

---

Marc von Miquel und Christoph Wehner

## Seuchenbekämpfung in der Region

### Zum Umgang mit der Tuberkulose in Rheinland und Westfalen nach 1945

Tuberkulose (TB oder Tbc) zählt zu den häufigsten Infektionskrankheiten weltweit. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation führte sie 2020 bei etwa 1,5 Millionen Menschen zum Tod, vermutlich zehn Millionen hatten sich im gleichen Jahr neu infiziert.<sup>1</sup> Vorrangiges Verbreitungsgebiet der Krankheit sind die von Armut geprägten Länder des Globalen Südens. Mittlerweile treten dort vermehrt multiresistente Erregerstämme auf, sodass schwere Krankheitsverläufe selbst mit Hilfe moderner Kombinationspräparate nicht verhindert werden können. Insofern ist die Tuberkulose im globalen Maßstab das geblieben, was ihr hervorstechendes Merkmal in der Geschichte der westlichen Industrienationen bis in die sechziger Jahre war – eine Arme-Leute-Krankheit.

Seit dem 19. Jahrhundert grassierte die Tuberkulose in den Arbeitervierteln auch in Deutschland, befördert durch Mangelernährung, miserable Wohnverhältnisse und unzureichende Hygiene. In Verbindung mit den Anfängen des modernen Sozialstaats im Kaiserreich setzten dann auch erste institutionelle Bemühungen ein, der Seuche durch Behandlungs- und Bekämpfungsmaßnahmen Einhalt zu gebieten. Erfolg versprachen dabei vor allem präventive Maßnahmen wie Investitionen in den sozialen Wohnungsbau und in ein funktionierendes Abwassersystem. Dagegen konnten die zeitgenössisch gängigen Behandlungsmethoden, so konservative Liegetherapien in Heilstätten und chirurgische Verfahren, den oft tödlichen Verlauf nur hinauszögern, aber nicht abschließend heilen.

Während des Zweiten Weltkriegs, unter den Bedingungen von Zwangsarbeit und „totalem Krieg“, wurde Deutschland von einer massiven Erkrankungswelle erfasst, die auch in der Nachkriegszeit nicht abflachte. Es waren die Umstände der „Hungerjahre“ nach 1945, die prekären sozialen, wirtschaftlichen und hygienischen Verhältnisse der Menschen, die die Infektionszahlen erneut ansteigen lie-

---

1 World Health Organization, Global TB Report 2020, Genf 2021, S. 7–10.

ßen – und dies zu einer Zeit, in der auch die Gesundheitsversorgung weitgehend zusammengebrochen war. Hinzu kam eine zerklüftete institutionelle Landschaft von Kosten- und Leistungsträgern, zuständig für Behandlung, Beratung, Nachsorge und finanzielle Unterstützung, die in vielen Sektoren nicht mehr arbeitsfähig war.

In Anbetracht dieser katastrophalen Ausgangslage mag es erstaunen, dass die Tuberkulose in der Bundesrepublik innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums stark zurückgedrängt werden konnte. Als Folge neuartiger Behandlungsformen, die auf der Entwicklung von wirksamen Chemotherapeutika basierten, nahmen Morbidität und Mortalität drastisch ab, sodass die Tuberkulose in den 1960er Jahren ihre Bedeutung als „Volkskrankheit“ einbüßte. Wie die Überwindung der Tuberkulose in der Nachkriegszeit gelang und institutionell ermöglicht wurde, markiert die Leitfrage dieses Beitrags, der den Blick am Beispiel Rheinlands und Westfalens zugleich auf die bedeutsame regionale Ebene der Seuchenbekämpfung richtet. Im Fokus der Betrachtung steht zudem die gesetzliche Rentenversicherung, die als Kostenträger des Tuberkuloseheilverfahrens, Steuerungsinstanz der Versorgung und Finanzierung der wichtigste Akteur der zeitgenössischen Tuberkulosebekämpfung war. Ihre Aufgaben betrafen nicht nur die medizinische Behandlung, sondern umfassten die Förderung von Erwerbsfähigkeit und beruflicher Wiedereingliederung, präventive Maßnahmen der Vorbeugung, Aufklärung und Früherkennung sowie die Abstimmung mit den regionalen Gesundheitsverwaltungen und Leistungserbringern.

Als „Signalkrankheit deutscher Geschichte“<sup>2</sup> hat die Tuberkulose früh das Interesse der historischen Forschung geweckt. Als solide erforscht kann inzwischen vor allem die Tuberkulosebekämpfung in der NS-Zeit gelten,<sup>3</sup> die in jüngs-

2 Dirk Blasius, Tuberkulose. Signalkrankheit deutscher Geschichte, in: *Geschichte in Wissenschaft und Unterricht* 47 (1996), H. 5–6, S. 320–332. So liegen zur Sozialgeschichte der Tuberkulose, zur Politik- und Organisationsgeschichte der Tuberkulosebekämpfung sowie zur Medizingeschichte der Krankheit zahlreiche Sammelbände, monographische Studien und Aufsätze vor, die allerdings mehrheitlich im 19. und der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts angesiedelt sind. Siehe exemplarisch Sylvelyn Hähner-Rombach, *Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Ende des Kaiserreichs bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges unter besonderer Berücksichtigung Württembergs*, Stuttgart 2000.

3 Siehe als Auswahl: Dirk Blasius, Die Tuberkulose im „Dritten Reich“, in: Nikolaus Konietzko (Hg.), *Der Kampf gegen die Tuberkulose. 100 Jahre Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK)*, Frankfurt/Main 1996, S. 77–85; Martin Höfler-Waag, *Die Arbeits- und Leistungsmedizin im Nationalsozialismus von 1939 bis 1945*, Husum 1994; Mandy Jakobczyk, *Das Tuberkuloseproblem bei Zwangsarbeitern in Schleswig-Holstein*, in: Uwe Danker u. a. (Hg.), *„Wir empfehlen Rückverschickung, da*

ter Zeit durch Studien zur zentralen Rolle der Rentenversicherungsträger sowie zu den Lebensverhältnissen von Tuberkulosekranken in den Heilanstalten wichtige Perspektiverweiterungen erfahren hat.<sup>4</sup> Demgegenüber ist die Politik und Praxis der Tuberkulosebekämpfung für die Zeit nach 1945 kaum empirisch erschlossen. Während für die frühe Nachkriegszeit einige Überblickstudien vorliegen, die die Wiederaufnahme der Tuberkulosebekämpfung im Rahmen alliierter Gesundheitspolitik in den unterschiedlichen Besatzungszonen in den Blick nehmen, bleibt die nachfolgende Entwicklung in der Literatur weithin blass.<sup>5</sup>

Die Frage nach Kontinuitäten und Brüchen in der regionalen Praxis der Tuberkulosebekämpfung nach 1945 richtet sich neben dem Steuerungshandeln der verantwortlichen Akteure auch auf deren Wahrnehmungshorizonte und Deutungsmuster. Der Fokus liegt über die Kontroversen um konkurrierende Behandlungsmodelle hinaus insbesondere auf dem Einsatz von Zwangsmitteln und Gewalt bei der „Asylierung“ von Tuberkulosekranken, der im „Dritten Reich“ gesetzlich ermöglicht und stark ausgeweitet worden war. Die Frage nach der Anwendung von Zwang wurde in der Nachkriegszeit indes keinesfalls gegen-

sich der Arbeitseinsatz nicht lohnt“. Zwangsarbeit und Krankheit in Schleswig-Holstein 1939–1945, Bielefeld 2001, S. 243–272; Astrid Ley, Ausgegrenzt – vernachlässigt – ermordet. TB-Kranke im Nationalsozialismus, in: Robert Loddenkemper/Nikolaus Konietzko/Vera Seehausen (Hg.), Die Lungenheilkunde im Nationalsozialismus, Berlin 2018, S. 152–179; Winfried Stüb, Der „Volkskörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939–1945, München 2003.

- 4 Siehe als Auswahl: Patrick Bernhard, Der Tod und die Rente. Tuberkulosebekämpfung und Sozialversicherung im Nationalsozialismus, in: Sozialer Fortschritt 68 (2019), H. 2–3, S. 129–149; Alfred Fleßner, Die Volkskrankheit. Tuberkulosebekämpfung in der NS- und in der Besatzungszeit im Bezirk Oldenburg-Bremen, Bielefeld 2017; Christoph Wehner, Tuberkulosekranke in Heilstätten der LVA Schleswig-Holstein im „Dritten Reich“. Medizinische Versorgung und soziale Praxis zwischen 1933 und 1945, Bochum 2020.
- 5 Für die britische Zone siehe Ulrike Lindner, Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich, München 2004, bes. S. 127–220; für die US-amerikanische Besatzungszone siehe Dagmar Ellerbrock, „Healing Democracy“ – Demokratie als Heilmittel. Gesundheit, Krankheit und Politik in der amerikanischen Besatzungszone 1945–1949, Bonn 2004, bes. S. 324–444. Zum Nachkriegskonflikt zwischen Fürsorgeverbänden und der Rentenversicherung in der Tuberkulosehilfe: Friederike Föcking, Fürsorge im Wirtschaftsboom. Die Entstehung des Bundessozialhilfegesetzes von 1961, München 2007, S. 292–298. Zur Politik und Praxis des Impfens nach 1945 unter Berücksichtigung der Tuberkulose siehe Malte Thießen, Immunisierte Gesellschaft. Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert, Göttingen 2017, bes. S. 168–169, 174.

standslos, sondern blieb vor dem Hintergrund drastischer Erkrankungszahlen ebenso zentral wie umstritten.

### 1. Neuorganisation der Tuberkulosebekämpfung in Rheinland und Westfalen<sup>6</sup>

Die sozialen Notlagen der ersten Nachkriegsjahre begünstigten die rapide Ausbreitung von Infektionskrankheiten. Die Lebens- und Wohnverhältnisse waren vielerorts katastrophal, es herrschten miserable Hygienebedingungen vor und Millionen Kriegsflüchtlinge, Displaced Persons und ehemaligen Soldaten waren unterwegs oder in Lagern untergebracht. All dies ließ die Erkrankung an der ansteckenden, sogenannten offenen Tuberkulose zu einem Massenphänomen werden. Das nordrhein-westfälische Sozialministerium ging 1947 von 25.000 Fällen offener Tuberkulose aus und berichtete, die Zahl der Neuerkrankten sei von 14,5 im Jahr 1938 auf 41,7 im Jahr 1946 pro 10.000 Einwohner gestiegen.<sup>7</sup> Angesichts der hohen Infektionszahlen räumte die Gesundheitspolitik in Nordrhein-Westfalen der Bekämpfung der Tuberkulose höchste Priorität ein und setzte sich zum Ziel, die kriegsbedingt stark verknappten Kapazitäten der TB-Heilstätten möglichst schnell auszubauen. Gleichwohl reichten die verfügbaren Plätze, Lebensmittel und Heizmaterial nicht aus, um die vielen Tuberkulosekranken zu versorgen. Hinzu kam der Mangel an ärztlichem und Pflegepersonal. In der Folge konnten Schwerkranke nicht mehr in Kliniken aufgenommen werden, die Behandlung der übrigen Patienten musste auf ein zeitliches Minimum beschränkt bleiben. Dennoch betrug die Wartezeit auf ein Heilverfahren – für andere Maßnahmen fehlte in den ersten Nachkriegsjahren schlichtweg die Infrastruktur – zwischen vier und sechs Monate. „Die Ansteckungsgefahr ist während dieser langen Frist so groß, dass mit einem Absinken der Neuinfektionen nicht gerechnet werden kann“, warnte im Oktober 1947 die Landesversicherungsanstalt (LVA) Rheinprovinz und forderte „Wiederaufbau und Freimachung von Heilstätten als dringendes Gebot der Stunde“.<sup>8</sup>

6 Dieses Kapitel basiert weitgehend auf den Forschungsergebnissen von Marc von Miquel, Wiederaufbau und Neuordnung, in: Ders./Anne Schmidt, 125 Jahre Rentenversicherung in Westfalen. Sicherheit für Generationen 1890 bis 2015, Münster 2015, S. 166–173 sowie von Gabriele Hommel, Wege und Irrwege. Tuberkulosebekämpfung im Rheinland, in: Dies./Marc von Miquel (Hg.), Die vergessene Krankheit. Tuberkulose gestern und heute, Bochum 2010, S. 27–47.

7 Lindner, Gesundheitspolitik (wie Anm. 5), S. 144.

8 Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, Krieg und Frieden. Vom Dritten Reich zur Bundesrepublik, Düsseldorf 1987, S. 27.

Rechtlich und organisatorisch blieben die Zuständigkeiten in der Tuberkulosebekämpfung, wie sie 1943 mit dem nationalsozialistischen Tuberkulose-Versorgungswerk etabliert worden waren, über die politische Zäsur des Jahres 1945 weithin unverändert. Die Leistungspflicht der Krankenversicherung umfasste die akute Krankenhausbehandlung aktiver Tuberkulosen, während die Rentenversicherung weiterhin als Träger des medizinischen Heilverfahrens und der damit verbundenen wirtschaftlichen Leistungen fungierte. Für den Kreis der Nichtversicherten blieben die Landesfürsorgeverbände zuständig.<sup>9</sup> In Westfalen hatte man zur koordinierten Seuchenbekämpfung bereits 1946 den Westfälischen Tuberkulose-Ausschuss wieder ins Leben gerufen, der 1934 infolge der Errichtung der NS-Gesundheitsämter aufgelöst worden war. Unter der Leitung der LVA Westfalen schlossen sich im Tuberkulose-Ausschuss die maßgeblichen regionalen Kostenträger und Fachmediziner zusammen, so der Landesfürsorgeverband, die Gesundheitsabteilungen der jeweiligen Regierungsbezirke, die gesetzlichen Krankenkassen, die Chefarzte der westfälischen Heilstätten und Professoren der Universität Münster.

Ein nächster Schritt, um die Tuberkulose möglichst effektiv zu bekämpfen, wurde mit Gründung einer weiteren Organisationseinheit im Jahr 1947 unternommen. Die „Zentralstelle für Tbc-Hilfe in Westfalen“, getragen vom Landesfürsorgeverband und der Landesversicherungsanstalt Westfalen, übernahm als erste ihrer Art in Deutschland eine Gesamtzuständigkeit für alle Tuberkulosekranken in Westfalen – und dies unabhängig davon, ob sie der Arbeiter- oder Angestelltenversicherung angehörten, kriegsbeschädigt oder unversichert waren. Die Anlaufstellen für Tuberkulosekranke konnten die Anträge auf Heilbehandlung unbürokratisch und schnell bearbeiten, denn Fragen der Zuständigkeit und Kostenübernahme wurden im Sinne der Seuchenbekämpfung und des einzelnen Versicherten erst nachträglich geklärt. Gleichwohl konnten die Wartezeiten zwischen Antragstellung und Behandlungsbeginn erst 1953 beseitigt werden.<sup>10</sup> In personalpolitischer Hinsicht diente die Leitung der „Zentralstelle für Tbc-Hilfe in Westfalen“ als geeignete Position, um den belasteten NS-Behördenleiter der LVA West-

9 Mit dem Tuberkulose-Versorgungswerk waren der Rentenversicherung nahezu sämtliche Leistungen in der Tuberkulosebekämpfung übertragen worden. Im Einzelnen umfasste dies Heilbehandlung, Absonderung, Pflege sowie die wirtschaftliche Versorgung der Kranken und ihrer Familien. Aufgrund der hohen finanziellen Belastungen war das Tuberkulose-Versorgungswerk bereits innerhalb der zeitgenössischen Rentenversicherung umstritten. Vgl. dazu auch Bernhard, *Der Tod*, S. 129–130.

10 Dokumentations- und Forschungsstelle der Sozialversicherungsträger, Bochum (sv:dok), 6/1000/45, Verwaltungsbericht LVA Westfalen 1946, S. 23; 6/1000/52, Verwaltungsbericht LVA Westfalen 1953, S. 35.

falen, Otto Schultze-Rhonhof, für einige Jahre aus dem Schussfeld zu nehmen, zumal der nordrhein-westfälische Arbeitsminister August Halfell auf dessen Entlassung drang. Nachdem der Entnazifizierungsausschuss 1948 Schultze-Rhonhof in einem zweiten Entscheid vollständig entlastet hatte, war der Weg frei für seine schrittweise Rehabilitierung und Rückkehr in die Geschäftsführung im Jahr 1954.<sup>11</sup>

Ein knappes Jahr später als das westfälische Pendant reorganisierte sich im April 1947 in Düsseldorf der Rheinische Tuberkulose-Ausschuss. Mit insgesamt 45 Organisationen und Einzelpersonen zählte das gesamte Spektrum der Fachleute und institutionellen Verantwortungsträger zu den Gründungsmitgliedern, darunter die Behörden der Landesregierung und der Bezirksregierungen, die Sozialversicherungsträger, die großen Kommunen, Ärzte- und Wohlfahrtsverbände, ferner Fachärzte von Universitäten und Lungenheilstätten. Den Vorsitz des Verbandes übernahm der Leiter der LVA Rheinprovinz Hans Weninger, die Geschäftsführung wurde Harry Schmitz übertragen, Fachberater des Arbeitsministeriums Nordrhein-Westfalen. Erklärtes Ziel des Rheinischen Tuberkulose-Ausschusses war „eine einheitliche, zusammengefasste, schlagkräftige und den jeweiligen Verhältnissen angepasste TB-Bekämpfung in der ganzen Nordrheinprovinz“.<sup>12</sup> Ein Schwergewicht legten der Rheinische und der Westfälische Tuberkulose-Ausschuss in den ersten Jahren ihrer Tätigkeit auf Maßnahmen zur Aufklärung der Bevölkerung, die sie mit Spendenaufrufen zur finanziellen Unterstützung der Arbeit verbanden. Besonders hervorzuheben ist eine zweiwöchige Kampagne unter dem Titel „Kampf gegen Tuberkulose“, die im September 1949 zusammen mit dem bundesweit zuständigen Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose organisiert wurde.

## 2. Das stationäre Versorgungsmodell – Infrastruktur und Kontroversen

Die Planung, Errichtung und Weiterentwicklung der Infrastruktur für Tuberkulosekranke betraf in der unmittelbaren Nachkriegszeit an vorderster Stelle den Ausbau von Betten- und Heilstättenkapazitäten, die als Folge militärischer Beschlagnahmungen und der kriegsbedingten Zerstörung einer Vielzahl von Behandlungseinrichtungen massiv dezimiert waren. In Westfalen beispielsweise standen im Oktober 1945 nur 2.875 Betten zur Verfügung, während 888 Betten

11 Miquel, Wiederaufbau und Neuordnung (wie Anm. 6), S. 154–159.

12 sv:dok, 1/Bestand RTA, Harry Schmitz, Redemanuskript zur Eröffnung der Gründungsversammlung des Rheinischen Tuberkulose-Ausschusses, 2.4.1947.

aufgrund von Beschlagnahmungen durch die Militärregierung wegfielen. Weitere 516 Betten blieben der Nutzung als Lazarettbetten und der Belegung mit Evakuierten und Displaced Persons vorbehalten. Zur gleichen Zeit betrug die Gesamtzahl der erfassten Tuberkulosekranken (von einer hohen Dunkelziffer ist auszugehen) 77.602 Personen, unter denen sich wiederum 11.241 Kranke mit ansteckender Tuberkulose befanden.<sup>13</sup>

In nur wenigen Jahren gelang es den Trägern der Arbeiterrentenversicherung in Westfalen und Rheinland, der dramatischen Unterversorgung der erkrankten Bevölkerung entgegenzuwirken. 1948 stellte die LVA Westfalen bereits über 1.200 Plätze für Tuberkulosekranke bereit, darunter Betten in fünf Kliniken und zwei Kurheimen in Eigenbesitz. Umfangreicher noch fiel die Belegung in fremden Häusern aus mit 2.800 Betten in Fachkrankenhäusern und weitere 3.500 Betten in allgemeinen Krankenhäusern im Jahr 1948.<sup>14</sup> Ähnlich verlief die Entwicklung im Bezirk der LVA Rheinprovinz. Sie verfügte innerhalb weniger Jahre wieder über die vier eigenen Lungenkliniken und widmete eine ehemalige Nervenklinik für die Tuberkulosebehandlung um. Insgesamt kamen alle Häuser der LVA Rheinprovinz im Jahr 1949 auf rund 1.400 Betten, ergänzt um 3.500 Betten, die sie in anderen Kliniken fest belegte.<sup>15</sup>

Während in Großbritannien ambulante Therapiemodelle auf Basis neuartiger Chemotherapeutika auf dem Vormarsch waren, lag in Nordrhein-Westfalen wie im gesamten Bundesgebiet in den frühen 1950er Jahren die Priorität weiterhin auf dem Ausbau der stationären Tuberkulosebehandlung. Über den akuten Notstand hinaus verweist dies auf eine spezifische Pfadabhängigkeit der deutschen Infrastrukturentwicklung. Die im Kaiserreich etablierte Heilstättentherapie mit Frischluft-Liegekur in klimatisch günstigen Regionen galt in der Bundesrepublik über weite Strecken als Königsweg in der Behandlung der tödlichen Lungenkrankheit, wengleich diese Therapieform stets von begründeten Zweifeln an ihrer Wirksamkeit flankiert worden war. Neben der konservativen Sanatoriumskur bildeten chirurgische Verfahren ein weiteres Element der stationären Tuberkulosebehandlung. Sie bedurften einer aufwendigen und kostenintensiven medizinisch-technischen Ausstattung, die in der Nachkriegszeit nur in wenigen Lungenheilstätten gegeben war. Da diese Eingriffe meist keine abschließende Heilung ermöglichten

13 sv:dok 6/1636, Verwaltungsbericht für 1945 der Abteilung VI h-Tuberkulosehilfe der LVA Westfalen, Entwurf Kaufmann, 2.5.1945.

14 Vgl. Andreas Daniel, Die Landesversicherungsanstalt Westfalen 1890–1990, Münster 1990, S. 190–191.

15 Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, Das Haus der Versicherten, Düsseldorf 1958, S. 45–46.

und für viele Kranke überdies mit schweren Risiken behaftet waren, wurden sie von den Patientinnen und Patienten zunehmend abgelehnt. Mit dem Vordringen der Chemotherapie kamen sie ab den späten 1950er Jahren nur noch selten zum Einsatz.<sup>16</sup>

Worin war das Festhalten am Primat der stationären Heilstättenbehandlung in der Bundesrepublik begründet? Hier ist von einem Zusammenspiel mehrerer Faktoren auszugehen. Betrachtet man die vorherrschenden Therapie-Leitbilder im fachmedizinischen Diskurs, so widersprachen ambulante Modelle der deutschen Tradition der Anstaltsbehandlung und bargen aus zeitgenössischer Sicht die Gefahr, den autoritären Kontroll- und Disziplinierungsanspruch über den Infektionskranken und sein Verhalten zu verlieren.<sup>17</sup> Auch finanzielle Erwägungen in Anbetracht der teuren Chemotherapeutika dürften handlungsleitend gewesen sein. Hinzu kommt, dass die deutschen Tuberkulosemediziner von der internationalen Entwicklung neuartiger Behandlungsformen während der Kriegsjahre weitgehend abgekoppelt gewesen waren.<sup>18</sup> Durch den alliierten Einfluss auf die Tuberkulosepolitik wurden alternative Behandlungsansätze in der deutschen Fachdiskussion gleichwohl stärker rezipiert, wenngleich zunächst im Modus der Abwehr. Hiervon zeugen die Debatten über die sogenannte BCG-Impfung, die von der deutschen Ärzteschaft überwiegend abgelehnt wurde, mehr aber noch die fachöffentlichen Kontroversen über die neuen chemotherapeutischen Medikamente, die eine ambulante Behandlung der Tuberkulose unter fachärztlicher Begleitung ermöglichten.<sup>19</sup>

Aufgrund der Entwicklung wirksamer Chemotherapeutika, die im Zuge der 1950er Jahre auch in Deutschland zunehmend mit positiven Ergebnissen bespro-

16 Lindner, Gesundheitspolitik (wie Anm. 5), S. 134; Andreas Daniel, Abschied von der Tuberkulose. Eine Dokumentation der Bekämpfung und Behandlung der Tuberkulose durch die LVA Westfalen, Münster 1989, S. 93–94, 119–120.

17 Zu den Abwehrkämpfen deutscher Tuberkulose-Institutionen und Mediziner gegen die neuen Behandlungsformen siehe die instruktive Darstellung bei Lindner, Gesundheitspolitik (wie Anm. 5), S. 161–177. In die Forschung zur Geschichte der Anstalt als stationären Einrichtungstyp führt ein: Wilfried Rudloff, Franz-Walter Kersting, Marc von Miquel, Malte Thießen, Krise der Anstalten, Deinstitutionalisierung und gesellschaftlicher Wandel in Deutschland, in: Dies. (Hg.), Ende der Anstalten?, Großeinrichtungen, Debatten und Deinstitutionalisierung seit den 1970er Jahren, Paderborn 2022, S. 3–34.

18 Kritisch gegenüber den Errungenschaften der Chemotherapie zeigten sich anfänglich insbesondere auch die Heilstättenärzte. Vgl. am Beispiel der LVA Westfalen Daniel, Abschied (wie Anm. 16), S. 93–94.

19 Lindner, Gesundheitspolitik (wie Anm. 5), S. 161–177; Ellerbrock, Healing (wie Anm. 5), S. 422–433.

chen und angewandt wurden, geriet die klassische Heilstättentherapie gleichwohl unter beträchtlichen Legitimationsdruck – und damit auch die stationär geprägte Behandlungsinfrastruktur der Rentenversicherung. Die schwindende Akzeptanz für die stationäre Behandlung kam nicht zuletzt im Verhalten der Kranken selbst zum Ausdruck, die sich der langwierigen Therapie fernab des Wohnortes unter Verweis auf die chemotherapeutische Behandlung immer öfter verweigerten und der Kur fernblieben, was Leerstände hervorrief und die Schließung einiger, meist kleiner Heilstätten nach sich zog.<sup>20</sup>

Die „Bettennot“ nach Kriegsende schien somit bereits in den frühen 1950er Jahren einem Überangebot an Kapazitäten gewichen zu sein, was einerseits den Erfolg zeitgenössischer Bekämpfungsmaßnahmen dokumentiert, andererseits für die Rentenversicherungsträger neue infrastrukturelle Problemlagen erzeugte. Ein Kernproblem betraf die Frage, ob die abnehmende Tendenz beim Betten- und Heilstättenbedarf für Tuberkulosekranke eine kurzfristige Erscheinung oder von Dauer sein würde. Dieser für die Infrastrukturplanung zentrale Aspekt war innerhalb der Landesversicherungsanstalten ebenso umstritten wie die Chemotherapie selbst, die aus Sicht der Kostenträger eine stationäre Behandlung allenfalls ergänzen, nicht aber ersetzen konnte. In der LVA Westfalen beispielsweise konstatierte man 1956 einen „deutlichen Rückgang der Zahl der Heilverfahren und stationären Krankenhausbehandlungen“ und vermerkte:

„Bisher ist nicht zu überblicken, inwieweit diese Entwicklung als Zeichen eines echten Rückganges der Tbc.-Erkrankungsfälle zu werten ist. Teilweise wird sie dadurch beeinflusst, dass die Kranken, unter ihnen vor allem die Frauen, weniger bereit sind, ihre Familien zu verlassen, um eine längere Kur durchzuführen.“<sup>21</sup>

Die Chemotherapie, ab Mitte der 1950er Jahre zunehmend eingesetzt, führte in Verbindung mit absinkenden Inzidenzen dazu, dass der Bedarf an Heilstättenkapazitäten beträchtlich zurückging.<sup>22</sup> In diesem Zusammenhang kam es ab den

20 Geschäftsbericht des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose von 1953/54, in: Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Tuberkulose-Jahrbuch 1952/53, Berlin u. a. 1954, S. 5, 126.

21 sv:dok 6/1636, Zentralstelle für Tbc-Hilfe an Direktor des LWL betr. „Tätigkeitsbericht für die Zeit vom 1.4.55 bis 1.10.56“, 17.11.1956.

22 Die zeitgenössischen Akteure der Tuberkulose-Bekämpfung warnten entsprechend eindringlich vor einem Abbau von stationären Behandlungskapazitäten. Das DZK etwa brachte 1953 ein „Memorandum betr. Betten in Tuberkulose-Heilstätten“ in Umlauf, das sich dezidiert „[g]egen die vorzeitige Schließung von Heilstätten“ wandte.

1960er Jahren zu einem flächendeckenden Bettenabbau und Schließung von Tuberkulose-Einrichtungen.<sup>23</sup> Der hierfür in der Literatur gebrauchte Begriff des „Kliniksterbens“<sup>24</sup> ist allerdings insofern unpräzise als viele der vormaligen Tuberkulose-Einrichtungen auf neue Indikationen umgestellt wurden, wodurch sich die rehabilitative Infrastruktur der Rentenversicherung an das gewandelte Krankheitspanorama anpasste und ausdifferenzierte.<sup>25</sup>

1960 beendete beispielsweise die Klinik Königsfeld bei Ennepetal, getragen von der LVA Westfalen, die Aufnahme von Tuberkulosepatienten und wurde nun auf die Behandlung von Stoffwechsel- sowie Herz- und Kreislauferkrankungen ausgerichtet. Weitere TB-Kliniken der LVA Westfalen wurden verkauft, das Sanatorium Tecklenburg, diente ab 1970 der Behandlung von Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten.<sup>26</sup> Wegweisend für die Entwicklung der Rehabilitation in der Bundesrepublik war die Umwandlung der Lungenklinik Roderbirken bei Leichlingen, wo ab 1963 herzoperierte Patienten rehabilitativ behandelt wurden. Damit hatte die LVA Rheinprovinz in Zusammenarbeit mit der chirurgischen Universitätsklinik Düsseldorf die sogenannte Anschlussheilbehandlung gleichsam erfunden. Im Anschluss an Herzoperationen erprobte man in der Klinik Roderbirken die nahtlose rehabilitative Versorgung und Mobilisierung von Patientinnen und Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt – und erzielte damit so erstaunliche Heilerfolge, dass die Anschlussheilbehandlung in den folgenden Jahren auf andere

Geschäftsbericht DZK für das Geschäftsjahr 1952/53, in: Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Tuberkulose-Jahrbuch 1952/1953, Berlin u. a. 1954., S. 5.

- 23 Dies mögen einige Zahlen verdeutlichen. Entfielen 1955 noch 31,2 Prozent aller stationären Heilverfahren auf die Tuberkulose, waren es im Jahr 1960 nur mehr 12,3 Prozent. 1962 verfügte die Rentenversicherung über 212 eigene Heilstätten mit einer Gesamtzahl von 35.653 Betten. Auf die Behandlung der Tuberkulose entfielen inzwischen nur noch 11.833 Betten in 78 Heilstätten, während 23.820 Betten in den übrigen 134 Einrichtungen für die Behandlung anderer Krankheiten genutzt wurden. Hier bildete sich über die Erfolge der Chemotherapie hinaus der Wandel des gesellschaftlichen Krankheitspanoramas ab. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hg.), *Rehabilitation durch die Rentenversicherung*, Frankfurt/Main 1962, S. XLII–XLIII.
- 24 Daniel, *Abschied* (wie Anm. 16), S. 127.
- 25 Siehe hierzu ebd., S. 119–122 sowie vertiefend Christoph Wehner, *Von Heilstätten und Rehabilitationszentren. Die rehabilitative Versorgungsstruktur der Rentenversicherung zwischen Kaiserreich und Gegenwart*, in: Ders. (Hg.), *Aufbrüche in der Rehabilitation. Geschichte und Gegenwart der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*, Hamm 2019, S. 111–141, S. 119–122.
- 26 Miquel/Schmidt, *125 Jahre* (wie Anm. 6), S. 173.

Indikationen wie Herzinfarkt ausgeweitet wurde und die traditionelle Schonbehandlung mit wochenlanger strenger Bettruhe ersetzt.<sup>27</sup>

Neben der medizinischen Behandlung von Tuberkulosekranken widmeten sich die Landesversicherungsanstalten Rheinland und Westfalen in vielgestaltiger Weise den Aufgaben der Vorbeugung und Früherkennung. Die jeweiligen Tuberkulose-Ausschüsse führten ab Anfang der 1950er Jahre großangelegte Röntgen-Reihenuntersuchungen durch, 1959 kamen Schutzimpfungen gegen Tuberkulose hinzu, die gemeinsam mit den Gesundheitsämtern vorgenommen wurden.<sup>28</sup> Im Dienst der Tuberkulosebekämpfung stand auch der soziale Wohnungsbau, der von den Rentenversicherungsträgern nach der Währungsreform im Juni 1948 wieder aufgenommen werden konnte. Eine spezielle Förderung für Tuberkulosekranke und deren Angehörige führte die LVA Westfalen 1952 ein. Sie verband die Darlehensvergabe an gemeinnützige Wohnungsbaugesellschaften mit der Auflage, zehn Prozent der neuerbauten Wohnungen den betroffenen Familien zur Verfügung zu stellen, in Zahlen immerhin über 1.000 Wohnungen im Zeitraum von 1953 bis 1957.<sup>29</sup>

### 3. Konflikte und Kontinuitäten: Zur „Zwangsassylierung“ von TB-Kranken

Im Selbstverständnis der Rentenversicherungsträger waren bei der Tuberkulosebekämpfung individuelle Therapie und kollektiver Infektionsschutz eng miteinander verschränkt. Unter die aktive Seuchenbekämpfung zugunsten des Gemeinwohls fiel aus dieser Perspektive auch die „Assylierung“ von ansteckenden Kranken mit Gewalt und Zwangsmitteln, deren Anwendung in der NS-Zeit zu Verfolgung, Patiententerror und einer hohen Sterblichkeit der Betroffenen führte. Auf diese unheilvolle Vorgeschichte des Umgangs mit Tuberkulosekranken soll im Folgenden zunächst eingegangen werden, ehe die Konzeption und Praxis der „Assylierung“ nach 1945 in den Blick genommen wird.

Bereits vor 1933 hatten zahlreiche Mediziner die Forderung erhoben, Beratungsangebote und sozialen Wohnungsbau für Tuberkulosekranke mit autoritären und isolierenden Maßnahmen zu flankieren. Zum vorgeblichen Schutz der

27 Ebd., S. 239–240; Max-Josef Halhuber, *Vor und nach dem Herzinfarkt*, Wiesbaden 1969.

28 Miquel/Schmidt, *125 Jahre* (wie Anm. 6), S. 239–240; Hommel, *Wege* (wie Anm. 6), S. 34–39.

29 sv:dok, 6/1000/51, *Verwaltungsbericht LVA Westfalen 1952*, S. 20; sv:dok, 6/1000/55, *Verwaltungsbericht LVA Westfalen 1956*, S. 73.

„Volksgesundheit“ war damit insbesondere die rigide Kontrolle ansteckender Kranker beabsichtigt, die mittels Zwangseinweisung in Heilstätten und Krankenhäuser von der gesunden Bevölkerung „abzsondern“ seien.<sup>30</sup> In den Fokus rückte dabei die stereotype Figur des „asozialen Offentuberkulösen“, mit der solche Kranke gemeint waren, die Hygienevorschriften und Vorsichtsmaßnahmen vermeintlich absichtlich ignorierten und durch dieses – je nach Standpunkt sorgloses oder böswilliges – Verhalten eine erhebliche öffentliche Gefahrenquelle darstellten.<sup>31</sup> Auch wirtschaftliche Interessen sind in diesem Zusammenhang als Motivlagen einzubeziehen, denn nicht ganz zufällig verstärkten sich die Forderungen nach Zwangsmitteln gegenüber Tuberkulosekranken in einer Zeit, als sich das System der sozialen Sicherung durch die wirtschaftliche Krisenentwicklung in einer finanziellen Notsituation befand.<sup>32</sup>

Radikale Konzepte zum Umgang mit „asozialen“ Tuberkulosekranken waren insofern zwar zahlreich, wurden jedoch weder in der Phase der Weltwirtschaftskrise noch in den Anfangsjahren des NS-Staats in die Praxis umgesetzt. 1938 aber erließ das Reichsinnenministerium die „Verordnung zum Schutze vor übertragbaren Krankheiten“, mit der die rechtlichen Grundlagen für die zwangsweise Absonderung von Tuberkulosekranken geschaffen wurden. Die Verordnung gilt mit Recht als Zäsur in der Geschichte der Tuberkulosebekämpfung, da sie erstmals ein gewaltsames Vorgehen gegen Kranke vorsah. Im Ergebnis bildete die Verordnung die Grundlage für die Entstehung eines Systems von Krankenterror, dem zahlreiche Tuberkulosekranke zum Opfer fielen. Dieses System umfasste zum einen die Zwangseinweisung in eine der insgesamt 19 „Sonderanstalten für asoziale Kranke“, die bis 1942 im Deutschen Reich entstanden und in denen eine systematische Praxis der Nichtversorgung, des Aushungerns und der medikamentösen Ermordung von Patientinnen und Patienten betrieben wurde. In der Forschung wird davon ausgegangen, dass diesem Krankenterror ungefähr 3.000 Menschen zum Opfer fielen. Zum anderen fällt darunter der ab 1943 mit Zwangsmitteln forcierte „Arbeitseinsatz“ von „unheilbaren“ Tuberkulosekranken in der Rüstungsindustrie, die gemäß des rassehygienischen Leistungsethos als „unnützlich“ galten und der verbrecherischen Logik von „Vernichtung durch Arbeit“

30 Zur zeitgenössischen Politisierung der Tuberkulosebekämpfung vgl. Ellerbrock, *Healing* (wie Anm. 5), S. 331–332.

31 Vgl. Wolfgang Ayaß, „Asoziale“ im Nationalsozialismus, Stuttgart 1995, bes. S. 102–103.

32 Vgl. auch Sylvelyn Hähner-Rombach, Von der Aufklärung zur Ausgrenzung. Folgen der bakteriologischen Krankheitserklärung am Beispiel der Tuberkulose, in: Susanne Roeßiger/Heidrun Merk (Hg.), *Hauptsache gesund! Gesundheitsaufklärung zwischen Disziplinierung und Emanzipation*, Köln 1998, S. 59–76, S. 71.

unterworfen waren. Wie viele an Tuberkulose erkrankte Menschen aufgrund des „Arbeitseinsatzes“ in der Rüstungsindustrie starben, konnte bislang nicht ermittelt werden. Die Bekämpfung der Tuberkulose – so lassen sich die skizzierten Umbrüche zusammenfassen – schlug im NS-Staat in eine aktive Bekämpfung der Kranken um. Als maßgeblicher Kostenträger der Heilbehandlung und Bekämpfungsmaßnahmen trug die Rentenversicherung für die Entstehung und die Umsetzung des Krankenterrors eine beträchtliche Mitverantwortung, wie jüngere Studien gezeigt haben.<sup>33</sup>

Wie in anderen Feldern der Gesundheitspolitik auch gab es in der Tuberkulosebekämpfung keine „Stunde Null“, sie war vielmehr von starken strukturellen und personellen Kontinuitäten gekennzeichnet. Als ein markantes Beispiel für letztere in der westfälischen Tuberkulosepolitik nach 1945 kann Bernhard Salzmänn in Münster gelten. Er war in der NS-Zeit ein versierter Verwaltungsexperte in der zweiten Reihe, Landesrat sowohl der LVA Westfalen als auch des Provinzialverbandes. Von den britischen Behörden wurde er nach Kriegsende als Landeshauptmann des Provinzialverbandes Westfalen eingesetzt. Salzmänn war indes kein unbeschriebenes Blatt, sondern ein Anhänger der NS-Tuberkulosebekämpfung, die er in seinem Anstaltsbezirk rigide umgesetzt hatte. So hatte Salzmänn im November 1944 angeordnet, dass die Tuberkulose-Abteilung der Arbeitsanstalt Benninghausen von „Asozialen“ geräumt werden sollte, um tuberkulosekranken „deutschen Volksgenossen“ als Ausweichkrankenhaus zu dienen. Untergebracht in notdürftigen Unterkünften auf dem Gelände der Heilanstalt, wurde den zwangsassylierten Kranken jede medizinische Betreuung verwehrt. Die Sterblichkeitsrate dort stieg in den letzten Kriegsmonaten auf 35 Prozent.<sup>34</sup>

Zur Frage, wie sich die Provinzialverbände von Westfalen und der Rheinprovinz nach Kriegsende zur „Zwangsassylierung“ positionierten, liegen keine Erkenntnisse vor. Im Hinblick auf die LVA Westfalen ist festzustellen, dass eine kritische Distanzierung von dem Krankenterror in der NS-Diktatur unterblieb, zumal Patientinnen und Patienten aus den trägereigenen Kliniken in den Jahren zuvor in die Arbeitsanstalt Benninghausen eingewiesen worden waren.<sup>35</sup> In einem Entwurf für den Verwaltungsbericht der LVA Westfalen 1946 wurde vielmehr unverblümt das Fehlen von Einrichtungen zur „Zwangsassylierung“ beklagt. Zu dem Punkt „Mangel an Asylhäusern für Männer und Frauen“ wird ausgeführt:

33 Vgl. Bernhard, *Der Tod* (wie Anm. 4), S. 134–135; Wehner, *Tuberkulosekranke* (wie Anm. 4), S. 26–27.

34 Elisabeth Elling-Ruhwinkel, *Sichern und Strafen. Das Arbeitshaus Benninghausen (1871–1945)*, Paderborn 2005, S. 356.

35 Miquel/Schmidt, *125 Jahre* (wie Anm. 6), S. 91–93.

„Durch die katastrophale Zunahme sowohl der Tbc.-Erkrankungen als auch der Todesfälle an Tuberkulose hat sich eine Verschiebung in der Zusammensetzung der Heilstätten-Patienten insofern ergeben, daß sie nunmehr in überwiegender Mehrzahl aus Offenlungentuberkulösen besteht, unter denen sich wiederum eine nicht geringe Anzahl solcher befindet, die infolge der schweren Ausdehnung ihrer Erkrankung als ungeeignet für eine Heilstättenbehandlung und asylierungsreif, demnach als besonders hoch infektiös, angesehen werden müssen.“

In solchen Einschätzungen wird erkennbar an der Kategorisierung der NS-Zeit festgehalten zwischen den für eine Heilbehandlung „geeigneten“ Patienten und jenen, die aufgrund ihrer Ansteckungsgefahr zwangsweise abzusondern seien, ungeachtet der Frage, ob der erforderliche Infektionsschutz nicht jenseits von Zwangsmitteln zu gewährleisten sei.

In den anschließenden Darlegungen über „asoziale“ erkrankte Frauen nimmt der Bericht gar positiv Bezug auf die erste und besonders berüchtigte „Sonderanstalt für asoziale Kranke“ in Stadtroda (Thüringen), deren Name zum Synonym des NS-Terrors gegenüber Tuberkulosekranken wurde:

„Notwendig wäre auch ein Asylierhaus zur Unterbringung von assozialen [sic] offentuberkulösen Frauen. Durch die Kriegsverhältnisse ist die geplante Einrichtung eines solchen Hauses in Benninghausen unterblieben. Es besteht in Nordrhein-Westfalen keine Möglichkeit zur Unterbringung assozialer offentbc. kranker Frauen. Diese wurden vor dem Kriege in Stadtroda in Thüringen in einem derartigen Asylierhaus untergebracht.“<sup>36</sup>

Zahlreiche Fürsprecher für den Einsatz von Zwangsmitteln gegenüber ansteckenden Kranken fanden sich auch innerhalb der zeitgenössischen Ärzteschaft<sup>37</sup> und in übergeordneten Institutionen wie dem Dachverband der Landesversicherungsanstalten. Dessen Direktor, Herbert Liebing, sprach sich 1946 bei einer Sitzung mit den westdeutschen LVA-Geschäftsführern dafür aus, die „Absonderung“, wenn sie auch „nicht als typische Aufgabe der Landesversicherungsanstalt anzusehen“ sei, bei einer restriktiven Haltung der Landesfürsorgeverbände weiterhin auf eigene Kosten durchzuführen, da „ansonsten doch vielleicht gar nichts unter-

36 sv:dok 6/1636, Anonym, Tuberkulosehilfe, Entwurf für den Verwaltungsbericht 1946 der LVA Westfalen, undat.; zur „Sonderanstalt“ in Stadtroda siehe Wehner, Tuberkulosekranke (wie Anm. 4), S. 21–27.

37 Lindner, Gesundheitspolitik (wie Anm. 5), S. 220.

nommen werde, wenn die Landesversicherungsanstalt sich ihrer nicht annähme“. „Wenn man dem Übel vorbeugen wolle“, so Liebing weiter, „dann müsse man schon alles daran setzen, die Schwerkranken aus den Familien herauszunehmen“. <sup>38</sup>

Zur Praxis der „Zwangsassylierung“ nach 1945 können an dieser Stelle lediglich einige Hinweise gegeben werden. In Westfalen verweisen die Verwaltungsberichte der LVA darauf, dass in den ersten Nachkriegsjahren „Assylierungen“ vor allem in den Heilstätten selbst erfolgten. <sup>39</sup> Die LVA Rheinprovinz berichtete 1949, dass sie ein „Assylierungsheim“ geschaffen habe. Dieses „musste aber wieder aufgegeben werden, weil die Patienten sich weigerten, dort zu bleiben“. <sup>40</sup> Dass sich Patientinnen und Patienten der Durchsetzung von Zwangsmitteln widersetzen, stand mit dem Erlass des Grundgesetzes und den darin gestärkten individuellen Persönlichkeits- und Freiheitsrechten im Zusammenhang. 1949 herrschte bei den Trägern der Tuberkulosebekämpfung große Unsicherheit, ob die rechtlichen Grundlagen für die „Zwangsassylierung“, wie sie 1938 etabliert worden waren, in der Bundesrepublik unverändert fortbestehen würden. Die konkrete Gefahr einer drohenden Kriminalisierung der „Zwangsassylierung“ vor Augen, erkundigte sich der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 1950 beim Bundesarbeitsminister nach den Auswirkungen des Grundgesetzes auf die bestehende Praxis und drängte auf die Schaffung neuer Rechtsgrundlagen, „damit die im Interesse der Volksgesundheit notwendige Zwangsassylierung von Offentuberkulösen keine Unterbrechung erleidet“. <sup>41</sup> Auch hier griff der Verband unverhohlen ein Argumentationsmuster auf, das zugunsten der Zwangsabsonderung bereits im NS-Staat vielfach Verwendung gefunden hat. Bemerkenswert ist, dass die Bemühungen des Verbandes im Ergebnis erfolgreich gewesen zu sein schienen. Nach einer Zeit des Schwebezustands wurde es mit dem 1956 erlassenen „Gesetz über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehungen“ wieder dezidiert möglich, „aso-

38 sv:dok 26/1788, Niederschrift über die Sitzung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger in Pymont am 10.9.1946, 8.10.1946.

39 sv:dok 6/1636, Jahresverwaltungsbericht für 1945 der Abteilung VI h-Tuberkulosehilfe der LVA Westfalen, Entwurf Kaufmann, 2.5.1945; sv:dok 6/1636, anonym, Tuberkulosehilfe, Entwurf für den Verwaltungsbericht 1946 der LVA Westfalen, undat.

40 sv:dok 6/1080, Niederschrift über die Sitzung des Ständigen Ausschusses des VDR am 8. u. 9.7.1949 in Goslar, undat. [1949].

41 sv:dok 6/1080, VDR an Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose im Lande, 17.11.1950.

ziale“ Kranke unter Anwendung polizeilicher Maßnahmen auf unbestimmte Dauer wegzusperren.<sup>42</sup>

Es ist davon auszugehen, dass als Folge dieser Verrechtlichung die „Zwangsasylie“ wieder verstärkt angewandt wurde, zumal das soziale Konstrukt des „asozialen Kranken“ im zeitgenössischen Fachdiskurs weiterhin breite Fürsprache fand. Die LVA Westfalen errichtete 1957 mit der Heilstätte Waldhaus bei Suttrop gar eine neue Einrichtung für die vermeintlich „asoziale“ Patienten Klientel. Das Haus verfügte über 25 Betten und diente, wie ein Vermerk ausführte, „auf Grund einer besonderen Vereinbarung der Unterbringung asozialer offentuberkulöser Männer aus dem Bereich der Landschaftsverbände Westfalen-Lippe und Rheinland“. Für Frauen bestand keine vergleichbare Einrichtung, sie wurden in der zweiten Hälfte der 1950er Jahre in der Rheinischen Landesheilstätte Johannistal in Süchteln „asyliert“.<sup>43</sup> Offenkundig verlor der Einsatz von „Zwangsmitteln“ erst in den späten 1950er Jahren an Bedeutung, da die vermehrte Anwendung der Chemotherapie eine lang andauernde Isolierung von Tuberkulosekranken unter dem Aspekt des Seuchenschutzes obsolet erscheinen ließ.

#### 4. Resümee:

##### Leitbilder und Steuerungshandeln in der Tuberkulosebekämpfung nach 1945

In der Geschichte der Seuchenbekämpfung lassen sich idealtypisch drei Formen staatlich-institutionellen Handelns identifizieren: erstens die repressive Isolierung von Erkrankten in Wohnbezirken und gesonderten Anstalten, zweitens die autoritäre Überwachung und Kontrolle der Infizierten und drittens die liberale Koexistenz mit der Seuche, die auf wissenschaftlicher Dauerbeobachtung, individueller Verantwortlichkeit und Selbstdisziplinierung basiert. An der Entwicklung der Tuberkulosebekämpfung in der Nachkriegszeit und den Anfangsjahren der Bundesrepublik lässt sich studieren, dass zwischen diesen Idealtypen in Diskurs und Praxis der zeitgenössischen Ärzte- und Expertenzirkel fließende Übergänge bestanden und der Wandel von Leitbildern des „Seuchenmanagements“ mit ins-

42 sv:dok 6/1636, Zentralstelle für Tbc-Hilfe an Direktor des LWL betr. „Tätigkeitsbericht für die Zeit vom 1.4.55 bis 1.10.56“, 17.11.1956.

43 sv:dok 6/1636, Tätigkeitsbericht der Zentralstelle für Tuberkulose-Hilfe der LVA Westfalen für das Rechnungsjahr 1957/58, 9.8.1958.

titutionellen Arrangements, vorhandenen Infrastrukturen und den Fortschritten der medizinisch-pharmazeutischen Forschung eng verknüpft war.<sup>44</sup>

Indem die britischen Alliierten auf institutionelle Kontinuität setzten, blieb auch das komplexe Organisationsgeflecht der Tuberkulosebekämpfung mit vorrangiger Zuständigkeit der Rentenversicherung erhalten. Zur Vielzahl spezifischer Abgrenzungs- und Abstimmungsprobleme sei an dieser Stelle nur auf die andauernden Zuständigkeitskonflikte der Rentenversicherung mit der Krankenversicherung und den Fürsorgeverbänden verwiesen, die der formativen Phase der Tuberkulosebekämpfung nach 1945 ihre Prägung gaben. Hochgradig umstritten war vor allem die Frage der Kostenträgerschaft für die sogenannte Asylierung und Pflege von Tuberkulosekranken, bei denen eine Heilung nach medizinischer Prognose nicht mehr zu erwarten war. Während die Rentenversicherung diese Maßnahmen auf Grundlage von im Nationalsozialismus entstandenen Regelungen über den politischen Systemwechsel hinaus zunächst auf eigene Kosten weiter durchführte, kam es ab den frühen 1950er Jahren zu einem Strategiewechsel. Vor dem Hintergrund ihrer schwierigen Finanzlage, die durch den Wegfall vormaliger Reichszuschüsse und die Währungsreform verschärft worden war, suchte die Rentenversicherung Leistungen wie die „Asylierung“ und die wirtschaftliche Hilfe von Tuberkulosekranken sukzessive in andere Zuständigkeiten zu verlagern, was zu dauerhaften Streitigkeiten primär mit den Landesfürsorgeverbänden führte. Insgesamt war die Frühphase der Tuberkulosebekämpfung in der Bundesrepublik von erheblichen Problemlagen gekennzeichnet, die über die drastische epidemiologische Situation sowie finanzielle Faktoren hinaus in der Umstrittenheit von Rechts- und Organisationsfragen zwischen den beteiligten Akteuren gründeten. Die Konflikte zwischen den Trägern nahmen erst ab mit dem Gesetz über die Tuberkulose-Hilfe von 1959, das die Zuständigkeiten in der Tuberkulosebekämpfung eindeutig und nachdrücklich regelte.

Gleichwohl wäre es verkürzt, die Reorganisation der Tuberkulosebekämpfung in der Nachkriegszeit lediglich als Problemgeschichte darzustellen, die von partikularen Interessenskonflikten zwischen den Akteuren des sozialen Sicherungsfeldes geprägt gewesen sei. Richtet man den Blick auf Westfalen und das Rheinland, ergibt sich ein differenzierteres Bild. So steht die Gründung von regionalen Arbeitsgemeinschaften wie des Rheinischen Tuberkulose-Ausschusses (1947) und

44 Vgl. Philipp Sarasin, *Mit Foucault die Pandemie verstehen?*; <<https://geschichtedergewalt.ch/mit-foucault-die-pandemie-verstehen/>> (30.6.2022); Malte Thießen, *Seuchen im langen 20. Jahrhundert. Perspektiven für eine europäische Sozial- und Kulturgeschichte*, in: Ders. (Hg.), *Infiziertes Europa. Seuchen im langen 20. Jahrhundert*, Berlin 2014, S. 7–29.

des Westfälischen Tuberkulose-Ausschusses (1946) symptomatisch für die Strategie der Landesversicherungsanstalten, die Bekämpfung der Tuberkulosegefahr durch Zusammenschlüsse zu bündeln und als gemeinsame Aufgabe der Akteure im regionalen Handlungsraum in möglichst effizienter Weise zu organisieren. Die gemeinschaftliche Organisationsform war aus Sicht der zeitgenössischen Akteure eine entscheidende Voraussetzung, um die Tuberkulose zurückzudrängen, da sie Abstimmungsprozesse vereinfachte und insgesamt einem Abbau bürokratischer Schranken diene. In diesem hochgradigen Praxisbezug zeigte sich der spezielle Charakter der Tuberkulosebekämpfung, die über die Optimierung der individuellen Therapie hinaus immer auch, wenn nicht gar zuvorderst den Interessen des Seuchenschutzes verschrieben war. Insofern bildeten individuelle Behandlung und kollektive Seuchenbekämpfung zwei Seiten derselben Medaille.

Die Eindämmung und schließlich Überwindung der vormaligen „Volksseuche“ gründete nicht allein auf organisatorischen Aspekten oder der Quantität der aufgewendeten materiellen Ressourcen. Sie war vielmehr in hohem Maße das Resultat von fortschreitenden Wissenszuwächsen in den Bereichen Medizin und Sozialhygiene, die in Verbindung mit den Wohlstandsgewinnen in der Nachkriegszeit zu erweiterten Leistungsprogrammen in Versorgung und Prävention führten. Damit verbunden war ein stetiger konzeptioneller Wandel weg von der traditionellen Heilstättenbehandlung, der unter dem Einfluss der internationalen Fachdiskussion um Chemotherapeutika stand, allerdings nicht reibungslos verlief. Dies zeigen vor allem die kontroversen Aushandlungsprozesse zwischen Gesundheitspolitik, Fachärzten und Sozialverwaltungen um die Wirksamkeit der „deutschen“ Heilstättenkur, die zunehmend unter Legitimationsdruck geriet. Umstritten waren allerdings nahezu sämtliche Bereiche der Tuberkulosebekämpfung, so etwa auch Maßnahmen zur Prävention wie die in den 1950er Jahren einsetzenden Röntgenreihenuntersuchungen sowie die öffentliche Kommunikation und Aufklärung über die Tuberkulosegefahr im Rahmen von Kampagnen, in denen konkrete Schutz- und Verhaltensmaßnahmen vermittelt wurden.

An diesen vehement ausgetragenen Kontroversen lässt sich erkennen, dass der Bezugsrahmen der Tuberkulosetherapie zwischen 1945 und Ende der 1950er Jahre im Umbruch begriffen war. In Hinsicht auf die „Zwangssylierung“ von Tuberkulosekranken, angesichts des Unrechtshandelns in der NS-Zeit der am meisten belastete Aspekt der Tuberkulosebekämpfung, weisen die Akteure in der Nachkriegszeit deutliche Kontinuitäten zum radikal sozialutilitaristischen Denkstil des Nationalsozialismus auf. Auch die einschlägige Kategorie des „asozialen Kranken“ verschwand im Jahr 1945 mitnichten aus der Diskussion, sondern besaß in Fach- und Expertenzirkeln der Nachkriegszeit ungebrochene Geltung und verband sich mit Forderungen nach der Beibehaltung von Zwangsmaßnahmen. Der Umstand,

---

dass die Zwangsmittel gegenüber ansteckenden Kranken im Laufe der 1950er Jahre vermindert eingesetzt wurden, ist insofern weniger einem Leitbildwechsel und einer verstärkten Ausrichtung an individuellen Freiheitsrechten zuzuschreiben. Entscheidend war vielmehr der Siegeszug der Chemotherapeutika, der die Tuberkulose zunächst zu einer beherrschbaren und ab den 1960er Jahren zu einer vermeintlich überwundenen Seuche werden ließ. Mit dem Rückgang der Infektion und dem abnehmenden Versorgungsbedarf entwickelte sich die Tuberkulose in den nachfolgenden Jahrzehnten zu einer Nischenerkrankung, die vorrangig soziale Randgruppen in Gefängnissen, Flüchtlingsunterkünften, im Obdachlosen- und Drogenmilieu betraf.