



Lungensanatorium im schweizerischen Davos - Schauplatz von Thomas Manns Roman: „Der Zauberberg“. Der Roman spiegelt die Befindlichkeit der PatientInnen in den teuren Eliteanstalten um 1920. Foto: Dokumentationsbibliothek Davos

## Soziale Sicherung und Liegekur

### Bekämpfung der Tuberkulose in Deutschland

*Die Einsicht, dass Tuberkulose maßgeblich für die hohe Sterblichkeit verantwortlich ist, hat den Ausbau der Sozialversicherungssysteme in Deutschland und Europa vorangetrieben.<sup>1</sup> Sozialreformen und dadurch verbesserte Lebensbedingungen trugen erheblich zur Bekämpfung der Krankheit bei. Das Heilstättenwesen zeigte mit massenhaft verordneten Liegekuren zwar kaum Heilungserfolge, etablierte aber ein Recht auf Therapie – auch für mittellose Kranke.*

Schutzlos sind Arbeiterfamilien um 1850 den Fabrikherren ausgeliefert. Für Hungerlöhne arbeiten Männer, Frauen und auch Kinder 14 bis 16 Stunden pro Tag, leben in viel zu kleinen Wohnungen, sind unterernährt. In den Mietskasernen raffen Krankheiten wie Tuberkulose ganze Familien hinweg. Die miserablen Lebensbedingungen der ArbeiterInnen lassen auch den Ruf nach Reformen radikaler werden. Immer wieder

gibt es Proteste und Streiks, die ArbeiterInnen organisieren sich zunächst in Vereinen, später gründet sich die sozialdemokratische Partei als Klassenpartei der Arbeiterschaft.<sup>2</sup> Reichskanzler Otto von Bismarck reagiert mit repressiven Sozialistengesetzen auf den Zulauf bei der Arbeiterpartei und deren wachsendes Gewicht im Reichstag. Um die massiven sozialen Spannungen zu entschärfen, stellt er 1881 in einer programmatischen Reichstagsrede ein umfassendes System sozialer Sicherung in Aussicht, um Arbeiter vor Unfall, Krankheit, Alter und Invalidität zu schützen.<sup>3</sup>

Insbesondere die bald darauf beschlossene Krankenversicherung und die 1889 verabschiedete Invalidenfürsorge waren für die Tuberkulosebekämpfung von entscheidender Bedeutung. Allerdings sicherte die Krankenversicherung nur kurzfristigen Erwerbsausfall ab. Tuberkulosekranke, die gewöhnlich viele Jahre lang ar-

beitsunfähig waren, erhielten Unterstützung aus der Invalidenversicherung. TB-PatientInnen stellten demnach eine recht hohe Belastung der Rentenkasse dar: 30-50% aller Verrentungen der 20-40jährigen betrafen Tuberkulose. Bis 1911 wurden daher die Leistungen der Krankenkassen zunehmend ausgebaut.

## Spuckverbote und Merkblätter

Gesetzliche Maßnahmen zur Verhütung der TB-Ausbreitung führten die deutschen Staaten nur zögerlich ein. Erst 1923 erließ Preußen eine Meldepflicht für TB-Kranke, doch der größte Teil der Tuberkulosefälle wurde nicht gemeldet.<sup>4</sup> Stattdessen rückte man den Bakterien durch Spucknäpfe und Spuckverbote zu Leibe.<sup>5</sup> „[D]iese immer noch weit verbreitete Unsitte ist ebenso unanständig als gesundheitsschädlich und gemeingefährlich“, heißt es in den Blättern für das Armenwesen 1910.<sup>6</sup> Der Auswurf der Kranken wurde als wichtigster Übertragungsweg betrachtet. Man glaubte, das Sputum trockne an der Luft und könne dann in Staubform von Gesunden eingeatmet werden.<sup>7</sup>

Um 1900 begann das Kaiserliche Gesundheitsamt in Berlin spezielle Tuberkulose-Merkblätter herauszugeben, die von Geistlichen, ÄrztInnen, LehrerInnen und ArbeitgeberInnen verteilt wurden. Im ersten dieser Informationsblätter hieß es, tuberkulöse Frauen sollten nicht stillen oder Kinder betreuen.<sup>8</sup> Die Reaktion auf diese drastische Forderung versetzte viele Frauen in Angst und Schrecken. Ein Amtsarzt aus Württemberg berichtete: „Der Hausarzt teilte mit, dass ein Patient einen Blutsturz, der andere eine tiefe Depression infolge des Merkblatts erlebt habe. (...) [E]ine der Frauen wurde auch deshalb sehr aufgeregt, weil sie fürchtete, man werde ihr jetzt ihr Pflegekind wegnehmen.“<sup>9</sup>

## Zur Kur in die Natur

Schon um die Mitte des 19. Jahrhunderts hatte der Arzt Hermann Brehmer die These aufgestellt, man müsse die PatientInnen nur an sogenannte „immune Orte“ bringen, um ihre Lungentuberkulose auszuheilen. Als solche Orte definierte er Gegenden, in denen keine Schwindsucht auftrat. Brehmer fand solch einen Ort im Riesen-

gebirge und gründete dort 1856 in Göbersdorf ein Sanatorium. Brehmers Schüler und ehemaliger Patient Peter Dettweiler gründete 1876 ein weiteres Sanatorium in Falkenstein im Taunus. Im Gegensatz zu Brehmers Therapiekonzept des „Spaziersitzens“ mit reichlichem Cognac-Genuss führte Dettweiler – ganz ehemaliger preußischer Militärarzt – ein strenges Therapier regime ein. Er verlangte eine strenge Liegekur, erfand dafür den für Sanatorien seither charak-



Schilder mit Spuckverboten hingen in öffentlichen Gebäuden, Wirtschaftshäusern, Fabriken, Schulen, Eisenbahnwaggons und sogar in Kirchen.  
Foto: C. Hess/Literaturhaus München

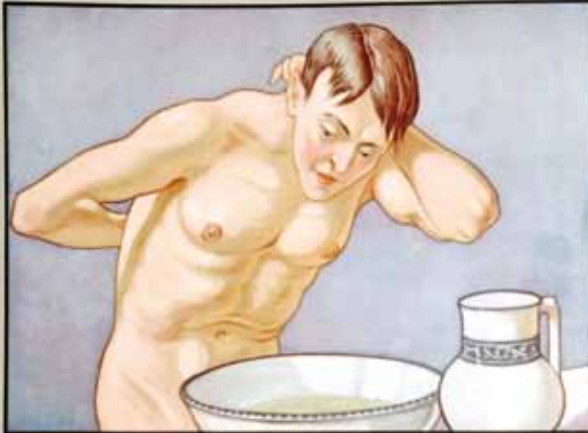
teristischen Liegestuhl und die Taschenspuckflasche, den sogenannten blauen Heinrich. Zahlreiche weitere Sanatorien entstanden, etwa in den hochgelegenen Gebirgstälern der Schweiz.<sup>10</sup> Der Nachweis einer weitgehenden Keimfreiheit frischer Luft in unbesiedelten Gebieten galt als Bestätigung der Frischluft-Kur.

## Gründung des DZK

Doch die Kurbehandlung war teuer und nur für Reiche erschwinglich. Um auch den besonders stark von Tuberkulose betroffenen sozial schwachen Schichten eine Kur zu ermöglichen, wurden Heilstättenvereine gegründet und sogenannte Volksheilstätten errichtet. Die Dynamik dieser Heilstättenbewegung führte schließlich 1895 zur Gründung des Deutschen Central-Komitees zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke (ab 1906 deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose).<sup>11</sup>

Das DCK sollte nicht nur den Bau von Heilstätten für Arme unterstützen, sondern auch Aufklärungsarbeit leisten. Es gab Merkblätter heraus, erstellte Lichtbildvorträge, Plakate und Bildtafeln zur Tuberkulose-Aufklärung. Die Forderung nach Sauberkeit und getrennten

# Wie schützt man sich und andere vor Tuberkulose ?



Durch peinliche Reinhaltung des Körpers



Durch Vorhalten des Taschentuches und Abwenden beim Husten



Durch Benutzung eines Spuckfläschchens



Durch Benutzung eines zweckmäßigen (Wand-)Spucknapfes



Durch Desinfektion der tuberkulöse Ausscheidungen enthaltenden Wäsche im Wäschebeutel.

Aufklärungsplakat des DZK aus den 1920er Jahren. Foto: Deutsches Hygienemuseum

Schlafzimmern standen bei der TB-Prävention im Vordergrund. Letzteres war in den meisten Arbeiterfamilien kaum umzusetzen, deshalb sollten die Kranken wenigstens in einem eigenen Bett schlafen – am besten durch einen Wandschirm getrennt.

## Sauberkeit und ein eigenes Bett

Um 1900 wurden Fürsorgestellen eingerichtet, um die Früherkennung der Tuberkulose zu fördern. Die MitarbeiterInnen sollten TB-Fälle aufspüren, stärkende Lebensmittel, Betten, Spuckflaschen und andere notwendige Utensilien für die Kranken beschaffen, aber auch Heilkuren und geeignete Wohnungen vermitteln. Häufig waren es örtliche Wohltätigkeitsvereine, die diese Aufgaben wahrnahmen. Sie besuchten die Lungenkranken und bemühten sich, bei konkreten Anliegen Abhilfe zu schaffen. In alten Berichten heißt es z.B.: „Ochsenhausen: Kreszentia E. bittet um Überlassung eines Liegestuhls. (...) Steinhausen: Johannes H. bittet um einen Zuschuss zur Verbesserung der Kost. (...) Ellmasweiler: Karl W. wohnt im Armenhaus im engen Raum mit seiner Familie zusammen. Derselbe soll notwendig ausquartiert werden.“<sup>12</sup> Trotz der angebotenen Hilfeleistungen begegneten die betroffenen Familien solcher Einmischung in private Angelegenheiten häufig eher ablehnend.

## Therapie auch für Arme

Seit Ende der 1880er Jahre wurden Volksheilstätten eingerichtet, die ärmere Lungenkranke aufnehmen sollten. Sie sollten die PatientInnen physisch und psychisch stärken, die körperliche Widerstandskraft wiederherstellen, aber vor allem auch zur Hygieneerziehung beitragen.

Allerdings gab es auch massive Kritik an den Heilstätten und der Verwendung öffentlicher Gelder für die Heilkuren – vor allem von Seiten der Bakteriologie, der Sozialen Hygiene und der Chirurgie. Der Misserfolg von Kochs Tuberkulin, das sich zur Heilbehandlung der TB als ungeeignet erwies, hatte die Kritik an den Volksheilstätten zunächst gedämpft. Denn nun galten Liegekuren wieder als einzig mögliche Behandlung.

Koch selbst attestierte den Heilstätten aber weiterhin, sie seien als therapeutische Einrichtungen weitgehend nutzlos. Ähnlich äußerten sich andere führende Forscher seiner Zeit, so etwa George Cornet: „Der Kampf gegen die TB, durch die Heilstätten ist nicht mehr wert, als wenn man einer Hungersnot mit Kaviar und Austern, statt mit Brot und Speck abhelfen wollte.“<sup>13</sup>

Tatsächlich waren die medizinischen Erfolge der Heilkuren eher bescheiden. Von den Patienten die 1908 aus einer Heilstätte entlassen wurden, galten 81% als geheilt, kaum einer Jahr später waren von den Behandelten aber nur noch 66% erwerbsfähig und fünf Jahre nach Behandlungsende noch 48%.<sup>14</sup> Die Heilkuren hatten aber durchaus eine wichtige sozialpolitische Bedeutung, denn Versicherte hatten damit Anspruch auf eine Therapie, die sich sonst nur Vermögende leisten konnten.

## Viele blieben unbehandelt

Viele der TB-Kranken besuchten nie eine Heilstätte. Zwar waren die Armen- und Wohlfahrtsverbände verpflichtet, auch Nichtversicherten und Unbemittelten eine Kur zu vermitteln, doch häufig scheiterte das Vorhaben an den Kosten.<sup>15</sup> Ehemänner gingen so lange arbeiten wie es eben ging, um die Familie zu ernähren.



Blauer Heinrich – Spuckfläschchen für TB-Kranke



Tuberkulose-Behandlung damals und heute – eine Ausstellung im Literaturhaus München zitiert aus Thomas Manns „Der Zauberberg“ und gibt Einblicke in den Alltag von PatientInnen im Lungensanatorium. Foto zur Ausstellung „Tod und Amüsement“, C. Hess

Die meisten Kranken lebten und starben daheim, häufig, weil sie zu krank waren, um in einer Heilstätte aufgenommen zu werden. Dort therapierte man in der Regel nur PatientInnen, die Aussicht auf Heilung hatten. Auch Krankenhäuser scheuten sich, Schwerkranke aufzunehmen, denn diese erforderten Isolierzimmer, Pflegekräfte und verursachten hohe Kosten. Nicht selten weigerten sich auch die PatientInnen, eine Heilkur anzutreten, weil sie die lange Trennung von ihren Angehörigen, Diskriminierung und Verarmung fürchteten. Mütter sorgten sich zudem, dass ihre Kinder während ihrer Abwesenheit nicht ausreichend versorgt würden. Die PatientInnen in den Heilstätten litten unter der Trennung von ihrer Familie. Viele hatten nie zuvor ihren Wohnort verlassen und fühlten sich unwohl in der fremden Umgebung, wo sie von ÄrztInnen und Schwestern bevormundet wurden. Condrau spricht daher von einem Einsamkeits- und Entfremdungsgefühl der PatientInnen.<sup>16</sup> Die Angst um die eigene Gesundheit vermischte sich mit depressiven Stimmungen und Schuldgefühlen, die Angehörigen einem gesundheitlichen Risiko ausgesetzt und im Stich gelassen zu haben. „Man soll soviel als möglich in einer Heilstätte jede Aufregung vermeiden,

aber was greift mehr an als die Sorgen um die Lieben daheim? Musste ich mir doch sagen, dass meine Frau sich selbst und 5 Kinder jetzt mit 5,25 [Mark] ernähren sollte, während ich täglich hinter vollen Schüsseln saß.“<sup>17</sup> schrieb ein Patient.

- 1 Condrau F (2000) Lungenheilstätte und Patientenschicksal. Sozialgeschichte der Tuberkulose in Deutschland und England im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert. S. 20
- 2 Geschichte der Gewerkschaften 1830-1870. [www.gewerkschaftsgeschichte.de/handwerker-und-arbeiter-forderungen-reformen.html](http://www.gewerkschaftsgeschichte.de/handwerker-und-arbeiter-forderungen-reformen.html) [Zugriff 20.5.2016]
- 3 Condrau F (2000) aaO., S. 84
- 4 ebenda, S. 83 f.
- 5 Hähner-Rombach S. (2000) Sozialgeschichte der Tuberkulose vom Kaiserreich bis zum Ende des zweiten Weltkriegs: unter besonderer Berücksichtigung Württembergs, S. 86
- 6 ebenda, S. 94
- 7 Condrau F (2000) aaO., S. 155.
- 8 Hamburger K. (1906) Tuberkulosebekämpfung und §218 des Reichsstrafgesetzbuches. Berliner Tageblatt (Abend Ausgabe), 4.3.1906, S. 6
- 9 Hähner-Rombach S. (2000) aaO., S. 220.
- 10 Konietzko N. (1996) 100 Jahre Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK). Der Kampf gegen die Tuberkulose. S. 16.
- 11 ebenda, S. 17
- 12 Zit. n. Hähner-Rombach S. (2000) aaO., S. 99
- 13 Zit. n. Flurin Condrau F (2000) aaO., S. 143.
- 14 ebenda, S. 148.
- 15 Konietzko N. (1996) aaO., S. 21.
- 16 Condrau F (2000) aaO., S. 217.
- 17 ebenda, S. 225.