1896.
BUTLER, JOSEPHINE, Zur Geschichte eines großen Kreuzzuges. Persönliche Erinnerungen von Josephine E. Butler, Dresden 1904.
BÜTTGENBACH, P., Überblick über die soziologische Struktur der Prostituierten im Vergleich mit den Personen eines Durchgangslagers, die in die Sichtungsstelle Köln eingewiesen wurden, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 13 (1951/52), S. 257–266.

BUURMANN, OTTO, Gesundheitspolitik, Stuttgart ²1953.
CARPENTER, R. G. und C. W. SHADDIK, Role of Infection, Suffocation and Bottle-Feeding in Cot Death: An Analysis of Some Factors in the Histories of 110 Cases and Their Controls, in: British Journal of Preventive and Social Medicine 19 (1955), S. 1–7.
CHAMBERLAIN, ROMA N., Hospital In-Patient Enquiry, in: Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire 65 (1958), S. 16–23.
Changing Treatments, in: Tubercle 31 (1950), S. 249.
CHESSER, EUSTACE, Live and Let Live, London 1958.
CHUKUWEMKA, ANDREW, Die Lungenkomplikationen bei der Poliomyelitis, med. Diss., Bonn 1964.
CHURCH OF ENGLAND MORAL WELFARE COUNCIL, Sexual Offenders and Social Punishment, o. O. 1956.
[Cohen Report] Ministry of Health, Report of the Committee on General Practice within the National Health Service (HMSO), London 1954.
COLLINS, D. M. und D. A. L. BOWEN, Isoniazid in the Treatment of Pulmonary Tuberculosis, in: Tubercle 34 (1953), S. 8–13.
Combined Meeting with NAPT, in: Tubercle 33 (1952), S. 254–255.
Consultative Council of Medical and Allied Services: Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services (HMSO), London 1920 [Dawson Report].
[Cranbrook Report] Ministry of Health, Report of the Committee on Maternity Services (HMSO), London 1959.
DALRYMPLE-CHAMPNEYS, SIR WELDON, The Epidemiological Control of Venereal Disease, in: BJVD 23 (1947), S. 101–105.
DANIELS, J[OSEF], Sozialreform und öffentlicher Gesundheitsdienst, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 18 (1956) S. 161–173.
DANIELS, J[OSEF], Sozialreform und öffentlicher Gesundheitsdienst, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 20 (1958), S. 49–66.
DANIELS, JOSEF, Das Bundesgesundheitsamt und seine Forschungsstätten, in: Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Sonderdruck aus der Wochenschrift „Das Parlament" Nr. 35 vom 31. August 1966 für das Bundesministerium für Gesundheitswesen, [Bonn 1966], S. 9–13.
DANNEMANN, H. P. G., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nach dem geltenden Reichsstrafrecht unter besonderer Berücksichtigung des Gesetzes vom 18. 2. 1927, Mannheim/Berlin/Leipzig 1928.
DAVIES, MARY und R. A. N. HITCHENS, Health Visiting – A Suggestion for the Future, in: Public Health 69 (1955/56), S. 74–76.
[Dawson-Report] Consultative Council of Medical and Allied Services: Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services (HMSO), London 1920.
DAY, GEORGE, Sanatorium Treatment Today, in: Tubercle 36 (1955), S. 50–54.
DE RUDDER, B., Einrichtung und Betrieb eines Frühgeborenenzentrums, in: Deutsche medizinische Wochenschrift 83 (1958), S. 1595–1598.
DEBRÉ, ROBERT et al. (Hrsg.), Poliomyelitis. Epidemiologie, Klinik, Virus und Virusnachweis, Immunität, Bekämpfung, Stuttgart o. J. [1956].
DEMPSEY, M., Decline of Tuberculosis. The Death Rate Fails to Tell the Entire Story, in: American Review of Tuberculosis 56 (1947), S. 157–164.
Department of Health and Social Security, Health and Personal Social Service Statistics for England and Wales, 1977.
Departmental Committee on Tuberculosis, Interim Report of the Departmental Committee on Tuberculosis (Cmd. 6164, HSMO), London 1912 [Astor Report].
DETERMANN, A[LEXANDER], Über die Ergebnisse von Röntgenschirmbilduntersuchungen im Vergleich zur Tuberkulosehäufigkeit, in: Der Tuberkulosearzt 2 (1948), S. 574–580.

DEUTSCHES ZENTRALKOMITEE FÜR TUBERKULOSE (Hrsg.), Entwicklung und Stand des Kampfes gegen die Tuberkulose in Deutschland, München 1965.
DÖDERLEIN, G., Ärztliche Schwangerschaftsvorsorge und ihre gesetzliche Regelung, in: Archiv für Gynäkologie 173 (1942), S. 175–196.
DOERKS, G., Vom Spannungsfeld der Ärzteschaft. Ein soziologischer Beitrag zum Verhältnis zwischen den praktizierenden Ärzten und dem öffentlichen Gesundheitsdienst, in: Ärztliche Mitteilungen 42 (1957), S. 710–713.
DOERKS, GERHARD, Die gesundheitliche Kontrolle der Prostitution und der § 28 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 22 (1960), S. 94–99.
DOMAY, FRIEDRICH, Handbuch der Deutschen Wissenschaftlichen Gesellschaften, Wiesbaden 1964.
DOUGLAS, CHARLOTTE, Trends in the Risks of Childbearing and in the Mortalities of Infants during the Last 30 Years, in: Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire 62 (1955), S. 216–231.
DOUGLAS, J. W. B., Some Factors Associated With Prematurity, in: Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire 57 (1950), S. 143–170.
DUMAS, ALEXANDRE, Die Kameliendame, München 1993.
DUNCAN, ETHEL H. L., D. BAIRD und A. M. THOMSON, The Causes and Prevention of Stillbirths and First Week Deaths. Teil I: The Evidence of Vital Statistics, in: Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire 59 (1952), S. 183–196.
DUNNER, LASAR und M. SANGER HICKS, A Plea for Conservative Treatment in Pulmonary Tuberculosis, in: Tubercle 33 (1952), S. 308–312.
EFFENBERGER, H., Kritik der Pneumothoraxtherapie, in: Der Tuberkulosearzt 5 (1951), S. 626–632.
ELWOOD, PETER C., Tuberculosis in a Common Lodging House, in: British Journal of Preventive and Social Medicine 15 (1961), S. 89–92.
Entschließung des V. Europäischen Symposiums über die Kinderlähmung am 30. Oktober in Madrid, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 20 (1958/59), S. 326–327.
Epidemic Polio-Encephalomyelitis in Schools, in: British Medical Journal 1926/II, S. 1018–1019.
Eröffnung der 7. ordentlichen Mitgliederversammlung der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung am 24. 3. 1961 in Düsseldorf, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 23 (1961), S. 258–260.
EVANS, TREVOR A., Infant Mortality, in: The Journal of the Royal Institute of Public Health and Hygiene 13 (1950), S. 377–385.
FABIAN, ROBERT, London after Dark, New York 1954.
Fact and Fancy in Poliomyelitis, in: British Medical Journal 1949.
FAERBER, KLAUS-PETER und KLAUS SEELEMANN, Beobachtungen über die Verträglichkeit eines neuen kombinierten Diphterie-Tetanus-Poliomyelitis-Impfstoffes, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 21 (1959), S. 309–314.
FAERBER, KLAUS-PETER, Versuch einer verbesserten Schwangerenbetreuung, in: Das Öffentliche Gesundheitswesen 22 (1960), S. 324–327.
FAERBER, KLAUS-PETER, Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 28 (1966), S. 356–363.
FALLINER, HORST, Probleme und Erfahrungen bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in einer Hafenstadt, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 22 (1960), S. 53–61.
FEDERHEN, LUDWIG, Grundlegenden Gesetze und Durchführungsverordnungen, in: ders. (Hrsg.), Der Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Suttgart 1952, S. 8–69.
Feier des 10jährigen Bestehens der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung am 26. 3. 1965 in Düsseldorf, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 27 (1965), S. 337–339.

FELDMAN, WILLIAM H. und CORWIN H. HINSHAW, Streptomycin: A Valuable Anti-Tuberculosis Agent, in: British Medical Journal 1948, S. 87–92.
FELKE, J., Wie hoch liegt die Rezidivquote bei der Behandlung von Frühsyphilis?, in: Dermatologische Wochenschrift 136 (1957), S. 1242–1244.
FELSTEIN, IVOR, Sexual Pollution. The Fall and Rise of Venereal Diseases, Newton Abbot 1947.
FEMMER, H. J., Aktuelle Fragen des Hebammenwesens, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 18 (1957), S. S. 411–422.
FEST, P., Die Bedeutung der Infektionsquellenforschung an Hand von Ausbreitungsketten der Syphilis, in: Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten 6 (1949), S. 448–452.
Fifth International Poliomyelitis Conference, July 26–28, 1960, Copenhagen. Abstracts of Papers Presented, Amsterdam u. a. o. J. [1960].
FINKBEINER, HANS, Die pränatale Vorsorge für Mutter und Kind aus der Sicht des Frauenarztes, in: Ärztliche Mitteilungen 46 (1961), S. 1341–1344.
FISCHER, J., Ein notwendiger Beitrag der Sozialhygiene zur sittlichen Wiederaufrichtung unserer Jugend, in: Dermatologische Wochenschrift 121 (1950), S. 85–91.
FLATTERS, HANS, Die Betreuung der Schwangeren in einer Großstadt im Jahre 1959, in: Ärztliche Mitteilungen 57 (1960), S. 1010–1017.
FLETCHER, W. B. et al., Observations on Non-attendance in a Community Chest X-ray Survey, in: Tubercle 40 (1959), S. 82–92.
FLUKER, J. L., Recent Trends in Homosexuality in West London, in: BJVD 42 (1966), S. 48–49.
FOREIGN OFFICE, Tuberculosis in the British Zone of Germany with a Section on Berlin. Report of an Inquiry Made in September-October 1947 (HMSO), London 1948.
Formation of a New British Anti-V.D. Organization, in: BJVD 27 (1951), S. 99–100.
FOX, JOHN, Epidemiology of Poliomyelitis in Populations before and after Vaccination with Inactivated Virus, in: Poliomyelitis. Papers and Discussions Presented at the Fourth International Poliomyelitis Conference, Philadelphia u. a. 1958, S. 136–149.
FRANCIS, JOHN, The Work of the British Royal Commission on Tuberculosis, 1901–1911, in: Tubercle 40 (1959), S. 124–132.
FREY, GERHARD, Ergebniss der Säuglingsfürsorge in einem Landkreis, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 13 (1951/52), S. 208–211, 241–244.
FRITZ, HEDWIG, Geschichtlicher Überblick über die Behandlung der Poliomyelitis anteriora, med. Diss., Zürich 1957.
FROMME, W., Erfahrungen eines Beratungsstellenleiters, in: Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten 9 (1950), S. 259–266.
FUNKT, CARL FRIEDRICH, Zur Penicillinbehandlung der Lues, in: Dermatologische Wochenschrift 127 (1953), S. 451–456.
Für ein einheitliches Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, in: Der Städtetag NF 1 (1948), S. 58–59.
The Future of Mass Radiography, in: Tubercle 39 (1958), S. 116–118.
GALE, A. H. und E. P. HARGREAVES, History of Poliomyelitis in Cornwall and Devon, in: British Journal of Preventive and Social Medicine 7 (1953), S. 180–193.
GANS, O., Reform der Zwangsbehandlung gonorrhoekranker Frauen, in: Neue medizinische Welt NF 1 (1950), S. 1217–1218.
GASSE, W., Drei Jahre „Mütterpaßaktion" in Kassel, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 25 (1963), S. 320–324.
GEDICKE, KURT und K. HÜTER, Sozialhygienische und geburtshilfliche Bemühungen zur Senkung der mütterlichen und kindlichen Morbidität und Mortalität unter besonderer Berücksichtigung der psychosomatischen Geburtsvorbereitung nach Ried bzw. Lamaze, in: Das öffentliche Gesundheitswesen 25 (1963), S. 165–179.

GEDICKE, KURT, Der Gesundheitspaß für die werdende Mutter in Nordrhein-Westfalen, in: Bundesgesundheitsblatt 7 (1964), S. 337–341.
GEDICKE, KURT, Die Epidemiologie der Lues und Gonorrhoe in Nordrhein-Westfalen von 1947–1962, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 25 (1963), S. 355–365.
GENZ, H., Die Bedeutung der perinatalen Schädigungen für die Entstehung und Bekämpfung der Frühsterblichkeit, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 21 (1959), S. 87–97.
GERFELDT, EWALD, Umwelt und Anlage in der Epidemiologie der Geschlechtskrankheiten, in: Dermatologische Wochenschrift 119 (1947/48), S. 561–569.
Gesunde Umwelt. Gesunde Menschen. Erster Gesundheitspolitischer Kongreß der CDU vom 29. bis 30 Januar in Oberhausen, Bonn 1964.
Gesundheitspolitik (I). Gesundheitsbericht, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Betäubungsmittelgesetz, hg. vom Presse- und Informationszentrum des Deutschen Bundestages, Bonn 1971.
Gesundheitsprobleme der weiblichen Bevölkerung. Untersuchungen zur gesundheitlichen Situation der Frauen in der Bundesrepublik Deutschland mit einer Übersicht über die Gesundheitsprobleme der weiblichen Vertriebenen und Flüchtlinge, im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Frechen 1969.
Gesundheitsprogramm der Bayerischen Staatsregierung, hg. vom Bayerischen Staatsministerium des Innern, München 1974.
Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Sonderdruck aus der Wochenschrift „Das Parlament" Nr. 35 vom 31. August 1966 für das Bundesministerium für Gesundheitswesen, [Bonn 1966].
GIBBENS, T. C. N. und M. SILBERMAN, The Clients of Prostitutes, in: BJVD 36 (1960), S. 113–117.
GILLMANN, HELMUT, Kritische Betrachtung über die Auswirkung der Nachkriegsverhältnisse auf die Tuberkulose an Hand des Düsseldorfer Zahlenmaterials, in: Der Tuberkulosearzt 3 (1949), S. 288–294.
GLEISS, J[ÖRN], Die Säuglingssterblichkeit im Ruhrgebiet und Maßnahmen zu ihrer Senkung, in: Gesundheitspolitik 3 (1961), S. 284–291.
GLEISS, JÖRN, Soziologische Untersuchungen über die Säuglingssterblichkeit im Ruhrgebiet, Köln 1960.
GOECKE, H., Über die Ursachen der Müttersterblichkeit und Möglichkeiten zu ihrer Senkung, in: Therapiewoche 14 (1964), S. 1–7.
GOFFE, ALAN P., Poliomyelitis – the Future – Prevention and Control, in: Public Health 76 (1961/62), S. 221–234.
GÖTTSCHING, CHRISTIAN, Voraussetzung erfolgreicher Tuberkulosefürsorgearbeit, in: Der Tuberkulosearzt 9 (1955), S. 255–260.
GRABENER, JOHANNES, Röntgenreihenuntersuchung der Bevölkerung der Stadt Kiel, in: Der Tuberkulosearzt 4 (1950), S. 349–352.
GREEN, M. und S. MOORE, The Homosexual in the V.D. Clinic, in: BJVD 40 (1964), S. 135–136.
GRIESBACH, R[OLF], Die häusliche und ambulante Therapie der Lungentuberkulose, in: Der Tuberkulosearzt 11 (1957), S. 280–285.
GRIESBACH, R[OLF], Franz Redecker in memoriam, in: Der Tuberkulosearzt 16 (1962), S. 675–676.
GRIMM, W., Geschlechtskrankheiten und ihre Verbreitung durch die Prostitution, in: Soziale Arbeit 9 (1960), S. 199–206.
GROTJAHN, ALFRED, Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der menschlichen Krankheiten als Grundlage der sozialen Medizin und der sozialen Hygiene, Berlin 1912.
GÜNTHER, JOHANNES, Gedanken zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, in: Zeitschrift für Haut-und Geschlechtskrankheiten 10 (1951), S. 195–205.

GÜNTHER, JOHANNES, Zur Frage der Beratungsstellen und den „Erfahrungen eines Beratungsstellenleiters“ in: Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten 9 (1950), S. 479–483.

[Guillebaud Report] Ministry of Health, Report of the Committee of Enquiry into the Cost of the National Health Service (Cmd 9662, HMSO), London 1956.

HAAS, R., V. DOSTAL und R. SAUTHOFF, Die Wirkung des Aluminiumhydroxyds auf die immunisatorischen Eigenschaften inaktivierter Poliomyelitis-Vaccine, in: Die Schutzimpfung gegen Poliomyelitis (= Behringwerk-Mitteilungen 31), Marburg a. d. Lahn 1956, S. 37.

HAAS, R., W. KELLER und W. KIKUTH, Grundsätzliches zur aktiven Schutzimpfung gegen Poliomyelitis, in: Die Schutzimpfung gegen Poliomyelitis (= Behringwerk-Mitteilungen 31), Marburg a. d. Lahn 1956, S. 28.

HABERNAL [recte: Habernoll], Germany. Bundesrepublik Deutschland (West), in: Reports of the Official Delegates. Poliomyelitis. Papers and Discussions Presented at the Fourth International Poliomyelitis Conference, Philadelphia u. a. 1958, S. 36–38.

HACKER, G., Neue Methoden der medikamentösen Therapie der Lungentuberkulose, in: Der Tuberkulosearzt 2 (1948), S. 609–616.

HAGEN, WILHELM und FRITZ BERNHARDT, Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten [Kommentar], Berlin (West)/Frankfurt a. M. 1954.

HAGEN, WILHELM, 10 Jahre Gesundheitswesen in der Bundesrepublik, in: Bundesgesundheitsblatt 1 (1958), S. 113–118.

HAGEN, WILHELM, 60 Jahre Gesundheitsfürsorge. Ausgewählte Aufsätze von Wilhelm Hage zu seinem 85. Geburtstag, Düsseldorf 1978.

HAGEN, WILHELM, Auftrag und Wirklichkeit. Der Sozialarzt im 20. Jahrhundert, München 1978.

HAGEN, WILHELM, Die Gesundheitsfürsorge einer Industriestadt. Erörtert am Beispiel der Stadt Höchst a. M., in: DERS. 60 Jahre Gesundheitsfürsorge, Düsseldorf 1978, S. 54–88.

HAGEN, WILHELM, Gesundheitsfürsorge. Ein Kollegheft, München 1963.

HAGEN, WILHELM, Vorbeugende Gesundheitsfürsorge, Stuttgart 1953.

HALL, GLADYS MARY, Prostitution in the Modern World, New York 1936; *Reprint:* New York/London 1979.

HARMSEN, HANS, Das Ausmaß der Geschlechtskrankheiten – insbesondere bei Jugendlichen – erfordert öffentliche Maßnahmen, in: Städtehygiene 15 (1964), S. 117–120.

HARMSEN, HANS, Der Wiederanstieg der Geschlechtskrankheiten erfordert präventive Maßnahmen, in: Hamburger Ärzteblatt 12 (1959), S. 437–440.

HARRISON, L. W., History of the Medical Society for the Study of Venereal Diseases. The First Thirty Years, 1922–1952, in: BJVD 37 (1961), S. 2–33.

HARRISON, W., Methods of Enlightenment of the General Public on Venereal Diseases, in: BJVD 18 (1942), S. 77–80.

HARTUNG, JO, Schwierigkeiten in der Erfassung von Kontaktpersonen Geschlechtskranker, in: Bundesgesundheitsblatt 2 (1959), S. 391–392.

HAUPT, HARALD, Zum Problem der Säuglingsfrühsterblichkeit, in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 19 (1959), S. 1086–1097.

HÄUSSLER, S., Präventivmedizin in der Praxis, in: Maria Blohmke (Hrsg.), Präventivmedizin, Stuttgart 1971, S. 151–156.

HAUTSCH, Notwendigkeit der Errichtung einer Sichtungsstelle im Ruhrgebiet, in: Dermatologische Wochenschrift 120 (1949), S. 585–590.

HAWORTH, M. C. und C. S. NICOL, Tracing the Contacts of Male Patients with Acute Gonorrhea, in: BJVD 30 (1954), S. 36–37.

Hazards of Chest X-rays, in: Tubercle 37 (1956), S. 281–283.

HECKER, RUDOLF et al., Grundriß der Gesundheitsfürsorge, München/Basel 1954.

HEDVALL, E., Infektionsquellen und Verbreitungsweise, in: HEIN, J. et al. (Hrsg.), Handbuch der Tuberkulose, Band 1: Allgemeine Grundlagen, Stuttgart 1958.

HEIN, J. et al. (Hrsg.), Handbuch der Tuberkulose, Band 1: Allgemeine Grundlagen, Stuttgart 1958.

HEIN, J. und W. STECHER, Die Ergebnisse der kombinierten Langzeit-Therapie bei der Lungentuberkulose, in: Der Tuberkulosearzt 15 (1961), S. 1–17.

HEINTZE, ROSEMARIE, Der Umfang der Schwangerenbetreuung und ihre Bedeutung für mütterliche und kindliche Komplikationen, med. Diss., München 1959.

HELLER, R., Domiciliary Collapse Treatment, in: Tubercle 30 (1949), S. 204–208.

HENNEBERG, GEORG, Zum Problem der Poliomyelitisschutzimpfung in Deutschland, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 18 (1956/57), S. 181–187.

HERMANN, ALGARD-HEDWIG, Die Müttersterblichkeit in Bayern, in: Zeitschrift des Bayerischen Statistischen Landesamtes 86 (1954), S. 17–25.

HESS, DIETER, Die Poliomyelitis von 1956 bis 1960 in den kreisfreien Städten und Landkreisen, med. Diss., Erlangen 1963.

HESSE, P. G., Erfahrungen und Auswirkungen eines Aufklärungsfeldzuges zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, in: Dermatologische Wochenschrift 120 (1949), S. 753–765.

HESSE, P. G., Bemerkungen zu Schlagertexten, in: Dermatologische Wochenschrift 122 (1950), S. 1183–1187.

HEYNEMANN, TH., Wandlungen und Fortschritte in der ausländischen Geburtshilfe und Gynäkologie und ihre Bedeutung für unser Fach in Deutschland, in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 10 (1950), S. 1–9.

HEYNEMANN, TH., Wie lassen sich die Ergebnisse der Eklampsiebekämpfung günstiger gestalten? in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 11 (1951), S. 289–297.

HILDEBRAND, DIETRICH, Die Antibiotika und ihre Anwendung bei der Therapie von Haut- und Geschlechtskrankheiten im Spiegel der Weltliteratur, Hamburg 1958.

HILL, AUSTIN BRADFORD, Inoculation Procedures as a Provoking Factor in Poliomyelitis, in: Poliomyelitis. Papers and Discussions Presented at the Second International Poliomyelitis Conference, Philadelphia u. a. 1952, S. 330–332.

HILL, AUSTIN BRADFORD, Poliomyelitis in England und Wales between the Wars, in: Proceedings of the Royal Society of Medicine 47 (1954), S. 795–806.

HIRSCH, HANS, Welche Maßnahmen sind noch zur wirksamen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erforderlich, in: Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten 4 (1948), S. 450–453.

HOLZAMER, HANS, Ist die namentliche Meldepflicht ein Gewinn oder ein Verlust im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten? in: Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten 4 (1948), S. 40–44.

HOPF, G., Das Bundesgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953, in: Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten, 15 (1953), S. 289–292.

HOPF, G., Gesichtspunkte für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, in: Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten 5 (1948), S. 32–35.

HOPF, G., Gesichtspunkte für ein Bundesgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, in: Der Hautarzt 5 (1950), S. 535–542.

HOPPE, H. H. und H. WIENCKE, Systematische Blutgruppen- und Antikörperuntersuchungen bei Schwangeren, in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 16 (1956), S. 581–591.

HOPPE, R., 10-Jahresstatistik der Pneumothoraxbehandlung unter besonderer Berücksichtigung des inkompletten Pneumothorax, in: Der Tuberkulosearzt 7 (1953), S. 645–656.

HOPPE, R., Der Wandel in der Belegung der Tuberkuloseheilstätten, in: Praxis der Pneumologie 29 (1975), S. 699–704.

HORNE, GORDON O., The Contemporary Male Defaulter, in: BJVD 26 (1950), S. 164–171.
HOSEMANN, H., Ist Schwangerenfürsorge notwendig? in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 78 (1953), S. 1283–1285.
Hospital O and M Service Reports, Chest Clinics (HMSO), London 1959.
HÜNERBEIN, [JOSEF], Das Gesundheitsamt, in: LUDWIG FEDERHEN (Hrsg.), Der Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Stuttgart 1952, S. 69–100.
HÜNERBEIN, JOSEF, Behandlungszentren für Poliomyelitis, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 18 (1956/57), S. 1–6.
HÜTER, K. A., Präeklampsiehäufigkeit und Schwangerenbetreuung, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 85 (1960), S. 1788–1790.
HÜTER, K. A., Schwangerenvorsorge. Routine- und Risikovorsorge, in: Der Gynäkologe 3 (1970), S. 60–70.
HÜTER, K. A., Untersuchungen über Art und Umfang der Schwangerenvorsorge und deren Einfluß auf das Schicksal von Mutter und Kind, in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 24 (1964), S. 380–390.
ICKERT, Wende im Kampf gegen die Tuberkulose? in: Der Landarzt 29 (1953), S. 225–227.
[Jameson Report] Ministry of Health, An Inquiry into Health Visiting. Report of a Working Party on the Field of Work, Training and Recruitment of Health Visitors (HMSO), London 1956.
JAMIESON, RUSSELL S., Combined Streptomycin – Para-aminosalicylic Acid Treatment of Pulmonary Tuberculosis, in: Tubercle 31 (1950), S. 155–156.
JEFFRIES, F. J. G.,Homosexually-Acquired Venereal Diseases, in: BJVD 42 (1966), S. 46 f.
JEFFRIES, F. J. G., Venereal Disease and the Homosexual, in: BJVD 32 (1956), S. 17–20.
JENTGENS, H., BCG-Schutzimpfung bei Neugeborenen von tuberkulösen Müttern, in: Der Tuberkulosearzt 6 (1952), S. 667–669.
JOHNSTON ABRAHAM, J., Some Account of the Treatment of Syphilis, in: BJVD 24 (1948), S. 153–160.
JUNG, ERICH, Aufgaben und Bedeutung der Fürsorge für werdende Mütter, in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 13 (1953), S. 889–899.
JUWATSCHEFF, W. P., Die Behandlung der Gonorrhoe durch Ausspülungen vermittelst eines neuen rückläufigen Katheters, in: Archiv für Dermatologie und Syphilis 52 (1900), S. 385–394.
KELLEHER, W. H., Diagnosis, Control and Prevention of Poliomyelitis, in: Public Health 65 (1950/51), S. 97–100.
KELLER, PHILIPP, Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten in der Sprechstunde, Berlin u. a. ^{2}1948.
KELLER, PHILIPP, Die Behandlung der Haut-und Geschlechtskrankheiten in der Sprechstunde, Berlin (West) u. a. ^{3}1952.
KELLER, W., Mehrfachimpfung mit Polio-DPT-Impfstoff, in: Medizinische Klinik 52 (1959), S. 2211–2214.
KELLER, W., Poliomyelitis-Schutzimpfung und Mehrfachimpfstoffe, in: Münchner Medizinische Wochenschrift 102 (1960), S. 7–12.
KELLERMANN, PHILIP, Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten in der Sprechstunde, 2., überarbeitete Auflage, Berlin/Göttingen 1948, S. 469–472.
KENNY, ELIZABETH und JOHN F. POHL, The Kenny Concept of Infantile Paralysis and Its Treatment, Minneapolis 1949.
The Kenny Method Critized, in: British Medical Journal 1944, S. 627.
The Kenny Treatment of Poliomyelitis, in: British Medical Jornal 1942, S. 639–640.
KERR, J. MUNRO et al. (Hrsg.), Historical Review of British Obstetrics and Gynaecology 1800–1950, Edinburgh 1954.

KERSHAW, J. D., New Trends in Maternal and Child Welfare, in: Public Health 71 (1957/58), S. 202–206.

KIENZLER, LOTHAR, Die Geschlechtskrankheiten, Hannover 1950.

KIERSKI, W.-S., Polio-Gesetzgebung, in: Gesundheitspolitik 4 (1962), S. 97–105.

KLAILA, Epidemiologische Beobachtungen bei Poliomyelitis, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 14 (1952/53), S. 461–465.

KLOSE, Zum Geleit, in: Brehme, Th., Die Poliomyelitis, Köln/Berlin (West) 1958, S. 3.

KLUCKE, ANNE-MARIE, Die Entwicklung der Geschlechtskrankheiten nach dem Kriege bis einschließlich 1960 in Baden-Württemberg, in: Die medizinische Welt 1961, S. 2695–2698.

KNAPPE, KURT, Die Bovinus-Tuberkulose des Menschen (besonders in der Bundesrepublik Deutschland), in: Der Tuberkulosearzt 10 (1956), S. 761–766.

KNOCHE, BERNHARD, Der Amtsarzt im Dienste der Allgemeinheit, in: Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Sonderdruck aus der Wochenschrift „Das Parlament" Nr. 35 vom 31. August 1966 für das Bundesministerium für Gesundheitswesen, [Bonn 1966], S. 14–19.

KNOX, GEORGE et al., Location of the Adventitious Factors in Haemolytic Disease of the Newborn, in: British Journal of Preventive and Social Medicine 14 (1960), S. 77–79.

KOFFERATH, Symposium über Gesetzesvorschriften und Kontrolle der Geschlechtskrankheiten, in: Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten 7 (1949), 428–431.

KOPPENFELS, INGRID VON, Über die Poliomyelitis – Epidemie in der Stadt Dortmund im Jahre 1952, med. Diss., Münster 1962.

KOPROWSKI, HILARY, Vaccination with Modified Active Viruses, in: Poliomyelitis. Papers and Discussions Presented at the Fourth International Poliomyelitis Conference, Philadelphia u. a. 1958, S. 112–123.

KÖTTER, HERBERT und BERND VAN DEENEN, Gesundheitszustand in der landwirtschaftlichen Bevölkerung, Stuttgart 1963.

KRIEGER, KONRAD und CHARLOTTE MÜHLE, Statistischer Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 1946 bis 1949, München 1950 (Beiträge zur Statistik Bayerns 162).

KRIEGER, KONRAD, Krankheit und Tod nach dem Zusammenbruch, in: Zeitschrift des bayerischen Statistischen Landesamtes 80 (1948), S. 2–14.

KRONE, HEINRICH-ADOLF et al., Untersuchungen über Art und Umfang ärztlicher Schwangerenbetreuung, in: Münchner Medizinische Wochenschrift 109 (1967), S. 2588–2594.

KRONE, HEINRICH-ADOLF und W. NOWAK, Gegenwärtige Situation der Schwangerenvorsorge und Vorschläge zur Verbesserung, in: Münchner Medizinische Wochenschrift 111 (1969), S. 2381–2387.

KRONE, HEINRICH-ADOLF, Die Bedeutung der exogenen Ursachen in der Schwangerenberatung, in: Münchner Medizinische Wochenschrift 100 (1958), S. 1417–1421.

KRONE, HEINRICH-ADOLF, Gegenwärtige Situation der Schwangerenvorsorge und Vorschläge zur Verbesserung, in: SALING, ERICH und KARL ARNO HÜTER (Hrsg.), Fortschritte der perinatalen Medizin, Stuttgart 1971, S. 6–10.

KÜHNE, PAUL, Pathophysiologische Grundfragen apparativer Beatmung, in: ALBRECHT TIETZE und DERS., Die Poliomyelitis. Bearbeitet nach den Erfahrungen bei den Berliner Epidemien 1947/49, Berlin 1949, S. 54–62.

KURZ, ERNST, Die Tuberkulosesituation in Stadt und Land. Eine vergleichende Untersuchung der Jahre 1958–1962, in: Praxis der Pneumologie 18 (1964), S. 461–486.

LABOUR PARTY, National Service for Health: The Labour Party's post war policy, London 1943.

LAIRD, S[IDNEY] M., Present Pattern of Early Syphilis in the Manchester Region, in: BJVD 38 (1962), S. 82–85.

LAIRD, SIDNEY M., Prostitution and Venereal Diseases in Manchester, in: BJVD 32 (1956), S. 181–183.
LANGER, ERICH und WILHELM BRANDT, Geschlechts-Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen, Berlin 1947.
LEES, ROBERT und LESLIE WATT, Treatment of Syphilis with Penicillin, in: BJVD 26 (1950), S. 174–176.
LEES, ROBERT, Chemotherapy of Venereal Diseases. Its Uses and Abuses, in: BJVD 27 (1951), S. 34–37.
LENNON, GORDON, Some Views on the Maternity Service, in: Public Health 64 (1950/51), S. 199–200.
LIEBKNECHT, W. L., Nochmals: Absonderung! in: Der Tuberkulosearzt 12 (1958), S. 87–94.
LINDAHL, ALFRED, The Poliomyelitis Outbreak in Copenhagen in 1952, Copenhagen 1960.
LINDEMANN, K. (Hrsg.), Die infantilen Zerebralparesen, Stuttgart 1963.
LINDIG, W., Die Heilstätte in Gegenwart und Zukunft, in: Zeitschrift für Tuberkulose 122 (1964), S. 174–179.
LIVINGSTONE, JAMES L., Rational Drug Therapy in Pulmonary Tuberculosis, in: Tubercle 35 (1954), S. 310–315.
LOCHBRUNNER, SEBASTIAN, Die Entwicklung der Geschlechtskrankheiten von 1960 bis 1967 unter Berücksichtigung der fraglichen Zunahme der Erkrankung Jugendlicher und der Promiskuität Jugendlicher, med. Diss., München 1969.
LÖFFLER, W., Geschichte der Tuberkulose, in: HEIN, J. et al. (Hrsg.), Handbuch der Tuberkulose, Band 1: Allgemeine Grundlagen, Stuttgart 1958, S. 1–108.
LOWE, C. R. und J. E. GEDDES, An Investigation of the Recent Increase in the Rate of Notification of Respiratory Tuberculosis, in: British Journal of Preventive and Social Medicine 7 (1953), S. 227–230.
LOWE, C. R., Recent Trends in Survival of Parents with Respiratory Tuberculosis, in: British Journal of Preventive and Social Medicine 8 (1954), S. 91–98.
LUNDT, P. V., Gedanken zum Thema: Geschlechtskrankheiten und Strafrecht, in: Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten 37 (1964), S. 81–89.
LUNDT, P. V., Zum Problem der Geschlechtskrankheiten, in: Bundesgesundheitsblatt 7 (1964), S. 1–7.
LUNDT, V., Weiterer Beitrag zur Resozialisierung weiblicher Geschlechtskranker, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 12 (1950/51), S. 169–174.
LÜTGERATH, F[RIEDRICH] und L. SPIELMANN, Fürsorgerische Kontrollen chemotherapierter Tuberkulosen, in: Der Tuberkulosearzt 10 (1956), S. 750–761.
LÜTGERATH, FR[IEDRICH] und K. DECKER, Zur Wohnraumfrage Tuberkulosekranker, in: Der Tuberkulosearzt 5 (1951), S. 163–171.
MACFARLANE, W. V., Gonorrhea and Penicillin, in: BJVD 26 (1950), S. 69–72.
MACKINTOSH, JEAN M., The Organisation of Child Health Services From the Point of View of a Maternity and Child Welfare Officer, in: Public Health 62 (1948/49), S. 41–43.
MAGENAU, Epidemiologische Beobachtungen bei Poliomyelitis, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 15 (1953/54), S. 67–68.
Major Surgery in Pulmonary Tuberculosis, in: Tubercle 39 (1958), S. 183–184.
MANCKE, M., Die Säuglings- und Kleinkinderfürsorge im Lichte der modernen Pädiatrie, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 27 (1965), S. 406–416.
MANN, THOMAS, Der Zauberberg, Frankfurt a. M. 1991.
MARCUSE, KURT und HANS HUSSELS Untersuchungen zur Penicillintherapie der Gonorrhoe, in: Deutsches medizinisches Journal 6 (1955), S. 155–163.
MARTIUS, G., Die perinatale Betreuung frühgeborener Kinder durch den Geburtshelfer, in: Deutsche medizinische Wochenschrift 79 (1954), S. 1188.

MARTIUS, G., Schwangerenvorsorge und Geburtsleitung zum Schutz kindlichen Lebens, in: Therapiewoche 14 (1964), S. 7–14.
Maßnahmen zur Bekämpfung der übertragbaren Kinderlähmung, in, DEBRÉ, ROBERT et al. (Hrsg.): Poliomyelitis. Epidemiologie, Klinik, Virus und Virusnachweis, Immunität, Bekämpfung, Stuttgart o. J. [1956], S. 296–298.
MAURHOFF, KURT, Die Tuberkulose in West-Berlin nach dem 2. Weltkrieg, in: Der Tuberkulosearzt 9 (1955), S. 545–550.
MEINRENKEN, H., Zum Problem der vermeidbaren Müttersterblichkeit, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 87 (1962), S. 644–649.
MEMMESHEIMER, A. R., Syphilis in modernen Großstädten, in: Deutsche medizinische Wochenschrift 89 (1964), S. 2021 –2028.
MEMMESHEIMER, ALOIS M., Eindrücke von der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in England, in: Hautarzt 1 (1950), S. 323–325.
Memoiren eines Mottenbruders, in: Der Tuberkulosearzt 17 (1963), S. 580–588.
MERKL, H., Sozialhygienische Maßnahmen zur Senkung der Müttersterblichkeit, in: Therapiewoche 14 (1964), S. 15–21.
MIKAT, BERTHOLD, Die Müttersterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt 1958, S. 193–199.
MINISTRY OF HEALTH und MINISTRY OF EDUCATION, Report of the Care of Children Committee, London 1961.
MINISTRY OF HEALTH, The Feeding of Children from One to Five Years (HMSO), London 1949.
MINISTRY OF HEALTH, The Field of Work of the Family Doctor, Central Health Services Council, Standing Medical Advisory Committee, Report of the Sub-Committee (HMSO), London 1963.
MINISTRY OF HEALTH, Health and Welfare: The Development of Community Care (Cmd 1973, HMSO), London 1963.
MINISTRY OF HEALTH, The Health and Welfare Services 1962 (HMSO), London 1963.
MINISTRY OF HEALTH, Hospital Plan for England and Wales (Cmd. 1604, HMSO), London 1962.
MINISTRY OF HEALTH, Human Relations in Obstetrics (HMSO), London 1961.
MINISTRY OF HEALTH, An Inquiry into Health Visiting. Report of a Working Party on the Field of Work, Training and Recruitment of Health Visitors (HMSO), London 1956 [Jameson Report].
MINISTRY OF HEALTH, A National Health Service, White Paper (Cmd. 6502, HMSO), London 1944.
MINISTRY OF HEALTH, National Health Service. The Development of Consultant Services (HMSO), London 1950.
MINISTRY OF HEALTH, The National Health Service 1958 (HMSO), London 1959.
MINISTRY OF HEALTH, National Health Service: The Administrative Structure of the Medical and Related Services in England and Wales (HMSO), London 1968.
MINISTRY OF HEALTH, National Health Service Bill. Summary of the Proposed New Service (Cmd. 6761, HMSO), London 1946.
MINISTRY OF HEALTH, Nenonatal Mortality and Morbidity (= Reports on Public Health and Medical Subjects 94, HSMO), London 1949.
MINISTRY OF HEALTH, Prevention of Prematurity and the Care of Premature Infants (HMSO), London 1961.
MINISTRY OF HEALTH, Report of the Committee of Enquiry into the Cost of the National Health Service (Cmd 9662, HMSO), London 1956 [Guillebaud Report].
MINISTRY OF HEALTH, Report of the Committee on General Practice within the National Health Service (HMSO), London 1954 [Cohen Report].
MINISTRY OF HEALTH, Report of the Committee on Maternity Services (HMSO), London 1959 [Cranbrook Report].

MINISTRY OF HEALTH, Report of the Royal Commission on Doctors, and Dentists, Remuneration (HMSO), London 1960 [Pilkington Report].
MINISTRY OF HEALTH, Report of the Sub-Committee on the Prevention of Prematurity and the Care of Premature Infants (HMSO), London 1961.
MINISTRY OF HEALTH, Report of the Working Party on Midwives (HMSO), London 1949.
MINISTRY OF HEALTH, Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in England and Wales 1955–1957 (HMSO), London 1960.
MINISTRY OF HEALTH, Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in England an Wales 1952–1954 (HMSO), London 1957.
MINISTRY OF HEALTH, Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in England an Wales 1958–1960 (HMSO), London 1963.
MINISTRY OF HEALTH, Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in England an Wales 1961–1963 (HMSO), London 1966.
MOOSER, H., Welche Rolle spielt die Rindertuberkulose bei der Durchseuchung unserer Kinder? in: Der Tuberkulosearzt 8 (1954), S. 499–502.
MORTON, R. S., Education of the Public About Venereal Diseases. Some Views of Venereologists, in: BJVD 42 (1966), S. 238–243.
MORTON, R. S., Geschlechtskrankheiten. Tabuierte Infektionen, Reinbek 1969.
MOSSE, MAX und GUSTAV TUGENDREICH (Hrsg.), Krankheit und soziale Lage, München 1913.
MOSSE, MAX, Einfluß der sozialen Lage auf die Tuberkulose, in: DERS. und GUSTAV TUGENDREICH (Hrsg.), Krankheit und soziale Lage, München 1913, S. 551–607.
MUES, E., Das haltlose Mädchen, in: Mitteilungsheft der Landesarbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten Nordrhein-Westfalen 16 (1966), S. 17–26.
MÜHLINGHAUS, JOHANN MICHAEL, Die Entwicklung der Geschlechtskrankheiten (Morbidität) während der letzten 15 Jahre. Unter besonderer Berücksichtigung der fraglichen Zunahme der Erkrankung Jugendlicher und der Promiskuität Jugendlicher, München 1961.
MÜLLER, GERHARD JOHANNES, Der Verlauf der Geschlechtskrankheiten aus den Jahren 1924 bis 1951 in der Hafenstadt Cuxhaven, med. Diss., Hamburg 1952.
MÜLLER, REINER W., Die Rindertuberkulose und ihre Bekämpfung in Europa, Afrika und Nordamerika, in: Der Tuberkulosearzt 10 (1956), S. 701–706.
MÜLLER, REINER W., Langdauernde Chemotherapie und Chemoprophylaxe zu Hause, in: Praxis der Pneumologie 20 (1966), S. 625–632.
MÜNCHBACH, W., Die Tuberkulose der Kleinkinder. Untersuchung über Durchseuchung, Epidemiologie, Einfluß der Rindertuberkulosen, Krankheitsformen und Prophylaxe in drei Kreisen von Rheinland-Pfalz, in: Der Tuberkulosearzt 17 (1963), S. 269–287.
N.A.P.T. Conference, in: Tubercle 30 (1949), S. 201, 203.
The N.A.P.T. Commonwealth and Empire Health Conference, in: Tubercle 28 (1947), S. 192–194.
NADEL, B., Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Saarland, in: Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten 5 (1948), S. 347–351.
NAUIOKS, N. und A. W. SCHWENZER, Das Frühgeburtenproblem im Rahmen der perinatalen Sterblichkeit, in: Archiv für Gynäkologie 187 (1955), S. 171.
NAWROCKI, GÜNTER, Kritische Bemerkungen zum Heilstättenentlassungsbericht, in: Der Tuberkulosearzt 17 (1963), S. 205–210.
NEISSER, ALBERT, Über eine der Gonorrhoe eigenthümliche Micrococcusform, in: Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften 28 (1879), S. 497–500.
NEUMANN, G., Die Epidemiologie der Tuberkulose, in: DEUTSCHES ZENTRALKOMITEE FÜR TUBERKULOSE (Hrsg.), Entwicklung und Stand des Kampfes gegen die Tuberkulose in Deutschland, München 1965, S. 25–52.

NEUMANN, GERH[ARD], Zur Röntgendiagnostik in der Tuberkulosefürsorge. Dosiszähler – Fernsehdurchleuchtung – Entwicklungsmaschine, in: Praxis der Pneumologie 20 (1966), S. 61–77.
NEUMANN, GERHARD, Die künftige Epidemiologie der Tuberkulose. Eine amerikanische Studie, in: Der Tuberkulosearzt 15 (1961), S. 198–204.
NEUMANN, GERHARD, Zwangsabsonderung und Behandlungsaussichten, in: Der Tuberkulosearzt 12 (1958), S. 81–87.
Neuordnung der sozialen Leistungen. Ergebnisse der Arbeitstagung des Beirats für die Neuordnung der sozialen Leistungen am 3. Und 4. Oktober in Unkel am Rhein, in: Bundesarbeitsblatt 1955, S. 1038–1039.
NEVILLE-ROLFE, SYBIL, Social Biology and Welfare, London 1949.
NICOL, C[LAUDE] S. et al., Social Status and Sex Habits of Immigrants Attending a VD Clinic in London, in: BJVD 36 (1960), S. 44–48.
NICOL, C[LAUDE] S., British Federation against the Venereal Diseases, in: BJVD 30 (1954), S. 170–172.
NICOL, C[LAUDE] S., The Recrudescence of Venereal Disease, in: BJVD 40 (1964), S. 96.
NICOL, CLAUDE S., Social Aspects of Gonorrhea in England and Wales, in: BJVD 32 (1956), S. 27–33.
NUFFIELD PROVINCIAL HOSPITALS TRUST, The Hospital Surveys: The Domesday Book of the Hospital Services, Oxford 1946.
O'HARE, J., The Road to Promiscuity, in: BJVD 36 (1960), S. 122–124.
OESTERREICH, HEINRICH, Geschlechtserziehung im Schrifttum: 140 Schriften zur Geschlechtserziehung, Köln-Sülz 1964. (= Landesarbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Geschlechtserziehung, Sonderheft 19)
Öffentliches Gesundheitswesen, Sozialhygiene – Sozialmedizinisches Referat – Mitteilungen – Informationen. Hrsg. im Auftrage des Innenministers von Nordrhein-Westfalen. Index-Register 1965/66.
PACZOWSKY, JOHANNES, Welche Forderungen ergeben sich aus der „Bill of Rights", den Habeas Corpus-Akten und der Bundesverfassung für das Vorgehen bei asozialen Tuberkulösen? in: Der Tuberkulosearzt 3 (1949), S. 701–702.
PAPPRITZ, ANNA, Die abolitionistische Föderation, in: DIES. (Hrsg.), Einführung in das Studium der Prostituiertenfrage, Berlin 1919, S. 220–260.
PETERS, F., Die Berufsstellung der Hebamme und die Frage einer Erweiterung ihres Tätigkeitsbereiches durch Schwangerschaftsfürsorge, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 16 (1954/55), S. 162–168.
PETTE, H., Die Schutzimpfung gegen Poliomyelitis, in: Die Schutzimpfung gegen Poliomyelitis (= Behringwerk-Mitteilungen 31), Marburg a. d. Lahn 1956, S. 11–13.
PIES, E., Kritisches zur Streptomycinbehandlung der Miliartuberkulose und Mengitis tuberculosa, in: Der Tuberkulosearzt 4 (1950), S. 44–47.
[Pilkington Report] Ministry of Health, Report of the Royal Commission on Doctors, and Dentists, Remuneration (HMSO), London 1960.
Poliomyelitis Film, in: British Medical Journal 1947, S. 303.
Poliomyelitis Vaccine [1], in: British Medical Journal 1956, S. 299.
Poliomyelitis Vaccine [2], in: British Medical Journal 1956, S. 579.
Poliomyelitis Vaccine [3], in: British Medical Journal 1956, S. 1551.
Poliomyelitis Vaccine Trials Deferred, in: British Medical Journal 1959, S. 1539.
Poliomyelitis, in: British Medical Journal 1947, S. 135–136.
Poliomyelitis. Papers and Discussions Presented at the First International Poliomyelitis Conference, Philadelphia u. a. 1949.
Poliomyelitis. Papers and Discussions Presented at the Fourth International Poliomyelitis Conference, Philadelphia u. a. 1958.
Poliomyelitis. Papers and Discussions Presented at the Second International Poliomyelitis Conference, Philadelphia u. a. 1952.

Poliomyelitis. Papers and Discussions Presented at the Third International Poliomyelitis Conference, Philadelphia u. a. 1955.
POLLOCK, T. M., BCG Vaccination in Man, in: Tubercle 40 (1959), S. 399–412.
POTRZ, MARIA-URSULA, Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in einem großen Landkreis Schleswig-Holsteins, med. Diss., Kiel 1953.
POWELL, J. E., A New Look at Medicine and Politics, London 1966.
PREBBLE, ERNEST E., Changing Patterns of Venereal Diseases. A Comparison between 1935 and 1960, in: BJVD 38 (1962), S. 86–88.
PULZ, M., Beobachtungen und Erfahrungen beim Auftreten epidemischer Kinderlähmung im Herbst 1953, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 16 (1954/55), S. 66–68.
RACHOLD, R., Zur Geschlechtskrankenstatistik, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 17 (1955), S. 41–44.
REDEKER, FRANZ, „Magister in Physica". Wo kommen wir her? Wo stehen wir? Wohin geht der Weg? in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 11 (1949), S. 146–157, 185–195.
REDEKER, FRANZ, Zur Neufassung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, in: Ärztliche Wochenschrift 5 (1950), S. 535–537.
RENTHE-FINK, BARBARA VON, Zum Thema „Vorsorgeuntersuchung" nach dem Entwurf des Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 25 (1963), S. 222–225.
Report of the Committee on Homosexual Offences and Prostitution (Cmd 247 HMSO), London 1957 [Wolfenden Report].
Report of the Inter-departmental Committee on the Remuneration of General Pracitioners (HMSO), London 1946 [Spens Report].
Richtlinien für den Impfarzt zur Durchführung der Schutzimpfung gegen Kinderlähmung, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 20 (1958/59), S. 237–240.
Richtlinien für die Behandlung der an Kinderlähmung und ihren Folgen Erkrankten, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 18 (1956/57), S. 356.
Richtlinien für die Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten im Lande Rheinland-Pfalz, in: Dermatologische Wochenschrift 120 (1949), S. 124–128.
Rindertuberkulose, in: Bayerisches Ärzteblatt 9 (1954), S. 230.
RING, EILEEN, Health Education in the Maternal and Child Welfare Services, in: The Journal of the Royal Institute of Public Health and Hygiene 23 (1960), S. 11–19.
RODWAY, HELEN, Education for Childbirth and Its Results, in: Journal of Obstetrics and Gynaecology 64 (1957), S. 545–560.
ROESCHMANN, HERMANN, Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, in: Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten 3 (1947), S. 149–160.
ROESCHMANN, HERMANN, Zur Prostitutionsfrage, in: Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten 4 (1948), S. 30–40.
ROLPH, C. H. (Hrsg.), Women of the Streets: A Sociological Study of the Common Prostitute, London 1955.
ROSS, J. D., The Antibacterial Therapy of Tuberculosis, in: Tubercle 39 (1958), S. 45–57.
RUPPRECHT, Die augenblickliche Situation des Säuglings in Nordrhein-Westfalen, in: Monatsschrift für Kinderheilkunde 97 (1949), S. 236–242.
RUSSELL, RITCHIE W., Factors which Influence the Clinical Course of Poliomyelitis, in: Poliomyelitis. Papers and Discussions Presented at the Second International Poliomyelitis Conference, Philadelphia u. a. 1952, S. 325–329.
RUSSELL, RITCHIE, Poliomyelitis, London [2]1956.
RUSSELL, RITCHIE, Systemic Treatment of the Acute Stage, in: Poliomyelitis. Papers and Discussions Presented at the Third International Poliomyelitis Conference, Philadelphia u. a. 1955, S. 81–86.
RUST, SOPHIE, Erich Langer †, in: Dermatologische Wochenschrift 137 (1958), S. 137–139.
SABIN, ALBERT, Avirulent Viruses for Immunization Against Poliomyelitis, in: Polio-

myelitis. Papers and Discussions Presented at the Third International Poliomyelitis Conference, Philadelphia u. a. 1955, S. 186–194.
SABIN, ALBERT, Properties and Behavior of Orally Administered Attenuated Polio Virus Vaccine, in: Poliomyelitis. Papers and Discussions Presented at the Fourth International Poliomyelitis Conference, Philadelphia u. a. 1958, S. 124–135.
SADOWSKI, RUDOLF, Epidemiologische Untersuchungen in Stadt- und Landkreisen zur Frage der Poliomyelitis, med. Diss., Erlangen 1957.
SALCHOW et al., Epidemiologische Betrachtungen zum Verlauf der Poliomyelitiserkrankungen 1960 in Hamburg, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 23 (1961), S. 193–199.
SALING, ERICH und KARL ARNO HÜTER (Hrsg.), Fortschritte der perinatalen Medizin, Stuttgart 1971.
SALING, ERICH, Das Kind im Bereich der Geburtshilfe. Eine Einführung in ausgewählte aktuelle Fragen, Stuttgart 1966.
The Salk Vaccine in Britain, in: British Medical Journal 1955, S. 1099–1100.
SALK, JONAS E., Studies with Noninfectious Poliomyelitis Virus Vaccine, in: Poliomyelitis. Papers and Discussions Presented at the Third International Poliomyelitis Conference, Philadelphia u. a. 1955, S. 167–185.
SALVI, A. E. K., Para-Amino-Salicylic Acid as an Aerosol in the Treatment of Respiratory Tuberculosis, in: Tubercle 30 (1949), S. 223–226.
Satzung der DGBG, in: Mitteilungen der DGBG 1 (1903), S. 41.
Säuglingssterblichkeit. Die Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse einer Sonderzählung für das Jahr 1951 mit Teilergebnissen für die Jahre 1946 bis 1950 (= Statistik der Bundesrepublik Deutschland 169), Wiesbaden 1957.
SCHÄFER, E., Namentliche Anzeigepflicht und ärztliche Schweigepflicht – Gegensätze bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten? in: Deutsches Gesundheitswesen 1947, S. 259.
SCHALLER, KARL-FRIEDRICH, Kontrollierte Prostitution und Geschlechtskrankheiten, in: Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten 3 (1947), S. 160–168.
SCHALLER, KARL-FRIEDRICH, Polizei und Geschlechtskrankheitenbekämpfung, in: Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten 4 (1948), S. 296–299.
SCHALLER, KARL-FRIEDRICH, Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, in: Dermatologische Wochenschrift 124 (1951), S. 1210–1216.
SCHAUWECKER, WOLFGANG, Präventivmedizin und Gesundheitserziehung, in: Blohmke, Maria (Hrsg.), Präventivmedizin, Stuttgart 1971, S. 165–170.
SCHEDE, FRANZ, Die orthopädische Behandlung der spinalen Kinderlähmung, München 1954.
SCHEEL, MARTIN, Entwicklung der Geschlechtskrankheiten in Schleswig-Holstein nach Einführung des Penicillin, med. Diss., Kiel 1949.
SCHIRREN, CARL GEORG, Aktuelle Probleme der Diagnostik und Therapie bei Gonorrhoe und Syphilis, in: Münchner Medizinische Wochenschrift 107 (1965), S. 1189–1196.
SCHIRREN, CARL, Probleme der Geschlechtskrankheiten, in: Fortschritte der Medizin 85 (1967), S. 577–579.
SCHLEPCKOW, D. und W. WAGNER, Kritisches zur Conteben-Behandlung bei Heilverfahrenstuberkulosen und Asylierungsfällen, in: Der Tuberkulosearzt 5 (1951), S. 30–36.
SCHMATZ, HANS und JOHANNES ZMARZLIK, Mutterschutzgesetz, Köln u. a. ²1968.
SCHMIDT, P. G., Vom Liegestuhl zur gezielten Behandlung, in: DEUTSCHES ZENTRALKOMITEE FÜR TUBERKULOSE (Hrsg.), Entwicklung und Stand des Kampfes gegen die Tuberkulose in Deutschland, München 1965, S. 53–66.
SCHMITH, O[TTO], Sozialhygienische Kriterien zur Zwangsbehandlung Geschlechtskranker, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 13 (1951/52), S. 434–437.

SCHMITH, OTTO (Hrsg.), Gesundheitsfragen in sozialhygienischer Bedeutung und gesundheitspolitischer Auswirkung. Kongreßbericht 1955, München 1956.
SCHNEIDER, K., Vorsorge im Säuglingsalter, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 28 (1966), S. 363–373.
SCHNEIDER, W. und H. WAGNER, Jugendverwahrlosung und Geschlechtskrankheiten. Teil 2, in: Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten 18 (1955), S. 358–364.
SCHOFIELD, MICHAEL, Promiscuity, London 1976.
SCHOFIELD, MICHAEL, Social Aspects of Homosexuality, in: BJVD 40 (1964), S. 129–134.
SCHOFIELD, MICHAEL, Sociological Aspects of Homosexuality. A Comparative Study of Three Types of Homosexuals, London 1965.
SCHOFIELD, MICHAEL, The Sexual Behaviour of Young Adults, London 1973.
SCHOFIELD, MICHAEL, The Sexual Behaviour of Young People, London ^{3}1967.
SCHÖNKNECHT, FRITZ, Schwere Lähmungen nach Poliomyelitis im Erwachsenenalter, med. Diss., Berlin (West) 1957.
SCHÖTT, W., Das Frühgeburtenproblem, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 18 (1956), S. 17–24.
SCHRAG, E., Organisation, Durchführung und erste Ergebnisse der 2. Volksröntgen-Untersuchung in Nord-Württemberg, in: Der Tuberkulosearzt 3 (1949), S. 396–404.
SCHRÖDER, ANJA, Sozialhygienische Folgerungen aus dem Überwiegen der Säuglingssterblichkeit und Totgeburtenziffern bei Unehelichen, Hamburg 1968.
SCHRÖDER, ERICH, In memoriam Franz Redeker, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 24 (1962), S. 545–549.
Die Schutzimpfung gegen Poliomyelitis (= Behringwerk-Mitteilungen 31), Marburg a. d. Lahn 1956.
SCHWALM, H. und H. SCHAUDIG, Die Müttersterblichkeit in Deutschland, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 83 (1958), S. 1654–1657.
SCHWALM, H. und K. SOLTH, Über klinische mütterliche Sterblichkeit, in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 9 (1949), S. 315–335.
SCHWANEN, H., Gynäkologische Bedenken bei den von Dr. H. Hirsch empfohlenen Maßnahmen zur wirksamen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, in: Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten 6 (1949), S. 402–405.
SCHWENZER, A. W., Neuzeitliche serologische Untersuchungsverfahren im Rahmen der Geburtshilfe, in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 14 (1954), S. 916–924.
SCOTT, J. A., The Contribution of th Health Centre to the Public Health, in: The Journal of the Royal Institute of Public Health and Hygiene 16 (1953), S. 186–196.
SELLMANN, ADOLF, Der Kampf gegen die Prostitution und das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Schwelm ^{2}1935.
SELLMANN, ADOLF, Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Schwelm 1927.
SEWERING, HANS JOACHIM, Tätigkeitsbericht der bayerischen Landesärztekammer, in: Bayerisches Ärzteblatt 19 (1964), S. 752.
SIXT, KONRAD, Tuberkulosehilfe einst und jetzt, in: Der Tuberkulosearzt 8 (1954), S. 502–513.
SLOTTY, GERHARD, Überblick über die Chemotherapie der Tuberkulose, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 12 (1950/51), S. 174–177.
SNELL, W. E., Changing Aspects of Tuberculosis, in: Tubercle 37 (1956), S. 1–11.
The Social Background of Venereal Disease. A Report on an Experimental Scheme in Contact Tracing and an Investigation into Social Conditions. Tyneside Experimental Scheme in Venereal Disease Control October 1943 to March 1944, in: BJVD 21 (1945), S. 26–34.
SOLL, HANS, Bemerkungen zu der Arbeit „Erfahrungen eines Beratungsstellenleiters", in: Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten 10 (1951), S. 35–38.

SOENNING, RUDOLF, Wächter und Berater der Volksgesundheit, in: Gesundheitspolitik 2 (1960), S. 65–73.
[Spens Report] Report of the Inter-departmental Committee on the Remuneration of General Pracitioners (HMSO), London 1946.
SPICER, C. C., Influence of Some Metereological Factors in the Incidence of Poliomyelitis, in: British Journal of Preventive and Social Medicine 13 (1959), S. 139–144.
SPIESS, Ernährungs- und Gesundheitsverhältnisse bei Säuglingen in der Nachkriegszeit, in: Monatsschrift für Kinderheilkunde, S. 242–250.
ST. ELMO HALL, J., West Indians in Great Britain, in: BJVD 33 (1955), S. 158–159.
Stand der Poliomyelitis-Schutzimpfung in den europäischen Ländern, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 26 (1964), S. 105–111.
STATISTISCHES BUNDESAMT, Staatliche und kommunale Ausgaben für Krankenhäuser, in: Wirtschaft und Statistik 1969, S. 389–390.
Stellungnahme des Deutschen Akademikerinnenbundes zum Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der Generalversammlung vom 29. Juli 1951 in Stein bei Nürnberg, in: Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten 11 (1951), S. 437–438.
STENGEL VON RUTKOWSKI, Die Schutzimpfung gegen Poliomyelitis in Amerika und in Deutschland, in: Die Schutzimpfung gegen Poliomyelitis (= Behringwerk-Mitteilungen 31), Marburg a. d. Lahn 1956, S. 35–36.
STEWART, A. M. et al., Observations on 1078 Perinatal Deaths, in: British Journal of Preventive and Social Medicine 9 (1955), S. 57–61.
STRÄTLING-TÖLLE, HELGA, Sexualpädagogische Unterweisungsmuster für 14-jährige Mädchen, Köln 1960.
STRALAU, J., Das deutsche Gesundheitswesen in den letzten 15 Jahren, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 22 (1960), S. 163–174.
STRAUSS, CHRISTIAN, Betrachtungen über die Infektions- und Geschlechtskrankheiten in den letzten hundert Jahren im Spiegel der Münchner Medizinischen Wochenschrift, med. Diss., München 1959.
STUBBS, R. K. T., Medical Social Workers and the Problems of Venereal Diseases, in: BJVD 41 (1965), S. 214–216.
SUTHERLAND, ROBERT, Some Individual and Social Factors in Venereal Disease, in: BJVD 26 (1950), S. 1–12.
Tagung der Weltgesundheitsorganisation über die Poliomyelitis-Schutzimpfung vom 21.–25. November 1955, in: Die Schutzimpfung gegen Poliomyelitis (= Behringwerk-Mitteilungen 31), Marburg a. d. Lahn 1956, S. 126–135.
Tätigkeitsbericht der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung e.V., Düsseldorf für das Geschäftsjahr 1960, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 23 (1961), S. 369–371.
TATTERSALL, WILLIAM H., The Survival of Sputum-Positive Consumptives. A Study of 1,192 Cases in a County Borough Between 1914 and 1940, Teil II, in: Tubercle 28 (1947), S. 101–114.
TAYLOR, WALLIS, Current Differential Infantile Mortality England and Wales, in: British Journal of Preventive and Social Medicine 8 (1953), S. 157–161.
TELEKY, L[UDWIG], Die Entwicklung der Gesundheitsfürsorge. Deutschland – England – USA, Berlin (West) 1950.
TELLER und POHL, Die Antibiotika in der Venereologie, in: Dermatologische Wochenschrift 131 (1955), S. 313–323.
TEMPS, WALTHER, Die Geschlechtskrankheiten, ihre Erkennung und Verhütung, Bonn 1955.
TETZLAFF, KURT, Die kommunalen Krankenanstalten und ihre Finanzierung in den Rechnungsjahren 1950 bis 1958, in: Das Krankenhaus 1961, S. 209–212.
THELEN, KLEMENS, Ergebnisse und Probleme in der Geschlechtskrankheitenbekämp-

fung in der Beratungsstelle und Gesundheitsbehörde Mannheim, in: Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten 11 (1951), S. 422–436.
TIETZE, ALBRECHT und PAUL KÜHNE, Die Poliomyelitis. Bearbeitet nach den Erfahrungen bei den Berliner Epidemien 1947/49, Berlin 1949.
TIETZE, ALBRECHT, Die Therapie der Poliomyelitis, in: DERS. und PAUL KÜHNE, Die Poliomyelitis. Bearbeitet nach den Erfahrungen bei den Berliner Epidemien 1947/49, Berlin 1949; S. 88–103.
TITUS, PAUL, Current Trends in Obstetrics-Gynaecology, in: Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Empire 58 (1951), S. 620–628.
TOMASZEWSKI, INGEBORG VON, Beobachtungen über eine geschlossene Kontaktreihe von Poliomyelitisfällen, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 15 (1953/54), S. 377–383.
Trail of Living Attenuated Poliovirus Vaccine. A Report of the Public Health Laboratory Service to the Poliomyelitis Vaccine Committee of the Medical Research Council 1961, in: British Medical Journal 1961, S. 1037–1044.
TRAIL, R.R., Papworth Village Settlement, in: Tubercle 29 (1948), S. 46–47.
Treatment of Venereal Disease outside the Hospital Service. Results of a Survey Undertaken by the Venereologists, Group Committee of the British Medical Association in Association with the British Cooperative Clinical Group, in: BJVD 35 (1959), S. 111–115.
TRÜB, P. C. L., Grundlage und Zielsetzung des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 26 (1964), S. 321–349.
TRÜB, PAUL C. L., Mitteilung zur Frage der regelmäßigen Röntgenuntersuchungen der Lehrkräfte, Schulbediensteten und Schüler, in: Der Tuberkulosearzt 6 (1952), S. 670–675.
Tuberculosis in England and Scotland, in: British Medical Journal 1943, S. 917–918.
Tuberculosis in Immigrants, in: Tubercle 39 (1958), S. 217–219.
Two New Chest Clinics, in: Tubercle 35 (1954), S. 150–151.
UNHOLTZ, KARL, Resistenz gegen Streptomycin, PAS, Conteben unter praktischen Gesichtspunkten, in: Der Tuberkulosearzt 6 (1952), S. 451–459.
VELTMANN, G., Gegenwärtige Probleme der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, in: Medizinische Klinik 57 (1962), S. 556–562.
Venereal Diseases in England and Wales. Extract from the Annual Report of the Chief Medical Officer for the Year 1964, in: BJVD 42 (1966), S. 50–57.
VERBAND DER ÄRZTE DEUTSCHLANDS (Hartmannbund), Thesen für ein gesundheitspolitisches Programm der Ärzteschaft für die Bundesrepublik Deutschland, Mainz 1972.
VIVELL, O., Probleme der Poliomyelitis-Schutzimpfung, in: Die Schutzimpfung gegen Poliomyelitis (= Behringwerk-Mitteilungen 31), Marburg a.d. Lahn 1956, S. 135–137.
VOSS, W., Die Aufgaben der Gesundheitsstelle und ihre Möglichkeiten zur Bekämpfung der Prostitution, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 17 (1955/56), S. 154–160.
WAILES, MARGARET A., The Social Aspect of Venereal Diseases – Contact Tracing and the Prostitute, in: BJVD 21 (1945), S. 15–17.
WALSHE, F. M. R., A Paper on Poliomyelitis, in: British Medical Journal 1933, S. 1197–1200.
WALSHE, F. M. R., Infantile Paralysis, in: Journal of the Royal Society of Arts 93 (1945), S. 527–535.
WALSHE, F. M. R., Treatment of Acute Poliomyelitis, in: British Medical Journal 1935, S. 733–735.
WEBER, G., Die augenblickliche Lage des Säuglings in Bayern, in: Monatsschrift für Kinderheilkunde 97 (1949), S. 232–236.
WEICKSEL, P., Ein Beitrag zur Frage der CG-Impfung bei Erwachsenen, in: Der Tuberkulosearzt 16 (1962), S. 688–691.

WEILER, KARL, Zum bayerischen Gesetz der Röntgenreihenuntersuchung, in: Bayerisches Ärzteblatt 8 (1953), S. 120.
WEISE, H[ANS]-J[OACHIM] et al., Mitteilung über 3 Gonorrhoe-Fälle mit „effektiver" Penicillinresistenz, in: Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten 30 (1960), S. 369–375.
WEISE, HANS-JOACHIM, Die Entwicklung der Geschlechtskrankheiten in Berlin (West) während der letzten 10 Jahre, in: Bundesgesundheitsblatt 3 (1960), S. 337–339.
WEISE, HANS-JOACHIM, Zwei Jahre „Zwangsstation" für geschlechtskranke Frauen in Westberlin, in: Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten 21 (1956), S. 273–279.
WESTWOOD, GORDON, A Minority. A Report on the Life of the Male Homosexual in Great Britain, London 1960.
WESTWOOD, GORDON, Society and the Homosexual, London 1952.
WILLCOCKS, ARTHUR, The Creation of the National Health Service, London 1967.
WILLCOX, R. R. et al., Contact Investigation of Male West Indian Patients with Gonorrhoea, in: BJVD 42 (1966), S. 167–170.
WILLCOX, R. R., Factors Leading to a Failure of Control of Gonorrhea, in: British Journal of Preventive and Social Medicine 15 (1961), S. 113–122.
WILLCOX, R. R., Fifty Years since the Conception of an Organized Venereal Diseases Service in Great Britian. The Royal Commission of 1916, in: BJVD 43 (1967), S. 1–9.
WILLCOX, R. R., Immigration and Venereal Disease in Great Britain, in: BJVD 42 (1966), S. 225–237.
WILLCOX, R. R., Prostitution and Venereal Diseases. Social Considerations of Prostitution, in: British Journal of Preventive and Social Medicine 15 (1961), S. 42–47.
WILLCOX, R. R., Streptomycin in Gonorrhea, in: British Medical Journal 1948, S. 1015–1018.
WINDORFER, A., Zur Epidemiologie der Poliomyelitis, in: Die Schutzimpfung gegen Poliomyelitis (= Behringwerk-Mitteilungen 31), Marburg a. d. Lahn 1956, S. 16–20.
WINKLER, A., Zur Epidemiologie der Poliomyelitis, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 12 (1950/51), S. 512–517.
WINZEN, HERIBERT, Überlegungen zur Zwangsisolierung offentuberkulöser Lungenkranker, in: Praxis der Pneumologie 20 (1966), S. 759–764.
WITT, G., Die Poliomyelitis in Schleswig-Holstein unter besonderer Berücksichtigung des Jahres 1960, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 24 (1962), S. 182–188.
WOHLRAB, R., Praktische Anwendung neuester virologischer Untersuchungen im Gesundheitsamt, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 21 (1959/60), S. 558–574.
[Wolfenden Report] Report of the Committee on Homosexual Offences and Prostitution (Cmd 247, HMSO), London 1957.
WOLFENDEN, JOHN, Turning Points. The Memoirs of Lord Wolfenden, London u. a. 1976.
World-Wide Prevalence of Acute Poliomyelitis, in: British Medical Journal 1937, S. 533–534.
ZISKOVEN, GERTRUD, Ein Beitrag zum Stillproblem – die Stilltätigkeit Kölner Mütter, in: Der öffentliche Gesundheitsdienst 17 (1955/56), S. 169–174.
ZUMBUSCH, LEO VON, Die Gesundheitlichen Gefahren der Prostitution und die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, in: ANNA PAPPRITZ (Hrsg.), Einführung in das Studium der Prostituiertenfrage, Berlin 1919, S. 107–133.
Zunahme der Geschlechtskrankheiten, in: Bundesgesundheitsblatt 3 (1960), S. 238.
ZUTZ, H. U., Die Ergebnisse freiwilliger Röntgen-Reihenuntersuchungen in Abhängigkeit von ihrer Beteiligung, in: Der Tuberkulosearzt 11 (1957), S. 437–439.
Zweites Gutachten über den Stand der Schutzimpfung gegen die spinale Kinderlähmung. Erstattet vom Bundesgesundheitsamt nach dem Stand vom 31. März 1958, Berlin (West) u. a. 1959.

3.2.3 Forschungsliteratur

ABELSHAUSER, WERNER, Erhard oder Bismarck? Die Richtungsentscheidung der deutschen Sozialpolitik am Beispiel der Reform der Sozialversicherung in den Fünfziger Jahren, in: Geschichte und Gesellschaft 22 (1996), S. 376–392.

ABEL-SMITH, BRIAN und RICHARD TITMUSS, The Cost of the National Health Service in England and Wales, Cambridge 1956.

ABEL-SMITH, BRIAN, The Hospitals 1800–1948, Cambridge, Mass. 1964.

ABHOLZ, HEINZ-HARALD, Möglichkeiten und Vernachlässigung von Prävention, in: HANS ULRICH DEPPE (Hrsg.), Vernachlässigte Gesundheit, Köln 1980, S. 284–296.

ABHOLZ, HEINZ-HARALD, Prävention und Medizin – am Beispiel niedergelassener Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland, in: THOMAS ELKELES (Hrsg.), Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949–1990, Berlin 1991, S. 169–188.

ADDISON, PAUL, The Road from 1945, in: PETER HENNESSY und ANTHONY SELDON (Hrsg.), Ruling Performance. British Governments from Attlee to Thatcher, Oxford 1987, S. 5–27.

ADLER, MICHAEL W., Sexually Transmitted Diseases, in: WALTER HOLLAND et al. (Hrsg.), Oxford Textbook of Public Health, Teil 3: Applications in Public Health, Oxford u. a. 1991, S. 345–357.

AIACH, PIERRE und ROY CARR-HILL Inequalities in Health: the Country Debate, in: JOHN FOX (Hrsg.), Health Inequalities in European Countries, Aldershot 1989, S. 1–18.

Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Mütter- und Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland, Düsseldorf 1986.

ALBER, JENS und BRIGITTE BERNARDI-SCHENKLUHN, Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich, Frankfurt a. M./New York 1992.

ALBER, JENS, Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Frankfurt a. M. u. a. 1992.

ALBER, JENS: Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich, in: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen, Opladen 1988, S. 116–150.

ALBER, JENS, Großbritannien, in: DERS. und BRIGITTE BERNARDI-SCHENKLUHN, Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich, Frankfurt a. M./New York 1992, S. 523–621.

ALBER, JENS, Der Sozialstaat in der Bundesrepublik 1950–1983, Frankfurt a. M./New York 1989.

ALBER, JENS, Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat, Frankfurt a. M./New York 1982.

ALBRECHT-RICHTER, JUTTA und WILHELM THIELE, Prävention bei Schwangeren und Säuglingen, Berlin 1984.

ALLAN, PETA und MOYA JOLLEY (Hrsg.), Nursing, Midwifery and Health Visiting since 1900, London 1982.

ALLEN, DAVID, Health Services in England, in: MARSHALL W. RAFFEL (Hrsg.), Comparative Health Systems. Descriptive Analysis of Fourteen National Health Systems, University Park, Pennsylvania u. a. 1984, S. 197–257.

ALLSOP, JUDY, Health Policy and the National Health Service, London u. a. 1984.

APPLE, RIMA D., Constructing Mothers: Scientific Motherhood in the Nineteenth and Twentieth Centuries, in: Social History of Medicine 8 (1995), S. 161–178.

APPLE, RIMA D., Mothers and Medicine: A Social History of Infant Feeding, Madison 1987.

ARENS, F. J. und E. MEIER, Die Entwicklung der Schirmbildstellen in der Bundesrepublik Deutschland – Sachstandsbericht und Zukunftsperspektiven, in: Das öffentliche Gesundheitswesen 50 (1988), S. 510–515.

ASBELL, BERNARD, The Pill: a Biography of the Drug that Changed the World. New York 1995.

ASHFORD, DOUGLAS E., The Emergence of the Welfare States. Oxford 1986.

ATKINSON, PAUL et al. (Hrsg.), Prospects for the National Health, London 1979.

AUSTOKER, JOAN und LINDA BRYDER (Hrsg.), Historical Perspectives on the Role of the MRC. Essays in the History of the Medical Research Council of the United Kingdom and its Predecessor, The Medical Research Committee, 1913–1953, Oxford 1989.

AUSTOKER, JOAN, Walter Morley Fletcher and the Origins of a Basic Biomedical Research Policy, in: DIES. und LINDA BRYDER (Hrsg.), Historical Perspectives on the Role of the MRC. Essays in the History of the Medical Research Council of the United Kingdom and its Predecessor, The Medical Research Committee, 1913–1953, Oxford 1989, S. 23–33.

BÄCKER, G. et al., (Hrsg.): Sozialpolitik, 2 Bände, Köln ^{2}1989.

BÄHR, I., Sozialmedizinische und gewerbehygienische Forschungsansätze zur Tuberkulose in Deutschland im ersten Drittel dieses Jahrhunderts: Nutzen historischer Rückblicke für die heutige Bekämpfung chronischer Volkskrankheiten, Frankfurt a. M. 1986.

BALDWIN, PETER MICHAEL, The Politics of Social Solidarity. Class Bases of the European Welfare State 1875–1975, Cambridge, Mass. 1990.

BALDWIN, PETER MICHAEL, Contagion and the State in Europe 1830–1930, Cambridge, Mass. 1999.

BALY, MONICA E., A History of the Queen's Institute: 100 Years 1887–1987, London 1987.

BARTRIP, PETER, Themselves Writ Large. The British Medical Association 1832–1966, London 1996.

BATES, BARBARA, Bargaining for Life. A Scoial History of Tuberculosis 1876–1938, Philadelphia 1992.

BEARDSLEY, E. H., Allied against Sin. American and British Responses to Venereal Disease in World War I, in: Medical History 20 (1976), S. 198–202.

BEINART, JENNIFER, Obstetric Analgesia and the Control of Childbirth in Twentieth-Century Britain, in: J. GARCIA et al. (Hrsg.), The Politics of Maternity Care: Services for Childbearing Women in Twentieth Century Britain, Oxford 1990, S. 116–132.

BENT, E. A., The Growth and Development of Midwifery, in: PETA ALLAN und MOYA JOLLEY (Hrsg.), Nursing, Midwifery and Health Visiting since 1900, London 1982, S. 180–195.

BERGER, Eva, Wer bürgt für die Kosten? Zur Sozialgeschichte des Krankenhauses. 125 Jahre Stadt-Krankenhaus Osnabrück, Bramsche 1991.

BERGER, M., Sozialversicherungsreform und Kassenarztrecht. Zur Verhinderung der Reform des Kassenarztrechts in den Westzonen nach 1945, in: Das Argument, Sonderband 4: Entwicklung und Struktur des Gesundheitswesens (Argumente für eine soziale Medizin), Berlin (West) 1974, S. 73–93.

BERGHOFF, HARTMUT und DIETER ZIEGLER, Pionier und Nachzügler. Kategorien für den deutsch-britischen Vergleich? in: DIES. (Hrsg.), Pionier und Nachzügler? Vergleichende Studien zur Geschichte Großbritanniens und Deutschlands im Zeitalter der Industrialisierung. Festschrift für Sidney Pollard zum 70. Geburtstag, Bochum 1995, S. 15–28.

BERGHOFF, HARTMUT und DIETER ZIEGLER (Hrsg.), Pionier und Nachzügler? Vergleichende Studien zur Geschichte Großbritanniens und Deutschlands im Zeitalter der Industrialisierung. Festschrift für Sidney Pollard zum 70. Geburtstag, Bochum 1995.

BERGMANN, ANNA, Von der „unbefleckten Empfängnis" zur „Rationalisierung des Geschlechtslebens", in: JOHANNA GEYER-KORDESCH und ANNETTE KUHN (Hrsg.), Frauenkörper – Medizin – Sexualität. Auf dem Wege zu einer neuen Sexualmoral, Düsseldorf 1986, S. 127–158.

BIGNALL, J. R., A Century of Treating Tuberculosis, in: Tubercle 63 (1982), S. 19–22.
BLAND, LUCY et al., Sexuality and Reproduction: Three „Official" Instances, in: MICHEL BARETT et al. (Hrsg.), Ideology and Cultural Production, London 1979, S. 78–111.
BLAND, LUCY und FRANK MORT, Look Out for the „Good Time" Girl. Dangerous Sexualities as a Threat to National Health, in: T. BENNETT et al. (Hrsg.), Formations of Nation and People, London 1984, S. 131–151.
BLAND, LUCY, „Cleansing the Portals of Life". The Venereal Disease Campaign in the Early Twentieth Century, in: MARY LANGAN und BILLY SCHWARZ (Hrsg.), Crises in the British State 1880–1930, London u. a. 1985, S. 192–208.
BLANKE, BERNHARD (Hrsg.), Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin, Opladen 1994.
BLASIUS, DIRK, Die Tuberkulose im Dritten Reich, in: N. KONIETZKO (Hrsg.), 100 Jahre Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK). Der Kampf gegen die Tuberkulose, Frankfurt a. M. 1996, S. 77–85.
BLASIUS, DIRK, Geschichte und Krankheit. Sozialgeschichtliche Perspektiven der Medizingeschichte, in: Geschichte und Gesellschaft 2 (1976), S. 386–415.
BLASIUS, DIRK, Tuberkulose: Signalkrankheit deutscher Geschichte, in: Geschichte in Wissenschaft und Unterricht 47 (1996), S. 300–332.
BLEKER, JOHANNA, Die Frau als Weib: Sex und Gender in der Medizingeschichte, in: CHRISTOPH MEINEL und MONIKA RENNEBERG (Hrsg.), Geschlechterverhältnisse in Medizin, Naturwissenschaft und Technik, Stuttgart 1996, S. 15–29.
BLOCH, MARC, Für eine vergleichende Geschichtsbetrachtung der europäischen Gesellschaften, in: MATTHIAS MIDDEL und STEFFEN SAMMLER (Hrsg.), Alles Gewordene hat Geschichte. Die Schule der Annales in iheren Texten 1929–1992, Leipzig 1994, S. 121–167.
BLOHMKE, MARIA et al. (Hrsg.), Handbuch der Sozialmedizin, Band. 3: Sozialmedizin in der Praxis, Stuttgart 1976.
BOCK, GISELA und PAT THANE (Hrsg.), Maternity and Gender Politics. Women and the Rise of the European Welfare State 1880s-1950s, London/New York 1991.
BOCK, GISELA und PAT THANE, Editors' Introduction, in: DIES. (Hrsg.), Maternity and Gender Politics. Women and the Rise of the European Welfare State 1880s–1950s, London/New York 1991, S. 1–20.
BOCK, GISELA, „Keine Arbeitskräfte in diesem Sinne". Prostituierte im Nazi-Staat, in: PIEKE BIERMANN (Hrsg.), „Wir sind Frauen wie andere auch!", Reinbek 1980, S. 70–106.
BOCK, GISELA, Weibliche Armut, Mutterschaft und Rechte von Müttern in der Entstehung des Wohlfahrtsstaats 1890–1950, in: GEORGES DUBY und MICHELLE PERROT (Hrsg.), Geschichte der Frauen, Band V: 20. Jahrhundert, hg. von Francoise Thébaud, Frankfurt a. M./New York 1995, S. 427–462.
BOCK, GISELA: Frauen in der europäischen Geschichte. Vom Mittelalter bis zur Gegenwart, München 2000.
BOLZENIUS, K., Tuberkulose und Tuberkulosebekämpfung in Aachen. Von der Entdekkung des Erregers bis zum Beginn der Chemotherapie, Herzogenrath 1988.
BORELLI, S. et al., Geschichte der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Berlin 1992.
BORKOWSKY, MAYA, Krankheit Schwangerschaft? Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett aus ärztlicher Sicht seit 1800, Zürich 1988.
BORST, CHARLOTTE G., Catching Babies. The Professionalization of Childbirth, 1870–1920, Cambridge, Mass. 1995.
BRANDT, ALLAN M., No Magic Bullet. A Social History of Venereal Disease in the United States since 1880, New York/Oxford 1985.
BREDEMANN, JEANETTE, Das Krankenhaus zwischen humanitärem Anspruch und

ökonomischer Realität, in: HANS ULRICH DEPPE (Hrsg.), Vernachlässigte Gesundheit, Köln 1980, S. 141–173.
BRIGGS, ASA, Making Health Every Citizen's Birthright: the Road to 1946, in: New Society, 16. 11. 1978, S. 383–386.
BRIGGS, ASA, The Achievements, Failures and Aspirations of the NHS, in: New Society, 23. 11. 1978, S. 448–451.
BRYDER, LINDA, Below the Magic Mountain, Oxford 1988.
BRYDER, LINDA, Not Always One and the Same Thing. The Registration of Tuberculosis Deaths in Britain 1900–1950, in: Social History of Medicine, 9 (1996), S. 253–267.
BRYDER, LINDA, Papworth Village Settlement, A Unique Experiment in the Treatment and Care of Tuberculosis, in: Medical History 28 (1984), S. 372–390.
BRYDER, LINDA, Public Health Research and the MRC, in: JOAN AUSTOKER und DIES. (Hrsg.), Historical Perspectives of the Role of the MRC. Essays in the History of the Medical Research Council of the United Kingdom and its Predecessor, The Medical Research Committee, 1913–1953, Oxford 1989, S. 59–81.
BRYDER, LINDA, Tuberculosis and the MRC, in: JOAN AUSTOKER und DIES. (Hrsg.), Historical Perspectives on the Role of the MRC. Essays in the History of the Medical Research Council of the United Kingdom and its Predecessor, The Medical Research Committee, 1913–1953, Oxford 1989, S. 1–21.
BURNS AMBERSON, J., A Retrospect of Tuberculosis 1865–1965, in: American Review of Respiratory Diseases 93 (1966), S. 343–351.
BUSSEMAKER, JET und KEES VAN KERSBERGEN, Gender and Welfare States: Some Theoretical Reflections, in: DIANE SAINSBURY (Hrsg.), Gendering Welfare States London 1994, S. 8–25.
CALDWELL, MARK, The Last Crusade. The War on Consumption 1862–1954, New York 1988.
CAMPBELL, JOHN, Nye Bevan and the Mirage of British Socialism, London 1973.
CARRIER, JOHN und IAN KENDALL, Introduction „At Its Best Without Equal", in: DIES. (Hrsg.), Socialism and the NHS, Avebury 1990, S. 1–18.
CASSEL, JAY, The Secret Plague: Venereal Disease in Canada 1838–1939, Toronto u. a. 1987.
CAUMANNS, UTE und MICHAEL C. ESCH, Fleckfieber und Fleckfieberbekämpfung im Warschauer Ghetto und die Tätigkeit der deutschen Gesundheitsverwaltung, in: WOLFGANG WOELK und JÖRG VÖGELE (Hrsg.), Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland, Berlin 2002, S. 225–262.
CHAMBERLAIN, GEOFFREY, Ante-natal Care in South Wales 1934–1962, in: Social History of Medicine 8 (1995), S. 480–488.
Chronik der Stiftung Pfennigparade, in: http://www.pfennigparade.de/stiftung_3/chronik.html [Website].
COMROE, J. H., Pay Dirt. The Story of Streptomycin, in: American Review of Respiratory Disease 117 (1978), S. 773–781, 957–968.
CONDRAU, FLURIN, Lungenheilanstalt und Patientenschicksal. Sozialgeschichte der Tuberkulose in Deutschland und England im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert, Göttingen 2000.
CONDRAU, FLURIN, Frauen in Lungenheilanstalten zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Deutschland und England, in: ULRIKE LINDNER und MERITH NIEHUSS (Hrsg.), Ärztinnen – Patientinnen. Frauen im deutschen und britischen Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts, Köln u. a. 2002, 199–214.
CONRAD, CHRISTOPH, Wohlfahrtsstaaten im Vergleich: Historische und sozialwissenschaftliche Ansätze, in: HEINZ-GERHARD HAUPT und JÜRGEN KOCKA (Hrsg.), Geschichte und Vergleich. Ansätze und Ergebnisse international vergleichender Geschichtsforschung, Frankfurt a. M./New York 1996, S. 155–180.
CORBIN, ALAIN, Les Filles de Noce, Paris 1978.

COSTELLO, JOHN, Love, Sex and War. Changing Values 1939–45, London u. a. 1985.
CREW, DAVID F., Germans on Welfare. From Weimar to Hitler, New York u. a. 1998.
CROSSICK, GEOFFREY, And What Should They Know of England? Die vergleichende Geschichtsschreibung im heutigen Großbritannien, in: HEINZ-GERHARD HAUPT und JÜRGEN KOCKA (Hrsg.), Geschichte und Vergleich. Ansätze und Ergebnisse international vergleichender Geschichtsschreibung, Frankfurt a. M./New York 1996, S. 61–76.
CUTLER, ANTONY JOHN, The Cost of the National Health Service : Problem Definition and Policy Response 1942–1960, Diss. University of London 2000.
CZARNOWSKI, GABRIELE, Familienpolitik als Geschlechterpolitik, in: JOHANNA GEYER-KORDESCH und ANNETTE KUHN (Hrsg.), Frauenkörper – Medizin – Sexualität. Auf dem Wege zu einer neuen Sexualmoral, Düsseldorf 1986, S. 263–283.
CZARNOWSKI, GABRIELE, Das kontrollierte Paar. Ehe- und Sexualpolitik im Nationalsozialismus, Weinheim 1991.
DANIEL, A., Abschied von der Tuberkulose. Eine Dokumentation der Bekämpfung und Behandlung der Tuberkulose durch die LVA Westfalen, Münster 1989.
DALY, MARY, Comparing Welfare States. Towards a Gender Friendly Approach, in: Sainsbury, Diane (Hrsg.), Gendering Welfare States, London 1994.
DAVENPORT-HINES, RICHARD, Sex, Death and Punishment, London 1990.
DAVIDSON, ROGER und LUTZ SAUERTEIG, Law, Medicine and Morality: a Comparative View of Twentieth-Century Sexually Transmitted Disease Controls, in: JOHN WOODWARD und ROBERT JÜTTE (Hrsg.), Coping with Sickness. Medicine, Law and Human Rights, Sheffield 2000, S. 127–147.
DAVIDSON, ROGER, Venereal Disease, Sexual Mortality and Public Health in Interwar Scotland, in: Journal of the History of Sexuality 5 (1994/95), S. 267–94.
DAVIES, CELIA, Hospital-Centred Health Care: Policies and Politics in the NHS, in: PAUL ATKINSON et al. (Hrsg.), Prospects for the National Health, London 1979, S. 53–72.
DAVIES, CELIA, The Health Visitor as Mother's Friend: A Woman's Place in Public Health 1900–1914, in: Social History of Medicine 1 (1988), S. 39–59.
DAVIN, ANNE, Imperialism and Motherhood, in: History Workshop 5 (1978), S. 9–65.
DAY, PATRICIA et al., Essays for Rudolf Klein, Oxford 1996.
DEPPE, HANS-ULRICH et al. (Hrsg.), Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung? Frankfurt a. M. 1989.
DEPPE, HANS-ULRICH und KLAUS PRIESTER, Grundzüge staatlicher Sozial- und Gesundheitspolitik, in: HANS-ULRICH DEPPE (Hrsg.), Vernachlässigte Gesundheit, Köln 1980, S. 61–84.
DEPPE, HANS-ULRICH (Hrsg.) Vernachlässigte Gesundheit, Köln 1980.
DEPPE, HANS-ULRICH (Hrsg.), Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Westeuropa, Frankfurt a. M./New York 1983.
DEPPE, HANS-ULRICH, Bundesrepublik Deutschland, in: DERS. (Hrsg.), Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Westeuropa, Frankfurt a. M./New York 1983, S. 25–64.
DEPPE, HANS-ULRICH, Zum gesellschaftlichen Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung, in: DERS. (Hrsg.), Vernachlässigte Gesundheit, Köln 1980, S. 85–140.
DICKINSON, EDWARD ROSS, The Politics of German Child Welfare from Empire to the Federal Republic, Cambridge, Mass. 1996.
DIENEL, CHRISTIANE, Der Niedergang der Geburtenzahlen und der Aufstieg der Ärzte in Deutschland und Frankreich bis zum Ersten Weltkrieg, in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 12 (1993), S. 147–176.
DIGBY, ANNE und JOHN STEWART, Welfare in Context, in: DIES. (Hrsg.), Gender, Health and Welfare, London/New York 1996, S. 1–31.

DINGWALL, ROBERT et al., An Introduction to the Social History of Nursing, London 1988.
DINGWALL, ROBERT, Collectivism, Regionalism and Feminism: Health Visiting and British Social Policy, in: Journal of Social Policy 6 (1977), S. 291–315.
DÖHLER, MARIAN und PHILIP MANOW, Formierung und Wandel eines Politikfeldes – Gesundheitspolitik von Blank zu Seehofer (Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, MPIFG Discussion Paper 6/95), Köln 1995.
DÖHLER, MARIAN und PHILIP MANOW, Staatliche Reformpolitik und die Rolle der Verbände im Gesundheitssektor, in: RENATE MAYNTZ und FRITZ SCHARPF (Hrsg.), Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung, Frankfurt a. M./New York 1995, S. 140–168.
DÖHLER, MARIAN und PHILIP MANOW, Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren, Opladen 1997.
DÖHLER, MARIAN und PHILIP MANOW-BORGWARDT, Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie, in: Staatswissenschaft und Staatspraxis 3 (1992), S. 64–106.
DONNISON, JEAN, Midwives and Medical Men, London 1977.
DÖRING, DIETHER, Entwicklungstendenzen des deutschen Systems der soialen Sicherung, in: DERS. und RICHARD HAUSER (Hrsg.), Politische Kultur und Sozialpolitik. Ein Vergleich der Vereinigten Staaten und der Bundesrepublik Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Armutsproblems, Frankfurt a. M./New York 1989, S. 61–93.
DORMANDY, THOMAS, The White Death. A History of Tuberculosis, London 1999.
DUBOS, RENÉ und JEAN DUBOS, The White Plague. Tuberculosis, Man, and Society, Boston 1952, *Reprint:* New Brunswick/London 1987.
DUDEN, BARBARA, Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730, Stuttgart 1987.
DURWARD, LYN und RUTH EVANS, Pressure Groups and Maternity Care, in: J. GARCIA et al. (Hrsg.), The Politics of Maternity Care: Services for Childbearing Women in Twentieth Century Britain, Oxford 1990, S. 257–273.
DWORK, DEBORAH, War is Good for Babies and Other Young Children: A History of the Infant and Child Welfare Movement in England 1898–1918, London 1986.
EASTWOOD, G. G., The Life and Death of the Medical Officer of Health, London 1992.
ECKART, W. U., Öffentliche Gesundheitspflege in der Weimarer Republik und in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland, in: Das öffentliche Gesundheitswesen 51 (1989), S. 213–221.
ECKSTEIN, HARRY, Pressure Groups Politics, London 1960.
ECKSTEIN, HARRY, The English Health Service, Cambridge, Mass. 1958.
EDEL, UTE, Die Entwicklung des Mutterschutzrechtes in Deutschland, Baden-Baden 1993.
EHRLER, P., „hätte ich nur meine Bekannten schon begrüßt." Geschichte der Sanatoriums-Frischluft-Liegekur, 1860–1950, Rorschach 1982.
EHRLER, P., Der Kampf gegen die Tuberkulose in Europa, in: Praxis der klinischen Pneumologie 39 (1985), S. 457–466.
EICHHORN, SIEGFRIED, Health Services in the Federal Republic of Germany, in: MARSHALL W. RAFFEL (Hrsg.), Comparative Health Systems. Descriptive Analysis of Fourteen National Health Systems, Pennsylvania 1984, S. 286–334.
EIFERT, CHRISTIANE und SUSANNE ROUETTE (Hrsg.), Unter allen Umständen. Frauengeschichte(n) in Berlin, Berlin (West) 1986.
EISENBERG, CHRISTIANE, Deutsche und englische Gewerkschaften. Entstehung und Entwicklung bis 1878 im Vergleich, Göttingen 1986.
ELLENBRAND, PETRA, Die Volksbewegung und Volksaufklärung gegen Geschlechtskrankheiten in Kaiserreich und Weimarer Republik, Marburg a. d. Lahn 1999.
ELLERBROCK, DAGMAR, Die restaurativen Modernisierer. Frauen als gesundheitspoliti-

sche Zielgruppe der amerikanischen Besatzungsmacht zwischen 1945 und 1949, in: ULRIKE LINDNER und MERITH NIEHUSS (Hrsg.), Ärztinnen – Patientinnen. Frauen im deutschen und britischen Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts, Köln u. a. 2002, S. 243–266.

ELLERBROCK, DAGMAR, Gesundheit und Krankheit im Spannungsfeld zwischen Tradition, Kultur und Politik: Gesundheitspolitik in der amerikanischen Besatzungszone 1945–1949, in: WOLFGANG WOELK und JÖRG VÖGELE (Hrsg.), Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Staatsgründung bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung", Berlin 2002, S. 313–346.

ELLERKAMP, MARLENE, Mutterschaftsversicherung und städtische Mutterschaftskassen. Konzeption und ihre Umsetzung im Kaiserreich, in: JÖRG VÖGELE und WOLFGANG WOELK (Hrsg.), Stadt, Krankheit und Tod. Zur Geschichte städtischer Gesundheitsverhälttnisse während der Epidemiologischen Transition, Berlin 2000, S. 423–440.

EMPKIE, TIMOTHY, The Comparative Organization of Tuberculosis Prevention. A Case Study, in: DONALD W. LIGHT und ALEXANDER SCHULLER (Hrsg.), Political Values and Health Care: The German Experience, Cambridge, Mass. 1986, S. 377–392.

Epidemiologisches Bulletin des Robert-Koch-Instituts, Nr. 11 vom 15. 3. 2002 [zum Welttuberkulosetag].

ERKER, PAUL, Zeitgeschichte als Sozialgeschichte. Forschungsstand und Forschungsdefizite, in: Geschichte und Gesellschaft 19 (1993), S. 202–238.

ERLINGER, RAINER, 40 Tage und vier Buchstaben, in: Süddeutsche Zeitung vom 24. 4. 2003.

ESCHENBURG, THEODOR VON, Staatsführung durch Verträge zwischen Regierungschef und Verbänden? Der Irrtum der Ärztevereinigung: der Bundeskanzler ist weder Diktator im Staat noch in der Partei, in: DERS., Zur politischen Praxis in der Bundesrepublik, Band 1: Kritische Betrachtungen 1957–61, München ^{2}1967, S. 234–237.

ESPING-ANDERSEN, GØSTA, The Three Worlds of Welfare Capitalism, Cambridge 1990.

EVANS, DAVID, Tackling a Hideous Surge. The Creation of the Veneral Disease Treatment Centres in Early Twentieth Century Britain, in: Social History of Medicine 5 (1992), S. 413–433.

FEHLEMANN, SILKE, „Etwas wirklich können, das gibt eine ganz andere Weltanschauung". Soziale Arbeit und bürgerliche Frauenbewegung im Regierungsbezirk Düsseldorf zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts, in: Düsseldorfer Jahrbuch 69 (1998), S. 237–261.

FEHLEMANN, SILKE und JÖRG VÖGELE, Frauen in der Gesundheitwfürsorge am Beginn des 20. Jahrhunderts. England und Deutschland im Vergleich, in: ULRIKE LINDNER und MERITH NIEHUSS (Hrsg.), Ärztinnen – Patientinnen. Frauen im deutschen und britischen Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts, Köln u. a. 2002, S. 23–48.

FEHLEMANN, SILKE, Stillpropaganda und Säuglingsfürsorge am Beginn des 20. Jahrhunderts, in: GABRIELE GENGE (Hrsg.), Sprachformen des Körpers in Kunst und Wissenschaft, Tübingen/Basel 2000, S. 19–30.

FELDBERG, GEORGINA D., Disease and Class. Tuberculosis and the Shaping of Modern American Society, New Brunswick, NJ 1995.

FERLINZ, R., Die Tuberkulose in Deutschland und das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, in: 100 Jahre Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Pneumologie 49, Sonderheft 3 (1995), S. 617–632.

FERLINZ, R., Die Tuberkulose in Deutschland und das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, in: N. KONITEZKO (Hrsg.), 100 Jahr Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK). Der Kampf gegen die Tuberkulose, Frankfurt a. M. 1996, S. 9–50.

FERRIS, PAUL, Sex and the British. A Twentieth Century History, London 1993.

FILDES, VALERIE et al. (Hrsg.), Women and Children First: International Maternal and Infant Welfare 1870–1945, London 1992.
FILDES, VALERIE, Breast Feeding Practices During Industrialisation 1800–1919, in: FRANK FALKNER (Hrsg.), Infant and Child Nutrition Worldwide: Issues and Perspectives, Ann Arbor u. a. 1991, S. 1–20.
FINCK, PETRA, Der Geburtenrückgang und seine Folgen. Bevölkerungspolitik im Deutschen Kaiserreich, in: DIES. und MARLIES ECKHOF, „Euer Körper gehört uns!" Ärzte, Bevölkerungspolitik und Sexualmoral bis 1933, Hamburg 1987, S. 9–78.
FISHER, PETER J., The Polio Story, London 1967.
FLORA, PETER (Hrsg.), Growth to the Limits. The Western European Welfare States Since World War II, Band 2: Germany, United Kingdom, Ireland and Italy, Berlin (West)/New York 1986.
FLORA, PETER (Hrsg.), Growth to the Limits. The Western European Welfare States since World War II, Band 4, Appendix, Synopses, Bibliographies, Tables, Berlin (West)/New York 1987.
FLORA, PETER et al., Zur Entwicklung der westeuropäischen Wohlfahrtsstaaten, in: Politische Vierteljahresschrift 18 (1976), S. 707–771.
FLORA, PETER und JENS ALBER, Modernization, Democratization and the Development of Welfare States in Western Europe, in: DERS. und ARNOLD J. HEIDENHEIMER (Hrsg.), The Development of Welfare States in Europe and America, London/New Brunswick 1981, S. 37–80.
FLORA, PETER und ARNOLD J. HEIDENHEIMER, (Hrsg.), The Development of Welfare States in Europe and America, London/New Brunswick 1981.
FLORA, PETER und ARNOLD J. HEIDENHEIMER, The Historical Core and Changing Boundaries of the Welfare State, in: PETER FLORA und ARNOLD J. HEIDENHEIMER (Hrsg.), The Development of Welfare States in Europe and America, London/New Brunswick 1981, S. 17–36.
FOOT, MICHAEL, Aneurin Bevan. A Biography, Band 2: 1945–1960, London 1973.
FOUCAULT, MICHEL, Sexualität und Wahrheit, Band 1: Der Wille zum Wissen, Frankfurt a. M. 1977; Band 2: Der Gebrauch der Lüste, Frankfurt a. M. 1986.
FOUCAULT, MICHEL, Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blickes, Frankfurt a. M. ^{5}1999.
FOX, DANIEL M., Health Policies, Health Politics: The British and American Experiences 1911–1965, Princeton, N.J. 1986.
FOX, ENID, Powers of Life and Death: Aspects of Maternal Welfare in England and Wales Between the Wars, in: Medical History 35 (1991), S. 328–352.
FOX, JOHN und ROY CARR-HILL (Hrsg.), Health Inequalities in European Countries, Aldershot u. a. 1989.
FRANCKE, ROBERT, Rechtsfragen der Planung, Finanzierung und Organisation von Krankenhäusern, in: HANS ULRICH DEPPE et al. (Hrsg.), Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung? Frankfurt a. M. 1989, S. 41–63.
FRAZER, W. M., A History of English Public Health 1838–1939, London 1950.
FRERICH, JOHANNES und MARTIN FREY, Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Band 3: Sozialpolitik in der Bundesrepublik Detuschland bis zur Herstellung der deutschen Einheit, München ^{2}1996.
FREVERT, UTE, Fürsorgliche Belagerung, in: Geschichte und Gesellschaft 11 (1985), S. 420–446.
FREVERT, UTE, Krankheit als politisches Problem 1770–1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 62), Göttingen 1984.
FREVERT, UTE, The Civilizing Tendency of Hygiene. Working Class Women under Medical Control in Imperial Germany, in: J. C. FOUT (Hrsg.), German Women in the Nineteenth Century, New York 1984, S. 320–344.

FRIEDMANN, ROBERT R. et al. (Hrsg.), Modern Welfare States, New York 1987.
FURNISS, NORMAN und TIMO TILTON, Case for the Welfare State, Bloomington 1977.
GARCIA, J. et al. (Hrsg.), The Politics of Maternity Care: Services for Childbearing Women in Twentieth Century Britain, Oxford 1990.
GARNER, BURT, Public Service Personnel in West Germany in the 1950s: Controversial Policy Decisions and Their Effects on Social Composition, Gender Structure and the Role of Former Nazis, in: Journal of Social History 29 (1995), S. 25–79.
GELSNER, KURT, Der Marburger Bund. Chronik der organisierten Krankenhausärzte, Frankfurt a. M. 1985.
GERHARDT, UTA, Gesundheit – Ein Alltagsphänomen, Konsequenzen für Theorie und Methodologie von Public Health (= Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, WZB für Sozialforschung P 93–206), Berlin 1993.
GERST, THOMAS, Neuaufbau und Konsolidierung. Ärztliche Selbstverwaltung und Interessenvertretung in den drei Westzonen und der Bundesrepublik Deutschland 1945–1995, in: ROBERT JÜTTE (Hrsg.), Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997, S. 195–242.
GEYER-KORDESCH, JOHANNA und ANNETTE KUHN (Hrsg.), Frauenkörper – Medizin – Sexualität. Auf dem Wege zu einer neuen Sexualmoral, Düsseldorf 1986.
GILBERT, BENTLEY B., British Social Policy, 1914–1939, Ithaca, NY 1970.
GILBERT, BENTLEY B., The Evolution of National Insurance in Great Britain. The Origins of the Welfare State, London 1966.
GLESS, SABINE, Die Reglementierung von Prostitution in Deutschland, Berlin 1999.
GÖCKENJAN, GERD, Nicht länger Lohnsklaven und Pfennigkulis? Zur Entwicklung der Monopolstellung der niedergelassenen Ärzte, in: HANS-ULRICH DEPPE et al. (Hrsg.), Medizin und Gesellschaft. Ärztliches Behandlungsmonopol und ambulanter Sicherstellungsauftrag, Frankfurt a. M./New York 1987, S. 9–36.
GÖCKENJAN, GERD, Syphilisangst und Politik mit Krankheit. Diskurs zur Geschichte der Geschlechtskrankheiten, in: ROLF GINDORF und ERWIN J. HAEBERLE (Hrsg.), Sexualitäten in unserer Gesellschaft. Beiträge zur Geschichte, Theorie und Empirie, Berlin (West)/New York 1989, S. 47–62.
GOERKE, HEINZ, Großstadtmedizin und Kassenarzt, in: GUNTER MANN und ROLF WINAU (Hrsg.), Medizin, Naturwissenschaft, Technik und das Zweite Kaiserreich, Göttingen 1977, S. 102–118.
GOSDEN, PETER H. J. H., Self-Help. Voluntary Associations in the 19th Century, London 1973.
GOULD, TONY, A Summer Plague. Polio and Its Survivors, New Haven/London 1995.
GRAHAM, HILARY und ANN OAKLEY, Competing Ideologies of Reproduction: Medical and Maternal Perspectives on Pregnancy, in: HELEN ROBERTS (Hrsg.), Women, Health and Reproduction, London 1981, S. 50–74.
GREEN, STEPHEN, Probleme im National Health Service in Großbritannien, in: FRIEDER HEZEL und WILHELM THIELE (Hrsg.), Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Bundesrepublik Detuschland, DDR, Niederlande, Schweden, USA, Berlin (West) 1978, S. 139–159.
GREY-TURNER, ELSTON und F. M. SUTHERLAND, History of the British Medical Association, Band 2: 1932–1981, London 1982.
GROSSMANN, ATINA, Berliner Ärztinnen und Volksgesundheit in der Weimarer Republik: Zwischen Sexualreform und Eugenik, in: CHRISTIANE EIFERT und SUSANNE ROUETTE (Hrsg.), Unter allen Umständen. Frauengeschichte(n) in Berlin, Berlin (West) 1986, S. 183–217.
GROSSMANN, ATINA, German Women Doctors form Berlin to New York: Maternity and Modernity in Weimar and in Exile, in: Feminist Studies 19 (1993), S. 65–88.

GROSSMANN, ATINA, Reforming Sex. The German Movement for Birth Control and Abortion Reform, 1920–1950, Oxford/New York 1995.
GSELL, O., Tuberkulose und Pneumologie im Wandel über 100 Jahre, 1880–1980, in: Praxis der Pneumologie 31 (1977), S. 330–337.
GUSTAFSSON, SIV, Childcare and Types of Welfare States, in: DIANE SAINSBURY (Hrsg.), Gendering Welfare States, London 1994, S. 45–61.
HÄHNER-ROMBACH, SYLVELYN, Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs, Stuttgart 2000.
HAIR, P. E. H., Children in Society 1850–1980, in: Barker, Theo/Drake, Michael (Hrsg.), Population and Society in Britain 1850–1980, London 1982, S. 34–61.
HALE, ROSEMARY, The History of Health Visiting, in: DIES. et al. (Hrsg.), The Principles and Practice of Health Visiting, Oxford 1968, S. 7–16.
HALL, LESLEY A., Sex, Gender and Social Change in Britian since 1880, New York 2000.
HALL, LESLEY A., Hidden Anxieties. Male Sexuality 1900–1950, Cambridge 1991.
HALL, RUTH, Marie Stopes: A Biography, London 1977.
HAM, CHRISTOPHER, Health Policy in Britain. The Politics and Organisation of the National Health Service, London ^{2}1985.
HANEY, LYNN A., Engendering the Welfare State: a Review Article, in: Comparative Studies in Society and History 40 (1998), S. 748–767.
HARBAUER, BERND, Die Entwicklung der ärztlichen Schwangerenvorsorge in den Jahren 1964–1972, med. Diss., Erlangen 1975.
HARDY, ANNE, Poliomyelitis and the Neurologists: The View from England, 1896–1966, in: Bulletin of the History of Medicine 71 (1997), S. 249–272.
HARMSEN, HANS (Hrsg.), Zur Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in der BRD und DDR und der Müttersterblichkeit, Hamburg 1974.
HARRIS, JOSÉ, Einige Aspekte der britischen Sozialpolitik während des Zweiten Weltkriegs, in: WOLFGANG J. MOMMSEN (Hrsg.), Die Entstehung des Wohlfahrtsstaates in Großbritannien und Deutschland, 1850–1950, Stuttgart 1982, S. 255–270.
HARRIS, JOSÉ, William Beveridge, Oxford 1977.
HARRIS, KENNETH, Attlee, London 1982.
HASTE, CATE, Rules of Desire. Sex in Britain: World War I to the Present, London 1992.
HAUPT, HEINZ-GERHARD und JÜRGEN KOCKA (Hrsg.), Geschichte und Vergleich. Ansätze und Ergebnisse international vergleichender Geschichtsforschung, Frankfurt a. M./New York 1996.
HAUPT, HEINZ-GERHARD und JÜRGEN KOCKA, Historischer Vergleich: Methoden, Aufgaben, Probleme. Eine Einleitung, in: DIES. (Hrsg.), Geschichte und Vergleich. Ansätze und Ergebnisse international vergleichender Geschichtsforschung, Frankfurt a. M./New York 1996, S. 9–46.
HAUSEN, Karin, Arbeiterinnenschutz, Mutterschutz, und gesetzliche Krankenversicherung im Deutschen Kaiserreich und in der Weimarer Republik. Zur Funktion von Arbeits- und Sozialrecht für die Normierung und Stabilisierung der Geschlechterverhältnisse, in: UTE GERHARD (Hrsg.), Frauen in der Geschichte des Rechts. Von der Frühen Neuzeit bis zur Gegenwart, München 1997, S. 713–743.
HEINZ-TROSSEN, ALFONS, Prostitution und Gesundheitspolitik. Prostituiertenbetreuung als pädagogischer Auftrag des Gesetzgebers an die Gesundheitsämter, Frankfurt a. M. u. a. 1993.
HENNESSY, PETER und ANTHONY SELDON (Hrsg.), Ruling Performance. British Governments from Attlee to Thatcher, Oxford 1987.
HENNESSY, PETER, The Attlee Governments 1945–51, in: DERS. und ANTHONY SELDON (Hrsg.), Ruling Performance. British Governments from Attlee to Thatcher, Oxford 1987, S. 28–62.

HERZLICH, CLAUDINE und JANINE PIERRET, Kranke gestern Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden, München 1991.
HESS, JÜRGEN C., Die Sozialpolitik der Regierung Attlee, in: WOLFGANG J. MOMMSEN (Hrsg.), Die Entstehung des Wohlfahrtsstaates in Großbritannien und Deutschland, 1850–1950, Stuttgart 1982, S. 306–324.
HEZEL, FRIEDER und WILHELM THIELE, Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Bundesrepublik Deutschland, DDR, Niederlande, Schweden, USA, Berlin (West) 1978.
HEZEL, FRIEDER, Gesundheitssystem einzelner Länder im Vergleich in: DERS. und WILHELM THIELE (Hrsg.), Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Bundesrepublik Detuschland, DDR, Niederlande, Schweden, USA, Berlin (West) 1978, S. 11–80.
HINTZE, OTTO, Soziologische und geschichtliche Staatsauffassung. Zu Franz Oppenheimers System der Soziologie, in: DERS., Soziologie und Geschichte. Gesammelte Abhandlungen zur Soziologie, Politik und Theorie der Geschichte, hg. und eingeleitet von Gerhard Oestreich, Göttingen, 2. erweiterte Auflage 1964, S. 239–305.
HOBSON, BARBARA MEIL, Uneasy Virtue. The Politics of Prostitution and the American Reform Tradition, New York 1987.
HOBSON, BARBARA, Solo Mothers, Social Policy Regimes and the Logics of Gender, in: DIANE SAINSBURY (Hrsg.), Gendering Welfare States, London 1994, S. 170–187.
HOCKERTS, HANS GÜNTER (Hrsg.), Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich, München 1998.
HOCKERTS, HANS GÜNTER, Deutsche Nachkriegssozialpolitik vor dem Hintergrund des Beveridge-Plans. Einige Beobachtungen zur Vorbereitung einer vergleichenden Analyse, in: WOLFGANG J. MOMMSEN (Hrsg.), Die Entstehung des Wohlfahrtsstaates in Großbritannien und Deutschland, 1850–1950, Stuttgart 1982, S. 325–350.
HOCKERTS, HANS GÜNTER, Einführung, in: DERS., (Hrsg.), Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich, München 1998, S. 7–25.
HOCKERTS, HANS GÜNTER, Metamorphosen des Wohlfahrtsstaates, in: MARTIN BROSZAT (Hrsg.), Zäsuren nach 1945, München 1990, S. 35–45.
HOCKERTS, HANS GÜNTER, Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, in: HANS POHL (Hrsg.), Staatliche, städtische, betriebliche und kirchliche Sozialpolitik, Stuttgart 1991, S. 359–379.
HOCKERTS, HANS GÜNTER, Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland. Alliierte und deutsche Sozialversicherungspolitik 1945 bis 1957, Stuttgart 1980.
HOCKERTS, HANS GÜNTER, Vorsorge und Fürsorge. Kontinuität und Wandel der sozialen Sicherung, in: AXEL SCHILDT und ARNOLD SYWOTTEK (Hrsg.), Modernisierung im Wiederaufbau. Die westdeutsche Gesellschaft der 50er Jahre, Bonn 1993, S. 223–241.
HODGKINSON, RUTH G., The Origins of the National Health Service, London 1966.
HOFMANN, WERNER und FRIEDRICH WILHELM SCHWARTZ, Public Health: Gesundheitspolitik und akademische Disziplin, Entwicklung in den alten Bundesländern, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 18 (1993), (= Argument-Sonderband 198), S. 6–24.
HONEGGER, CLAUDIA, Frauen und medizinische Deutungsmacht im 19. Jahrhundert, in: ALFONS LABISCH und REINHARD SPREE (Hrsg.), Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts, Bonn 1989, S. 181–194.
HONG, YOUNG-SUN, Welfare, Modernity, and the Weimar State, 1919–1933, Princeton, NJ 1998.
HONIGSBAUM, FRANK, Health, Happiness and Security. The Creation of the National Health Service, London 1989.
HONIGSBAUM, FRANK, The Division in British Medicine: A History of the Separation of General Practice from Hospital Care 1911–1968, London 1979.

IGGERS, GEORG G., Geschichtswissenschaft im 20. Jahrhundert, Göttingen ²1996.
IMHOF, ARTHUR E., Wandel der Säuglingssterblichkeit vom 18. bis 20. Jahrhundert, in: H. SCHAEFER et al. (Hrsg.), Gesundheitspolitik. Historische und zeitkritische Analysen, Köln 1984, S. 96–130.
IMMERGUT, ELLEN, Between State and Market: Sickness Benefits and Social Control, in: MARTIN REIN und LEE RAINWATER (Hrsg.), Public/Private Interplay in Social Protection. A Comparative Study, Armonk, NY 1986, S. 57–98.
JÄCKLE, RENATE, Die Ärzte und die Politik. 1930 bis heute, München 1988.
JANTZEN, G., Der öffentliche Gesundheitsdienst als Instrument gesundheitspolitischer Zielsetzungen, in: Öffentliches Gesundheitswesen 51 (1989), S. 169–173.
JONES, HELEN, Health and Society in Twentieth-Century Britain, London/New York 1994.
JUDGE, KEN, The British Welfare State in Transition, in: ROBERT FRIEDMANN et al. (Hrsg.), Modern Welfare States, New York 1987, S. 1–43.
JUNG, HELMUTH, Political Values and the Regulation of Hospital Care, in: DONALD LIGHT und ALEXANDER SCHULLER (Hrsg.), Political Values and Health Care: The German Experience, Cambridge, Mass. 1986, S. 289–323.
JÜTTE, ROBERT, Einleitung, in: WOLFGANG U. ECKART und DERS., (Hrsg.), Das europäische Gesundheitssystem. Gemeinsamkeiten und Unterschiede in historischer Perspektive, Stuttgart 1994, S. 7–18.
JÜTTE, ROBERT, Sozialgeschichte der Medizin. Inhalte – Methoden – Ziele, in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung 9 (1990), S. 149–164.
JÜTTE, ROBERT (Hrsg.), Geschichte der organisierten Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997.
KAELBLE, HARTMUT, Der historische Vergleich. Eine Einführung zum 19. und 20. Jahrhundert, Frankfurt a. M. 1999.
KAELBLE, HARTMUT, Vergleichende Sozialgeschichte des 19. und 20. Jahrhunderts. Forschungen europäischer Historiker, in: Jahrbuch für Wirtschaftsgeschichte 1993, S. 173–200.
KAIM-CAUDLE, P. R, Comparative Social Policy and Social Security. A Ten Country Study, London 1973.
KATER, MICHAEL, Doctors under Hitler, Chapel Hill 1989.
KAUFMANN, FRANZ-XAVER, Elemente einer soziologischen Theorie sozialpolitischer Intervention, in: DERS., (Hrsg.), Staatliche Sozialpolitik und Familie, München/Wien 1983, S. 49–86.
KEDING, G., Der öffentliche Gesundheitsdienst – seine Möglichkeiten und Verpflichtungen bei der Bekämpfung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit, in: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Hrsg.), Mütter und Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland, Düsseldorf 1986, S. 35–61.
KELTING, KIRSTEN, Das Tuberkuloseproblem im Nationalsozialismus, med. Diss., Kiel 1974.
KENT, SUSAN KINGSLEY, Sex and Suffrage in Britain, 1860–1914, Princeton/London 1987.
KICKBUSCH, ILONA und BARBARA RIEDMÜLLER (Hrsg.), Die armen Frauen. Frauen und Sozialpolitik, Frankfurt a. M. 1984.
KICKBUSCH, ILONA und BARBARA RIEDMÜLLER, Theoretische Perspektiven einer Sozialpolitikanalyse, in: DIES. (Hrsg.), Die armen Frauen. Frauen und Sozialpolitik, Frankfurt a. M. 1984, S. 7–14.
KIRCHBERGER, STEFAN, Public Health Policy in Germany 1945–49. Continuity and a New Beginning, in: DONALD W. LIGHT und ALEXANDER SCHULLER (Hrsg.), Political Values and Health Care: The German Experience, Cambridge, Mass. 1986, S. 185–238.

KITZINGER, JENNY, Strategies of the Early Childbirth Movement: A Case-Study of the National Childbirth Trust, in: J. GARCIA et al. (Hrsg.), The Politics of Maternity Care: Services for Childbearing Women in Twentieth Century Britain, Oxford 1990, S. 92–115.

KLEIN, RUDOLF, The Politics of the National Health Service, London 1983.

KNAUP, HORAND et al., Revolution im System, in: Der Spiegel 9/2003, S. 30–32.

KOCK, PETER JAKOB, Der Bayerische Landtag 1946–1986, Band 1: Chronik, Bamberg 1986.

KOCKA, JÜRGEN, Historische Komparatistik in Deutschland, in: DERS. und HEINZ-GERHARD HAUPT, Geschichte und Vergleich. Ansätze und Ergebnisse international vergleichender Geschichtsschreibung, Frankfurt/New York 1996, S. 47–60.

KÖHLER, PETER A. und HANS F. ZACHER (Hrsg.), Beiträge zur Geschichte und aktuellen Situation der Sozialversicherung. Colloquium des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Sozialrecht, Berlin (West) 1983.

KONIETZKO, N. (Hrsg.), 100 Jahre Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK). Der Kampf gegen die Tuberkulose, Frankfurt a. M. 1996.

KORPORAL, JOHANNES, Gesundheitsschutz von Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland, in: THOMAS ELKELES (Hrsg.), Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949–1990, Berlin 1991, S. 279–300.

KOVEN, SETH und SONYA MICHEL (Hrsg.), Mothers of a New World, Maternalist Politics and the Origins of Welfare States, London/New York 1993.

KRAUS, ELISABETH, Die Familie Mosse. Deutsch-jüdisches Bürgertum im 19. und 20. Jahrhundert, München 1999.

KREIS, MICHAEL, Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG/GBGK) 1902–1987, med. Diss., München 1988.

KREISKY, EVA und BIRGIT SAUER, Geschlechterverhältnisse im Kontext politischer Transformation, in: DIES. (Hrsg.), Transformation des Politischen und die Politik der Geschlechterverhältnisse, Opladen 1998, S. 9–49.

KREUZER, MARGOT D., Prostitution. Eine sozialgeschichtliche Untersuchung in Frankfurt a. M. Von der Syphilis bis Aids, Stuttgart 1988.

KÜHN, HAGEN, Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens. Eine Untersuchung am Beispiel der Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland von 1958–1977, Königstein/Ts.1980.

KUDLIEN, FRIDOLF, Ärzte im Nationalsozialismus, Köln 1985.

KULAWIK, TERESA, Wohlfahrtsstaat und Mutterschaft. Schweden und Deutschland 1870–1912, Frankfurt a. M./New York 1999.

LABISCH, ALFONS und REINHARD SPREE (Hrsg.), „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bette". Zur Sozialgeschichte des Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a. M./New York 1996.

LABISCH, ALFONS und REINHARD SPREE, Die Kommunalisierung des Krankenhauswesens in Deutschland während des 19. und 20. Jahrhunderts, München 1995.

LABISCH, ALFONS und REINHARD SPREE, Entwicklungen und aktuelle Trends in der Sozialgeschichte der Medizin in Deutschland – Rückschau und Ausblick, [München 1996].

LABISCH, ALFONS und FLORIAN TENNSTEDT, Der Weg zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934: Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland, 2 Bände, Düsseldorf 1985.

LABISCH, ALFONS und FLORIAN TENNSTEDT, Die Allgemeinen Krankenhäuser der Städte und der Religionsgemeinschaften Ende des 19. Jahrhunderts – Statistische und juristische Anmerkungen am Beispiel Preußens (1877–1903), in: DERS. und REINHARD SPREE (Hrsg.), „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett".

Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a. M./New York 1996, S. 297–319.

LABISCH, ALFONS und FLORIAN TENNSTEDT, Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland (1949–1965), in: THOMAS ELKELES (Hrsg.), Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949–1990, Berlin 1991, S. 129–158.

LABISCH, ALFONS und FLORIAN TENNSTEDT, Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik im Deutschen Reich (1871–1945), in: THOMAS ELKELES (Hrsg.) Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949–1990, Berlin 1991, S. 13–28.

LABISCH, ALFONS und WOLFGANG WOELK, Öffentliche Gesundheit in der Nachkriegsgeschichte der Bundesrepublik Deutschland. Ein Bund-Länder-Vergleich von 1945–1965, in: Public Health Forum 12 (1996), S. 3f.

LABISCH, ALFONS, Der öffentliche Gesundheitsdienst in der Bundesrepublik Deutschland. Struktur, Probleme, Entwicklungsperspektiven, in: DERS., Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsfürsorge, Frankfurt a. M. 1990, S. 141–189.

LABISCH, ALFONS, Entwicklungslinien des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland. Vorüberlegungen zur historischen Soziologie öffentlicher Gesundheitsvorsorge, in: DERS., Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsvorsorge, Frankfurt a. M. 1990, S. 25–62.

LABISCH, ALFONS, Gemeinde und Gesundheit. Zur historischen Soziologie des kommunalen Gesundheitswesens, in: DERS., Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsfürsorge, Frankfurt a. M. 1990, S. 81–112.

LABISCH, ALFONS, Gesellschaftliche Bedingungen der Gesundheitsvorsorge durch Staat und intermediäre Instanzen – dargestellt am Beispiel des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Eine historisch-soziologische Untersuchung: Einführung in Problemstellung und Ergebnisse eines Forschungsprojekts, in: DERS., Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsfürsorge, Frankfurt a. M. 1990, S. 15–24.

LABISCH, ALFONS, Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, Frankfurt a. M./New York 1992.

LABISCH, ALFONS, Hygiene ist Moral – Moral ist Hygiene. Soziale Disziplinierung durch Ärzte und Medizin, in: CHRISTOPH SACHSSE und FLORIAN TENNSTEDT (Hrsg.), Soziale Sicherung und soziale Disziplinierung, Frankfurt a. M. 1986, S. 265–285.

LABISCH, ALFONS, Stadt und Krankenhaus. Das Allgemeine Krankenhaus in der kommunalen Sozial- und Gesundheitspolitik des 20. Jahrhunderts, in: DERS. und REINHARD SPREE (Hrsg.), „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett". Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a. M./New York 1996, S. 253–296.

LABISCH, ALFONS, Zur Sozialgeschichte der Medizin. Methodologische Überlegungen und Forschungsbericht, in: Archiv für Sozialgeschichte 20 (1980), S. 431–469.

LABISCH-ZIESMANN, U. und ALFONS LABISCH, Zur Personalsituation (insbesondere der Ärzte) im öffentlichen Gesundheitdienst von 1951 im Vergleich zur ambulanten und stationären Versorgung, in: Das Öffentliche Gesundheitswesen 46 (1984), S. 63–67, 125–130.

LACHMUND, JENS und GUNNAR STOLLBERG (Hrsg.), The Social Construction of Illness, Stuttgart 1992.

LAND, ANDREW et al. (Hrsg.), Development of the Welfare State 1939–1951. A Guide to Documents in the Public Record Office, London 1992.

LANGAN, MARY und ILONA OSTNER, Geschlechterpolitik im Wohlfahrtsstaat. Aspekte im internationalen Vergleich, in: Kritische Justiz 24 (1991), S. 302–312.

LEATHARD, AUDREY, Health Care Provision: Past, Present and Future, London/New York 1990.
LEAVITT, J. WALZER, Birthing and Anaesthesia: The Debate over Twilight Sleep, in: Signs 6 (1980), S. 147–164.
LEIBFRIED, STEPHAN und FLORIAN TENNSTEDT (Hrsg.), Kommunale Gesundheitsfürsorge und sozialistische Ärztepolitik zwischen Kaiserreich und Nationalsozialismus – autobiographische, biographische und gesundheitspolitische Anmerkungen von Dr. Georg Loewenstein, Bremen ²1980.
LEISERING, LUTZ, Der deutsche Sozialstaat, in: THOMAS ELLWEIN und EBERHARD HOLTMANN (Hrsg.), 50 Jahre Bundesrepublik Deutschland. Rahmenbedingungen – Entwicklungen – Perspektiven, Wiesbaden 1999, S. 181–192.
LEUTNER, Internationale Entwicklung der Müttersterblichkeit nach Todesursachen unter besonderer Berücksichtigung der DDR, in: HANS HARMSEN (Hrsg.), Zur Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in der BRD und der DDR und der Müttersterblichkeit, Hamburg 1974, S. 107–115.
LEVEN, HEINZ-KARL, 100 Jahre Klinische Dermatologie an der Universität Freiburg im Breisgau 1890–1990, Freiburg 1990.
LEWIS, JANE (Hrsg.), Women and Social Policies in Europe. Work, Family and the State, Aldershot 1993.
LEWIS, JANE (Hrsg.), Women's Welfare. Women's Rights, Beckenham 1983.
LEWIS, JANE und ILONA OSTNER, Gender and the Evolution of European Social Policies (Zentrum für Sozialpolitik, Sozialpolitisches Archiv, Universität Bremen, ZeS-Arbeitspapier Nr. 4/94), Bremen 1994.
LEWIS, JANE und JOHN WELSHMAN, The Issue of Never-Married Motherhood in Britain 1920–70, in: Social History of Medicine 10 (1997), S. 401–418.
LEWIS, JANE, Dealing with Dependency: State Practices and Social Realities, 1870–1945, in: DIES. (Hrsg.), Women's Welfare. Women's Rights, Beckenham 1983, S. 17–37.
LEWIS, JANE, Gender and the Development of Welfare Regimes, in: Journal of European Social Policy 2 (1992), S. 159–173.
LEWIS, JANE, Models of Equality for Women: the Case of State Support for Children in Twentieth-Century Britain, in: GISELA BOCK und PAT THANE (Hrsg.), Maternity and Gender Policies: Women and the Rise of the European Welfare State 1880s-1950s, New York 1991, S. 73–92.
LEWIS, JANE, Mothers and Maternity Policies in the Twentieth Century, in: J. GARCIA et al. (Hrsg.), The Politics of Maternity Care: Services for Childbearing Women in Twentieth Century Britain, Oxford 1990, S. 15–29.
LEWIS, JANE, Providers, „Consumers", the State and the Delivery of Health Care Services in Twentieth-Century Britain, in: ANDREW WEAR (Hrsg.), Medicine in Society. Historical Essays, Cambridge 1992, S. 317–346.
LEWIS, JANE, The Politics of Motherhood: Maternal and Child Welfare in England 1900–39, London 1980.
LEWIS, JANE, The Social History of Social Policy: Infant Welfare in Edwardian England, in: Journal of Social Policy 9 (1980), S. 462–486.
LEWIS, JANE, Women in England 1870–1950. Sexual Divisions, Brighton 1984.
LIFTON, ROBERT J., Ärzte im Dritten Reich, Stuttgart 1988.
LIGHT, DONALD W. und ALEXANDER SCHULLER (Hrsg.), Political Values and Health Care: The German Experience, Cambridge, Mass. 1986.
LIGHT, DONALD W., Conclusion. Values and Health in the Two Germanies, in: DERS. und ALEXANDER SCHULLER (Hrsg.), Political Values and Health Care: The German Experience, Cambridge, Mass. 1986, S. 571–585.
LIGHT, DONALD W., Values and Structure in the German Health Care Systems, in: Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society 63 (1985), S. 615–647.
LINDNER, ULRIKE, „Wir unterhalten uns ständig über den Milchpfennig, aber auf die

Gesundheit wird sehr wenig geachtet". Gesundheitspolitik und medizinische Versorgung 1945 bis 1972, in: THOMAS SCHLEMMER und HANS WOLLER, Die Erschließung des Landes 1949–1973, Bayern im Bund Bd. 1, München 2001, S. 205–272.

LINDNER, ULRIKE und MERITH NIEHUSS (Hrsg.), Ärztinnen – Patientinnen. Frauen im deutschen und britischen Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts, Köln u. a. 2002.

LINDNER, ULRIKE und MERITH NIEHUSS, Einleitung, in: DIES. (Hrsg.), Ärztinnen – Patientinnen. Frauen im deutschen und britischen Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts, Köln u. a. 2002, S. 1–19.

LINDNER, ULRIKE, Unterschiedliche Traditionen und Konzepte: Frauen und Geschlechtskrankheiten als Problem der Gesundheitspolitik in Großbritannien und Deutschland, in: DIES. und MERITH NIEHUSS (Hrsg.), Ärztinnen – Patientinnen. Frauen im deutschen und britischen Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts, Köln u. a. 2002, S. 215–241.

LINDNER, ULRIKE und LUTZ SAUERTEIG, Gefährliche Körper. Geschlechtskrankheiten, Moral und Volksaufklärung um 1900, in: JAN GERCHOW (Hrsg.), Ebenbilder. Kopien von Körpern – Modelle des Menschen, Ostfildern Ruit 2002, S. 163–170.

LINDNER, ULRIKE, Gesundheitsvorsorge für Schwangere und Säuglinge 1949–1965: Pläne, Maßnahmen, Defizite, in: WOLFGANG WOELK und JÖRG VÖGELE (Hrsg.), Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung", Berlin 2002, S. 347–378.

LINDSEY, ALMONT, Socialized Medicine in England and Wales. The National Health Service 1948–1961, Chapel Hill, North Carolina 1962.

LOCK, W., 90 Jahre Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, in: Praxis und Klinik der Pneumologie 39 (1985), S. 392–396.

LODDENKEMPER, R. und B. HAUSER, Die Tuberkulosesituation in Deutschland, in: Pneumonologie 53 (1999), S. 65–70.

LOETZ, FRANZISKA, „Medikalisierung" in Frankreich, Großbritannien und Deutschland 1750–1850: Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven der Forschung, in: WOLFGANG U. ECKART und ROBERT JÜTTE (Hrsg.), Das europäische Gesundheitssystem, Stuttgart 1994, S. 123–161.

LOETZ, FRANZISKA, Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung" und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750–1850, Stuttgart 1993.

LOUDON, IRVINE, Death in Childbirth. An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality 1800–1950, Oxford 1992.

LOUDON, IRVINE, Maternal Mortality: 1880–1950. Some Regional and International Comparisons, in: Social History of Medicine 1 (1988), S. 183–222.

LOUDON, IRVINE, Some International Features of Maternal Mortality 1880–1950, in: FILDES, VALERIE et al.(Hrsg.), Women and Children First: International Maternal and Infant Welfare 1870–1945, London 1992, S. 5–28.

LOUDON, IRVINE, The Tragedy of Childbed Fever, Oxford u. a. 2000.

LÖWY, ILANA, Testing for a Sexually Transmissable Disease, 1907–1970: The History of the Wassermann Reaction, in: AIDS and Contemporary History (1993), S. 74–92.

MAASS, GÜNTHER, Von der Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung zur DVV, in: Immunologie & Impfen 2 (1999), S. 40–42.

MACINTYRE, SALLY, The Role of Health Services in Relation to Inequalities in Health in Europe, in: JOHN FOX (Hrsg.), Health Inequalities in European Countries, Aldershot 1989, S. 317–323.

MAHOOD, LINDA, The Magdalenes. Prostitution in the Nineteenth Century, London/New York 1990.

MANGER-KOENIG, LUDWIG VON, Der öffentliche Gesundheitsdienst zwischen Gestern und Morgen, in: Das öffentliche Gesundheitswesen 37 (1975), S. 433–448.

MANOW, PHILIP, Gesundheitspolitik im Einigungsprozeß, Frankfurt a. M./New York 1994.

MARGOLIS, STEPHEN, Sexually Transmitted Diseases. An Annotated, Selective Bibliography. New York/London 1985.
MARKS, LARA V., Metropolitan Maternity. Maternal and Infant Welfare Services in Early Twentieth Century London, Amsterdam/Atlanta 1996.
MARKS, LARA, Mothers, Babies and Hospitals. „The London" and the Provision of Maternity Care in East London 1870–1939, in: VALERIE FILDES et al. (Hrsg.), Women and Children First: International Maternal and Infant Welfare 1870–1945, London 1992, S. 48–73.
MARTIN, EMILY, Flexible Bodies. Tracking Immunity in American Culture from the Days of Polio to the Age of AIDS, Boston 1994.
MATTHES, JOACHIM, The Operation Called „Vergleichen", in: DERS. (Hrsg.), Zwischen den Kulturen? Die Sozialwissenschaften vor dem Problem des Kulturvergleichs, Göttingen 1992, S. 75–99.
MATZNER-VOGEL, NICOL, „Schwangerschaft und Fabrikarbeit sind unversöhnliche Gegensätze". Die Diskussion über Mutterschutz im späten Kaiserreich und in der Weimarer Republik, in: ULRIKE LINDNER und MERITH NIEHUSS (Hrsg.), Ärztinnen – Patientinnen. Frauen im deutschen und britischen Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts, Köln u. a. 2002, S. 147–174.
MAXWELL, JENNIFER, Children and State Intervention: Developing a Coherent Historical Perspective, in: ANNE M. RAFFERTY et al. (Hrsg.), Nursing History and the Politics of Welfare, London/New York 1997, S. 226–241.
MAYNTZ, RENATE (Hrsg.), Implementation politischer Programme. Empirische Forschungsberichte, Königstein/Ts. 1980.
MAYNTZ, RENATE, Die Entwicklung des analytischen Paradigmas der Implementationsforschung, in: DIES. (Hrsg.), Implementation politischer Programme. Empirische Forschungsberichte, Königstein/Ts. 1980, S. 1–19.
MAYNTZ, RENATE, Die Implementation politischer Programme. Theoretische Überlegungen zu einem neuen Forschungsgebiet, in: DIES. (Hrsg.), Implementation politischer Programme. Empirische Forschungsberichte, Königstein/Ts. 1980, S. 236–249.
MAYNTZ, RENATE, Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden, in: DIES., Soziale Dynamik und politische Steuerung. Theoretische und methodologische Überlegungen, Frankfurt a. M./New York 1997, S. 209–238.
MAYNTZ, RENATE, Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden. Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens, in: Staatswissenschaft und Staatspraxis 1 (1990), S. 283–307.
MAYNTZ, RENATE, Problemverarbeitung durch das politisch-administrative System. Zum Stand der Forschung, in: JOACHIM JENS HESSE (Hrsg.), Politikwissenschaft und Verwaltungswissenschaft, Opladen 1990, S. 74–90.
MCHUGH, P., Prostitution and Victorian Social Reform, London 1980.
MCKEOWN, THOMAS, The Modern Rise of Population, London 1976.
MCKEOWN, THOMAS et al., An Interpretation of the Decline of Mortality in England and Wales during the Twentieth Century, in: Population Studies 29 (1975), S. 391–421.
MCKEOWN, THOMAS und R. G. RECORD, Reasons for the Decline of Mortality in England and Wales During the Nineteenth Century, in: Population Studies 16 (1962), S. 94–122.
MEYER, TRAUTE, The German and British Welfare States as Employers: Patriarchal or Emancipatory? in: DIANE SAINSBURY (Hrsg.), Gendering Welfare States, London 1994, S. 62–81.
MICHEL, SONYA und SETH KOVEN, Womanly Duties: Maternalist Politics and the Origins of Welfare States in France, Germany, Great Britian and the United States 1880–1920, in: The American Historical Review 95 (1990), S. 1076–1108.
MOMMSEN, WOLFGANG J. (Hrsg.), Die Entstehung des Wohlfahrtsstaates in Großbritannien und Deutschland, 1850–1950, Stuttgart 1982.

MOOIJ, ANNET, Out of Otherness. Characters and Narrators in the Dutch Venereal Disease Debates 1850–1990, Amsterdam/Atlanta 1998.
MORGAN, KENNETH O., Labour in Power 1945–51, Oxford 1984.
MORGAN, KENNETH O., The People's Peace, Oxford u. a. 1990.
MORT, FRANK, Dangerous Sexualities. Medico-moral Politics in England since 1830, London/New York 1987.
MORT, FRANK, Purity, Feminism and the State: Sexuality and Moral Politics 1880–1914, in: MARY LANGAN und BILL SCHWARZ (Hrsg.), Crises in the British State 1880–1930, London u. a. 1985, S. 209–225.
MUHS, RUDOLF et al. (Hrsg.), Aneignung und Abwehr. Interkultureller Transfer zwischen Deutschland und Großbritannien im 19. Jahrhundert, Bodenheim 1998.
MÜLLER, CHRISTOPH K. E., Säuglingssterblichkeit in der BRD und DDR, Bonn 1976.
MÜLLER, DAGMAR und MICHAEL SIMON, Steuerungsprobleme des stationären Sektors: Das Krankenhaus zwischen Kostendämpfung und Qualitätssicherung, in: BERNHARD BLANKE (Hrsg.), Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin, Opladen 1994, S. 327–372.
MURKEN, JAN, Gesundheitspolitik im Wandel. Tätigkeitsbericht zum 40jährigen Bestehen des Bayerischen Landesgesundheitsrates, Starnberg 1994.
MYERS, J. ARTHUR, Tuberculosis: A Half-Century of Study and Conquest, St. Louis 1970.
NASCHOLD, FRIEDER, Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer Theorie der Statuspolitik. Reihe Sozialwissenschaft in Theorie und Praxis, Freiburg 1967.
NEUBAUER, URSULA, Prostitution und Geschlechtskrankheiten. Auseinandersetzungen um eine neue Gesetzgebung zur Zeit der Jahrhundertwende, Diss. Univ. Kiel 1999.
NIEHUSS, MERITH, Familie, Frau und Gesellschaft. Studien zur Strukturgeschichte der Familie in Westdeutschland 1945–1960, Göttingen 2001.
OAKLEY, ANN, Becoming a Mother, Oxford 1979.
OAKLEY, ANN, The Origins and Development of Antenatal Care, in: MURRAY ENKIN und IAIN CHALMERS (Hrsg.), Effectiveness and Satisfaction in Antenatal Care, London 1982, S. 1–21.
OAKLEY, ANN, Women and Health Policy, in: JANE LEWIS (Hrsg.), Women's Welfare. Women's Rights, Beckenham 1983, S. 103–129.
OAKLEY, ANN, Women Confined: Towards a Sociology of Childbirth, Oxford 1980.
OAKLEY, ANN, The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women, Oxford 1984.
ORIEL, J. DAVID, The Scars of Venus. A History of Venereology, London u. a. 1994.
ORLOFF, ANN SHOLA, Gender and the Social Rights of Citizenship: The Comparative Analysis of Gender Relations and Welfare States, in: American Sociological Review 58 (1993), S. 303–328.
ORLOFF, ANN, Gender in the Welfare State, in: Annual Review of Sociology 22 (1996), S. 51–78.
OSTERHAMMEL, JÜRGEN, Sozialgeschichte im Zivilisationsvergleich. Zu künftigen Möglichkeiten komparativer Geschichtswissenschaft, in: Geschichte und Gesellschaft 22 (1996), S. 143–164.
OSTNER, ILONA, Arm ohne Ehemann? Sozialpolitische Regulierungen von Lebenschancen für Frauen im internationalen Vergleich, in: Aus Politik und Zeitgeschichte B 36–37/1995, S. 3–12.
OSTNER, ILONA, Sozialstaatsmodelle und die Situation der Frauen, in: WERNER FRICKE (Hrsg.), Zukunft des Sozialstaats. Jahrbuch für Arbeit und Technik, Bonn 1995, S. 57–68.
OTT, KATHERINE, Fevered Lives. Tuberculosis in American Culture since 1870, Cambridge, Mass. 1996.

OURY, MICHEL, Geschichte der Tuberkulose, in: JEAN-CHARLES SOURNIA et al. (Hrsg.), Illustrierte Geschichte der Medizin, Band 8, Salzburg 1980, S. 2827–2847.
OWEN, G. M., Health Visiting, in: PETA ALLEN und MOYA JOLLEY (Hrsg.), Nursing, Midwifery and Health Visiting since 1900, London 1982, S. 92–105.
PATER, JOHN E., The Making of the National Health Service, London 1981.
PAUL, CHRISTA, Zwangsprostitution. Staatlich errichtete Bordelle im Nationalsozialismus, Berlin 1994.
PAUL, JOHN R., A History of Poliomyelitis, New Haven/London 1971.
PAUL, NORBERT und THOMAS SCHLICH (Hrsg.), Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven, Frankfurt a. M./New York 1998.
PAULMANN, JOHANNES, Interkultureller Transfer zwischen Deutschland und Großbritannien: Einführung in ein Forschungskonzept, in: RUDOLF MUHS et al. (Hrsg.), Aneignung und Abwehr. Interkultureller Transfer zwischen Deutschland und Großbritannien im 19. Jahrhundert, Bodenheim 1998, S. 21–43.
PAULMANN, JOHANNES, Internationaler Vergleich und interkultureller Transfer. Zwei Forschungsansätze zur europäischen Geschichte des 18. bis 20. Jahrhunderts, in: Historische Zeitschrift 267 (1998), S. 649–685.
PAYER, LYNN, Andere Länder, andere Leiden. Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande, Frankfurt a. M./New York 1989.
PEDERSEN, SUSAN, Family, Dependence, and the Origins of the Welfare State: Britain and France 1914–1945, New York 1993.
PELLING, HENRY, The Labour Government of 1945–1951. The Determinants of Policy, in: MICHAEL BENTLEY und JOHN STEVENSON (Hrsg.), High and Low Politics in Modern Britian. Ten Studies, Oxford 1983, S. 255–284.
PELLING, HENRY, The Labour Governments 1945–51, London 1984.
PERETZ, ELIZABETH, A Maternity Service for England and Wales: Local Authority Maternity Care in the Inter-War Period in Oxfordshire and Tottenham, in: J. GARCIA et al. (Hrsg.), The Politics of Maternity Care: Services for Childbearing Women in Twentieth Century Britain, Oxford 1990, S. 30–46.
PFAU, E., Aids und Syphilis – Parallelfälle der Geschichte, in: Das öffentliche Gesundheitswesen 50 (1988), S. 67–71.
PORTER, DOROTHY und ROY PORTER, The Politics of Prevention. Anti-Vaccinationism and Public Health in Nineteenth-Cenury England, in: Medical History 32 (1988), S. 231–252.
PORTER, ROY und LESLEY A. HALL, The Facts of Life. The Creation of Sexual Knowledge in Britain, 1650–1950, New Haven/London 1995.
PORTER, ROY, The Patient's View. Doing Medical History from Below, in: Theory and Society 14 (1985), S. 175–189.
POWELL, MARTIN A., The Ghost of Health Services Past. Comparing British Health Policy of the 1930s with the 1980s and 1990s, in: International Journal of Health Services 26 (1996), S. 253–268.
Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch, Berlin/New York ^{258}1998.
PUENZIEUX, DOMINIQUE und BRIGITTE RUCKSTUHL, Medizin, Moral und Sexualität. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Zürich 1870–1920, Zürich 1994.
QUÉTEL, CLAUDE, History of Syphilis, Cambridge 1990.
RAFFEL, MARSHALL W., Comparative Health Systems. Descriptive Analysis of Fourteen National Health Systems, University Park, Pennsylvania 1984.
REIDEGELD, ECKART, Die „klassische Sozialversicherung" in der Entscheidung. Deutsche und alliierte Kräfte und Interessen vor und nach '45, in: Zeitschrift für Sozialreform 30 (1984), S. 649–675, 730–744.
REINERS, HARTMUT, Die stationäre Versorgung im Zeichen der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik der Gesetzlichen Krankenversicherung – Zum Verhältnis von Kran-

kenhaus und Krankenkasse, in: HANS ULRICH DEPPE et al. (Hrsg.), Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung? Frankfurt a. M. 1989, S. 9–40.
REINICKE, P., Tuberkulosefürsorge. Der Kampf gegen eine Geißel der Menschheit. Dargestellt am Beispiel Berlins 1895–1945, Weinheim 1988.
REUCHER, URSULA, Reformen und Reformversuche in der gesetzlichen Krankenversicherung (1956–65). Ein Beitrag zur Geschichte bundesdeutscher Sozialpolitik, Düsseldorf 1999.
RIDDER, PAUL, Ideological Influences on the Organization of Ambulatory and Hospital Care, in: DONALD W. LIGHT und ALEXANDER SCHULLER (Hrsg.), Political Values and Health Care: The German Experience, Cambridge, Mass. 1986, S. 325–353.
RITTER, GERHARD A., Der Sozialstaat: Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich, München ^{2}1991.
RITTER, GERHARD A., Soziale Sicherheit in Deutschland und Großbritannien von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zum Ersten Weltkrieg. Ein Vergleich, in: Geschichte und Gesellschaft 13 (1987), S. 137–156.
RITTER, GERHARD A., Sozialversicherung in Deutschland und England. Entstehung und Grundzüge im Vergleich, München 1983.
ROBSON, JOHN, Geschichtliche Entwicklung und gegenwärtige Situation des englischen Gesundheitswesens, in: Jahrbuch für kritische Medizin 2 (1977), (= Argument-Sonderband 17), S. 133–148.
ROBSON, JOHN, Großbritannien, in: HANS-ULRICH DEPPE (Hrsg.), Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Westeuropa, Frankfurt a. M./New York 1983, S. 104–139.
ROBSON, WILLIAM, Welfare State and Welfare Society, London 1976.
RODENSTEIN, MARIANNE, Somatische Kultur und Gebärpolitik – Tendenzen in der Gesundheitspolitik für Frauen, in: ILONA KICKBUSCH und BIRGIT RIEDMÜLLER (Hrsg.), Die armen Frauen. Frauen und Sozialpolitik, Frankfurt a. M. 1984, S. 7–14.
ROGERS, NAOMI, Dirt and Disease. Polio before FDR, New Brunswick (NJ) 1992.
ROSE, RICHARD, The Dynamics of the Welfare Mix in Britain, in: DERS. und REI SHIRATORI (Hrsg.), The Welfare State East and West, New York 1986, S. 80–106.
ROSE, RICHARD und REI SHIRATORI (Hrsg.), The Welfare State East and West, New York 1986.
ROSEBURY, THEODOR, Microbes and Morals. The Strange Story of Venereal Disease, New York 1971.
ROSENBROCK, ROLF, Gesundheitspolitik (= Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, WZB für Sozialforschung P 92–207), Berlin 1992.
ROSENBROCK, ROLF, Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik? Thesen zur Strukturreform des Gesundheitswesens und der gesetzlichen Krankenversicherung (= Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, WZB für Sozialforschung P 88–201), Berlin 1988.
ROSENKRANTZ, BARBARA G. (Hrsg.), From Consumption to Tuberculosis: A Documentary History, New York 1994.
ROSENKRANTZ, BARBARA G., The Trouble with Bovine Tuberculosis, in: Bulletin of the History of Medicine 54 (1985), S. 155–175.
ROSEWITZ, BERND und DOUGLAS WEBBER, Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt a. M./New York 1990.
RUDLOFF, WILFRIED, Die Wohlfahrtsstadt. Kommunale Ernährungs-, Fürsorge- und Wohnungspolitik am Beispiel Münchens 1910–1933, Göttingen 1998.
RÜHMANN, FRANK, Zur Geschichte des Kampfes gegen Geschlechtskrankheiten zwischen 1900 und 1933, in: ROLF ROSENBROCK und ANDREAS SALMEN (Hrsg.), Aids-Prävention, Berlin 1990, S. 291–305.
RUMEAU-ROUQUETTE, C., The Needs of Mothers and the Response of Public Health,

in: WALTER HOLLAND et al. (Hrsg.), Oxford Textbook of Public Health, Teil 3: Applications in Public Health, Oxford/New York/Toronto 1991, S. 429–447.
SACHSSE, CHRISTOPH und FLORIAN TENNSTEDT (Hrsg.), Soziale Sicherung und soziale Disziplinierung, Frankfurt a. M. 1986.
SACHSSE, CHRISTOPH und FLORIAN TENNSTEDT, Sicherheit und Disziplin: eine Skizze zur Einführung, in: DIES. (Hrsg.), Soziale Sicherung und soziale Disziplinierung, Frankfurt a. M. 1986, S. 11–44.
SACHSSE, CHRISTOPH, Mütterlichkeit als Beruf, Frankfurt a. M. 1986.
SACHSSE, CHRISTOPH, Social Mothers: The Bourgois Women's Movement and German Welfare-State Formation 1890–1929, in: SETH KOVEN und SONYA MICHEL (Hrsg.), Mothers of a New World, Maternalist Politics and the Origins of Welfare States, London/New York 1993, S. 136–158.
SAINSBURY, DIANE, Introduction, in: DIES. (Hrsg.), Gendering Welfare States, London 1994.
SAINSBURY, DIANE (Hrsg.), Gendering the Welfare States, London 1994.
SALENTIN, URSULA, Elisabeth Schwarzhaupt – erste Ministerin der Bundesrepublik. Ein demokratischer Lebensweg, Freiburg i. Br. 1986.
SAUERTEIG, LUTZ D. H., Sex, Medicine and Morality during the First World War, in: ROGER COOTER et al. (Hrsg.), War, Medicine and Modernity, Stroud 1998, S. 167–188.
SAUERTEIG, LUTZ, Frauenemanzipation und Sittlichkeit. Die Rezeption des englischen Abolitionismus in Deutschland, in: RUDOLF MUHS et al. (Hrsg.), Aneignung und Abwehr. Interkultureller Transfer zwischen Deutschland und Großbritannien im 19. Jahrhundert, Bodenheim 1998, S. 159–197.
SAUERTEIG, LUTZ, Krankheit, Sexualität, Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Stuttgart 1999.
SAUERTEIG, LUTZ, Moralismus versus Pragmatismus: Die Kontroverse um Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten zu Beginn des 20. Jahrhunderts im deutsch-englischen Vergleich, in: MARTIN DINGES und THOMAS SCHLICH (Hrsg.), Neue Wege in der Seuchengeschichte, Stuttgart 1995, S. 207–247.
SAUERTEIG, LUTZ, Vergleich: Ein Königsweg auch für die Medizingeschichte, in: NORBERT PAUL und THOMAS SCHLICH (Hrsg.), Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven, Frankfurt a. M./New York 1998, S. 266–291.
SAUERTEIG, LUTZ, Salvarsan und der ärztliche Polizeistaat. Syphilistherapie im Streit zwischen Ärzten, Pharmazeutischer Industrie, Gesundheitsverwaltung und Naturheilverbänden (1910–1927), in: MARTIN DINGES (Hrsg.), Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich, Stuttgart 1996, S. 161–200.
SCHABEL, ELMER, Soziale Hygiene zwischen sozialer Reform und sozialer Biologie. Fritz Rott und die Säuglingsfürsorge in Deutschland, Husum 1995.
SCHAGEN, UDO, Ambulante medizinische Versorgung, in: HANS-ULRICH DEPPE (Hrsg.), Die vernachlässigte Gesundheit, Köln 1980, S. 192–221.
SCHAGEN, UDO und SABINE SCHLEIERMACHER, Rahmenbedingungen für die Reorganisation des Gesundheitswesens, in: Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Band 2/1, 1945–1949. Die Zeit der Besatzungszonen, hrsg. von UDO WENGST, Baden-Baden 2001, S. 464–484.
SCHARPF, FRITZ W., Verhandlungssysteme, Verteilungskonflikte und Pathologien der politischen Steuerung, in: MANFRED G. SCHMIDT (Hrsg.), Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen, Opladen 1988, S. 61–87.
SCHENK, HERRAD, Die feministische Herausforderung. 150 Jahre Frauenbewegung in Deutschland, München 1992.
SCHEUCH, ERWIN K., Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik aus der Sicht der Soziologie, in: WOLFGANG GITTER (Hrsg.), Das Gesundheitswesen in Deutschland und Japan, Köln u. a. 1982, S. 21–84.

SCHLEIERMACHER, SABINE, Gesundheitspolitische Traditionen und demokratische Herausforderung: Gesundheitspolitik in Niedersachsen nach 1945, in: WOLFGANG WOELK und JÖRG VÖGELE (Hrsg.), Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Staatsgründung bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung", Berlin 2002, S. 265–284.

SCHLEIERMACHER, SABINE, Sozialethik im Spannungsfeld von Sozial- und Rassenhygiene. Der Mediziner Hans Harmsen im Centralausschuß für die Innere Mission, Husum 1998.

SCHLIEPER, BRITTA, Die Rolle der Hebamme in der Schwangerenvorsorge, Diplomarbeit Ms., Bielefeld 1997.

SCHLÖR, JOACHIM, Nachts in der großen Stadt. Paris, Berlin, London, 1840–1930, München 1991.

SCHMACKE, NORBERT, Die Individualisierung der Prävention im Schatten der Medizin, in: SIGRID STÖCKEL und ULLA WALTER (Hrsg.); Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland, Weinheim, München 2002, S. 178–189.

SCHMACKPFEFFER, PETRA, Frauenbewegung und Prostitution. Über das Verhältnis der alten und neuen deutschen Frauenbewegung zur Prostitution, Oldenburg 1989.

SCHMIDT, MANFRED G. (Hrsg.), Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen, Opladen 1988.

SCHOFIELD, ROGER, Did Mothers Really Die? Three Centuries of Maternal Mortality in „The World We Have Lost", in: RICHARD M. SMITH et al. (Hrsg.), The World We Have Gained, Oxford 1987, S. 231–260.

SCHULTE, REGINA, Sperrbezirke. Tugendhaftigkeit und Prostitution in der bürgerlichen Welt, Frankfurt a. M. 1979.

SCHULZ, KRISTINA, Macht und Mythos von „1968". Zur Bedeutung der 68er Frauenbewegung in Frankreich und Deutschland, in: INGRID GILCHER-HOLTEY (Hrsg.), 1968 – Vom Ereignis zum Gegenstand der Geschichtswissenschaft, Göttingen 1998, S. 239–255.

SCHWOCH, REBECCA, „Die amtlichen Gesundheits- und Fürsorgestellen müssen für alle sorgen …" Nationalsozialistische Versorgungsstrukturen: Gesundheitspolitische Vorstellungen versus Versorgung im Alltag, in: SIGRID STÖCKEL und ULLA WALTER (Hrsg.), Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland, Weinheim, München 2002, S. 136–151.

SCOCPOL, THEA und GRETCHEN RITTER, Gender and the Origins of Modern Social Policies in Britain and the United States, in: Studies of the American Political Development 5 (1991), S. 36–93.

SEIDEL, HANS CHRISTOPH, Der „proletarisierte" Kassenarzt: Aspekte des sozialen Selbstbildes von Ärzten in der Weimarer Republik, in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung 16 (1997), S. 33–62.

SEIDEL, HANS-CHRISTOPH, Eine neue Kultur des Gebärens. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert, Stuttgart 1998.

SEIDLER, EDUARD und KARL-HEINZ LEVEN, Geschichte der Medizin und der Krankenpflege, 7. überarbeitete und erweiterte Auflage Stuttgart 2003.

SHEPHERD, ROBERT, Enoch Powell. A Biography, London 1997.

SHEPHERD, ROBERT, Iain MacLeod. A Biography, London 1995.

SHORTER, EDWARD, Der weibliche Körper als Schicksal. Zur Sozialgeschichte der Frau, München 1984.

SHORTER, EDWARD, Heilanstalten und Sanatorien in privater Trägerschaft 1877–1933, in: ALFONS LABISCH und REINHARD SPREE (Hrsg.), „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett". Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a. M./New York 1996, S. 320–333.

SIGERIST, HENRY E., A History of Medicine, Band 1, Oxford u. a. ³1977.
SMITH, F.B., The Retreat of Tuberculosis 1850–1950, London 1988.
SMITH, JANE A., Patenting the Sun. Polio and the Salk Vaccine, New York 1990.
SMITH, RICHARD, Doctors and Health Policy: The Long Slide from Influence, in: PATRICIA DAY et al., The State, Politics and Health: Essays for Rudolf Klein, Oxford 1996, S. 125–144.
SODEN, KRISTINA VON, Die Sexualberatungsstellen der Weimarer Republik 1919–1933, Berlin (West) 1988.
SONS, HANS-ULRICH, Gesundheitspolitik während der Besatzungszeit. Das öffentliche Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen 1945–49, Wuppertal 1983.
SONTAG, SUSAN, Krankheit als Metapher, Frankfurt a. M. 1981.
SPONGBERG, MARY, Feminizing Venereal Disease. The Body of the Prostitute in Nineteenth-Century Medical Discourse, New York 1997.
SPREE, REINHARD, Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich, Göttingen 1981.
SPREE, REINHARD, Sozialisationsnormen in ärztlichen Ratgebern zu Säuglings- und Kleinkinderpflege, in: J. MARTIN und A. NITSCHKE (Hrsg.), Zur Sozialgeschichte der Kindheit, München 1986.
STALLBERG, FRIEDRICH W., Eine Stadt und die (Un-)Sittlichkeit. 100 Jahre Prostitutionspolitik in Dortmund, Dortmund 1992.
STANGE, KARL-HEINZ, Verpaßte Reform der ambulanten Versorgung? Die Transformation des Gesundheitssystems in den neuen Bundesländern, in: BERNARD BLANKE (Hrsg.), Krankheit und Gemeinwohl, Opladen 1994, S. 291–325.
STEWART, JOHN, The Battle for Health. A Political History of the Socialist Medical Association 1930–1951, Aldershot u. a. 1999.
Stiftung Pfennigparade, 40 Jahre Pfennigparade, München o. J. [1992].
STOCKINGER, GÜNTHER, Das Jahrhundert der Medizin. Die Großen Seuchen. Die Rückkehr der Killer, in: Der Spiegel 16/1999, S. 163–180.
STÖCKEL, SIGRID, Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik, Berlin (West)/New York 1996.
STÖCKEL, SIGRID und ULLA WALTER (Hrsg.), Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland, Weinheim/München 2002.
STÖCKEL, SIGRID und ULLA WALTER, Prävention im 20. Jahrhundert. Grundriß und Prolog, in: DIES. (Hrsg.) Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland, Weinheim/München 2002, S. 11–25.
STÜRZBECHER, MANFRED, Die medizinische Versorgung und die Entstehung der Geusndheitsfürsorge zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Deutschland, in: GUNTER MANN und ROLF WINAU (Hrsg.), Medizin, Naturwissenschaft, Technik und das Zweite Kaiserreich, Göttingen 1977, S. 239–258.
SÜSS, WINFRIED, Gesundheitspolitik, in: HANS GÜNTER HOCKERTS (Hrsg.): Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich, München 1998, S. 55–100.
SZRETER, SIMON, Fertility, Class and Gender in Britain 1860–1940, Cambridge 1996.
SZRETER, SIMON, The Importance of Social Intervention in Britain's Mortality Decline 1815–1914. A Reinterpretation of the Role of Public Health, in: Social History of Medicine 1 (1988), S. 1–37.
TASHIRO, ELKE, Die Waage der Venus. Venerologische Versuche am Menschen zwischen Fortschritt und Moral, Husum 1991.
TAYLOR, RUSSEL FREDERICK, Polio 53, Alberta 1990.
TAYLOR ALLEN, ANN, Feminism and Motherhood in Germany, 1800–1914, New Brunswick, NJ 1991.

TAYLOR ALLEN, ANN, Feminism, Venereal Diseases and the State in Germany, 1890–1918, in: Journal of the History of Sexuality 4 (1993), S. 17–50.

TELLER, MICHAEL E., The Tuberculosis Movement. A Public Health Campaign in the Progressive Era, New York u. a. 1988.

TENNSTEDT, FLORIAN, Alfred Blaschko – das wissenschaftliche und sozialpolitische Wirken eines menschenfreundlichen Sozialhygienikers im Deutschen Reich, in: Zeitschrift für Sozialreform 25 (1979), S. 513–522, 600–613, 647–678.

TENNSTEDT, FLORIAN, Soziale Selbstverwaltung. Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, Band 2, Bonn o. J.

TENNSTEDT, FLORIAN, Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland vom 18. Jahrhundert bis zum 1. Weltkrieg, Göttingen 1981.

TENNSTEDT, FLORIAN, Sozialgeschichte der Sozialversicherung, in: MARIA BLOHMKE (Hrsg.), Handbuch der Sozialmedizin, Band 3, Stuttgart 1976, S. 385–492.

THANE, PAT, Visions of Gender in the Making of the British Welfare State: The Case of Women in the British Labour Party and Social Policy 1906–1945, in: GISELA BOCK und DIES. (Hrsg.), Maternity and Gender Politics. Women and the Rise of the European Welfare State 1880s-1950s, London/New York 1991, S. 93–118.

THANE, PAT, Wohlfahrt und Geschlecht in der Geschichte: Ein partieller Überblick zu Forschung, Theorie und Methoden, in: L'homme. Zeitschrift für Geschichtswissenschaft 5 (1994), Heft 2, S. 5–18.

THANE, PAT, Women in the British Labour Party and the Construction of State Welfare, in: SETH KOVEN und SONYA MICHEL (Hrsg.), Mothers of a New World. Maternalist Politics and the Origins of Welfare States, London/New York 1993.

TIETZE, KONRAD WOLFGANG, Zwischen Natur und Technik – Bemerkungen zur Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe, in: Bundesgesundheitsblatt 22 (1979), S. 139–143.

TITMUSS, RICHARD M., Essays on the Welfare State, London 1958.

TITMUSS, RICHARD M., Problems of Social Policy (HMSO), London 1950.

TITMUSS, RICHARD M., The Hospital and Its Patients, in: DERS., Essays on the Welfare State, London 1958, S. 119–132.

TITMUSS, RICHARD M., The National Health Service in England. Some Facts about General Practice, in: DERS., Essays on the Welfare State, London 1958, S. 152–177.

TOKYA-SEID, MICHAEL, „Sanitary Idea" und „Volksgesundheitsbewegung". Zur Entstehung des modernen Gesundheitswesens in Großbritannien und Deutschland im 19. Jahrhundert, in: HARTMUT BERGHOFF und DIETER ZIEGLER (Hrsg.), Pionier und Nachzügler? Vergleichende Studien zur Geschichte Großbritanniens und Deutschlands im Zeitalter der Industrialisierung. Festschrift für Sidney Pollard zum 70. Geburtstag, Bochum 1995, S. 145–166.

TOPPE, ANDREAS, Die Wiedererrichtung der ärztlichen Standesvertretung in Bayern nach dem Zweiten Weltkrieg. Eine historische Darstellung aus Anlaß des 50. Bayerischen Ärztetages, München 1997.

TOWLER, JEAN und JOAN BRAMALL, Midwives in History and Society, London 1986.

TRIEBEL, ARNIM, Die Pragmatik des Gesellschaftsvergleichs, in: DERS. (Hrsg.), Die Pragmatik des Gesellschaftsvergleichs, Leipzig 1997, S. 8–23.

URWIN, KATHY und ELAINE SHARLAND, From Bodies to Minds in Childcare Literature. Advice to Parents in Inter-War Britain, in: ROGER COOTER (Hrsg.), In the Name of the Child: Health and Welfare 1880–1940, London 1992, S. 174–199.

USBORNE, CORNELIE, Die Stellung der Empfängnisverhütung in der Weimarer Gesundheits- und Bevölkerungspolitik, in: JÜRGEN REULECKE und ADELHEID GRÄFIN ZU CASTELL-RÜDENHAUSEN (Hrsg.), Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volksgesundheit" und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Stuttgart 1991, S. 271–285.

USBORNE, CORNELIE, Frauenkörper – Volkskörper. Geburtenkontrolle und Bevölkerungspolitik in der Weimarer Republik, Münster 1994.
USBORNE, CORNELIE, Ärtinnen und Geschlechteridentität in der Weimarer Republik, in: ULRIKE LINDNER und MERITH NIEHUSS (Hrsg.), Ärztinnen – Patientinnen. Frauen im deutschen und britischen Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts, Köln u. a. 2002, S. 73–94.
VÖGELE, JÖRG, Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung, Berlin 2001.
VÖGELE, JÖRG und WOLFGANG WOELK (Hrsg.), Stadt, Krankheit und Tod. Zur Geschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Epidemiologischen Transition, Berlin 2000.
VOGT, IRMGARD, Standortbestimmung der deutschsprachigen Frauengesundheitsforschung, in: Frauen und Gesundheiten in Wissenschaft, Praxis und Politik, hg. vom Arbeitskreis Frauen und Gesundheit im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health, Bern u. a. 1998, S. 22–33.
VOSSEN, JOHANNES, Gesundheitsämter im Nationalsozialismus. Rassenhygiene und offene Gesundheitsfürsorge 1900–1950, Essen 2001.
WAKSMAN, SELMAN A., The Conquest of Tuberculosis, Berkely, Ca. u. a. 1964.
WALKOWITZ, JUDITH R., Prostitution and Victorian Society. Women, Class and the State, Cambridge 1980.
WANEK, VOLKER, Machtverteilung im Gesundheitswesen, in: HANS-ULRICH DEPPE et al. (Hrsg.), Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung? Frankfurt a. M. 1989, S. 199–221.
WANEK, VOLKER, Machtverteilung im Gesundheitswesen, Struktur und Auswirkungen, Frankfurt a. M. 1994.
WASEM, JÜRGEN et al., Die westlichen Besatzungszonen. Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit und im Pflegefall, in: Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Band 2/1, 1945–1949. Die Zeit der Besatzungszonen, hrsg. von UDO WENGST, Baden-Baden 2001, S. 485–511.
WATKIN, BRIAN, The National Health Service. The First Phase, London 1978.
WEBSTER, CHARLES, Healthy or Hungry Thirties, in: History Workshop Journal 13 (1982), S. 110–129.
WEBSTER, CHARLES, The Health Services Since the War, Band 1: Problems of Health Care: The National Health Service before 1957, London 1988.
WEBSTER, CHARLES, The Health Services Since the War, Band 2: Government and Health Care: The National Health Service 1958–1970, London 1996.
WEBSTER, CHARLES, The National Health Service. A Political History, Oxford/New York 1996.
WEEKS, JEFFREY, Sex, Politics and Society. The Regulation of Sexuality since 1800, London/New York 1981.
WEEKS, JEFFREY, Sexuality and Its Discontents. Meanings, Myths and Modern Sexualities, London 1985.
WEHLER, HANS-ULRICH, Einleitung, in: DERS. (Hrsg.), Geschichte und Soziologie, Köln 1972, S. 11–31.
WEINDLING, PAUL, Health, Race and German Politics Between National Unification and Nazism, 1870–1945, Cambridge u. a. 1989.
WEINDLING, PAUL, Hygienepolitik als sozialintegrative Strategie im späten Deutschen Kaiserreich, in: ALFONS LABISCH und REINHARD SPREE (Hrsg.), Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und frühen 20. Jahrhunderts, Bonn 1989, S. 37–55.
WEINDLING, PAUL, Soziale Hygiene. Eugenik und Medizinische Praxis – Der Fall Alfred Grotjahn, in: Jahrbuch für kritische Medizin 10 (1984), (= Argument-Sonderband 119), S. 6–20.

WELSHMAN, JOHN, Municipial Medicine. Public Health in Twentieth-Century Britain, Oxford u. a. 2000.
WELSKOPP, THOMAS, Stolpersteine auf dem Königsweg. Methodenkritische Anmerkungen zum internationalen Vergleich in der Gesellschaftsgeschichte, in: Archiv für Sozialgeschichte 35 (1995), S. 339–367.
WERLE, GERHARD, Justiz-Strafrecht und polizeiliche Verbrechensbekämpfung im Dritten Reich, Berlin (West)/New York 1989.
WEYER-VON SCHOULTZ, MARTIN, Stadt und Gesundheit im Ruhrgebiet 1850–1929. Verstädterung und kommunale Gesundheitspolitik dargestellt am Beispiel der jungen Industriestadt Gelsenkirchen, Essen 1994.
WICKERT, CHRISTL, Helene Stöcker 1869–1943. Frauenrechtlererin, Sexualreformerin und Pazifistin. Eine Biographie, Bonn 1991.
WILLIAMS, SUSAN A., Women & Childbirth in the Twentieth Century. A History of the National Birthday Trust Fund 1928–93, Stroud u. a. 1997.
WILSON, JOHN ROWAN, Polio! Die Geschichte eines Impfstoffes, Wien/Hamburg 1963 (engl. Originalfassung: Margin of Safety: The Story of the Poliomyelitis Vaccine, London 1963).
WILSON, LEONARD G., The Historical Decline of Tuberculosis in Europe and America: Its Causes and Significance, in: Journal of the History of Medicine 45 (1990), S. 366–396.
WINKLE, STEFAN, Geisseln der Menschheit. Kulturgeschichte der Seuchen, Düsseldorf/Zürich 1997.
WINTER, J. M., Infant Mortality, Maternal Mortality and Public Health in Britain During the 1930s, in: Journal of European Economic History 8 (1979), S. 439–462.
WITZLER, BEATE, Großstadt und Hygiene, Stuttgart 1995.
WOELK, WOLFGANG, Gesundheit als politisches Problem? Historische Aspekte der Gesundheitsverwaltung und Gesundheitspolitik in Nordrhein-Westfalen und der Bundesrepublik Deutschland bis Mitte der 1960er Jahre, Diss. phil. Düsseldorf 2001.
WOELK, WOLFGANG, Von der Säuglingsfürsorge zur Wohlfahrtspflege: Gesundheitsfürsorge im rheinisch-westfälischen Industriegebiet am Beispiel des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf, in: JÖRG VÖGELE und DERS. (Hrsg.), Stadt, Krankheit und Tod. Zur Geschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Epidemiologischen Transition, Berlin 2000, S. 339–359.
WOELK, WOLFGANG und JÖRG VÖGELE (Hrsg.), Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Staatsgründung bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“, Berlin 2002.
WOELK, WOLFGANG und JÖRG VÖGELE, Einleitung, in: DIES. (Hrsg.), Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Staatsgründung bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“, Berlin 2002, S. 11–48.
WOELK, WOLFGANG, Zur Geschichte der Gesundheitspolitik in Nordrhein-Westfalen und in der Bundesrepublik Deutschland, in: DERS. und JÖRG VÖGELE (Hrsg.), Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Staatsgründung bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“, Berlin 2002, S. 285–312.
ZAPF, WOLFGANG, Development, Structure and Prospects of the German Social State, in: RICHARD ROSE und REI SHIRATORI (Hrsg.), The Welfare State East and West, New York 1986, S. 127–155.
ZÖLLNER, DETLEV, Öffentliche Sozialversicherung und wirtschaftliche Entwicklung. Ein zeitlicher und internationaler Vergleich, Berlin (West) 1963.

Abstract

The present comparative study investigates health policy in two completely different systems: the West German statutory health insurance system and the British National Health Service. The period under consideration is 1948 to 1965. In both countries it represents a phase during which both the new NHS and the re-introduced German insurance system are consolidated and shaped for the years to come. In addition to the analysis of systemic structures, the implementation of health policy is particularly foregrounded. Four thematic fields provide the reference point for a comparison between the two countries: tuberculosis as an „old" disease, polio as a new challenge for health policy, venereal diseases as a domain of health policy in which control and moral representations are stressed, and finally, ante-natal care and infant health care, as one of the most important fields of preventive care in public health. Along with the four case-studies, the comparative analysis of the two systems clearly highlights context-specific features of health policy.

The influence of particular structures is a crucial element. The weak integration of curative and preventive as well as medical and social services in the German Federal system can be quite consistently traced back to the tight link of the health offer with the work realm. The re-establishment of employment-bound services as a guiding principle entailed a completely different approach to problems to that of the British NHS. This led, for example, to the fact that services offered by the West German insurance companies were more obviously tailored towards the needs of male breadwinners than NHS services. In Britain, the NHS could generally better integrate social and medical offers. Moreover, prevention, diagnostics and therapy were also within its province. Strategies were repeatedly sketched about how one could better reach pregnant woman or problematic target groups with special services. However the implementation of these strategies usually failed, either because of financial or co-ordination problems.

A permanent financial penury and a heavy dependence on the state budget were the patent structural flaws of the British health system. They led to the fact that almost no investments were made and the urgently needed expansion of the inadequate system infrastructure was neglected. Until the mid-1960s, this situation entailed increasingly grotesque irregularities for the patients. These types of problems were almost unknown in the Federal Republic of Germany, even though the beginning of the 1950s can hardly be described as an age of affluence. Apparently then, many institutions and organisations within the West German health system – bodies which otherwise proved rather inflexible structures – nevertheless provided considerable financial leeway.

With regard to political steering possibilities, the German context met with substantial difficulties linked to the number of actors involved in public health, i.e. the Federal state and the German *Länder,* the public health system, the

statutory health insurance physicians, the insurance companies and the hospitals. In contrast, the centrally organised system of the NHS remained a distinct advantage. However both systems proved difficult to steer due to the influence of individual actors. Doctors proved particularly dominant in both countries. This phenomenon cannot be explained away by an appeal to the structural conditions characteristic of the different health systems. Rather, the secular trend towards an individualised, highly technicised medicine in the 1950s and 60s, as characteristic of the entire Western world, appears to have been more determinant. The lasting trust in medical progress coupled with physicians' great social prestige reinforced their powerful position in both systems.

In the course of the comparative analysis, fundamental cultural differences, which go beyond structural differences and point towards the fundamental imprints of both societies, repeatedly emerge. The dichotomy between, on the one hand, individual rights to freedom, which were emphasised in Britain, and on the other hand, public welfare, which was strongly propounded by the Federal Republic health policy, can be detected in the domains investigated. In Germany, this fundamental difference had been reinforced through the influence of the national socialist rule. In fact, the National Socialist past proved an important constant during the first decades of the Federal Republic. Its influence could be felt both in the actors themselves and in the orientation of health policy. The liberal tenor as well as the more significant participative culture prevalent in the British health system made for more openness towards various interest groups. Simultaneously, however, this open-mindedness towards patients was limited to theoretical considerations. Health services were indeed perceived as an offer and a response to the needs of patients. In practice, there was hardly any redressment when irregularities occurred, since financial penury precluded any other priorities.

The analysis of both health systems as well as the implementation of health policy in the four case-studies convincingly uncovers structural conditioning and path dependencies, not to mention the influence of societal traditions in the two countries.

Register

Kursiv gesetzte Seitenzahlen verweisen auf die Fußnoten der jeweiligen Seite

Abbott, Elizabeth 346
Abel-Smith, Brian 26, 117
Adenauer, Konrad 37, 87
Adrian Committee 197
Alber, Jens 24, 25
Albertz, Heinrich 336, 337
Astor, David 149
Attlee, Clement 51, 52
Auerbach, Walter 67, 68

Baldwin, Peter 23, 397
Ballantyne, J.W. 410, 506
Bärsch, Siegfried *329*
Barney, LeRoy Edgar 233, 274, 275
Bell, Charles *221*
Bergmann, H. W. *341*
Bernardi-Schenkluhn, Brigitte 24
Bevan, Aneurin 26, 51, 52, 55, 74, 95, 96, 115, 346, *347*
Beveridge, William 49, 50, *125*
Beveridge-Plan, Beveridge-Report 49, 50, 120, 125
Bismarck, Otto von 33, 139
Blank, Theodor 38, 39
Blanke, Bernhard 25
Blaschko, Alfred *284*, 287, 291, 293, 294, *295*, 296
Blasius, Dirk 18
Bock, Gisela 27
Bradford Hill, Austin 264
Bradley, William *258*, 259, *260*, 262, 264
Brehmer, Hermann 131, 137
Briance, Prunella 503
Brieux, Eugène *293*
Brown 208
Bruck, Carl *288*
Butler, Josephine 286
Butler, Richard Austin *273*
Buurmann, Otto *46*, 63, 64

Calmette, Albert 132
Campbell 208
Carey, Patricia 260
Catel, Werner 145
Champneys, Francis 312
Charles, John 57, *261*
Churchill, Winston 55
Cohen, Henry 98, 266
Collings, J.S. 99
Cox, Herald 230, 231, 232, 233, 254
Cox-Impfstoff 276, 280
Cranbrook, Earl of 468
Cranbrook Committee, Cranbrook Report 54, 77, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 483, 484, 498, 503
Crookshank, Harry *55*
Crossick, Geoffrey 22

Dalrymple-Champneys, Weldon 57, 202, 265, 266
Daniels, Josef 45
Dawson Report 49, 74, 94
Deininger, Leonhard 69
Deppe, Hans-Ulrich 24, 25
Dettweiler, Peter 131, 137
Dick Read, Grantly 438, 503, 504
Dick, Dorothee 343
Dick, George 231, 276
Döhler, Marian 15, 25
Dumas, Alexandre *135*

Eckstein, Harry 26
Edward, Prince of Wales, später Edward VII. 147, 148
Ehard, Hans 35
Ehrlich, Paul 289
Elizabeth II. 352
Esping-Andersen, Gøsta 23, 119, 120, 121

Flora, Peter 122
Foot, Michael 26
Forlanini, Carlo 133
Foucault, Michel 284
Fournier, Alfred 287, *293*
Francis, Thomas *228*, 243, 244
Francis-Bericht 228, 243
Freyberg, Hans 343
Frick, Wilhelm 300
Friedrichs 343

Godber, George 31, 51, 52, *56*, 57, 278, *495*
Greul, Emil 252

Griesbach, Rolf 168
Grimm, W. 366, *371*
Grotjahn, Alfred 46
Grüneberg, Theodor *342*
Guérin, Camille 132
Guillebaud, Claude W. 117
Guillebaud Committee, Guillebaud Report 55, 117
Güth, Georg *292*

Habernoll, Arnold 237
Hagen, Wilhelm 44, 45, 65, 66, 324, 328, 426, 428, 430, 432, 449, 450, 454
Hall, Jeff *272*
Harms, Bruno 45
Harmsen, Hans 45, 46, 368, 370
Hartung, Jo 367, *371*
Haupt, Heinz-Gerhard 21
Heigl 248, 252
Hein, Joachim 175
Heine, Jacob 221
Henneberg, Georg 243, 244
Herold 171
Hesse, P. G. *341*
Hintze, Otto 14, 22
Hockerts, Hans Günter 37, 121
Hoffmann, Erich 288, 322, *333*
Höller, Hans 343
Holland, Eardley 98, *99*
Honigsbaum, Frank 26
Hopf, G. 321
Hünerbein, Josef *250*
Hüter, K. A. 444

Jameson, Wilson 56, 57, 76, 315, 490
Jameson Committee, Jameson Report 76, 77, 490
Joppich, Gerhard *257*

Kaiserin-Victoria-Auguste-Haus 402
Kenny, Elizabeth 224, 238
Kershaw, J.D. 489
Kinsey, Alfred 375
Kinsey-Report 356, 375
Klein, Rudolf 26
Klose, Franz 45, 46, 243
Koch, Robert 128, 132, *141*, 244
Kocka, Jürgen 21
Koprowski, Hilary 230, 231, 232, 233

Labisch, Alfons 24
Landsteiner, Karl 221
Langer, Erich 323, 341, 342

Leavitt, Judith 502
Lehr, Robert 42
Lesser, Edmund *288*, 291
Lewis, Jane *27*
Lex, Ritter von 64, 426
Loewenstein, Georg *60*
Lüders, Helene 322
Lundt, P.V. 370

Macleod, Iain 55, 56, 265
Manger-König, Ludwig von 456
Mann, Thomas *132*, *133*
Manow, Philip 15, 25
Mantoux, Charles *132*
Mantoux-Test 132, 152
Marquand, Hilary *55*
Marsh, Richard 377, 389, 390
Mayntz, Renate 15
McKeown, Thomas 129
McNeil, Hector *55*
Medin, Karl Oskar 221
Meineke, Hans A.F. 326, *327*
Mette, Alexander *342*
Morena, Frederic 260
Moro, Ernst *132*

Neisser, Albert *284*, 287, *288*, 291, 296
Neville-Rolfe, Sybil 312
Nuffield, Lord 260

O'Connor, Basil 225
Oakley, Ann 29

Pappritz, Anna *284*
Pater, John E. 26
Paul, John R. *260*
Pilkington, Henry *476*
Pilkington Committee, Pilkington Report 100, 476
Popper, Erwin 221
Porter, Roy 19
Powell, Enoch 55, 56, 57, 80, 276, 278, 389, 485

Raffel, Marshall 24
Redeker, Franz 43, 44, 45, 46, *63*, 160, 241, 242, 321, 322, 324, 325
Reucher, Ursula 25
Rhys Williams, Juliet 501
Rickmann, Ludger 181
Ritter, Gerhard A. 23
Rogers, Naomi 222
Roosevelt, Franklin D. 28, 224, 225, 226

Rosewitz, Bernd 25
Rudolph, Heinz 106
Russell, Ritchie *265*

Sabin, Albert 230, 231, 232, 233, 252, 256, 274, 275, 278, 281
Sabin-Impfstoff 234, 254, 255, 275, 276, 280
Sainsbury, Diane 27
Salk, Jonas 227, 229, 230, 265, 281
Salk-Impfstoff 228, 231, 233, 241, 242, 243, 245, 247, 248, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 266, 269, 270, *274*, 275, 276, 279, 280, 282
Sauerbruch, Ferdinand 134
Sauerteig, Lutz 28
Schäfer, Erich 341
Schaller, Karl-Friedrich 317
Schaudinn, Fritz 288
Schofield, Michael 379, 380, *384*, 394
Schwarzhaupt, Elisabeth 43, 255
Sewering, Hans-Joachim 443
Sons, Hans-Ulrich 24
Sontag, Susan 135
Spens Committee 99
Stöcker, Helene 500
Stokes, John H. *284*
Stopes, Marie *313*
Stralau, Josef 429
Studt 246
Stühmer, Alfred 341
Sutherland, H. G. 326

Tennstedt, Florian 24
Thane, Pat 27
Thatcher, Margaret 58, 121
Tietze, Albrecht 236
Titmuss, Richard 26, 93, 117
Turban, Karl 131
Turton, Robin *55*

Underwood, Michael 221

Vosper, Denis *55*, 268

Walker-Smith, Derek 55, 56, 270, 271, 272, 273, 382
Wanek, Volker 25, 26
Wassermann, August *288*
Wassermann-Test 288, 308
Watkin, Brian 26
Webber, Douglas 25
Webster, Charles 26, 79, 99
Weindling, Paul 297
Welskopp, Thomas 11
Westphal, Hedwig *107*
Westwood, Gordon *384*
Wilson, John R. 266
Winchester 208
Woelk, Wolfgang 24
Wolfenden, John 353, 384
Wolfenden Committee, Wolfenden Report 353, 354, 384, 385, 386