

Omar Melke  
Dr. med. dent.

## **Tuberkulose in Deutschland von 1945 bis 1955 unter besonderer Beachtung der Flüchtlingsproblematik in Karlsruhe und Stuttgart**

Fach: Geschichte und Ethik der Medizin  
Doktorvater: Prof. Dr. Wolfgang U. Eckart

In der vorliegenden Arbeit wurde die Tuberkulosesituation in Deutschland am Beispiel von Stuttgart und Karlsruhe während der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg von 1945 bis 1955 behandelt. Der Fokus wurde dabei auf die Flüchtlingssituation gerichtet.

Die Autoren kamen zum Schluss, dass die Kriegszerstörungen, die insbesondere in Stuttgart, im erheblichen Umfang sicherlich auch die Wohnbedingungen beeinträchtigten, relativ rasch minimiert werden konnten. Wenn dies auch nicht für Karlsruhe zutreffen mag, so ist zumindest in Stuttgart der Wiederaufbau der Wohngebiete zum Zeitpunkt des vollen Ausbruchs der Tuberkulose-Krise bereits relativ weit gediehen. Die Zerstörungen des Krieges erscheinen so keine direkte Hauptursache für die Tuberkulose-Krise darzustellen. Die amerikanische Besatzungsmacht wurde darüber hinaus nach dem Abzug der Franzosen von der Bevölkerung beider Städte als Erleichterung in Bezug auf die Versorgungslage empfunden; Auch die Besatzung als solche hat die Tuberkulose-Krise also kaum verstärkt.

Die Belastung der Infrastruktur durch DPs war in Karlsruhe minimal und zu Beginn des Jahres 1949 dürften die letzten DPs Karlsruhe bereits verlassen haben. Die Knappheit des Wohnraums in Stuttgart selbst wiederum, entspannte sich zwischen 1948 und 1950 – also zum Zeitpunkt des Ausbruchs der Tuberkulose-Krise. Mit dem Jahr 1950 war die Problematik der DPs schließlich auch in Stuttgart gelöst. Die DPs stellten im Urteil der Arbeit mithin *keine* Ursache der Tuberkulose- Krise dar.

Die einzige traditionellerweise angeführte Ursache für den Ausbruch der Tuberkulose-Krise, der diese Rolle *möglicherweise* zu Recht zukommt, ist somit der Zuzug heimatvertriebener Flüchtlinge aus dem Osten. Ihr Zuzug war permanent. selbst die statistische Behörde Stuttgarts muss die Zahlen in Folgejahren nach oben revidieren (siehe Fußnote 428). Spezifische prozentuale Anteile an den Erkrankten nach Herkunft hielt die Behörde allerdings nicht fest. Die Hauptrolle, die der Gesamtgruppe von Flüchtlingen, DPs, Kriegsheimkehrern und Vertriebenen in der offiziellen Erzählung zukam, war es, die Wohnungsknappheit in Karlsruhe und Stuttgart zu verschärfen beziehungsweise gegen den Willen der Bewohner den Kranken Platz und Ressourcen wegzunehmen. Insgesamt

erscheint der Studie damit die TBC-Krise einen Anlass dargestellt zu haben, dem Revanchismus Ausdruck zu verleihen

Eine Hauptursache für die Krise bestand im Umgang mit der Tuberkulose. Seit 1944 hatte es bereits keine systematische Betreuung der Kranken mehr gegeben. Patienten wurden im infizierten Zustand entlassen. Erst als die Ausmaße unübersehbar waren, ganz Baden-Württemberg sah sich in der Nachkriegszeit mit einer Verdreifachung der Zahl der Tuberkulosekranken zwischen 1945 und 1951 gegenüber 1934 konfrontiert, gelang es, unter der Regie der landesweiten Koordination flächendeckende Bewusstseinsbildung zu schaffen und entsprechende Vorsorgemaßnahmen einzuleiten. Einen frühen Versuch der stärkeren gesetzlichen Regulierung stellte gewissermaßen die Verschärfung der Anzeigepflicht mit der *Verordnung der Landesregierung Nr. 342* vom 28. April 1948 dar. Auch die Änderungen der Nationalsozialisten in der Organisation und Verwaltung der Tuberkulosebekämpfung in der Nachkriegszeit blieben bestehen. So waren die Tuberkulosefürsorgestellen weiterhin den Gesundheitsämtern unterstellt und für Diagnostik und Vorsorge zuständig. Zudem übernahmen sie auch die Nachuntersuchungen, kümmerten sich um Wohnungen und führten Hausbesuche bei den Kranken durch. Die Gesundheitsämter beantragten dann bei der Geschäftsstelle des DZK Sanatoriumsaufenthalte im Inland und der Schweiz (ab 1949, Dadurch konnte auch die Überbelegung in den Krankenhäusern und Sanatorien in Karlsruhe und Stuttgart abgefangen werden). Das DZK war 1946 wieder gegründet worden und diente als Vermittlungsstelle für Sanatoriumsaufenthalte. Auch hinsichtlich Prävention und Therapie gab das DZK Leit- und Richtlinien heraus. Auch den Versicherungsanstalten kam eine Aufgabe darin zu, diesen kollektiveren Anstrengungen beizutragen. Die Landesversicherungsanstalt Baden etwa schränkte die Beurlaubung von Tuberkulosekranken aus den Sanatorien ein. Neben der einheimischen Bevölkerung standen auch Flüchtlinge, Vertriebene, DPs und Kriegsheimkehrer nach der Aufnahme unter Überwachung, doch durch die Überforderung der Gesundheitsämter wird die Dunkelziffer der Tuberkulosekranken, besonders in Stuttgart, insgesamt als hoch eingeschätzt. Flankiert waren diese Maßnahmen nicht zuletzt von medizinisch-technischen Errungenschaften wie der Röntgenvorsorgeuntersuchung und dem Tuberkulin-Test, der BCG-Impfung und schliesslich der Behandlung mit Antibiotika und zuletzt, in Baden-Württemberg, die Bekämpfung der Rindertuberkulose ab Mitte der fünfziger Jahre. Die Behandlung in den Heilstätten spielte im Zeitraum der Studie eine massgebliche Rolle und wurde von den Kostenträgern gefordert, auch, als die ambulante Behandlung mit

Antibiotika schon Erfolge zeigte. Wobei die anfängliche Skepsis der Ärzte in Deutschland gegenüber der Impfung sowie der Antibiotikabehandlung zu Rückschlägen führte, trotz sinkender Mortalitätsraten

Der Umschwung und der relativ schnelle Erfolg bei der Eindämmung der Tuberkulosekrise in Deutschland war begleitet von Widerstand gegen die Wissenschaft und konnte nur mithilfe landesweiter Koordinierung und gesetzlicher Verordnung herbeigeführt werden.