

*Andreas Jüttemann*

# Die preußischen Lungenheilstätten





---

*Andreas Jüttemann*

---

# Die preußischen Lungenheilstätten

1863-1934 – unter besonderer Berücksichtigung  
der Regionen Brandenburg, Harz und Riesengebirge



PABST SCIENCE PUBLISHERS · Lengerich

*Kontaktadresse:*  
*Dr. Andreas Jüttemann*  
*Technische Universität Berlin*  
*Institut für Berufliche Bildung und Arbeitslehre*  
*Arbeitslehre Technik*  
*Marchstraße 23, MAR 1-1*  
*10587 Berlin*  
*Tel.: 030/314-78844*  
*juettemann@tu-berlin.de*  
*Internetseite zum Buchprojekt:*  
*www.lungenheilstaetten.de*

*Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek*

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

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

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

*Titelbild: Heilstätte Ruppertshain im Taunus, 1911, Sammlung Jüttemann*

© 2015 Pabst Science Publishers, 49525 Lengerich, Germany

Printed in the EU by booksfactory.de

Print: ISBN 978-3-95853-138-3

eBook: ISBN 978-3-95853-139-0 ([www.ciando.com](http://www.ciando.com))

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	<b>9</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>10</b>
<b>2 Die Tuberkulose und ihre Bekämpfung</b> .....	<b>15</b>
2.1 Sozialgeschichtliche Hintergründe.....	17
2.2 Sozialgesetzliche Grundlagen des Heilstättenwesens .....	18
2.3 Die Geschichte der Heilstättenbewegung .....	21
2.4 Das Behandlungsprogramm in den Heilstätten .....	30
Die Aufnahme und der Tagesablauf .....	31
Die Luftkur und das methodische Bergsteigen .....	32
Die diätetische Behandlung.....	34
Die Lungenheilstätte als „Lehranstalt“ .....	36
Das Konzept „psychische Hygiene“ .....	38
Die Hydrotherapie .....	39
Die besondere Behandlung der fieberkranken Tuberkulösen .....	39
2.5 Der Erfolg der Heilstättenbewegung.....	40
2.6 Patientenstatistik.....	43
2.7 Bedeutende Tuberkuloseärzte in der Zeit der Heilstättenbewegung .....	48
2.8 Architekten der Heilstätten.....	49
2.9 Die Rezeption der klassischen Heilstättenbehandlung in der Literatur .....	53
Das Lungenanatorium in Thomas Manns „Der Zauberberg“ .....	53
Die Lebensform in den Volksheilstätten - am Beispiel von Moritz Brommes „Lebensgeschichte eines modernen Fabrikarbeiters“ .....	57
Das Krankenhaus-Tagebuch des tuberkulosekranken Joachim Ringelnatz .....	59
<b>3 Zur Lage, Ausstattung und Geschichte der preußischen Lungenheilstätten</b> .....	<b>64</b>
3.1 Die Lungenheilstätten in der Provinz Brandenburg .....	71
Beelitz-Heilstätten .....	71
Kolkwitz, Cottbus.....	75
Grabowsee, Oranienburg.....	77
Hohenlychen.....	81
Belzig .....	86
Treuenbrietzen.....	89
Stadtforst, Rathenow .....	91

Müllrose .....	93
Sommerfeld, Kremmen .....	96
Sternberg (Torzym) .....	98
Trebschen (Trzebiechów) .....	101
Weitere Einrichtungen .....	103
3.2 Die Lungenheilstätten im Harz .....	104
Felixstift, St. Andreasberg .....	104
Oderberg, St. Andreasberg .....	106
Glückauf, St. Andreasberg.....	109
Erbprinzentanne, Clausthal-Zellerfeld .....	109
Schwarzenbach, Clausthal-Zellerfeld.....	111
Königsberg, Goslar.....	112
Johanniter-Heilstätte, Sorge .....	114
Knappschaftsheilstätte, Sülzhayn.....	116
Albrechtshaus und Marienheim, Stiege .....	119
Harzgerode-Schielo .....	122
3.3 Die Lungenheilstätten im Riesengebirge .....	123
Dr. Brehmer, Görbersdorf (Sokołowsko).....	124
Dr. Römpler, Görbersdorf (Sokołowsko).....	130
Dr. Weicker, Görbersdorf (Sokołowsko).....	131
Schmiedeberg (Kowary).....	133
Hohenwiese (Wysoka Łąka) und Buchwald (Bukowiec) .....	134
Landeshut (Kamienna Góra) .....	136
Moltkefels, Schreiberhau (Szkłarska Poręba).....	139
Privatsanatorien in der Umgebung von Schreiberhau.....	141
3.4 Die Lungenheilstätten im übrigen Preußen .....	143
Provinz Schlesien (ohne Riesengebirge).....	143
Bad Reinerz (Duszniki-Zdrój).....	143
Breslau-Herrnprotsch (Pracze Odrzańskie).....	144
Loslau (Wodzisław Śląski).....	144
Slawentitz (Sławięcice).....	145
Bad Ziegenhals (Głuchołazy).....	146
Weitere Einrichtungen .....	147
Provinz Schleswig-Holstein .....	148

Edmundsthal-Siemerswalde .....	148
Großhansdorf .....	150
Mölln .....	150
Westerland (Sylt) .....	151
Bargfeld .....	151
Weitere Einrichtungen .....	152
Provinz Westfalen .....	152
Hagen-Ambrock .....	152
Meschede-Beringhausen .....	154
Weitere Einrichtungen .....	156
Rheinprovinz .....	156
Wuppertal-Ronsdorf .....	157
Waldbreitbach .....	158
Rosbach (Sieg) .....	159
Essen-Holsterhausen .....	160
Waldhof Elgershausen .....	161
Weitere Einrichtungen .....	161
Provinz Pommern .....	163
Stettin-Hohenkrug (Zdunowo) .....	163
Siloah, Kolberg (Kołobrzeg) .....	165
Andere Heilstätten in Kolberg .....	166
Weitere Einrichtungen in Pommern .....	166
Provinzen Posen und Westpreußen .....	167
Bromberg-Mühlthal (Bydgoszcz) .....	167
Hohensalza (Inowrocław) .....	168
Meseritz-Obrwalde (Obrzyce) .....	169
Obornik (Oborniki) .....	170
Weitere Einrichtungen .....	172
Provinz Ostpreußen .....	173
Frauenwohl, Allenstein (Olsztyń) .....	173
Hohenstein (Olsztynek) .....	175
Tilsit (Sowjetsk) .....	177
Weitere Einrichtungen .....	178
Provinz Sachsen (ohne Harz) .....	178

Gommern-Vogelsang.....	178
Lostau .....	179
Provinz Hannover (ohne Harz) .....	180
Provinz Hessen-Nassau .....	181
Melsungen .....	181
Oberkaufungen .....	181
Wiesbaden-Naurod .....	182
Kelkheim-Ruppertshain .....	183
Königstein-Falkenstein.....	183
Weilmünster.....	184
Verwaltungsbezirk Berlin .....	184
Buch .....	185
Malchow.....	186
Blankenfelde.....	186
Gütergotz .....	186
West-Berliner Ersatzheilstätten nach 1945: Heckeshorn und Havelhöhe .....	187
3.5 Heilstätten mit regionalem Bezug zu Preußen .....	188
Herzogtum Anhalt (Oranienbaum).....	188
Königreich Sachsen.....	189
<i>Reiboldgrün</i> .....	189
<i>Albertsberg</i> .....	190
<i>Carolagrün</i> .....	191
<i>Hohwald</i> .....	191
Herzogtum Sachsen-Weimar-Eisenach (Bad Berka).....	193
Preußische Heilstättenbewegung in Südwestafrika.....	195
<b>4 Abschließende Betrachtungen.....</b>	<b>197</b>
<b>Streszczenie .....</b>	<b>201</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>202</b>
Archivalien .....	210
<b>Anhang .....</b>	<b>214</b>



## Vorwort

Vor etwas mehr als 150 Jahren wurde in Görbersdorf (Niederschlesien, heute Sokołowsko) die erste preußische Lungenheilstätte eröffnet. Damit begann eine Entwicklung, die ein besonderes Ausmaß erlangen und unter der Bezeichnung „Heilstättenbewegung“ bekannt werden sollte. Maßgebend für den Aufschwung waren überraschende Behandlungserfolge und damit die Überwindung der bis dahin vorherrschenden Ansicht, die Tuberkulose sei nicht heilbar. Die aufkommende Hoffnung förderte die Bereitschaft, in vielen Teilen des Landes Heilstätten zu errichten. Ein weiterer Grund war die zunehmende Ausbreitung der Krankheit. Das Leiden wurde zu einer Volksseuche, deren Ursache insbesondere in den beengten Wohnverhältnissen der großstädtischen Arbeiterviertel zu suchen war.

Als sich in der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg mehr und mehr eine operative Behandlungspraxis durchsetzte, wurden viele Heilstätten in sog. Lungenfachkrankenhäusern umgewandelt. Aber ein großer Teil der Gebäude war – insbesondere in den letzten Jahrzehnten, als die Tuberkulose ihren Schrecken verloren hatte – dem Verfall preisgegeben. Nur wenige Häuser (vor allem in den heute zu Polen gehörenden Regionen des ehemaligen Preußens) werden heute noch als Lungenfachklinik benötigt. Um vielleicht zu verhindern, dass die Zeit der Volksseuche Tuberkulose und die Bedeutung der Heilstättenbewegung in Vergessenheit geraten, entstand die vorliegende Arbeit. Sie wurde als Dissertation am Institut für Geschichte der Medizin an der gemeinsamen medizinischen Fakultät von FU und HU Berlin (Charité) angenommen.

Ich danke dem Verlag Pabst Science Publishers für die gute Zusammenarbeit und den folgenden drei Institutionen für eine finanzielle Unterstützung der Drucklegung des Bandes:

Fachklinik Sylt der Deutschen Rentenversicherung Nord  
Steinmannstr. 52-54  
25980 Sylt / Westerland  
(befindet sich auf dem Gelände des ehemaligen Genesungsheims Westerland)

B. Braun Melsungen AG  
Carl-Braun-Straße 1  
34212 Melsungen  
(einige Abteilungen befinden sich in der ehemaligen Heilstätte Stadtwald)

HELIOS Klinik Hagen-Ambrock  
Ambrocker Weg 60  
58091 Hagen  
(befindet sich auf dem Gelände der ehemaligen Heilstätte Ambrock)

Berlin, im Oktober 2015

Andreas Jüttemann

*„Es ist nicht die rein physische Lungentuberkulose; es ist jene seelische Komponente, die [...] durch die Sanatoriumsatmosphäre zu üppiger Fülle entfaltet und nun ihrerseits zu einem leisen, aber unermüdlichen psycho-physischen Antrittsmotor des körperlichen Krankbleibens [...] wird.“<sup>1</sup>*

## 1 Einleitung

Der medizinhistorische Wert einer Arbeit über die Einrichtung besonderer Anstalten für die Behandlung der Tuberkulose in Preußen liegt vor allem in der Tatsache begründet, dass es sich um ein Geschehen handelt, für das sich die Bezeichnung „Heilstättenbewegung“ als angemessen erwiesen hat. Die Ausbreitung der Tuberkulose hatte am Ende des 19. Jahrhunderts aufgrund gesundheitsbelastender Zustände in Preußen einen Höhepunkt erreicht, aber die gesellschaftlichen Verhältnisse sowie die staatliche Organisation erlaubten es auch, in großem Stil Maßnahmen zu ergreifen, um der Zunahme der Erkrankungen entgegenzutreten.

Daraus resultierte das Entstehen einer bedeutenden Kampagne mit nachhaltigen Wirkungen. Diese Entwicklung zu untersuchen und zu dokumentieren, die wegen ihrer großen medizinischen und sozialen Bedeutung nicht in Vergessenheit geraten sollte, bildet die zentrale Zielsetzung der vorliegenden Arbeit. In Teilfragestellungen geht es dabei um die Geschichte der Behandlungspraxis und der baulichen Realisierung der Anstalten. Zum einen soll damit ein Gesamtüberblick über das Ausmaß der Bewegung ermöglicht werden, zum anderen ist beabsichtigt, die einzelnen Heilstätten, die heute zum Teil nur noch als Ruinen existieren, in ihrer je besonderen Erscheinungsform historisch zu würdigen.

Die Einrichtung „Heilstätte“ entstand in der Mitte des 19. Jahrhunderts in Deutschland und der Schweiz. Im Hinblick auf die Tuberkulose erwies sich die Bezeichnung „Krankenhaus“ insofern als ungeeignet, als nicht beabsichtigt war, eine „klinische“ Behandlung durchzuführen, sondern eine Besserung des Gesundheitszustands durch einen Ortswechsel, eine Unterbrechung der Berufstätigkeit, eine Ernährungsumstellung, eine sog. hygienische Belehrung und eine im weitesten Sinne psychisch wirksam werdende Einflussnahme zu erreichen. Die vorliegende Arbeit ist deshalb nicht in erster Linie als ein medizinhistorischer Beitrag zur *Geschichte des Krankenhauses* zu verstehen. Vielmehr soll eine einzigartige medizinische Institution geschichtlich betrachtet werden, in der vor allem allgemein gesundheitsfördernde sowie pädagogisch und psychologisch orientierte Interventionen angestrebt wurden.

Die traditionellen Heilstätten gab es als Einrichtungen für Erwachsene und Kinder im Vor- oder Anfangsstadium der Erkrankung. Mithilfe diätetischer Verfahren, der hygienischen „Belehrung“ und einer Ruhe- bzw. Liegekur konnten häufig Besserungen des Gesundheitszustands erzielt werden. Die im engeren Sinne klinische Behandlung der Volkskrankheit Tuberkulose setzte erst mit dem Aufkommen der chirurgischen Therapie nach dem Ersten Weltkrieg ein. Das klassische Heilstättenkonzept verlor damit seine wesentliche Funktion, behielt aber im Nachkur- und Rehabilitationskontext weiterhin eine partielle Bedeutung. Zu Beginn der 1930er Jahre waren fast alle Heilstätten zu Tuberkulose-Fachkrankenhäusern mit chirurgischer Abteilung umgebaut worden. Umgangssprachlich blieb der Terminus „Lungenheilstätte“ jedoch weiterhin geläufig. Der Begriff Heilstätte erfuhr auf diese Weise gleichsam

---

<sup>1</sup> Willy Hellpach, Die „Zauberberg“-Krankheit, Die Medizinische Welt, 1, 1927, S. 1427

eine Erweiterung und wurde - wenngleich nur im Hinblick auf die Behandlung der Tuberkulose - zu einem Synonym für den Ausdruck Fachkrankenhaus.

Die erste prototypische Lungenheilstätte Europas entstand 1863 im schlesischen Görbersdorf. Dort hatte der Arzt Dr. Hermann Brehmer schon seit 1854 in einem kleinen Privathaus Tuberkulose betreut, an denen er sein „hygienisch-diätetisches“ Behandlungskonzept erprobte. Brehmers Wahl fiel auf das Riesengebirgsvorland, weil er der Auffassung war, dass in dieser Gegend die Tuberkulose nicht vorkäme und insofern auch ideale Bedingungen für eine Gesundung vorlägen. Brehmers Kurprogramm erwies sich als erfolgreich und wurde deshalb schnell bekannt. Privatanleger oder durch Spendengelder finanzierte Heilstättenvereine folgten nach 1863 Brehmers Beispiel und gründeten ähnliche Einrichtungen. So entstand die Heilstättenbewegung.

Im Jahre 1882 entdeckte Robert Koch den Tuberkelbazillus. Dieser medizinische Fortschritt wurde zunächst als Ausgangsgrundlage für eine kurzfristig möglich erscheinende systematische medikamentöse Bekämpfung der Krankheit Tuberkulose verstanden. Koch entwickelte mit dem „Tuberkulin“ auch ein Mittel, von dem er annahm, die Tuberkulose damit heilen zu können. Das wäre das Ende oder zumindest ein starker Bedeutungsverlust für die Heilstättenbewegung gewesen. Doch der erhoffte Behandlungserfolg blieb aus. Als die Tuberkulin-Kur nicht die gewünschte Wirkung zeigte, wurde wieder auf den Bau von Heilstätten gesetzt.

Zeitweilig herrschte in der Medizin die Meinung vor, nur der Aufenthalt in besonderen Höhenlagen (Schweiz) oder am Meer (Mittelmeer, Nordsee) verspräche Besserung. Doch schon bald konnte auch die heilende Wirkung eines Kuraufenthalts in Waldgebieten der norddeutschen Tiefebene oder der Mittelgebirge nachgewiesen werden. Diese Erkenntnis war in der Bekämpfung der Tuberkulose ein wichtiger Schritt, da nunmehr selbst in der Nähe von Großstädten und Ballungsgebieten Heilstätten errichtet werden konnten. Aufgrund einer vielfältigen Errichtung von neuen Häusern erhielten auch Kranke aus weniger begüterten Bevölkerungsschichten die Chance eines Heil- und Kuraufenthalts. Behandlungen in Davos oder Arosa ließen sich für diese Personengruppe vorher nicht finanzieren. Jetzt boten, auch außerhalb des Hochgebirges, die klimatischen Heilkräfte der preußischen Landschaften - Sonne und frische Waldluft, kombiniert mit einem strikt durchgeplanten Ernährungs- und Kurprogramm - Aussicht auf eine Wiederherstellung der Gesundheit.

Vor allem in der Arbeiterschicht war ein erheblicher Teil der Bevölkerung von der „Schwindsucht“, wie die Tuberkulose auch genannt wurde, betroffen. Deshalb sahen sich in den 1890er Jahren (seit der Verabschiedung der ersten Sozialgesetzgebung) die entstehenden Landesversicherungsanstalten (LVA) in der Pflicht, in größerer Zahl Heilstätten zu errichten. Sie bauten in erster Linie Anstalten für ihre eigenen Versicherten. Vor allem diese Einrichtungen lagen nicht mehr ausschließlich im Gebirge, sondern auch im Flachland, und sogar in der Nähe größerer Städte. Während des Kuraufenthalts der Erkrankten wurden nunmehr oftmals auch die Familien finanziell unterstützt.

Überbleibsel der traditionellen Behandlungsstätten für die „Volkskrankheit Schwindsucht“ sind auf dem Gebiet des einstigen Preußens heute noch zahlreich zu finden, so vor allem in der Provinz Brandenburg, im Harz und im Riesengebirge (den Schwerpunkt-Regionen der Heilstättenbewegung). Die nur selten noch gut erhaltenen Klinikgebäude, die in der Vergangenheit der Behandlung der Tuberkulose dienten, stehen fast immer in Waldgebieten. Häufig konnten diese Häuser nach der - vor allem als Folge der in Deutschland erst nach dem Zweiten Weltkrieg allgemein eingeführten Schutzimpfung und der zugleich möglich gewordenen medikamentösen

Behandlung - weitreichenden Verdrängung der Krankheit nicht mehr weiterverwendet werden und waren dem Verfall preisgegeben. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf jene ehemals preußischen Gebiete, die zwischen 1949 und 1990 zur DDR gehörten. Nutzungsmöglichkeiten lagen hier auch nach der politischen Wende 1989/1990 nur in eingeschränktem Maße vor, weil es ja die Abgeschiedenheit der Waldregionen war, die einst für die Errichtung der Anlagen den Ausschlag gab. Eine infrastrukturell sinnvolle Anbindung an größere Wohngebiete kam somit kaum in Betracht.

Zu einer Heilstätte gehörten viele Gebäude. Auf riesigen Arealen entstanden z.T. pittoresk anmutende Klinikbauten. Die Orte sollten den Patientinnen und Patienten für mehrmonatige Aufenthalte eine „Heimstatt“ bieten. Das erforderte eine differenzierte Anstaltsstruktur. So wurden die Klinikanlagen oftmals zu kleinen Ansiedlungen mit Geschäften, Werkstätten und landwirtschaftlichen Teilbetrieben. Die Einrichtungen waren zumeist voll belegt und galten als bewährt, bis in den 1920er Jahren mit der Ausbreitung der chirurgischen Behandlung langsam der Umbruch einsetzte.

In die ehemaligen Heilstätten (die im Volksmund weiterhin so hießen), die nach dem Zweiten Weltkrieg zur sowjetischen Besatzungszone gehörten, zog oftmals die Rote Armee ein und nutzte sie als Militärlazarette. Manche Anlagen wurden dabei sukzessive heruntergewirtschaftet, sodass nach der Wende eine Weiterverwendung als Krankenhaus schon wegen des enormen Kostenaufwands für die Renovierung nicht mehr vertretbar erschien. So kam es, dass insbesondere in den neuen Bundesländern viele Häuser leer standen. In vielen Fällen begann damit ein Verfallsprozess, der z.T. immer noch anhält. In den alten Bundesländern war es demgegenüber häufig gelungen, die Kliniken in Rehabilitationszentren für andere Patientengruppen umzuwandeln. Dafür wurde meist ein Teil der Altbauten abgerissen und durch zweckmäßigere Neubauten ersetzt. In den heute zu Polen gehörenden Gebieten Preußens beschränkte man sich dagegen in der Regel darauf, die Altbauten lediglich zu sanieren und für eine neue Nutzung im Gesundheitssektor zu erschließen. Einige Einrichtungen fungieren hier bis heute als Fachkliniken für Atemwegserkrankungen.

Die Verbreitung der Lungentuberkulose erreichte im deutschsprachigen Raum gegen Ende des 19. Jahrhunderts ihren Höhepunkt. Die beengten und unhygienischen Wohnverhältnisse in den Arbeitervierteln der Städte waren dafür in erster Linie maßgebend. Dem erhöhten Behandlungsbedarf wurde durch die Errichtung einer großen Zahl von Heilstätten Rechnung getragen. Es existiert jedoch kein genaues Bild darüber, um wie viele stationäre Einrichtungen es sich dabei insgesamt handelte und wie sich diese regional verteilten.

Die Tuberkuloseheilstätten markieren einen wichtigen Abschnitt sowohl der Medizingeschichte als auch der Sozialgeschichte und die entstandenen Einrichtungen besitzen eine besondere Bedeutung für den Großstadtraum Berlin und das Land Preußen. Auf diese Regionen bezieht sich deshalb die Absicht einer grundlegenden Erforschung der Heilstättenbewegung.

Medizinhistorische Studien, die den Bereich der Tuberkuloseheilstätten betreffen, erstreckten sich vor allem auf jene Anstalten, in denen Kranke aus ärmeren Schichten behandelt wurden. Über die Entstehung und den Betrieb dieser Einrichtungen wird in einer ganzen Reihe von Veröffentlichungen berichtet.<sup>2</sup> Dabei handelt es sich zumeist um Festschriften oder

---

<sup>2</sup> Vgl. bspw. Ingeborg Langerbeins, *Lungenheilanstalten in Deutschland 1854-1945*, Frankfurt /M. 1979; Wolfgang Seeliger, *Die "Volksheilstätten-Bewegung" in Deutschland um 1900 : zur Ideengeschichte der Sanatoriumstherapie für Tuberkulöse*, München: Profil 1987 und Syvelyn Höhner-Rombach, *Sozialgeschichte der Tuberkulose*, Stuttgart 2000.

Verwaltungsdokumentationen.<sup>3</sup> Wissenschaftliche Arbeiten, die einen *umfassenden* topografischen Überblick über das Insgesamt der Tuberkuloseheilstätten in Preußen bieten, fehlen völlig. Eine Auflistung der Harzer Lungenheilanstalten wurde in diesem Jahr (2014) an der Weimarer Bauhaus-Universität im Rahmen einer Master-Arbeit im Fach Architektur zur Geschichte der Heilstätte Sülzhayn vorgelegt.<sup>4</sup> Außerdem entsteht gerade eine populärwissenschaftlich gestaltete Arbeit über die Geschichte der Heilstätten und Sanatorien im Harz.<sup>5</sup>

Zur Sozialgeschichte der Tuberkulose in Deutschland und zur Heilstättenbewegung im Übergang vom 19. zum 20. Jahrhundert liegen Dissertationen von Ingeborg Langerbeins (1979)<sup>6</sup>, Wolfgang Seeliger (1987)<sup>7</sup> und Syvelyn Hähner-Rombach (2000)<sup>8</sup> sowie eine Monografie als Ergebnis einer umfangreichen Studie von Flurin Condrau (2000)<sup>9</sup> vor. Abweichend von diesen Projekten wurden in der vorliegenden Arbeit medizingeschichtliche, geografische und sozialgeschichtliche Aspekte der stationären Tuberkulosebehandlung in ihrem strukturellen Zusammenhang betrachtet.

Aufschluss über die Lage, die Bettenzahl, die Belegungen und die Kostenentwicklungen der Kliniken geben vor allem die Bäderkalender, die jährlich erschienen sind, wie z.B. der für die Zeit von 1882 bis 1933 verfügbare „Bäder-Almanach“.<sup>10</sup> Darüber hinaus ermöglichen die Krankenhausverzeichnisse der Landesversicherungsanstalten Einblicke in die Entwicklung der Heilstätten für invalidenversicherte Patienten.<sup>11</sup> Im Rahmen der medizingeschichtlichen Forschung kann zudem auf eine Reihe von Veröffentlichungen zurückgegriffen werden, die sich auf die einzelnen Einrichtungen beziehen. Dazu gehören z.B. Chronikbände, Jubiläumsschriften und lokalhistorische Periodika. In einigen Fällen existieren jedoch keinerlei einschlägige Publikationen oder Archivakten. Das betrifft insbesondere die kleineren Häuser (unter 75 Betten) und die Kinderheilstätten. Die hier einzuordnenden Einrichtungen konnten deshalb in der vorliegenden Arbeit nur teilweise erfasst werden.

Die meisten vorliegenden Schriften lassen sich wegen fehlender wissenschaftlicher Ansprüche nicht als Veröffentlichungen von Forschungsergebnissen bewerten, sind aber als Ausgangsmaterial für weitergehende und grundlegende Untersuchungen nützlich. In einem direkten Widerspruch zu der hohen medizin- und sozialgeschichtlichen Bedeutung der Volkskrankheit Tuberkulose ist der gegenwärtige Forschungsstand zu dieser Krankheit und zu ihrer Bekämpfung in Mitteleuropa insgesamt als auffallend niedrig zu beurteilen. Ein Überblickswerk ist nicht vorhanden. Außerdem sind keine Arbeiten verfügbar, in denen z.B. die zentrale Problematik der

---

<sup>3</sup> Vgl. bspw. LVA Rheinprovinz (1930). Bericht über die am 19. Oktober 1929 vorgenommene Einweihungsfeier der in der Tuberkulose-Kinderheilstätte Waldesheim ausgeführten baulichen Veränderungen, Neu- u. Umbauten mit e. baulichen Beschreibg. oder LVA Sachsen-Anhalt (1908). Geschäftsbericht über die Heilstätte der Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt bei Schielo (Ostharz) für die Zeit vom 3. Oktober 1905 bis 30. Juni 1908 oder LVA Schlesien (1926). Denkschrift zum 25jährigen Bestehen des Frauen-Genesungsheims Schmiedeberg i. Rsgb. der Landesversicherungsanstalt Schlesien und Organisation und Aufgaben der Landesversicherungsanstalt Schlesien.

<sup>4</sup> Anja Hesse, Der Steierberg. Aufstieg und Verfall einer Lungenheilstätte. Unveröffentlichte Master-Thesis, Bauhaus-Universität Weimar, verteidigt im April 2014.

<sup>5</sup> Winfried Dörner, Zauberberge im Harz, Streifzüge durch die Harzer Medizingeschichte, Heilstätten und Sanatorien, Bad Salzdetfurth: Dörner-Medien-Verlag (im Druck)

<sup>6</sup> Ingeborg Langerbeins, Lungenheilanstalten in Deutschland 1854-1945, Frankfurt /M. 1979.

<sup>7</sup> Wolfgang Seeliger, Die „Volksheilstätten-Bewegung“ in Deutschland um 1900 : zur Ideengeschichte der Sanatoriumstherapie für Tuberkulöse, München: Profil 1987.

<sup>8</sup> Syvelyn Hähner-Rombach, Sozialgeschichte der Tuberkulose, Stuttgart 2000.

<sup>9</sup> Flurin Condrau, Lungenheilstätte und Patientenschicksal, Göttingen 2000.

<sup>10</sup> Mitteilungen d. Bäder, Luftkurort und Heilanstalten. Bäder – Almanach, Verlag R. Mosse. Jährlich erschienen.

<sup>11</sup> Bspw. Friedrich Helm, Tuberkulose-Heilstätten im Deutschen Reich. Düsseldorf: Rhenania-Verlag 1930

Lungentuberkulose im Berliner Raum angemessen dargestellt worden wäre. In diesem Zusammenhang verdienen gerade die Heilstätten in den Regionen Brandenburg, Harz und Riesengebirge besondere Beachtung. Hier fehlen grundlegende medizinhistorische Erkenntnisse. Diese Lücke soll durch die vorliegende Arbeit geschlossen werden.

## 2 Die Tuberkulose und ihre Bekämpfung

Zur Einführung in die Heilstättenthematik ist es erforderlich, zunächst einmal die Krankheit selbst vorzustellen und ihre Entstehungsursachen aufzuzeigen. In diesem Kontext sind auch die Begriffsgeschichte des Wortes Tuberkulose und die Symptomatik der Erkrankung darzustellen. Anschließend wird auf sozialgeschichtliche Hintergründe und auf die literarische Verarbeitung des Wissens um die Volkskrankheit eingegangen.

Schon seit Jahrtausenden ist die Tuberkulose als Zivilisationskrankheit bekannt. Erste Erwähnungen finden sich im Buch zur Inneren Medizin des Nèijīng, der zur Zeit des chinesischen Kaisers Huángdì (etwa 2600 v. Chr.) lebte, sowie im indischen Gesetzestext Manava Dharmaśāstra (etwa 500 v. Chr.). An über 3000 Jahre alten ägyptischen Mumien konnte Knochentuberkulose nachgewiesen werden. Galen (130-210 v. Chr.) nannte die Krankheit „Phthise“ und bezeichnete sie als ansteckend.<sup>12</sup>

Die Diagnosemethode Perkussion wurde 1761 erstmals dokumentiert, aber erst zu Beginn des 19. Jahrhunderts einem größeren Ärztepublikum bekannt. Die Praxis der Auskultation entstand 1819 in Paris.<sup>13</sup> Es gab aber kein wirksames Behandlungsverfahren. Als Volkskrankheit wurde die Tuberkulose seit der Mitte des 19. Jahrhunderts in den Städten zu einem Problem. Die Industrialisierung führte zu einer großen Landflucht und viele Menschen wohnten in „Mietskasernen“ eng zusammen. Die Wohnverhältnisse, vor allem der Arbeiterfamilien, stellten sich aufgrund mangelhafter hygienischer Verhältnisse häufig als äußerst ungesund dar. Die Folge war ein starker Anstieg der Infektionsrate für die Tuberkulose, insbesondere in den Großstädten. Nicht umsonst wurde die Schwindsucht in Österreich auch als „Wiener Krankheit“ bezeichnet. Etwa ein Viertel der Sterbefälle in der Wiener Bevölkerung ging im Jahre 1880 auf die Tuberkulose zurück.<sup>14</sup>

Die Entdeckung des Tuberkelbazillus‘ durch Robert Koch im Jahre 1882 ließ sofort die Hoffnung auf eine wirkungsvolle Bekämpfung aufkommen, zumal der Forscher, ebenfalls 1882, bereits eine Behandlungsmethode mit einem Glycerinextrakt aus Reinkulturen der Bazillen vorstellte, mit der er ein Absterben des befallenen Gewebes erreichen wollte. Das Medikament nannte er Tuberkulin. Doch der erhoffte und sogar bereits angekündigte Erfolg blieb aus. Dadurch wurde Koch mit Vorwürfen belastet. Tatsächlich hatte er seine Erfindung vor der Bekanntgabe nicht sorgfältig genug getestet. Ab 1892 widmete sich Koch hauptsächlich der ebenfalls zu dieser Zeit wütenden Cholera.<sup>15</sup>

Seit 1908 arbeiteten der Biologe Albert Calmette (1863-1933) und der Tierarzt Camille Guérin (1872-1961) mit Versuchstieren am Institut Pasteur in Lille an der Entwicklung eines Impfstoffs gegen die Tuberkulose. Im Jahre 1921 konnten sie den sog. BCG-Impfstoff zur Anwendungsreife bringen.<sup>16</sup> Er wurde 1928 zwar vom Gesundheitsausschuss des Völkerbunds genehmigt, kam

---

<sup>12</sup> Kerstin Jungnickel, Lungenheilstätten in Österreich 1844-1935, Köln Med. Diss. 1994, S. 4

<sup>13</sup> Perkussion und Auskultation: „Das Beklopfen [=Perkussion, Anm. d. Verf.] der Körperoberfläche und das Behorchen der im Körper entstehenden Geräusche, insbesondere der Atemgeräusche von Bronchien und Lungen, bei der Auskultation [dem absichtlichen stark Atmen und Husten; Anm. d. Verf.] mit Hilfe eines hölzernen Stethoskops.“ Zit. nach Thomas Sprecher, Davos im Zauberberg, München: Wilhelm Fink 1996, S. 106 / Die Perkussion wird im Roman nicht namentlich erwähnt.

<sup>14</sup> Jungnickel, Lungenheilstätten in Österreich 1844-1935, S. 7

<sup>15</sup> M. Kirchner, Robert Koch - Die Ätiologie und die Bekämpfung der Tuberkulose, Leipzig: Barth 1912, S. 7f.

<sup>16</sup> BCG = Bacillus Calmette-Guérin; aus: D. Vogt, Die Tuberkuloseschutzimpfung. In: A. Herrlich (Hrsg.), Handbuch der Schutzimpfungen, Heidelberg 1965, S. 313-365.



aber nach dem sog. „Lübecker Impfunglück“ im Jahre 1930, als 77 Säuglinge durch verunreinigte Impffchargen ums Leben kamen, in Deutschland in Misskredit. Die allgemeine Impfung wurde in Deutschland erst nach dem Zweiten Weltkrieg eingeführt<sup>17</sup>.

Die Tuberkulose zählt zu den Infektionskrankheiten. Der krankheitsauslösende Erreger dringt von außen in den Körper ein und schädigt ihn. Der Erreger der Tuberkulose ist das von Robert Koch im Jahre 1882 entdeckte *Mycobacterium tuberculosis*.<sup>18</sup> Eine Infektion ist über die Atemluft möglich. Beim Sprechen, vor allem aber beim Husten, gelangen Tröpfchen in die Raumluft und vermögen bei manchen Menschen durch Einatmen eine Ansteckung auszulösen.<sup>19</sup> Ein weiterer Ansteckungsweg ist der Verzehr von roher Milch<sup>20</sup>, da die Krankheit vom Rind auf den Menschen übertragen werden kann. In Deutschland konnte die Rindertuberkulose erst in den 1950er Jahren besiegt werden.<sup>21</sup>

Die Tuberkuloseerreger rufen bei etwa fünf Prozent der Menschen eine Entzündung im Lungengewebe hervor. Darauf reagiert der Körper und beginnt mit dem Aufbau von Antikörperzellen, die die Bazillen von außen wie eine Hülle umschließen. Dabei entsteht ein Abwehrkonvolut, das zur Bildung von Knötchen führt, die „Tuberkel“ genannt werden. Die Lymphknoten im Brustkorb schwellen an. Sechs Wochen nach der Erstinfektion fällt ein Tuberkulin-Test<sup>22</sup> positiv aus. Das bedeutet, dass sich ein sogenannter „Primärkomplex“<sup>23</sup> ausgebildet hat. Im weiteren Verlauf der Krankheit kommt es zu einem Zerfall von Lungengewebe, das ausgehustet wird. Im Auswurf befinden sich oft große Mengen an Tuberkelbazillen. Die Leerräume, die nach dem Aushusten von Gewebe in der Lunge zurückbleiben, werden als Kavernen bezeichnet. Ein Patient mit Bazillen im Auswurf hat eine „offene Tuberkulose“ und ist hoch ansteckend. Eine nicht behandelte offentuberkulöse Person gibt die Krankheit jährlich im Durchschnitt an zehn Personen in ihrer Umgebung weiter.<sup>24</sup>

Begleitende Symptome der Erkrankung sind Appetitlosigkeit und eine starke Gewichtabnahme sowie nächtliche Schweißausbrüche und Fieber. Mittels der Einspritzung von Tuberkulin unter die Haut und der dadurch auslösbaren Knötchenbildung lässt sich eine Infektion zuverlässig nachweisen. Bei infizierten Patienten, bei denen die Krankheit aber nicht ausbricht, kann bis zu zehn Jahren nach der Infektion der Tuberkulintest noch positiv ausfallen.<sup>25</sup>

Für 95 Prozent der Menschen bleibt der Primärkomplex bedeutungslos und wird häufig nicht einmal wahrgenommen. Bei körperlich geschwächten Menschen oder bei einer großen Menge von eingeatmeten Bakterien kann es jedoch zum Ausbruch der Krankheit kommen. Mit dem Blut gelangen die Erreger in Form großer Knötchen manchmal auch in andere Organe und verursachen dann eine extrapulmonale Tuberkulose oder Miliartuberkulose.<sup>26</sup>

---

<sup>17</sup> Jürgen Reulecke und Adelheid von Castell, *Stadt und Gesundheit, Stadt und Gesundheit : zum Wandel von "Volksgesundheit" und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert*. Stuttgart: F. Steiner 1991.

<sup>18</sup> Christoph Gradmann, Robert Koch und die Tuberkulose: Die Begründung der medizinischen Bakteriologie. *Pneumologie*, 63/2009, 702-708.

<sup>19</sup> Peter Reinicke, *Tuberkulosefürsorge. Der Kampf gegen eine Geißel der Menschheit. Dargestellt am Beispiel Berlins*. Weinheim 1988.

<sup>20</sup> D. Matthias, *Tuberkulose des Rindes (Mycobacterium-bovis-Infektion)*. In: J. Beer (Hrsg.), *Infektionskrankheiten der Haustiere*. Jena 1980, S. 626-638

<sup>21</sup> Jürgen Voigt, *Tuberkulose. Geschichte einer Krankheit*, Köln: vgs 1994, S. 205

<sup>22</sup> Beim Tuberkulintest werden flüssige Mykobakterien unter die Haut eingebracht. Es entsteht eine Hautreaktion mit T-Lymphozyten. Damit wird eine frühere oder aktuelle Tuberkulose-Infektion aufgezeigt.

<sup>23</sup> Entzündungsherd als Reaktion auf den Bakterieneinfall

<sup>24</sup> Voigt, *Tuberkulose*, S. 205f.

<sup>25</sup> Ebd., S. 206f.

<sup>26</sup> Ebd., S. 208f.



„Das ist der rechte Augenblick, sich froh zu überlegen: Armut macht dünn, Reichtum macht dick.“<sup>27</sup>

## 2.1 Sozialgeschichtliche Hintergründe

Gerade bei der Tuberkulose spielt der Einfluss sozialer Faktoren eine wesentliche Rolle. Das gilt nicht nur für die Zeit der Erkrankung, sondern vor allem im Hinblick auf ihre Entstehung. In diesem Sinne wird vom „sozialen Phänomen“<sup>28</sup> der Krankheit Tuberkulose gesprochen. In der Literatur des beginnenden 19. Jahrhunderts werden allerdings nur von Schwindsucht betroffene Künstler<sup>29</sup> und keine Arbeiter dargestellt. Zugleich wird das Leiden romantisch verklärt. Dabei ist der Aspekt des Verfalls ein zentrales Element. Das Bild einer mittelalterlichen Ruine dient als Vergleich mit dem Wesen des zart-blassen Schwindsüchtigen.<sup>30</sup> Erst zum Ende des 19. Jahrhunderts wird die Tuberkulose zu einer Epidemie und zu einem Symptom der Verelendung. Betroffen sind die Armen und insbesondere die Arbeiter, die sowohl im Beruf, der in der Fabrik ausgeübt wird, als auch in ihren Wohnräumen wenig Zugang zu Licht und frischer Luft erhalten. Im „Handwörterbuch der sozialen Hygiene“<sup>31</sup> von 1912 heißt es:

„Und weil diese Verhältnisse gerade unter den auf ihrer Hände Arbeit angewiesenen Bevölkerungsschichten meist mangelhaft sind, darum nimmt dort auch die Tuberkulose einen so erschreckenden Umfang an“<sup>32</sup>.

Der Zusammenhang zwischen der Entstehung der Krankheit und den unzulänglichen Wohn- und Arbeitsbedingungen zu Beginn der Industrialisierung war offensichtlich. Insbesondere eine schwere körperliche und häufig mit starken Rauch- und Staubeentwicklungen verbundene Tätigkeit, ein ungünstiges Wohnumfeld und vor allem eine mangelhafte Ernährung sorgten für die rasche Ausbreitung der Tuberkulose in der Arbeiterschicht. Das enge Zusammenleben der Menschen und die gemeinsame Benutzung unzureichender sanitärer Anlagen erhöhten die Infektionsgefahr. Es war durchaus üblich, sich mit drei bis sechs anderen Personen ein Schlafzimmer zu teilen. Das zusätzliche Benutzen des Bettes durch einen Untermieter, dem sog. „Schlafgänger“, der sich beruflich auf eine Arbeit in Nachtschichten spezialisiert hatte, galt als gängige Praxis. Auch Einzimmerwohnungen für eine ganze Familie waren keine Seltenheit.<sup>33</sup> Ein Arbeiter musste zum Ende des 19. Jahrhunderts etwa die Hälfte seines Lohns für Nahrungsmittel ausgeben. Allerdings waren Fleisch, Obst- und Gemüse (außer Kartoffeln) meist recht teuer, sodass sich Arbeiterfamilien zu einseitig von Mehlspeisen, Brot und Kartoffeln ernährten.<sup>34</sup>

Aber nicht nur im Wortgebrauch der Sozialhygieniker erfolgte die Deklaration der Tuberkulose als Proletarierkrankheit. Auch die Sozialdemokraten bedienten sich der Verknüpfung der Begriffe *Schicht* und *Seuche*, um auf das Elend der arbeitenden Klasse aufmerksam zu machen und Sozialreformen zu fordern. Der dadurch erzeugte Druck auf die Politik bewog den Kanzler Bismarck, jene für die damalige Zeit sehr fortschrittliche Sozialversicherung einzurichten, die

---

<sup>27</sup> Joachim Ringelnatz bei seiner Aufnahme in das Tuberkulosekrankenhaus Sommerfeld. In: Ringelnatz, Krankenhaus-Tagebuch. 7. Juni bis 2. Oktober 1934. Der Nachlaß. Berlin: Rowohlt 1935, S. 42

<sup>28</sup> Hähner-Rombach, Sozialgeschichte der Tuberkulose, S. 31

<sup>29</sup> Ebd., S. 31

<sup>30</sup> Alexandre Dumas, Kameliendame, Berlin: Aufbau 2002 oder Giuseppe Verdi Oper „La Traviata“ (1853)

<sup>31</sup> Alfred Grotjahn, Handwörterbuch der Sozialen Hygiene, Leipzig: Vogel 1912

<sup>32</sup> Ebd., S. 650

<sup>33</sup> Hähner-Rombach, Sozialgeschichte der Tuberkulose, S. 43

<sup>34</sup> Ebd., S. 49

u.a. den Bau von Tuberkulose-Heilstätten ermöglichte und sich als geeignetes Mittel zur Bekämpfung der Seuche erwies.<sup>35</sup>

Während des Ersten Weltkriegs kam es zu Missernten. Außerdem boykottierten die Alliierten die Einfuhr von Lebensmitteln, was dazu führte, dass weite Teile der Bevölkerung hungerten. Aufgrund der unzulänglichen Ernährung verschlechterte sich der Allgemeinzustand der Bevölkerung rapide, und es kam zum Ausbruch von Mangelkrankheiten, die sich schnell ausbreiteten. Dazu gehörte auch die Tuberkulose. Alle Schichten der Bevölkerung waren jetzt betroffen. Im Unterschied zur Kaiserzeit, in der hauptsächlich die Arbeiterschicht im Fokus der Tuberkulosefürsorge stand, mussten die Bemühungen nunmehr stark ausgedehnt werden. Die Bevölkerung hatte auch nach dem Ersten Weltkrieg noch lange mit Ernährungsproblemen zu kämpfen. Zahlreiche Kinder erkrankten an Tuberkulose oder waren von der Seuche bedroht. Sie wurden deshalb auf Versicherungskosten zu Kuren in ländliche Gegenden oder ans Meer verschickt.<sup>36</sup>

## 2.2 Sozialgesetzliche Grundlagen des Heilstättenwesens

Im Hinblick auf den Entstehungszusammenhang und die Verbreitung der Erkrankung sind die sozialgeschichtlichen Hintergründe von Bedeutung. Im Kontext der Bekämpfung der Seuche geht es außerdem um die gesellschaftlichen Prozesse, die für die Entwicklung sozialgesetzlicher Gegenmaßnahmen ausschlaggebend waren. Die für die Kaiserzeit charakteristische Gründung von Lungenheilstätten steht in enger Verbindung mit der von Bismarck eingeführten, als Eckpfeiler der wilhelminischen Sozialpolitik anzusehenden Einführung der Sozial- und Krankenversicherung. Der Ursprung und das Wirksamwerden des Wohlfahrtsgedankens in der Oberschicht des Deutschen Kaiserreichs fallen in diese Zeit. Die damit gemeinte Leitvorstellung findet in der Gründung von Genesungseinrichtungen für Arbeiter und insgesamt für Personen aus finanziell schlechter gestellten Schichten einen deutlichen Ausdruck.

Die Arbeiterschicht, die im Zuge der Industrialisierung immer stärker angewachsen war, wurde gegen Ende des 19. Jahrhunderts zunehmend von Verelendung bedroht. Die Armenkassen der Gemeinden sprangen bei finanziellen Problemen ein, wurden dadurch aber finanziell stark belastet. Die Arbeiterschicht war in Deutschland seit der Mitte des Jahrhunderts zwar auch zu einer festen politischen Größe geworden, aber ihre Lage besserte sich nicht. Die Unzufriedenheit der Massen mit den zum Teil unerträglichen Lebensverhältnissen fand ihren Höhepunkt u.a. in zwei Attentaten auf Kaiser Wilhelm I. im Frühjahr 1878. Als Reaktion darauf wurde noch im gleichen Jahr *das Sozialistengesetz* verabschiedet. Zugleich entstand die Forderung, „daß der Staat sich in höherem Maße als bisher seiner hilfsbedürftigen Mitglieder annehme“.<sup>37</sup> Das wurde aber nicht nur als ein Gebot christlicher Nächstenliebe verstanden, sondern als das politische Ziel, „auch in den besitzlosen Klassen der Bevölkerung, welche zugleich die zahlreichsten und am wenigsten unterrichteten sind, die Anschauung zu pflegen, daß der Staat nicht bloß eine notwendige, sondern auch eine wohlthätige Einrichtung sei“.<sup>38</sup>

---

<sup>35</sup> Ebd. S. 34

<sup>36</sup> Karin Nolte, Licht, Luft und Sonne für die Kinder ‚breiter Volkskreise‘. Das Nassauische Kindersanatorium Weilmünster in den 1920er Jahren. In: Vanja, Christina (Hg.): Heilanstalt – Sanatorium – Kliniken. 100 Jahre Krankenhaus Weilmünster, Kassel: LWV Hessen 1997, S. 100f.

<sup>37</sup> Friedrich Kleeis, Die Geschichte der sozialen Versicherung in Deutschland, Berlin: Verlag der Arbeiter-Versorgung 1928, S. 97

<sup>38</sup> Ebd.

Das Ergebnis der ersten Vorarbeiten zur Entwicklung einer umfassenden *Sozialversicherung* wurde im Jahre 1887 in einer Denkschrift zu den „Grundzügen der Alters- und Invalidenversicherung“ veröffentlicht und dem preußischen Volkswirtschaftsrat vorgelegt.<sup>39</sup>

Diese Leitlinien gelangten 1888 im Reichstag als Gesetzentwurf in die parlamentarische Beratung. Vorgesehen war eine Zwangsversicherung für alle Arbeiterinnen und Arbeiter ab 16 Jahren. Die Versicherung sollte ab einem Alter von 70 Lebensjahren oder bei Erwerbsunfähigkeit die Rentenzahlung ermöglichen. Auch die Gründung von Landesversicherungsanstalten war im Gesetz geregelt.<sup>40</sup> Die Kosten der Versicherung trugen zu je einem Drittel das Deutsche Reich, die Arbeitgeber und die Arbeitnehmer. Vor allem die öffentlichen Armenkassen der Städte und kleinen Gemeinden sollten auf diese Weise entlastet werden. Die Beiträge der Arbeitnehmer wurden mittels eines Quittungsbuchs belegt, in das gekaufte Marken einzukleben waren. Der Ausdruck „ich habe geklebt“ wurde zu einer stehenden Redensart.<sup>41</sup>

Mit den neuen Kranken- und Sozialversicherungsgesetzen verfolgte die konservative Reichsregierung vor allem das Ziel, die Ausbreitung der sozialdemokratischen Strömungen in der Arbeiterschicht zu stoppen. Die Einführung des Versicherungsschutzes für Arbeiter ist somit zugleich ein Beweis dafür, dass der Versuch, die Sozialdemokratie allein mithilfe der zwischen 1878 und 1890 erlassenen Sozialistengesetze vollständig unterdrücken zu wollen, nicht erfolgreich sein konnte.<sup>42</sup>

Vizekanzler Graf von Stolberg-Wernigerode schilderte die Beweggründe für die Einführung der Sozialversicherung in seiner Rede zur Eröffnung des Reichstags am 15. Februar 1881 wie folgt:

„Die bisherigen Veranstaltungen, welche die Arbeiter vor der Gefahr sichern sollen, durch den Verlust ihrer Arbeitsfähigkeit infolge von Unfällen oder des Alters in eine hilflose Lage zu geraten, haben sich als unzureichend erwiesen, und diese Unzulänglichkeit hat nicht wenig dazu beigetragen, Angehörige dieser Berufsklasse dahin zu führen, daß sie in der Mitwirkung sozialdemokratischer Bestrebungen den Weg zu Abhilfe suchten.“<sup>43</sup>

Zur Vorbereitung der Sozialversicherungsgesetze traf sich Bismarck sogar mit Lasalle, dem führenden Kopf der sozialdemokratischen Bewegung, um mit ihm politische Lösungen für soziale Probleme zu diskutieren. Bismarck trat aber dabei stets als leidenschaftlicher Gegner der Sozialdemokratie auf:

„Wenn der Staat etwas mehr christliche Fürsorge für den Arbeiter zeigt, dann glaube ich, daß die Herren vom Wydener Programm [der SPD, Anm. d. Verf.] ihre Lockpfeife vergeblich blasen werden.“<sup>44</sup>

Kritiker meinten, die arbeiterfreundliche Sozialpolitik der Regierung beruhe nur auf Angst vor den Sozialdemokraten. Doch Wilhelm I. glaubte, „daß die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde.“<sup>45</sup>

---

<sup>39</sup> Horst Peters, *Die Geschichte der Sozialversicherung*, Bad Godesberg: Asgard, 1959, S. 49

<sup>40</sup> Ebd., S. 50

<sup>41</sup> Kleeis, *Die Geschichte der sozialen Versicherung in Deutschland*, S. 139f.

<sup>42</sup> Ralf Hoffrogge, *Sozialismus und Arbeiterbewegung – von den Anfängen bis 1914*, Stuttgart, 2011, S. 35f.

<sup>43</sup> Graf von Stolberg-Wernigerode, Rede im Reichstag vom 15. Februar 1881, zit. nach Kleeis, *Die Geschichte der sozialen Versicherung in Deutschland*, S. 99

<sup>44</sup> Otto von Bismarck, Rede im Reichstag vom 9. Mai 1884, zit. nach Kleeis, *Die Geschichte der sozialen Versicherung in Deutschland*, S. 104

<sup>45</sup> Kaiser Wilhelm I., Kaiserliche Botschaft (gleichsam als Thronrede) vom 17. November 1881, zit. nach Horst Peters, *Die Geschichte der Sozialversicherung*, Bad Godesberg: Asgard, 1959, S. 39

In seinen Ausarbeitungen für eine Gesetzgebung verfolgte Bismarck stets auch den Gedanken, das soziale Versicherungssystem vor einem Missbrauch durch Profitgier zu schützen:

„Ich empfehle das Reich selbst als Unternehmer; nur dann ist meines Erachtens der Fehler ausgeschlossen, daß die Versicherungen gegen Unfall und Elend gewinnbringende Geschäfte mit Dividenden machen sollen.“<sup>46</sup>

Der Gesetzesentwurf für die Arbeiterversicherung wurde 1889 gegen die Stimmen der Sozialdemokraten (denen die Regelungen nicht weitgehend genug waren) verabschiedet und erlangte zum 1. Januar 1891 Gültigkeit. Es kam 1897 zu einer Neufassung, die als „Invalidenversicherungsgesetz“ zur Jahrhundertwende in Kraft trat. Im Rahmen der Novellierung wurde u.a. die Zuständigkeit für die Finanzierung von Heilbehandlungen geregelt.<sup>47</sup> Das bedeutete für die Versicherungsanstalten Planungssicherheit beim Bau eigener Heilstätten. Bismarcks originäre Mitwirkung an der Sozialgesetzgebung wurde einige Male bezweifelt, doch er bestand darauf, dass er die „erste Urheberschaft der ganzen sozialen Politik“<sup>48</sup> inne habe.

<b>Name zwischen 1891 und 1934</b> (LVA = Landesversicherungsanstalt)	<b>Heutige Nachfolgeinstitution (Reform im Jahre 2005)</b> (DRV = Deutsche Rentenversicherung)
LVA Berlin, LVA Brandenburg	DRV Berlin-Brandenburg
LVA Sachsen-Anhalt, LVA Thüringen (für die thüring. Kleinstaaten wie z.B. das Hzgtm. Sachsen-Weimar-Eisenach) sowie LVA des Königreich Sachsens	DRV Mitteldeutschland
LVA Braunschweig, LVA Hannover	DRV Braunschweig-Hannover
LVA Schleswig-Holstein, LVA der Hansestädte, LVA Pommern (z.T.)	DRV Nord
LVA Hessen(-Nassau) LVA des Großherzogtums Hessen	DRV Hessen
LVA Rheinprovinz	DRV Rheinland
LVA Rheinland-Pfalz	DRV Rheinland-Pfalz
LVA Westfalen	DRV Westfalen
LVA Ostpreußen, LVA des Memellandes, LVA Danzig, LVA Westpreußen, LVA Posen, LVA Schlesien, LVA Pommern (z.T.)	heute nicht mehr existent
Allgemeiner Knappschaftsverein Bochum und Norddeutsche Knappschaftspensionskasse Halle sowie andere Zuschusskassen	DRV Knappschaft-Bahn-See (von 1923 bis 1945 als Reichsknappschaft und bis 2005 Bundesknappschaft)
Pensionskasse des Preußisch-Hessischen Eisenbahnvereins, später Pensionskasse für die Arbeiter der Preußischen Staatseisenbahnverwaltung	DRV Knappschaft-Bahn-See (ab 1935: Reichsbahnversicherungsanstalt, Bundesbahn-Versicherungsanstalt, ab 1994: Bahnversicherungsanstalt)

TAB. 1: ÜBERSICHT ÜBER DIE PREUßISCHEN INVALIDENVERSICHERUNGSANSTALTEN

<sup>46</sup> Bismarck im Jahre 1880, zit. nach Kleeis, Die Geschichte der sozialen Versicherung in Deutschland, S. 102

<sup>47</sup> Kleeis, Die Geschichte der sozialen Versicherung in Deutschland, S. 144f.

<sup>48</sup> Bismarck im Jahre 1889, zit. Kleeis, Die Geschichte der sozialen Versicherung in Deutschland, S. 103

Eine Besonderheit bildeten die Invalidenversicherungen für Bergleute und für Eisenbahner. Diese Berufsgruppen wurden mehrheitlich im Rahmen eigener Pensionskassen invalidenversichert. Den bestehenden Knappschaftsvereinen und Eisenbahngesellschaften war es freigestellt, entweder ihre Mitglieder aufzufordern, Beiträge bei den Landesversicherungsanstalten (LVA) einzuzahlen oder „besondere Kasseneinrichtungen“ zu gründen. Grundsätzlich waren Knappschaftsmitglieder bei den LVA versichert. Das höhere Invaliditätsrisiko wurde dann aber von den knappschaftseigenen Kassen getragen. Dieser Vorteil erlangte eine große praktische Bedeutung. So entstanden u.a. der Allgemeine Knappschaftsverein Bochum (mit anfänglich 310.000 Versicherten) und der Saarbrücker Knappschaftsverein (mit 49.000 Versicherten).<sup>49</sup> In Mitteldeutschland gab es eine Vielzahl kleiner Knappschaftsvereine, von denen allerdings keiner die Gründung und Anerkennung einer eigenen Versicherungsanstalt durchsetzen konnte, sodass sich die Einzelvereine zur „Norddeutschen Knappschaftspensionskasse“ (Sitz in Halle/Saale) zusammenschlossen.<sup>50</sup> Die Kassen wurden 1908 in der „Knappschaftlichen Versicherungsanstalt Berlin“ zusammengefasst. In ihr waren 70 % aller preußischen Bergleute versichert.<sup>51</sup> In der Reichsversicherungsordnung von 1909 werden 41 Anstalten der Invalidenversicherung (vgl. Tab. 1) mit insgesamt etwa zwölf Millionen Mitgliedern genannt.

### 2.3 Die Geschichte der Heilstättenbewegung

Da sich die Entwicklung der Lungenheilstätten nur über einen bestimmten Zeitraum erstreckte und eine kumulative Tendenz zeigte, lässt sie sich als Bewegung darstellen. In diesem Zusammenhang erlangte das durch die Landesversicherungsanstalten sowie das Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose entwickelte Modell „Volksheilstätte“ eine besondere Bedeutung.

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts entstanden in Großbritannien erste Hospitäler für Lungenkranke.<sup>52</sup> Diese Einrichtungen waren aber noch nicht auf ein bestimmtes Programm hin ausgerichtet und lassen sich deshalb nicht dem Typus „Heilstätte“ zuordnen. Kurbehandlungen von Lungenkranken blieben außerdem in Europa generell bis in das letzte Viertel des 19. Jahrhunderts hinein wohlhabenden Patienten vorbehalten.<sup>53</sup> Das ärztliche Bemühen konzentrierte sich dabei auf eine aufbauende Ernährung. Mit der späteren Volksheilstättenbewegung gab es erstmals in Europa eine Tuberkulosebehandlung, die auch ärmeren Patientinnen und Patienten zugute kam.<sup>54</sup>

Die eigentliche Geschichte der Heilstättenbewegung beginnt erst im Jahre 1854. Der junge Arzt Dr. Hermann Brehmer richtet in einer ehemaligen Kaltwasser-Badeanstalt seiner Schwägerin Marie von Colomb in dem niederschlesischen Dorf Görbersdorf eine Lungenheilanstalt ein, in der er das von ihm entwickelte Verfahren einer sog. „hygienisch-diätetischen“ Behandlung anwenden möchte.<sup>55</sup>

Brehmer sieht die Ursachen für Tuberkulose vor allem in einem zu kleinem Herzen und einer zu großen Lunge. Dieses Missverhältnis sei aber nur, so glaubt er, zu etwa 10% genetisch bedingt.

---

<sup>49</sup> Kleeis, Die Geschichte der sozialen Versicherung in Deutschland, S. 158

<sup>50</sup> Ebd., S. 159

<sup>51</sup> Ebd., S. 161

<sup>52</sup> Aufgrund der fehlenden Behandlungsmethoden im Sinne eines hygienisch-diätetischen Verfahrens ist hier noch nicht von „Heilstätten“ zu sprechen, sondern eher von Kranken- bzw. Siechenhäusern.

<sup>53</sup> Selman Waksman, The conquest of tuberculosis, Berkeley 1964, S. 49

<sup>54</sup> Ingeborg Langerbeins, Lungenheilanstalten in Deutschland (1854 - 1945), Köln, 1979, S. 2f.

<sup>55</sup> Die Kaltwasserkur wurde ursprünglich von Vinzenz Prießnitz entwickelt. Kaltes Wasser und gesunde Luft bildeten die Ansatzpunkte seiner Hydrotherapie.

Für Auslöser der Erkrankung hält der junge Arzt schädliche Nahrungsmittel, unzureichend belüftete, dunkle Wohnungen und einen Mangel an Bewegung.<sup>56</sup>

Das zu kleine Herz könne nicht genügend Blut durch den Körper pumpen, behauptet er, sodass die Organe und insbesondere die Lunge unterversorgt seien. Auf diese Weise lasse sich der schwache körperliche Zustand erklären, der gemeinhin als „Schwindsucht“ bezeichnet werde. Nur eine diätetische Kur an einem geeigneten Ort, der gute klimatische Verhältnisse biete (und in dem deshalb bisher noch keine Tuberkulose aufgetreten sein dürfte), könne zur Gesundung führen. Brehmer spricht in diesem Zusammenhang von der „Immunität“<sup>57</sup> einer Region. Vor allem in Gebirgslandschaften käme es, so seine Annahme, aufgrund des niedrigeren Luftdrucks nicht zur Ausbreitung der Tuberkulose.<sup>58</sup> Auf den schwächeren Luftdruck müsse der Organismus mit gesteigerter Herzfrequenz reagieren und auf diese Weise werde die Lunge besser mit Blut versorgt:

„Wir sehen also, die Schwindsüchtigen dürfen wir nur in hochgelegene Täler schicken, die von der Lungenschwindsucht frei, und gegen Winde geschützt, also möglichst allseitig von Bergen umgeben sind.“<sup>59</sup>

Grundlage der Heilstättenbehandlung war somit ein Kuraufenthalt in den Bergen. Der Tuberkulöse sollte sich so viel wie möglich an der frischen Luft aufhalten und seinen geschwächten Körper durch nahrhafte Speisen kräftigen. Zur diätetischen Behandlung gehörte auch die Verabreichung von alkoholischen Getränken in begrenzten Mengen. Dadurch könnte der Stoffwechsel angeregt werden, nahm Brehmer an. Alkoholgaben wurden von ihm auch gegen Schüttelfrost und Schweißausbrüche eingesetzt.<sup>60</sup>

Im Jahre 1863 konnte die erste als „Heilstätte“ zu deklarierende Einrichtung von Brehmer in Görbersdorf eröffnet werden. Das später „Altes Kurhaus“ genannte Gebäude, in dem 40 Krankenbetten untergebracht waren, wurde von dem Architekten Edwin Oppler als neogotischer Backsteinbau realisiert und in den Jahren 1871 und 1878 erweitert.<sup>61</sup> In beiden Kurhäusern gab es - für Krankenanstalten jener Zeit noch untypische - Ein- oder Zweibettzimmer und auf jeder Etage befanden sich Küchenzeilen und Badezimmer.<sup>62</sup> Liegehallen waren unter der Leitung Brehmers nicht eingerichtet worden, da er der Liegekur, die sein Schüler Dettweiler entwickelt hatte, ablehnend gegenüberstand.

Brehmers Konzept wurde als erfolgreich bekannt und fand Nachahmer. Als zweite Heilstätte auf deutschem Boden wurde 1873 im vogtländischen Reiboldgrün das Sanatorium des Arztes Carl Driver gegründet. Eine besondere Bedeutung erlangte eine weitere neue Heilstätte im hessischen Ort Falkenstein (heute Königstein/Taunus), die 1874 erbaut und ab 1876 von dem Arzt Peter Dettweiler geleitet wurde. Dettweiler war 1868 als Patient in der Görbersdorfer Heilstätte Brehmers gewesen und von dessen Behandlung so begeistert, dass er sich kurz darauf als Assistenzarzt in Görbersdorf einstellen ließ. Von 1869 bis 1874 war er Schüler Brehmers, bis er nach einem Streit mit seinem Lehrer Görbersdorf verließ und in Falkenstein die Gründung einer eigenen Heilstätte betrieb, die vom Ärztlichen Verein Frankfurt/Main getragen wurde.<sup>63</sup>

---

<sup>56</sup> Hermann Brehmer, Die chronische Lungenschwindsucht und Tuberkulose der Lunge: ihre Ursache und ihre Heilung, Berlin: Enslin 1869, S. 32

<sup>57</sup> Ebd., S. 67

<sup>58</sup> Langerbeins, Lungenheilstätten in Deutschland, S. 6

<sup>59</sup> Brehmer, Die chronische Lungenschwindsucht und Tuberkulose der Lunge, S. 297

<sup>60</sup> Ebd., S. 262-264.

<sup>61</sup> Oskar Welten, Die Heilanstalten von Görbersdorf: Was sie versprechen und was sie halten, Berlin: Jssleib, 1887, S. 63-64

<sup>62</sup> Hermann Brehmer, Die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht, Wiesbaden: Bergmann, 1889, S. 18-21

<sup>63</sup> Langerbeins, Lungenheilstätten in Deutschland, S. 15



Wichtige Ergänzungen waren aber die Liegekur, die in speziellen von Dettweiler entworfenen Liegehallen durchgeführt wurde, und die „psychische Leitung“ der Kranken. Ziel sowohl der physischen Kräftigung, als auch der psychischen Aufbauarbeit war die Steigerung der Abwehrkräfte.<sup>64</sup> Dettweiler führte im Taunus im Wesentlichen das Behandlungskonzept Brehmers fort.<sup>65</sup>

Eine weitere Heilstätte entstand in unmittelbarer Nachbarschaft der Brehmer'schen Einrichtung: In einer Privatpension unweit des Görbersdorfer Kurhauses, in der vorher hauptsächlich Brehmers Patienten zu Gast waren, eröffnete 1875 das Sanatorium des Arztes Dr. Römpler.

Unter den Begriff „Heilstätte“ fallen spätestens seit 1900 mindestens zwei Arten von Anstalten für Lungenkranke. Hinsichtlich ihrer Trägerschaft lassen sich die Einrichtungen folgenden Kategorien zuordnen: Zum einen handelte es sich um Privatsanatorien für Selbstzahler und zum anderen um Volksheilstätten, die von Landesversicherungsanstalten oder gemeinnützigen Vereinen errichtet und betrieben wurden.<sup>66</sup> Die Volksheilstätten können als Einheit betrachtet werden, da die zunächst von Vereinen finanzierten Häuser später von den LVA übernommen wurden und bereits in der Zeit, in der sie noch unter der Ägide eines Vereins standen, vornehmlich für Versicherte der LVA zugänglich waren.

Heilstätten unterschieden sich von allgemeinen Krankenanstalten nicht nur aufgrund ihrer landschaftlichen Lage sowie der vergleichsweise längeren durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten, sondern vor allem durch Zusatzbauten wie Freiluftliegehallen und die im Anstaltspark zur Durchführung der „Terrainkur“ angelegten Spazierwege, die Gelegenheit boten, sich zu entspannen. Die Kranken sollten sich außerdem „während ihres Aufenthaltes umfangreichen Erziehungsmaßnahmen“ öffnen. Zielsetzungen waren „Isolierung, Erziehung und Disziplinierung“.<sup>67</sup>

Im Deutschen Reich trat am 22. Juli 1889 eine erste umfassende Sozialgesetzgebung in Kraft, die im § 12 die Gründung einer Alters- und Invalidenversicherung sowie die Einrichtung von Landesversicherungsanstalten (LVA) festlegte. Letztere sollten Behandlungsmöglichkeiten für Lungentuberkulosekranke schaffen, um vor allem eine drohende Erwerbsunfähigkeit nach Möglichkeit zu verhindern. Obwohl sich die langen Heilstättenaufenthalte für die Versicherungen sehr kostspielig gestalteten, war nach der damaligen - auf Schätzungen beruhenden - Auffassung, der finanzielle Aufwand viel geringer als die Inkaufnahme einer frühen Invalidität aufgrund einer Tuberkuloseerkrankung.<sup>68</sup>

So bringt etwa im Jahre 1894 der Direktor der LVA der Hansestädte<sup>69</sup> Gebhard zum Ausdruck, dass es „im wirtschaftlichen Interesse der Versicherungsanstalten und der Krankenkasse“<sup>70</sup> liege, wenn die Versicherungsanstalten von der Möglichkeit (§ 12), eine etwaige Erwerbsunfähigkeit durch eine Heilbehandlung abzuwehren, vielfältigen Gebrauch machen würden.

---

<sup>64</sup> Ebd., S. 15f.

<sup>65</sup> Georg Wolff, *Der Gang der Tuberkulosesterblichkeit und die Industrialisierung Europas*, Leipzig: Barth 1926, S. 20

<sup>66</sup> Flurin Condrau, *Lungenheilstätten im internationalen Vergleich. Zur Sozialgeschichte der Tuberkulose im 19. und frühen 20. Jahrhundert*, *Hist. Hosp.*, 19/1994, 220-234.

<sup>67</sup> Hähner-Rombach, *Sozialgeschichte der Tuberkulose*, S. 160

<sup>68</sup> Ebd., S. 164

<sup>69</sup> Lübeck, Hamburg und Bremen waren von Preußen unabhängige Stadtstaaten und hatten somit ihre eigene LVA.

<sup>70</sup> Carl Hamel, *Deutsche Heilstätten für Lungenkranke: Geschichtliche und statistische Mitteilungen*. *Tuberkulose-Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte*, 2/1904, 1-23, hier S. 8

Es ging vor allem darum, mit Hilfe der LVA den Bestand an Heilstätten zu vergrößern, um den versicherten Patientinnen und Patienten eine Behandlung zu ermöglichen. Die LVA hatten die Aufgabe, „dort, wo Heilstätten zur Unterbringung der versicherten Lungenkranken nicht vorhanden seien, solche Anstalten aus eigenen Mitteln – gegebenenfalls in Verbindung mit anderen Organisationen – zu errichten“.<sup>71</sup>

Dies war ökonomisch geboten, da die Ausgaben für einen Heilstättenaufenthalt in den zunächst ausschließlich zur Verfügung stehenden Privatsanatorien sehr hoch waren. Die bis 1876 entstandenen Heilstätten waren fast ausschließlich für vermögende Patientinnen und Patienten gebaut worden, die die hohen Kurkosten von bis zu vier Mark pro Kurtag tragen konnten (für ein Hotelzimmer im noblen Kurort Baden-Baden waren zu dieser Zeit nur 2,50 Mark zu zahlen).<sup>72</sup> Die Situation änderte sich, als die LVA vermehrt Versicherte aus der Arbeiterschicht in den Privatheilstätten unterbringen ließ und später damit begann, eigene Einrichtungen zu schaffen.<sup>73</sup>

Dettweiler (Heilstätte Falkenstein) und Driver (Heilstätte Reiboldsgrün) gehören zu den Begründern der Volksheilstättenidee. Sie forderten bereits 1882, nachdem Koch den Tuberkuloseerreger entdeckt hatte, die Planung von Heilstätten für mittellose Kranke.

Der LVA-Leiter Hermann Gebhardt (1891-1906) schuf die Grundlage für den Bau einer ersten LVA-eigenen Heilstätte in St. Andreasberg (Oderberg, fertiggestellt 1897)<sup>74</sup>. Im selben Jahr folgte die Knappschaftspensionskasse zu Halle/Saale mit dem Projekt, eine Heilstätte in Sülzhayn/Harz zu errichten. Aber nicht nur LVA-Heilstätten nahmen Invalidenversicherte auf, auch private Sanatorien stellten den LVA nach wie vor eine gewisse Anzahl an Betten zur Verfügung (so z.B. die Heilanstalten des Dr. Brehmer in Görbersdorf und des Dr. Pintschovius in Altenbrak).

Die Realisierung der meisten Heilstättenbauten für die Arbeiterschicht erfolgte durch besondere Heilstättenvereine, in denen Industriebetriebe oder Gemeinden Mitglied waren. Als eine erste von einem Mäzen finanzierte Einrichtung kann das Kurhospital Siloah gelten, das 1881 mit Hilfe von Spendengeldern im pommerschen Kolberg erbaut wurde.<sup>75</sup>

Im Jahre 1896 gab das Kaiserliche Gesundheitsamt eine Denkschrift heraus, in der auf den gesundheitlichen und ökonomischen Nutzen von Heilstättenbehandlungen für Tuberkulöse hingewiesen wurde. Im gleichen Jahre erhielt die Heilstättenbewegung einen weiteren Aufschwung, als der „Volksheilstättenverein vom Roten Kreuz“ am brandenburgischen Grabowsee (bei Oranienburg) - zunächst versuchsweise - die erste Tuberkuloseheilstätte im Flachland eröffnete und damit eine neue Entwicklung einleitete.<sup>76</sup>

In den Jahren 1898 bis 1904 entstand ein regelrechter „Bauboom“ für Heilstätten: 49 Häuser kamen hinzu und viele bereits bestehende Anstalten wurden vergrößert. Mehr als die Hälfte der Einrichtungen befand sich im Besitz der LVA. Dachorganisation der Heilstättenvereine war das „Deutsche Zentralkomitee“ in Berlin. Es zählte im Jahre 1904 über 1.400 Mitglieder, darunter sieben Ministerien, 26 Landesversicherungsanstalten und 347 Gemeinden.<sup>77</sup>

Einen besonderen Höhepunkt erreichte die Heilstättenbewegung im Jahre 1899, als das Zentralkomitee zum „Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit“ einlud, an

---

<sup>71</sup> Ebd., S. 9

<sup>72</sup> Langerbeins, Lungenheilstätten in Deutschland, S. 20

<sup>73</sup> Hähner-Rombach, Sozialgeschichte der Tuberkulose, S. 165

<sup>74</sup> Carl Hamel, Deutsche Heilstätten für Lungenkranke: Geschichtliche und statistische Mitteilungen. Tuberkulose-Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte, 2/1904, 1-23

<sup>75</sup> Hamel, Deutsche Heilstätten für Lungenkranke, S. 8f.

<sup>76</sup> Ein Beitrag zur Beurteilung des Nutzens von Heilstätten für Lungenkranke, Tuberkulose-Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamte, 2/1904, Anlage I, S. 36

<sup>77</sup> Hamel, Deutsche Heilstätten für Lungenkranke, S. 16



dem über 1.700 Besucher teilnahmen. Auf der Veranstaltung wurden allerdings auch erste kritische Töne laut. So wurde etwa die Frage erörtert, ob nicht erst „über die besondere Wirksamkeit der Heilstättenfürsorge und über die Bedürfnisfrage fernerer Anstalten weitere, hinreichend sichere Erfahrungen“ gesammelt werden müssten und deshalb „ein langsames Tempo in der Heilstättenbegründung“ sinnvoller sei.<sup>78</sup>

In Mittelpunkt der Heilstättenbewegung stand inzwischen der Gedanke einer umfassenden Betreuung jener Kranken, die aus bildungsfernen Schichten kamen und nicht einmal über hygienische Grundsätze aufgeklärt worden waren. In diesem Zusammenhang bekräftigte der Heilstättenarzt Felix Wolff noch einmal die Forderung, die Behandlungsziele in den neuen Volksheilstätten an den Grundprinzipien der Heilmethoden Brehmers und Dettweilers auszurichten und die Häuser vor allem als „Erziehungsanstalten“ zu begreifen. Die Patienten sollten hauptsächlich „zur Prophylaxe für sich und andere“<sup>79</sup> geschult werden. Eine gänzliche Heilung der Tuberkulose hielt Wolff ohnehin nicht für möglich.

Eine weitere Überlegung bestand darin, die Lungenkranken in besonders abgelegenen Mittelgebirgstälern zu behandeln, um sie zugleich von der noch nicht infizierten Bevölkerung isolieren zu können. Das nach Kochs Entdeckung allgemein verbreitete Wissen um den Erreger hatte zu einer teilweise überhöhten Bewertung der Ansteckungsgefahr geführt.

In der Entwicklung schien sich eine Wende anzubahnen, als auf dem I. Internationalen Medizinischen Kongress 1890 in Berlin die Frage diskutiert wurde, ob der Bau von Heilstätten für Personen aus ärmeren Schichten forciert werden müsse. Da aber Robert Koch auf dem gleichen Kongress das Tuberkulin als neues Heilmittel vorstellte, blieben die Stimmen zurückhaltend. Man glaubte, auf Heilstätten nach dem bestehenden Vorbild Brehmers und Dettweilers vielleicht bald verzichten zu können.<sup>80</sup>

Doch diese Einschätzung änderte sich wieder, als sich herausstellte, dass das Tuberkulin nicht die erhoffte Wirkung hatte. Deshalb kam es weiterhin zur Gründung von karitativen Heilstättenvereinen. Private Stiftungen und Darlehensgeber sollten die Bemühungen unterstützen. Die Idee erwies sich als erfolgreich: Aus Mitteln der bereits existierenden Vereine entstanden in kurzer Zeit vier neue Heilstätten: 1892 in Bad Lippspringe (mit Unterstützung des Johanniterordens) und in Malchow (bei Berlin), 1893 in Dannenfels (bei Ludwigshafen, mit Unterstützung der BASF-Werke) und in Bad Rehburg (am Steinhuder Meer).<sup>81</sup>

Zugleich wurden in dieser Zeit viele neue Vereine gegründet, so z.B. 1893 im pommerschen Regierungsbezirk Stettin der „Verein zur Errichtung von Genesungsstätten für unbemittelte Lungenkranke“ und in Berlin im Jahre 1895 der „Volksheilstättenverein vom Roten Kreuz“, dem es gelang, bereits 1896 am Grabowsee unter der Schirmherrschaft der Fürstin Hohenlohe eine Einrichtung zu eröffnen. Im gleichen Jahr kam es zur Gründung des „Berlin-Brandenburger Heilstättenvereins“, der eine Heilstätte bei Bad Belzig ins Leben rief. Der Verein stand unter der Schirmherrschaft der Kaiserin Auguste Viktoria.<sup>82</sup> Hamel bemerkt dazu:

„Angesichts der Mitgliederliste des Zentralkomitees und der beiden prominenten Heilstättenvereine läßt sich erkennen, daß die Volksheilstättenidee nicht nur von medizinischer Seite getragen wurde. Die Spitzen der Gesellschaft setzten sich dafür ein, mitgerissen von emotionalen Regungen und dem Wunsch, humanitär und wohlthätig zu handeln. Es galt als Ehre für jeden, der Rang und Namen hatte, einem dieser Ausschüsse

---

<sup>78</sup> Ebd., S. 17

<sup>79</sup> Felix Wolff, zitiert nach Langerbeins, Lungenheilanstalten in Deutschland, S. 23

<sup>80</sup> Hamel, Deutsche Heilstätten für Lungenkranke, S. 6

<sup>81</sup> Langerbeins, Lungenheilanstalten in Deutschland, S. 25-27

<sup>82</sup> Ebd., S. 32

anzugehören. Auf der anderen Seiten brauchten diese Vereine prominente Mitglieder, um so ihre Tätigkeit weiter auszubreiten und neue Anhänger zu werben<sup>83</sup>

Auf Initiative von Wohltätigkeitsvereinen entstanden weitere Einrichtungen: 1898 bei Bad Berka die Sophienheilstätte des „Patriotischen Institutes der Frauenvereine für das Großherzogtum Sachsen-Weimar-Eisenach“ und die Heilstätte des Oberschlesischen Knappschaftsvereins in Loslau. Sie sollten ausnahmslos einer Behandlung von Tuberkulösen aus den ärmeren Bevölkerungsschichten dienen.

Die nach 1894 von Landesversicherungsanstalten genehmigten Behandlungen (also auch Heilstättenaufenthalte von Tuberkulösen) waren durch die frühe Sozialgesetzgebung zunächst nur unzureichend finanziell gedeckt. Erst das am 13. Juli 1899 erlassene Invalidenversicherungsgesetz regelte die Übernahme von Behandlungskosten, und zwar vor allem als vorbeugende Maßnahme zur Vermeidung einer möglichen Invalidität durch Tuberkulose.

Die Heilstättenbewegung änderte nunmehr ihr Bild. Private Heilstättenvereine traten in den Hintergrund. Die meisten Häuser wurden von den Landesversicherungsanstalten weitergeführt und außerdem viele neue Einrichtungen gebaut. Von 1899 bis 1908 stieg die Zahl der Volksheilstätten von 33 auf 99 im gesamten Reichsgebiet.<sup>84</sup>

Als Höhepunkt einer LVA-finanzierten Bautätigkeit kann die Einrichtung der 1902 eröffneten Beelitzer Heilstätten angesehen werden. Der Kostenaufwand für diese nach Größe und Ausstattung mustergültige Anstalt überstieg alle vergleichbaren Projekte (vgl. 3.1).<sup>85</sup>

Auch Häuser, die nicht von einer Landesversicherungsanstalt, sondern von anderen karitativen Kostenträgern gegründet wurden, trugen zum Teil den Charakter einer Volksheilstätte. Ausschlaggebend für die Zuordnung ist, ob es sich bei der Klientel um Versicherte oder um Selbstzahler handelt. Hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang die seit 1898 in Sülzhayn (Harz) bestehende Heilstätte der Norddeutschen Knappschaftspensionskasse Halle/Saale, das 1904 fertiggestellte Auguste-Viktoria-Stift des Allgemeinen Knappschaftsvereins in Beringhausen bei Meschede sowie die ebenfalls 1904 eröffneten Heilstätten Moltkefels (bei Schreiberhau, Riesengebirge) und Stadtwald (bei Melsungen/Kassel) der Pensionskasse I der Preußisch-Hessischen Eisenbahngemeinschaft (später Reichsbahn).

Nach Maßgabe des § 12 des neuen Sozialversicherungsgesetzes war es das Bestreben der Landesversicherungsanstalten, in erster Linie denjenigen Kranken einen Genesungsaufenthalt zu ermöglichen, bei denen die Aussicht auf Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit realistisch erschien. Deshalb wurden nur in seltenen Fällen Schwerkranke aufgenommen. Die Politik der Landesversicherungsanstalten, auf diese Weise Kosten zu sparen, war jedoch nicht erfolgreich. Bei den meisten in den eigenen Häusern behandelten Patientinnen und Patienten dauerte es viele Jahre, bis die Erwerbsfähigkeit nach einer - zum Teil mehrfachen - Heilstättenkur wiederhergestellt wurde. Geling die Rückkehr ins Berufsleben nicht, wäre eine frühere Verrentung wesentlich kostengünstiger gewesen. In diesen Fällen standen die Ausgaben für die Heilstättenbehandlung jedenfalls in keinem Verhältnis zu den Ersparnissen. Das wirkte sich auf die Bilanzen der Sozialversicherungsanstalten ungünstig aus.<sup>86</sup>

Ein anderes Problem bestand darin, dass die schwerkranken Offentuberkulösen, die meist nicht in die Heilstätten aufgenommen wurden, für gesunde Menschen in den Städten und für die Arbeiter in den Betrieben eine große Ansteckungsgefahr darstellten. Es blieb ihnen aber verwehrt,

---

<sup>83</sup> Ebd., S. 33

<sup>84</sup> Ebd., S. 58f.

<sup>85</sup> Ebd., S. 60

<sup>86</sup> Ebd., S. 70

eine Heilstättenbehandlung in Anspruch zu nehmen, weil den Sozialversicherungsanstalten eine Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit aussichtslos erschien.<sup>87</sup>

Zu den von privaten Trägern errichteten Heilstätten für wohlhabende Patienten zählten die Einrichtungen des Dr. Weicker in Görbersdorf (stufenweise erbaut zwischen 1888 und 1894), des Dr. Jakubasch in St. Andreasberg/Harz (1898), des Dr. Schön in Bad Reinerz (1899), mehrere Privatsanatorien in Sülzhayn/Harz (ab 1899), die Heilstätte der Ortskrankenkasse für Kaufleute, Handelsleute und Apotheker in Müllrose bei Frankfurt/Oder (1907), die Heilstätte Waldesduft in Görbersdorf (1908), das Waldsanatorium Obornik/Posen (1911) und das Sanatorium Birkenhaag im heutigen Berlin-Lichtenrade (1918).<sup>88</sup>

Die allermeisten der in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts registrierten Tuberkulosekranken im Deutschen Reich konnten sich einen Heilstättenaufenthalt nicht leisten. Erst die in den 1890er Jahren einsetzende Volksheilstättenbewegung, die ihren Ursprung sozialpolitisch in der Sozialgesetzgebung Bismarcks hatte, führte zu einer umfassenden Änderung der Situation, als die neugegründeten Landesversicherungsanstalten eine große Zahl von Genesungsheimen für finanziell schwache Tuberkulose errichten ließen.

Im Hinblick auf die Heilstättenbewegung sind verschiedene Phasen zu unterscheiden: Ein gleichmäßiger Anstieg der Bautätigkeit liegt zwischen 1863 bis 1882. Eine kurzzeitige Stagnation - nach 1882 - entstand im Testzeitraum des Tuberkulins. Als erkannt wurde, dass es gegen die Tuberkulose immer noch kein wirksames Medikament gab, setzte man wieder verstärkt auf den Bau von Heilstätten. Bis wenige Jahre vor Beginn des Ersten Weltkriegs hielt dieser Trend an, da mit der Sozialversicherungsgesetzgebung auch die Finanzierung der Heilstätten gesichert war.

Kurz vor dem Ersten Weltkrieg verzichteten die LVA weitgehend auf den Bau neuer Heilstätten, erweiterten aber das Programm, sog. Fürsorgestellen einzurichten. Deren prophylaktische Funktion bestand vor allem darin, die Bevölkerung über die Gefahren der Tuberkulose aufzuklären und Schutzmaßnahmen anzuraten. In den Fürsorgestellen wurden aber z.T. auch Schwerkranke betreut. Doch diese Art der medizinischen Versorgung war unzulänglich. Deshalb entstand außerdem die Tendenz, einzelne Heilstätten in Tuberkulose-Fachkrankenhäuser umzuwandeln, um auch diese Gruppe stationär behandeln zu können. In dieser Entwicklung kündigte sich das Abklingen der Heilstättenbewegung an, weil sich hinsichtlich der Therapiemethode eine entscheidende Neuorientierung anbahnte.

In die Zeit kurz vor dem Ersten Weltkrieg fielen die ersten chirurgischen Eingriffe: 1912 wurde die Methode des Pneumothoraxes<sup>89</sup> wissenschaftlich anerkannt.<sup>90</sup>

Während des Krieges erlangte die traditionelle Heilstättenbehandlung aber noch einmal größere Bedeutung. Aufgrund schlechter Ernährung, unzureichend beheizter Räume, mangelhafter hygienischer Zustände und zunehmender Stressbelastung erhöhte sich die zuvor rückläufige Zahl der Tuberkulösen im Jahre 1918 wieder auf den Stand von 1897.

Nach dem Krieg wurde aufgrund einer allgemeinen Einführung chirurgischer Behandlungsmethoden und einer Konzentration auf eine systematische prophylaktische Fürsorge (die in ambulanten Einrichtungen stattfand) der Bau von Heilstätten mit traditioneller Ausrichtung

---

<sup>87</sup> Ebd., S. 74

<sup>88</sup> Ebd., S. 47, 48 und 51

<sup>89</sup> Der Arzt Carlo Forlanini hatte 1882 die Idee, bei Tuberkulosepatienten einen künstlichen Pneumothorax anzulegen. Dadurch wurde die tuberkulöse Lunge einseitig oder beidseitig mit Gas (erst Stickstoff, später filtrierte Luft) befüllt – Ziel war es, dadurch den tuberkulösen Teil der Lunge stillzulegen. Dieses riskante und wenig wirkungsvolle Verfahren wurde nach und nach durch medikamentöse Therapien ersetzt.

<sup>90</sup> Langerbeins, Lungenheilstätten in Deutschland, S. 80

weitgehend eingestellt. Nur wenige neue Tuberkulose-Fachkrankenhäuser, die der stationären chirurgischen Behandlung von Tuberkulösen dienten und in denen keine hygienisch-diätetische Therapie mehr durchgeführt wurden, konnten in den 1920er Jahren errichtet werden (so u.a. in Sommerfeld, Treuenbrietzen und Tilsit). Zum Teil kam es aber noch zur Fertigstellung von Heilstätten-Bauprojekten, mit denen bereits vor dem Ersten Weltkrieg begonnen worden war (z.B. Buchwald im Riesengebirge).<sup>91</sup>

Gegen Ende der 1920er Jahre war der große Umbruch vollzogen, den die neuen Behandlungsmethoden bewirkt hatten. Dr. Krause, Chefarzt der Heilstätte Rosbach, kennzeichnete die Veränderung im Jahre 1928 wie folgt:

„Die notwendige Umstellung der Heilstätten in der Richtung der Tuberkuloseklinik und die große Erweiterung ihres Pflichtenkreises ist eine Folge der fortschreitenden wissenschaftlichen Erkenntnis von dem Wesen der Tuberkulose. In der Entwicklung der Heilstätten spiegelt sich die Entwicklung der Tuberkuloseforschung wider.“<sup>92</sup>

Der Beginn der 1930er Jahre kann im Hinblick auf die Therapie der Tuberkulose und die Existenz der Heilstätten als das Ende einer Ära angesehen werden. Das Jahr 1934 brachte außerdem ein zusätzliches Umdenken in der Tuberkulosebehandlung; denn im Nationalsozialismus entstand die politisch gewollte *Zwangsassylierung*. Von der Tuberkulose betroffene Personen mit delinquenter Vergangenheit oder aus einem sozial problematischen Milieu (sog. „Asoziale“), aber auch lediglich unheilbar kranke Offentuberkulöse, die eine hohe Ansteckungsgefahr darstellten, wurden gegen ihren Willen in besondere, gefängnisartige Einrichtungen für Tuberkulöse (z.B. im thüringischen Stadtroda) untergebracht. Dort lebten die Kranken zum Teil unter unmenschlichen Bedingungen, wurden zumeist wie Kriminelle in Einzelzellen eingesperrt und stets von bewaffnetem Pflegepersonal bewacht. Sowohl praktizierende Ärzte als auch Leiter von Fachkrankenhäusern hielt man dazu an, bestimmte Tuberkulosekranke in diese Häuser einzuweisen. Einige Chefärzte, wie etwa Dr. Adolf Tegtmeier, Leiter der Sophienheilstätte bei Bad Berka, widersetzten sich derartigen Aufforderungen und schickten keine Patienten in diese Zwangsanstalten. Als Tegtmeier von zurückgekommenen Patienten hörte, wie entsetzlich die Verhältnisse in diesen ‚Gefängnissen‘ waren, richtete er mit Genehmigung der Behörden eine eigene „Asylierungsabteilung“ im Dachgeschoss der Sophienheilstätte ein, um die Kranken unter seiner medizinischen Obhut behalten zu können. Auf diese Weise bewahrte er viele Menschen vor Leid und häufig auch vor einem frühen Tod.<sup>93</sup> Im Jahre 1934 wurde von den Nationalsozialisten außerdem ein Gesetz erlassen, das das Gesundheitssystem vereinheitlichen sollte und bis dahin weitgehend unabhängige Einrichtungen der Tuberkulosebehandlung unter direkte staatliche Überwachung stellte. Sinn des „Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ war, die Ziele der nationalsozialistischen „Erbgesundheitspflege“ besser durchsetzen zu können.<sup>94</sup> Das Gesetz regelte auch den Aufbau eines Systems von besonderen Tuberkulose-„Fürsorgestellen“, denen nun eine größere Bedeutung in der Bekämpfung der Krankheit (vor allem in der Prophylaxe) zugemessen wurde als zuvor. Auch in den Heilstätten übte der Staat Druck auf die Kranken aus: Als dissozial beurteilte Patienten sollten zwangsassyliert werden, um sie disziplinieren oder vollständig isolieren zu können.<sup>95</sup>

---

<sup>91</sup> Hähner-Rombach, Sozialgeschichte der Tuberkulose, S. 165

<sup>92</sup> Karl Krause, Erinnerungsschrift aus Anlaß des 25jährigen Bestehens der Stadtkölnischen Auguste-Viktoria-Stiftung, Berlin: Springer 1928, S. 3-17

<sup>93</sup> Birgit Berndt und Christa Kouschil, Schach der Tuberkulose, aber matt? Berlin: edition bodoni 2008, S.69-74

<sup>94</sup> Alfons Labisch und Florian Tennstedt, 50 Jahre Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens.

Öff Gesundh Wes, 46/1984, 291-298.

<sup>95</sup> Hähner-Rombach, Sozialgeschichte der Tuberkulose, S. 132

Das *Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens* kann also in gewissem Sinne auch als das juristische Ende der Heilstättenbewegung angesehen werden. Außerdem trat im gleichen Jahr das *Gesetz über den Neuaufbau des Reich* in Kraft: Die preußischen Provinzen verloren ihre Unabhängigkeit und fast alle preußischen Regierungsbehörden gingen in den Reichsbehörden auf. Damit hatte Preußen de facto zu existieren aufgehört. Formal wurde Preußen aber erst 1947 mit einem Beschluss des Alliierten Kontrollrats aufgelöst.<sup>96</sup>

Mit der Entwicklung hochwirksamer Antibiotika verlor die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose ihre Bedeutung. In der Umgangssprache wurde der Begriff „Heilstätte“ als Bezeichnung für stationäre Einrichtungen jedoch bis in die 1980er Jahre weiterverwendet. Selbst nach dem Zweiten Weltkrieg gab es in Deutschland noch eine Vielzahl von Rehabilitationseinrichtungen, die man als „Heilstätten“ ansah. Das änderte sich auch nicht, als Patienten, die an einer Tuberkulose litten, seit dem Ende der 1940er Jahre mit dem Antibiotikum Streptomycin behandelt wurden. Als Bestandteile der Nachkur blieben einzelne Elemente des hygienisch-diätetischen Therapieansatzes und der Freiluft-Liegekur in vielen Rehakliniken häufig noch erhalten.

Die bis dahin vorherrschenden chirurgischen Behandlungsmethoden wie der künstliche Pneumothorax hatten sich hinsichtlich ihrer Wirksamkeit ohnehin als sehr begrenzt herausgestellt:

„So ergibt die umfassende Statistik von Gunnar Berg über das Gotenburger Material von 1910 – 1934 für die Kollapstherapie der Offentuberkulösen nur 20-30 % Überlebende nach 10 Jahren. Dem Pneumothorax schreibt er auf Grund seiner Ergebnisse nur eine symptomatische, den Ablauf der Erkrankung hinausschiebende Wirkung zu.“<sup>97</sup>

Es hatte lange Zeit gedauert, bis die 1928 von Alexander Fleming entdeckte antibiotische Reaktion eine breite medizinische Anwendung finden konnte.<sup>98</sup> Das für die Tuberkulosebehandlung entscheidend wichtige Aminoglycosid-Antibiotikum Streptomycin war 1943 von einem Forscherteam um Selman Waksman erstmals an der Rutgers University im US-Bundestaat New-Jersey hergestellt worden. Waksman erhielt für die Entwicklung der industriellen Produktionsmethode den Nobelpreis für Medizin.<sup>99</sup> Bereits kurze Zeit später konnte die Tuberkulose in den USA mit großem Erfolg bekämpft werden.

Die Verabreichung von Tuberkulosemedikamenten wird bei den meisten Patienten ambulant kontrolliert und dauert in der Regel zwei Monate. Lediglich in besonders schweren Fällen (oder bei einem Vorliegen von Therapieproblemen wie Adhärenz oder Resistenz) erfolgt die Behandlung stationär. Im Laufe der Zeit hat sich nur die Art der Produkte verändert. Streptomycin wird meist nicht mehr eingesetzt, da viele Patienten bereits Resistenzen entwickelten und in den 1950er und 1960er Jahren besser wirkende Antibiotika<sup>100</sup> gefunden wurden. In Deutschland wird seit 2001 bei Lungentuberkulose aufgrund bekannter Resistenzen „eine zweimonatige Initialtherapie mit INH, RMP, PZA und EMB, gefolgt von einer

---

<sup>96</sup> Langerbeins, Lungenheilstätten in Deutschland, S. 116

<sup>97</sup> Reinhard Hein, Über den Stand der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose im In- und Ausland, Beiträge zur Klinik der Tuberkulose und spezifischen Tuberkulose-Forschung vom 31. August 1950, 104(1), 37-50, hier S. 38

<sup>98</sup> Roy Porter: Die Kunst des Heilens, Heidelberg: Spektrum 2003, S. 459

<sup>99</sup> Selman Waksman, The conquest of tuberculosis, Berkeley 1964, S. 49

<sup>100</sup> Heute werden Isoniazid (INH, seit 1952 in Deutschland zugelassen), Rifampicin (RMP, seit 1966), Pyrazinamid (PZA, seit 1952), Ethambutol (EMB, seit 1961) und Streptomycin (SM, seit 1945-9) bei der Tuberkulose-Therapie verabreicht. In der Schweiz ist Streptomycin seit 2008 nur noch in der Veterinärmedizin zugelassen.

viermonatigen Kontinuitätstherapie mit INH und RMP<sup>101</sup> empfohlen. In den letzten Jahren ist, vor allem in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion, eine besorgniserregende Zunahme an multiresistenten Tuberkulose-Stämmen zu verzeichnen.<sup>102</sup>

Spätestens mit dem neuen Haushaltsbegleitgesetz von 1983, das zu Jahresbeginn 1984 in Kraft trat, ging die Versorgung von Tuberkulosekranken in die Verantwortlichkeit von Krankenversicherungen über und gehörte nicht mehr zu den Aufgaben der Sozialversicherung. Somit entfiel für die LVA auch die Verpflichtung, eigene Tuberkulose-Fachkliniken (bzw. Heilstätten) zu unterhalten. Seit diesem Zeitpunkt erfolgt die Tuberkulose-Behandlung nicht mehr notwendigerweise in eigens dafür vorgesehenen Krankenhaus-Einrichtungen.<sup>103</sup>

## 2.4 Das Behandlungsprogramm in den Heilstätten

Dr. Arthur von Jaruntowsky gab im Jahre 1896 ein vielbeachtetes Buch mit dem Titel „Die geschlossenen Heilanstalten für Lungenkranke und die Behandlung in denselben“ heraus. Jaruntowsky war als Oberarzt in Brehmers Heilanstalt Görbersdorf tätig gewesen (er arbeitete später als HNO-Arzt in Posen). Das von ihm verfasste Grundlagenwerk war sehr weit verbreitet. Da die dargestellten Methoden gleichsam als das Kernprogramm der Heilstättenbehandlung galten, wird im vorliegenden Zusammenhang näher darauf eingegangen.

Im ausgehenden 19. Jahrhundert bildete zunächst die hygienisch-diätetische Therapie nach Brehmer die wichtigste als wirksam geltende Heilmethode gegen die Tuberkulose.<sup>104</sup>

Als einen weiteren Therapieansatz hob von Jaruntowsky die klimatische Heilbehandlung der Lungenkranke hervor. Schon Brehmer war der Auffassung, dass das Klima für die Genesung der Patienten einen gar nicht hoch genug einzuschätzenden Beitrag leisten würde. Eine Heilanstalt sollte seiner Lehrmeinung nach deshalb immer im Gebirge errichtet werden, und zwar in einer Region, „deren Bewohner von Lungenschwindsucht relativ frei sind“. Das galt als ein Indiz für klimatisch gute Bedingungen.<sup>105</sup>

Außerdem wurde eine „reichliche Besonnung“ der Heilstättengebäude empfohlen. Die naturräumliche Einbettung der Einrichtungen in die Umgebung und die davon ausgehende psychische Wirkung spielten ebenfalls eine Rolle im Heilungsprogramm. So vermutete man: „sicherlich wird die idyllische Lage der Anstalt nicht verfehlen, auf das Gemüt des Kranken einen heilsamen Einfluss auszuüben“.<sup>106</sup>

In Hinblick auf mögliche Bauplätze für Heilstätten hielt Brehmer sogar die Lage zwischen bestimmten geographischen Breitengraden für wichtig. In Deutschland sei für das Entstehen einer tuberkulosefreien Region eine Höhenlage von 500 Metern ausreichend, in der südlichen Schweiz bräuchte man schon 1500-1700 Meter, um geeignete klimatische Verhältnisse für die Behandlung zu finden, und am Äquator wären bereits 3000-4000 Meter notwendig. Mehrere

---

<sup>101</sup> Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZKBT), Richtlinien zur medikamentösen Behandlung der Tuberkulose im Erwachsenen- und Kindesalter. *Pneumologie*, 55/2001, 494-511.

<sup>102</sup> Daniel Sagebiel, A. Brendel, Michael Forßbohm & Robert Loddenkemper, Gefährliche Zunahme multiresistenter Tuberkulosen in der ehemaligen Sowjetunion. *Pneumologie*, 56/2002, 7-10.

<sup>103</sup> Andreas Daniel, Kleine Geschichte der Klinik Ambrock. Von der Volksheilstätte zu einem modernen Zentrum für Pneumologie und Thoraxchirurgie. Münster 1995, S. 68

<sup>104</sup> Arthur von Jaruntowsky, Die geschlossenen Heilanstalten für Lungenkranke und die Behandlung in denselben, Posen/Berlin: S. Karger, 1896, S. 5

<sup>105</sup> Ebd., S. 6

<sup>106</sup> Dr. Schüller (Hg.), Die Volksheilstätte bei Waldbreitbach, errichtet von d. Verband z. Errichtung von Volksheilstätten f. Lungenkranke in d. Reg. Bez. Coblenz. Coblenz-Lützel: Verl. d. Verbandes 1903, S. 27f.



wissenschaftliche Studien schienen die Theorie Brehmers zu stützen, da die Forscher in Bergdörfern keine oder kaum Tuberkulosekranke vorfanden. Diese Beobachtung hatte jedoch möglicherweise ganz andere als klimatische Ursachen.<sup>107</sup>

Ein besonders stark beachtetes klimatisches Kriterium war die sog. „Reinheit der Luft“. Louis Pasteur hatte den Begriff Reinheit als „Abwesenheit aller nicht nur anorganischen, sondern vor allem auch organischen Partikelchen“ definiert. Lungenpatienten sollten also möglichst Orte aufsuchen, an denen die Luft nicht „mit Mikroorganismen überfüllt ist.“<sup>108</sup>

In den Städten gab es, nach der herrschenden Auffassung, eine stark erhöhte Luftverunreinigung mit Mikroorganismen. Diese Gefahr verringere sich, so glaubte man, in Abhängigkeit von der Höhenlage.

Auch Staub wurde als auslösend für einen Hustenreiz und für die Übertragung von Bakterien angesehen. Von Jaruntowskys Ausführungen zufolge war die Gefahr in Gebirgsorten prinzipiell geringer. Hinzu komme, dass es im Sommer im Gebirge häufiger regne und dadurch die Luft „gereinigt“ werde. Eine Schneedecke im Winter würde Staubbildung sogar gänzlich verhindern, nahm von Jaruntowsky an. Eine Heilanstalt müsse also unbedingt in möglichst staubfreier Atmosphäre errichtet werden, fernab von Straßen und Fabriken. Außerdem solle berücksichtigt werden, dass die Luft trotz des stärkeren Niederschlags im Gebirge bei erhöhter Sonneneinstrahlung trockener sei als andernorts, und dass das für Lungenkranke eine weitere günstige Voraussetzung wäre. Der niedrige Luftdruck bewirke einen geringeren Ozongehalt, der wiederum eine Vermehrung der roten Blutkörperchen sowie einen gesteigerten Appetit verursache. Selbst kalte Gebirgsluft sei nicht schädlich, außer bei Kranken mit erethischer Phthisis (Blutarmut), sondern eher gesundheitsförderlich. Daher gebe es in kälteren Gegenden, so von Jaruntowskys Vermutung, kaum Tuberkulosepatienten.<sup>109</sup>

Welche Vorzüge des Gebirges für eine Behandlung der Tuberkulose letztlich entscheidend waren, blieb jedoch strittig. Von Jaruntowsky nennt in seiner Publikation die Namen mehrerer Forscher und gibt kurz ihre unterschiedlichen Meinungen dazu wieder. Einigkeit bestand einzig in der Annahme, eine saubere Atmosphäre könne sich auch psychisch positiv auf den Patienten auswirken und heilende Kräfte gegen die Tuberkulose wecken. Letzten Endes sei aber immer eine sorgfältige Beobachtung individueller Heilungserfolge wichtig, um eine möglicherweise notwendig werdende Neuausrichtung der Therapie erkennen zu können: „Bei der Behandlung der Lungentuberculose muss man stets von dem Grundsatz ausgehen, den Kranken dort, wo er sich wohl fühlt und augenscheinlich bessert, bis zur Erzielung der Heilung zu behalten.“<sup>110</sup>

### *Die Aufnahme und der Tagesablauf*

Über den Patientenalltag in den kaiserzeitlichen Heilstätten gibt es leider nur wenige Berichte. Viele Details lassen sich den Schilderungen entnehmen, die die Kranken in Briefen oder in Postkarten ihren Angehörigen mitteilten. Darin finden sich neben anerkennenden und kritischen Äußerungen über die Einrichtungen auch viele Hinweise auf konkrete Einzelheiten des Anstaltslebens.<sup>111</sup>

Ein autobiografisches Zeugnis über das Leben in einer Heilstätte bilden die Lebenserinnerungen des Fabrikarbeiters Bromme. Er hat einen Bericht über drei Aufenthalte in einer Volksheilstätte verfasst (s. 2.9). Bromme war mehrmals Patient in der Sophienheilstätte Bad Berka (1902, 1904

---

<sup>107</sup> Ebd., S. 7

<sup>108</sup> Ebd., S. 8

<sup>109</sup> Ebd., S. 9

<sup>110</sup> Ebd., S. 11

<sup>111</sup> Privates historisches Postkartenarchiv des Verfassers

und 1905) und schildert u.a. ausführlich den Kuralltag. Der Darstellung sind viele Einzelheiten zu entnehmen: Jeder Patient musste bei Aufnahme in die Heilstätte eine vorher festgelegte Zahl von Kleidungsstücken (einschließlich Schuhen) und Kosmetika mitbringen. Da die Kranken, die größtenteils aus ärmeren Schichten kamen, oft nicht über derart viele Ausstattungsgegenstände verfügten, blieb ihnen nur die Möglichkeit, diese von Verwandten oder Bekannten zu leihen, da sie sonst nicht in die Heilstätte aufgenommen worden wären.

In der Heilstätte Edmundsthal waren mitzubringen: ein vollständiger Winter/Sommer-Anzug (bei Frauen ein Kleid), einzelne Winter- bzw. Sommer-Überzieher (bei Frauen eine Jacke oder ein Mantel), zwei Paar Hausschuhe (für Sommer und Winter), sechs wollene oder baumwollene Hemden, drei Paar Unterhosen, sechs Paar Strümpfe, sechs Taschentücher, eine weiche Schirmmütze, Zahnbürste, Kamm, Haarbürste, Kleiderbürste, Schwamm oder Waschlappen sowie zwei kleine Vorhängeschlösser. Frauen sollten vier baumwollene „Beinkleider“ und zwei Paar feste Stiefel besitzen.<sup>112</sup>

In der Heilstätte Waldbreitbach hatten die männlichen Patienten bei Aufnahme vorzuweisen: vier Hemden, drei Unterjacken, drei „Beinkleider“, sechs Paar Strümpfe, ein Dutzend Taschentücher, zwei Paar feste dicksohlige Lederschuhe, ein Paar Gummischuhe, ein Paar Hausschuhe, einen Mantel, zwei Anzüge („resp. Kleider“), eine weiche Mütze oder ein Kopftuch für die Liegekur, eine Zahnbürste, einen Kamm und einen Schirm. Weibliche Patienten sollten außerdem zwei Unterröcke, zwei Zwischenröcke, zwei Leibchen und zwei Waschkleider (für die Liegekur) mitzubringen. Jedem Patienten wurde ein Bett mit eisernem Bettgestell, einer Matratze und Kissen aus Rosshaar mit Flanell- und Schafswollüberzug zur Verfügung gestellt.<sup>113</sup>

Jede Patientin und jeder Patient wurde von der Oberschwester empfangen, die die Namen in eine Liste eintrug. Danach erhielten die Ankommenden als erstes eine persönliche Sputumflasche („blauer Heinrich“ genannt): Darin sollten die Tuberkulösen ihren Auswurf sammeln und den Flascheninhalt regelmäßig ins WC entleeren. Außerdem bekamen alle ein Fieberthermometer und eine Proviantbüchse ausgehändigt. Anschließend wurde ihnen Zimmer und Bett gezeigt sowie im Speisesaal ein fester Sitzplatz zugewiesen. Nach Abwicklung der Formalitäten hatte jeder Neuzugang ein Dusch- oder Wannenbad zu nehmen.<sup>114</sup> Auf das Einhalten der hygienischen Vorschriften und die Beachtung der Hausordnung wurde größter Wert gelegt. Zum Patientenalltag gehörte dreimal täglich das Messen der eigenen Körpertemperatur. Das Pflichtprogramm sah außerdem kalte Abreibungen morgens und abends, ein tägliches Duschbad, einen morgendlichen Spaziergang nach dem ersten Frühstück sowie drei Liegekuren mit einer mehrstündigen Dauer vor, und zwar je eine nach dem zweiten Frühstück, dem Mittagessen und dem Abendessen. Ab 22 Uhr war strikte Bettruhe angeordnet.<sup>115</sup>

### *Die Luftkur und das methodische Bergsteigen*

Für den Bau der Heilstätten wurden meist windgeschützte Hänge von Bergtälern ausgewählt. Nach Brehmer war der Wind „wahres Gift für Lungenkranke“.<sup>116</sup> Die Patienten sollten möglichst viel Zeit im Freien verbringen, jedoch nur in ärztlich verordneter Art und Weise und an festgelegten Orten. Beklagt wurde, dass viele Patienten in den ersten Tagen dazu neigen würden, den

---

<sup>112</sup> Aufnahme-Bedingungen der Heilstätte Edmundsthal, Staatsarchiv Hamburg, A 834/0033, Kapsel 01, S. 5f.

<sup>113</sup> Aufnahmebedingungen der Volksheilstätte für Lungenkranke zu Waldbreitbach. In: VEVL Coblenz, Die Volksheilstätte bei Waldbreitbach, S. 32

<sup>114</sup> Berndt und Kouschil, Schach der Tuberkulose, aber matt?, S. 28

<sup>115</sup> Ebd., S. 30

<sup>116</sup> von Jaruntowsky, Die geschlossenen Heilanstalten für Lungenkranke und die Behandlung in denselben, S. 14