



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Die Tuberkulose während der Ersten Republik. Unter besonderer Berücksichtigung der Situation im Roten Wien.“

Verfasserin

Kerstin Aigner

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 313 353

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Geschichte, Sozialkunde und Politische Bildung

Betreuerin:

a.o. Univ. Prof. Dr. Birgit Bolognese-Leuchtenmüller

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	4
EINLEITUNG	5
Zielsetzung, Aufbau der Arbeit und methodische Vorgehensweise	7
I. GESCHICHTE DER TUBERKULOSE	10
1. <i>Deutungsparadigmen zur Tuberkulose</i>	10
1.1. Die antike Säftelehre oder Humoralpathologie	12
1.2. Die Miasmentheorie	15
1.3. Die Dispositionslehre	17
1.4. Die Lehre vom Kontagium	18
2. <i>Die Tuberkulose als Infektionskrankheit</i>	23
2.1. Mikrobiologische Ära	23
3. <i>Die Wiener Medizinische Schule und die Anfänge der Pulmologie in Österreich</i>	25
4. <i>Bilder der Krankheit</i>	28
4.1. Die romantische Krankheit	28
4.2. Die proletarische Krankheit	32
4.3. Die asoziale Krankheit	35
4.4. Die Krankheit der Randgruppen	36
II. EPIDEMIOLOGIE DER TUBERKULOSE	38
1. <i>Soziale Faktoren</i>	38
1.1. Die soziale Krise des Jahres 1919	38
1.2. Wohnverhältnisse	39
1.3. Ernährungsverhältnisse	44
1.3.1 Maßnahmen zur Linderung der Not	49
2. <i>Die Entwicklung der Tuberkulosesterblichkeit in Wien 1919 bis 1934</i>	51
2.1. Altersspezifische Sterblichkeitsunterschiede bei Kindern und Jugendlichen	54
2.2. Geschlechtsspezifische Sterblichkeitsunterschiede bei Erwachsenen	56
2.3. Schichtspezifische Sterblichkeitsunterschiede	60
III. FÜRSORGE- UND GESUNDHEITSPOLITIK IM „ROTEN WIEN“	64
1. <i>Voraussetzungen für Tandlers Fürsorge- und Gesundheitspolitik</i>	64

1.1.	Die Erhebung Wiens zu einem eigenständigen Bundesland.....	64
1.2.	Die Steuerreform Hugo Breitners	66
2.	<i>Grundsätze sozialdemokratischer Fürsorgepolitik</i>	70
3.	<i>Die Organisation des Fürsorgewesens</i>	74
4.	<i>Das Fürsorgeprogramm des Gesundheitsamtes</i>	75
IV.	BEKÄMPFUNG DER TUBERKULOSE	77
I.	<i>Die Institutionalisierung der Tuberkulosefürsorge</i>	77
1.1.	Von der privaten zur öffentlichen Tuberkulosebekämpfung	77
1.2.	Tätigkeitsfelder und Aufgaben der Tuberkulosefürsorgestellen.....	80
1.2.1.	Erhebungsorgan	82
1.2.2.	Aufklärungsorgan.....	85
1.2.3.	Vermittlungsorgan	87
2.	<i>Die Bekämpfung der Tuberkulose in Wien (1919-1934)</i>	88
2.1.	Ausbau und Umfang der Tuberkulosefürsorge in Wien	90
2.2.	Konflikt- und Problemfelder der Tuberkulosefürsorgestellen	93
2.3.	Ausbau der Lungenheilanstalten in Wien	97
2.3.1.	Lungenheilstätte „Baumgartnerhöhe“	99
2.3.2.	Der Tuberkulosepavillon im „Krankenhaus Lainz“	100
2.4.	Probleme der Heilstätten in der Ersten Republik.....	101
3.	Soziale Wohnbaupolitik.....	103
3.1.	Wohnungspolitische Maßnahmen der Gemeinde Wien.....	106
3.1.1.	„Gesundes Wohnen – Gesunde Menschen“	111
4.	<i>Tuberkulosebehandlung</i>	117
4.1.	Die Heilstättentherapie.....	118
4.1.1.	Frischlucht-, Ruhe- und Heliotherapie	121
4.1.2.	Chirurgische Eingriffe.....	122
4.2.	Kritik und Widerstand am Heilstättenkonzept.....	124
V.	RESÜMEE	126
	LITERATURVERZEICHNIS	131
	TABELLENVERZEICHNIS	139
	ABSTRACT	140
	LEBENS LAUF	141

VORWORT

Mein Dank gebührt Frau Prof. Dr. Birgit Bolognese-Leuchtenmüller für ihre Ratschläge und Unterstützung sowie für die gute Zusammenarbeit während jeder Phase dieser Diplomarbeit.

Des Weiteren möchte ich mich aufrichtig und aus tiefstem Herzen bei meinen Eltern bedanken, die mir wohlmeinend mein Studium finanzierten und niemals müde wurden mir in jeder erdenklichen Art und Weise zu helfen. Für ihre jahrelange großzügige und selbstlose Unterstützung finde ich nicht genügend Worte der Dankbarkeit.

Darüber hinaus bin ich meiner Schwester Katrin zu tiefsten Dank verpflichtet, die mich während des Schreibens stets mit ihren motivierenden und aufbauenden Worten anspornte. Aber vor allem möchte ich meiner Schwester für ihre moralische und seelische Unterstützung danken, die mir schon seit vielen Jahren zu Teil wird. Nicht zu vergessen sei an dieser Stelle auch mein Bruder Christoph, der mir durch seine ungebrochene Lebensfreude die Leichtigkeit des Seins aufzeigt, wofür ich ihm meinen innigsten Dank ausdrücken möchte.

Last but not least möchte ich auch noch einer meiner treuesten WeggefährtenInnen der letzten Jahre ein paar Dankesworte aussprechen. Sie gebühren meiner Freundin Daniela Suchy, die mich mein ganzes Studium lang begleitete, mir mit Rat und Tat in sämtlichen Lebensbereichen zur Seite stand und in schwierigen Zeiten eine emotionale Stütze für mich war. Für ihre aufmunternden, ermutigenden und klugen Worte möchte ich mich bei ihr von ganzem Herzen bedanken.

EINLEITUNG

„(...) mehr oder minder fehlerhafte Lungen hat halb Westeuropa (...)“¹ schrieb Franz Kafka im April 1920 an Milena Jesenská und charakterisierte damit treffend die epidemische Verbreitung der Tuberkulose.

Aber die einst so gefürchtete und todbringende Krankheit erregt heutzutage in den reichen Industrienationen kaum noch die Gemüter. Sie wurde zu einer vergessenen Krankheit. Ein kurzer Blick zurück in die Zeit des *Fin de siècle* genügt allerdings, um festzustellen, dass die Tuberkulose die Zeitgenossen außerordentlich auf Trab hielt, war sie doch die dominierende Krankheits- und Todesursache schlechthin, die Zigtausenden im Jahr das Leben kostete.² Im Unterschied zu anderen Seuchen wie der mittelalterlichen bzw. frühneuzeitlichen Pest oder der Cholera, deren Auswirkungen im 19. Jahrhundert besonders ausgeprägt waren, trat die Tuberkulose leise und schleichend auf, was ihren tragischen Verlauf überschattete. Da sie nicht ganze Landstriche oder Völker heimsuchte, sondern nur jene Menschen angriff, deren Immunsystem geschwächt war, zeigte sich der Staat – trotz der zahlreichen Todesopfer – sehr zurückhaltend bei der Bekämpfung der Tuberkulose.³ Aktiv betriebene Seuchenpolitik betraf nur jene Seuchen, die innerhalb kürzester Zeit große Menschenmassen dahinrafften, wie etwa die Pest oder die Cholera.⁴

Wenn der chronische Krankheitsverlauf, die Tuberkulose von den anderen Seuchen trennte, so vereinte sie wieder ihre Suche nach einem Heilmittel. Robert Kochs Entdeckung des *Mycobacterium tuberculosis* (1882) gilt als Meilenstein in der Tuberkuloseforschung. Zur Entwicklung eines Heilmittels konnte – trotz anfänglichen Optimismus – dieser wissenschaftliche Erfolg allerdings nichts beisteuern. Aber immerhin wurden erste sanitäre Bekämpfungsmaßnahmen eingeleitet wie etwa die Einführung der Meldepflicht für Tuberkulose Todesfälle.

¹ KAFKA, Franz: „Brief an Milena Jesenská vom 4. April 1920“, verfügbar unter: <http://homepage.univie.ac.at/werner.haas/1920/mi20-004.htm> (Zugriff am 4. 3. 10)

² vgl. HÄHNER-ROMBACH, Sylvain: *Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs* (Stuttgart 2000), 13

³ vgl. WINKLE, Stefan: *Geißeln der Menschheit. Kulturgeschichte der Seuchen* (Düsseldorf 2005), 83

⁴ vgl. DIETRICH-DAUM, Elisabeth: *Die „Wiener Krankheit“. Eine Sozialgeschichte der Tuberkulose in Österreich* (= Sozial- und wirtschaftshistorische Studien 32, Wien 2007), 17

Darüber hinaus führte die Entdeckung des Tuberkuloseerregers zu einem Disput zwischen Bakteriologen und Sozialreformern. Erstere sahen die Zukunft der Tuberkulosebekämpfung vorrangig in der Erforschung des Erregers und erachteten soziale Maßnahmen zur Bekämpfung der Krankheit als zweitrangig. Die Sozialreformer hingegen plädierten mehr denn je für eine Verbesserung der sozialen Lage der Arbeiterklasse, denn schon vor Kochs Entdeckung kam es durch soziale Änderungen zu einem Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit. Der Standpunkt der Bakteriologen fand bei den „*reformunwilligen Staaten*“⁵ fraglos mehr Anklang, da ihre Ideen unkomplizierter und günstiger waren, als die Verwirklichung der unliebsamen Forderungen der SozialreformerInnen wie die Einführung des Achtstundentags, Lohnerhöhungen, sozialer Wohnbau und preiswertere Lebensmittel.⁶ „*Erst 50 Jahre später gelang es im „Roten Wien“ der Zwischenkriegszeit, die von SozialpolitikerInnen geforderten Reformen in verschiedenen Politikfeldern umzusetzen.*“⁷ In der Ersten Republik besaß Wien das modernste Fürsorgesystem Österreichs. Der Aufbau und die Weiterentwicklung des Fürsorge- und Wohlfahrtsprogramms des „Roten Wien“ baut im Wesentlichen auf den Initiativen des Gesundheitsstadtrates Julius Tandlers auf, der sich unter anderem der Eindämmung der drei vorherrschenden Volksseuchen Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und Alkoholismus verschrieb.⁸

In den 1940er Jahren war die Hoffnung groß, der Tuberkulose, durch wissenschaftliche Errungenschaften wie der antibiotischen Therapie mit Streptomycin und präventiven BCG-Impfkampagnen, Herr zu werden. Seit den späten 70er Jahren haben die reichen Industrienationen die Tuberkulose unter Kontrolle und die Angst vor einer Tuberkuloseerkrankung ist durch adäquate Präventiv- und Behandlungsmethoden sichtlich zurückgegangen.⁹

⁵ HÄHNER-ROMBACH: Sozialgeschichte, 23

⁶ vgl. HÄHNER-ROMBACH: Sozialgeschichte, 23 f.

⁷ DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 18

⁸ vgl. EXNER, Gudrun / KYTIR, Josef / PINWINKLER, Alexander: *Bevölkerungswissenschaft in Österreich in der Zwischenkriegszeit (1918-1938). Personen, Institutionen, Diskurse* (= Schriften des Instituts für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften 18, Wien [u.a.] 2004), 46

⁹ vgl. HÄHNER-ROMBACH, Sylvelyn: „Künstlerlos und Armenschicksal“, in: WILDEROTTER, Hans (Hg.), *Das große Sterben. Seuchen machen Geschichte* (Berlin 1995), 278-307, hier: 295 f.

In der westlichen Welt hat die Tuberkulose ihren epidemischen Charakter bereits verloren und entwickelte sich im Laufe der Jahre zu einer endemischen Krankheit, von der nur mehr ein geringer Teil der Bevölkerung betroffen ist.¹⁰ Mit Sicherheit hat die Tuberkulose durch ihren starken Rückgang in den industrialisierten Ländern ein wenig von ihrer Sonderstellung eingebüßt, nichtsdestoweniger zählt sie in den Entwicklungsländern nach wie vor zu den am weitesten verbreiteten Infektionskrankheiten.¹¹ Ungeachtet der Tatsache, dass die Ätiologie der Tuberkulose heute einwandfrei geklärt ist und adäquate Medikamente für eine effektive Behandlung zur Verfügung stehen, erkranken nach Schätzungen der WHO jährlich zwischen acht und neun Millionen Menschen an der Tuberkulose und etwa 1,7 Millionen sterben an den Folgen der Erkrankung. In den stark betroffenen Gebieten, in erster Linie Afrika und Asien, wo die Tuberkulose als Begleitinfektion von HIV in Erscheinung tritt, fehlen allerdings die finanziellen Mittel für eine erfolgreiche Tuberkulosepolitik. Im Prinzip sehen sich diese Gebiete mit denselben Problemen konfrontiert wie die Zeitgenossen in unserer Region vor rund 150 Jahren: Ökonomische und soziale Ungleichheit, Ignoranz, Medikamentenmangel und unzureichender Aufklärungsarbeit. Somit bleibt die Tuberkulose ihrem Ruf als „Armutskrankheit“ auch noch im 21. Jahrhundert treu, denn nach wie vor sind vor allem sozial benachteiligte Gruppen von einem höheren Infektions- und Erkrankungsrisiko betroffen.¹²

Zielsetzung, Aufbau der Arbeit und methodische Vorgehensweise

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Tuberkulose während der Ersten Republik in Wien. Die Arbeit beruht auf der These der sozialen Bedingtheit der Tuberkulose mit dem Ziel die verschiedenen sozialen Faktoren, die eine Verbreitung der Tuberkulose begünstigten, zu erläutern und im Zusammenhang damit, die Interventionsstrategien der öffentlichen Hand vorzustellen und kritisch zu beleuchten.

¹⁰ vgl. JUNKER, Ermar: „Stellenwert der Tuberkulose als Volkskrankheit“, in: *Wiener Medizinische Wochenschrift* (1978), Nr. 17, 573-577, hier: 576

¹¹ vgl. JUNKER: Stellenwert, 576

¹² vgl. Robert Koch Institut (Hg.): Epidemiologisches Bulletin (2009), Nr. 11, verfügbar unter: http://www.rki.de/cln_169/nn_274324/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/11__09.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/11_09.pdf (Zugriff am 12. 3. 10)

Der Untersuchungszeitraum beginnt mit der Gründung der Ersten Republik im Jahr 1919 und endet 1934 mit der Errichtung des Ständestaates. Um den Weg der Tuberkulosebekämpfung im „Roten Wien“ besser wiedergeben zu können, ist es allerdings des Öfteren notwendig über den eigentlichen Untersuchungszeitraum hinauszugreifen und in weiter zurückliegende Jahrzehnte zu blicken.

Den Auftakt der Arbeit bilden die Ursachendeutungen der Tuberkulose vor der mikrobiologischen Ära und in weiterer Folge die Darstellung des Paradigmenwechsels hin zum bakteriologischen Erklärungsmuster sowie deren Einfluss auf die Wiener Medizinische Schule. Anhand verschiedener Wissenschaftskonzepte wird die Entstehung einer Krankheit im Allgemeinen und der Tuberkulose im Besonderen aufgezeigt. Der nächste Abschnitt widmet sich der Analyse des gesellschaftlichen Umgangs mit der Tuberkulose. Die Fragen beziehen sich auf die Wahrnehmung der/des Tuberkulösen in der Öffentlichkeit beginnend im 18. Jahrhundert bis in die heutige Zeit. Das Hauptaugenmerk liegt auf der Frage in welchem Ausmaß sich eine Tuberkuloseerkrankung auf das Leben eines Menschen in moralischer, sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht auswirkte.

Ein weiterer elementarer Bestandteil der Arbeit handelt von der epidemiologischen Entwicklung der Tuberkulose in Wien in der Zeit von 1919 bis 1934. Im Vordergrund steht die Erörterung der Tuberkulose als soziale Krankheit und die Analyse der geschlechts-, alters- und schichtspezifischen Sterblichkeitsunterschiede. Es ist zu fragen, welche sozialen Faktoren eine erhöhte Infektionsgefahr bestimmter Bevölkerungs- bzw. Berufsgruppen bewirkten.

Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit den Grundprinzipien der sozialdemokratischen bzw. Tandler'schen Gesundheits- und Fürsorgepolitik im „Roten Wien“, der Organisation des Fürsorgewesens sowie dem Fürsorgeprogramm des Gesundheitsamtes. Thematisiert werden die Voraussetzungen für Tandlers ambitioniertes Reformprogramm und die Unterschiede zur bisherigen Fürsorgepolitik.

Damit zusammenhängend sind im vierten Kapitel die verschiedensten Interventionsstrategien der öffentlichen Hand zur Bekämpfung der Tuberkulose von Interesse. Zuerst wird der Weg von der privaten zur öffentlichen Tuberkulosefürsorge skizziert, wobei der Beschreibung der wichtigsten Tätigkeitsfelder der Tuberkulosefürsorge die größte Aufmerksamkeit gilt. Das Hauptaugenmerk liegt auf einer kritischen Darstellung der drei Bekämpfungsmethoden der Gemeinde Wien: Ausbau des Fürsorgenetzes, Errichtung von Lungenheilanstalten und das soziale Wohnbauprogramm. Die Fragen beziehen sich auf die Auswirkungen dieser Maßnahmen auf die Tuberkulosesterblichkeit und auf die Bevölkerung. Außerdem werden die Konflikt- und Problemfelder der Tuberkulosefürsorge besprochen. Abschließend werden noch einige therapeutische Möglichkeiten vorgestellt, die zur Bekämpfung der Tuberkulose angewendet wurden. Im Vordergrund steht hier eine kritische Auseinandersetzung mit dem Heilstättenkonzept. Weiters werden die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und Problembereiche der Heilstätten thematisiert.

Die vorliegende Arbeit fußt auf unterschiedlichen schriftlichen Quellen. Das Fundament der Untersuchung bilden zeitgenössische Sanitätsstatistiken und Zeitschriftenartikel aus Periodika, Merkblätter, Jahresberichte der Wiener Fürsorgestellen und Vorträge. Die Arbeit beruht auf Erkenntnissen und Thesen der Sekundärliteratur, wobei die Darstellungen von E. Dietrich-Daum, S. Hähner-Rombach und E. Junker den größten Raum einnehmen. Über kürzere Strecken kommen auch gedruckte Primärquellen in Form von Büchern, Zeitschriftenartikel, Berichten etc. zum Einsatz. Die Darstellung von sozial- und mentalitätsgeschichtlichen Gesichtspunkten wird durch narrative Elemente aus der zeitgenössischen Literatur akzentuiert. Als defizitär erweist sich bei den publizierten Quellen allerdings, dass fast ausschließlich Ärzte und Männer zu Wort kommen. Die „wahre Seele“ der Tuberkulosefürsorge, dies sind die Fürsorgerinnen selbst, publizierten sehr wenig. Ihre Stimmen ertönten zwar regelmäßig in den diversen Jahresberichten der Tuberkulosefürsorgestellen, in den zeitgenössischen Fachzeitschriften hingegen – so etwa in den „Blättern für das Wohlfahrtswesen“ oder „Mitteilungen des Volksgesundheitsamtes“ – nur sehr selten. Darüber hinaus wurden die Jahresberichte der Fürsorgestellen erst ab 1924 im Bundesministerium für soziale Verwaltung eingereicht.

I. GESCHICHTE DER TUBERKULOSE

1. Deutungsparadigmen zur Tuberkulose

Bevor auf die verschiedenen Deutungsparadigmen und Bilder der Tuberkulose näher eingegangen wird, soll zum allgemeinen Verständnis kurz erklärt werden, was die Tuberkulose eigentlich ist.

Die Tuberkulose ist eine weltweit verbreitete chronische Infektionskrankheit, die durch verschiedene Arten des *Mycobacterium tuberculosis* hervorgerufen wird. Die häufigste Infektionsquelle ist der erkrankte Mensch. In den meisten Fällen erfolgt die Übertragung aerogen durch Inhalation infektiöser Tröpfchen, Staubpartikel oder eingetrockneter Exkrete. Äußerst selten kommt es zu einer oralen Übertragung durch infiziertes Rindfleisch oder infizierte Milch oder zu einer perkutanen Übertragung im Zuge einer Inokulation. Nach einer Ansteckung kommt es zunächst zu unspezifischen Entzündungen in der Lunge. Spezifisch tuberkulös werden die Entzündungsherde, wenn sich kleine Knötchen sog. Tuberkeln bilden, die zusammenschmelzen und einen Gewebezerfall verursachen. Dadurch können Hohlräume in der Lunge entstehen, sog. Kavernen; der Ausdruck „Auszehrung“ der Lungen geht darauf zurück. Tritt die Tuberkuloseerkrankung in engem zeitlichen Zusammenhang mit der Infektion auf, spricht man von einer Primär-Tuberkulose. Bricht die Krankheit jedoch erst Jahre oder Jahrzehnte später nach der Infektion aus, ist von einer Postprimär-Tuberkulose die Rede. Der Verlauf der Tuberkulose ist abhängig von der Menge und Virulenz des Erregers sowie von der Widerstandskraft des Organismus, die von der natürlichen Resistenz, Immunitätslage und Allergien gegen die einschlägige Bakteriensubstanz bestimmt wird. Die häufigste Form der Tuberkulose ist die Lungentuberkulose. Darüber hinaus gibt es noch extrapulmonale Formen wie zum Beispiel Darm-, Knochen-, Gelenk-, Haut-, Urogenital- (= Nieren, Blase, Hoden, Nebenhoden) und Mandeltuberkulose sowie tuberkulöse Meningitis.¹³

¹³ vgl. DORNBLÜTH, Otto (Begr.): Pschyrembel Klinisches Wörterbuch (Berlin [u.a.] ²⁶¹2007), 1968-1970

Wenn man sich mit der Geschichte der Tuberkulose beschäftigt, begegnet man in der Literatur drei Begriffen – Phthise, Schwindsucht und Tuberkulose – zur Bezeichnung einer Krankheit, die nachträglich nicht ganz korrekt unter dem Terminus Tuberkulose subsummiert wurden, denn dieser Terminus umfasst erst seit Ende des 19., Anfang des 20. Jahrhunderts eine nahezu klar definierte Krankheit mit nachweisbaren Erregern, typischer Symptomatik und einem übereinstimmenden klinischen Bild. Es ist schwierig diese Kategorien eins zu eins auf Krankheitszustände der Vergangenheit zu übertragen. Da sich aber in den verschiedensten Krankheitsbeschreibungen Parallelen in der Symptomatik finden lassen, teilt die Medizingeschichte die Geschichte dieser Krankheit (oder besser dieser Krankheiten) in zwei Abschnitte ein: die erste Phase war jene Zeit der Phthise oder Schwindsucht. Sie dienten als Sammelbegriff für auszehrende Krankheiten; die zweiten Phase ist die Zeit des pathologisch-morphologischen Begriffs der Tuberkulose, der en passant bemerkt 1834 von Johann Lukas Schönlein (1793-1864) geprägt wurde. Kennzeichnend für diese Phase sind exaktere Krankheitsbeschreibungen und Differenzierungen.¹⁴

Zur Entstehung der Tuberkulose gab es über Jahrhunderte hinweg viele Theorien, die erst mit der Entdeckung des *Mycobacterium tuberculosis* ein Ende nahmen. Über die Herkunft und die Entwicklung dieses Bakteriums wurde bereits intensiv geforscht. Neue Forschungsergebnisse haben allerdings gezeigt, dass die Tuberkulose viel älter ist als bis dato angenommen. Die bisherige Annahme, dass das *Mycobacterium tuberculosis* im Laufe des Neolithikums durch orale Übertragung in den menschlichen Organismus gelangte, als die Jagd zunehmend an Bedeutung verlor, während gleichzeitig die Domestizierung von Haustieren wie Ziegen, Schafen und Rindern zunahm, wird durch zwei Funde aus dem Paläolithikum in Frage gestellt.¹⁵ Der erste Fund ist ein 500.000 Jahre altes Fossil des *Homo erectus* aus der Türkei, das am Schädeldach Spuren einer Hirnhautentzündung aufweist, die von einer Tuberkuloseerkrankung stammen.¹⁶

¹⁴ vgl. HÄHNER-ROMBACH: Künstlerlos, 280

¹⁵ vgl. WANNER, Roger M. / SPRINGER, Burkhard: „Die Tuberkulose, vom Altertum in die Neuzeit“, in: *Schweizerische Ärztezeitung* 89 (2008), 1602-1605, hier: 1602

¹⁶ vgl. KAPPELMAN, John [u.a.]: „First *Homo erectus* from Turkey and implications for migrations into temperate Eurasia“, in: *American Journal of Physical Anthropology* 135 (2008), 110-116, verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=PubMed> (Zugriff am 20. 9. 09)

Der zweite bedeutende Fund, der erstmals auch molekularbiologisch abgesichert werden konnte, sind 9.000 Jahre alte Knochenfunde aus Israel. Die Knochen weisen typische krankhafte Veränderungen auf, die ebenfalls für ein früheres Auftreten der Tuberkulose sprechen.¹⁷

„Wegen der Vielfalt an Symptomen und pathologischen Befunden zur Tuberkulose dauerte es sehr lange, bis die Tuberkulose als eigenständige Krankheit identifiziert wurde.“¹⁸ Als Begründer der Tuberkuloseforschung (od. Phtisiologie) gilt Hippokrates von Kos (ca. 460 – 370 v. Chr.). Er hinterließ zahlreiche Beschreibungen des Krankheitsbildes der Tuberkulose, oder Phthisis (griech. für Dahinschwinden) wie sie die hippokratischen Ärzte nannten, sowie der Symptome der Kranken.¹⁹

„Das Fieber verlässt sie nicht; niedrig ist es am Tag, aber in der Nacht flammt es wieder auf; es kommt zu reichlichen Schweißabsonderungen, die Kranken haben Hustenreiz, und dennoch ist der Auswurf unerheblich. Die Augen liegen tief in ihren Höhlen, die Backen röten sich, (...), der Appetit geht verloren. (...) Diejenigen, die schaumiges Blut spucken, husten es aus der Lunge aus.“²⁰

1.1. Die antike Säftelehre oder Humoralpathologie

Hinter dem Namen Hippokrates verbirgt sich nicht nur einer der berühmtesten Ärzte der Antike, sondern auch eine medizinische Schule, die eine neue Sichtweise des Menschen propagierte. Die Hippokraten definieren den Menschen nicht mehr über die Beziehung zu den Göttern, sondern über die Umwelt, die ihn umgibt. Der Verlauf einer Krankheit war nicht mehr vom Eingreifen der Götter abhängig, sondern vom rational-empirischen Handeln des Arztes. In der hippokratischen Medizin war kein Platz mehr für Magie und Übersinnliches. Im Zentrum der neuen Medizin stand die Beobachtung des Kranken und der Umwelt,²¹ wodurch „Angaben über den zeitlichen Verlauf (Prognose)

¹⁷ vgl. SPIGELMAN, Mark [u.a.]: „Detection and Molecular Characterization of 9000-Year-Old Mycobacterium tuberculosis from a Neolithic Settlement in the Eastern Mediterranean“, in: *Plos One – online*, verfügbar unter: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0003426> (Zugriff am 20. 9. 09)

¹⁸ WANNER / SPRINGER: Die Tuberkulose, 1602

¹⁹ vgl. OURY, Michel: „Geschichte der Tuberkulose“, in: SOURNIA, Jean-Charles [u.a.] (Hg.), *Illustrierte Geschichte der Medizin*, Band 8 (Salzburg 1983), 2827-2847, hier: 2827

²⁰ OURY: Geschichte, 2827

²¹ vgl. JOUANNA, Jacques: „Die Entstehung der Heilkunst im Westen“, in: GREMK, Mirko (Hg.), *Die Geschichte des medizinischen Denkens. Antike und Mittelalter* (München 1996), 28-80, hier: 49.

sowie die Diagnose einzelner Krankheiten möglich“²² wurden. Das Konzept von Krankheit und Gesundheit der hippokratischen Medizin beruhte auf der Säftelehre (im 2. Jh. n. Chr. auch Humoralpathologie von lat. *humores* = Säfte)²³. Dieser Theorie zufolge wird Gesundheit durch ein ausgeglichenes und deshalb gutes Mischungsverhältnis (griech. *eúkrasis*) der vier Kardinalsäfte²⁴ – Blut, Schleim, schwarze und gelbe Galle – sowie der ihnen zugewiesenen Jahreszeiten und Elementarqualitäten (warm, kalt, trocken, feucht) bedingt. Beispielsweise galt Blut als warm und feucht und herrschte im Frühling vor, der Schleim nahm im Winter zu und war kalt und feucht. Trat jedoch ein Ungleichgewicht der vier Körpersäfte ein sowie ein Verlust des richtigen Mischungsverhältnisses zwischen warm und kalt und / oder feucht und trocken bedeutete dies Krankheit.²⁵ Das Ziel der ärztlichen Kunst war es nun, das richtige Mischungsverhältnis wiederherzustellen, sei es durch entleerende Maßnahmen – wie zum Beispiel Aderlass, Arzneimittel, die einen Brechreiz hervorriefen oder Trunke, die Schweiß und Harn treibend waren – oder durch eine therapeutische Behandlung, die von dem Prinzip des *contraria contrariis* („Gegensätzliches wird mit Gegensätzlichem behandelt“ zum Beispiel wurden „heiße“ Krankheiten mit „kalten“ Mitteln bekämpft) geleitet wurde.²⁶

²² SCHUBERT, Charlotte: „Griechenland und die europäische Medizin“, in: SCHOTT, Heinz (Hg.), *Die Chronik der Medizin* (Dortmund 2000), 26-29, hier: 26

²³ „Die klassische Humoralpathologie, die in der Regel als die ureigene Denkweise des Hippokrates gilt, wurde zum ersten Mal in der Abhandlung seines Schwiegersohnes Polybos «Über die Natur des Menschen» gegen 410 v. Chr. in Kos explizit formuliert.“ GRMEK, Mirko: „Das Krankheitskonzept“, in: ders. (Hg.): *Die Geschichte des medizinischen Denkens. Antike und Mittelalter* (München 1996), 260-277, hier: 268,

²⁴ Anzahl und Natur der pathogenen Säfte waren zunächst nicht festgelegt. Nur zwei Schriften des Corpus Hippocraticum vertreten eine explizite Vier-Säfte-Lehre mit Blut, Schleim, Galle und Wasser (De morbis IV, 32. L 7, 542) bzw. Blut, Schleim, Gelber und Schwarzer Galle (De natura hominis 4 L 6, 40). Andere Schriften des Corpus Hippocraticum verfolgen eine Zwei-Säfte-Lehre, nach der Galle und Schleim infolge von Überhitzung oder Unterkühlung pathogen wirken (De morbis I, 2. L 6, 142 und De affectionibus L 6, 208). Vgl. GUNDERT, Beate: „Humoralpathologie“, in: LEVEN, Karl-Heinz (Hg.), *Antike Medizin. Ein Lexikon* (München 2005), Sp. 436-441, hier: Sp. 437

²⁵ vgl. HIPPOCRATES: „Über die Natur des Menschen“, in: KAPFERER, Richard (Hg.): *Die Werke des Hippokrates. Die hippokratische Schriftensammlung in neuer deutscher Übersetzung (Band 1)*. Neudr. der fünfbd. Orig.-Ausg. (Stuttgart 1995), 5-34, hier: 20-25.

²⁶ vgl. SCHUBERT, Charlotte: „Selbstbewusster Architekt der europäischen Medizin“, in: SCHOTT, Heinz (Hg.), *Die Chronik der Medizin* (Dortmund 2000), 42-43, hier: 43. Vgl. auch ECKART, Wolfgang Uwe: „Die Humorallehre“, in: JAEGER, Friedrich (Hg.), *Enzyklopädie der Neuzeit*, Band 5 (Stuttgart [u.a.] 2007), Sp. 703-706, hier: 704

Das Werk des griechisch stämmigen in Rom wirkenden Arztes Galen von Pergamon (129-199) bildet den Höhepunkt der antiken Medizin. Er fasste das Vier-Säfte-Schema als Kern der hippokratischen Lehre auf, systematisierte es und machte es zum Leitfaden für sein eigenes medizinisches System, das bis ins 18. Jahrhundert in den medizinischen Anstalten Europas gelehrt wurde. Galen zufolge entstehen die Säfte im Körper; entweder während der Verdauung im Magen (Schleim) oder während der Blutbildung in der Leber (Gelbe und Schwarze Galle).²⁷ Galen erkannte auch aufgrund von Sektionen die er an Tieren – vor allem an Berberaffen und Schweinen – durchführte²⁸, dass die Phthise ein Geschwür der Lunge ist. Er schickte seine Patienten zur Frischluftkur an die Hänge des Vesuvs und verordnete ihnen viel Ruhe sowie Ziegenmilch.²⁹ Mit Galen endete die schöpferische Periode der antiken Heilkunst. Im Mittelalter galt er als unumstrittene medizinische Autorität. Erst in der Frühen Neuzeit verliert Galens Lehre aufgrund von neuen Erkenntnissen in der Naturforschung an Bedeutung.³⁰

Bei der Ätiologie einer Krankheit spielt in der hippokratischen Medizin nicht nur die richtige Mischung der vier Körpersäfte eine Rolle, sondern auch äußere Einflüsse, allen voran der Wind bzw. die Luft. Demnach werden Krankheiten durch eine schlechte Diät und Anomalien in der Luft verursacht, die wiederum zu einer schlechten Strömung der Luft im Körperinneren führen.³¹ Für hippokratische Ärzte waren Gesundheit oder Krankheit sowohl von den Umwelteinflüssen abhängig, als auch von der Lebensweise des Menschen. Mit der Wechselwirkung von inneren und äußeren Faktoren befassen sich noch weitere Traktate des *Corpus Hippocraticum*³² wie zum Beispiel die Abhandlung „Über die

²⁷ vgl. GUNDERT: Humoralpathologie, Sp. 439

²⁸ vgl. SCHUBERT: Griechenland, 27 und Architekt, 42

²⁹ vgl. NOLTE, Dietrich: „TB or not TB oder ein Kampf gegen die Tuberkulose“, in: *Atemwegs- und Lungenkrankheiten* 25 (1999), 50-52, hier: 50

³⁰ vgl. SCHUBERT: Architekt, 42

³¹ vgl. GRMEK: Krankheitskonzept, 269

³² Unter dem Namen Hippokrates sind ca. 60 medizinische Schriften im ionischen Dialekt überliefert. Diese Anthologie wird von Fachleuten als Corpus Hippocraticum oder als Hippokratische Sammlung bezeichnet und entstand zwischen dem 5. und 2. Jahrhundert v. Chr. Der Corpus Hippocraticum deckt beinahe alle Bereiche der Heilkunde ab. Er beinhaltet Krankengeschichten, Therapieanweisungen, Aphorismen und reflexive Überlegungen zur Ethik und Etikette des Arztes. Allerdings wird in der Forschung schon seit Jahren heftig darüber diskutiert welche Schriften nun tatsächlich von Hippokrates stammen. Schon seit der Antike war bekannt, dass nur wenige Texte von ihm selbst verfasst wurden. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Schriften von mehreren Autoren stammen, die auch zu unterschiedlichen Zeiten gelebt haben. Eine besondere Rolle spielen hier Hippokrates' Söhne, andere Familienmitglieder (z.B. sein Schwiegersohn Polybos) und seine Schüler. vgl. GOLDER, Werner: *Hippokrates und das Corpus Hippocraticum. Eine*

Lüfte, die Wasser und die Örtlichkeiten“ (oder auch „Von der Umwelt“) oder „Die Epidemien, Teil I und III“. Erstere Schrift enthält eine Art Leitfaden für Ärzte, die sich in einer unbekannten Stadt niederlassen. Es werden äußerliche Faktoren aufgelistet, die ein Arzt beachten muss, um eine Krankheit schnell erkennen zu können, ihren Verlauf zu prognostizieren und heilen zu können. Zu den wichtigen Punkten, die ein Arzt beachten muss zählen die Windrichtungen, die benutzen Wasserquellen, das Jahresklima und die Beschaffenheit des Bodens.³³ Als besonders gesundheitsgefährdend galten Nord- und Südwinde. Erstere riefen Krankheiten hervor, weil sie kalt waren und letztere, weil sie heiß waren. Sumpfige und stehende Gewässer wurden ebenfalls als gefährlich und ungesund eingeschätzt. Bezüglich der Witterung galt die Regel, dass das Klima im Laufe der vier Jahreszeiten einem bestimmten Muster folgen musste. Traten Anomalien, wie eine abrupte Wetterveränderung auf, drohte Unheil durch Krankheit.³⁴

1.2. Die Miasmentheorie

Die Vorstellung, dass die Luft bzw. die Atmosphäre Krankheiten verursachen kann, ging als Miasmentheorie in die Wissenschaft ein. Der Begriff „Miasmen“ leitet sich von dem altgriechischen Wort *miaino* ab und deutet auf eine Verunreinigung hin, sowohl durch äußere Einflüsse wie Schmutz insbesondere Parasiten, Viren, Pilze oder toxische Stoffe, als auch im übertragenen Sinn, das Handlungen in moralischer bzw. ritueller Hinsicht unrein sind wie zum Beispiel eine Geburt.³⁵ Die Hippokraten setzten den Begriff mit dem natürlichen Ursprung von Krankheiten in Verbindung, die der schlechten Luft zuzuschreiben sind. Über die Beschaffenheit der Miasmen finden sich im *Corpus Hippocraticum* keine Hinweise. Es werden nur Entstehungsherde für die schlechte Luft genannt, wie die bereits erwähnten Sümpfe, Ausdünstungen von Leichen, Kadavern sowie kranken Menschen, Exkrementen, verdorbenes Essen und Ausdünstung aus Erdspalten. Diese Ursachen für die Verschmutzung der Luft wurden über Jahrhunderte hinweg weitertradiert.

Einführung für Philologen und Mediziner (Würzburg 2007), 106-108. Und vgl. auch: STEGER, Florian: *Das Erbe des Hippokrates. Medizinethische Konflikte und ihre Wurzeln* (Göttingen 2008), 32.

³³ vgl. JOUANNA: *Heilkunst im Westen*, 49 f.

³⁴ vgl. HANNAWAY, Caroline: „Environment and Miasmata“, in: BYNUM, W. F. / PORTER, Roy (Hg.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, Vol. 1 (London, New York 1997), 292-308, hier: 293 f.

³⁵ vgl. PARKER, Robert: *Miasma. Pollution and purification in early Greek religion*, (Oxford [u.a.] 1996), 3 f. Vgl. auch HADULLA, Michael (Hg.): *Die chronischen Krankheiten. Miasmen – Nosoden* (Uelzen 2005), 9

Ebenfalls ungeklärt blieb die Frage, wie die Luft das „pathogene Agens“ übertragen könnte.³⁶ „Es wurden Analogien mit Vorgängen wie etwa Färben, Giftwirkungen und dem Größerwerden einer Flamme von einem anfänglichen Funken gezogen.“³⁷

Im 18. Jahrhundert hatte der Terminus Miasma mehrere Bedeutungen. Er wurde sowohl mit Exhalationen und Ausdünstungen als auch mit Partikelchen in der Luft in Beziehung gesetzt. Mit Ausdünstungen war der Gestank von verfaulendem organischem Material gemeint aber auch die Vorstellung von sog. Emanationen, Ausdünstungen die aus dem Inneren der Erde stammten und Schädlichkeiten in die Luft übertragen, die wiederum Epidemien verursachen.³⁸ Geistiger Vater der Vorstellung, dass Emanationen Epidemien hervorrufen, war der Engländer Robert Boyle (1627-1691). Die Einführung des Begriffs Miasma für in die Luft übertragenen Schädlichkeiten in die medizinische Sprache dieser Zeit geht allerdings auf Thomas Sydenham (1624-1689) zurück.³⁹ Neben den Emanationen nennt Sydenham noch weitere Ursachen, die die Entstehung von Epidemien begünstigen wie das Wetter, das Klima, die geografische Lage und die Jahreszeit.⁴⁰ Sydenhams Lehre hatte großen Einfluss auf die Wiener Schule, welche auch bei der Planung des Allgemeinen Krankenhauses sichtbar wurde.⁴¹ Großzügig angelegte Höfe und große Fenster sollten einen konstanten Luftzug garantieren, der der Abführung der schlechten, krankmachenden Luft diene. Aus ebendemselben Grund sollte das Krankenhaus möglichst niedrig gehalten werden und nicht höher als zwei Stockwerke sein. Die Krankenzimmer waren sehr geräumig, hell und durch parallel eingebaute Gegenfenster gut durchgelüftet.⁴²

³⁶ vgl. HANNAWAY: Environment, 295

³⁷ LEDEBUR, Sophie: *Die Miasmentheorie. Ätiologie im 18. und 19. Jahrhundert* (ungedr. Dipl.-Arb. Wien 2003), 17

³⁸ vgl. RILEY, James C.: *The eighteenth-century campaign to avoid disease* (New York 1987), 13

³⁹ vgl. SARGENT, Frederick: *Hippocratic heritage. A history of ideas about weather and human health* (Oxford [u.a.] 1982), 154 und 192

⁴⁰ vgl. RILEY: Campaign, 11

⁴¹ vgl. JUNKER, Ermar [u.a.]: *Die Tuberkulose in Wien* (Wien 1999), 23

⁴² vgl. LESKY, Erna: *Meilensteine der Wiener Medizin. Große Ärzte Österreichs in drei Jahrhunderten* (Wien 1981), 30

1.3. Die Dispositionslehre

Noch vor dem massenhaften Auftreten der Tuberkulose etablierte sich neben der Säftelehre eine weitere Entstehungstheorie, die sich mit dem Zusammenspiel von Körperverfassung und der Anfälligkeit für bestimmte Krankheiten beschäftigt. Verfechter der Dispositionslehre meinten festgestellt zu haben, dass Menschen mit einem schwächlichen Körperbau bevorzugt zur Phthise neigten. Die klassischen Erkennungsmerkmale eines solchen Risikokörpers, des „phthisischen Habitus“, waren ein schlanker Körper, ein langer Hals, dünne Arme und Beine, eine enge Brust, hohe Schultern, eine schwache Stimme sowie eine zarte, durchsichtige Hautfarbe.⁴³

Die Erklärung der Humoralpathologen warum ein ausgezehrter Körper anfälliger für eine Erkrankung ist als ein robuster Körper, war dass ein schwächlicher Mensch eher zu Unregelmäßigkeiten im Säftehaushalt neigt. Iatrophysiker⁴⁴ hingegen „sahen die physikalisch-mechanische Funktionalität durch «kleine» Lungen und «schwache» Nerven gefährdet.“⁴⁵ Der Grund für diese Anomalien im Körperbau glaubte man im Zeugungsverhalten ausfindig machen zu können. So galten Nachkommen hochbetagter Eltern, Kinder die in der Geschwisterfolge weiter hinten standen und Sprösslinge zu nahe miteinander verwandter Eltern als potentielle Opfer der Tuberkulose, da sie eine Schwäche des Organismus aufzeigten. Besonders gefährdet waren allerdings Kinder bereits tuberkulöser oder skrofulöser Eltern, weil sie die Krankheit an ihre Nachkommen weitervererbten. Die Heredität der Tuberkulose war bis in die 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts verbreitet.⁴⁶

⁴³ RAMDAGE, zit. in: DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 49

⁴⁴ Die Iatrophysik (von griech. *iatrós* = Arzt und *phýsis* = unbelebte Natur) war eine medizinische Theorie und Praxis des 17. und 18. Jahrhunderts, nach der die Lebensvorgänge und die krankhaften Veränderungen im Organismus physikalisch und mechanisch bedingt sind. So wurde z. B. die mechanische Funktion des Herzens mit der Funktion einer Pumpe verglichen. Grundlage dieser Strömung war die Rezeption und Weiterentwicklung des antiken Atomismus durch Daniel Sennert, Sebastiano Basso und Pierre Gassendi im 16. und 17. Jahrhundert zum Neatomismus. Vgl. ECKART, Wolfgang Uwe: „Iatrophysik“, in: JAEGER, Friedrich (Hg.), *Enzyklopädie der Neuzeit*, Band 5, (Stuttgart [u.a.] 2007) Sp. 760-762, hier: 760.

⁴⁵ DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 50

⁴⁶ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 50 f.

Der deutsche Arzt und erste Dekan der Charité in Berlin Christoph W. Hufeland (1762-1836) riet jedem – insbesondere jungen Menschen unter 30 – seinen Körper von einem vernünftigen Arzt untersuchen zu lassen, um festzustellen welchen Krankheiten er am meisten ausgesetzt sei.⁴⁷

Widerspruch kam vor allem von französischen Klinikern und Pathologen wie etwa von René Théophile Hyacinthe Laënnec (1781-1826), der im phthisischen Habitus nicht die Ursache, sondern die Folge einer Tuberkuloseerkrankung sah. Laut Laënnec gäbe es keine körperliche Prädisposition und ferner führte er aus, dass die Tuberkulose auch Muskulöse und hervorragend Konstituierte heimsuche. Diese Ansicht fand im Deutschen Reich und in den Ländern der Habsburger Krone nur wenig Gehör. Selbst der Pionier der deutschen Heilstättenbewegung Hermann Brehmer (1826-1889) hielt an der Vorstellung eines phthisischen Habitus fest, und versuchte der Tuberkulose mit Sport und gesunder Ernährung zu Leibe zu rücken.⁴⁸ Der phthisische Habitus blieb bis weit ins 20. Jahrhundert hinein lebendig und wurde *„zusehends instrumentalisiert und schließlich im stereotypen Charakterbild des »Jüdischen«, des »Minderwertigen« verfestigt“*.⁴⁹

1.4. Die Lehre vom Kontagium

Der erste Versuch, auf dem Begriff des Kontagiums (lat. *contagium* = Berührung, Ansteckung) eine allgemeine Seuchenlehre aufzubauen, geht auf den italienischen Arzt und Dichter Girolamo (auch Hieronymus) Fracastoro (1478-1553) zurück und war eine Folge des Auftretens der Syphilis.⁵⁰ 1546 publizierte er sein dreibändiges Werk *„De contagionibus et contagiis morbis et eorum curatione“*, das hypothetische Überlegungen über ansteckende Krankheiten und deren Behandlung enthält. Laut Fracastoro seien Samen (er verwendet hierfür den Begriff *seminaria contagiosa*) für die Entstehung von Epidemien verantwortlich. Diese Samen vermehren sich selbstständig und die Infektion von Mensch

⁴⁷ vgl. PFEIFER, Klaus: *Medizin der Goethezeit. Christoph Wilhelm Hufeland und die Heilkunst des 18. Jahrhunderts* (Köln [u.a.] 2000), 140

⁴⁸ vgl. DIETRICH-DAUM: *Wiener Krankheit*, 52

⁴⁹ DIETRICH-DAUM: *Wiener Krankheit*, 52; Vgl. auch HÖDL, Klaus: *Die Pathologisierung des jüdischen Körpers. Antisemitismus, Geschlecht und Medizin im Fin de Siècle* (Wien 1997), 90-93

⁵⁰ vgl. KINZELBACH, Annemarie: *„Seuchenkonzepte und frühneuzeitliche Gesellschaft“*, in: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 20 (1997), 253-265, hier: 254

zu Mensch geschieht durch Berührung oder durch die Luft. Allerdings verbirgt sich hinter dem Terminus *seminaria contagiosa* ein höchst nebulöses Konzept. Es ist schwierig zu eruieren was Fracastoro tatsächlich mit diesem Begriff meint. So vergleicht er die Ansteckung mit den Ausdünstungen von Zwiebeln und Knoblauch sowie mit der Wirkung von Gift. Ebenso wenig war in Fracastoros Konzept die Rede davon, dass *seminaria* lebende Organismen wären.⁵¹ Dieses Konzept mag zwar auf den ersten Blick revolutionär erscheinen, offenbart jedoch bei einer genaueren Analyse seine Einfältigkeit. Nutton wies in einer umfassenden Untersuchung darauf hin, dass Fracastoros Analogien weder vollständig neue Gedanken waren, noch große Bedeutung für die Medizin seiner Zeit hatten.⁵² Bezüglich der Übertragung von Krankheitserregern berichtet er im zweiten Buch über das Ansteckungsvermögen der Tuberkulose, dass sich ein vollständig gesunder Mensch durch den alltäglichen Umgang mit einem Phthisiker anstecken kann.⁵³

Weiters schreibt Fracastoro, dass es

„wahrhaft erstaunlich [ist], mit welcher Zähigkeit und wie lange (...) [sich] dieses Virus in einem Herde hält, so daß man nicht selten beobachtet hat, wie Kleider, die Phthisikern getragene haben, nach Verlauf von zwei Jahren das Kontagium vermitteln haben. Dasselbe Ansteckungsvermögen haftet an den Zimmern, Betten und Fußböden, wo Phthisiker verstorben sind. Man muß annehmen, daß in einem solchen Zunder nichts anderes zurückgeblieben ist, als die Keime des Kontagium, die aus der in der Phthise sich entwickelnden Fäulnis ausgeströmt sind.“⁵⁴

Die Beschreibung und Skizzierung von stäbchen- und spiralförmigen Bakterien gelang erstmals dem niederländischen Naturforscher und Mikroskopbauer Antoni van Leeuwenhoek (1632-1723). Er untersuchte 1683 eine Probe von seiner eigenen Mundschleimhaut und entdeckte dabei „kleine Tierchen“, die er *animalcules* nannte.⁵⁵

⁵¹ vgl. HOWARD-JONES, Norman: „Fracastoro and Henle. A re-appraisal of their contribution to the concept of communicable diseases“, in: *Medical History* 21 (1977), 61-68, hier: 61-63, verfügbar unter: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/pagerender.fcgi?artid=1081895&pageindex=1> (Zugriff am 28. 9. 09)

⁵² vgl. NUTTON, Vivian: „The seeds of disease. An explanation of contagion and infection from the Greeks to the Renaissance“, in: *Medical History* 27 (1983), 1-34, hier: 22-34, verfügbar unter:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/pagerender.fcgi?artid=1139262&pageindex=1> (Zugriff am 28. 9. 09)

⁵³ vgl. FRACASTORO, Hieronymus: *Drei Bücher von den Kontagien, den kontagiösen Krankheiten und deren Behandlung (1546)*. Übers. u. eingel. v. Viktor Fossel (= Klassiker der Medizin 5, Leipzig 1910), 62

⁵⁴ FRACASTORO: *Bücher*, 62

⁵⁵ vgl. KÖHLER, Werner: „Entwicklung der Mikrobiologie mit besonderer Berücksichtigung der medizinischen Aspekte“, in: JAHN, Ilse (Hg.), *Geschichte der Biologie. Theorien, Methoden, Institutionen, Kurzbiographien* (Heidelberg / Berlin 2000), 620-641, hier: 621

Die Idee eines *contagium animatum* war vor allem gegen Ende des 17. Jahrhunderts und am Anfang des 18. Jahrhunderts sehr lebendig. Benjamin Marten beschrieb in seinem 1720 publizierten Werk „A New Theory of Consumptions. More Especially of a Phthisis or Consumption of the Lungs“, dass die Lungen von einem „specific animalcule“ befallen werden, die schließlich eine Erkrankung hervorrufen. Außerdem stellt er Theorien über die Existenz kleiner Tierchen auf, die er allerdings nie gesehen hatte. Marten's Ideen sollten erst 163 Jahre später von Robert Koch bestätigt werden.⁵⁶

Obwohl die miasmatische Lehre stark in der Wiener Medizinischen Schule verwurzelt war, gab es dennoch – wenngleich nur wenige – Vertreter der Ansteckungslehre wie zum Beispiel Marcus Antonius Plenciz (1705-1786). Plenciz stützte sich in seinen Anschauungen und Werken vor allem auf eigene Beobachtungen und Erfahrungen. Er war ein eifriger Verfechter des *contagium animatum*. In seinem Werk „Idea nova contagii morborum“ (1782) entwickelte er eine Seuchenlehre, die wie jene Theorie von Marten davon ausgeht, dass alle Krankheiten durch spezifische Erreger hervorgerufen werden. Außerdem bezeichnete er alle Krankheiten als ansteckend, die von Mensch zu Mensch übertragen werden. Darüber hinaus unterschied er verschiedene Wege der Ansteckung: eine unmittelbare durch Berührung (*per contactum*) wie zum Beispiel bei der Syphilis, eine mittelbare (*in distans*) durch die Luft wie etwa bei der Pest und eine Ansteckung durch einen „Stoff“ (*per fomitem*). Bei dieser Möglichkeit schlummert der ansteckende Keim im Körper dahin bis er durch irgendwelche Umstände entflammt wie zum Beispiel bei der Wassersucht.⁵⁷

Ausschlaggebend für ein derart unsicheres Fundament der Ansteckungslehre waren zahlreiche ungeklärte Probleme wie etwa die Frage nach der Art des Ansteckungsstoffes, nach dem Vorgang der Übertragung oder warum es zum gleichzeitigen Ausbruch von Krankheiten wie der Pest an vielen Orten kam, die weit voneinander entfernt lagen. Ebenso wenig konnte man sich das Verschwinden schwerer Epidemien mit der Ansteckung erklären. Solche Fragestellungen deuten auf die Popularität der Miasmentheorie und auf die weit

⁵⁶ vgl. DOETSCH, Raymond: „Benjamin Marten and his «New Theory of Consumptions»“, in: *Mircobiological Reviews* 42 (1978), 521-528, hier: 521, verfügbar unter: <http://mmbr.asm.org/cgi/reprint/42/3/521.pdf> (Zugriff am 28. 9. 09)

⁵⁷ vgl. WEINZIERL, Josef: *Plenciz' Anschauung über Ansteckung* (München 1937), 8

verbreitete Überzeugung hin, dass die Übertragung von Krankheiten von der Umwelt auf den Menschen erfolgt und nicht von Mensch zu Mensch.⁵⁸

Die Ansteckungslehre fand in Mitteleuropa zwar nur wenig Anklang, konnte sich dafür aber in Südeuropa durchsetzen, wo die Tuberkulose als Infektionskrankheit angesehen wurde. Viele Tuberkulosekranke aus dem Norden erhofften sich im sonnigen Süden eine Milderung ihres Leidens. Man schätzt, dass Italien während der Rokokozeit von mehr als 200.000 Engländern aufgesucht wurde. Durch dieses Reisen wurde die Tuberkulose in Gebiete verschleppt, die nur wenig von dieser Plage betroffen waren. Es blieb nicht unbeachtet, dass die hustenden Gäste aus dem Norden bei ihren Gastgeberfamilien oft für akute fieberhafte Erkrankungen sorgten. Die Fälle erregten derart das Interesse der Obrigkeit, dass man sich für drakonische Gegenmaßnahmen entschied. Die erste dieser Anordnungen hatte 1751 Ferdinand VI. von Spanien erlassen. In Neapel und Sizilien führte Philipp IV. 1781 scharfe Maßnahmen gegen die Weiterverbreitung der Tuberkulose ein. Beispielsweise wurden Ärzte dazu angehalten eine Tuberkuloseerkrankung umgehend zu melden. Falls sie dies verabsäumten, drohte ihnen eine Gefängnisstrafe und bei Wiederholung eine Galeerenstrafe. Außerdem mussten alle Betten und Möbeln von Tuberkulosekranken verbrannt werden und eine Ausweisung der Kranken war möglich.⁵⁹

Dieses Schicksal erfuhr auch Frédéric Chopin, der zeitlebens an Tuberkulose litt. Im Oktober 1838 reiste er mit George Sand und ihren Kindern nach Mallorca, wo er sich eine Linderung seines Leidens wegen des milderen Klimas erhoffte. Allerdings verschlimmerte sich sein Zustand und seine Ärzte machten die Krankheit publik. Die Folge waren sanitäts- polizeiliche Maßnahmen wie Räumung und neues Tünchen des Hauses sowie das Verbrennen der Bettwäsche. Chopin und Sand mussten ihr Haus in Palma verlassen und fanden eine neue Bleibe an der Westküste Mallorcas in Valldemosa, wo sie in einer alten Kartause hausten. Die Mallorquiner mieden den Kontakt zu Chopin und Sand und sie fanden folglich auch keine Diensthilfen geschweige denn Pflegepersonal. In dem kalten und feuchten Quartier verschlimmerte sich Chopins Zustand zusehends und er beschloss

⁵⁸ vgl. PORTER, Roy: „The Eighteenth Century“, in: CONRAD, Lawrence I. (Hg.) [u.a.], *The Western Medical Tradition 800 BC to AD 1800* (Cambridge [u.a.] 1996), 371-476, hier: 406

⁵⁹ vgl. WINKLE: Geißeln, 126

Mallorca zu verlassen. Im Frühjahr 1839 kehrte Chopin unter großen Strapazen nach Paris zurück, wo er 1849 starb.⁶⁰

Auch wenn die Gegenüberstellung der beiden Modelle – Miasma vs. Kontagium – sehr antagonistisch erscheint, ergänzen sich im Grunde die ätiologischen Konzepte und es ist schwierig beide Theorien voneinander zu trennen.⁶¹ Die Vorstellung Krankheiten könnten durch Menschen oder Dinge übertragen werden, widersprach nicht notwendigerweise der Miasmentheorie, weil auch Menschen oder Dinge die krankmachende Luft mit sich bringen konnten. Deshalb mussten Gegenstände gut durchgelüftet werden und Menschen nachweisen können, dass sie eine gewisse Zeit an einem Ort mit guter, sauberer Luft verbracht hätten.⁶² Jakob Henle (1809-1885) bemühte sich in seiner Schrift „Von den Miasmen und Kontagien und von den miasmatisch-kontagiösen Krankheiten“ den Miasma-Begriff in die Lehre vom Kontagium einzubauen. Henles Ansicht nach breiten sich Epidemien auf doppeltem Weg aus, nämlich miasmatisch und kontagiös.⁶³ Das stetig wachsende Wissen von der Existenz kleinster Lebewesen und deren Bedeutung bei der Entstehung von Krankheiten, kennzeichnet den Beginn eines wissenschaftlichen Diskurses, der mit dem rätselhaften Auftreten der Cholera im Jahre 1830 intensiviert wurde.⁶⁴

⁶⁰ vgl. LUDWIG, Timm: „Frédéric Chopin. Husten mit unendlicher Anmut“, in: *Deutsches Ärzteblatt* 97 (2000), verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=22530> (Zugriff am 1. 10. 09)

⁶¹ vgl. KINZELBACH: Seuchenkonzepte, 254 f.

⁶² vgl. KINZELBACH, Annemarie: *Gesundbleiben, Krankwerden, Armsein in der frühneuzeitlichen Gesellschaft. Gesunde und Kranke in den Reichsstädten Überlingen und Ulm 1500 – 1700* (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 8, Stuttgart 1995), 163

⁶³ vgl. BERG, Alexander: „Miasma und Kontagium. Die Lehre von der Ansteckung im Wandel der Zeiten“, in: *Naturwissenschaften* 50 (1963), 329-396, hier: 394

⁶⁴ vgl. WILDEROTTER, Hans: „Alle dachten, das Ende der Welt sei gekommen“, in: ders. (Hg.): *Das große Sterben. Seuchen machen Geschichte* (Berlin 1995), 12-53, hier: 30

2. Die Tuberkulose als Infektionskrankheit

2.1. Mikrobiologische Ära

Die experimentelle Tuberkuloseforschung begann 1843 mit dem deutschen Arzt Hermann Klencke, dem es gelang, Tuberkeln in Lunge und Leber eines Kaninchens zu erzeugen, indem er dem Tier tuberkulöses Material in die Ohrvene injizierte. Klenckes Versuche blieben jedoch unbeachtet.⁶⁵ Erst sein französischer Kollege J. A. Villemin konnte sich mit ähnlichen Versuchen in der wissenschaftlichen Welt Gehör verschaffen. Am 5. Dezember 1865 hielt er einen Vortrag über die Ursachen und Natur der Tuberkulose und behauptete, dass die Tuberkulose von einem spezifischen Erreger ausgelöst wird.⁶⁶ Seine Behauptung fußt auf Tierexperimenten, die einwandfrei die Übertragung der Tuberkulose bestätigen. Er impfte Kaninchen mit tuberkulösem Leichenmaterial, die schließlich an der Tuberkulose erkrankten. Zusätzlich führte er noch Kontrollversuche durch, um zu beweisen, dass nur das tuberkulöse Material die Tuberkulose entfachte.⁶⁷

Der ätiologischen Erforschung der Tuberkulose widmete sich auch Robert Koch (1843-1910). Er versuchte mit verschiedenen Färbemethoden den Tuberkuloseerreger erkennbar zu machen. Koch *„färbte Auswurf und Lungenteile von an Schwindsucht Verstorbenen mit immer neuen Lösungen, bis unter dem Mikroskop blau gefärbte Stäbchen (Bazillen) sichtbar wurden.“*⁶⁸ Sein nächster Arbeitsschritt war das Anlegen einer Reinkultur. Nach zahlreichen Versuchen glückte ihm die Isolierung des Tuberkelbazillus von dem infizierten Körper auf festen Nährboden und die Wiedererzeugung der Tuberkulose mit dem isolierten Mikroorganismus. Am 24. März 1882 präsentierte er seine Forschungsergebnisse vor der Berliner Physiologischen Gesellschaft und wenige Wochen später in der Berliner klinischen Wochenschrift unter dem Titel „Die Ätiologie der Tuberculose“. Die Erkenntnis, dass viele als verschieden geltende Krankheiten wie Lupus, Skrofulose, Knochen-, Augen- und Kehlkopftuberkulose ein und den selben Ursprung haben ist ebenfalls Koch zu verdanken.⁶⁹

⁶⁵ vgl. WINKLE: Geißeln, 137

⁶⁶ vgl. OURY: Geschichte, 2833

⁶⁷ vgl. WINKEL: Geißeln, 137

⁶⁸ WINKLE: Geißeln, 139

⁶⁹ vgl. WINKLE: Geißeln, 139-141

„Die Entdeckung des Tuberkuloseerregers und der logische Ablauf der experimentellen Untersuchungen zum Nachweis eines Mikroorganismus als Krankheitserreger deuteten einen geraden revolutionären Wandel im diagnostischen Vorgehen an, der weit über den Bereich der Tuberkulose hinausging.“⁷⁰

Trotz der eindeutigen Beweislage gab es immer noch Ärzte, die die Ansteckung der Tuberkulose leugneten und sich mit den ätiologischen Betrachtungsweisen der Bakteriologen nicht anfreunden konnten (oder wollten). So zum Beispiel der wissenschaftliche Widerpart Kochs schlechthin, Rudolf Virchow (1821-1902). Virchow war ein vehementer Verfechter der Dualitätslehre, wobei er die Lungentuberkulose in zwei Krankheiten aufteilte, die Phthise und die Verkäsung. Noch viele Jahre nach Kochs Entdeckung sprach er in seine Vorlesungen immer nur von den „sogenannten Tuberkelbazillen“, wenn er über die „käsigen Entzündungen“ referierte.⁷¹

Dieselbe skeptische Haltung gegenüber der Ansteckung der Tuberkulose war auch noch nach Kochs Entdeckung in der Wiener Medizinischen Schule präsent. Beispielsweise vertrat Johann Schnitzler der Leiter der laryngologischen Abteilung in der Wiener Polyklinik, die Ansicht, dass die Übertragung der Tuberkulose von einer Person zur anderen nur sehr selten vorkommt. Deshalb verwundert es nicht, dass in den Medizinalstatistiken Wiens die Tuberkulose bis 1884 unter der Rubrik „miasmatisch-infektiöse Erkrankungen“⁷² zu finden war.⁷³

⁷⁰ WINKLE: Geißeln, 141

⁷¹ vgl. WINKLE: Geißeln, 141

⁷² Dieser Begriff geht auf Jakob Henle zurück und umschreibt Krankheiten die miasmatisch entstehen und sich kontagiös ausbreiten. Hierzu rechnet Henle unter anderem Masern, Röteln, Typhus, Pocken etc. Außerdem unterschied er noch miasmatische Krankheiten, die nie kontagiös werden (z.B. Wechselfieber) und Krankheiten die sich nur kontagiös ausbreiten (z.B. Syphilis, Krätze und Tollwut). vgl. BERG: Miasma, 394

⁷³ vgl. JUNKER, Ermar [u.a.] (Hg.): *Die Entwicklung einer pulmologischen Gesellschaft von 1951-2003* (Wien 2004), 18

3. *Die Wiener Medizinische Schule und die Anfänge der Pulmologie in Österreich*

Seit dem 18. Jahrhundert entwickelte sich Wien zu einem medizinischen Forschungs- und Ausbildungszentrum. Die Erfolgsgeschichte begann mit der Berufung des Holländers Gerard van Swieten (1700-1772) nach Wien. Er legte den Grundstein für die erste Wiener Medizinische Schule und reformierte den Unterricht, indem er, wie sein ehemaliger Lehrer Herman Boerhaave, seine Schüler regelmäßig ans Krankenbett führte und dort mit ihnen jeden Fall besprach. Mit der Eröffnung des Allgemeinen Krankenhauses im Jahre 1784 bekamen die Mediziner eine neue Wirkungsstätte, die sich mehr und mehr zum wichtigsten Forschungszentrum entfaltete.⁷⁴ Ein immer stets wichtiger Teil der Gesamtmedizin war die Pulmologie. Die Entwicklung der Lungenheilkunde in Österreich glich einer Berg- und Talfahrt, die von Epochen des Fortschritts und des Rückstands sowie von Irrlehren gekennzeichnet war.⁷⁵

Eine bedeutende Persönlichkeit in diesem Auf und Ab war Leopold Auenbrugger (1722-1809), der ein schalldiagnostisches Verfahren zur Untersuchung der Organe erfand. Der Legende nach, habe er als Kind seinen Vater beim Beklopfen der Weinfässer beobachtet, der durch das Geklopfe ihren Füllungszustand feststellte.⁷⁶ Diese Beobachtung hatte sich Auenbrugger medizinisch nutzbar gemacht, indem er mit seinen Fingerspitzen den Brustkorb seiner Patienten abklopfte. Aus dem Widerhall schloss er auf die Beschaffenheit der darunter liegenden Organe. Dabei stellte er fest, dass bei einem gesunden Menschen beim Anschlagen der Brust ein hohler Ton entsteht. Die Wahrnehmung eines gedämpften Klopf-schalls hingegen, wies darauf hin, dass sich etwas Krankhaftes in der Brust verbirgt. Phänomene wie die Verdichtung des Lungengewebes bei einer Pneumonie oder Flüssigkeitsansammlungen in der Pleurahöhle ein sog. Pleuraerguss konnten jetzt erstmalig festgestellt werden. Seine Erfahrungen über Beobachtungen, die er über Jahre hinweg am Krankenbett und im Sektionssaal gesammelt hatte, veröffentlichte er 1761 in einem kleinen

⁷⁴ vgl. LESKY: Meilensteine, 15 f.

⁷⁵ vgl. JUNKER [u.a.]: Entwicklung, 15

⁷⁶ vgl. WINKLE: Geißeln, 123

Büchlein mit dem Titel „Inventum novum“⁷⁷. Somit wurde Auenbrugger zum Erfinder einer noch heute täglich geübten Untersuchungsmethode, der Perkussion.⁷⁸ Die Perkussion eröffnete der Medizin erstmals einen diagnostischen Zugang zum Körperinneren beim lebenden Menschen.⁷⁹

Man sollte meinen, dass es durch Auenbruggers Erfindung zu Begeisterungstürmen in Wien kam. Weit gefehlt, denn seine Erfindung fand bei seinen Kollegen nur wenig Beachtung. Er wurde totgeschwiegen oder sogar verspottet. Der Durchbruch seiner Erfindung gelang erst Jahrzehnte später als der Leibarzt Napoleons, Jean Nicolas Corvisart (1755-1821), sein Werk „Inventum novum“ ins Französische übersetzte.⁸⁰ Auenbruggers Pech war, dass er seine Entdeckung in einer Phase des Wechsels grundlegender Vorstellungen der Medizin seiner Zeit machte. Im 18. Jahrhundert vollzog sich ein Wechsel der Krankheitskonzepte von der Humoralpathologie hin zur der Vorstellung, dass eine Krankheit einen bestimmten Sitz im Körper habe (Lokalismus, Solidarpathologie). Eingeleitet wurde der Paradigmenwechsel um die Mitte des 18. Jahrhunderts als Giovanni Battista Morgagni im Jahre 1761 ein Werk mit dem Titel „De sedibus et causis morborum“ („Über Sitz und Ursachen der Krankheiten“) veröffentlichte. Nach dem Tod de Haens kam unter Maximilian Stoll, dem 1776 die Leitung der internen Klinik anvertraut wurde, die Perkussionsmethode zum Einsatz. Allerdings war die Anwendung der Methode nur von kurzer Dauer, denn sein Nachfolger, Johann Peter Frank, ignorierte sie wieder.⁸¹

Erst unter Josef von Škoda (1805-1881) konnte sich Auenbruggers Untersuchungsmethode in Wien etablieren. Um Mitte des 19. Jahrhunderts gründeten Carl Freiherr von Rokitansky, Josef von Škoda und Ferdinand von Hebra die Zweite Wiener Medizinische Schule, die einen Paradigmenwechsel einleitete, der die naturphilosophisch orientierte Medizin hin zur modernen, naturwissenschaftlich orientierten Medizin führte. Die Frage

⁷⁷ Der komplette Titel lautet „Inventum novum ex percussione thoracis humani, ut signo, abstrusos interni pectoris morbos detegendi.“ („Neue Erfindung, um durch das Beklopfen es menschlichen Brustkorbes Zeichen zur Erkennung verborgener Krankheiten zu entdecken.“)

⁷⁸ Die zweite wichtige Säule der diagnostischen Akustik war die von Laennec zu Anfang des 19. Jahrhunderts entwickelte Auskultation, das Abhören und der Atemgeräusche und Herztöne.

⁷⁹ vgl. FLATH, Bernd: „Von Champagnergläsern und Weinfässern“, verfügbar unter: http://www.tumor-online.net/docs/ausg_2_2003_7.htm (Zugriff am 5. 10. 09)

⁸⁰ vgl. JUNKER [u.a.]: Tuberkulose, 25

⁸¹ vgl. WINKLE: Geißeln, 122

nach den objektiven d.h. nach den physikalischen Entstehungsbedingungen der krankhaften Organveränderungen stand im Vordergrund.⁸² Škoda entwickelte Auenbruggers und Laënnecs Entdeckungen weiter und erforschte deren physikalischen Grundlagen. Seine Ergebnisse veröffentlichte er 1839 in der „Abhandlung über Perkussion und Auskultation“, durch die er Weltruhm erlangte. Ein Jahr später gründete er die erste „Abteilung für Brustkranke“ im Wiener Allgemeinen Krankenhaus.⁸³

Škoda war ein Meister der Herz- und Lungendiagnostik, dessen Erbe sein Schüler Leopold Schrötter von Kristelli (1837-1908) antrat. 1890 gründete Schrötter die III. Medizinische Klinik im Wiener Allgemeinen Krankenhaus, die sich auf klinische Untersuchungsmethoden und Krankheiten der Brustorgane spezialisierte. Außerdem wurde er 1871 zum Leiter der ersten laryngologischen Klinik⁸⁴ der Welt ernannt. Schrötter war nicht nur ein ausgezeichnete Internist und Laryngologe, sondern auch ein engagierter Sozialmediziner, vor allem auf dem Gebiet der Tuberkulosebekämpfung. Zu diesem Zweck gründete er 1890 die erste Antituberkulose-Gesellschaft in Wien und eröffnete acht Jahre später die Heilanstalt Alland, um mittellosen Tuberkulosekranken eine Behandlung zu ermöglichen. Schrötter zählte neben Anton Weichselbaum und Ludwig Teleky zu den führenden Sozialmediziner vor dem Ersten Weltkrieg.⁸⁵

⁸² vgl. LESKY: Meilensteine, 80

⁸³ vgl. ANGETTER, Daniela: „Škoda, Josef von“, in: *Österreichisches Biographisches Lexikon 1815-1950*, Band 12 (Wien 2005), 326

⁸⁴ Die Laryngologie ist ein Teilgebiet der Medizin, das sich mit dem Kehlkopf und seinen Krankheiten befasst.

⁸⁵ vgl. JUNKER [u.a.]: Entwicklung, 16-18

4. *Bilder der Krankheit*

Welches Bild hat eine Krankheit in der öffentlichen Wahrnehmung? Dieser Frage geht auch Susan Sontag in ihrem Buch „Krankheit als Metapher“⁸⁶ nach. Anhand von Tuberkulose und Krebs veranschaulicht Sontag welche Rolle eine Krankheit in der Gesellschaft spielt, die sie in Form von Bildern und im Denken einnehmen kann, und deren Folgen für die Kranken. Im Gegensatz zum medizinischen Begriff „Krankheitsbild“, der das Ergebnis des klinischen Befundes und der Symptomatik beinhaltet, umfasst der Begriff „Bild der / einer Krankheit“ „soziale, kulturelle und medizinische Aspekte in ihrem jeweiligen zeitlichen Kontext.“⁸⁷ Seit dem 18. Jahrhundert variiert die Tuberkulose stark in ihrer Wahrnehmung. Beginnend mit der Darstellung der Tuberkulose als „romantische Krankheit“ im 18. Jahrhundert wandelte sie sich Ende des 19. Jahrhundert zur „proletarischen Krankheit“. Während der Zeit des Nationalsozialismus wurde sie als „asoziale Krankheit“ definiert und in den 70er Jahren als „besiegte Krankheit“ bezeichnet. Seit den 90er Jahren gilt die Tuberkulose als „Krankheit der Randgruppen“.⁸⁸

4.1. Die romantische Krankheit

Die Vorstellung der Tuberkulose als romantische Krankheit entstand im Laufe des 18. Jahrhunderts, als die Tuberkulose noch wenig verbreitet war, und konnte sich bis Mitte des 19. Jahrhunderts halten. Die Tuberkulose galt als mysteriöse Krankheit, die sich ihre Opfer willkürlich aussucht. Künstler, Schriftsteller, Liebende, Bohémiens, junge und zarte Geschöpfe galten als besonders gefährdet an der Tuberkulose zu erkranken.⁸⁹ „Das ganze Jahrhundert lang bestand eine besondere Beziehung zwischen Tuberkulose, Kunst und literarischem Schaffen.“⁹⁰ Schriftsteller, Maler aber auch Mediziner haben nicht unwesentlich zur Romantisierung der Tuberkulose beigetragen.⁹¹

⁸⁶ SONTAG, Susan: *Krankheit als Metapher* (Frankfurt am Main 1996).

⁸⁷ HÄHNER-ROMBACH: Sozialgeschichte, 29

⁸⁸ vgl. HÄHNER-ROMBACH: Sozialgeschichte, 30

⁸⁹ SONTAG: Krankheit, 46

⁹⁰ HERZLICH, Claudine / PIERRET, Janine: *Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden*. Aus dem Französischen von Gabriele Krüger-Wirrer (München 1991), 40.

⁹¹ vgl. HÄHNER-ROMBACH: Sozialgeschichte, 31

Als literarische Beispiele seien Alexandre Dumas' „Le dame aux camélias“ (1848) und Henri Murger's „Scènes de la vie de bohème“ (1851)⁹² genannt, in denen das schwindsüchtige Ideal des 19. Jahrhunderts zum Ausdruck kommt. Die Heldin in Dumas' Roman, Marguerite Gautier, eine Kurtisane, verkörpert den Typ der aufopfernden Liebenden. Um das Leben ihres Geliebten, Armand, nicht zu gefährden verzichtet sie auf ihr Glück ihm zu Gute. Sie kehrt in ihr altes Leben zurück und stirbt schließlich an der Schwindsucht. In Murger's Roman wird anhand der Charaktere Mimí und Francine das körperliche Ideal eines Tuberkulosekranken beschrieben: schön, jung und leidenschaftlich. Aber in beiden Romanen ist die Tuberkulose mehr als nur eine Krankheit. Dumas und Murger stellen die Tuberkulose als tragisches und unvermeidbares Schicksal ihrer Protagonistinnen dar, dem sie sich tapfer stellen. Die Tuberkulose war Teil der Persönlichkeit der Heldinnen. Diese Vorstellung, dass der Charakter eines Menschen eine Erkrankung hervorrufen kann, war ein weiterer Aspekt, der zur Romantisierung der Krankheit beitrug. Selbst medizinische Autoritäten, wie der französische Arzt René Laënnec, waren der Meinung, dass neben der Vererbung, ein melancholischer Charakter und die „traurigen Leidenschaften“⁹³ noch weitere Ursachen der Tuberkulose wären.⁹⁴

Ebenfalls ein wichtiger Faktor, der eine Romantisierung bewirkte war, dass den Erkrankten eine gewisse Exklusivität zu Teil wurde. Sie galten als auserwählt und als etwas Besonderes. Durch ihre Erkrankung hoben sie sich von der Allgemeinheit ab und es wurden ihnen sogar besondere Fähigkeiten zugesprochen wie z.B. seherische Fähigkeiten. Dieser Mythos begegnet uns in Hermann Sudermann's Künstlerdrama „Sodoms Ende“ (1890). Der Protagonist dieses Theaterstücks, Willy Janikow, ein Maler, erkrankt an der Tuberkulose. Obwohl seine Erkrankung auf sein lasterhaftes Leben zurückzuführen ist,

⁹² Giuseppe Verdi ließ die Kameliendame in seiner Oper „La Traviata“ wieder auferstehen. Im 3. Akt erfährt die schwindsüchtige Violetta von Doktor Grenvil, dass ihr noch wenige Stunden zu leben bleiben. Bevor sie allerdings tot zusammenbricht, singt sie noch ihre berühmte Abschiedsarie „Addio del passato“. Vier Jahrzehnte nach Verdis Uraufführung der „Traviata“ vertonte Giacomo Puccini eine ähnliche Geschichte aus Murgers „Scènes de la vie de Bohème“. „La Bohème“ wurde 1896 in Turin uraufgeführt. Wie in Murgers Roman musste auch in Puccinis Oper die schwindsüchtige Mimí möglichst zierlich und grazil sein. vgl. NOLTE, Dietrich: „Lungenschwindsucht. Wie eiskalt ist dieses Händchen“, in: *Atemwegs- und Lungenkrankheiten* 26 (2000), 276-280, hier: 276

⁹³ Laënnec schrieb seinem 1826 erschienen *Traité de l'auscultation médiate*, dass er „unter den Ursachen für Tuberkulose keine kenne, die sicherer wäre als die traurigen Leidenschaften, vor allem, wenn sie sehr tief gehen und lange dauern.“ zit. nach HERZLICH / PIERRET: *Kranke*, 289.

⁹⁴ vgl. BARNES, David S.: *The making of a Social Disease. Tuberculosis in Nineteenth-Century France* (Berkeley / Los Angeles 1995), 52-54

wird er dennoch als Genie und für seine schöpferische Individualität gefeiert. Da vor allem seine Inspiration für alle anderen nicht nachvollziehbar ist gilt er als etwas Besonders und dadurch zeichnet ihn die Tuberkulose gegenüber anderen aus.⁹⁵

Der Tuberkulose-Kult im 19. Jahrhundert macht sogar vor der dem äußeren Erscheinungsbild nicht halt. So galt in der gehobenen Gesellschaft der „consumptive look“ als besonders stilvoll. Tuberkulöse auszusehen sprich zart und blass war en vogue und zahlreiche Damen folgten diesem morbiden Schönheitsideal. Durch die Romantisierung der Tuberkulose wurde die Krankheit assoziiert mit Schönheit, Zartheit, Eleganz, Sensibilität und guter Herkunft. Körper und Krankheit wurden zur Ausdrucksform seiner Selbst. Sontag sieht in der Romantisierung der Tuberkulose *„das erste weitverbreitete Beispiel (...), aus dem Selbst ein Image zu machen.“*⁹⁶

Eine weitere Folge der Romantisierung war, dass die Krankheit für relativ schmerzfrei gehalten wurde. Von einem ruhigen und sanften Tod war die Rede. Die Literatur des 19. Jahrhunderts ist übersät mit symptomlosen und glückseligen Todesbeschreibungen. Vor allem junge Leute wie beispielsweise die kleine Eva in „Onkel Toms Hütte“ oder Dombey's Sohn Paul in „Dombey and Son“ sterben einen schönen Tod infolge ihrer Erkrankung.⁹⁷ Tatsache aber ist, dass mit einer fortgeschrittenen Erkrankung auch die Beschwerden zunahmen und viele Tuberkulosekranke unter großen Schmerzen starben. Hiervon zeugen die Korrespondenz und Tagebuchaufzeichnungen schwindsüchtiger Schriftsteller und Künstler wie z.B. jene von Franz Kafka oder Maria Bashkirtseff. Am Beginn der Erkrankung kommt die Tuberkulose kaum zum Vorschein. Die Betroffenen leiden nur unter minimalsten Beschwerden, die sie in ihrem Alltag kaum einschränken. So beschreibt auch Franz Kafka im Oktober 1917 seinen Zustand in einem Brief an seinen Freund Max Brod.⁹⁸

⁹⁵ vgl. LEUCHT, Robert: *Der Tb-Mythos. Aspekte einer Krankheitsmetapher in der deutschen Literatur 1850-1900* (ungedr. Dipl.-Arb. Wien 1999), 74 und 78 f.

⁹⁶ SONTAG: *Krankheit*, 34 f.

⁹⁷ vgl. SONTAG: *Krankheit*, 20

⁹⁸ vgl. HERZLICH / PIERRET: *Kranke*, 50

„Lieber Max, meine Krankheit? Im Vertrauen sag ich dir, daß ich sie kaum spüre. Ich fiebere nicht, ich huste nicht viel, ich habe keine Schmerzen. Kurzen Atem habe ich, das ist wahr, aber beim Liegen und Sitzen spür ich es nicht, und beim Gehen oder bei irgendeiner Arbeit trägt es sich leicht, ich atme eben zweimal so schnell als früher, eine wesentliche Beschwerde ist das nicht.“⁹⁹

Da die Lungentuberkulose die häufigste Form der Tuberkulose war bzw. ist, gingen viele Menschen von der Annahme aus, dass die Krankheit keine anderen Organe – wie z.B. Knochen, Haut, Nieren etc. – befällt. Demzufolge sucht die Tuberkulose nur die obere Körperhälfte heim, die als der geisterfüllten Teil des Körpers galt, und deshalb ist in der Metaphorik die Tuberkulose eine Erkrankung der Seele.¹⁰⁰ Auch auf Kafka färbte diese romantische Vorstellung ab. Er war davon überzeugt, dass die Krankheit aus ihm selbst kam und somit Ausdruck seiner erkrankten Seele war. Im Laufe der Jahre drückte Kafka diese Vorstellung auch unterschiedlich aus. Im Juni 1918 schrieb er: *„Die körperliche Krankheit ist hier nur ein Aus-den-Ufern-Treten der geistigen Krankheit; will man sie nun wieder in die Ufer zurückdrängen, wehrt sich natürlich der Kopf, er hat ja (...) die Lungenkrankheit ausgeworfen (...).“*¹⁰¹

Und im März 1920 hielt Kafka fest:

„(...) es ist übrigens kein eigentliches Kranksein, aber allerdings auch kein Gesundsein und gehört zu jener Gruppe von Krankheiten, die nicht dort ihren Ursprung haben, wo sie zu stecken scheinen (...). Gewiß, es ist die Lunge, aber es ist auch wieder die Lunge nicht.“¹⁰²

Jedoch änderte sich mit dem Fortschreiten der Erkrankung auch der Tenor unter den Betroffenen. Die romantisierte Vorstellung, die die Tuberkulose als Verwundung der Seele und als Wink des Schicksals darstellte, verblasste zusehends im Hinblick auf die harte Realität mit der sich die Kranken konfrontiert sahen; denn angesichts der kontinuierlichen Zunahme schmerzhafter Symptome und der Angst vor dem nahenden Tod, dürfte sich eine Idealisierung der Krankheit als schwierig erweisen. Auch bei Marie Bashkirtseff macht sich die Angst vor dem Tod breit als sich ihr Zustand im Jahre 1884 merklich

⁹⁹ KAFKA, Franz: *Gesammelte Werke* (herausgegeben von Max Brod), Bd. 9: Briefe 1902-1924 (Frankfurt am Main 1958), 177

¹⁰⁰ vgl. SONTAG: *Krankheit*, 21 f.

¹⁰¹ KAFKA: *Gesammelte Werke*, 242

¹⁰² KAFKA: *Gesammelte Werke*, 265

verschlechterte.¹⁰³ Folgendes hielt sie in ihrem Tagebuch dazu fest: „*Sterben ist ein Wort, welches man leicht sagt und schreibt; aber denken, glauben, daß man bald sterben wird? Glaube ich es? Nein, aber ich fürchte es.*“¹⁰⁴

Die Darstellung bzw. die Wahrnehmung der Tuberkulose als romantische Krankheit war nur möglich, weil das Ausmaß der Ausbreitung in die Unterschichten außer Betracht gelassen wurde. Mit der epidemischen Ausbreitung der Tuberkulose wurde ein neues Bild der Krankheit verbreitet, jenes der proletarischen Krankheit. Das bedeutet allerdings nicht, dass die romantische Vorstellung der Tuberkulose von nun an passé war, denn gegen Ende des 19., Anfang des 20. Jahrhunderts war die Tuberkulose von einem thematischen Dualismus geprägt.¹⁰⁵ einerseits bestand nach wie vor das romantische Bild der Krankheit, das mit Müßiggang im Sanatorium und Leidenschaft konnotiert war; andererseits etablierte sich auch das Bild der proletarischen Krankheit, welches mit Auszehrung und Elend assoziiert wurde.¹⁰⁶

4.2. Die proletarische Krankheit

Der Begriff der „proletarischen Krankheit“ wurde sowohl von den Linken als auch von den Rechten, Konservativen und dem Bürgertum verwendet. Die Linken benutzten den Ausdruck als Kampfpapale gegen den Kapitalismus, beim Bürgertum hingegen fungierte er als Distinktionsbegriff.¹⁰⁷ Letztere Verwendung diente nicht nur der Abgrenzung, sondern beinhaltete auch eine Kritik an der Lebensweise der Arbeiterklasse. Angeprangert wurden die mangelnde Hygiene, das enge Zusammenleben und Zusammenschlafen, der Leichtsinn und die Passivität mit der die Unterschichten der Tuberkulose entgegentraten und der verbreitete Alkoholismus. Exzessiver Alkoholkonsum wurde als Verursacher der Tuberkulose angesehen bzw. war man davon überzeugt, dass er zur Verschlimmerung der Krankheit beitrüge. Das Proletariat galt aufgrund seiner Lebensweise auch als Krankheitsverbreiter. Diese Auffassung wurde von neuen bakteriologischen Erkenntnissen unter-

¹⁰³ vgl. HERZLICH / PIERRET: Kranke, 52

¹⁰⁴ Journal de Marie Bashkirtseff, Bd. 2 (Paris 1887), 427 zit. in HERZLICH / PIERRET: Kranke, 53

¹⁰⁵ vgl. HÄHNER-ROMBACH: Sozialgeschichte der Tuberkulose, 32

¹⁰⁶ vgl. HERZLICH / PIERRET: Kranke, 45

¹⁰⁷ vgl. HÄHNER-ROMBACH: Sozialgeschichte, 34

stützt, dass Bazillen durch Ansteckung übertragen werden. Als idealer Nährboden für Keime galten die Elendsquartiere der Arbeiter, in denen eine hohe Feuchtigkeit herrschte und es an Frischluft und Sonnenlicht mangelte. Die Lebensweise der Arbeiterklasse war für das Bürgertum verabscheuenswert und diente als Argument dafür, dass das Proletariat selbst schuld sei an der Misere, weil sie nicht „bürgerlich“ sprich gesittet, ordentlich und hygienisch leben und sich somit Krankheiten wie die Tuberkulose ungehindert ausbreiten können. Aus diesem Grund erfolgte eine Stigmatisierung des Proletariats als Bazillenträger.¹⁰⁸

Widerspruch gegen diese Argumente kam von Gewerkschaftern, Ärzten und Journalisten. Sie meinten, dass die ungenügenden Löhne und die langen Arbeitszeiten die hauptsächlichsten Gründe für die verheerende Verbreitung der Tuberkulose unter der Arbeiterklasse seien. Mangelnde Hygiene, der Lebensstil der Arbeiter und Alkoholismus spielen nur eine periphere Rolle. Auch in der Literatur findet diese Argumentation Verbreitung. In „Les Misérables“ nennt Victor Hugo als Ursache für das Fortschreiten von Fantines Tuberkuloseerkrankung übermäßiges Arbeiten.¹⁰⁹

Die Brüder León und Maurice Bonneff erforschten 1902 in der nordfranzösischen Stadt Lille die ökonomische und moralische Lage von IndustriearbeiterInnen und konnten im Zuge ihrer Untersuchungen vier Ursachen der Tuberkulose eruieren: körperliche Überanstrengung, unzureichende Ernährung, gesundheitsschädigendes Wohnen und Arbeiten. Alkoholismus war für die Gebrüder Bonneff keine Ursache für eine Erkrankung, da nur 17 % der tuberkulösen Arbeiter davon betroffen waren.¹¹⁰

Die Frage nach dem Zusammenhang von Krankheit und sozialer Lage stellten sich auch Max Mosse und Gustav Tugendreich. Die Früchte ihrer Arbeit fassten sie 1913 in dem Werk „Krankheit und soziale Lage“ zusammen. Franz Koelsch erörtert in seinem Artikel über „Tuberkulose und Beruf“, welcher 1912 im Handwörterbuch der sozialen Hygiene erschien, den Begriff der „Proletarierkrankheit“. Ähnlich wie die Gebrüder Bonneff sieht auch Koelsch, einen Zusammenhang zwischen beruflicher Tätigkeit und Tuberkulose. Vor

¹⁰⁸ vgl. HERZLICH / PIERRET: Kranke, 43

¹⁰⁹ vgl. HUGO, Victor: *Die Elenden*. Aus dem Französischen von Edmund Th. Kauer (München 1963), 110.

¹¹⁰ vgl. HERZLICH / PIERRET: Kranke, 44

allem gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen (wie z.B. lange Arbeitszeiten, schlechte Belüftung etc.) und niedrige Löhne fördern eine Ausbreitung der Tuberkulose. Außerdem sah Koelsch in der erblichen und der konstitutionellen Disposition – nämlich in den Lebens-, Wohn- und Ernährungsbedingungen – weitere Ursachen für eine Erkrankung.¹¹¹

Wie bereits erwähnt, diente der Begriff „Proletarierkrankheit“ als Kampfparole für Politiker, Sozialreformer, Gewerkschafter im Kampf gegen soziale Ungerechtigkeit. Ursache allen Übels war der Kapitalismus, der eine Verschlechterung der Lebens- und Arbeitsbedingungen der unteren Schichten bewirkte. Sozialreformen und eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen – wie z.B. kürzere Arbeitszeiten, mehr Lohn etc. – würden den Profit verringern und deshalb würden keine Schritte unternommen, um die Situation der Arbeiterschaft zu verbessern, weil in einem kapitalistischen System der Profit über alles gehe. Am 1. Mai 1906 war die Tuberkulose ganz bewusst Teil der Agitation der französischen Gewerkschaft CGT (Confédération générale du travail), um den 8-Stunden-Tag durchzufechten. Mithilfe eines Cartoons, publiziert in der Wochenschrift der CGT „La Voix de Peuple“, wurde der Forderung nach einem 8-Stunden-Tag auch noch bildnerisch Ausdruck verliehen. Die Zeichnung zeigt zwei Männer: der linke Mann scheint nur noch ein Schatten seiner selbst zu sein, er ist stark abgemagert und wirkt ausgelaugt; der rechte Mann hingegen strotzt nur so vor Kraft und sieht gesund und munter aus. Das Bild mit dem abgezehrten Mann ist mit Überschrift „10 heures“ versehen und das andere Bild mit der Überschrift „8 heures“.

¹¹¹ vgl. KOELSCH, Franz: „Tuberkulose und Beruf“, in: GROTHJAHN, A. / KAUP, J. (Hg.), *Handwörterbuch der sozialen Hygiene*, 2. Bd. (Leipzig 1912), 650-665, hier 650

4.3. Die asoziale Krankheit

Bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts setzte ein Verständnis von Krankheit und Gesundheit ein, das „durch die Verflechtung des Leistungs- und des Volksgemeinschaftsgedankens gekennzeichnet war.“¹¹² Je gesünder ein Mensch war umso mehr konnte er arbeiten und für die Gesellschaft leisten. Dieser Diskurs führte zur Generierung des Bildes eines gemeingefährlichen und starrköpfigen Kranken, der durch sein undiszipliniertes Verhalten die Gesellschaft schädigt. Folglich waren die Betroffenen an ihrer Erkrankung selbst schuld und galten nicht mehr als Opfer sozialer Missstände. Ende des 19. Jahrhunderts kam es zu einer „Diffusion eugenischer Überlegungen“¹¹³ in einigen Staaten Europas und in den USA, wobei verschiedene Disziplinen, Parteien und Interessensgruppen beteiligt waren, deren Positionen sich nach dem Ersten Weltkrieg und während der Weltwirtschaftskrise verschärften und in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen Fuß fassen konnten. In der Folge kam es zu einer Diffamierung und Diskriminierung der kranken und leistungsschwachen Mitglieder der Gesellschaft, die in der Diskussion gipfelte, ob die Kosten für Versorgung und Pflege dieser Menschen sich überhaupt rentiert oder, ob es nicht besser wäre das Geld in gesunde Familien zu investieren.¹¹⁴ Das Zusammenspiel von Gesundheit und Leistungsfähigkeit fand schließlich seinen Höhepunkt im Nationalsozialismus, wo diese Verbindung zur Maxime erhoben wurde. Gesund zu bleiben wurde zur kollektiven Pflicht und eine Erkrankung wurde als „Pflichtversäumnis“ und „Versagen“ bewertet.¹¹⁵ Tuberkulose galten wegen dem hohen Ansteckungspotential als besonders gefährlich und suspekt. Ein wichtiger Aspekt der zur weiteren Diffamierung und Stigmatisierung Tuberkulöser beitrug war die Einführung des Begriffs des „asozialen Tuberkulösen“ in einem Artikel von F. Kreuser und H. Deuster, der 1929 in der „Zeitschrift für Tuberkulose“ erschien.¹¹⁶

¹¹² SCHMUHL, Hans-Walter: *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ 1890 – 1945* (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 75, Göttingen 1992), 86

¹¹³ DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 295

¹¹⁴ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 295

¹¹⁵ vgl. SCHMUHL: Rassenhygiene, 87

¹¹⁶ KREUSER, F. / DEUSTER, H.: „Die Frage der Zwangsabsonderung asozialer Tuberkulöser vom Standpunkt der Fürsorge und Krankenbehandlung“, in: *Zeitschrift für Tuberkulose* 54 (1929), 109-114

Dieses Bild wurde ein Jahr später auf der Tagung der „Deutschen Tuberkulosegesellschaft“ von E. Augstein wiederholt und präzisiert. Laut Augstein seien „Asoziale“ Menschen, die bewusst „gegen das Soziale“ verstießen und sich gegen „soziale Vorschriften“ auflehnten. Zur großen Gruppe der „Asozialen“ gehören¹¹⁷

„die Vollidioten, Schwachsinnige, Arbeitsscheue, Vagabunden, Landstreicher, Gewohnheitsbettler, Trinker, Dirnen und Prostituierte und alle Menschen, die einem Rauschgift verfallen sind, und die Schwerverbrecher. Die Asozialen sind in jedem Falle rücksichtslos, brutal, oft triebhaft und ‚schwer‘ egoistisch [...]. Sie sind es, die ohne Gewissensbisse Syphilis und Tripper, womöglich mit Absicht weiterverbreiten [...]. Besonders bekannt ist seit längerem ihr Verhalten bei einer tuberkulösen Erkrankung [...].“¹¹⁸

Da Tuberkulose nun als „asoziale“ Kranke galten, hatten sie auch keinen Anspruch auf Versorgung und Pflege. Es kam sogar zur Zwangsisolierung und systematischer Unterversorgung von Tuberkulösen, um Kosten zu sparen. Aber nicht nur gesellschaftlichen Außenseitern drohte die Gefahr als „asozial“ stigmatisiert zu werden, auch Tuberkulose aus gutem Hause waren davon betroffen, wenn sie zum Beispiel die Behandlung in einer Heilstätte verweigerten.¹¹⁹

4.4. Die Krankheit der Randgruppen

Mit der Entdeckung des Streptomycins im Jahre 1943 – das erste Antibiotikum gegen Tuberkulose – und durch die verbesserten Wohn-, Lebens- und Arbeitsbedingungen ab Mitte der 1950er Jahre kam es zu einem starken Rückgang der Tuberkulose in den westlichen Industrienationen und in den sozialistischen Staaten Europas. Der Personenkreis der einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt war bzw. der Großteil der Tuberkulösen, die medizinisch versorgt werden mussten, zählte nun zu den sog. sozialen Randgruppen.¹²⁰ Unter soziale Randgruppen sind im weitesten Sinne benachteiligte gesellschaftliche Gruppen zu verstehen, die am „Rande“ der Gesellschaft leben, „weil sie an gesellschaftlichen Versorgungsangeboten in zentralen Bereichen“¹²¹ wie zum Beispiel

¹¹⁷ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 297

¹¹⁸ AUGSTEIN, zit. in: DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 297

¹¹⁹ vgl. HÄHNER-ROMBACH: Sozialgeschichte, 35

¹²⁰ vgl. HÄHNER-ROMBACH: Sozialgeschichte, 35

¹²¹ WEBER, Ingbert: „Einführung“, in: WEBER, Ingbert (Hg.), *Gesundheit sozialer Randgruppen. Gesundheitliche Probleme gesellschaftlich benachteiligter Gruppen und deren Versorgung*, (Stuttgart 1997) 1-5, hier: 2

Arbeit, Bildung, Wohnen und Gesundheit nicht teilnehmen können oder ausgeschlossen sind. Exemplarisch seien hier genannt: Drogen- und Alkoholabhängige, Obdachlose, (Langzeit-) arbeitslose etc.¹²²

Mit dem starken Ansteigen der Migration seit den 1980er Jahren zählen auch Migranten zur gefährdeten Gruppe. Das Gros der Migranten stammt aus Ländern mit einer sehr hohen Tuberkuloseinzidenz (40 Tuberkulosefälle je 100.000 Einwohner im Jahr), die meistens in Länder auswandern, die eine sehr niedrige Tuberkuloseinzidenz haben (20 Tuberkulosefälle je 100.000 Einwohner im Jahr).¹²³ Für MigrantInnen ist die Wahrscheinlichkeit an der Tuberkulose zu erkranken, in den ersten sieben Jahren nach der Einwanderung besonders hoch, da eine latente Infektion, die sie sich bereits in ihrem Heimatland zuzogen, ausbrechen kann. Begünstigt wird das Ausbrechen der Tuberkulose durch einen tendenziell geringen sozialen Status der Migrantenpopulation und der schlechten Wohn- und Lebensbedingung, die das Immunsystem schwächen.¹²⁴ Seit dem Bekanntwerden der Immunschwächekrankheit AIDS zählen auch HIV-Infizierte und AIDS-Kranke zur gefährdeten Gruppe. Für die Ausbreitung der Tuberkulose in Österreich spielen HIV-Infektionen allerdings nur eine geringe Rolle. Eine Ursache dafür ist, dass sich in Österreich die altersspezifische Infektionsprävalenz der beiden Erkrankungen nicht decken. Mit anderen Worten bedeutet das, dass es in Österreich nur wenige Personen gibt, die gleichzeitig HIV-positiv und tuberkulös sind. Die altersspezifische Infektionsprävalenz für Tuberkulose erreicht ihren Höhepunkt mit 65 Jahren. Bei HIV-Infektionen liegt der Gipfel etwa 30 Jahre früher. HIV-Infektionen üben nur dann einen entscheidend Einfluss auf die Tuberkuloseerkrankungsraten aus, wenn die altersspezifischen Infektionsprävalenzen kongruieren, wie zum Beispiel in Teilen Afrikas und Asiens.¹²⁵

¹²² vgl. WEBER: Einführung, 3

¹²³ vgl. http://euro.who.int/tuberculosis/publications/20071204_10?PrinterFriendly=1&language=German (Zugriff am 9. 9. 09)

¹²⁴ vgl. WEILANDT, Caren / ALTENHOFEN, Lutz: „Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten“, in: WEBER, Ingbert (Hg.), *Gesundheit sozialer Randgruppen. Gesundheitliche Probleme gesellschaftlich benachteiligter Gruppen und deren Versorgung*, (Stuttgart 1997) 76-98, hier: 85

¹²⁵ vgl. JUNKER [u.a.]: Tuberkulose, 167 f.

II. EPIDEMIOLOGIE DER TUBERKULOSE

Seit den 1880er Jahren haftet der Tuberkulose der Nimbus einer „Armutskrankheit“ an und man begann den Zusammenhang zwischen Tuberkulosesterblichkeit und sozialer Lage zu erforschen. Im Laufe weniger Jahre wurde die Tuberkulose als „Volkskrankheit“ Thema internationaler Kongresse und in zahlreichen Diskussionen nahmen die Ursachen ihrer Verbreitung einen breiten Raum ein. Die Tuberkulose zählt(e) zu jenen Krankheiten, deren quantitative Verbreitung eng mit den Lebens- und Arbeitsbedingungen der Bevölkerung verbunden war bzw. ist. Diese These soll nun anhand der sozialen Faktoren Wohnungsnot und –elend, Ernährung und Arbeitsbedingungen eingehend untersucht werden.¹²⁶

1. Soziale Faktoren

1.1. Die soziale Krise des Jahres 1919

Das Ende des Ersten Weltkriegs löste den Zusammenbruch der österreichisch-ungarischen Monarchie aus und Wien verlor seine zentrale Position als Reichshaupt- und Residenzstadt. Vom Vielvölkerstaat blieb lediglich das heutige Österreich übrig, das ca. 6,5 Millionen EinwohnerInnen zählte. Etwa ein Viertel davon lebte in Wien, weshalb die Stadt spöttisch als „Wasserkopf“ bezeichnet wurde. Die Hauptstadt des neuen merklich geschrumpften Kleinstaates hatte durch den Verlust der Kronländer mit zahlreichen Problemen zu kämpfen.¹²⁷ Der Wegfall billiger Rohstoffe führte zu Versorgungsengpässen und enormen Preissteigerungen, vor allem bei Lebensmitteln und Heizmaterial. Die Inflationsperiode der Nachkriegszeit, besonders die Hyperinflation des Jahres 1922, gruben sich, so Ernst Hanisch, „*traumatisch in das Gedächtnis der Bevölkerung ein*“. Für einen Laib Brot, das zu Friedenszeiten eine halbe Krone gekostet hatte, mussten nun 6.600 Kronen bezahlt werden.¹²⁸

¹²⁶ vgl. HÄHNER-ROMBACH: Sozialgeschichte, 38

¹²⁷ vgl. WEIHSMANN, Helmut: *Das Rote Wien. Sozialdemokratische Architektur und Kommunalpolitik 1919-1934* (Wien 2002), 18

¹²⁸ HANISCH, Ernst: *Der lange Schatten des Staates. Österreichische Gesellschaftsgeschichte im 20. Jahrhundert* (Wien 1994), 280

Die prekäre Ernährungssituation und die Wohnungsfrage sollten zur Bewährungsprobe der jungen Republik werden. Zusammen mit der sporadischen Zahlungsunfähigkeit des Staates während der Nachkriegsinflation stellten sie bis 1924 die Hauptprobleme dar.¹²⁹ Überdies wurde die soziale Krise des Jahres 1919 durch eine Produktionskrise verschärft: Die industrielle Produktivität sank auf ein Drittel und die Agrarproduktion verringerte sich um die Hälfte. Das rief eine rapide Steigerung der Arbeitslosenrate hervor. Die Anzahl der Arbeitslosen stieg von 46.000 im Dezember 1918 auf 186.030 im Mai 1919.¹³⁰

Die Hauptakteure der sozialen Krise – die prekäre Ernährungssituation und die Wohnungsfrage – warfen ihren Schatten auf die Hauptstadt. Hunger, Mangelernährung, Wohnungsnot und –elend sollten zu ständigen Begleitern weiter Bevölkerungskreise werden.

1.2. Wohnverhältnisse

Nach 1918 und dem Zerfall der Donaumonarchie hegte man die Hoffnung auf eine Entspannung der Situation am Wohnungsmarkt durch die Abwanderung von Angehörigen nichtösterreichischer Nationalitäten aus Wien. Tatsächlich trat eine Bevölkerungsabnahme von ca. 190.000 EinwohnerInnen ein, sodass die Annahme, genügend Wohnungen zur Verfügung zu haben, nahelag. Weit gefehlt, denn paradoxerweise fand gleichzeitig mit der Bevölkerungsabnahme eine Zunahme von rund 40.000 Haushalten statt.¹³¹ Gründe für diese Entwicklung lagen einerseits in einem sprunghaften Anstieg von Eheschließungen und andererseits in der hohen Anzahl an Kriegsheimkehrern sowie in einer einsetzenden Binnenwanderung, da alle deutschsprachigen Staatsbeamte, Eisenbahner und Militärs aus den ehemaligen Kronländern nach Wien zurückkehrten. Außerdem lebten ein Großteil der EmigrantInnen als „BettgeherInnen“ oder UntermieterInnen in Wien. Somit erhöhte sich die Anzahl der freien Wohnungen nicht erheblich.¹³² Die Wohnungen, die der breiten

¹²⁹ vgl. DIETICH-DAUM: Wiener Krankheit, 260

¹³⁰ vgl. HANISCH: Schatten, 278

¹³¹ vgl. SELIGER, Maren: *Sozialdemokratie und Kommunalpolitik in Wien. Zu einigen Aspekten sozialdemokratischer Politik in der Vor- und Zwischenkriegszeit* (= Wiener Schriften 49, Wien [u.a.] 1980), 91

¹³² vgl. JOHN, Michael: *Hausherrenmacht und Mieterelend. Wohnverhältnisse und Wohnerfahrung der Unterschichten Wiens 1890-1923* (= Österreichische Texte zur Gesellschaftskritik 14, Wien 1982), 23

Masse der Wiener Bevölkerung zur Verfügung standen, waren von einer qualitativ mangelhaften Ausstattung. Die ungünstigen Wohnverhältnisse der Wiener Unterschichten sind der bauspekulativen Ausrichtung der liberal-kapitalistischen Gründerzeit-Phase zuzuschreiben. Wohnungsproduktion und Wohnungserhaltung stützten sich auf rein privat-kapitalistische Kriterien, die einen maximalen Profit anstrebten, weswegen Wohnwert und Wohnqualität sehr niedrig waren.¹³³

Als typische Wohnform der sozialen Unterschichten bildete sich die Zimmer-Küche-(Kabinett)-Wohnung des sog. Bassenahauses heraus, das sich um die Mitte des 19. Jahrhunderts aus dem „Pawlatschenhaus“ (Laubenganghaus) des Vormärz entwickelte.¹³⁴ Namensgebend für diese Bauform war ein öffentlicher Wasseranschluss, die Bassena, welcher am Gang jedes Stockwerks montiert war. Es handelte sich dabei um einen Wasserleitungshahn und ein darunter befindliches kleines Abflussbecken aus Gusseisen. Die Wohnparteien versorgten sich an der Bassena mit Wasser, da in den Wohnungen selbst kein Wasseranschluss vorhanden war. Die Bassena diente aber nicht nur als Wasserstelle, sondern erfüllt auch eine soziale Funktion. Sie wirkte als Kommunikationszentrum, wo der neueste Klatsch und Tratsch weitergegeben wurde.¹³⁵

Das Bassennhaus war ein mehrstöckiges Gebäude, das in der Regel nur ein Stiegenhaus besaß, von wo aus man in einen schmalen Korridor gelangte, der längs an der Hofaußenmauer verlief und in den Eingängen aller Wohnungen mündete. Die Küchen hatten ihre Fenster zum Gang hinaus, wodurch eine direkte Belüftung unmöglich war und es zu einer Ansammlung übel riechender Essensgerüche kam. Eine Gasbeleuchtung oder elektrisches Licht gehörte nur bei einem Bruchteil aller Kleinwohnungen zur Grundausrüstung. Darüber hinaus waren im Wohnungsverband keine sanitären Anlagen vorhanden. Fensterlose Zimmer oder Räume deren Fenster in einen kleinen, engen Lichtschacht mündete waren ebenfalls charakteristisch für ein Bassennhaus. Die spärlichen Belüftungs- und Belichtungsverhältnisse wurden durch die extrem dichte Verbauung der Grundfläche noch zusätzlich verstärkt. Eine möglichst hohe Ausnutzung der Baufläche war

¹³³ vgl. WEIHSMANN, Helmut: Wien, 18 f.

¹³⁴ vgl. BANIK-SCHWEITZER, Renate: *Zur sozialräumlichen Gliederung Wiens 1869-1934* (Wien 1982), 11 u. 36

¹³⁵ <http://www.wasserwerk.at/lexib.htm#Bassena> (Zugriff am 10. 1. 10)

das oberste Ziel der Bauherren. Üblich war ein Verbauungsgrad von etwa 70 % der Grundfläche; aber auch 80 % und mehr waren keine Seltenheit.¹³⁶

Neben der Größe und schlechten Ausstattung der Wohnung, war die Höhe der Miete ein weiterer wichtiger Aspekt, der das Wohnungselend in den Bassenahäusern verschlimmerte. Die kleinen Wohnungen waren in zweifacher Hinsicht teurer als die noblen Wohnungen der Bourgeoisie: Erstens waren sie teurer, bezogen auf die Wohnungsgröße; vor allem Kleinstwohnungen (Zimmer-Küche-Wohnungen) wiesen die höchste Miete pro m² auf. Zweitens mussten ArbeiterInnen einen Mietzins bezahlen, der im Verhältnis zu ihrem Einkommen weitaus höher war als der Preis, den Wohlhabende für große Wohnungen zu entrichten hatten. Arbeiterfamilien mussten ein Fünftel oder sogar ein Viertel ihres Einkommens für die Miete ausgeben, die oft nur durch die Aufnahme von „BettgeherInnen“ (Schlafbursche / Bettmädel) oder Untermietern, im zeitgenössischen Sprachgebrauch Aftermieter genannt, aufgebracht werden konnte.¹³⁷ Letztere Gruppe mietete vom Hauptmieter einen Wohnungsbestandteil, in der Regel ein Kabinett, „BettgeherInnen“ hingegen hatten nur Anspruch auf eine Schlafstelle, die sie oft noch mit anderen teilen mussten.¹³⁸ Diese Möglichkeit der Weitervermietung nahmen meistens ältere, ledige Gesellen oder junge, gerade erst zugewanderte und unterbezahlte Arbeiter wahr.¹³⁹ Ein weiterer Unterschied war, dass sich UntermieterInnen auch tagsüber in der Wohnung aufhalten konnten. „BettgeherInnen“ mussten frühmorgens die Wohnung verlassen und durften erst spätabends wieder zurückkehren. Die Weitervermietung von Schlafstellen oder Zimmern brachte im Durchschnitt etwa ein Drittel des Mietzinses ein. Auch wenn „BettgeherInnen“ und UntermieterInnen einerseits zur Finanzierung der Miete unerlässlich waren, riefen sie andererseits eine Überbelegung der Wohnung hervor.¹⁴⁰

¹³⁶ vgl. HAUTMANN, Hans / HAUTMANN, Rudolf: *Die Gemeindebauten des Roten Wien 1919-1934* (Wien 1980), 100 f.

¹³⁷ vgl. WEIHSMANN: Wien, 19

¹³⁸ vgl. JOHN: Hausherrnmacht, 87

¹³⁹ vgl. BANIK-SCHWEITZER: Gliederung, 45

¹⁴⁰ vgl. JOHN: Hausherrnmacht, 87

Ihren schärfsten Ausdruck fand die Wohnungsüberbelegung bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Die höchsten Belegungszahlen zeigten in den 1890er Jahren die klassischen Arbeiterbezirke Favoriten und Simmering sowie die äußeren Bezirke – mit Ausnahme von Döbling, Hietzing und Währing – auf. In Favoriten bestanden 70, in Ottakring 69 % der Wohnungen aus maßlos überfüllten Kleinstwohnungen mit maximal zwei Bestandteilen.¹⁴¹ Einen Einblick in die tristen Wohnverhältnisse vor dem Ersten Weltkrieg gewährt eine Untersuchung von 110 Arbeiterfamilien im Zeitraum von 1912 bis 1914. In 35 % der untersuchten Haushalte wohnten mehr als sechs Personen in einem Wohnraum. In diesen Familien besaßen knapp 60 % aller erfassten Personen kein eigenes Bett; durchschnittlich entfielen 1,4 Personen auf eine Schlafstelle.¹⁴²

Die hohe Wohndichte (d.h. die Anzahl der BewohnerInnen pro Zimmer und Bett), die räumliche Enge, der unzulängliche bauliche Zustand der Wohnung, der Frischluftmangel, die Feuchtigkeit und die hygienischen Missstände begünstigten die Entstehung und Verbreitung einer Tuberkuloseerkrankungen. Dies war vor allem dann der Fall, wenn eine bereits erkrankte Person in der kleinen, überfüllten Wohnung nicht isoliert werden konnte. Es war durchaus keine Seltenheit, dass ein Tuberkulosekranker bis zu seinem Tode noch mit mehreren Menschen zusammenlebte. Einzeluntersuchungen wie zum Beispiel eine Studie der Wiener Gremialkrankenkasse bestätigen den Zusammenhang zwischen Tuberkulosemorbidity bzw. –mortalität und einer hohen Wohndichte: Bei 2.751 tuberkulösen Mitgliedern der Krankenkasse wurden Erhebungen über die Schlafsituation durchgeführt und festgestellt, dass nur 22 % der erkrankten Personen alleine in einem Zimmer schliefen, rund 32 % teilten sich einen Schlafraum mit mehr als zwei Personen und 5 % mit mehr als vier Personen. Außerdem wurden durch den gemeinsamen Schlafraum rund 5.000 Personen gefährdet. In dieser Bevölkerungsschicht, die um einiges privilegierter war als jene der Arbeiterklasse, gefährdete jede/r Tuberkulöse/r ca. zwei Personen.¹⁴³

¹⁴¹ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 161

¹⁴² vgl. EHMER, Josef / FELDBAUER, Peter: „Arbeiterwohnen im 19. Jahrhundert“, in: *Beiträge zur historischen Sozialkunde* 9 (1979), 57-62, hier: 58

¹⁴³ vgl. TELEKY Ludwig: „Tuberkulose und soziale Verhältnisse“, in: *Einführung in die Tuberkulosefürsorge. Vorträge gehalten anlässlich der vom k. k. Ministerium des Innern veranstalteten Ärztekurse (1917/18)*, Sonderbeilage der Zeitschrift: *Das österreichische Sanitätswesen* 30 (1918), 63-81, hier: 71

Allerdings trat auch häufig der Fall ein, dass erst eine Tuberkuloseerkrankung eine Verschlechterung der Wohnungsverhältnisse hervorrief. Die soziale Spirale nach unten nahm ihren Lauf, wenn die/der HaupternährerIn der Familie erkrankte, arbeitslos wurde und kein regelmäßiges Gehalt mehr bezog. Unter diesen Umständen sah sich die Familie gezwungen in eine billigere, kleinere und somit schlechtere Wohnung umzuziehen, wo wiederum die Gefahr für Neuinfektion besonders groß war.¹⁴⁴ Beim Phänomen des „programmierten sozialen Abstiegs“¹⁴⁵ sollte im Hinblick auf die Erhebungen bedacht werden, dass die Daten immer nur das Endergebnis der Armutsfalle Krankheit dokumentieren. Die Erhebungen geben keinen Einblick in die sozialen Verhältnisse zum Zeitpunkt der Infektion.¹⁴⁶

Nach Kriegsende verlagerten sich die Probleme am Wohnungsmarkt: die primäre Wohnungsnot, die auf einer enormer Überfüllung beruhte, musste zu Gunsten einer Wohnungsnot weichen, die im Wesentlichen darin bestand, dass zwar die hohe Wohndichte abgenommen hatte, damit aber die Schwierigkeiten überhaupt eine Wohnung zu finden, enorm gestiegen waren. Die durchschnittliche Wohndichte sank von 4,23 Personen je Haushalt im Jahre 1910 auf 3,55 Personen im Jahre 1920 und auf 3,03 Personen im Jahre 1934.¹⁴⁷ Obwohl die Wohndichte als Risikofaktor angesichts einer allgemeinen Verbesserung des Wohnungsstandards in der Ersten Republik etwas an Gewicht verlor, geben diese Zahlen keinen Anlass zur Freude, da – wie eine Untersuchung aus dem Jahre 1925 zeigt – die Arbeiterwohnungen immer noch stark überbelegt waren. Den Zahlen zufolge schliefen von 13.223 befragten Tuberkulosekranken nur 9,5 % alleine in einem Raum, rund 26 % der Tuberkulösen teilten sich einen Schlafrum mit zwei Personen und weitere 24 % schliefen sogar mit vier und mehr Personen in einem Raum.¹⁴⁸

Die hohe Tuberkulosesterblichkeit in den ärmeren Bezirken Wiens monokausal mit den katastrophalen Wohnungsverhältnissen zu erklären, würde sich allerdings als Trugschluss erweisen. „Werden ungünstige Wohnverhältnisse aber als Teil des «Armutssyndroms» aufgefasst, das in verschiedenen Spielarten auf die Gesundheit wirkt, kann das sozial-

¹⁴⁴ vgl. TELEKY: Tuberkulose, 70

¹⁴⁵ DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 163

¹⁴⁶ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 163

¹⁴⁷ vgl. JOHN: Hausherrnmacht, 6 und 19

¹⁴⁸ vgl. JOHN: Hausherrnmacht, 106 f. Anm. 47

räumliche Markieren ungünstiger Wohnbezirke oder –viertel zu jenen Bevölkerungsgruppen führen, die sozial bedingt die höchsten Tuberkulosesterberaten aufweisen.“¹⁴⁹

1.3. Ernährungsverhältnisse

Nach dem Ersten Weltkrieg war die Ernährungslage in Österreich katastrophal. Besonders das erste Friedensjahr war für die Wiener Bevölkerung, das der größten Entbehrung, „und angesichts der galoppierenden Inflation konnte die Lebensmittelversorgung nur mehr durch staatliche Subventionen gewährleistet werden.“¹⁵⁰ Der ausschlaggebende Grund für die Ernährungskrise war der Zerfall des eigenständigen Wirtschaftsraumes der Monarchie. Ein Strukturbruch mit langreichenden Folgen, denn zurück blieb eine Wirtschaft, die von den ehemaligen Kronländern – und somit von den Lebensmittelimporten – abgesperrt war. Außerdem fehlten wegen des Kriegsdienstes wichtige Arbeitskräfte, was sich auf die inländische Landwirtschaft fatal auswirkte, die aber ohnehin unterwickelt war, und das Land nicht ernähren konnte.¹⁵¹ Ihren Tiefpunkt erreichte die landwirtschaftliche Produktion 1919, als die Ernteerträge nur mehr die Hälfte der Erträge aus dem Jahr 1913 erreichten. Folglich reduzierten sich die Grundnahrungsmittel erheblich und ein Großteil der Bevölkerung hatte immer weniger Möglichkeiten abwechslungsreich und ausgewogen zu essen. Wien war überdies noch von einem temporären Nahrungsmittelboykott einiger anderer Bundesländer betroffen.¹⁵²

Um die Versorgung der Bevölkerung sicherstellen zu können, erarbeitete die Regierung nach Kriegsende für das Jahr 1919/20 einen Versorgungsplan. Jedem Kopf sollten pro Tag 1.920 Kalorien zur Verfügung stehen. Der Physiologe, Arnold Durig, kritisierte den Versorgungsplan scharf, da seinen Berechnungen zu folge, die vorgegebene Kalorienmenge für einen erwachsenen Mann völlig unzureichend sei und nur den Bedarf eines vierjährigen

¹⁴⁹ DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 168

¹⁵⁰ EDER, Franz X.: „Privater Konsum und Haushaltseinkommen im 20. Jahrhundert“, in: EDER, Franz X. / EIGNER, Peter [u.a.] (Hg.), *Wien im 20. Jahrhundert. Wirtschaft, Bevölkerung, Konsum* (= Querschnitte 12, Innsbruck [u.a.] 2003), 201-285, hier: 203

¹⁵¹ vgl. HANISCH: Schatten, 277

¹⁵² BUTSCHEK, Felix: *Die österreichische Wirtschaft im 20. Jahrhundert* (Wien 1985), 29 und 31

Kindes decke. Überdies konnten die Lebensmittelkarten¹⁵³ nicht die geforderten 1.920 Kalorien sicherstellen, sondern nur 1.126 Kalorien gewährleisten (siehe Tabelle 1).¹⁵⁴

Tab. 1: Die österreichische Lebensmittelkarte für Nicht-Selbstversorger am Beispiel eines Normalverbrauchers

Nahrungsmittel	Ration in Gramm pro Tag	Kalorien
Mehl	236	754
Kartoffeln	164	123
Fleisch	18	18
Fett	17	136
Zucker	25	95
		1.126

Quelle: DURIG: Ernährungsproblem, 22

Eine Erklärung für das Zustandekommen eines Defizits von 824 Kalorien ist in der historischen Entwicklung unserer Nahrungsmittelrationierung zu finden. Österreich war schon vor Kriegsbeginn auf die Einfuhr von Brotgetreide aus den Kronländern angewiesen. Bereits in den ersten Kriegswochen traten Versorgungsprobleme auf, da Ungarn die Getreideeinfuhr einschränkte und nur eine geringe Menge nach Österreich exportierte.¹⁵⁵ Außerdem befand sich der zivile Versorgungsapparat in einer Konkurrenzsituation mit der Heeresverwaltung, die in erster Linie die Versorgung der Armee sichern wollte.¹⁵⁶

¹⁵³ Die Lebensmittelkarten bestanden aus einem Stammbblatt und einer entsprechenden Anzahl von Kleinabschnitten. Die Stammkarte enthielt Informationen über den Geltungsbereich und –dauer. Es wurde eine Unterscheidung zwischen Selbstversorger und Nicht-Selbstversorger vorgenommen. Zu den Selbstversorgern zählten Besitzer von landwirtschaftlichen Betrieben und ihre Familienangehörigen. Der Rest der Bevölkerung, die Nicht-Selbstversorger, wurde in Normalverbraucher, Schwerarbeiter und Schwerstarbeiter eingeteilt. Darüber hinaus gab es noch Anspruch auf Sonderzulagen wie zum Beispiel die Schwerstarzulagenkarte, die zum Bezug einer zwei- bis dreifachen Normalzuteilungsration berechnigte, und die Nährmittelzubußenkarte für Schwangere, Säuglinge, Kranke und Diabetiker. NEUBER, Berta: *Die Ernährungslage in Wien während des Ersten Weltkriegs und in den ersten Nachkriegsjahren* (ungedr. Dipl.-Arb. Wien 1985), 54

¹⁵⁴ vgl. DURIG, Arnold: *Zum Ernährungsproblem Österreichs* (Wien 1920), 22 f.

¹⁵⁵ vgl. NEUBER: Ernährungslage, 5

¹⁵⁶ vgl. DURIG: Ernährungsproblem, 23

All diese Komponenten wirkten zusammen und ließen die Lebensmittel deutlich knapp werden. Um eine drohende Hungersnot einzudämmen, kam es 1915 zur Gründung der Kriegs-Getreide-Verkehrsanstalt.¹⁵⁷ Dieser Ernährungsbehörde oblagen die Erfassung, der Einkauf und die gleichmäßige Verteilung aller Getreidearten, Mahlprodukte, Hülsenfrüchte und Kartoffeln. Der Staat beschlagnahmte die Ernte, setzte – um der Preistreiberei entgegen zu wirken – Höchstpreise für Mehl und Getreide fest und führte Lebensmittelkarten ein, die eine Verbrauchsquote fixierten. Dies war der Beginn der staatlichen Bewirtschaftung, der es allerdings noch an einer einheitlichen Leitung fehlte. Folglich traten schwere Mängel in der Organisation und Verteilung der Lebensmittel auf, die durch die Errichtung des Amtes für Volksernährung am 1. Dezember 1916 beseitigt werden sollten. Diese neu-geschaffene Behörde, war die erste staatliche Zentralstelle, die mit der Verteilung und Aufbringung der Lebensmittel betraut wurde.¹⁵⁸ Nach Kriegsende konzipierte die Regierung den bereits erwähnten Versorgungsplan, der allerdings von erheblichen Belastungen, wie Einfuhrverboten, Heeresbedarf, verringerter Inlandsproduktion, Zulieferungsschwierigkeiten, Kohlen- und Personalmangel, durchkreuzt wurde.¹⁵⁹ Daraus resultierte eine Lebensmittelkarte die in jeder Hinsicht mangelhaft war und in einer drastischen Unterernährung der Bevölkerung endete.¹⁶⁰

Verschärft wurde die Ernährungskrise in der Ersten Republik durch die schlechte Einkommenssituation und die hohe Arbeitslosigkeit, die sich direkt auf die privaten Haushaltsbudgets und somit auch auf das Konsumverhalten auswirkten. Bruckmüller teilt den Verlauf der Arbeitslosigkeit in der Zwischenkriegszeit in drei Spitzen ein. Die erste Welle schwappte 1919 über Österreich als demobilisierte Soldaten in den Arbeitsprozess drängten. Dank der inflationären Wirtschaftsblüte nahm die hohe Arbeitslosigkeit aber schnell wieder ab. Die zweite Spitze kam in Begleitung mit der Stabilisierungskrise (der Außenhandel stagnierte plötzlich): Bereits 1922 erfolgte ein Anstieg der Arbeitslosenrate auf fast 5 % und nahm bis 1923 um weitere 4 % zu. Drei Jahre später, auf dem Höhepunkt der Stabilisierungskrise, lag die Quote bei 11 %. Nach einer kurzen Phase der Stagnation schnellte die Arbeitslosenrate im Zuge der Weltwirtschaftskrise erneut wieder rapide an:

¹⁵⁷ vgl. NEUBER: Ernährungslage, 8

¹⁵⁸ vgl. NEUBER: Ernährungslage, 14

¹⁵⁹ vgl. NEUBER: Ernährungslage, 4

¹⁶⁰ vgl. DURIG: Ernährungsproblem, 23

1932 zählte die Statistik etwa 470.000 Erwerbslose und 1933, auf dem Höhepunkt der Krise, 557.000. Rechnet man die Dunkelziffer hinzu, wie etwa Jugendliche die in der Arbeitswelt nicht Fuß fassen konnten, müssten diese Zahlen approximativ um 200.000 erhöht werden. Damit wurde die Arbeitslosenrate unglaubliche 38 % betragen. 1933 war jede/r zweite IndustriearbeiterIn ohne Anstellung. Das Spitzenfeld führte dabei die Bauwirtschaft mit 78.000 Arbeitslosen an. Gefolgt von der Eisen- und Metallindustrie mit 60.000 und der Holzindustrie mit 23.000 Erwerbslosen.¹⁶¹ In Wien waren 204.382 Arbeitslose vorgemerkt. Hinzu kam noch der erhebliche Anteil der „Ausgesteuerten“, die weder Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung noch auf Notstandsunterstützung hatten und nicht mehr krankenversichert waren.¹⁶²

Artikel aus Zeitschriften und Zeitungen sowie von der Wiener Arbeiterkammer durchgeführte Erhebungen über den Lebensstandard der Wiener Arbeiter- und Angestelltenfamilien von 1925 bis 1934 geben einen Einblick in die Ernährungsgewohnheiten der WienerInnen in der Zwischenkriegszeit. Auch wenn die Daten der Wiener Arbeiterkammer nicht immer repräsentativ sind, zählen diese Angaben zu den detailliertesten, die wir über die Konsumgewohnheiten Wiener Haushalte haben. *„In den untersuchten Haushalten von Arbeitern, Angestellten, Sozialrentnern und Arbeitslosen ging der Anteil des Arbeitseinkommen des Mannes, das noch in den Jahren 1926 bis 1931 zwischen 59 und 65 % des Gesamteinkommens ausgemacht hatte, bis 1934 auf rund 54 % zurück.“*¹⁶³ In den unteren Einkommensgruppen konnten die Anteile noch wesentlich geringer ausfallen: 1929 steuerten die sehr schlecht verdienenden Männer nur 15,6 %, 1934 sogar nur 4,7 % zum gemeinsamen Einkommen bei. Dementsprechend hoch waren die Beiträge der Frauen zum Haushaltsbudget in diesen Gruppen, nämlich 25 % (1929) und 21,4 % (1934); das restliche Einkommen setzte sich aus Unterstützungen und Ähnliches zusammen. Eine Einkommensänderung wirkte sich besonders auf die Qualität der konsumierten Nahrungsmittel und auf die Höhe der Kalorienzufuhr aus. Bis zum Jahre 1930 reduzierten sich all jene Ausgaben, die für eine Mangelökonomie typisch waren, wie billige Nahrungsmittel und Ersatzstoffe, die allerdings mit der zunehmenden Verschlechterung der Wirtschaft und der steigenden

¹⁶¹ vgl. BRUCKMÜLLER, Ernst: *Sozialgeschichte Österreichs* (Wien / München 2001), 402 f.

¹⁶² vgl. JUNKER [u.a.]: *Tuberkulose*, 73

¹⁶³ EDER: *Konsum*, 205

Arbeitslosigkeit im Laufe der 30er Jahre wieder zu nehmen.¹⁶⁴ Parallel dazu erhöhte sich von 1925 bis 1929 auch der Kalorienverbrauch. Durchschnittlich wurden in diesem Zeitraum 3.000 Kalorien verzehrt. Diese Menge ist zwar ausreichend um seinen Hunger zu stillen, aber immer noch ungenügend für eine ausgewogene Ernährung. Ab 1930 begann die Kalorienzahl wieder langsam zu sinken. Ebenso fiel oder stieg der Anteil tierischer Kalorien, in erster Linie der Fleischverbrauch, mit einer schlechteren oder besseren Konjunktur. Vorwiegend hatten Arbeitslosenhaushalte oder Haushalte der unteren sozialen Schichten eine besonders niedrige Ration an tierischen Kalorien zu verzeichnen.¹⁶⁵

Während der Weltwirtschaftskrise bestimmten vor allem Getreideerzeugnisse wie Mehl und Schwarzbrot, aber auch Kartoffeln, Filz, Speck und Zucker den Speisezettel vieler WienerInnen. Umgekehrt verringerte sich der Anteil und Pro-Kopf-Verbrauch höherwertiger Nahrungs- und Genussmittel wie Fleisch, Milchprodukte, Obst, Eier oder Alkoholen. Der Verbrauch von Bier halbiert sich sogar. Mangelernährung und Hunger wurden besonders für jene Bevölkerungsgruppen zur alltäglichen Erfahrung, die arbeitslos waren.¹⁶⁶

Allerdings waren von den Veränderungen des Nahrungsmittelkonsums nicht alle Haushaltsmitglieder in gleicher Weise betroffen. Der Verzehr von höherwertigen Lebensmitteln wie Fleisch, der Genuss von Tabak oder der „Luxuskonsum“ – vor allem der wöchentliche Wirtshausbesuch – blieben in den ärmeren Familien meistens ein Privileg der Männer. Frauen und Kinder mussten sich mit billigen Konsumgütern wie Brot, Kartoffeln, Ersatzkaffee und Zucker zu Frieden geben.¹⁶⁷ Käthe Leichter eruierte in einer Erhebung, die sich mit den Leistungen und Probleme der industriellen Frauenarbeit in der Krise des Kapitalismus auseinandersetzt, dass 43,8 % der von ihr befragten Industriearbeiterinnen überhaupt kein Fleisch konsumierte.¹⁶⁸

¹⁶⁴ vgl. EDER: Konsum, 206

¹⁶⁵ vgl. NEUBER, Berta: *Die Ernährungssituation in Wien in der Zwischenkriegszeit, während des Zweiten Weltkrieges und in den ersten Nachkriegsjahren*, Bd. 1 (ungedr. phil. Diss. Wien 1988), 11 und 13

¹⁶⁶ vgl. EDER: Konsum, 206 f.

¹⁶⁷ vgl. EDER: Konsum, 206 f.

¹⁶⁸ vgl. LEICHTER, Käthe: *So leben wir... 1320 Industriearbeiterinnen berichten über ihr Leben* (Wien 1931): 80

Die Ernährungsgewohnheiten der unteren sozialen Schichten lassen sich zusammenfassend nur mit den Worten einseitig und unzureichend umschreiben und waren alles andere als optimal. Der Anteil tierischer Eiweiße und Produkte in der Ernährung war sehr gering. Frisches Obst und Gemüse war ebenfalls eine Seltenheit auf dem Mittagstisch vieler Familien. Durch eine permanente Unterversorgung mit wichtigen Nährstoffen wie Vitaminen, Mineralstoffen, Spurenelementen, essentiellen Fettsäuren und Proteinen wurden die Weichen für psychischen und physiologischen Erkrankungen gestellt. Eine erhöhte Tuberkulosemorbidity und –mortality wirkten sich allerdings nicht unmittelbar auf die Sterblichkeitsstatistik aus, da sie vielmehr das Ergebnis einer jahrelangen, chronischen Unterversorgung und Unterernährung waren.¹⁶⁹ Eine unzureichende Ernährung fand aber nicht nur in einer verstärkten Anfälligkeit für Infektionskrankheiten ihren Widerhall, sondern auch in der Entstehung von Hungerödemen, Katarrhen, Haut- und Zahnfleischblutungen etc.¹⁷⁰ Darüber hinaus bewirkt eine stark eingeschränkte Nahrungsaufnahme emotionale, kognitive und soziale Veränderungen wie zum Beispiel Depressionen, Schlafstörungen, ein stark reduziertes sexuelles Interesse, ein vermindertes Konzentrations- und Urteilsvermögen sowie eine verringerte körperliche Aktivität, Arbeitskraft und Ausdauer.¹⁷¹

1.3.1 Maßnahmen zur Linderung der Not

Um die Not der Bevölkerung zu lindern wurden private und öffentliche Ausspeisungsstellen errichtet. In den Volksküchen, Kriegsküchen, Wärmestuben, Suppen- und Teeanstalten erhielten Unterstützungsbedürftige unentgeltlich – gegen Vorlage der Berechtigungskarte, die vom Armenrat des Magistrats ausgestellt wurde – warme Mahlzeiten. Weit verbreitet war in den privaten und öffentlichen Ausspeisungsstellen die preisgünstige und nahrhafte aber unbeliebte „Rumford’sche Suppe“, deren Hauptbestandteile Graupen, Rüben und Kartoffeln waren. Fleisch kam in den Suppenküchen nur selten auf den Tisch. Hin und wieder wurden aber auch Mehlspeisen wie Maisgrieskoch oder Haferreis angeboten. Den aus- und inländischen Hilfsorganisationen und Vereinen lag vor allem

¹⁶⁹ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 177 f.

¹⁷⁰ vgl. NEUBER: Ernährungslage, 130

¹⁷¹ vgl. PUDEL, Volker: „Ernährung – Gewicht – Diät. Die Mythen und die Fakten“, in: REICH, Günter (Hg.), *Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulübergreifend* (Stuttgart [u.a.] 2001), 1-23, hier: 6

das Wohl der Kinder am Herzen. In Wien engagierten sich besonders die „Kinderfreunde“ und die „Bereitschaft“ (ein Verein für soziale Arbeit) und organisierten Ausspeisungsaktionen, Weihnachtsfeste, Ferien- und Erholungsaufenthalte im In- und Ausland für die vom Krieg traumatisierten Kinder.¹⁷²

Die wohl bedeutendste ausländische Organisation war die amerikanische Kinderhilfsaktion, die am 16. Mai 1919 anließ und für die tägliche Verköstigung der Schuljugend die Kosten übernahm. Später wurden auch Säuglinge, Kleinkinder, Lehrlinge und Studenten in das Wohlfahrtsprogramm integriert. Die Mahlzeiten waren für die Kinder kostenlos. Allerdings legten die Regierungsbehörden den Eltern nahe, einen freiwilligen geringfügigen Beitrag von 30 Heller für den Einkauf der Lebensmittel, die Beschaffung von Heizmaterial und die Deckung der Regiespesen zu leisten. Als Grundsatz wurde festgelegt, dass die Lebensmittelspenden ausschließlich den Kindern zugute kommen sollen. Um etwaiger Missbräuche vorzubeugen, bestanden die Vertreter der amerikanischen Kinderhilfsaktion darauf, dass die Kinder kein Essen mit nach Hause nehmen durften und verlangten nach einer strengen¹⁷³ „*Trennung der Kinderverköstigungen von jenen öffentlichen Ausspeisungen für die Erwachsenen in den sog. Volksküchen.*“¹⁷⁴ Die USA war aber nicht das einzige Land, das Hilfsaktionen für Österreich ins Leben rief. Unter anderem beteiligten sich auch Holland, die Schweiz, Schweden, Norwegen, Großbritannien u.v.a. mit Lebensmittellieferungen, Ferien- und Erholungsaufenthalte für Kinder etc.¹⁷⁵

Eine Maßnahme der Bundesregierung zur Linderung der Not der Bevölkerung war die, gemeinsam mit der privaten Fürsorge gegründete, Winterhilfe, die Geld- und Sachspenden wie Bekleidung, Schuhe und Decken für die Bedürftigen sammelte. Die Winterhilfe organisierte diverse Kampagnen wie zum Beispiel die Frei-Tisch-Aktionen, wo sich Reiche und Wohlhabende bereitklärten bedürftigen Kindern ein Mittagessen zu spendieren. Die Winterhilfe nahm sich auch der Verköstigung von Arbeitslosen an. Gegen Vorweisung von

¹⁷² vgl. NEUBER: Ernährungslage, 90-92 und 97

¹⁷³ vgl. REISCHL, Friedrich: *Wiens Kinder und Amerika. Die amerikanische Kinderhilfsaktion 1919* (Wien 1919): 90 f., 95

¹⁷⁴ REISCHL: Kinder, 90

¹⁷⁵ vgl. NEUBER: Ernährungslage, 105 f.

Speisemarken, die das städtische Fürsorgeamt verteilte, erhielten sie ein warmes Mittagessen in einer Gaststätte. Als Vergütung erhielten die Gastwirte 35 Groschen.¹⁷⁶

Eine weitverbreitete Selbsthilfemaßnahme in Wien waren die Schrebergärten. Die Gemeinde sah in den Selbstversorgereinrichtungen eine optimale Gelegenheit, um dem Nahrungsdefizit entgegenzusteuern. Dementsprechend intensiv wurden die Schrebergärten und die Kleintierhaltung (v.a. die Haltung von Hühnern) propagiert.¹⁷⁷ Die Anzahl der Kleingärten erhöhte sich seit dem Jahre 1915 stetig von 3.000 auf 18.500 gegen Ende des Krieges und auf 55.000 im Dezember 1920.¹⁷⁸

2. Die Entwicklung der Tuberkulosesterblichkeit in Wien 1919 bis 1934

Angesichts der soeben geschilderten sozialen Probleme, ist es wohl umso erstaunlicher, dass die Tuberkulosesterblichkeit nach dem Krieg schnell zu sinken begann. Seit ihrer statistischen Erfassung erlebte die Tuberkulosemortalität in der Zwischenkriegszeit den stärksten und nachhaltigsten Rückgang (siehe Tabelle 2).¹⁷⁹

¹⁷⁶ vgl. NEUBER: Ernährungssituation, 41

¹⁷⁷ vgl. NEUBER: Ernährungssituation, 30

¹⁷⁸ vgl. EDER: Konsum, 203

¹⁷⁹ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 264

Tab. 2: Die Tuberkulosemortalität in Wien von 1919 bis 1934

Todesfälle an Tuberkulose (alle Arten)						
	Männer		Frauen		Beide Geschlechter	
Jahr	absolut	auf 10.000	absolut	auf 10.000	absolut	auf 10.000
1919	4.638	54	5.169	52	9.807	53
1920	3.458	41	3.724	38	7.182	39
1921	2.673	31	2.592	26	5.265	29
1922	2.938	34	2.614	25	5.552	30
1923	2.478	29	2.152	21	4.630	25
1924	2.346	27	1.789	18	4.135	22
1925	1.994	23	1.666	16	3.660	20
1926	2.231	25	1.585	16	3.816	20
1927	2.223	28	1.592	16	3.815	20
1928	2.070	24	1.440	14	3.510	19
1929	2.018	23	1.344	13	3.362	18
1930	1.826	21	1.153	11	2.979	16
1931	1.996	23	1.189	12	3.158	17
1932	1.689	20	1.115	11	2.804	15
1933	1.526	18	991	10	2.517	13
1934	1.410	17	855	8	2.265	12

Quelle: GÖTZL, Alfred.: „Die Tuberkulosefürsorge in Wien 1919 bis 1929“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 30 (1931), 38-44.

ders.: „Die Tuberkulose in Wien und ihre Bekämpfung im Jahre 1930“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 30 (1931), 217-226.

ders.: „Die Tuberkulose in Wien und ihre Bekämpfung im Jahre 1934“, in: *Mitteilungen des Volksgesundheitsamtes* (1935) Heft 5, 42-46.

Den Obduktionsstatistiken Glauben schenkend war um 1900 praktisch jede/r WienerIn mit Tuberkulose infiziert.¹⁸⁰ Die hohe Verbreitungsdichte bestätigen auch durchgeführte Tuberkulin-Tests unter Wiener Arbeiterkindern zwischen dem 11. und 14. Lebensjahr, die bei 94 % der getesteten Kinder positiv ausfielen.¹⁸¹

¹⁸⁰ vgl. JUNKER, Ermar: „Zur Epidemiologie der Lungenerkrankungen in Wien“, in: *Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung* 91 (1990), 157-160, hier: 158

¹⁸¹ vgl. JUNKER, Ermar: „Zur tuberkulösen Durchseuchung in Österreich“, in: *Praxis und Klinik der Pneumologie* 36 (1982), 502-507, hier: 504

Die Tuberkulose fand aber nicht nur in Wien eine weite Verbreitung, sondern auch im restlichen Europa. 1930 erfolgte eine Erhebung in europäischen Städten, die zu dem Ergebnis kam, dass die Tuberkulose durchschnittlich 20 % der Kinder in den ersten beiden Lebensjahren heimsuchte; rund 50 % bis zum fünften und 90 % bis zum 15. Lebensjahr. Bei den Erwachsenen reagierten nur drei von jeweils hundert Erwachsenen negativ auf den Tuberkulin-Test, was die hohe Verbreitungsdichte der Tuberkulose in Europa im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts bestätigt.¹⁸²

Im internationalen Vergleich war es um Wien schon vor 1914 schlecht bestellt. Aber auch während des Ersten Weltkriegs verteidigte Wien ihren Ruf als europäische Hochburg der Tuberkulose souverän. Der vehemente Anstieg der Tuberkulosesterblichkeit spiegelte sich im ersten Friedensjahr deutlich wieder,¹⁸³ denn 1919 befand sich die Tuberkulosesterblichkeit in Wien wieder auf dem Niveau der Jahre 1892/93.¹⁸⁴ Wien blieb somit auch noch zu Beginn der 20er Jahre ein tuberkulöses Pflaster, da die Sterblichkeitsrate fast doppelt so hoch war wie in Berlin, München und Hamburg.¹⁸⁵ Trotz alledem setzte in den Nachkriegsjahren ein starker Rückgang der Tuberkulosesterbefälle ein. Die Tuberkulosemortalitätsrate nahm von 1919 bis 1921 rasant, und dann bis zum Jahre 1934 kontinuierlich ab. Im Jahre 1919 sank die Rate von 53 auf 29 im Jahre 1921, und weiter auf 20 1927 bzw. auf 12 1934 (siehe Tabelle 2).¹⁸⁶ Der markante Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit in Wien in den ersten Nachkriegsjahren war selbst für Zeitgenossen erstaunlich, da sich die soziale Situation keineswegs stabilisiert hatte. Dieser Rückgang dürfte vor allem epidemiologische Gründe haben, die in erster Linie auf die „Übersterblichkeit“ der Tuberkulosekranken während des Krieges zurückzuführen sind, da durch die Ernährungskrise, die ohnehin bereits geschwächten TuberkulosepatientInnen, „früher“ ihren Tod fanden. Folglich fehlen diese Personen in der Nachkriegsstatistik. In der Zwischenkriegszeit reduzierte

¹⁸² vgl. EVANS, Richard J.: *Tod in Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830-1910*. Aus dem Englischen von Karl A. Klewer (Hamburg 1991), 242 f.

¹⁸³ vgl. WEIGL Andreas: *Demographischer Wandel und Modernisierung in Wien* (Wien 2000), 244

¹⁸⁴ vgl. PELLER, Sigismund: „Die Tuberkulosemortalität in Wien vor und nach dem Krieg“, in: *Wiener klinische Wochenschrift* (1920) Nr. 41, 906-909, hier: 906

¹⁸⁵ vgl. WEIGL: *Wandel*, 244

¹⁸⁶ vgl. GÖTZL: *Tuberkulosefürsorge*, 40 und vgl. ders.: *Tuberkulose 1934*, 42

sich der Anteil der Tuberkuloseverstorbenen an der Gesamtsterblichkeit sogar um ein Drittel (von 22 auf 7 %).¹⁸⁷

2.1. Altersspezifische Sterblichkeitsunterschiede bei Kindern und Jugendlichen

Der Höhepunkt der Kindersterblichkeit an Tuberkulose in Wien wurde bereits in den 1890er Jahren erreicht. Von 1891 bis 1895 fielen ca. 6.800 Kinder zwischen 0 und 15 Jahren der Lungentuberkulose zum Opfer. Im Alter von 16 bis 20 Jahre starben 2.740 Jugendliche an dieser Krankheit. Lässt sich beim Anteil der Kindertodesfälle an Lungentuberkulose ein konstanter Rückgang verzeichnen, war dies bei der tuberkulösen Meningitis nicht der Fall. Die Todesfälle an tuberkulöser Meningitis steigerte sich nämlich konstant seit 1883 mit 19,9 % auf 53 % 1905. 15 Jahre später sank der Anteil leicht auf 47,1 % und stieg 1930 wieder auf 85,7 % an. Ob der ansteigende Prozentsatz epidemiologische Gründe hat oder auf eine verbesserte Diagnostik zurückzuführen ist, lässt sich heute nicht mehr eindeutig feststellen.

Das rasche Absinken der Sterblichkeitsrate der Kinder während der ersten beiden Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts wurde lediglich durch den Ersten Weltkrieg getrübt, wo sie um 52 % anstieg. Nach Kriegsende verlief das altersspezifische Absinken der Tuberkulosesterblichkeit sehr ungleichmäßig. Bei den Kindern unter fünf Jahren nahm die Sterblichkeit an Tuberkulose zwischen 1919 und 1921 um 63 % ab, bei den 6 bis 10-jährigen betrug der Rückgang im gleichen Zeitraum ganze 70 %, bei den 11 bis 15-jährigen 47 % und den 16 bis 20-jährigen 32 %. 1923 reduzierte sich Quote bei den Kindern im Alter von 0 bis 14 Jahren auf 11,5 % und verringerte sich innerhalb eines Jahrzehnts um weitere 6,6 % und erreichte somit 1934 eine Kindertuberkulosesterblichkeit von 4,9 %. Die Sterblichkeitsrate bei den Jugendlichen, der sog. Jugendgipfel, verringerte sich erst im Laufe der Zwischenkriegszeit.¹⁸⁸

¹⁸⁷ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 266

¹⁸⁸ vgl. JUNKER, Ermar / KLIMA, Hans: „Die Entwicklung der Kindertuberkulose in Österreich“, in: *Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung* 81 (1980), 225-229, hier: 225 f.

Die Verschiebung des Schwerpunktes der Tuberkulosemortalität auf mittlere Altersjahrgänge lässt sich anhand von biologischen und gesundheitspolitischen Gründen erklären. Zu den biologischen Ursachen zählen der gewandelte Charakter der Tuberkulose, der mit einem chronischen Krankheitsverlauf einherging und das Sterbealter hob, sowie der Rückgang der Miliartuberkulose¹⁸⁹, die vor allem bei Säuglingen und Kleinkinder auftrat. Ein weiterer Grund für den rasanten Rückgang der Säuglings- und Kindertuberkulose war, die zunehmende Verwendung von pasteurisierter Milch.¹⁹⁰ Das Verfahren der Pasteurisierung wurde 1863 von Louis Pasteur (1822-1895) einem französischen Chemiker entwickelt. Durch das kurzzeitige Erwärmen der Milch auf 72 bis 75 Grad Celsius werden pathogene Keime – wie zum Beispiel das *Mycobacterium bovis*, ein beim Rind vorkommendes Bakterium und Auslöser der Rindertuberkulose – abgetötet. Durch den Konsum von nicht pasteurisierter Milch kann das *Mycobacterium bovis* auch auf den Menschen übertragen werden.¹⁹¹ Außerdem führte die Stadt Wien unter der Federführung Julius Tandlers eine gesundheitliche Fürsorge für Säuglinge und Kleinkinder ein, die ebenfalls erfolgreich zur Abschwächung der Tuberkulose beitrug. Das entspricht auch dem Bericht der „Landeszentrale Wien zur Bekämpfung der Tuberkulose“, die 1927 verkündete, dass die Tuberkulosesterblichkeit bei Kleinkindern und Säuglingen bedeutend zurückgegangen sei. Beispielsweise starben noch 1923 von 10.000 Kleinkinder 24 an Tuberkulose; 1927 waren es nur mehr 15. Ähnliches lässt sich auch bei den Säuglingen beobachten. Auf 100 Lebendgeburten entfielen 1923 0,43 Tuberkulosesterbefälle, die sich bis 1927 auf 0,32 Fälle reduzierten. Auch in den übrigen Altersklassen ist gegenüber dem Jahr 1923 eine Verminderung der Tuberkulosesterblichkeit zu verzeichnen.¹⁹²

¹⁸⁹ Die Miliartuberkulose ist die schwerste Form der Tuberkulose und entsteht durch hämatogene bzw. lymphogene Dissemination d.h. die Bakterien gelangen über die Blutbahn oder den Lymphweg in bestimmte Körperregionen (z.B. Lunge, Gehirnhäute etc.) bzw. in den ganzen Körper, wo es dann zur Bildung von kleinen, hirsekorngroßen Krankheitsherden kommt. Die Miliartuberkulose führt zu einem raschen körperlichen Verfall, Kopfschmerzen, hohem Fieber von 39-40° C und ausgeprägten meningitischen Symptomen. DORNBLÜTH: Pschyrembel, 1225

¹⁹⁰ vgl. WEIGL: Wandel, 245

¹⁹¹ vgl. HAMMERSCHMID-GOLLWITZER, Josef: *Wörterbuch der medizinischen Fachausdrücke* (München 1999), 451

¹⁹² vgl. o. A.: „Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit bei Kindern“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 28 (1929), 327

Der absinkende Durchseuchungsgrad im Kindesalter lässt sich gut an den Ergebnissen der Tuberkulin-Reihenuntersuchungen erkennen. Die jährliche Tuberkuloseinfektionsrate¹⁹³ bei 6 ½ jährigen Kindern betrug 1910 noch 9 %, ein Dezennium später nur mehr ca. 6 % und sank bis 1930 um weitere zwei Prozent und verringerte sich weiter auf 3,55 % Mitte der 30er Jahre.¹⁹⁴ Seit 1926 wurden in Wiener Volks- und Hauptschulen regelmäßige Tuberkulin-Reihenuntersuchungen durchgeführt, die auch für die 30er Jahre einen beständigen Rückgang der Tuberkulose bei sechs bis 14-jährigen Kindern und Jugendlichen bestätigen können. Der Anteil der positiven Reaktionen bei männlichen Untersuchten lag 1931/32 bei 34 % und 1934/35 bereits bei 25 %. Bei den Mädchen war der Rückgang noch augenfälliger. Die Anzahl der positiven Fälle reduzierte sich von 33 auf 25 %.¹⁹⁵

Weigl sieht in den beengten Wohnverhältnissen einen weiteren Grund für die Zunahme der Morbidität mit steigendem Alter. 1928 mussten sich in Ottakring von 275 VolksschülerInnen ca. 70 % ihr Bett mit ihren Geschwistern teilen. Eine weitere Erhebung stellte fest, dass Mitte der 30er Jahre von 67.000 Unterschichtenkindern beinahe die Hälfte kein eigenes Bett hatte.¹⁹⁶

2.2. Geschlechtsspezifische Sterblichkeitsunterschiede bei Erwachsenen

*„Seit der Jahrhundertwende hat sich in Wien die Tuberkulose im Kindesalter wesentlich rascher zurückgebildet, als die tuberkulösen Erkrankungen im Erwachsenenalter, auch unter Berücksichtigung des rückläufigen prozentuellen Anteils der Kinder an der Gesamtbevölkerung.“*¹⁹⁷ Während des Dezenniums von 1923 und 1933 reduzierten sich die Tuberkulosesterberaten der Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter auf die Hälfte der Nachkriegswerte.¹⁹⁸

¹⁹³ Unter jährlicher Tuberkuloseinfektionsrate ist jener Anteil der Bevölkerung zu verstehen, der im Verlauf eines Jahres mit Tuberkulose primär infiziert oder reinfiziert wurde. Vgl. JUNKER, Ermar: „Die jährlichen Tuberkuloseinfektionsraten in Wien in den Jahren 1902-1958“, in: *Praxis der Pneumologie* 26 (1972), 115-121, hier: 115

¹⁹⁴ vgl. JUNKER: Tuberkuloseinfektionsraten, 118

¹⁹⁵ vgl. JUNKER: Durchseuchung, 504

¹⁹⁶ WEIGL: Wandel, 245 f.

¹⁹⁷ SCHMID, Elisabeth / JUNKER, Ermar: „Kann die BCG-Impfung einen neuerlichen Anstieg der Tuberkulose verhindern?“, in: *Atemwegs- und Lungenkrankheiten* 18 (1992), 124-129, hier: 126

¹⁹⁸ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 268

Überschattet wurde dieser Erfolg allerdings durch einen geringen Anstieg der Gesamttuberkulosesterblichkeit um 4,3 % im Jahre 1926. Die Zunahme bei den Männern betrug 11,9 %. Von der Erhöhung war allerdings nur die Altersklasse der über 20-jährigen betroffen, wobei sich das Schwergewicht der Tuberkulosesterblichkeit auf die über 30 und 50-jährigen verlagerte. Bei den Frauen hingegen war eine Abnahme von fast 5 % zu verzeichnen. Es ist schwierig eine Erklärung für diese Entwicklung zu finden. Götzl meint eine Ursache für die Sterblichkeitszunahme in der Altersklasse der über 30-jährigen in einer beeinträchtigten Entwicklungsphase zu finden. Etwaige körperliche Schädigungen, die sich die damals noch jugendlichen Männer während der Kriegsjahre zuzogen, forderten im Erwachsenenalter ihren Tribut. Wie sehr die tuberkulösen Kriegsversehrten die Statistik beeinflussten, wird aus den Zahlen des Invalidenamtes Wien ersichtlich. Der Anteil an Kriegsinvaliden, die im Jahre 1926 an der Tuberkulose verstarben, vermehrte sich im Vergleich zum Vorjahr, um 30 Köpfe (1925 zählte die Statistik 176 und 1926 206 verstorbene Kriegsgeschädigte). Allerdings erklärt dieses Argument nur zum Teil die vermehrte Tuberkulosesterblichkeit der männlichen erwachsenen Bevölkerung.¹⁹⁹ Deshalb ist anzunehmen, so Götzl, dass *„all diese Momente in einem allerdings von einander nicht trennbarem Maße die Erhöhung der Tuberkulosesterblichkeit der erwachsenen männlichen Bevölkerung herbeigeführt haben.“*²⁰⁰

Von der Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit der unmittelbaren Nachkriegsjahre profitierten neben den Kindern auch die Frauen. Ihr Rückgang mit 30,5 % war um ganze 2 % stärker als jener der Männer.²⁰¹ Eine interessante Entwicklung, wenn man bedenkt, dass während des Krieges die Tuberkulosesterblichkeit beim weiblichen Geschlecht eklatant anstieg und 1919 in verschiedenen Bezirken sogar höher war als die männliche beispielsweise in Favoriten, Simmering und Brigittenau.²⁰²

¹⁹⁹ vgl. GÖTZL, Alfred: „Die Tuberkulose und ihre Bekämpfung in Wien im Jahre 1926“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 26 (1927), 158-161, hier: 158 f.

²⁰⁰ GÖTZL: Tuberkulose 1926, 159

²⁰¹ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 267

²⁰² vgl. PELLER: Tuberkulosemortalität, 907

Die Tuberkulosemortalität der Frauen duplizierte sich im Zeitraum von 1913 bis 1919 und erreichte damit annähernd die Quote der Männer, die ebenfalls aber nicht ganz so gravierend wie jene der Frauen von 35 auf 54 gestiegen war.²⁰³ Eine Antwort für den überproportionalen Anstieg der Tuberkulosesterblichkeit, vor allem von jungen Frauen während des Ersten Weltkriegs, bieten vergleichende Studien. In den Städten Paris, London und Berlin traten sehr ähnliche Mortalitätsverläufe in dieser Altersgruppe auf, die durch die Faktoren Überarbeitung, Unterernährung, Wohnungsnot, Zusammenbruch des öffentlichen Gesundheitswesens und kriegsbedingte Zuwanderung beeinflusst wurden. Es liegt daher die Annahme nahe, dass diese Momente auch für Wien bedeutsam waren.²⁰⁴

Nach dem Krieg betrug die Abnahme der Sterblichkeit der Tuberkulose aller Arten bei den Frauen rund 33 % und bei den Männern 27 %.²⁰⁵ Dieser Trend, dass vor allem die Frauen vom Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit profitierten, setzte sich in den 20er Jahren fort. Bei männlichen Jugendlichen reduzierte sich die Tuberkulosesterblichkeit um die Hälfte, bei weiblichen Jugendlichen hingegen um zwei Drittel. Im Erwerbsalter betrug die Minderung bei den Männern ein Viertel und bei den Frauen drei Viertel. In den 30er Jahren setzte wieder jene markante männliche Tuberkuloseübersterblichkeit ein, wie sie für das 19. Jahrhundert typisch gewesen war.²⁰⁶ Beispielsweise betrug 1934 die Tuberkulosesterblichkeitsrate auf 10.000 bei den Männern 17 und bei den Frauen 8.²⁰⁷ Die Ursache dieses Phänomens sahen die Zeitgenossen zu Recht in der geringeren Ausgesetzttheit der Frauen gegenüber Tätigkeiten im industriell-gewerblichen Bereich, womit sich die Chance einer Primärinfektion, die zu einer offenen Tuberkulose führen kann, verringerte.²⁰⁸ Dies würde auch den Rückgang der männlichen Übersterblichkeit im Ersten Weltkrieg und zu Beginn des 20. Jahrhunderts erklären. Während der Kriegsjahre arbeiteten die Frauen erstmals vermehrt in großer Zahl anstelle der eingezogenen Männer in der industriellen Produktion, wo sie verstärkt gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen ausgesetzt waren. Franz Koelsch, ein Pionier der Arbeitsmedizin, subsumiert unter tuberkuloseför-

²⁰³ vgl. PELLER: Tuberkulosemortalität, 906

²⁰⁴ vgl. WEIGL: Wandel, 246

²⁰⁵ vgl. ROSENFELD, Siegfried: „Tuberkulose-Abnahme in Wien im Jahre 1920“, in: *Mitteilungen des Volksgesundheitsamtes* (1921), Heft 13, 585-595, hier: 587

²⁰⁶ vgl. WEIGL: Wandel, 246

²⁰⁷ vgl. GÖTZL: Tuberkulose 1934, 42

²⁰⁸ vgl. WEIGL: Wandel, 246

dernde Arbeitsbedingungen körperliche Überanstrengung und lange Arbeitszeiten, da sie zu einer krankhaften Ermüdung der Muskulatur, der Nervenenergie sowie zum Verlust der Spannkraft führen, welche der Körper benötige, um pathogenen Einflüssen Widerstand leisten zu können. Außerdem begünstigen Arbeitsunfälle in landwirtschaftlichen und gewerblichen Betrieben wie zum Beispiel akute und chronische Vergiftungen die Verbreitung der Tuberkulose. Ebenso galten Arbeiten in geschlossenen Räumen, ein enges Nebeneinanderarbeiten in dumpfen Arbeitsräumen, Temperaturschwankungen, eine trockene Luft, weil diese die Staubbildung fördere und eine gebückte Körperhaltung, welche die Blutzirkulation und Atmung behindere, als Antrieb für eine erhöhte Infektionsgefahr.²⁰⁹ Nach Kriegsende kehrten die Männer wieder in die Fabriken zurück, was die erneute Divergenz der geschlechtsspezifischen Tuberkulosesterblichkeit in der Zwischenkriegszeit erklärt. Dieser Zusammenhang lässt sich auch anhand von Berufen nachweisen. Einer Studie aus dem Jahr 1904 zufolge verstarben 15.762 Beschäftigte in Industrie und Gewerbe an der Tuberkulose. Der tertiäre Sektor, der sich durch einen höheren Frauenanteil auszeichnete, zeigte eine geringere berufsspezifische Mortalitätsrate. In der Berufsgruppe „Handel und Verkehr“ starben ca. 6.590 Personen an der Tuberkulose. Das sind rund ein Drittel weniger Todesfälle als im sekundären Sektor.²¹⁰ *„Bis in die Zwischenkriegszeit hinein blieben die Sterberaten im sekundären Sektor vergleichsweise hoch, sie sanken im Vergleich zu den anderen Sektoren aber überproportional schnell.“*²¹¹

Wie sich zeigte spielten bei der Verbreitung der Tuberkulose nicht nur die Wohn- und Ernährungsverhältnisse eine Rolle, sondern auch der Beruf. Einerseits wegen direkten gesundheitsschädlichen Arbeitsbedingungen und andererseits durch die Abhängigkeit der Lebensbedingungen von Beruf und Verdienst.²¹² Das Zusammenspiel dieser drei Faktoren, tritt vor allem bei den schichtspezifischen Sterblichkeitsunterschieden in Erscheinung.

²⁰⁹ vgl. KOELSCH: Tuberkulose und Beruf, 651 f.

²¹⁰ vgl. HECKE, Wilhelm: *Die Sterblichkeit an Tuberkulose und Krebs in Wien im Jahre 1904 nach Berufen* (Wien 1907), 82 f.

²¹¹ DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 153

²¹² KOELSCH: Tuberkulose und Beruf, 650

2.3. Schichtspezifische Sterblichkeitsunterschiede

Schichtspezifische Sterblichkeitsunterschiede, die sich vor allem durch die Höhe des Gehalts, den Beruf und den Wohnbezirk ausdrückten, kamen bereits in den Tuberkulosemortalitätsraten der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zum Vorschein.²¹³ Obwohl die Tuberkulosesterblichkeit im ausgehenden 19. Jahrhundert bereits zurückging, trat die regionale Verschiedenheit der Tuberkulosemortalität noch deutlicher hervor.²¹⁴ Wie die Studie von Ludwig Wick für Wien zeigte, pendelte sich Mitte der 1890er Jahre die Tuberkulosesterberate in reichen und wohlhabenden Bezirken zwischen 1,6 ‰ und 4,7 ‰ ein. Diese Stadtteile besaßen eine eindeutig niedrigere Sterberate als die typischen Arbeiterbezirke Favoriten, Simmering, Meidling, Ottakring und Margareten, wo sich die Tuberkulosemortalitätsrate zwischen 6,2 ‰ und 7 ‰ bewegte.²¹⁵

Teleky traf mit seiner Aussage „(...) *je kleiner die Geldsäcke, umso größer die Sterblichkeit* (...)“²¹⁶ den Nagel auf den Kopf, denn ein Vergleich des durchschnittlichen Jahreseinkommens der BewohnerInnen mit der Tuberkulosesterblichkeit zeigt deutlich, dass mit einem zunehmenden Jahresverdienst auch die Tuberkulosesterblichkeit sank. Ein Bewohner im I. Bezirk verdiente zwischen 1900 und 1909 jährlich durchschnittlich 4.000 Kronen. Das sind in etwa 14-mal soviel wie ein Arbeiter aus dem X. Bezirk erhielt. Dieser Einkommensunterschied spiegelt sich auch in der Tuberkulosesterblichkeit wider. Auf je 10.000 EinwohnerInnen berechnet starben im I. Bezirk 11,4 und im X. Bezirk 63,3 BewohnerInnen an der Tuberkulose. Diese Daten belegen, dass sich eine Korrelation zwischen der Größe des Geldbeutels und der Tuberkulosesterblichkeit nicht abstreiten lässt.²¹⁷

²¹³ WEIGL: Wandel, 247

²¹⁴ DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 152

²¹⁵ WICK, Ludwig: „Die Verbreitung der Lungenschwindsucht in Wien“, in: *Wiener klinische Wochenschrift* (1895), Nr. 29 und 34, 525-527 und 607-608, hier: 525

²¹⁶ TELEKY: Tuberkulose, 68

²¹⁷ TELEKY: Tuberkulose, 68

Dass es sich bei dieser Entwicklung um ein internationales Phänomen handelt, dokumentiert die Studie von Evans, der ebenfalls eine eindeutige Wechselbeziehung zwischen Einkommen und Tuberkulosesterblichkeit in Hamburg feststellte. In ärmeren Vierteln wie Neustadt Süd oder St. Pauli lag die Tuberkulosesterberate beinahe dreieinhalbmal so hoch wie in den wohlhabenderen Stadtteilen.²¹⁸ Ähnliches trifft auch für Wales, England und Berlin zu.²¹⁹

Allerdings muss man, so Wick, hinsichtlich der Sterberaten in den reicheren Bezirken bedenken, dass diese nicht den Tatsachen entsprächen, da Reiche aufgrund ihrer sozialen Stellung erst später dahinschieden. Durch Kuraufenthalte, wirksamere Therapiemöglichkeiten, eine bessere Ernährung und Schonung verlängerte sich ihre Lebensdauer. Außerdem verstürben vermögende und wohlhabende Kranke oft in den Sanatorien außerhalb Wiens bzw. in den Kurorten am Meer und somit schien ihr Tod nicht in der Sterblichkeitsstatistik der reichen Bezirke auf.²²⁰ „An den sozialräumlichen Unterschieden in Wien änderte sich im ersten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts wenig, im Gegenteil: der Variationskoeffizient der Lungen-Tbc-Mortalitätsrate zeigte bis an den Vorabend des Ersten Weltkriegs sogar eine weiter steigende Tendenz.“²²¹ 1900/1901 betrug der Variationskoeffizient 0,318 und 1910/1911 0,323.²²²

Auch wenn die Tuberkulose als eine Krankheit der armen Leute galt, bedeutet dies nicht, dass der vermögende Teil der Bevölkerung von ihr verschont blieb. Eine Verschlechterung der Lebensbedingung zeigte auch in wohlhabenden Bezirken eine ansteigende Tuberkulosesterblichkeit und das für das 19. Jahrhundert charakteristische innerstädtische Mortalitätsgefälle, welches von einem Zusammenspiel ungleicher schichtspezifischer Lebensbedingungen – ausgedrückt in den Faktoren Einkommen, Arbeitsbelastung, soziale Stellung, Wohn- und Ernährungsverhältnisse – beeinflusst wurde, begann sich im Kriegsjahr 1916 zu verändern. Die Anzahl der Tuberkulose Todesfälle fing in den wohlhabenden

²¹⁸ vgl. EVANS: Tod, 246 f.

²¹⁹ vgl. hierzu ausführlicher: CONDRAU, Flurin: *Lungenheilanstalt und Patientenschicksal. Sozialgeschichte der Tuberkulose in Deutschland und England im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert* (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 137, Götting 2000), 51-56

²²⁰ vgl. WICK: Verbreitung, 607

²²¹ WEIGL: Wandel, 247

²²² vgl. dazu Tabelle 24 in Weigl: Wandel, 249

Bezirken (I, II und IX) – zwar später als in den ärmeren Stadtteilen – relativ stark zu wachsen an. Angesichts der fortwährenden Kriegsdauer und der ansteigenden städtischen Unterversorgung gerieten wohl auch zusehends vermögende Familien in Bedrängnis, die immer seltener in der Lage gewesen sein dürften, ihre Lebensmittel über den Schwarzmarkt oder Schleichhandel zu organisieren.²²³

Auch in der unmittelbaren Nachkriegszeit kam es zu einer minimalen Annäherung der schichtspezifischen Tuberkulosesterblichkeitsraten. Im Vergleich zu den Jahren von 1913/14 bis 1919 stieg die Tuberkulosesterblichkeit in den reicheren Bezirken um 256 % an, im Arbeiterbezirk Favoriten „lediglich“ um 207 %. Aber dessen ungeachtet blieb das eklatante Mortalitätsgefälle zwischen den Bezirken weiterhin aufrecht.²²⁴ In den folgenden Jahren setzte sich dieser Trend fort und es kam in den Arbeiterbezirken zu einer schnelleren Tuberkulosesterblichkeit als in den wohlhabenderen Bezirken. Dieser Rückgang ist vor allem der geringeren Tuberkulosesterblichkeit im Säuglings- und Kleinkindalter zuzuschreiben, die wiederum auf den Geburtenrückgang und die verbesserten hygienischen Bedingungen zurückzuführen sind. So entfielen zum Beispiel in den Jahren von 1910 bis 1914 in dem traditionell bürgerlich geprägten Bezirk Josefstadt durchschnittlich 18,9 Tuberkulosesterbefälle auf 10.000 männliche Personen; im klassischen Arbeiterbezirk Simmering hingegen 43,6. Im Zeitraum von 1924 bis 1928 verringerten sich die Werte auf 14,5 bzw. auf 25,2.²²⁵ Weigl erachtet vor allem das unermüdliche Engagement der städtischen Gesundheitspolitik unter Julius Tandler in den späten 20er Jahren als Triebfeder für die allmähliche Aufhebung der schichtspezifischen Sterblichkeitsunterschiede. Der Variationskoeffizient, der schon nach dem Ersten Weltkrieg zu sinken begann, fiel im Laufe der 20er Jahre weiter hinab. Der einzige Wehrmutstropfen im Becher der Freude, war eine Stagnation dieser Entwicklung in den 30er Jahren. Auch das Verhältnis der Mortalitätsraten zwischen reichen und armen Bezirken betrug immer noch eins zu zwei, was beweist, dass die Tuberkulose wie eh und je ein gravierendes soziales Problem war.²²⁶

²²³ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 239

²²⁴ PELLER: Tuberkulosemortalität, 907

²²⁵ vgl. GÖTZL: Tuberkulosefürsorge, 39 f.

²²⁶ vgl. WEIGL: Wandel, 248

Dem Kampf, der von Julius Tandlers getragener Gesundheits- und Fürsorgepolitik im „Roten Wien“ gegen die Tuberkulose, widmet sich nun der folgende Abschnitt dieser Arbeit. Bevor jedoch auf die Grundsätze der sozialdemokratischen Fürsorge- und Gesundheitspolitik und die einzelnen Neuerungen näher eingegangen wird, möchte ich zwei Voraussetzungen erörtern, die Tandlers Reformprogramm überhaupt erst ermöglichten: die Erhebung Wiens zu einem eigenständigen Bundesland und die Steuerreform Hugo Breitners.

III. FÜRSORGE- UND GESUNDHEITSPOLITIK IM „ROTEN WIEN“

1. *Voraussetzungen für Tandlers Fürsorge- und Gesundheitspolitik*

Das Hauptproblem der Fürsorge war – angesichts der herrschenden Geldnot nach dem Ersten Weltkrieg – ihre Finanzierung, weshalb die sozialdemokratische Gemeinderatsmehrheit eine umfassende Reform des Steuersystems anstrebte, die für eine Reorganisation des Fürsorge- und Gesundheitswesens unumgänglich war. Notwendige Voraussetzung hierfür war die Erlangung der Steuerhoheit und damit die Erhebung Wiens zu einem eigenständigen Bundesland²²⁷.

1.1. Die Erhebung Wiens zu einem eigenständigen Bundesland

Nach den Gemeinderatswahlen von 1919 zeigten sich sowohl der Wiener Gemeinderat als auch der niederösterreichische Landtag an einer Trennung interessiert, wobei allerdings die Initiative für eine Unabhängigkeit Wiens vor allem von den christlichsozialen Politikern ausging; die Sozialdemokraten verhielten sich in dieser Frage zunächst eher zurückhaltend. Ein durchaus verwunderlicher Umstand, wenn man bedenkt, dass Ende des 19. Jahrhunderts der Wunsch nach einer Autonomie Wiens von Niederösterreich vor allem von den Sozialdemokraten gefordert wurde. Eine gewisse Unabhängigkeit Wiens war besonders hinsichtlich der Steuerpolitik für die Sozialdemokraten nach wie vor wünschenswert, doch schien es wegen der Absperrungsmaßnahmen der Länder gegenüber der Bundeshauptstadt nicht ratsam, die Autonomiebestrebungen zu forcieren. Ein weiterer Grund warum sich die Erhebung Wiens zum Bundesland für die Sozialdemokraten als weniger dringlich erwies, war die Mandatsverteilung im niederösterreichischen Landtag, da die Sozialdemokraten im Mai 1919 die Mehrheit erlangt hatten: 64 von 120 Sitze entfielen auf die sozialdemokratische Fraktion und der Sozialdemokrat Albert Sever übte das Amt des Landeshauptmanns aus. Somit wurden Beschlüsse des Wiener Gemeinderates, die der Sanktionierung des niederösterreichischen Landtags bedurften, problemlos abgesegnet.

²²⁷ vgl. CZEIKE, Felix: *Geschichte der Stadt Wien* (Wien [u.a.] 1981), 269.

Eine weitere Erklärung für die Zurückhaltung der SDAP waren unterschiedliche Interessen innerhalb der Partei selbst. Die Wiener Sozialdemokraten bewerteten eine Trennung Wiens von Niederösterreich anders als ihre niederösterreichischen Parteikollegen, für die die Autonomie Wiens den sicheren Verlust der Mehrheit im Landtag zur Folge gehabt hätte. Die übrigen Bundesländer sprachen sich aufgrund der Größe, Bevölkerungszahl und wirtschaftlichen Bedeutung des ungeteilten Landes Niederösterreich für eine Unabhängigkeit Wiens aus.²²⁸

Die Stellung Wiens als selbständiges Bundesland wurde mit der Bundesverfassung vom 1. Oktober 1920 eingeleitet, die die staatsrechtliche Stellung Wiens als „Bundeshauptstadt und Sitz der obersten Organe des Bundes“ festlegte und die Stadt auch zum „selbständigen Land“ erklärte. Das Bundesland Niederösterreich setzte sich seither aus den Teilen Niederösterreich-Land und Wien zusammen, das neben je zwei getrennt arbeitenden Landtagen auch noch einen Gemeinsamen Landtag besaß, der sich mit Fragen auseinandersetzte, die beide Bundesländer betrafen. Aber die Verfassung von 1920 sah auch die Möglichkeit einer vollständigen Trennung beider Landesteile vor, die schließlich am 21. Dezember 1921 durch das sog. Trennungsgesetz verwirklicht wurde und am 1. Jänner 1922 in Kraft trat.²²⁹ Die Trennung bedingte, dass Wien wie jedes andere Bundesland das Recht der Gesetzgebung erhielt, soweit es nicht dem Nationalrat vorbehalten war. Somit erlangte Wien mit dem Wirksamwerden der Bundesverfassung eine relativ weitgehende Finanzhoheit, die Hugo Breitner²³⁰ den Weg ebnete, seine Steuerreform ohne Beeinflussung

²²⁸ vgl. SELIGER, Maren / UCAKAR, Karl: *Wien, politische Geschichte 1740 – 1934. Entwicklung und Bestimmungskräfte großstädtischer Politik*, Bd. 2: 1896-1934 (Wien [u.a.] 1985), 1001

²²⁹ vgl. CZEIKE: *Geschichte*, 269

²³⁰ Hugo Breitner (* 9. 11. 1873 in Wien, † 5. 3. 1946 in Claremont, USA) besuchte von 1890 bis 1893 die Handelsakademie und trat 1894 als Beamter in die Länderbank ein, wo er sich zum Direktor empor arbeitete. Nachdem Hugo Breitner vorübergehend mit der Idee gespielt hatte, eine eigene Beamten- und Angestelltenpartei zu gründen, trat er 1918 der Sozialdemokratischen Arbeiterpartei bei, in der man bald seine Talente als Finanzsachverständiger erkannte. Anfang Dezember 1918 wurde Breitner Mitglied der provisorischen Gemeindevertretung; 1919 wurde er in den Gemeinderat und anschließend zum Amtsführenden Stadtrat für Finanzen (1919-1932) gewählt. Als Wiener Finanzstadtrat schaffte er die finanzielle Grundlage der Wohnbau- und Sozialpolitik des Roten Wien. Am 25. 11. 1932 schied Breitner aus gesundheitlichen Gründen aus seinem Amt als Stadtrat aus. Ein Jahr später legte er auch das Gemeinderatsmandat zurück. Nach den Februarkämpfen 1934 wurde er vom austrofaschistischen Regime verhaftet. Im Februar 1938 verließ Breitner mit seiner Familie Österreich und emigrierte in die Vereinigten Staaten. vgl. CZEIKE, Felix: *Historisches Lexikon Wien*, Bd. 1 (Wien 2004), 457 f.

Niederösterreichs durchzuführen, und Tandler in die Lage versetzte, sein Fürsorgeprogramm in die Tat umzusetzen.²³¹

1.2. Die Steuerreform Hugo Breitners

Der Grundgedanke des Breitner'schen Steuersystems lag in einer nach dem Lebensaufwand gestaffelten Heranziehung der einzelnen Bevölkerungsschichten zur Steuerleistung, wobei der Lebensstandard der Arbeiterklasse und des Kleinbürgertums weitgehend geschont bzw. nach Möglichkeit sogar gehoben werden sollte. Das neue Steuersystem zielte darauf ab, die breite Masse zu entlasten und den Großteil der Steueraufbringung auf die kapitalkräftigere Oberschicht umzuwälzen, indem sogenannte indirekte Massensteuern durch direkte Luxussteuern ersetzt wurden.²³²

Die Hebung des Lebensniveaus der breiten Masse mittels Reformen in den Bereichen Wohlfahrt, Wohnung und Bildung sollte vorrangig durch laufende Einnahmen finanziert werden. Nur in Ausnahmefällen wurde eine Finanzierung durch Fremdkapital in Betracht gezogen. Ein weiterer Kernpunkt der Budgetpolitik war der Verzicht auf Gewinne bei den städtischen Unternehmen wie Gas, Wasser, Strom und öffentliche Verkehrsmittel. Folglich standen Breitner zur Finanzierung der Reformen die verschiedenen kommunalen Steuern und Abgaben sowie die Anteile von Bundessteuern zur Verfügung.²³³

Die einzelnen Gemeindeabgaben und Steuern lassen sich in drei Gruppen zusammenfassen: Luxussteuern, Betriebs- und Verkehrssteuern sowie Boden- und Mietsteuern. Die sog. Luxussteuern dienten der Besteuerung eines gehobeneren Lebensstandards. Dieser umfasste zum Beispiel die Haltung von Reitpferden, die Beschäftigung von Hauspersonal oder der Besitz von Personenkraftwagen. Allerdings brachten die sog. Luxussteuern auch eine Belastung für die breite Masse mit sich, da der Genuss von Bier, Nahrungs- und Genussmittel sowie diverse Freizeitvergnügungen wie beispielsweise der Besuch von

²³¹ vgl. REISINGER, Gerhard: *Die Finanzpolitik Hugo Breitners. Entstehung und Ausformung des neuen Wiener Steuersystems in der Ersten Republik* (ungedr. rer. soc. oec. Diss. Wien 1990), 143

²³² vgl. CZEIKE, Felix: *Liberale, christlichsoziale und sozialdemokratische Kommunalpolitik (1861 - 1934). Dargestellt am Beispiel der Gemeinde Wien* (Wien 1962), 92

²³³ vgl. FREI, Alfred Georg: *Rotes Wien. Austromarxismus und Arbeiterkultur; sozialdemokratische Wohnungs- und Kommunalpolitik 1919-1934* (Berlin 1984), 56

Kinovorstellungen oder Sportveranstaltungen ebenfalls unter die Kategorie Luxus fielen und dementsprechend besteuert wurden. Die Lustbarkeitsabgabe²³⁴, eine Art Vergnügungssteuer, und die Biersteuer machten 80 bis 90 % der Luxussteuereinnahmen aus, während der Anteil der Pferde-, Hauspersonal- und PKW-Abgaben in den Jahren 1923 bis 1933 zwischen 1 und 2 % lag.²³⁵

Die zweite bedeutende Steuer, deren Ertrag durchschnittlich 20 % der Gesamteinnahmen aus Landes- und Gemeindeabgaben ausmachte, war die Wohnbausteuer. Sie war eine reine Zwecksteuer und diente ausschließlich der Finanzierung des kommunalen Wohnbaus. Die Wohnbausteuer gilt als die berühmteste und typischste unter den Breitner-Steuern, da ihr sozialer Charakter sowohl in ihrer Zweckbestimmung als auch in ihrem progressiven Steuertarif zum Ausdruck kommt.²³⁶ Die Besteuerung richtete sich nach der Größe der Wohnung. Kleine Wohnungen unterlagen nur einem geringfügigen Steuersatz von 2 %; Luxusobjekte hingegen wurden außerordentlich hoch mit über 36 % besteuert, weshalb die teuersten Mietwohnungen bei einem Anteil von nur 0,5 % an der Gesamtzahl der Objekte über 45 % der Steuer aufbrachten. Die 82 % der billigsten Mietobjekte trugen nur ca. 22 % zum Wohnbausteueraufkommen bei.²³⁷

Die *Cash Cow* der sog. Breitner-Steuern war allerdings die neu eingeführte Fürsorgeabgabe deren offizielle Bezeichnung „Gemeindeabgabe für öffentliche Fürsorgezwecke“ lautete. Sie war eine Art Lohnsteuer, die auf einem Gesetz aus dem Jahre 1920 basierte und in den folgenden Jahren mehrmals abgeändert wurde. Die Fürsorgeabgabe entwickelte sich zum „*Rückgrat des Gemeindehaushalts*“²³⁸, auf die im Schnitt 37 % der Einnahmen im Abgabebereich entfielen. Die Abgabe betrug anfangs 2 % und ab 11. März 1921 4 %

²³⁴ Die Lustbarkeitsabgabe wurde bereits am 23. Mai 1916 vom Wiener Gemeinderat beschlossen. Besteuert wurden Vorführungen, Aufführungen, Wettbewerbe, Schaustellungen und sonstige Darbietungen. Die Steuersätze, die im Laufe der Jahre sukzessive abnahmen, waren je nach Veranstaltungstyp unterschiedlich dotiert. Als Faustregel galt: je geringer ihr kultureller Wert umso höher die Abgabe. Beispielsweise unterlagen Theateraufführungen, Opern, Orchester- und Solistenkonzerte sowie Kammermusikabende einer Besteuerung von 10 %. Pferderennen, Box- und Ringkämpfe hingegen wurden bis 1928 mit 50 % besteuert und danach mit 33,3 %. Vgl. CZEIKE, Felix: *Wirtschafts- und Sozialpolitik der Gemeinde Wien in der ersten Republik (1919 - 1934)*, Bd. 1 (= Wiener Schriften 6, Wien 1958), 19 und 61-63

²³⁵ vgl. SELIGER / UCAKAR: Wien, Bd. 2, 1084 f.

²³⁶ vgl. MELINZ, Gerhard / UNGAR, Gerhard: *Wohlfahrt und Krise. Wiener Kommunalpolitik zwischen 1929 und 1938* (Wien 1996), 39

²³⁷ vgl. FREI: Rotes Wien, 84

²³⁸ DANNEBERG, Robert: *Die sozialdemokratische Gemeinde-Verwaltung in Wien* (Berlin 1926), 12

von der ausbezahlten Lohnsumme und war monatlich vom Unternehmer für seine Arbeitskräfte zu entrichten. Für die gewerbsmäßigen Betriebe von Geld- und Kreditgeschäften (Banken, Börsen etc.) betrug die Abgabe 8 % und ab 1. Jänner 1931 6 %. Die Fürsorgeabgabe durfte keinesfalls vom Arbeitgeber auf die Arbeitnehmer übergewälzt werden, deshalb verrechneten die Unternehmer die Fürsorgeabgabe als Zuschlag zu den Arbeitskosten. Mit anderen Worten ausgedrückt bedeutet dies, dass der Arbeitgeber ohne Belastung durch die Fürsorgeabgabe höheren Lohn hätte zahlen können. Allerdings wäre dies für die arbeitslosen Fürsorgebedürftigen nicht von Vorteil gewesen.²³⁹ Neben dem Problem, inwieweit die Abgabe im Endeffekt tatsächlich vom Arbeitgeber getragen wurde, geriet auch die Frage nach der Widmung dieser Abgabe in den Brennpunkt, da sie nicht zwingend für Fürsorgezwecke bestimmt war. Die diesbezügliche Bestimmung war sehr allgemein gehalten.²⁴⁰

Durch das neue Steuersystem war das Gesamtvolumen der Steuerbelastung nicht größer als vor dem Ersten Weltkrieg, allerdings auf die einzelnen Bevölkerungsschichten anders verteilt. Die Reaktionen auf Breitners System waren dementsprechend ambivalent: auf der einen Seite rief es Euphorie und Beifallsbekundungen hervor; auf der anderen Seite Zurückhaltung und Ablehnung.²⁴¹ Die christlichsoziale und liberale Opposition kritisierte besonders die sozial gestaffelten Kommunalsteuern²⁴² und verdamnte die Wiener Steuerpolitik als „produktions- und wirtschaftsfeindlich“.²⁴³ Besonders ins Kreuzfeuer der Kritik geriet die Fürsorgeabgabe, die die Produktion belaste, den Handel hemme und den Arbeitgeber bestrafe. Außerdem führe die höhere Belastung der Geldinstitute zu einer künstlichen Erhöhung des Leihzinsfußes, das wiederum der gesamten Wirtschaft schade.²⁴⁴

²³⁹ vgl. SABLİK, Karl: *Julius Tandler. Mediziner und Sozialreformer* (Wien 1983), 199

²⁴⁰ vgl. MELINZ / UNGAR: *Wohlfahrt und Krise*, 39

²⁴¹ vgl. CZEIKE: *Kommunalpolitik*, 92

²⁴² vgl. *Hugo Breitner - Julius Tandler. Architekten des Roten Wien*, herausgegeben vom Verein für Geschichte der Arbeiterbewegung (Wien 1997), 24f

²⁴³ PATZER, Franz: *Streiflichter auf die Wiener Kommunalpolitik 1919 – 1934* (= Wiener Schriften 40, Wien 1978), 25

²⁴⁴ vgl. JEHL, Eduard: *Zehn Jahre rotes Wien* (Wien 1930), 23 f.

Breitners Steuersystem trug zweifelsohne zum Erfolg des Tandler'schen Fürsorgeprogramms bei und verhinderte ein Versinken der Fürsorge im Sumpf der Inflation. Dass Breitner die öffentliche Fürsorgearbeit in gleicher Weise am Herzen lag wie Tandler, bewies der Finanzstadtrat in einer Rede – gehalten am 31. Jänner 1927 in der Volkshalle des Wiener Rathauses – in der er sozialkritisch die Herkunft und Verwendung der Gemeindesteuern aufführte:²⁴⁵ die Kosten der Schülerauspeisung werden durch die Steuern aus den Nachtlokalen und Bars bestritten. Den Großteil der Betriebskosten für die Schulzahnkliniken liefern die vier größten Wiener Konditoreien nämlich Demel, Gerstner, Sluka und Lehmann. Die Kinderfreibäder werden durch die Nahrungs- und Genussmittelabgabe²⁴⁶ des Grand Hotels, des Hotels Bristol und des Hotels Imperial finanziert. Für die Baukosten des städtischen Entbindungsheims „Brigittaspital“ kamen die Wiener Stundenhôtels auf. Die Betriebskosten des Entbindungsspitals bezahle der Jockeyclub mit der Pferderennsteuer. Die Einnahmen aus der Anzeigensteuer beglichen die Ausgaben für die Tuberkuloseheilstätten, wobei die Hälfte von der Anzeigenabgabe von der „Neuen Freien Presse“, dem „Neuen Wiener Tagblatt“ und dem „Neuen Wiener Journal“ stammte.²⁴⁷

Den zweitgrößten Posten der laufenden Einnahmen bildeten die Landes- und Gemeindeertragsanteile, die die Stadt Wien auf Grund ihrer Funktion als Gemeinde und Land erhielt. Die Verteilung der Ertragsanteile orientierte sich, soweit direkte Steuern betroffen waren, an dem örtlich erzielten Steueraufkommen und an dem natürlichen bzw. abgestuften Bevölkerungsschlüssel, wenn indirekte Steuern betroffen waren. Dieser Verteilungsschlüssel bevorzugte größere Gemeinden und insbesondere Wien, da die Stadt mit einem Anteil von 28,5 % an der Gesamtbevölkerung über 50 % der den Ländern insgesamt zukommenden Ertragsanteile erhielt. Erst ab dem Jahr 1931 begann der jährliche Anteil suk-

²⁴⁵ vgl. SABLİK: Julius Tandler, 200

²⁴⁶ Die Nahrungs- und Genussmittelabgabe wurde am 31. Juli 1920 eingeführt und musste von den so genannten Luxusbetrieben bezahlt werden, die Nahrungs- und Genussmittel anboten. In den ersten zwei Jahren betrug der Steuersatz 10 % vom Umsatz und ab 1922 15 %. Diese 15 % wurden 1925 als Höchstsatz fixiert und sozial gestaffelt. Tatsächlich musste der Höchstsatz von 15 % nur von einer Handvoll Betriebe bezahlt werden. Davon betroffen waren 8 Gasthäuser, 3 Kaffeehäuser und 2 Zuckerbäcker. Vgl. CZEIKE: Wirtschafts- und Sozialpolitik, Bd. 1, 68 f.

²⁴⁷ vgl. BREITNER, Hugo: *Seipel-Steuern oder Breitner-Steuern? Die Wahrheit über die Steuerpolitik der Gemeinde Wien* (Wien 1927), 12-17

zessive zu sinken. Zwischen 1931 und 1934 betrug der jährliche Anteil im Schnitt 33,1 %.²⁴⁸

Nach der Darlegung der finanziellen Grundlage des Tandler'schen Fürsorgesystems, soll nun näher auf die Grundsätze und Motive der sozialdemokratischen Fürsorge²⁴⁹ eingegangen werden.

2. Grundsätze sozialdemokratischer Fürsorgepolitik

Für Julius Tandler²⁵⁰ bedeutet Fürsorge „die Erfüllung eines klaren ethischen Vertrages innerhalb der menschlichen Gesellschaft: Auf der einen Seite das Anrecht auf Hilfe und auf der anderen Seite die Pflicht zur Hilfeleistung.“²⁵¹ Tandler bekämpfte die Wohltätigkeit und die Nächstenliebe als Motiv der Fürsorge. Die zufällige Wohltätigkeit, die er abwertend als „Wohltäterei“ bezeichnete, lehnte er vehement ab, da sie gesellschaftlich nicht tragfähig und zu individuell sei. Tandler ersetzte Wohltätigkeit und Nächstenliebe durch das Recht auf Fürsorge, durch eine Gesellschaft, die sich verpflichtet fühlt zu helfen und durch die soziale Verantwortung jedes einzelnen gegenüber der Gemeinschaft. Tandler strebte danach Hilfe nicht abhängig von einem vorübergehenden Anflug des Mitleids zu machen, das bei den Hilfsbedürftigen auch noch Schuldgefühle der Dankbarkeit erzeugte. Ein Recht auf Fürsorge, die Pflicht zur Leistung durch die Gesellschaft und Ver-

²⁴⁸ vgl. SELIGER / UCAKAR: Wien, Bd. 2, 1089 und 1092

²⁴⁹ zur Definition des Begriffs der Fürsorge siehe: SACHSSE, Christoph: *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland*, Bd. 2, (Stuttgart 1988), 11

²⁵⁰ Julius Tandler (* 16. 2. 1869 in Iglau, Mähren † 25./26. 8. 1936 in Moskau) studierte an Universität Wien Medizin, wurde 1895 Assistent bei Emil Zuckerkandl und erhielt 1910 den Lehrstuhl für Anatomie. Tandlers politische Karriere nahm 1919 mit seiner Wahl zum Gemeinderat ihren Anfang. Von Mai 1919 bis Oktober 1920 fungierte er als Unterstaatssekretär für Volksgesundheit und wurde am 22. November zum Stadtrat für das Wohlfahrts- und Gesundheitswesen der Stadt Wien bestellt. Tandler verstand es dem Gesundheits-, Fürsorge- und Jugendpolitik seinen eigenen Stempel aufzudrücken und vollbrachte in diesem Ressort hervorragende Leistungen, die auch über die Grenzen Österreichs hinweg Bewunderung und Anerkennung fanden. 1933 reiste er nach China, wo er allerdings nicht lange verweilte, da er von den blutigen Kämpfen erfuhr und umgehend zurückkehrte. In Wien wurde er dann zeitweise inhaftiert und verlor sogar seine Professur. Tief verletzt kehrte Tandler seiner Heimat den Rücken zu und reiste wieder zurück nach China. Schließlich folgte er einer Einladung der UdSSR nach Moskau, um als Berater bei der Reform des sowjetischen Gesundheitswesens mitzuwirken. Tandler verstarb allerdings wenige Wochen nach seiner Ankunft in Moskau. Vgl. CZEIKE, Felix: *Historisches Lexikon Wien*, Bd. 5 (Wien 2004), 415

²⁵¹ TANDLER, Julius: „Richtlinien für die Anstaltsfürsorge“, in: *Die Anstaltsfürsorge der Stadt Wien für das Kind* (Wien 1930), 6-15, hier: 8

antwortung waren die Grundpfeiler des Tandler'schen Fürsorgesystems.²⁵² Unmittelbar nach seiner Wahl zum Stadtrat legt Tandler seine Reformpläne für die Reorganisation der Fürsorge vor und fing an die Grundsätze seiner Fürsorgepolitik auszuarbeiten, die er schließlich dem Gemeinderat am 30. Juni 1921 präsentierte:

1. Die Gesellschaft ist verpflichtet, allen Hilfsbedürftigen Hilfe zu gewähren.
2. Individualfürsorge kann rationell nur in Verbindung mit Familienfürsorge geleistet werden.
3. Aufbauende Wohlfahrtspflege ist vorbeugende Fürsorge.
4. Die Organisation der Wohlfahrtspflege muss in sich geschlossen sein.²⁵³

Diese vier Grundsätze bringen vortrefflich die neuen Wege des Fürsorgewesens zum Ausdruck, die im Unterschied zur bisherigen Individualfürsorge, durch das Aufspüren der gesellschaftlichen, sozialen und wirtschaftlichen Not und deren Beseitigung gekennzeichnet sind. Da Tandler den Menschen nicht als Individuum ansah, sondern als Teil der gesellschaftlichen Umwelt insbesondere von der Familie, baute er die gesamte Fürsorge auf der Familie auf.²⁵⁴

Nicht minder bedeutend als die Familie in der Fürsorgearbeit war die Prophylaxe. Entsprechend der alten Volksweisheit „Vorbeugen ist besser als heilen“ sollte „Milieuschäden“ möglichst früh Einhalt geboten werden, denn nur durch eine effektive Prophylaxe war die Fürsorgearbeit von dauerhaften Erfolg gekrönt. Dieser neue Grundsatz der Fürsorgearbeit galt speziell für die Jugendfürsorge, die Tandler besonders am Herzen lag.²⁵⁵ Er bezeichnet sie als das *„Fundament jeder Fürsorge (...), denn je mehr wir die Jugend befürsorgen, um so weniger werden wir es im Alter tun müssen, um so gesünder, um so lebensstüchtiger, um so beanspruchbarer für den Kampf ums Dasein wird diese Jugend sein.“*²⁵⁶

²⁵² vgl. TANDLER, Julius: *Wohltätigkeit oder Fürsorge?* (Wien 1925), 3 f.

²⁵³ Gemeinderatsprotokoll vom 30. Juni 1921 zit. in: SABLİK: *Julius Tandler*, 205 f.

²⁵⁴ vgl. *Das öffentliche Armenwesen in Wien. Eine Skizze seiner geschichtlichen Entwicklung*, herausgegeben vom Magistrat der Stadt Wien (Wien 1946), 43

²⁵⁵ vgl. *Armenwesen*, 43

²⁵⁶ TANDLER: *Wohltätigkeit*, 5

Ein weiterer wichtiger Punkt war der Wert der Erziehung in der Fürsorge. Die Erziehung umfasste nicht nur Kinder und Jugendliche sondern auch Erwachsene. Sie sollte ein Verantwortungs- und Pflichtgefühl im Hilfsbedürftigen wecken aber auch hygienische Bedürfnisse.²⁵⁷ Tandler sah bei der Erziehung verschiedene Wege vor: Einerseits die Erziehung durch das Wort in Form von Vorlesungen über die richtige Pflege des Kindes für Schwangere und andererseits die Erziehung durch die Tat, laut Tandler die effizientere Methode. Ein Beispiel hierfür ist das Säuglingswäschepacket. Es diente zur Reinlichkeitserziehung der Mütter, die laut Tandler nur möglich sei, wenn man ihnen die dafür notwendigen Mittel zur Verfügung stelle nämlich saubere Wäsche,²⁵⁸ denn *„es gibt keine Mutter, die ein schmutziges Kind in reine Wäsche legt.“*²⁵⁹

Von großer Bedeutung war für Tandler die Qualität der Fürsorge. Allumfassend und zukunftsorientiert sollte sie sein. Von der Wiege bis zur Bahre sollte die Fürsorge die Menschen begleiten und allen Hilfsbedürftigen innerhalb der Stadt Wien zur Verfügung stehen. Lücken im Fürsorgenetz waren inakzeptabel. Darüber hinaus sollte die Fürsorge aktiv agieren, das heißt, die Fürsorgerinnen sollten nicht warten bis die Hilfsbedürftigen den Weg in die Fürsorgestelle finden, sondern selbst die Initiative ergreifen und die Hilfsbedürftigen zu Hause aufsuchen. Das beste Beispiel für eine aktive Fürsorgearbeit ist die Säuglingsfürsorge: alle Mütter von Neugeborenen wurden – ungeachtet der Tatsache, ob sie hilfsbedürftig waren oder nicht – von einer Fürsorgerin aufgesucht.²⁶⁰

Das Fürsorgekonzept des „Roten Wien“ sah eine enge Verflechtung der Kerninstitutionen Jugend-, Familie und Gesundheitsfürsorge vor²⁶¹ und hob sich von der Fürsorgepolitik der Bundesländer durch seinen, von Julius Tandler geprägten, bevölkerungspolitischen Ansatz ab.²⁶²

²⁵⁷ vgl. TANLDER: Wohltätigkeit, 43

²⁵⁸ vgl. TANDLER: Anstaltsfürsorge, 7

²⁵⁹ TANDLER: Anstaltsfürsorge, 7

²⁶⁰ vgl. SABLİK: Julius Tandler, 211

²⁶¹ vgl. MELINZ, Gerhard / ZIMMERMANN, Susan: „Getrennte Wege. Wohlfahrtspolitik und gesellschaftlicher Transformationsprozess in Wien und Budapest zwischen den Weltkriegen“, in: *Jahrbuch des Vereins für Geschichte der Stadt Wien* 50 (1994), 269-315, hier: 299

²⁶² zu Julius Tandlers bevölkerungspolitischen Konzept siehe ausführlich: EXNER [u.a.]: Bevölkerungswissenschaft, 36-52

Das Fürsorgekonzept basierte auf der Stärkung des „organischen Kapitals“ durch Schaffung eines produktiven und gesunden „Volkskörper“, wobei die Aspekte Kostenersparnis und Effizienz am Wichtigsten waren. Um zukünftige „unproduktive“ Sozialausgaben zu minimieren, waren hohe Investitionen in die Kinder- und Jugendfürsorge notwendig, wodurch die Heranwachsenden zu gesunden und leistungsfähigen Menschen werden sollten.²⁶³ Als Kind seiner Zeit gelang es Tandler auch nicht, sich von den zeitgenössischen Überlegungen einer eugenisch ausgerichteten Bevölkerungspolitik zu distanzieren. In einem Vortrag gehalten vor dem „Österreichischen Bund für Volksaufartung und Erbkunde“ am 13. Februar 1929 sprach er sich für die „*Unfruchtbarmachung der Minderwertigen*“ zur Hebung des „*qualitativen Teils*“ der Bevölkerung aus. Darüber hinaus begrüßte er ein staatliches Durchgriffsrecht für die Anwendung eugenischer Maßnahmen.²⁶⁴

Tandler betrachtete die Fürsorgearbeit als „*die Hoffnung, nach dem Elend und Unglück der eignen Generation, der nächsten dieses Unheil in diesem Maße, wenn nicht überhaupt zu ersparen*“.²⁶⁵ Weiters – fährt Tandler fort – wäre das höchste Ziel der Fürsorge erreicht, wenn sie sich von selbst erübrigt. Gelänge es Elend und Not zu beseitigen, wäre die Fürsorge überflüssig.²⁶⁶

In Anbetracht dieser hochgesteckten Ziele stellt sich nun die Frage wie diese wohl zu erreichen sind? Mit diesem Problem musste sich zwangsläufig auch Tandler auseinandersetzen und fand eine Antwort in einer straffen Organisation der Fürsorge.

²⁶³ MELINZ, Gerhard: „Von der Wohltäterei zur Wohlfahrt. Aspekte kommunaler Sozialpolitik 1918-1934“, in: *Das Rote Wien 1918-1934. Ausstellungskatalog Historisches Museum der Stadt Wien* (Wien 1993), 104-120, hier: 107

²⁶⁴ KLAMPER, Elisabeth / NEUGEBAUER, Wolfgang: „Von der Rassenhygiene zum Massenmord“, verfügbar unter: <http://www.doew.at/frames.php?service/ausstellung/1938/17/17.html> (Zugriff am 8.3.10)

²⁶⁵ SABLİK: Julius Tandler, 206

²⁶⁶ vgl. *Das Wohlfahrtsamt der Stadt Wien und seine Einrichtungen 1921-1931*, herausgegeben vom Magistrat der Stadt Wien (Wien 1931), 8

3. *Die Organisation des Fürsorgewesens*

Tandler erarbeitete zuerst die für den Ausbau des Fürsorgewesens notwendigen organisatorischen Grundlagen. An die Stelle der zusammenhangslosen Fürsorgeeinrichtungen sollte eine einheitliche Organisation treten. Ein erster Schritt in die richtige Richtung wurde bereits 1920 gemacht als die gesamte Verwaltung der Stadt Wien reformiert wurde. Diese Reorganisation führte zur Gründung von acht Verwaltungsgruppen, wobei alle für das Wohlfahrtswesen relevanten Angelegenheiten in der Verwaltungsgruppe III für Wohlfahrtseinrichtungen, Jugendfürsorge und Gesundheitswesen zusammengefasst wurden. Um die Zentralisierung der gesamten Fürsorge zu gewährleisten, bedurfte es jedoch noch der Schaffung einer weiteren Institution, dem Wohlfahrtsamt, das 1921 aus der Taufe gehoben wurde.²⁶⁷ Es stand unter der Leitung eines Volksbeauftragten und vereinigte in sich die einzelnen Spezialgruppen der Fürsorge in acht Magistratsabteilungen.²⁶⁸

- das Jugendamt (MA 7)
- das Fürsorgeamt (MA 8)
- die Anstaltsfürsorge (MA 9)
- das Invalidenamt (MA 11)
- das Gesundheitsamt (MA 12)
- das Sanitätsrechts- und Verpflegskostenabteilung (MA 13)
- die Stelle für Friedhofs- und Beerdigungswesen (MA 13a)
- das Amt für soziale Fürsorge (MA 14)

Dem Wohlfahrtsamt übergeordnete Institutionen waren ein eigener Gemeinderatsausschuss und der Stadtsenat, die wichtige Entscheidungen im Fürsorgebereich fällten. Um eine enge Zusammenarbeit aller öffentlichen und privaten Fürsorgeeinrichtungen herbeizuführen, wurden in allen Bezirken Wohlfahrtsausschüsse gebildet, welchen auch Vertreter der privaten Wohltätigkeit angehörten.²⁶⁹

²⁶⁷ *Das neue Wien. Städtewerk*, herausgegeben unter offizieller Mitwirkung der Gemeinde Wien, Bd. 2, (Wien 1927), 337-654, hier 339 und 342

²⁶⁸ vgl. Wohlfahrtsamt der Stadt Wien, 10

²⁶⁹ vgl. Wohlfahrtsamt der Stadt Wien, 10

Zu Tandlers Höhepunkten in seinem Wirken als Sozialmediziner und Politiker zählte der Kampf gegen die Tuberkulose. Da es in Österreich für die Bekämpfung der Tuberkulose kaum gesetzliche Grundlagen gab, stellte das Fürsorgesystem den notwendigen Rahmen hierfür. Hauptakteur war das Gesundheitsamt, dessen Fürsorgeprogramm und Aufgabengebiet in den folgenden Kapiteln genauer vorgestellt werden soll.²⁷⁰

4. *Das Fürsorgeprogramm des Gesundheitsamtes*

In erster Linie war das Gesundheitsamt mit der Bewältigung der typischen Nachkriegserscheinungen beschäftigt.kehrten einerseits zahlreiche Männer krank oder invalid zurück aus dem Krieg, waren andererseits die Frauen und Kinder von der schweren körperlichen Arbeit und Unterernährung gezeichnet. Obwohl während des Krieges ein Ausbruch von schwerwiegenden Seuchen verhindert werden konnte, fachten die Verhältnisse in den ersten Nachkriegsjahren die Ausbreitung der Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten wieder an. Der Alkoholismus, der zusehends in den unteren sozialen Schichten um sich griff, vervollständigte das Dreigestirn. Die Bekämpfung dieser drei Volkskrankheiten zählte zu den Kernaufgaben des Gesundheitsamtes. Außerdem stellten die Gesundheitsfürsorge, die Bekämpfung und Verhütung akut übertragbarer Krankheiten (wie zum Beispiel Blattern, Cholera, Pest oder Flecktyphus), amtsärztliche und ärztliche Untersuchungen, Krankenbehandlung in der offenen Fürsorge sowie Totenbeschau weitere Tätigkeitsbereiche des Gesundheitsamtes dar.²⁷¹

Unter den Bereich Gesundheitsfürsorge fielen unter anderem das Schularztwesen und die Schulzahnkliniken, die den Kindern das Einmaleins der richtigen Zahnpflege näher brachten und Kontrolluntersuchungen durchführten. Außerdem wurde eine kostenlose Bestimmung der Blutgruppe in den Blutgruppenuntersuchungsstellen angeboten, die der Registrierung von Blutspendern diente. Die Abteilung zur Bekämpfung und Verhütung akut übertragbarer Krankheiten verwaltete die Quarantänestationen und organisierte den städtischen Krankentransport. Sie leitete aber auch Desinfektionsanstalten und hygienische Untersuchungsstellen, die für die hygienische Kontrolle der Wasserversorgung, des Bade-

²⁷⁰ vgl. SABLİK: Julius Tandler, 251

²⁷¹ vgl. CZEIKE, Wirtschafts- und Sozialpolitik, Bd. 2, 212

wassers und der Abfallstoffbeseitigung zuständig waren. Außerdem führte sie zur Bekämpfung und Verhütung akut übertragbarer Krankheiten bakteriologische, serologische, physikalische und chemische Untersuchungen durch.²⁷²

²⁷² vgl. GEGENBAUER, Viktor: „Die wichtigsten Einrichtungen des Wiener Gesundheitsamtes“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 31 (1932), 44-47, hier: 46 f.

IV. BEKÄMPFUNG DER TUBERKULOSE

1. *Die Institutionalisierung der Tuberkulosefürsorge*

Vor dem Ersten Weltkrieg zeigte der österreichische Staat hinsichtlich der Tuberkulosebekämpfung nur wenig Engagement und Interesse. Der Kampf gegen die Tuberkulose war eine rein private Angelegenheit von humanitären Organisationen und Wohltätern. Der Staat unterstützte diese Bemühung lediglich sporadisch durch Darlehen aus dem Epidemie- bzw. Armenfonds.²⁷³

1.1. Von der privaten zur öffentlichen Tuberkulosebekämpfung

1884 präsentierte Leopold von Schrötter dem Wiener medizinischen Doktorenkollegium einen Plan zur Errichtung einer Volksheilstätte für Tuberkulosekranke in der Umgebung Wiens, wo die PatientInnen nach einer hygienisch-diätischen Heilmethode, das heißt durch gesunde Ernährung und regelmäßigen Aufenthalt an der frischen Luft, gesund gepflegt werden sollten. Nach den Vorstellungen Schrötters sollte der Staat für die Finanzierung und Instandhaltung der Heilanstalt aufkommen. Die Regierung winkte aber dankend ab und beteiligte sich nicht an diesem Projekt, sodass die Initiatoren auf private Investoren angewiesen waren.²⁷⁴ Für die Realisierung des Projekts gründete Schrötter 1890 den „Verein zur Errichtung und Erhaltung einer klimatischen Heilanstalt für Brustkranke“ (später Heilanstalt Alland), dessen Mitglieder sich aus Ärzten, Beamten, Universitätsprofessoren, Bankangestellten und Adeligen zusammensetzte. Dank großzügiger Spenden erfolgte 1895 der Spatenstich für den Bau der ersten Volkslungenheilstätte in der Monarchie, die drei Jahre später feierlich eröffnet wurde.²⁷⁵

²⁷³ vgl. DIETRICH-DAUM, Elisabeth: „Tuberkulose und Tuberkulosefürsorge in Österreich“, in: *Tiroler Heimat* 65 (2001), 159-197, hier 175

²⁷⁴ vgl. DIETRICH-DAUM: Tuberkulosefürsorge, 175

²⁷⁵ vgl. JUNKER [u.a.]: Tuberkulose, 233

Auch andere Vereine, die sich ebenfalls der Bekämpfung der Tuberkulose verschrieben haben, wie zum Beispiel der „Hilfsverein für Lungenkranke in den österreichischen Königreichen und Ländern“ (auch „Viribus unitis“) der von Anton Löw und Hans Larisch ins Leben gerufen wurde, konnten nicht mit staatlicher Unterstützung rechnen. Die Finanzierung von Heilstätten oder Fürsorgestellen stand bis zur Gründung des „Fonds zur Bekämpfung der Tuberkulose“ seitens des Ministeriums des Innern auf wackeligen Beinen. Der Verein „Viribus unitis“, der sich über das gesamte Reich erstreckte, eröffnete 1905 die erste Hilfsstelle für Lungenkranken im IX. Wiener Gemeindebezirk. Bereits ein Jahr später zählte der Verein schon 60 Zweigstellen. 1911 erfolgte nach deutschem Muster die Zusammenfassung der Vereinstätigkeit im „Österreichischen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose“.²⁷⁶

Die apathische Haltung des Staates gegenüber der Tuberkulose änderte sich im Laufe des Ersten Weltkriegs, angesichts der drohenden Gefahr an militärischer Schlagkraft zu verlieren; einerseits wegen den zahlreichen tuberkulösen Soldaten und andererseits wegen eines möglichen Geburtenausfalls der den Ausbau einer zukünftigen Armee erschweren würde. Das Kriegsministerium arbeitete gemeinsam mit politischen Zivilbehörden und dem Roten Kreuz ein Programm zur Eindämmung der Tuberkulose aus. Erste Veränderungen waren die Bereitstellung von Infektions- und Kriegsspitälern im Hinterland sowie die Isolierung von tuberkulosekranken Soldaten in eigenen Etappenspitälern bzw. Abteilungen. Darüber hinaus wurden 22 neue Anstalten für heimkehrende tuberkulosekranke Soldaten errichtet. Der Bedarf zur Versorgung der Armeeangehörigen war aber bei weitem noch nicht gedeckt und das Militär musste zur Unterbringung seiner kranken Soldaten auf zivile Volksheilstätten ausweichen. Als weitere Maßnahme wurde die Überwachung von tuberkulösen Soldaten nach ihrem Austritt aus dem Heer und während des Fronturlaubs veranlasst.²⁷⁷

²⁷⁶ vgl. DIETRICH-DAUM: Tuberkulosefürsorge, 175 f.

²⁷⁷ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 250 f.

Als sich die sanitären Katastrophen an den Kriegsfrenten zuspitzte und die tuberkulösen Soldaten immer mehr ins Hinterland gedrängt wurden, reagierten die Ministerien mit der Gründung der „Österreichischen Vereinigung zur Bekämpfung der Tuberkulose“ am 20. Mai 1916, womit die Weichen für eine staatlich unterstützte und organisatorisch geführte Tuberkulosefürsorge gestellt wurden. Vorbilder für den Aufbau einer finanzierbaren und effizient arbeitenden Tuberkulosefürsorge fand man sowohl im Aus- als auch im Inland. Das k. k. Eisenbahnministerium spannte über die gesamte Monarchie ein Netz von Ambulatorien zur Tuberkulosebehandlung, das den Beamten sowie deren Familien zur Verfügung stand.²⁷⁸

Im Ausland glänzte England mit einem kommunal organisierten Fürsorgenetz das auf einer freiwilligen Anzeige bei Tuberkuloseverdacht basierte. Den englischen Fürsorgestellen war vor allem die Aufklärungsarbeit ein Anliegen; die Kranken in einer Heilanstalt unterzubringen oder zu behandeln stand für sie nicht im Vordergrund. In ähnlicher Weise wie in England wurden auch in Frankreich und Belgien die Tuberkulosefürsorge durch die *Dispensaires antituberculeux* betrieben, die sich ebenfalls in erste Linie der Aufklärung der Bevölkerung – hinsichtlich der allgemeinen Hygiene und der Verhütung der Tuberkuloseinfektion innerhalb der Wohnung – widmeten. Das Deutsche Reich, das für seine vorbildliche Fürsorge berühmt war, profitierte von den sozialen Versicherungsgesetzen aus den Jahren 1889 und 1911, die die Grundlage für den Bau von Volksheilstätten bildeten. 1913 standen beinahe 17.000 Betten für Erwachsene und fast 9.000 Betten für erholungsbedürftige Kinder zur Verfügung und 1918 gab es bereits über 1.000 Fürsorgestellen.²⁷⁹

²⁷⁸ vgl. DIETRICH-DAUM: Tuberkulosefürsorge, 176

²⁷⁹ vgl. GÖTZL, Alfred: „Die geschichtliche Entwicklung der Fürsorgestellen und ihre Aufgaben im Kampfe gegen die Tuberkulose“, in: *Einführung in die Tuberkulosefürsorge. Vorträge gehalten anlässlich der vom k. k. Ministerium des Innern veranstalteten Ärztekurse (1917/18)*, Sonderbeilage der Zeitschrift: *Das österreichische Sanitätswesen* 30 (1918), 3-11, hier: 4 f. und 7

1.2. Tätigkeitsfelder und Aufgaben der Tuberkulosefürsorgestellen

Das österreichische Modell sah folgende Leistungen und Aufgaben für eine Fürsorgestelle vor:

1. Ermittlung der Zahl der Kranken.
2. Feststellung des Grades der Erkrankung der/des Betroffenen sowie eine Untersuchen aller Familienmitglieder und sonstigen MitbewohnerInnen die mit der/dem Kranken in Kontakt standen.
3. Die Übernahme der/des Kranken in fachärztliche Behandlung, entweder in der Fürsorgestelle selbst, in Ambulatorien oder in Krankenhäusern.
4. Die Vermittlung von schwer kranken TuberkulosepatientInnen in ein adäquates Spital.
5. Die Unterbringung von leicht Erkrankten in eine Heilanstalt.
6. Die Vermittlung arbeitsunfähiger chronisch kranker PatientInnen in ein Pflege- oder Versorgungsheim.
7. Die Feststellung der häuslichen Verhältnisse der/des Kranken durch eine Fürsorgeschwester. Vor allem die Ernährungsweise, die Beschaffenheit der Wohnung und die berufliche Beschäftigung der Familie waren von Interesse.
8. Die Unterweisung in eine vernünftige Wohnungspflege insbesondere hinsichtlich der Reinlichkeit, regelmäßiges Lüften und sinnvolles Heizen.
9. Das Anordnen von Desinfektionsmaßnahmen zum Schutz der anderen MitbewohnerInnen wie beispielsweise die Reinigung des Zimmers, des Geschirrs und der Wäsche des Kranken mit Sodalösung.
10. Die Vermittlung von tuberkulosegefährdeten Kindern in Walderholungsstätten, Ferienkolonien und Waldschulen.
11. Die regelmäßige Kontrolle der Regeln zur Reinhaltung der Wohnung durch eine Fürsorgeschwester.
12. Die Bereitstellung einer Hauskrankenpflegerin bei bettlägerigen Kranken.
13. Die Erfassung aller in Fürsorge stehenden Tuberkulosekranken in einem Kataster.
14. Die Organisation einer Hauswirtschafterin bei tuberkulösen Müttern.
15. Eine allgemeine Beratung über weitere soziale Unterstützungsmöglichkeiten im Fürsorgekreis.²⁸⁰

²⁸⁰ vgl. BÖHM, August: *Errichtung von Fürsorgestellen für Lungenkranke* (Wien 1916), 5 f.

Mit dieser Aufgabenbeschreibung institutionalisierte der Staat 1916 die Tuberkulosefürsorge und deklarierte sie gleichzeitig als öffentliche Aufgabe. Allerdings stellten sich die beschlossenen Grundsätze bald als illusorisch heraus, denn die sozialen Probleme der Zwischenkriegszeit und die fehlenden finanziellen und materiellen Mittel in den 30er Jahren reduzierten das ambitionierte Programm auf ein Minimum. Oftmals beschränkten sich die Tätigkeiten auf das Notieren der Armut und der eigenen Ohnmacht.²⁸¹

Gesetzlich verankert wurden die Grundlagen der Tuberkulosebekämpfung am 2. Jänner 1917 durch einen Erlass des Ministeriums des Innern „Bekämpfung der Tuberkulose, Errichtung von Fürsorgestellen“, der den Zweck und die Aufgaben der Tuberkulosefürsorgestellen darlegt. Bestätigt wurden diese Grundsätze nochmals im Jahre 1925 durch Dienstanweisungen für städtische Fürsorgeärzte und Fürsorgerinnen, die auch von den privaten Vereinen übernommen wurden.²⁸²

Zu den Tätigkeiten der Tuberkulosefürsorgestellen zählten demnach:

1. Die Ermittlung der Kranken entweder unmittelbar durch Selbstanzeige, Untersuchungen ganzer Wohngemeinschaften, Anzeigen und Überweisungen von Anstalten, Behörden etc. oder mittelbar über das Kind zum Beispiel durch Reihenuntersuchungen in Schulen.
2. Die Verhütung und Weiterverbreitung der Krankheit durch Aufklärung und Belehrung oder durch Vermittlung von Kranken in Heilanstalten etc.
3. Die dauernde Überwachung der Kranken sowohl in medizinischer Hinsicht durch ärztliche Untersuchungen, Röntgen- und Auswurfsuntersuchungen, als auch in hygienischer Hinsicht mittels Wohnungsbesuche der Fürsorgerinnen.²⁸³

²⁸¹ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 257

²⁸² vgl. GÖTZL: Tuberkulosefürsorge, 41 f.

²⁸³ vgl. GÖTZL: *Tuberkulose*, 104 f.

Böhm bezeichnete die Fürsorgestellen „*als Zentren im Kampfe gegen die Tuberkulose*“,²⁸⁴ wo „*alle Fäden der Kampfführung zusammenlaufen und alle Impulse ausgehen*“²⁸⁵ sollen. Das primäre Ziel der Tuberkulosefürsorgestellen war es die Ausbreitung der Tuberkulose zu verhindern. Im Vordergrund standen dabei die Sorge für den Kranken und der Schutz seiner Familie vor einer möglichen Infektion. Im Mittelpunkt der Tätigkeit der Fürsorgestellen standen ihre Aufgaben als Erhebungs-, Aufklärungs- und Vermittlungsorgan. Eine ärztliche Behandlung sollte in den Fürsorgestellen prinzipiell nicht erfolgen. In einzelnen Fällen jedoch, wo eine ambulatorische Weiterbehandlung nach der Entlassung aus einer Heilanstalt notwendig war, übernahm der Fürsorgearzt diese Aufgabe. Vorausgesetzt allerdings, dass es sich um mittellose, nicht krankenversicherte PatientInnen handelte.²⁸⁶ Unterstützung fand die Tuberkulosefürsorge in anderen Zweigen der Verwaltung, die sich der Verbesserung der Lebensbedingungen widmeten unter denen die junge Generation heranwachsen musste. Als besonders fruchtbar erwies sich hier die Zusammenarbeit mit den Mutterberatungsstellen, dem schulärztlichen Dienst und dem Wohnungsamt.²⁸⁷

1.2.1. Erhebungsorgan

Die Tuberkulosefürsorgestellen dienten der Gesundheitsverwaltung als Auskunftsstellen und ihre Berichte waren eine wichtige Quelle für die Erstellung von epidemiologischen Prognosen, da bis 1924 für die Erstellung derartiger Voraussagen lediglich die Sterblichkeitsstatistiken zur Verfügung standen. Die Fürsorgeberichte ermöglichten es nun aber auch die aktuelle „Durchseuchung“ der Bevölkerung zu ermitteln bzw. zu schätzen. In ihrer Funktion als Erhebungsorgan sollten die Fürsorgestellen in den Bezirken Wiens „Infektionsherde“ und „Tuberkulosenester“ ausfindig machen. Zur Ausforschung von unbekannten Tuberkulosekranken standen ihnen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung: die Tuberkulinprobe nach Pirquet²⁸⁸, Auswurfsuntersuchungen und ärztliche

²⁸⁴ vgl. BÖHM: *Errichtung*, 3

²⁸⁵ BÖHM, August: „Die Bekämpfung der Tuberkulose in Wien“, in: *Wiener Medizinische Wochenschrift* 68 (1918), 369-382, hier: 376

²⁸⁶ o. A.: „Die Tuberkulosefürsorge der Gemeinde Wien“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 26 (1927), 123-125, hier: 123 f.

²⁸⁷ vgl. BÖHM, August: „Die Grenzen der Tuberkulose in Wien“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 24 (1925), 115

²⁸⁸ Clemens Freiherr von Pirquet (1874-1929) entwickelte 1907 entwickelte die nach ihm benannte kutane Tuberkulinprobe, die auf eine bestehende oder überstandene Infektion mit Tuberkelbakterien hinweist. Bei

Ganzkörperuntersuchungen wobei zwischen Umgebungsuntersuchungen und Reihenuntersuchungen unterschieden wurde. Letztere fanden in Schulen oder Betrieben statt und erstere innerhalb der Familie oder Wohngemeinschaft. Die Suche nach potenziellen BazillenträgerInnen traf bei den Betroffenen auf wenig Gegenliebe, da sie einer sozialen Stigmatisierung gleichkam. Aber für die Gesundheitsbehörde und Fürsorge waren Reihenuntersuchungen und Familienerhebungen besonders wertvoll und wurden als absolut notwendig angesehen.²⁸⁹

Im Falle eines Tuberkuloseverdachts kamen verschiedene Maßnahmen zum Einsatz. Zuerst mussten die Wohnungsverhältnisse der/des Betroffenen erhoben werden. Durchgeführt wurde die Erhebung von einer Fürsorgerin, die somit – sehr zum Unmut der Familie – tief in die Privatsphäre eindrang. Die Fürsorgerinnen sahen und erfuhren alles: Angefangen bei den Lebensumständen der Familie, der Ernährungsweise, der Reinlichkeit der Wohnung, der Körperpflege, der Haushaltsführung bis hin zur Anzahl der ledigen Kinder und BettgeherInnen. Anschließend an die Wohnungserhebung erfolgte die Durchführung von Sanierungsversuchen und Hygienemaßnahmen sowie eine Belehrung der Betroffenen, die allerdings oft ohne praktischen Wert blieb oder besser bleiben musste, weil die nötigen Ressourcen wie Räume, Bettzeug oder Wäsche nicht vorhanden waren. Aus diesem Grund konnten die betroffenen Familien den Anforderungen der Fürsorge nicht gerecht werden. Falls möglich wurde den betroffenen Personen eine bessere Wohnung vermittelt, denn feuchte, dunkle und / oder überfüllte Wohnungen galten als großes Infektionsrisiko. Ebenso mangelnde Reinigung der Böden oder das Fehlen von Wasser und Sanitäranlagen.²⁹⁰

der „Pirquet-Probe“ werden ein paar Tropfen Tuberkulin – ein aus Toxinen der Tuberkelbakterien hergestellter Stoff – mithilfe eines speziellen Bohrers in die Haut geritzt. Bei einer positiven Reaktion rötet sich die getestete Hautstelle und es kann zur Bildung von Quaddeln kommen. Neben der kutanen „Pirquet-Probe“, gab es noch weitere Tuberkulintests wie zum Beispiel die intrakutane Probe nach Mendel-Mantoux, wo das Tuberkulin in die Haut gespritzt wird oder den Tine-Test, wo das Tuberkulin mithilfe eines Stempels auf den Unterarm aufgetragen wird. DORNBLÜTH: Pschyrembel, 1968

²⁸⁹ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 274

²⁹⁰ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 274

Bei der Wohnungserhebung wurde in erster Linie ermittelt wie viele Personen in der Wohnung schliefen. Bei der Kontrolle richtete sich das Hauptaugenmerk auf die Schlafsituation der Kinder, weil sie dem Infektionsrisiko besonders ausgesetzt waren. Die Erstinfektion findet oft bereits im Kleinkindalter statt und deshalb sind Präventivmaßnahmen in dieser Entwicklungsphase besonders nützlich.²⁹¹ Wilhelm Ast schlug deshalb vor Kinder und Neugeborene aus einem „tuberkulösen Milieu“ entfernen zu lassen und sie in Pflegefamilien unterzubringen.²⁹² Ob diese Idee tatsächlich so radikal durchgeführt wurde ist ungewiss. Es gibt in den Quellen nur einen Hinweis, dass die Säuglingsfürsorge informiert wurde. Die Fürsorgestelle Graz leitete persönliche Daten von offentuberkulösen Müttern an die Säuglingsfürsorge weiter, damit die Neugeborenen sofort in Obhut genommen werden konnten.²⁹³

Neben der Kontrolle der Schlafsituation war auch die Ausforschung familiennaher und – fremder „Infektionsüberträger“ Teil der Wohnungserhebung. Innerhalb der Familie galten hauptsächlich alte Leute (z. B. die Großeltern) als Risikogruppe. Besonders problematisch war hierbei, dass sie während des Tages mit der Beaufsichtigung der Kinder betraut wurden und somit die Kinder anstecken konnten. Trat eine Erkrankung innerhalb der Familie auf, wurde – um weitere Infektionen zu verhindern – ein Verbot zur Weitervermietung von Räumen oder Schlafgelegenheiten verhängt. Für den Fall, dass „BettgeherInnen“ oder UntermieterInnen an der Tuberkulose erkrankten, mussten sie umgehend die Wohnung verlassen.²⁹⁴

²⁹¹ vgl. GOTTLIEB, Karl: „Säuglings- und Kleinkinder-Fürsorge“, in: *Einführung in die soziale Hygiene*, Bd. 2 (Wien 1931), 108-128, hier: 124

²⁹² vgl. AST, Wilhelm: „Praxis der Tuberkulosefürsorgetätigkeit“, in: *Einführung in die Tuberkulosefürsorge. Vorträge gehalten anlässlich der vom k. k. Ministerium des Innern veranstalteten Ärztekurse (1917/18)*, Sonderbeilage der Zeitschrift: *Das österreichische Sanitätswesen* 30 (1918), 28-43, hier 36 f.

²⁹³ vgl. DIETRICH-DAUM: *Wiener Krankheit*, 275

²⁹⁴ vgl. DIETRICH-DAUM: *Wiener Krankheit*, 275 f.

1.2.2. Aufklärungsorgan

Die Aufklärung und Belehrung über das Wesen der Tuberkulose und ihre Verhütung zählten von der ersten Stunde an zu den Kernaufgaben der Fürsorgerinnen. Dafür in Frage kamen aber nicht nur die Kranken selbst, sondern auch deren Familienmitglieder sowie weitere MitbewohnerInnen.²⁹⁵ Die Beratung und Belehrung erfolgte entweder in den Sprechstunden des Fürsorgearztes oder in der Wohnung der/des Kranken durch eine Fürsorgerin. Falls die Fürsorgestelle über genug finanzielle Mittel verfügte, stellte sie zum Schutz der Familie einige Utensilien bereit wie zum Beispiel Spuckflaschen oder –näpfe für die/den Kranke/n, temporäre Mietzuschüsse zur Verbesserung der Wohnverhältnisse etc. Um die Ansteckungsgefahr für die Kinder zu verringern wurden ihnen Aufenthalte in Ferienkolonien oder Tageserholungsstätten vermittelt und falls notwendig erhielt die Familie für die bessere Ernährung der Kinder Speise- und Milchmarken.²⁹⁶ Außerdem gingen die Fürsorgerinnen in Schulen, Betriebe und Heime und verteilten dort Merkblätter, die Vorschriften für Angehörige von Tuberkulosekranken enthielten, zeigten Filme (zum Beispiel „Mehr Sonne den Kindern“, „Malchen, die Unschuld vom Lande“, „Die weiße Seuche“ etc.) oder demonstrierten Wandtafeln. Ziel des Aufklärungsprogramms war eine kompetente Vermittlung *„allgemein gültiger, hygienischer Praktiken einer gesunden Lebensführung.“*²⁹⁷

Ein typisches Tuberkulose-Merkblatt beinhaltete Verhaltensmaßregeln für Tuberkulosekranke und deren Angehörige. Spezielle Vorschriften für Tuberkulosekranke waren Anweisungen über richtiges Husten oder Niesen. Um die Angehörigen und Mitmenschen nicht zu gefährden, sollten sich die Kranken beim Husten oder Niesen ein Taschentuch vor den Mund halten, das dann nach Gebrauch ausgekocht und desinfiziert wurde. Freies Aus husten oder –niesen war strengstens untersagt und somit war die Verwendung von Taschentüchern für Tuberkulose ein absolutes Muss. Küssen oder sich zur Begrüßung die Hände zu reichen war für Tuberkulosekranke ebenso ein Tabu wie das Ausspucken auf Fußböden. Das Ausspucken war nur in dafür vorgesehene Spuckgefäße gestattet, die auch täglich mit einer fünf prozentigen Lysollösung gereinigt und im Abort entsorgt werden

²⁹⁵ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 276

²⁹⁶ vgl. BÖHM: Errichtung, 4

²⁹⁷ DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 277

mussten. Außerdem wurden Tuberkulosekranke dazu angehalten auf ihre Körperhygiene zu achten. Zur Verhütung von weiteren Infektionen sollten sich vor allem die Angehörigen mehrmals täglich gründlich die Hände waschen. Idealerweise vor jeder Mahlzeit und nach dem sie Kontakt mit der/dem Kranken hatten.

Weitere Vorschriften betrafen die Reinlichkeit der Wohnung. Sie sollte möglichst staubfrei und gut gelüftet sein, wobei der Staub feucht abzuwischen war. Außerdem sollte das Ess- und Trinkgeschirr der/des Kranken gekennzeichnet werden und ausschließlich nur von ihr/ihm benutzt werden. Darüber hinaus empfahl man den Angehörigen die Schmutzwäsche der/des Kranken vor allen Dingen die Taschentücher, Servietten, Handtücher, und Polsterbezüge zu isolieren und auszukochen. Bettdecken und Kleider des Tuberkulösen sollten zusätzlich noch mit einer zwei prozentigen Lysollösung desinfiziert werden. Eine weitere wichtige Vorschrift war die Isolierung der/des Kranken. Entweder in einem separaten Zimmer und falls dies nicht möglich war musste sein Bett weit abseits der anderen Schlafstellen aufgebaut werden.

Da Kinder als besonders gefährdet galten an der Tuberkulose zu erkranken, enthielten die Merkblätter auch Vorschriften zum Schutz der Kleinen. Um das Infektionsrisiko so gering als möglich zu halten sollten sie den Umgang mit Tuberkulosekranken und große Menschenmengen unbedingt meiden. Überdies wurde zum Abtöten der Keime das Abkochen der Trinkmilch sowie eine Stärkung des Immunsystems der Kinder durch gute Ernährung, regelmäßige Aufenthalte an der frischen Luft, häufiges Baden im Sommer empfohlen.²⁹⁸ Die verschiedenen Vorschriften zur Tuberkuloseverhütung sollten über die Fürsorgerin erlernt, geübt und internalisiert werden.²⁹⁹

Die Aufklärungsarbeit war Teil der Expositionsprophylaxe, die das Zustandekommen pathogener Infektionen zu verhindern versuchte. Eine andere Maßnahme dieser Art der Verbeugung war die Entfernung der/des Kranken aus der Wohnung, ein Heiratsverbot für Tuberkulöse oder die Aufgabe seines Arbeitsplatzes um die KollegInnen nicht zu gefährden. Diese Forderungen griffen tief in das Familien- und Berufsleben der Betroffenen ein und stießen aus materiellen und ideellen Gründen auf Ablehnung. Der zweite Zweig der Tuberkulose-Prophylaxe, die Dispositionsprophylaxe, versuchte die

²⁹⁸ vgl. POINDECKER, Hans: „Tuberkulose-Merkblatt“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 29 (1930), 70 f.

²⁹⁹ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 277

Krankheit durch eine Verbesserung der Lebensbedingungen zu bekämpfen, denn ein gutes Immunsystem ist imstande eine drohende Infektion abzuwehren bzw. verhindert eine weitere Ausbreitung einer bereits vorhandenen Erkrankung. Im weitesten Sinne zielte die Dispositionsprophylaxe auf die Hebung des wirtschaftlichen Niveaus der Bevölkerung ab und im engeren Sinne auf die gesundheitliche Ertüchtigung der Jugend.³⁰⁰

1.2.3. Vermittlungsorgan

In ihrer Funktion als Vermittlungsorgan dienten die Fürsorgestellen der Organisation und Zuweisung der PatientInnen zu Fachärzten, Heilstätten, Krankenhäusern, Erholungsheimen oder sonstigen Pflegeeinrichtungen.³⁰¹ Die Aufnahme in eine Heilstätte oder ein Erholungsheim der Gemeinde Wien erfolgte nur über die Fürsorgestellen. Das Prozedere umfasste eine gründliche Untersuchung der/des Kranken in der Fürsorgestelle und eine Erhebung der sozialen Verhältnisse der/des Betroffenen. Das ärztliche Attest und der Bericht wurden der „Zentralstellenaufnahmestelle für Kurbedürftige“ übermittelt, die nach einer weiteren Untersuchung über eine Aufnahme entschied und die Heilanstalt auswählte. Zur besseren Überwachung der PatientInnen informierten die Heilanstalten nach einer Aufnahme und Entlassung die jeweilige Fürsorgestelle. Eine Kur konnte zwischen vier und sechs Wochen, drei Monaten und länger dauern.³⁰²

Allerdings wurde die Vermittlung von Betten oder Heimplätzen immer wieder von Schwierigkeiten begleitet. Anfangs hauptsächlich wegen des Bettenmangels der in den ersten Nachkriegsjahren durch Kriegsinvalide verstärkt wurde. Darüber hinaus hatten viele Heilstätten wegen des Kohlemangels nur im Sommer geöffnet. Ab 1932 verschärften sich, wegen der ansteigenden Arbeitslosenrate, abermals die Probleme. Durch die Arbeitslosigkeit verloren viele ihre Krankenversicherung und die Gemeinden lehnten immer häufiger die Kostenübernahme für eine Heilstättenbehandlung ab. Besonders problematisch erwies sich dies bei schweren Erkrankungen. Darüber hinaus stieß die Ein-

³⁰⁰ vgl. POINDECKER, Hans: „Zur Frage der Tuberkulose-Prophylaxe“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 28 (1929), 21-24, hier: 21 f.

³⁰¹ vgl. DIETRICH-DAUM: *Wiener Krankheit*, 278

³⁰² vgl. *Statistischen Mitteilungen der Stadt Wien*, herausgegeben von der Magistratsabteilung für Statistik (Wien 1927), 237

weisung in eine Heilanstalt nicht bei allen auf Wohlwollen. Zahlreiche Tuberkulosekranke weigerten sich in eine Heilanstalt zu gehen, weil dies den Verlust der Notstandsunterstützung bedeutet hätte. Die Beihilfe war nämlich an die erkrankte Person gebunden und entfiel wenn die/der EmpfängerIn in ein Spital oder eine Heilanstalt eingewiesen wurde. Der Wegfall der Notstandsunterstützung riss folglich ein tiefes Loch in das Haushaltsbudget der betroffenen Familie oder bedeutete im schlimmsten Fall den Verlust der einzigen Einnahmequelle.³⁰³

Außerdem war eine Fürsorgestelle dazu verpflichtet, dem Kranken den Zugang zu weiteren Hilfsmitteln sozialer Fürsorge zu eröffnen wie zum Beispiel Geldspenden von den Armeninstituten, Erstattung der Kurkosten bei der Krankenkasse, Ausspeisestellen, Volksküchen etc. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Fürsorgestellen auf eine prophylaktisch-beratende und vermittelnde Art und Weise arbeiteten.³⁰⁴

2. Die Bekämpfung der Tuberkulose in Wien (1919-1934)

In Wien begann die Entwicklung einer Organisation zur Tuberkulosebekämpfung mit der Gründung der „Städtischen Zentralstelle für Tuberkulosefürsorge“ im Jahre 1916. Der Zweck dieser Zentralstelle war die Zusammenschließung aller in Wien tätigen Institutionen, die sich der Bekämpfung der Tuberkulose widmeten, unter der Führung der Gemeinde. In acht Unterausschüssen wurde das Aktionsprogramm ausgearbeitet: Schaffung von Fürsorgestellen, Heranbildung von Fürsorgeärzten und Fürsorgerinnen, Beschaffung von Spitalsbetten für tuberkulöse Zivilpersonen, Bereitstellung von Heilstättenplätzen, Schaffung von Kindererholungsstätten, Berufswahl- und Arbeitsvermittlung für Tuberkulose etc. Nur wenige Monate später, am 7. Jänner 1917, kam es im Zuge der Veröffentlichung eines Ministerialerlasses über die Errichtung und den Betrieb von Tuberkulosefürsorgestellen zur Umgestaltung der jungen Organisation, denn die mannigfachen Aufgaben geboten eine Vereinfachung des Organisationsapparats. Zu diesem Zweck wurden die acht Unterausschüsse durch einen „Vollzugausschuss“ ersetzt und die „Städtische Zentralstelle“ wurde als „Bezirkszentrale Wien für Tuberkulosefür-

³⁰³ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 279 f.

³⁰⁴ vgl. BÖHM: Errichtung, 4

sorge“ neu konstituiert,³⁰⁵ dessen Vorsitz der damalige Bürgermeister R. Weiskirchner übernahm. Die Zentrale vereinigte in organisatorischer und administrativer Hinsicht sämtliche Fürsorgestellen Wiens.³⁰⁶ 1921 wurde die „Bezirkszentrale“ in die „Landeszentrale zur Bekämpfung der Tuberkulose“ umbenannt und dem Gesundheitsamt angeschlossen.³⁰⁷ Dennoch blieben der Aufbau und Betrieb von Tuberkulosefürsorgestellen während des Krieges nach wie vor eine Angelegenheit von privaten Initiativen.³⁰⁸ Erst gegen Ende des Jahres 1918 beteiligte sich die Gemeinde aktiv an der Tuberkulosebekämpfung und stellte finanzielle Mittel zum Ausbau von Tuberkulosefürsorgestellen in Aussicht.³⁰⁹

Der Kampf der Gemeinde Wien gegen die Tuberkulose wurde an drei Fronten ausgefochten: Errichtung von Fürsorgestellen, Bau bzw. Betrieb von Spitälern und Heilstätten und Lösung des Wohnungsproblems. Als die Gemeinde zum Ausbau der Tuberkulosefürsorge schritt, bestanden in Wien lediglich acht Tuberkulosefürsorgestellen, wovon sieben von privaten Vereinen betrieben wurden und eine von der Krankenkasse der Gremialangehörigen (siehe Tabelle 3).³¹⁰

³⁰⁵ GÖTZL, Alfred: „Zur Geschichte der Tuberkulosebekämpfung in Wien“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 29 (1930), 270-271, hier: 270

³⁰⁶ vgl. BÖHM: *Bekämpfung*, 377

³⁰⁷ vgl. GÖTZL, Alfred: „Tuberkulose“, in: *Einführung in die soziale Hygiene*, Bd. 2, (Wien 1931), 97-107, hier: 104

³⁰⁸ vgl. CZEIKE: *Wirtschafts- und Sozialpolitik*, Bd. 2, 240

³⁰⁹ vgl. GÖTZL: *Geschichte*, 271

³¹⁰ vgl. GÖTZL, Alfred: „Die Tuberkulose in Wien und ihre Bekämpfung im Jahre 1930“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 30 (1931), 217-226, hier: 218

Tab. 3: Die Errichtung von privaten Tbc-Fürsorgestellen in Wien von 1905 bis 1918

Bezirk	Errichtet von	Jahr
IX	„Viribus unitis“ Hilfsverein für Lungenkranke	1905
IX	Krankenkasse der Gremialangehörigen	1908
IX	Verein „Heilanstalt Alland“	1913
VI	„Viribus unitis“ Hilfsverein für Lungenkranke	1916
X	„Viribus unitis“ und Straßenbahn der Gemeinde Wien	1917
XX	Patriotischer Hilfsverein vom Roten Kreuz	1917
III	Rotes Kreuz	1918
XXI	Rotes Kreuz	1918

Quelle: JUNKER [u.a.]: Tuberkulose, 60

2.1. Ausbau und Umfang der Tuberkulosefürsorge in Wien

In den folgenden Jahren begann die Gemeinde Wien nachzurüsten und eröffnete 1919 die ersten Stellen für den XIV. und XV. Bezirk in den Ambulanzräumen des Elisabethspitals und für den II. Bezirk im „Spital der Barmherzigen Brüder“. 1920 existieren in Wien immer hin bereits 20 Tuberkulosefürsorgestellen die über 17.000 Tuberkulosekranke versorgten. Im folgenden Jahr öffnete die dritte städtische Fürsorgestelle im VII. Bezirk ihre Pforten und die Gemeinde Wien übernahm die privat betriebenen Fürsorgestellen im X. und XVI. Bezirk.³¹¹ Seit 1923 wurde das Fürsorgenetz kontinuierlich ausgebaut und 1934 gab es in Wien 24 Fürsorgestellen, wovon elf Stellen der Gemeinde Wien unterstanden, weitere sieben Stellen befanden sich unter der Führung von privaten Vereinen und sechs Stellen wurden von den Krankenkassen betrieben.³¹²

³¹¹ GÖTZL, Alfred: „Die Tuberkulosebekämpfung in Wien“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 28 (1929), 18-21, hier: 18

³¹² vgl. GÖTZL, Alfred: „Die Tuberkulose in Wien und ihre Bekämpfung im Jahre 1934“, in: *Mitteilungen des Volksgesundheitsamtes* (1935), Nr. 5, 42-46, hier: 42

Einen Einblick in den Umfang der geleisteten Arbeit in den Fürsorgestellen geben die registrierten Neuzugänge, die ärztlichen Leistungen, gemessen an der Zahl der Untersuchungen und die Leistungen der Fürsorgerinnen, welche anhand der Anzahl der Heimbesuche bewertet werden. Bei den Neuaufnahmen konnte seit 1919 ein erheblicher Anstieg konstatiert werden. Die Zahl der Neuzugänge in den Tuberkulosefürsorgestellen Wiens³¹³ betrug 1919 noch 15.384. Elf Jahre später wurden bereits 29.542 Neuaufnahmen registriert. Somit wurde im Jahr 1930 beinahe eine Verdoppelung erreicht.³¹⁴ Allerdings trat in den folgenden vier Jahren ein Rückgang bei der Anzahl der Neuzugänge ein (1931: 25.806; 1932: 23.986; 1933: 22.717). 1934 betreuten alle Wiener Fürsorgestellen 183.724 Personen, darunter 20.450 Neuaufnahmen. Münzt man diese Zahl auf 10.000 EinwohnerInnen um befanden sich 691 Personen in Fürsorge. Als Ursache für den Rückgang kommt im Allgemeinen so auch Götzl „*die bisher geleistete fürsorgerische Arbeit*“³¹⁵ in Betracht.³¹⁶

Die Anzahl der Gesamtuntersuchungen in den territorialen und nicht territorialen Fürsorgestellen Wiens (d.h. Erst- und Wiederholungsuntersuchungen) bewegte sich im Zeitraum von 1921 bis 1924 zwischen 41.000 und 51.000. Eine Ausnahme stellte dabei das Jahr 1923 dar, wo nur ca. 34.000 Untersuchungen stattfanden. Ab 1925 trat eine starke Vermehrung der Untersuchungen – mit einem Spitzenwert von 126.316 Gesamtuntersuchungen im Jahr 1930 – ein. Auslöser dieser Intensivierung war eine Erhöhung der jährlichen Untersuchungen von drei- auf viermal jährlich. Obwohl von 1931 bis 1934 die Anzahl der Gesamtuntersuchungen wieder zu sinken begann, war sie immer noch beachtlich.³¹⁷

³¹³ Die Fürsorgestellen Wiens werden in territoriale und nicht territoriale Fürsorgestellen unterteilt. Zur ersten Gruppe zählen die städtischen und privaten Fürsorgestellen, die in von einander abgegrenzte Rayone agieren. Die Grenzen der Rayone fallen im Allgemeinen mit den Bezirksgrenzen zusammen. Nicht territorial sind jene Fürsorgestellen der Krankenkassen. Ihre Tätigkeiten beschränken sich auf die jeweilige Krankenkassenmitglieder und deren Angehörige. Die folgenden Angaben beinhalten die Neuzugänge der territorialen und nicht territorialen Tuberkulosefürsorgestellen. o. A.: Tuberkulosefürsorge der Gemeinde Wien, 123

³¹⁴ vgl. GÖTZL, Alfred: „Die Tuberkulose und ihre Bekämpfung im Jahre 1927“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 28 (1929), 114-118, hier: 115

³¹⁵ GÖTZL: Tuberkulose 1934, 42

³¹⁶ GÖTZL: Tuberkulose 1934, 42 f.

³¹⁷ vgl. GÖTZL: Tuberkulosefürsorge, 97

1934 fanden in allen Tuberkulosefürsorgestellen Wiens 102.801 klinische Untersuchungen statt.³¹⁸ Parallel neben den üblichen Erst- und Wiederholungsuntersuchungen wurde auch eine Reihe von Hilfsuntersuchungen durchgeführt wie etwa Auswurfs- und Röntgenuntersuchungen sowie Tuberkulintests an bis zu 14-jährigen Kindern. Auffällig ist hier eine starke Zunahme der Röntgenuntersuchungen von 7.949 im Jahr 1928 auf 12.729 im Jahr 1929. Ursache dieser Steigerung ist eine Vermehrung der von den Krankenkassen betriebenen Fürsorgestellen, die eine systematischere Untersuchung der Kranken praktizierten.³¹⁹ 1934 konnte sich die Anzahl der Röntgenuntersuchungen abermals um weitere 1.412 Untersuchungen steigern.³²⁰ Außerdem sticht bei der Statistik der Hilfsuntersuchungen eine Verminderung der Tuberkulintests ins Auge. Sie reduzierten sich innerhalb eines Jahres (1928-1929) von rund 12.000 auf ca. 9.000 Untersuchungen. Götzl erklärte sich diesen Rückgang damit, dass wohl ein Großteil der Kinder bereits in den vergangenen Jahren oder an anderen Stellen getestet worden waren.³²¹

Bei den Leistungen der Fürsorgerinnen zeichnet sich ein ähnliches Bild ab. Analog zu den ärztlichen Untersuchungen konnte auch hier eine Intensivierung festgestellt werden. Betrug die Anzahl der gesamten Heimbesuche (d.h. Erst- und Nachbesuche) im Jahr 1921 noch 25.773 kann vier Jahre später bereits eine Verdoppelung der Gesamtbesuche festgestellt werden. Der Höhepunkt wurde ebenfalls 1930 mit über 97.000 Besuchen erreicht. Die Steigerung der Heimbesuche lässt sich wie bei den ärztlichen Leistungen auf eine Vermehrung der jährlichen Besuche zurückführen. Wurden im Jahr 1921 die Wohnungen von Fürsorgerinnen nur ca. zweimal jährlich aufgesucht, war dies im Jahr 1929 schon ungefähr fünfmal der Fall. Darüber hinaus kommt in der Steigerung auch das wachsende Vertrauen der Bevölkerung zu den Fürsorgerinnen zum Ausdruck.³²² Nach 1930 setzte ein Rückgang der Heimbesuche ein. Die Anzahl der Gesamtbesuche bewegte sich von 1931 bis 1934 zwischen 91.000 und 86.000.³²³

³¹⁸ vgl. GÖTZL: Tuberkulose 1934, 43

³¹⁹ vgl. GÖTZL: Tuberkulosefürsorge, 97

³²⁰ vgl. GÖTZL: Tuberkulose 1934, 43

³²¹ vgl. GÖTZL: Tuberkulosefürsorge, 97

³²² vgl. GÖTZL: Tuberkulosefürsorge, 98

³²³ vgl. GÖTZL: Tuberkulose 1934, 43

Zweifelsohne hob die neue Form der Tuberkulosefürsorge den Umgang mit der Tuberkulosebekämpfung aus ihren Angeln. Sie wandelte sich von einer „wohltätigen“ Hilfe – die in Anspruch genommen werden konnte oder nicht – hin zur „sozialen Arbeit“ die institutionalisiert und verbindlich war. Darüber hinaus wurde die Fürsorgearbeit „in den Markt medizinischer und sozialer Dienstleistungen per Gesetz förmlich eingeschleust“, ³²⁴ ohne dabei die Konkurrenz wie Fachärzte, Allgemeinmediziner oder Wohltätigkeitsvereine zu berücksichtigen. Aber nicht nur die Ärzteschaft und diverse soziale Vereine mussten sich mit dem neuen System anfreunden; auch für die PatientInnen war die verbindliche Tuberkulosefürsorge ein Novum, an das sie sich erst gewöhnen mussten. Im Wesentlichen kristallisierten sich in Wien in der täglichen Praxis zwei Konfliktfelder heraus: die PatientInnenbetreuung und die Zusammenarbeit mit den Ärzten. ³²⁵

2.2. Konflikt- und Problemfelder der Tuberkulosefürsorgestellen

Ärztliche Betreuung der PatientInnen war in den Fürsorgestellen, um den bereits niedergelassenen Ärzten keine Konkurrenz zu machen, nur in Ausnahmefällen zulässig. In erster Linie sollten die Fürsorgestellen nur als Vermittlungs-, Aufklärungs- und Auskunftsorgan agieren. Allerdings wuchsen die ärztlichen Leistungen in den Fürsorgestellen bereits nach Kriegsende erheblich an, um die eklatante medizinische Unterversorgung sozial benachteiligter Schichten einzudämmen. Der Fürsorgearzt fungierte somit in vielen Fällen auch als Armenarzt. ³²⁶

Zu den elementarsten Aufgaben einer Fürsorgestelle zählten die Nachforschungen angezeigter Tuberkulose Todesfälle und in weiterer Folge die Desinfektion bzw. Assanierung der Wohnung der/des Verstorbenen. Diese Anzeigen dienten den Fürsorgerinnen aber auch der Ausforschung weiterer tuberkulosegefährdeter bzw. bereits infizierter Familienmitgliedern und / oder MitbewohnerInnen, die schließlich in Fürsorge genommen werden sollten. Die hierfür auch notwendige Kooperations- bzw. Anzeigebereitschaft der niedergelassenen Ärzte ließ allerdings stark zu wünschen übrig. Die Beschwerden der Fürsorgestellen über die

³²⁴ DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 273

³²⁵ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 273

³²⁶ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 280

mangelnde Bereitschaft zur Zusammenarbeit und die Nachlässigkeit hinsichtlich der Anzeigepflicht verhalten während der gesamten Zwischenkriegszeit nicht. Diese höchst unbefriedigende Zusammenarbeit kommt deutlich in der Anzahl der PatientInnenzuweisungen an die zuständige Fürsorgestelle durch die freipraktizierenden Ärzte zum Ausdruck, denn innerhalb eines Dezenniums (1924-1934) sank dieser Anteil auf magere 1 % (siehe Tabelle 4). Hinter dieser oppositionellen Haltung verbarg sich die Angst der freipraktizierenden Ärzte, die Fürsorgestellen würden ihnen die PatientInnen – und somit die Einkünfte – wegnehmen.³²⁷ Neben der gefürchteten und unliebsamen Konkurrenzsituation war wohl auch die ungenügende fachliche Kompetenz vieler Ärzte in der Erkennung tuberkulöser Prozesse ein weiterer Grund für die schlechte Kooperation. Nicht bedeutend besser verlief die Zusammenarbeit mit anderen Ämtern und Behörden wie zum Beispiel den Jugendämtern und der Säuglingsfürsorge.³²⁸

Ein Großteil der PatientInnenzuweisungen ist der Arbeit der Fürsorgerinnen zu verdanken. Seit 1924 lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg beobachten, der sich bis 1934 um 20 % steigern konnte. Der zweitwichtigste Posten bei den Zuweisungen entfällt auf die Selbstmeldungen der Kranken. Aber im Gegensatz zu den Fürsorgerinnen nahm der Anteil der Selbstanzeigen seit den 30er Jahren sukzessive ab (siehe Tabelle 4). Die schlechte Zusammenarbeit zwischen den Tuberkulosefürsorgestellen und Ärzten war aber keine rein österreichische Erscheinung. Eine ablehnende Haltung gegenüber der institutionalisierten Fürsorge und der Anzeigepflicht im Besondern ist auch aus Deutschland, den USA und Japan bekannt.³²⁹

³²⁷ vgl. HÄHNER-ROMBACH: Sozialgeschichte, 243

³²⁸ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 280-282

³²⁹ vgl. HÄHNER-ROMBACH: Sozialgeschichte, 240 f.

Tab. 4: PatientInnenzuweisungen an Wiener Fürsorgestellen (Angaben in Prozent)

Jahr	Zuweisungen von				
	Ärzten	Behörden	Anzeige- pflicht	Selbst- meldungen	Fürsorger- innen
1924	5	6	6	27	17
1926	3	5	4	28	26
1928	2	4	3	30	25
1930	1	4	3	26	32
1932	1	5	6	32	36
1934	1	6	7	24	38

Quelle: GÖTZL: Tuberkulosefürsorge, 96
 GÖTZL: Tuberkulose 1930, 218
 GÖTZL: Tuberkulose 1932, 44
 GÖTZL: Tuberkulose 1934, 42

Ein weiteres Problem, das die Arbeit der Fürsorgestellen beträchtlich einschränkte, waren Schwierigkeiten bei der Durchsetzung der Anzeigepflicht. 1902 wurde per Erlass des Ministeriums des Innern festgelegt, dass alle Tuberkulose- und Erkrankungsfälle bei einem Wohnungswechsel von dem behandelnden Arzt zur Anzeige gebracht werden mussten. Allerdings stand die Anzeigepflicht von Beginn an – aufgrund von negativen Erfahrungen aus dem Ausland, die hauptsächlich auf eine ärztliche Unterversorgung, Fehldiagnosen und Laienobduktionen zurückzuführen waren – unter keinem guten Stern. Selbst 15 Jahre später zeigte sich, dass das Innenministerium immer noch nicht bereit war ein entsprechendes Gesetz vorzulegen, mit dem Argument, dass bei dem derzeitigen Ärztemangel eine Durchführung der Anzeigepflicht in der Praxis undenkbar sei. Das lange Ausharren der Befürworter fand schließlich am 24. Februar 1919 durch eine Vollzugsanweisung des Staatsamtes für Volksgesundheit ein Ende, das festlegte, dass nicht nur die Todesfälle sondern auch alle Erkrankungen an offener Lungen- und Kehlkopftuberkulose durch die Verantwortlichen in Krankenanstalten und Wohngemeinschaften, die öffentlichen Zwecken dienten, wie beispielsweise Asylheime, Arbeitshäuser, Gefängnisse, Kasernen, Internate, Konvikte etc. anzeigepflichtig waren. Wenn allerdings *„eine Verbreitung der Krankheit zu befürchten war, wenn Tuberkelbazillen nachgewiesen werden*

konnten oder klinische Erscheinungen erkennbar waren“,³³⁰ konnte eine Anzeige auch durch Einzelpersonen erfolgen.³³¹

Wie die Statistik aber eindeutig zeigt, stellte sich die Anzeigepflicht als Misserfolg heraus. Im Zeitraum von 1924 bis 1934 bewegte sich der Anteil der Neuzugänge aufgrund der Anzeigepflicht zwischen 3 und 7 % (siehe Tabelle 4). Die Gründe hierfür sind sehr vielfältig. Für einen Arzt war die Anzeigepflicht insofern problematisch, da sie im Widerspruch zu seiner ihm gesetzlich auferlegten Schweigepflicht stand. Darüber hinaus lehnten viele Mediziner eine staatliche Einmischung in die ärztliche Tätigkeit ab. Der/Dem Kranken selbst widerfuhr durch die Anzeigepflicht Stigmatisierungen und der Verlust des Arbeitsplatzes. Im Falle einer Einweisung in eine Heilanstalt verloren die Betroffenen überdies noch ihren Anspruch auf Notstandsunterstützung. All diese Konsequenzen wirkten abschreckend und trugen wesentlich zur Ablehnung der Anzeigepflicht innerhalb der Bevölkerung bei.³³²

Schwierigkeiten bereitete den Fürsorgestellen auch die bescheidene finanzielle und materielle Ausstattung. Vor allem während der ersten Nachkriegsjahre reichten wegen der Inflation die zugesicherten finanziellen Mittel nicht aus, um die Miete, das Personal und die Unterstützungen für die Bedürftigen zu begleichen. Der Betrieb zahlreicher Fürsorgestellen konnte nur durch großzügige Spenden aufrechterhalten werden. Eine Entschärfung der Situation stellte sich erst 1924 ein. In Wien war das Finanzierungsproblem nicht allzu gravierend wie in den übrigen Bundesländern, da die Wiener Fürsorgestellen tatkräftig von der Gemeinde unterstützt wurden. In Tirol hingegen stand die Innsbrucker Fürsorgestelle schon mehrfach vor dem finanziellen Ruin.³³³

³³⁰ DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 252

³³¹ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 251 f.

³³² vgl. HÄHNER-ROMBACH: Sozialgeschichte, 241 f.

³³³ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 283 und 285

2.3. Ausbau der Lungenheilstätten in Wien

Bereits in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts gab es eine kleine Anzahl von Sanatorien,³³⁴ die von Ärzten, privaten SpenderInnen und Wohltätigkeitsvereinen gegründet und zum Teil auch erhalten wurden. Allerdings standen diese Erholungsstätten nur bestimmten Personengruppen offen wie zum Beispiel Kindern oder mittellose Juden und erzielten nur eine geringe Breitenwirkung.³³⁵

Die erste spezielle Tuberkulosebehandlungsstätte in Wien wurde schon sehr früh 1839, als „Heilanstalt für Brustkranke in Ober St. Veit“, von Dr. Mathias Erbes geschaffen. Ein Jahr später wurde eine eigene Abteilung für Brustkrankheiten im Allgemeinen Krankenhaus eingerichtet, deren Leitung der berühmte Internist Joseph Skoda übernahm. 1852 errichtete der Wiener Professor für Kinderheilkunde Mauthner Ritter von Mauthstein eine Filiale des Wiener „St. Anna Kinderspitals“ in Baden, um armen Kindern die Nutzung der Schwefelthermen zu ermöglichen. Vier Jahre später erfolgte durch den „Kaiserin Elisabeth Hospitalsverein“ die Gründung einer Anstalt in Bad Hall die für die Behandlung für skrophulöse (Wiener) Kinder gedacht war. Durch die Anregungen des Florentiner Arztes Giuseppe Barellai und der Initiative eines Görzer Vereines wurde 1873 das erste österreichische Seehospiz in Grado aus der Taufe gehoben. Ein weiteres Seehospiz wurde 1884 bei Triest in Betrieb genommen. Vier Jahre später konnte dank des Engagements von Prof. Alois Monti und des „Vereins zur Errichtung und Förderung von Seehospizen und Asylen für arme skrophulöse und rachitische Kinder“ in San Pelagio bei Rovinj ein weiteres Kinderspital gegründet werden. 1893 folgte eine weitere Behandlungsstätte in Sulzbach-Ischl und 1898 wurde die bereits erwähnte Heilanstalt in Alland eröffnet, deren Bau nur durch die persönliche Initiative von Dr. Leopold Schrötter verwirklicht werden konnte.³³⁶

³³⁴ Der Begriff Sanatorium bezeichnete im zeitgenössischen Sprachgebrauch Anstalten für reiche PatientInnen, die sich ihre Therapie selbst finanzierten. In Volksheilstätten hingegen erhielten arme und mittellose Kranke eine kostenlose Behandlung. Oft stößt man in der Literatur auch auf die Begriffe Lungenheilstätte bzw. -heilstätte. All diese Begriffe meinen im Grunde genommen dasselbe: eine krankenhausähnliche Einrichtung, die auf die Behandlung und Heilung von TuberkulosepatientInnen spezialisiert war. vgl. CONDRAU: Lungenheilstätte, 57

³³⁵ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 195

³³⁶ vgl. JUNKER: Tuberkulose in Wien, 215 f.

Auffallend ist, dass die neu errichteten Heilanstalten überwiegend für Kinder und Männer eingerichtet wurden. Für Frauen stand lediglich in der Heilanstalt Alland eine größere Anzahl von Plätzen (103 Betten) zur Verfügung. *„Dezidiert für Frauen bestimmt waren die 1909 errichtete „Villa Barbara“ in Neumarkt in der Steiermark und das 1905 eröffnete „Albertinum“ in Senftenberg in Böhmen.“*³³⁷ Vor dem Ersten Weltkrieg herrschte ein chronischer Bettenmangel in den Krankenhäusern und ein Großteil der PatientInnen wurde auf internen oder chirurgischen Abteilungen behandelt.³³⁸ Der Gemeinde Wien standen 1918 nur 724 Heilstättenplätze zur Verfügung, wovon 644 Plätze auf Kinderanstalten entfielen. Die restlichen Plätze kamen für Erwachsene im Wohltätigkeitshaus in Baden in Betracht. Für lungenkranke Wiener Männer und Frauen war vor und während dem Ersten Weltkrieg nicht vorgesorgt.³³⁹

Nach dem Krieg begann die Gemeinde Wien mit dem Ausbau der Heilstätten. 1923 standen der Bevölkerung Wiens zur stationären Tuberkulosebehandlung über 2.000 Betten zur Verfügung, die sich auf Anstalten in Lainz, Enzenbach, Bad Hall, Hörgas, Grimmerstein, Krems, Sulzbach bei Bad Ischl, Baden, San Pelagio, Lussingrande sowie auf die Heilstätten „Spinnerin am Kreuz“, „Bellevue“ und „Kreuzwiese“ aufteilten. In Wien selbst allerdings standen in den kommunalen Anstalten nur 500 Betten zur Behandlung zur Verfügung. Zur besseren Koordination und Organisation der Heilstättenentsendung wurde 1923 die „Zentralaufnahmestelle für Tuberkulose und Kurbedürftige“ ins Leben gerufen.³⁴⁰

Zwei der bedeutendsten Lungenheilstätten die im Laufe der 20er Jahre von der Gemeinde Wien errichtet wurden – die Lungenheilanstalt „Baumgartnerhöhe“ und der Tuberkulosepavillon im „Krankenhaus Lainz“ – sollen nun kurz vorgestellt werden.

³³⁷ DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 196

³³⁸ vgl. JUNKER: Tuberkulose in Wien, 49

³³⁹ vgl. Statistische Mitteilungen der Stadt Wien, 241

³⁴⁰ vgl. JUNKER: Tuberkulose in Wien, 65

2.3.1. Lungenheilstätte „Baumgartnerhöhe“

In den Anlagen des ehemaligen Mittelstandsanatoriums für Geistes- und Nerven- kranke im XIII. Bezirk wurde 1923 die Lungenheilstätte „Baumgartnerhöhe“ mit 220 Betten eingerichtet.³⁴¹ Die Auflösung der Tuberkuloseheilanstalt „Spinnerin am Kreuz“, in der leicht lungenkranke Frauen und Kinder behandelt wurden, veranlasste die Gemeinde Wien dazu die Bettenkapazität in der „Baumgartnerhöhe“ aufzustocken. 1925 kam es deshalb zur Errichtung von zwei Tuberkulosepavillons für Kinder ab dem 5. Lebensjahr. Die Pavillons waren mit geräumigen und sonnigen Zimmern, einer Zentralheizung sowie einer Liegehalle ausgestattet. Eine angrenzende Gartenanlage bot den Kindern Möglichkeiten zum Spielen und Spaziergehen. Es wurde aber tunlichst darauf geachtet, dass die Kinder nicht in Kontakt mit den erwachsenen PatientInnen kamen. Mit der Eröffnung der Kinder- abteilung erreichte die „Baumgartnerhöhe“ eine Kapazität von ca. 400 Betten.³⁴² Jahr für Jahr erhöhte sich die Bettenkapazität der Lungenabteilung kontinuierlich. Von 1923 bis 1926 beherbergte die Anstalt 3.500 PatientInnen mit einer Aufenthaltsdauer von drei bis sechs Monaten. 1931 erfolgte eine weitere Erweiterung der „Baumgartnerhöhe“, als die Kinderheilanstalt Sulzbach-Ischl, die auf Knochen- und Gelenktuberkulose spezialisiert war, in den Pavillon Austria integriert wurde. Da die Knochen- und Gelenktuberkulose einer längeren Behandlung bedurfte, erhielten die schulpflichtigen Kinder während ihres Aufenthalts in der „Baumgartnerhöhe“ auch Unterricht. Kleinkinder wurden von einer Kindergärtnerin betreut. Ihren Höhepunkt erreichte die Lungenabteilung der „Baumgartnerhöhe“ allerdings Mitte der 40er Jahre: 1945 zählte die Lungenheilanstalt 984 Betten und war somit die größte in Mitteleuropa. Die Liegehallenkur als Behandlungsmethode für die Tuberkulose wurde bis Mitte der 60er Jahre praktiziert.³⁴³

³⁴¹ CZEIKE: Wirtschafts- und Sozialpolitik, Bd. 2, 254

³⁴² vgl. o. A.: „Lungenheilstätte Baumgartner Höhe. Belagserweiterung“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 24 (1925), 72

³⁴³ JUNKER [u.a.]: Tuberkulose, 221 und 224 f.

2.3.2. Der Tuberkulosepavillon im „Krankenhaus Lainz“

Das „Krankenhaus Lainz“, das bis 1918 „Kaiser-Jubiläums-Spital“ hieß, wurde zum Gedenken an das 60-jährige Regierungsjubiläum Kaiser Franz Josefs errichtet, mit dem Bestreben der Wiener Spitalsnot entgegenzuwirken. Baubeginn dieser Anstalt, die mit der modernsten Technik ausgestattet werden sollte, war im März 1910. Bereits drei Jahre später fand die feierliche Eröffnung des Spitals statt. Im Gegensatz zu allen anderen Krankenanstalten war das „Krankenhaus Lainz“ kein Fonds-Spital; es war das erste von der Gemeinde Wien errichtete und geführte Spital und somit auch ein Wendepunkt in der medizinischen Versorgung der zivilen Bevölkerung Wiens, denn bis dato standen hierfür nur die Universitätskliniken und Privatspitäler zur Verfügung. Bei der Eröffnung umfasste das Krankenhaus acht Abteilungen: zwei medizinische Abteilungen, eine chirurgische Abteilung und je eine Abteilung für Urologie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Gynäkologie und Geburtshilfe, Augenkrankheiten und Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten. Nach dem Ende des Ersten Weltkriegs nahm die Gemeinde Wien den Ausbau des Spitals in Angriff. Die bedeutendste Erweiterung erlebte das Krankenhaus unter Julius Tandler in den Jahren 1930/31. Drei neue Fachabteilungen, eine für Stoffwechselerkrankungen, eine für Tuberkulose und Lungenkrankheiten und eine Abteilung für Strahlentherapie, vergrößerten das Arbeitsfeld des Spitals enorm. Eine fundamentale Voraussetzung für den Bau, des damals in jeder Hinsicht bestens eingerichteten Tuberkulosepavillons, erfolgte bereits 1929. Tandler plante den Bau des Pavillons äußerst sorgsam und entsendete den Direktor des Hauses, Arnold Baumgarten, und zwei weitere Ärzte, ins Mekka der Heilstättenbewegung, nach Deutschland, um die dortigen Lungenheilstätten zu erforschen. Baubeginn war der 12. Mai 1929 und eröffnet wurde der 320 Betten umfassende Tuberkulosepavillon am 15. November 1930.³⁴⁴

Das Gebäude selbst war vollständig symmetrisch angelegt und gliederte sich in einen Mitteltrakt und zwei Flügeltrakte, die die Krankenstationen für die Männer und Frauen beherbergten. Obwohl die Zeiten schlecht waren, wurde auf den Gebrauch von hochwertigen Materialien viel Wert gelegt. Die üblichen großen Krankensäle mussten zu

³⁴⁴ REGAL, Wolfgang / NANUT, Michael: „Das älteste Spital der Stadt Wien“, in: *Ärzte Woche* 36 (2004), verfügbar unter: <http://www.springermedizin.at/fachbereiche-a-z/lost-and-found/?full=5699> (Zugriff am 5. 2. 10)

Gunsten von kleineren südseitig gelegenen Krankenzimmern weichen, wobei der größte Raum für sechs PatientInnen ausgelegt war. Die Zimmer waren mit dreiteiligen Schiebefenstern ausgestattet, die vom Fußboden bis zur Decke reichten. Die Wahl fiel auf Schiebefenster, weil damit die Freiluftbehandlung auch im Zimmer durchgeführt werden konnte. Die Fensterwand lag zwischen zwei vorgebauten Pfeilern, an denen die Heizkörper montiert waren. Die Pfeilvorsprünge waren sehr nützlich, da sie im Sommer eine direkte Sonnenbestrahlung der Kopfbenden verhinderten (vorausgesetzt die Betten standen parallel zur Fensterwand). Darüber hinaus befand sich neben jedem Krankenbett ein Knopf zur Bedienung einer Lichtsignalanlage, die eine Krankenschwester herbeirief. Zur Unterhaltung der PatientInnen war außerdem jedes Krankenbett mit einer Anschlusssteckdose für Radiokopfhörer versehen. Weitere Highlights des Pavillons waren die Isolierzimmer, die für infektionsverdächtige, unruhige, sterbende oder besonders hitzeempfindliche Kranke konzipiert wurden, ein Röntgeninstitut, ein chemisch-bakteriologisches Laboratorium, Behandlungsräume für die Lichttherapie und ein Pneumothoraxraum. Im 3. und im 4. Stock des Mitteltraktes befand sich je eine 62 m lange überdachte Liegehalle mit je 50 Liegestühlen, die ebenfalls gegen Süden ausgerichtet war. Zwei Bettenaufzüge garantierten einen einfachen und unkomplizierten Transport der PatientInnen von den Zimmern zu den Liegehallen, von wo aus die Kranken auf eine großzügige Gartenanlage blickten. Die Kosten für den Bau einschließlich der Straße, dem Garten, der Inneneinrichtung und den Instrumente beliefen sich auf 4,85 Millionen Schilling (ca. 352.000 Euro).³⁴⁵

2.4. Probleme der Heilstätten in der Ersten Republik

Das gravierendste Problem der Heilstätten war vor dem Ersten Weltkrieg die Finanzierung. Ohne die großzügigen Spenden wäre der Bau von Heilstätten undenkbar gewesen. Dem aber nicht genug, denn war die Finanzierung einer Heilstätte erst einmal sichergestellt, wurde der Betrieb einer Heilstätte von den nachkriegsbedingten Versorgungsschwierigkeiten überschattet. Die galoppierende Inflation und die wachsende Anzahl nicht krankversicherter PatientInnen brachten die Heilstätten zusätzlich in Bedrängnis. Die unzulängliche Versorgung mit Heizmaterial, Lebensmittel und Medikamenten in Wien und

³⁴⁵ vgl. JUDTMANN, Fritz / RISS, Egon: „Der neue Tuberkulosepavillon im Krankenhaus der Stadt Wien“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 30 (1931), 34-38.

den übrigen Bundesländern verursachte schließlich eine geringere Bettenauslastung. Den internationalen Hilfsaktionen, hauptsächlich jenen für Kinder (z.B. dem „Internationalen Kinder-Hilfswerk“), ist es zu verdanken, dass viele Pflegeanstalten für Kinder nicht geschlossen werden mussten. Die Heilstätten erhielten in erster Linie Lebensmittel wie Fett, Fleisch, Milch, Mehl sowie Honig und Medikamente insbesondere das Stärkungsmittel Lebertran. Die schlechte wirtschaftliche Lage der Heilanstalten, wirkte sich dementsprechend auch auf die Qualität der Pflege aus. Für die Jahre 1920 und 1921 sind zahlreiche Beschwerden von PatientInnen aus den Heilstätten überliefert. Das Wiener Montagsblatt „Der Morgen“ berichtete im Dezember 1919 über die Lungenheilanstalt Steinklamm, dass Ratten und Mäuse in den Schlafsälen umherliefen, eine Zimmertemperatur von vier Grad Celsius herrsche, ungenügende Sanitäreinrichtungen vorhanden wären sowie unzureichende und ungenießbare Speisen serviert würden. Aus der Heilanstalt Alland drangen ähnliche Missstände in die Öffentlichkeit wie schlecht beheizte Zimmer und mangelhafte Verpflegung. Ab 1922 trat eine Verbesserung der Versorgungslage der Heilanstalten ein. Neben den nachkriegsbedingten Schwierigkeiten hatten die Heilanstalten noch mit den Bestimmungen der Krankenkassen zu kämpfen, da diese erst nach einer einjährigen Zugehörigkeit der/des Versicherten einen Zuschuss für die Verpflegungskosten leisteten. Da die Beiträge der Krankenkassen alles andere als ausreichend waren, blieb die Frage der Kostendeckung während der Ersten Republik bzw. der gesamten Zwischenkriegszeit ein akutes Problem. Bei nicht versicherten Kranken mussten die Behandlungskosten von der jeweiligen Heimatgemeinde übernommen werden, die eine Kostenübernahme aber auch immer häufiger ablehnten. Dies bewirkte ab 1929 einen eklatanten Rückgang der PatientInnen und in weiterer Folge Auslastungsprobleme.³⁴⁶

Die Erfolge der Heilstättenbewegung waren im Gegensatz zum Ausbau des Fürsorgenetzes und der sozialen Wohnbaupolitik eher bescheiden. Auch Tandler wies darauf hin, dass im Kampf gegen die Tuberkulose nicht eine hohe Bettenanzahl in namenhaften Heilstätten ausschlaggebend sei, sondern der Bau von gesunden Wohnungen.³⁴⁷

³⁴⁶ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 219-221

³⁴⁷ vgl. TANDLER, Julius: „Mieterschutz und Volksgesundheit“, in: *Arbeiterschutz. Zeitschrift für soziale Gesetzgebung* 38 (1927), 133-135, hier: 133

Bevor jedoch die soziale Wohnbaupolitik der Gemeinde Wien und ihre Auswirkungen auf die Tuberkulosebekämpfung diskutiert werden, soll zuvor noch in aller Kürze ein wichtiges Kriterium für dieses Vorhaben, die Einführung des Mieterschutzes, erörtert werden.

3. Soziale Wohnbaupolitik

Die progressive Verschlechterung der Wiener Wohnverhältnisse, von denen nicht alleine Familien aus dem Arbeitermilieu betroffen waren, sondern auch verarmte und proletarisierte Kleinbürger, wurden von den amtlichen Stellen bis 1919 teilnahmslos beobachtet. Eventuellen Diskussionen der Wohnungsfrage handelten lediglich von einer Milderung, aber von keiner Abschaffung der Wohnungsnot. Die rote Gemeindeverwaltung erkannte jedoch, dass das Wohnungsproblem zu einem politischen Erfolg führen würde, und somit wurde die Wohnbaupolitik zu einem Schwerpunkt der Kommunalpolitik. Ziel war es allen Wiener ArbeiterInnen gute und preiswerte Wohnungen garantieren zu können.³⁴⁸

Eine elementare Voraussetzung für den kommunalen Wohnungsbau war der sog. Mieterschutz. Er geht auf eine Notverordnung des Jahres 1917 zurück und war Teil eines Pakets zur Beschwichtigung der Bevölkerung die Kaiser Karl zwischen 1916 und 1917 erlassen hatte. Die „Verordnung über den Schutz der Mieter“ schränkte weitgehend das Kündigungsrecht der Hausbesitzer ein und schützte die Mieter vor willkürlicher und ungerechtfertigter Zinssteigerung.^{349 350} Allerdings besaß die Verordnung einige Schönheitsfehler, die ihrem behelfsmäßigen Charakter zuzuschreiben sind. Erstens bezog sich der Mieterschutz nur auf Wohnungen und Geschäftslokale, die eine maximale Jahresmiete von 3.000 Kronen einbrachten und zweitens war er nicht für Häuser vorgesehen, mit deren Bau nach dem 27. Jänner 1917 begonnen wurde. Darüber hinaus besaß die Verordnung nicht in allen Städten und Orten der österreichischen Reichshälfte Gültigkeit und war zeitlich

³⁴⁸ vgl. WEIHSMANN: Wien, 19-22 und 26

³⁴⁹ vgl. WEIHSMANN: Wien, 33

³⁵⁰ Weitere Beschwichtigungsmaßnahmen waren die Errichtung eines eigenen „Amtes für Volksernährung“, die Erhöhung der Krankengelder, die Gewährung von Schwangerschaftsunterstützung und Stillprämien, die Gründung eines eigenen „Ministeriums für soziale Fürsorge“ etc. vgl. HAUTMANN / HAUTMANN: Gemeindebauten, 23

befristet. Am 20. Jänner 1918 trat eine Erweiterung des Mieterschutzes ein. Durch die zweite Verordnung wurde die Gesetzeskraft des Mieterschutzes auf die gesamte österreichische Reichshälfte ausgedehnt und der Schutz vor Delogierung für alle Wohnungen und Geschäftslokale ungeachtet ihrer Jahresmiete eingeführt. Diese ebenfalls noch sehr provisorischen Maßregeln waren bis Ende 1918 befristet und am 26. Oktober 1918 erfolgte die dritte Verordnung über den Mieterschutz. Diese war nun zeitlich nicht mehr beschränkt wodurch die Verordnung ihren Charakter als Notgesetz verlor. Der Mieterschutz war praktisch zum Mietrecht geworden. Wesentliche Neuerungen und Erweiterungen waren, dass es dem Hausherrn untersagt war Wohnungsablösen anzunehmen und dass die Gebühren, die Untermieter für Möbel und Dienste zu entrichten hatten, angemessen sein mussten.³⁵¹

Der Mieterschutz – der en passant bemerkt kein rein österreichisches Phänomen war und früher oder später in allen kriegsführenden und neutralen Ländern eine Parallele fand³⁵² – wurde von den Hausbesitzern nur als temporäre Maßnahme betrachtet. Sie und ihre politische Interessensvertretung die Christlichsoziale Partei traten nach Kriegsende vehement für die Abschaffung des Mieterschutzes ein. Jedoch blieb er weiterhin bestehen und brachte vor allem für die breite Masse der ArbeiterInnen und KleinbürgerInnen praktische Vorteile. Der Mieterschutz hatte in Verbindung mit der Inflation den Mietzins im Gegensatz zu den Preisen anderer Bedarfsgegenstände nur geringfügig ansteigen lassen. Nun musste ein Arbeiter– oder Kleinbürgerhaushalt nur mehr ein halbes Prozent der Einkünfte für den Mietzins aufbringen. Eine durchaus beachtliche Minderung, wenn man bedenkt, dass es vor dem Krieg 25 bis 30 % waren. Die Miete spielte als Kostenfaktor kaum noch eine Rolle und bewirkte somit eine Milderung der Not bei vielen Mietern. Trotz alledem legte die Regierung Schober am 26. Jänner 1922 eine Vorlage zum Mietengesetz vor, die eine vierfache Erhöhung der Miete und eine Erweiterung der Kündigungsgründe in Betracht zog. Dies hätte eine Belastung für die Mieter bedeutet und die SDAP protestierte vehement gegen diesen Vorschlag. Ein Kompromiss zwischen Sozialisten und Christlich-

³⁵¹ vgl. HAUTMANN / HAUTMANN: Gemeindebauten, 25

³⁵² In Großbritannien, Russland, Frankreich 1915; in Ungarn, Rumänien, Dänemark und Norwegen 1916; in Deutschland, Italien, den Niederlanden, Schweden und der Schweiz 1917. Einmalig war aber in Österreich, dass nach Kriegsende der Mieterschutz nicht wieder beseitigt wurde. Er wurde sogar 1922 als Bundesgesetz verankert. vgl. HAUTMANN / HAUTMANN: Gemeindebauten, 26

sozialen wurde im „Bundesgesetz über die Miete von Wohnungen und Geschäftsräumlichkeiten (Mietengesetz)“ (BGBl. 1922, Nr. 872) gefunden.³⁵³ Im Zuge des neuen Gesetzes kam es zu einer Aufgliederung der Miete in drei Komponenten: den preisgesicherten Grundmietzins, der das Einkommen des Hausbesitzers darstellte, den Instandhaltungszins und die Betriebskosten (Wasserverbrauch, Kanalgebühr, Hausbesorgerkosten, Müllabfuhr, Hausbeleuchtung, Feuerversicherung etc.). Durch die Aufgliederung der Miete war es für die Hausbesitzer nicht mehr möglich, hohe Mieten zur Amortisation der Baukosten und Kapitalausgaben zu verlangen.³⁵⁴

Am 14. Juli 1929 wurde schließlich das „Bundesgesetz, betreffend die Förderung der Wohnbautätigkeit und Abänderung des Mietengesetzes (Wohnbauförderungs- und Mietengesetz)“ (BGBl. 1929, Nr. 200) erlassen. Die gesetzlichen Änderungen zogen eine Durchlöcherung wesentlicher Prinzipien des Mieterschutzes mit sich wie zum Beispiel eine teilweise Wiederherstellung der Hausherrenrente.³⁵⁵ Durch die Zusammenlegung des Grundmietzins und Instandhaltungszins zum Hauptmietzins wurde „die Verfügungsgewalt des Hausbesitzers über das Mietobjekt rechtlich wieder anerkannt.“ Darüber hinaus kam es zu einer Erhöhung des Hauptmietzinses und das Kontrollrecht der Mieter bei Reparaturen wurde eingeschränkt.³⁵⁶

Der Mieterschutz brachte aber nicht nur Vorteile für die breite Masse der ArbeiterInnen und KleinbürgerInnen, sondern auch für die Gemeinde Wien. Die private Bautätigkeit entwickelte sich durch den Mieterschutz zu einem unrentablen Geschäft und entzog sich überdies auch noch der privaten Spekulation. Das zog ein Sinken der Bodenpreise nach sich und viele Spekulanten verkauften Grund und Boden zu niedrigen Preisen. Hauptnutznießerin war die Gemeinde, denn sie kaufte die preiswerten Baugründe im Stadtgebiet und größere zusammenhängende Liegenschaften für Großblock- und Siedlungsanlagen.³⁵⁷

³⁵³ vgl. SELIGER, Maren: *Sozialdemokratie und Kommunalpolitik in Wien. Zu einigen Aspekten sozialdemokratischer Politik in der Vor- und Zwischenkriegszeit* (= Wiener Schriften 49, Wien [u.a.] 1980), 93

³⁵⁴ vgl. WEIHSMANN: Wien, 34

³⁵⁵ vgl. HAUTMANN / HAUTMANN: Gemeindebauten, 124

³⁵⁶ SELIGER: Sozialdemokratie, 94

³⁵⁷ vgl. WEIHSMANN: Wien, 34

Von der volkswirtschaftlichen Warte aus betrachtet, war der niedrige Mietzins lohn- und preispolitisch eine „*unbedingte regulative Notwendigkeit, um die Konkurrenzfähigkeit der österreichischen Exportwirtschaft nicht zu gefährden.*“³⁵⁸ Die Reallöhne der österreichischen ArbeiterInnen waren schon vor dem Ersten Weltkrieg im internationalen Vergleich nicht hoch gewesen und bewegten sich auch während der Ersten Republik immer hart an der Grenze des Existenzminimums. Die Abschaffung des Mieterschutzes hätte eine Erhöhung der Miete bedeutet und das wiederum hätte unweigerlich zu einer Lohnerhöhung führen müssen. Die Sozialdemokratische Partei argumentierte vom Standpunkt der ökonomischen „Vernunft“ und wies darauf hin, dass eine Abschaffung des Mieterschutzes zu einer erhöhten Arbeitslosigkeit, niedrigeren Produktivität, Streikwellen und sozialen Unruhen führen würde.³⁵⁹ Um sich eine gewisse Stellung als Exportland am Weltmarkt sichern zu können, musste der Staat als indirekte Hilfe für die exportorientierte Industrie den Mieterschutz bzw. den niedrigen Mietzins als Instrument der Lohnregulierung einsetzen.³⁶⁰

3.1. Wohnungspolitische Maßnahmen der Gemeinde Wien

Die Lücke der privaten Bautätigkeit versuchte die Gemeinde mit verschiedenen wohnungspolitischen Maßnahmen zu füllen. Das wichtigste Instrument der Gemeinde zur Linderung der Wohnungsnot war anfangs das Wohnungsanforderungsrecht. Es basiert auf einer Vollzugsanweisung des Staatsrates vom 13. November 1918 und ermöglicht der Gemeinde alle frei werdenden Wohnungen unter ihre Verfügungsgewalt zu stellen. Die Gemeinde trat als Generalmieter gegenüber dem Eigentümer auf. Zwischen 1919 und 1925 konnten durch das Anforderungsrecht 44.838 Wohnungen und eine große Anzahl von Einzelräumen vermittelt werden. Die Verteilung der vorhandenen Wohnungen reichte aber bei weitem noch nicht aus, um dem Wohnbedarf gerecht zu werden. Deshalb unternahm die Gemeinde auch Versuche die private Bautätigkeit anzukurbeln.³⁶¹

³⁵⁸ WEIHSMANN: Wien, 34

³⁵⁹ vgl. HAUTMANN / HAUTMANN: Gemeindebauten, 117 f.

³⁶⁰ vgl. WEIHSMANN: Wien, 34 f.

³⁶¹ vgl. SELIGER: Sozialdemokratie, 99

Am 19. Februar 1919 beschloss der Gemeinderat „*städtischen Baugrund im Bau-rechtswege an private Bauwerber bzw. Genossenschaften zur Verfügung [zu stellen] und übernahm darüber hinaus Kosten für den verlorenen Bauaufwand, d.h. sie trug die Differenz zwischen tatsächlichen Baukosten und einem vertretbaren, auf das Einkommens-niveau Rücksicht nehmenden Mietzins.*“³⁶² Der Erfolg der Förderungsmaßnahmen für den privaten Wohnbau vom Februar 1919 war aber wegen der Schwäche des Kapitalmarktes und der Inflation sehr gering. Die private Wohnbautätigkeit stagnierte weiterhin und es mussten neue Finanzierungsmöglichkeiten gefunden werden. Eine Option sah der Gemeinderat in der Errichtung eines Wohnungs- und Siedlungsfonds. Finanziert wurde der Fonds durch Bundesmittel, Erträge aus der Mietzinsabgabe und sog. Äquivalentzahlungen aus der Wohnungsanforderung. Zugute kommen sollte der Fonds vornehmlich dem gemeinnützigen Wohnungsbau und der Siedlungsbewegung.³⁶³

Die akute Wohnungsnot konnte letzten Endes nur durch die Schaffung neuer Wohnungen beseitigt werden. Nachdem die private Bautätigkeit auf Grund fehlender finanzieller Anreize ausblieb, übernahm die Gemeinde die Rolle des Bauträgers. Zur Linderung der Wohnungsnot präsentierte die SDAP am 21. September 1923 vorerst ein Bauprogramm von 25.000 Wohnstätten, die in der Zeit von 1924 bis 1928 errichtet werden sollten. Sie konnten bereits 1927 fertiggestellt werden und der Gemeinderat stockte noch im selben Jahr das Bauprogramm um weitere 5.000 Wohnungen auf. In den Jahren von 1929 bis 1933 wurde noch zusätzlich die Errichtung von weiteren 30.000 Unterkünften beschlossen.³⁶⁴ Insgesamt wurden, einschließlich der nach dem Februar 1934 vollendeten Bauvorhaben, von der Gemeinde Wien 61.175 Wohnstätten in 348 Wohnhausanlagen, 42 Siedlungsgruppen mit 5.205 Siedlungshäuser und 2.155 Geschäftslokale errichtet.³⁶⁵ Die beeindruckende Anzahl der bis 1934 errichteten Gemeindewohnungen, verleitet dazu, die Wohnungsnot bzw. das Wohnungselend in Wien als überwunden zu betrachten. Wie allerdings eine zeitgenössische Dokumentation von Käthe Leichter zeigt, waren Anfang der 30er Jahre desolate Wohnverhältnisse nach wie vor Teil der alltäglichen Erfahrungswelt vieler Industriearbeiterinnen. Von 1.320 befragten Frauen lebten fast 68,6 % in

³⁶² SELIGER: Sozialdemokratie, 100

³⁶³ vgl. SELIGER: Sozialdemokratie, 101-103

³⁶⁴ vgl. HAUTMANN / HAUTMANN: Gemeindebauten, 137

³⁶⁵ vgl. CZEIKE: Wirtschafts- und Sozialpolitik, Bd. 2, 23 f.

Kleinstwohnungen, die nur aus einem Kabinett und Küche bestanden. Knapp ein Drittel dieser Arbeiterinnen wohnten mit mehr als drei Personen zusammen. Rund 11 % der befragten Arbeiterinnen lebten in einer neuen Gemeindewohnung.³⁶⁶ Der Gemeinde gelang es zwar nicht die Wohnungsnot vollständig zu beseitigen, aber sie legte neue Standards hinsichtlich der Ausstattung und Qualität der Arbeiterwohnungen fest, die nachhaltig die Lebensqualität vieler Menschen verbesserte.³⁶⁷

Eine grundlegende Änderung trat bei der Finanzierung des Bauprogramms ein. In den ersten Nachkriegsjahren (besonders 1922 und Anfang 1923) versuchte man die Frage der Finanzierung durch die Aufnahme von Inlandsanleihen zu lösen. Allerdings wandte sich die Gemeindeführung mit der Einführung der Wohnbausteuer, die erstmals am 1. Februar 1923 eingehoben wurde, von dieser Finanzierungsmethode ab, denn durch die Aufnahme von Anleihen hätten die Wohnungen nicht mehr günstig vermietet werden können. Deshalb entschloss man sich das neue Bauvorhaben durch die Erträge der Wohnbausteuer sowie durch die Heranziehung allgemeiner Budgetmittel zu finanzieren.³⁶⁸

Wesentliche Strömungen für den Wohnungsbau waren die Siedlungs- und Gartenstadtbewegung, in der die Form des Einfamilienhauses dominierte, und das Konzept des Massenwohnungsbaus, der mehrheitlich von der Parteiführung favorisiert wurde. Erstere Bewegung blieb quantitativ eher unbedeutend, auch wenn einige durchaus bemerkenswerte Siedlungs- und Gartenstadtprojekte realisiert wurden wie beispielsweise die Gemeindeförderung „Süd-Ost“ oder „Laaer-Berg-Straße“ im X. Bezirk, die Siedlung „Am Rosenhügel“ im XII. Bezirk und die Gemeindeförderung „Am Heuberg“ im XII. Bezirk, die heute als Musterbeispiel für die damalige Wiener Siedlerbewegung gilt. Der Massenwohnungsbau in Form von Großwohnanlagen hingegen war die Antwort auf die Frage wie man dem quantitativen Wohnungsbedarf gerecht werden könnte. Ziel der Gemeindeverwaltung war es in möglichst kurzer Zeit viele Einzelwohnungen zu erschwinglichen Preisen zu errichten, wobei die bis dato niedrige Wohnqualität ebenfalls verbessert werden sollte.³⁶⁹

³⁶⁶ vgl. LEICHTER: So leben wir, 76 f.

³⁶⁷ vgl. WEIHSMANN: Wien, 52

³⁶⁸ vgl. CZEIKE: Wirtschafts- und Sozialpolitik, Bd. 2, 14

³⁶⁹ vgl. HAUTMANN / HAUTMANN: Gemeindebauten, 138 und 141

Die Richtlinien der Gemeinde für Neubauten waren eine Reaktion auf die Missstände in den Arbeiterwohnhäusern der Gründerzeit. Oberste Priorität wurden der Beseitigung der hygienischen und gesundheitlichen Problemen eingeräumt, die auf Grund der extrem dichten Bebauung, den engen Lichthöfen und der hohen Anzahl indirekt belichteter und belüfteter Räume entstanden. Grundlage für die Schaffung wohnhygienischer Forderungen war ein Verbaungsgrad von maximal 50 % der gesamten Geländefläche. Der Rest diente der Anlage von begrünten Innenhöfen, die die ausreichende Belichtung und Belüftung der Wohnungen sowie die direkte Besonnung zumindest eines Raumes sicherstellten. Darüber hinaus dienten die Innenhöfe als Aufenthalts-, Kommunikations- und Spielräume und boten Platz für einige Hausarbeiten wie dem Teppichklopfen oder der Müllentsorgung.³⁷⁰ Lichthöfe wurden nur mehr in Ausnahmefällen zugelassen, wenn infolge bereits anderer Nachbargebäude eine andere Lösung nicht möglich war. Der reduzierte Bebaungsgrad ermöglichte nicht nur eine bessere Belüftung und Belichtung, sondern auch die Errichtung von sozialen Gemeinschaftseinrichtungen wie zum Beispiel Waschküchen, Kindergärten, Jugendämter, Horte, Krankenkassenambulatorien, Tuberkulosefürsorgestellen, Mutterberatungsstellen, Schulzahnkliniken, Arbeiterbüchereien etc.³⁷¹ Jede Wohnung besaß einen Vorraum, eine Toilette mit Wasserspülung im Wohnungsverband, eine Wohnküche mit Wasseranschluss und Gasherd, elektrische Beleuchtung und einen Koksöfen. Das Fenster der Küche und der Abort führten unmittelbar auf die Straße oder in den Innenhof. Infolge des Wegfalls der Gangtoilette und der Installation von Wasserleitungen in der Küche wurde das eigentliche Symbol des Arbeiterhauses, die Bassena, zu Grabe getragen. Eine weitere wesentliche Änderung war, dass im Unterschied zur „Bassenawohnung“ die Gemeindewohnung einen direkten Zugang von der Stiege hatte und auf das alte „Gangsystem“ verzichtet wurde. Pro Geschoß waren maximal vier Wohnungen an der Treppe vorgesehen. Die Anzahl der Stiegehäuser war demnach größer.³⁷²

³⁷⁰ vgl. MANG, Brigitte: „Grünräume im Roten Wien“, in: ÖHLINGER, Walter (Red.), *Das Rote Wien 1918-1934. Ausstellungskatalog Historisches Museum der Stadt Wien* (Wien 1993), 62-72, hier: 62 und 66

³⁷¹ vgl. HAUTMANN / HAUTMANN: *Gemeindebauten*, 140

³⁷² vgl. WEIHSMANN: *Wien*, 39

In den Gemeindebauten dominierten bis zum Jahre 1926 zwei Wohnungstypen: rund 75 % der 25.000 Etagenwohnungen des ersten Wohnbauprogramms waren Wohnküche-Zimmer-Wohnungen mit 38 m² Nutzfläche; die übrigen 25 % waren Wohnküche-Zimmer-Kabinett-Wohnungen zu 48 m² Bodenfläche. Obwohl für Wiener Verhältnisse diese Wohnungen sehr fortschrittlich waren, konnten sie im internationalen Vergleich nicht mithalten. Sie waren schlichtweg zu klein und die Wohnungsgröße wurde sowohl von der Opposition im Rathaus als auch von ausländischen Architekten, Besuchern und Wohnungsexperten, am Internationalen Wohnungs- und Städtebaukongress der 1926 in Wien stattfand, bemängelt. Die Kritik veranlasste die Gemeinde schließlich dazu, ihre Richtlinien bezüglich der Wohnungsgröße zu ändern. Für das Bauprogramm von 1928 waren folgende Wohnungstypen vorgesehen: a) Einraumwohnungen zu 21 m² für Junggesellen und Ledige mit einer Kochnische und Gasherd; b) Wohnungen zu 40 m² mit einem Wohnzimmer und Kabinett; c) Wohnungen zu 49 m² mit zwei Schlafzimmern, einem Wohnraum und einem Balkon oder einer Loggia; d) Wohnungen zu 57 m² mit zwei großen Zimmern und einem Kabinett.³⁷³ Jede Wohnung erhielt einen Keller und Vorraum. Die Küchen waren meistens als Wohnküchen ausgebildet.³⁷⁴

Der Zins der Gemeindewohnungen orientierte sich nicht an den tatsächlichen Baukosten, sondern nur an der Deckung der Instandhaltungs- und Betriebskosten. Weitere bestimmende Faktoren für den niedrigen Mietzins waren die Verkehrslage der Wohnhausanlage (Stadt Nähe, Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel), die Ausstattung, kommunale Sozialeinrichtungen (Wäschereien, Bäder, Gartenanlagen), die Bauqualität und der Wohnkomfort. Der Mietzins betrug im Durchschnitt 20 Groschen pro m² im Monat, wobei 11 Groschen pro m² als Minimum und 30 Groschen pro m² als Maximum festgesetzt war. Hierzu ein Beispiel: 1926 betrug die Miete für eine 38m² Wohnung im 5. Bezirk monatlich 5,70 Schilling. Zuzüglich der Wohnbausteuer, die im Durchschnitt 1,50 Schilling pro Monat nicht überstieg, betrug die monatliche Gesamtmiete 7,20 Schilling, was ca. 4 % eines Arbeitereinkommens entsprach. Ausgangspunkt für die Berechnung der Miete war nicht der tatsächliche, ökonomisch ermittelte Marktpreis für die Wohnung, sondern ein politischer, nach gesamtgesellschaftlichen Berechnungen ermittelter Preis. Außerdem

³⁷³ vgl. HAUTMANN / HAUTMANN: Gemeindebauten, 141 f.

³⁷⁴ vgl. WEIHSMANN: Wien, 40

wurden bei Krankheit und Arbeitsunfähigkeit die Mieten in den Gemeindewohnungen gestundet und die/der MieterIn wurde nicht delogiert.³⁷⁵

3.1.1. „Gesundes Wohnen – Gesunde Menschen“

Julius Tandler wies in einem Vortrag – gehalten auf dem Verbandstag der Mietervereinigung Österreichs im Jahre 1927 – darauf hin, dass der Mieterschutz nicht nur eine finanzielle, soziale oder rechtliche Frage sei, sondern auch eine Frage der Gesundheitspolitik. Er erörterte den Zusammenhang zwischen Mieterschutz und Wohnungsbau auf der einen Seite und der Erhaltung der Volksgesundheit auf der anderen Seite. Entscheidend im Kampf gegen die Tuberkulose, die laut Tandler eine soziale Erkrankung sei, ist nicht die Anzahl der Heilstättenbetten. Diese Volksseuche könne einzig und alleine *„durch bevölkerungspolitische Maßnahmen, durch Wohnungen, durch Essen, Trinken und vernünftige Lebensweise“*³⁷⁶ bekämpft werden. Die Menschen vor einer Erkrankung zu schützen, sei es durch die Einführung des Acht-Studentengesetzes, die Errichtung neuer Wohnungen oder den Mieterschutz, hatte oberste Priorität für Tandler. Sein erklärtes Ziel war es, den Menschen die Wichtigkeit einer gesunden Lebensweise näherzubringen, die viel mehr wert sei als eine medizinische Behandlung. Oberstes Gebot sei es auf seine Gesundheit zu achten und auf keinen Fall sollte man einer Lebensweise frönen die eine Erkrankung herbeiführe.³⁷⁷ Den Schlüssel zum Erfolg sah Tandler in gesunden Wohnverhältnissen, denn *„gesunde Wohnungen kämpfen gegen Tuberkulose, gegen Geschlechtskrankheiten und gegen die Kindersterblichkeit.“*³⁷⁸ Tandler berief sich auf Siegfried Rosenfeld, der in einer Studie überzeugend nachwies, dass ein Zusammenhang zwischen Wohnungsdichte einerseits und Tuberkulosesterblichkeit andererseits existiert.³⁷⁹

³⁷⁵ vgl. WEIHSMANN: Wien, 38

³⁷⁶ TANDLER: Mieterschutz, 134

³⁷⁷ vgl. TANDLER: Mieterschutz, 133 f.

³⁷⁸ TANDLER: Mieterschutz, 133

³⁷⁹ Vgl. dazu ausführlich: ROSENFELD, Siegfried: *Die Änderungen der Tuberkulosehäufigkeit Österreichs durch den Krieg* (Wien 1921).

In der Tat lässt sich ein gewisser Zusammenhang nicht von der Hand weisen, denn die Tuberkulosesterblichkeit war in jenen Bezirken Wiens besonders hoch, wo ein Großteil der Bevölkerung in schlecht ausgestatteten Wohnungen hauste, eine hohe Wohndichte herrschte, eine beachtliche Anzahl von „BettgeherInnen“ und UntermieterInnen sowie Arbeitslosen vorhanden war.³⁸⁰ Zu diesen Bezirken zählten unter anderem Favoriten (X.), Simmering (XI.) und Ottakring (XVI.). Das Pendant dazu bildeten der I. (Innere Stadt), IV. (Wieden) und IX. (Alsergrund) Bezirk.³⁸¹

Für die These der erhöhten Infektionsgefahr bei beengten und schlechten Wohnverhältnissen spricht auch, dass mit dem Beginn des sozialen Wohnbaus in Wien ein allmählicher Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit in den Problembezirken einsetzte. In Favoriten starben umgerechnet auf 10.000 Lebende gerechnet, in den Jahren von 1910 bis 1914 47 Männer und 30 Frauen an der Tuberkulose. In den ersten Nachkriegsjahren stieg in Folge von Hunger und Kriegsnot die Sterblichkeitsrate weiter an. Zwischen 1924 und 1928 sank die Quote auf 37 Männer und 20 Frauen. Dieser Rückgang kongruiert mit dem intensiven Beginn des Bauprogramms der Gemeinde, das im X. Bezirk deutliche Spuren hinterließ. Zwischen 1923 und 1934 wurden in Favoriten 8.378 Wohnungen gebaut, was 13 % des Gesamtbauvolumens entsprach. Zu den imposantesten und wichtigsten Höfen, die den BewohnerInnen eine bessere Wohnqualität ermöglichten, zählten der „Viktor-Adler-Hof“ (1923), der „Quarin-Hof“ (1924/25), der „Jean-Jaurès-Hof“ (1925/26) und der „Züricher-Hof“ (1928-1931). Die größte und bedeutendste Anlage im Bezirk entstand jedoch bei der „Spinnerin am Kreuz“: der heutige „George-Washington-Hof“ (1927-1930). Eine weitläufige Anlage mit 1.085 Wohnungen, einer großzügigen Gartenanlage und diversen Neben- und Gemeinschaftseinrichtung wie zum Beispiel ein Kindergarten, ein Jugendhort, eine Arbeiterbücherei, Waschküchen etc.³⁸²

³⁸⁰ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 149 f.

³⁸¹ vgl. dazu Tabelle 15 A in Weigl: Wandel, 392

³⁸² vgl. WEIHSMANN: Wien, 245 und 259

Ottakring gehörte seit Ende des 19. Jahrhunderts zu jenen Bezirken mit einer eher geringen Lebensqualität. Ausgesprochen prekär war die Wohnsituation im dichtverbauten Gebiet von Neulerchenfeld bis hin zum Linienwall. 1910 standen hier für 177.000 EinwohnerInnen weniger als 40.000 Wohnungen zur Verfügung. Der Bau von Gemeindewohnungen zur Minderung des Wohnungselends war in Ottakring besonders dringlich und so entstanden im Laufe der Ersten Republik eine Reihe von bemerkenswerten Wohnhausanlagen wie zum Beispiel der „Sandleitenhof“ (1924-1928) der mit nahezu 1.600 Wohnungen zu den größten Wohnhausanlagen in Wien zählt. Aber auch die Errichtung von Spitälern, Freiluftbädern, Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen und öffentlichen Sportanlagen trugen zu einer Verbesserung der Wohn- und Lebensqualität in Ottakring bei,³⁸³ die auch in einer verringerten Tuberkulosesterblichkeit zum Ausdruck kommt. In Ottakring starben von 1910 bis 1914 auf 10.000 Lebende umgerechnet 42 Männer und 35 Frauen an der Tuberkulose. Im Zeitraum von 1924 bis 1928 fielen bereits deutlich weniger Ottakringer der Tuberkulose zum Opfer. Die Quote betrug 27 bei den Männern und 16 bei den Frauen.³⁸⁴

Simmering entwickelte sich im Laufe der Industrialisierung zu einem typischen Arbeiterbezirk, der durch zahlreiche Unternehmensgründungen eine Vielzahl von MigrantInnen aus den Kronländern anlockte. 1902 zählte der Bezirk bereits 37.000 EinwohnerInnen, für die allerdings nicht genügend Wohnstätten vorhanden waren. Die Folge waren überbelegte Wohnungen, die durch katastrophale hygienische Missstände zu Brutstätten für Krankheiten wurden. Gemäß dem Motto „Gesundes Wohnen – gesunde Menschen“ errichtet die Gemeinde Wien in den 1920er Jahren auch in Simmering großzügige Wohnhausanlagen wie zum Beispiel den „Alfons-Petzold-Hof“ (1923/24), den „Friedrich-Engels-Hof“ (1925-1927) oder den „Josef-Scheu-Hof“ (1925/26). Insgesamt wurden bis 1934 in Simmering 2.774 Gemeindewohnungen sowie Kinderfreibäder, Sport- und Parkanlagen errichtet.³⁸⁵

³⁸³ vgl. WEIHSMANN: Wien, 358

³⁸⁴ GÖTZL: Tuberkulosefürsorge, 39

³⁸⁵ http://www.simmering.spoe.at/content/ueber/rotes_simmering.html (Zugriff am 5. 3. 10)

Die Bemühungen der Gemeinde die Lebens- und Wohnqualität in Simmering zu verbessern wurde auch hier mit einem Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit belohnt. Von 1910 bis 1914 belief sich die Tuberkulosesterblichkeit bei den Männern auf 44 und bei den Frauen auf 35. Diese reduzierte sich innerhalb von zehn Jahren auf 26 bei den Männern und 18 bei Frauen.³⁸⁶

Dass eine Verbesserung der Wohnbedingungen vieler Tuberkulosekranker eintrat, wird auch in einer kontinuierlichen Rückläufigkeit bei den als überfüllt angesehenen Wohnungen erkennbar. Ab Mitte der 20er Jahre lebten bereits über 50 % der erstmalig besuchten Tuberkulösen in normal belegten Wohnungen. Gut ein Drittel der erstmalig besuchten Tuberkulösen lebte in einer überfüllten Wohnung.³⁸⁷ Mitte der 30er Jahre bewegte sich der Anteil der normal belegten Wohnung bereits zwischen ca. 80 und 70 % und im Durchschnitt lebten etwa 25 % in einer überfüllten Wohnung.³⁸⁸ (siehe Tabelle 5).

Tab. 5: Wohndichte (Angaben in Prozent)

Jahr	Anzahl der erstmalig besuchten Tuberkulösen	Davon lebten in einer					
		Einraumwohnung		Zweiraumwohnung		Dreiraumwohnung	
		normal	überfüllt	normal	überfüllt	normal	überfüllt
1926	1.981	62	38	53	47	64	36
1930	2.113	64	36	62	38	73	27
1934	1.845	78	22	68	32	75	25

Quelle: GÖTZL: Tuberkulose 1930, 222
GÖTZL: Tuberkulose 1934, 44

³⁸⁶ GÖTZL: Tuberkulosefürsorge, 39

³⁸⁷ GÖTZL, Alfred: „Die Tuberkulose in Wien und ihre Bekämpfung im Jahre 1930“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 30 (1931), 217-226, hier: 222

³⁸⁸ GÖTZL: Tuberkulose 1934, 44

Eine Einraumwohnung galt als überfüllt, wenn sie von mehr als zwei Personen bewohnt wurde. Eine Zweiraumwohnung wenn mehr als drei und eine Dreiraumwohnung wenn mehr als vier Personen darin lebten.

Analog zur Rückläufigkeit der hohen Wohndichte trat auch eine Verbesserung der Schlafverhältnisse der ansteckenden Tuberkulösen ein. Schliefen 1924 nur 9 % der erstmalig besuchten Tuberkulösen in einem Raum waren es zwei Jahre bereits 16 %, die sich um weitere fünf Prozente im Jahre 1930 steigerten. Auch der Anteil derjenigen, die sich einen Raum mit mehr als vier Personen teilten ging seit 1924 stetig zurück. Er reduzierte sich innerhalb weniger Jahre um zwei Drittel und erreichte 1930 eine Quote von 9 %. Die Verbesserung der Schlafverhältnisse lässt auch auf ein Bestreben der Bevölkerung schließen, den Ansteckungsherd innerhalb der Familie bzw. der Wohnung zu isolieren.³⁸⁹ Noch deutlicher kommt diese Tendenz in dem ansteigenden Prozentsatz derjenigen Kranken zum Ausdruck, die alleine in einem Bett schliefen. 1934 hatten von 100 ansteckenden Tuberkulösen bereits 88 ein Bett für sich alleine.³⁹⁰

Neben der hohen Wohndichte spielte auch das persönliche Hygieneverhalten eine zentrale Rolle bei der Verbreitung von Krankheiten. Wie ein Vergleich der Tuberkulosesterblichkeit nach Konfessionen demonstriert, weisen Juden seit Mitte des 18. bis Anfang des 20. Jahrhunderts konstant eine geringere Tuberkulosemortalitätsrate auf als der nicht-jüdische Teil der Bevölkerung. Für die Jahre 1901/03 starben auf 100.000 EinwohnerInnen 340 Katholiken und nur 130 Juden an Lungentuberkulose. Es ist naheliegend, dass die geringe Tuberkulosemortalität bei den Juden auf das private Hygieneverhalten zurückzuführen ist, da sie ebenfalls einer äußerst beengten und prekären Wohnsituation ausgesetzt waren.³⁹¹ Ein ausgeprägtes Hygieneverhalten war bei den Juden aus religiösen Gründen sehr wichtig und es gibt eine Vielzahl von Verordnungen die unter den Begriff Reinheitsgesetze im 3. Buch Mose (Kapitel 11-15) zusammengefasst sind. Es handelt sich hierbei um Speisegesetze (Kap. 11), Verordnungen über Wöchnerinnen (Kap. 12), über Aussätzige (Kap. 13-14) und verschiedene Körperausflüsse (Kap. 15).³⁹²

³⁸⁹ GÖTZL: Tuberkulosefürsorge, 98 und GÖTZL: Tuberkulose 1930, 222

³⁹⁰ GÖTZL: Tuberkulose 1934, 44

³⁹¹ vgl. WEIGL: Wandel, 250

³⁹² vgl. EBACH, Jürgen: „Reinheitsgesetze“, in: KOCH, Klaus (Hg.), *Reclams Bibellexikon* (Stuttgart 2004), 458

Allerdings muss auch berücksichtigt werden, dass sich das Einhalten einer hygienischen Lebensweise aus objektiven Gegebenheiten für die sozialen Unterschichten sehr schwierig gestaltete, da in den Wohnungen Sanitäreinrichtungen sowie heißes Wasser sehr selten vorhanden waren und notwendige Hygieneartikel wie Seife, Haarwaschmittel etc. nicht immer zur Verfügung standen. Ein weiterer Grund waren die überlangen Arbeitszeiten der Unterschichten, wodurch für die Körperpflege als auch für die Reinigung der Wohnung keine bzw. zu wenig Zeit übrig blieb.³⁹³

Durch die Aufklärungsarbeit der Tuberkulosefürsorgestellen und den Bau von modernen Wohnungen die mit Wasseranschlüssen, Strom, Gas und Toiletten ausgestattet waren, verbesserten sich Schritt für Schritt die hygienischen Verhältnisse in den Arbeiterhaushalten. 1924 wurden von den 11.306 erstmalig besuchten Wohnungen schon mehr als die Hälfte (65 %) als hygienisch einwandfrei beurteilt. Zehn Jahre später waren bereits drei Viertel der Wohnstätten ohne Fehl und Tadel. Bei den restlichen Unterkünften waren gesundheitsgefährdende Mängel zu beanstanden wie Feuchtigkeit, spärliche Belichtung, ungenügende Lüftungsmöglichkeiten und unzureichende Sauberkeit. Den größten Raum nahmen hierbei die Feststellung von Feuchtigkeit und mangelnde Sauberkeit ein.³⁹⁴

Angesichts der parallelen Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit mit dem Ausbau von Fürsorgestellen und dem Bau von Sozialwohnungen läuft man schnell Gefahr diese Faktoren überzuinterpretieren. Tatsache ist aber, dass sich die Sterblichkeitsrate auch in jenen Regionen reduzierte, wo die Fürsorge ihre PatientInnen kaum bis gar nicht erreichte. So zum Beispiel in Tirol oder Vorarlberg, wo kein gut ausgebautes Fürsorgenetz existierte, nicht genügend Betten in Heilanstalten vorhanden waren und keine soziale Wohnbaupolitik betrieben wurde. Trotzdem sank – wenngleich nicht so gewaltig wie in Wien – die Tuberkulosesterblichkeit. Ohne die vorgebrachten Argumente relativieren zu wollen ist es einfach schwierig zu sagen, inwieweit das „Wiener System“ der Sozial- und Gesundheitspolitik den Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit beeinflusste.³⁹⁵

³⁹³ DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 168

³⁹⁴ vgl. GÖTZL: Tuberkulose 1924, 52 und GÖTZL: Tuberkulose 1934, 43

³⁹⁵ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 341 f.

4. *Tuberkulosebehandlung*

Die medizinischen Behandlungsmethoden in den Heilanstalten erstreckten sich von einfachen Frischluftliegekuren bis hin zu komplizierten chirurgischen Eingriffen. Bevor jedoch auf die Heilstättentherapie näher eingegangen wird, soll ein kurzer Rückblick auf die Therapiemöglichkeiten der Tuberkulose dieses Kapitel einleiten.

In der Antike empfahlen griechische Ärzte zur Behandlung der Tuberkulose Klimakuren, Seereisen und diätische Maßnahmen. Im Mittelalter überwog die Mönchsmedizin, die versuchte die Tuberkulose mit diversen Kräutern zu heilen. Besondere Bedeutung erlangte im Mittelalter und in der frühen Neuzeit die Touchierung. Vor allem in England und Frankreich herrschte die Vorstellung vor, dass der König durch Handauflegen die Skrofulose heilen konnte. Besonders häufig waren Touchierungen nach einer erfolgten Königskrönung wie zum Beispiel bei der Krönung Ludwigs XIV. Besondere Heilkräfte attribuierte man im Mittelalter und in der frühen Neuzeit auch der Milch verschiedenster Tiere, der Frauenmilch, dem Honig, dem gelben Bernstein, der Fuchslunge, dem Quecksilber und der Myrrhe. Parallel kamen auch Praktiken der Humoralpathologie zur Anwendung wie Aderlässe, Blutegelkuren oder die Verabreichung von Abführ- und Brechmitteln.³⁹⁶ Mit dem Niedergang der Humoralpathologie trat zu Beginn des 19. Jahrhunderts ein regelrechter Blutegelkuren-Boom in Europa auf. Die Blutegeltherapie stützte sich vor allem auf die Lehre des französischen Arztes F. J. V. Broussais (1772-1832), der für einen exzessiven Gebrauch von Blutegel berühmt war. Bis zu 100 Blutegel verwendete Broussais für eine Behandlung, was einzelne Zeitgenossen dazu veranlasste diese Therapie als „Vampirismus“ zu bezeichnen.³⁹⁷

³⁹⁶ vgl. JUNKER, Ermar: „Erfolg und Schrecken der Tuberkulosebehandlung in früheren Zeiten“, in: *Atemwegs- und Lungenkrankheiten* 18 (1992), 121-123, hier: 121 f.

³⁹⁷ vgl. MICHALSEN, Andreas / ROTH, Manfred (Hg.): *Blutegeltherapie* (Stuttgart 2006), 6

Robert Koch arbeitete seit 1888 ehrgeizig an einem Präparat, das ein Fortschreiten des tuberkulösen Prozesses eindämmen bzw. zum Erliegen bringen sollte. Am X. Internationalen Medizinischen Kongress, der im August 1890 in Berlin tagte, stellte Koch auf Drängen einflussreicher Persönlichkeiten, unter ihnen der preußische Kultusminister, seine Entdeckung vor. In seinem Vortrag „Ueber bacteriologische Forschung“ gab er die Entdeckung eines Präparats bekannt, das nicht nur „*alleine im Versuchsglas, sondern auch im Tierkörper das Wachstum der Tuberkelbazillen*“³⁹⁸ aufhalten konnte. Allerdings wies Koch auch darauf hin, dass dies nur ein vorläufiges Resultat langer Arbeit sei, die noch nicht abgeschlossen wäre. Aber ungeachtet der zurückhaltenden Formulierung Kochs, löste diese Entdeckung Begeisterungstürme und überschäumende Hoffnung aus. Aus aller Herren Länder strömten Tuberkulose nach Berlin, um sich mit dem neuen Wundermittel, welches später den Namen Tuberkulin erhielt, behandeln zu lassen.³⁹⁹ Doch auf die Euphorie folgte bald die große Ernüchterung, denn das Tuberkulin versagte als Therapeutikum. Bei vielen Kranken trat eine Verschlechterung ein und nicht wenige starben nach einer Tuberkulinbehandlung. Aber entsprechend dem Motto die Hoffnung stirbt zuletzt gab man die Suche nach einem effektiven Heilmittel nicht auf und forschte – trotz der schlechten Resultate – mit dem Tuberkulin weiter. Den schlechten Behandlungsergebnissen zu trotz, konnte sich das Tuberkulin auf einem anderen Gebiet mit großem Erfolg etablieren. Seit Anfang des 20. Jahrhunderts wird es für diagnostische Zwecke eingesetzt.⁴⁰⁰

4.1. Die Heilstättentherapie

Im Laufe des 19. Jahrhunderts kam es zu keiner wesentlichen Verbesserung auf dem Gebiet der Tuberkulosetherapie. Man erkannte die Insuffizienz der bisherigen Behandlungsmethoden und Resignation breitete sich unter der Ärzteschaft aus. An diesem Tiefpunkt angelangt verkündete schließlich der deutsche Arzt Hermann Brehmer (1826-1889) in seiner Dissertation, die den Titel *De legibus ad initium atque progressum tuberculosis pulmonum spectantibus* („Die Gesetze und die Heilbarkeit der chronischen Tuberculose

³⁹⁸ KOCH zit. in: WINKLE: Geißeln, 142

³⁹⁹ vgl. WINKLE: Geißeln, 142

⁴⁰⁰ vgl. HÄHNER-ROMBACH: Künstlerlos, 294

der Lunge“) trägt, dass die Krankheit im Frühstadium kurabel sei. Er meinte die Tuberkulose an „immunen Orten“, d.h. Regionen mit natürlichem geringem oder seltenem Tuberkulosevorkommen, heilen zu können.⁴⁰¹

Außerdem war Brehmer der Auffassung, dass die Ursache der Tuberkulose eine Disproportionalität zwischen einem zu kleinen Herzen und einer zu großen Lunge sei. Einen „immunen Ort“ für die Behandlung der Tuberkulose fand Brehmer im schlesischen Görbersdorf, wo er um 1871 die erste moderne Lungenheilanstalt eröffnete.⁴⁰² Brehmers eigene Ätiologie der Tuberkulose spiegelte sich auch in der von ihm entwickelten hygienisch-diätischen Heilbehandlung⁴⁰³ wider, die drei Heilelemente zusammenfügte: das erste Element beinhaltete ein gezieltes Training des Herzmuskels anhand von ausgedehnten Spaziergängen und Gymnastik; das zweite Element umfasste eine ausgiebige und fetthaltige Ernährung, da Brehmer der Ansicht war, dass fettreiche Nahrung Wärme erzeuge, die einen höheren Puls und eine bessere Durchblutung bewirken; das dritte Element bestand in der Abhärtung des Körpers durch möglichst lange Aufenthalte der Kranken an der frischen Luft.⁴⁰⁴

Mit Brehmer nahm die Heilstättenbewegung ihren Anfang, die die mehr als 100 Jahre alten Behandlungsmethoden der Humoralpathologie ablösten. Peter Dettweiler (1837-1904), Brehmers Assistent, führte sein Werk fort und übernahm weitgehend sein Therapiekonzept.⁴⁰⁵

⁴⁰¹ Brehmer erachtete eine bestimmte Höhenlage als ausschlaggebenden Grund für ein natürliches geringes Vorkommen der Tuberkulose. Regionen in höheren Gebieten galten als besonders tuberkulosearm, da der verminderte Luftdruck in diesen Orten eine erhöhte Plusfrequenz, einen gesteigerten Stoffwechsel sowie eine bessere Ernährung der Organe bewirke. vgl. GREDIG, Daniel: *Tuberkulosefürsorge in der Schweiz. Zur Professionsgeschichte der Sozialen Arbeit – Die Tuberkulosefürsorgestelle Basel 1906-1961* (Bern [u.a.] 2000), 52

⁴⁰² vgl. JUNKER: *Tuberkulosebehandlung*, 122

⁴⁰³ „Hygienisch“ bezieht sich auf die Konditionalhygiene nach Pettenkofer, die die Ursachen einer Krankheit in der mittelbaren und unmittelbaren Umgebung der Menschen sah (z.B. im Boden, im Wasser, in der Wohnung, in der Atemluft). Brehmer bemühte sich die Kranken vor allen äußeren Einflüssen zu bewahren, die ihrer Gesundheit noch mehr schadeten. Zum Beispiel verbrachten die PatientInnen ihre Aufenthalte an frischer Luft in windgeschützten Liegehallen. „Diätisch“ ist im Sinne einer „richtigen Lebensweise zu verstehen“. Brehmer forderte seine PatientInnen während des Heilungsprozesses immer wieder dazu auf auch in Zukunft einer „richtigen und klugen“ Lebensweise nachzugehen. vgl. GREDIG: *Tuberkulosefürsorge*, 53 u. 58

⁴⁰⁴ vgl. GREDIG: *Tuberkulosefürsorge*, 52

⁴⁰⁵ vgl. JUNKER: *Tuberkulosebehandlung*, 122

Allerdings nahm er von Brehmers ätiologischen Vorstellungen Abstand und ließ von der Idee einer Behandlung in bestimmten Klimazonen ab. Dettweiler legte größeren Wert auf den hygienischen Ansatz und hob besonders die psychische Erziehung der PatientInnen hervor, wofür er die Rolle des Arztes neu definierte: der Arzt sollte der/dem PatientIn nicht mehr nur als Diagnostiker und Therapeut begegnen, sondern auch als Pädagoge, der die PatientenInnen zu einer richtigen Lebensweise erzieht.⁴⁰⁶ Dieser Grundsatz manifestierte sich auch wenige Jahrzehnte später in der staatlichen Tuberkulosefürsorge.⁴⁰⁷ Darüber hinaus war Dettweiler für sein Engagement bekannt, spezielle Lungenheilstätten für mittellose Tuberkulosekranke zu errichten.⁴⁰⁸ In Österreich etablierte sich die Heilstättenbewegung etwa 30 Jahre nach Brehmers Eröffnung in Görbersdorf. Kurz vor der Jahrhundertwende wurde in Österreich die Heilanstalt Alland eröffnet, die sich durchaus mit den Heilstätten im Deutschen Reich messen konnte.⁴⁰⁹

Im Mittelpunkt der Heilstättenbehandlung stand die sog. Regeltherapie (oder Allgemeinthherapie). Zum Aufgabenkanon zählten neben der kurativen Behandlung auch die Erziehung und Disziplinierung der PatientInnen. Den „deutschen“ Behandlungsmethoden standen die österreichischen Ärzte durchaus auch kritisch gegenüber. Aber aufgrund von mangelnden Alternativen zählten sie in den Heilstätten zu den gängigsten Therapiemethoden. Worauf sich eine Heilstätte spezialisierte hing im Wesentlichen von der persönlichen Überzeugung des Anstaltsleiters und den spezifischen Gegebenheiten ab. So lag in Anstalt A der Schwerpunkt auf einer Kräftigung durch „Mastkuren“, in Anstalt B auf Sonnenbäder und in Anstalt C auf einem systematischen Bewegungsprogramm. Erklärtes Ziel der Heilstättenkur war es die PatientInnen wieder so gut als möglich auf die Beine zu bringen, so dass sie zumindest wieder für kurze Zeit arbeits- und leistungsfähig waren.⁴¹⁰

⁴⁰⁶ vgl. GREDIG: Tuberkulosefürsorge, 60-63

⁴⁰⁷ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 194

⁴⁰⁸ vgl. CONDRAU: Lungenheilanstalt, 120

⁴⁰⁹ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 195

⁴¹⁰ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 208

4.1.1. Frischluft-, Ruhe- und Heliotherapie

Die Frischluftliegekur spielte eine zentrale Rolle im Therapiekanon, da frischer Luft schon über Jahrzehnte hinweg eine wohltuende Wirkung auf die Gesundheit zugesprochen wurde. „*Ein wesentlicher Aspekt der Frischluftliegekur ist zweifellos in ihrer sozialen Anpassungsfähigkeit zu sehen.*“⁴¹¹ Sie konnte sowohl problemlos auf den Balkonen in den Privatsanatorien durchgeführt werden, als auch in den Liegehallen in den Volksheilstätten. Unter einer Liegehalle ist eine offene Halle zu verstehen, die tagsüber als Aufenthaltsort für TuberkulosepatientInnen gedacht war, wobei die Kranken in speziell konstruierten Liegestühlen ruhten. Vorrangiges Ziel war es, den PatientInnen das ganze Jahr über einen Aufenthalt an der frischen Luft zu ermöglichen. Um dieser Anforderung gerecht zu werden, wurden die Liegehallen für gewöhnlich gegen Süden ausgerichtet. Ein Dach sowie eine Rück- und mindestens eine Seitenwand sollten die Kranken vor Wind und Wetter schützen. Eine Liegehalle bot aber nicht nur ausreichend frische Luft an, sondern war auch ein idealer Ort für die Ruhetherapie. Dettweilers erklärtes Ziel der Frischluftliegekur war es das kranke Organ ruhigzustellen und es den Heilkräften der Luft auszusetzen.⁴¹²

Neben den klassischen Luftkuren etablierte sich nach der Mitte des 19. Jahrhunderts in den Heilstätten die Sonnenbestrahlungs- oder Heliotherapie für die Behandlung der Haut- und Gelenktuberkulose. Der dänische Arzt und Nobelpreisträger Niels Ryberg Finsen (1860-1904) entwickelte eine äußerst effektive Lichttherapie für die Hauttuberkulose (*lupus vulgaris*). Es gelang ihm zum ersten Mal nachweislich, Lupus mit Hilfe von künstlichem Sonnenlicht zu heilen.⁴¹³ Die sog. Finsenbehandlung wurde von Eduard Lang in die Lupustherapie in Wien eingeführt. Lang gründete auch den Verein „Lupusheilstätte“ und eröffnete mit dessen Unterstützung eine Heilstätte für Lupus in den Jahren 1910-1913 im Areal des Wilhelminenspitals, die über 100 Betten verfügte.⁴¹⁴

⁴¹¹ CONDRAU: Lungenheilstätte, 127

⁴¹² vgl. CONDRAU: Lungenheilstätte, 124-127

⁴¹³ vgl. WINKLE: Geißeln, 144

⁴¹⁴ vgl. JUNKER [u.a.]: Tuberkulose, 50

Die besten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Heliotherapie waren allerdings im Hochgebirge gegeben, weil dort die Sonnenstrahlung effektiver genutzt werden konnte, wie Oskar Bernhard und Auguste Rollier feststellten.⁴¹⁵ Aber ungeachtet der Debatte über die Wirksamkeit bestimmter Höhenlagen etablierte sich die Heliotherapie in den meisten Heilstätten als Teil der Regeltherapie.⁴¹⁶

4.1.2. Chirurgische Eingriffe

Operative Eingriffe fanden seit Anfang des 20. Jahrhunderts immer mehr Beachtung im Therapieangebot und stellten eine effektive Ergänzung zu den üblichen Behandlungsmethoden dar. Chirurgische Techniken wie zum Beispiel Resektionen kamen dann zum Einsatz, wenn sich die Tuberkulose auf einzelne Körperregionen oder Organe beschränkte. Bei der Knochen- und Gelenktuberkulose wurden häufig tuberkulös beschädigte Teile operativ entfernt. Die Resektionen waren für die PatientInnen sehr schmerzhaft und belastend, da sie nach der Operation monatelang ein Korsett tragen mussten und tage- oder wochenlang am Bauch oder Rücken liegen mussten.⁴¹⁷

Operationen im Thoraxbereich wie zum Beispiel die Durchführung eines therapeutischen Pneumothorax zur Behandlung der Lungentuberkulose waren für die PatientInnen nicht minder strapaziös. Der italienische Kliniker Carlo Forlanini (1847-1918) entwickelte 1882 erstmals eine chirurgische Methode, um den Krankheitsverlauf einzudämmen und eine Heilung zu bewirken. Mit einer Hohnadel presste Forlanini Luft oder Stickstoff in den Pleuraspalt (oder Pleurahöhle) – der sich zwischen dem Rippen- und Brustfell befindet – wodurch der betroffene Lungenflügel kontrolliert zum Kollaps gebracht wurde. Mit Hilfe des künstlichen Pneumothorax hoffte man auf eine Einkapselung der Kavernen in der Lunge, wodurch auch ein Aushusten der Tuberkulosebazillen unterbunden wurde. Ein künstlicher Pneumothorax musste regelmäßig nachgefüllt werden und wurde durchschnittlich zwei Jahre lang aufrechterhalten. 1905 führte der Marburger Lungenchirurg Ludolph Brauer (1865-1951) die erste artifizielle Pneumothoraxbehandlung in Deutschland durch.

⁴¹⁵ Vgl. hierzu ausführlicher: ROLLIER, Auguste: *Die Heliotherapie. Fünfundvierzigjährige Erfahrungen mit der Sonnenkur insbesondere bei der chirurgischen Tuberkulose*. Aus dem Französischen von Karl Triebold (Berlin 1951).

⁴¹⁶ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 209

⁴¹⁷ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 210

Drei Jahre später erfolgte die erste „Pneuanlage“ durch A. Baer und H. Kraus, Ärzte im „Sanatorium Wienerwald“, in Österreich. Gute Behandlungsergebnisse konnten nur dann erzielt werden, wenn ein vollständiger Kollaps der Lunge erreicht wurde. Dies war oft aufgrund von Verwachsungen in der Lunge nicht möglich.⁴¹⁸ In diesem Fall waren zusätzliche Operationen wie Thorakokaustiken vonnöten, eine Technik die von Hans Christian Jacobaeus (1879-1937) 1913 entwickelt wurde. Er führt in den Pleuraspalt einen Kauter (griech. Brenneisen, Verbrenner) ein, der Verwachsungen zwischen dem Brust- und Lungenfell beseitigte. Anschließend konnte die Anlage eines künstlichen Pneumothorax durchgeführt werden.⁴¹⁹ Bei sehr stark ausgedehnten Verwachsungen waren größere chirurgische Eingriffe notwendig wie zum Beispiel die Durchführung einer Thorakoplastik mittels einer Rippenresektion. Durch die Entfernung einer bestimmten Anzahl von Rippen fällt die Brustwand ein und der Brustraum verkleinert sich. Diese Methode bewirkte bei den PatientInnen eine Deformierung des Brustkörpers und war darüber hinaus nicht häufig von Erfolg gekrönt. Schlechte Heilungschancen bestanden auch bei der „Phrenikotomie“, wo der *nervus phrenicus* durchtrennt wurde, um eine partielle Lähmung des Zwerchfells auszulösen.⁴²⁰ Vor dem Ersten Weltkrieg waren operative Eingriffe noch eine Seltenheit in den Heilanstalten. In der Zwischenkriegszeit allerdings waren bereits 50 % aller Pfleglinge in den Anstalten PneupatientInnen⁴²¹ und operative Eingriffe waren unter anderem in den Heilstätten „Baumgartnerhöhe“, in der „Heilstätte für Lupuskranken“ und in der Heilanstalt Alland längst Routine.⁴²²

⁴¹⁸ vgl. JUNKER: Tuberkulosebehandlung, 122

⁴¹⁹ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 211

⁴²⁰ vgl. JUNKER [u.a.]: Tuberkulose, 68

⁴²¹ vgl. JUNKER: Tuberkulosebehandlung, 122

⁴²² vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 211

Bis zur Einführung der medikamentösen Tuberkulosetherapie – Streptomycin (Waksman 1944), PAS (Lehmann 1943), Isoniazid (Grumberg und Schnitzler 1950) – sollte der künstliche Pneumothorax eine der wichtigsten therapeutischen Methoden für die Behandlung der Lungentuberkulose bleiben. 15 Jahre lang bildete die Kombination dieser drei Antibiotika das Kernstück jeder Behandlung der Lungentuberkulose. Ein neuer entscheidender Fortschritt gelang schließlich der Forschungsgruppe rund um Sensi. Sie entwickelten das Rifampicin (1957-1966), welches in Kombination mit Isoniazid eine Heilung von bisher unbekannter Rasanze und Qualität bewirkte.⁴²³

4.2. Kritik und Widerstand am Heilstättenkonzept

Da sich das Tuberkulin im Kampf gegen die Tuberkulose als Misserfolg entpuppte, galt die Heilstättentherapie als die beste Behandlungsmethode und die Gegner schwiegen fürs Erste. Die Kritik flammte aber kurz nach der Jahrhundertwende wieder auf und man begann die unspezifische Behandlung in den Heilstätten zu bemängeln, die darüber hinaus nur Leichtkranken zur Verfügung stand. Unter den Kritikern befanden sich bedeutende Bakteriologen wie Robert Koch und Georg Cornet sowie der Sozialhygieniker Alfred Grotjahn. Koch war der Ansicht, dass die Heilstätten nur im Einzelfall helfen und für den Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit keine große Bedeutung haben. Er betrachtete Heilanstalten als therapeutisch nutzlose Einrichtungen. Die einzige wirksame Maßnahme im Kampf gegen die Tuberkulose war seiner Meinung nach die Bekämpfung des Erregers. Außerdem kritisierte Koch die fehlende Isolationsleistung der Lungenheilanstalten und plädierte für eine Absonderung schwerstkranker Tuberkulöser in Spezialanstalten. Cornet erachtete das Investieren öffentlicher Mittel in Heilstätten als Verschwendung und *„attestiert den Heilstätten eine absolute Erfolglosigkeit im Kampf gegen die Tuberkulose.“*⁴²⁴

⁴²³ vgl. OURY: Geschichte, 2842 f.

⁴²⁴ CONDRAU: Lungenheilstätte, 143

Der Sozialhygieniker Alfred Grotjahn teilte die Zweifel der Bakteriologen und stellte die Erfolge der Heilstätten ebenfalls in Frage. Er übte Kritik an den nicht vorhanden seuchenpräventiven Funktionen der Heilanstalten und sprach sich ebenfalls für eine Isolierung der PatientInnen mit offener Tuberkulose in „*kleinen dezentralen Asylen*“⁴²⁵ aus.⁴²⁶ In Österreich sahen sich die Heilstättenfürsprecher mit ähnlichen Vorwürfen konfrontiert. Ins Kreuzfeuer der Kritik gerieten die hohen Herstellungs- und Instandhaltungskosten und der geringe epidemiologische und soziale Nutzen der Heilstätten. Zudem standen viele Heilstättengegner den Heilungsquoten – die mit 70 bis 80 % angegeben wurden – skeptisch gegenüber. Kritische Stimmen sahen in den Aufnahmebedingungen eine Möglichkeit der Schönfärberei der Heilungsbilanz, da nur PatientInnen aufgenommen wurden, bei denen noch eine Chance auf Genesung bestand.⁴²⁷

Zur fachlichen Kritik gesellte sich noch der Widerstand gegen den Bau von Heilstätten durch die Bevölkerung. Die Hygienepropaganda welche unermüdlich die Infektionsgefahr der Tuberkulose betonte, schürte auch unweigerlich die Ängste der Bevölkerung. Es ist daher nicht verwunderlich, dass die Heilstätten zu Orten verkamen, die es galt so gut als möglich zu meiden. Ungeachtet der Tatsache, ob eine Heilanstalt im Umland oder an einem traditionellen Kurort errichtet werden sollte, verzögerten die Ansteckungsängste der Bevölkerung oft über Jahre hinweg den Bau einer neuen Heilstätte. Die Beurteilung des Ausmaßes der Furcht vor Ansteckung innerhalb der Bevölkerung ist angesichts der Quellenlage nur mehr punktuell möglich. Jedenfalls diente dieses Argument bis in die Zwischenkriegszeit hinein als Mittel gegen den Bau von Heilstätten. 1919 protestierten im oberösterreichischen Braunau Anrainer gegen ein Projekt des „Roten Kreuzes“, welches vorsah in direkter Nähe eines öffentlichen Parks, zweier Kasernen sowie eines Kapuzinerklosters eine Heilstätte zu errichten. 1921 wurde in Traunkirchen / Oberösterreich gegen den Bau der Heilanstalt „Villa Buchberg“ Protest erhoben, mit der Begründung, dass dieses Vorhaben das Ansehen des Ortes in Mitleidenschaft ziehe, was sich wiederum negativ auf den Fremdenverkehr auswirken würde. Tuberkulose waren als zukünftige Gäste und KonsumentInnen für den Ort nicht von Interesse.⁴²⁸

⁴²⁵ CONDRAU: Lungenheilstalt, 144

⁴²⁶ vgl. CONDRAU: Lungenheilstalt, 143 f.

⁴²⁷ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 215 f.

⁴²⁸ vgl. DIETRICH-DAUM: Wiener Krankheit, 217 f.

V. RESÜMEE

Zu Beginn wurden die verschiedenen Theorien über die Ätiologie der Tuberkulose vorgestellt, die bis zum Durchbruch der Bakteriologie – im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts – bei Ärzten und Laien höchst unterschiedlich und nebulös waren. Robert Kochs Entdeckung gilt als Zäsur in der Tuberkuloseforschung, die einen neuen Diskurs über die Ätiologie, Vermeidung und Heilung der Tuberkulose entfachte. Anhand der Tuberkulose lässt sich aber nicht nur die wissenschaftliche Konstruktion einer Krankheit nachvollziehen, sondern auch der gesellschaftliche Umgang mit einer Krankheit. Dominierte Ende des 18. Jahrhunderts noch die Vorstellung, dass die Tuberkulose vor allem eine Krankheit sei, die junge und zarte Geschöpfe sowie Künstler, Dichter und Schriftsteller anfallt, änderte sich diese romantische Vorstellung im Laufe des 19. Jahrhunderts durch das massive Auftreten der Tuberkulose in den (städtischen) sozialen Unterschichten. Die Tuberkulose wurde zu einer Krankheit der Armen, die sich ihr Schicksal selbstzuschreiben haben, da sie kein anständiges und gesittetes Leben führten. Das negative Bild des Tuberkulösen steigerte sich während des Nationalsozialismus zum asozialen Kranken, der der Gemeinschaft schadet und gilt heutzutage als Krankheit der Randgruppen. Anhand der Tuberkulose sieht man ausgesprochen eindrucksvoll, dass jede Krankheit ein bestimmtes Bild vermittelt mit dem die Kranken leben müssen.

Nach Kochs Nachweis der Übertragbarkeit der Krankheit rückten die sozialen Faktoren – Ernährung, Arbeit und Wohnen – welche eine Verbreitung der Tuberkulose begünstigen ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Die Epidemiologie der Tuberkulose bringt deutlich zum Ausdruck, dass die Zu- oder Abnahme der Tuberkulosemortalität mit der sozialen Lage korreliert; die Sterblichkeit nahm mit einem sinkenden Lebensstandard zu und stabilisierte sich mit einer Verbesserung der Lebensbedingungen. Davon war die breite Masse der Wiener Bevölkerung ebenso betroffen wie vermögende und wohlhabende BürgerInnen. Zusätzlich verstärkt wurde der Rückgang der Mortalität durch die Verbesserung der medizinischen Versorgung und den zunehmenden Umfang der präventiven Maßnahmen.

Der Rückgang der Tuberkulose kam nicht nur durch eine Abnahme der Todesfälle zum Vorschein, sondern auch in der Verlängerung der Lebenszeit, die eine Verschiebung des Erkrankungs- und Sterbealters ins Erwachsenenalter bewirkte, wodurch sich der Tod verzögerte. Im Laufe der Ersten Republik vollzog sich auch eine Angleichung der innerstädtischen Sterblichkeitsunterschiede. War das Sterberisiko zwischen armen und reichen Bezirken bis 1914 noch sehr stark ausgeprägt, reduzierte sich der Unterschied innerhalb von 20 Jahren erheblich. Aber trotz der Annäherung blieb die Tuberkulose auch während der Ersten Republik eine Krankheit, die hauptsächlich sozial benachteiligte Gruppen heimsuchte.

In Wien betrug der durchschnittliche jährliche Rückgang der Tuberkulosesterberate in der Zeit von 1919 bis 1934 circa 3 %. Der Anteil der Tuberkulose an der Gesamtmortalität fiel von 22 auf 7 % und hatte sich somit gedrittelt. Die Tuberkulosesterberate der Säuglinge und Kleinkinder verringerte sich in den ersten Nachkriegsjahren um 63 %, die der Sechsbis Zehnjährigen um fast drei Viertel, die der Elf- bis 15-jährigen um fast die Hälfte, und die der Jugendlichen zwischen 16 und 20 Jahren um 32 %. Das Absinken der Kindersterblichkeit verlief sehr ungleichmäßig. In der Zeit von 1923 bis 1934 nahm die Sterblichkeitsrate der Kinder bis zum 15. Lebensjahr schneller und kontinuierlicher ab als jene der Jugendlichen. 1934 betrug der Anteil der Kindersterblichkeit an der Tuberkulose nur mehr knappe 5 %. Der sog. Jugendgipfel verringerte sich erst im Laufe der Zwischenkriegszeit. Aber nicht nur die Sterberaten sanken, auch der Anteil der infizierten Kinder verringerte sich. Der Anteil der positiv getesteten Volks- und HauptschülerInnen betrug 1934 nur mehr 25 %. Eine beachtenswerte Entwicklung in Anbetracht der gravierenden sozialen Probleme in den ersten Nachkriegsjahren und der konjunkturellen Krise der 1930er Jahre. Die Tuberkulosemortalität der Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter reduzierte sich im Zeitraum von 1923 bis 1934 auf die Hälfte der Nachkriegswerte. Die Rückgänge traten zunächst bei den älteren Menschen am stärksten hervor. Allerdings war dieser Trend nur von kurzer Dauer, da Ende der 20er Jahre die Sterberate in der Altersgruppe der über 60-jährigen nicht nur am höchsten war, sondern auch vergleichsweise langsam sank. Darüber hinaus fiel der Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit bei den Frauen stärker aus, als bei

den Männern. Die Abnahme betrug in den 20er Jahren bei den Männern ein Viertel, bei den Frauen hingegen drei Viertel. Dieser Trend setzt sich auch in den 30er Jahren fort. Ausschlaggebend für das Sinken der Tuberkulosesterblichkeit während der Ersten Republik, war das umfangreiche Fürsorgekonzept, das sog. Wiener System, welches maßgeblich von Julius Tandler mitbestimmt wurde. Das „Wiener System“ sollte Armut prophylaktisch eindämmen und die Lebenschancen der Menschen steigern. Deshalb war die Errichtung von Tuberkulosefürsorgestellen ebenso so bedeutend wie der Bau von (Kinderfrei-) bädern, Mutterberatungsstellen oder Jugendheimen. Das dichte Fürsorgenetz des „Wiener Systems“ sah eine allumfassende Versorgung der Menschen in allen Lebensbereichen vor. Im Unterschied zur bisherigen Wohltätigkeit, die Tandler abwertend als „Wohltäterei“ bezeichnete, sollten Arme und Kranke durch das neue System einen festen Anspruch auf öffentliche Sozialleistungen haben und somit der Willkür privater Wohltätigkeit entzogen werden. Im Mittelpunkt der roten Gesundheits- und Sozialpolitik stand das Wohl der Kinder und Jugendlichen, die zu leistungsfähigen und gesunden Menschen heranwachsen sollten. Die finanzielle Voraussetzung für Tandlers Gesundheits- und Fürsorgepolitik schuf Hugo Breitner mit einer umfassenden Steuerreform.

Den Kampf gegen die Tuberkulose focht die Gemeinde Wien an drei Fronten aus: Ausbau des Fürsorgenetzes, Bau von Lungenheilanstalten sowie von Sozialwohnungen. Der beispiellose Ausbau des Wiener Fürsorgenetzes, der zum überwiegenden Teil von der Gemeinde Wien finanziert und durchgeführt wurde, zeugt von der erfolgreichen Institutionalisierung der Fürsorge. Bereits Mitte der 20er Jahre war in Wien eine nahezu 100 % Abdeckung des Gemeindegebiets erreicht. Die Fürsorgestellen waren die *„Zentren im Kampfe gegen die Tuberkulose“*, wo *„alle Fäden der Kampfführung zusammenlaufen und alle Impulse ausgehen sollten“* (Böhm). Konkret fungierten die Tuberkulosefürsorgestellen als Aufklärungs-, Vermittlungs- und Erhebungsorgane. Zu ihren wichtigsten Aufgaben zählte die Aufklärungsarbeit: sie informierten die Menschen über die Ätiologie der Tuberkulose, geeignete prophylaktische Maßnahmen und allgemein nützliche Regeln für eine gesunde Lebensweise. Darüber hinaus leisteten die Fürsorgestellen präventive Untersuchungen von Risikogruppen, vermittelten Kranken einen Heilstättenplatz und ließen den betroffenen Familien verschiedene Güter des täglichen Bedarfs wie zum Beispiel Betten,

Kleidung, Geschirr und Hygieneartikeln zukommen. Nichtsdestoweniger hatten die Tuberkulosefürsorgestellen mit einigen Problemen zu kämpfen. Auf der einen Seite wurden die Tuberkulosefürsorgestellen von den freipraktizierenden (Fach-)ärzten boykottiert, indem sie sich weigerten zu kooperieren, da sie in den Tuberkulosefürsorgestellen eine ungetragene Konkurrenz sahen, die ihnen die PatientInnen – und damit ihre Einnahmen – stahlen; auf der anderen Seite leistete die Bevölkerung Widerstand, die der neuen Form der Fürsorge anfangs skeptisch gegenüber stand und die Anzeigepflicht missbilligte, da sie den Betroffenen mehr schadete als nutzte. Darüber hinaus stießen präventive Maßnahmen wie die Isolierung der/des Kranken und ein Heiratsverbot für Tuberkulose auf Ablehnung. Nicht außer Acht zu lassen ist auch die Verletzung der Privatsphäre vieler Familien durch die regelmäßigen Besuche der Fürsorgerinnen. Weiters waren noch andere Schwierigkeiten wie Ressourcenmangel und Finanznot allgegenwärtig.

Die Heilstättenbewegung konnte sich 30 Jahre später als in Deutschland auch in Österreich etablieren, wobei sich drei Phasen feststellen lassen: In die erste Periode fällt die Errichtung der Heilanstalt Alland, die von privaten SpenderInnen, Vereinen etc. finanziert wurde. Die Bauten der zweiten Phase sind im Laufe des Ersten Weltkriegs entstanden, zu dessen vorrangigen Initiatoren das Heer und das „Rote Kreuz“ zählten. Nach 1919, die dritte Etappe, erkannte auch die öffentliche Hand die Dringlichkeit der Errichtung von Heilstätten und stellte Gelder für den Ausbau des Heilstättennetzes zur Verfügung. Der Einfluss der Heilstätten auf den Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit war allerdings nicht sehr bedeutend. Zum einen konnten die Heilanstalten während der ersten Nachkriegsjahre der Nachfrage nach freien Plätzen nicht gerecht werden aufgrund der mangelnden Bettenkapazität und schwerkranke TuberkulosepatientInnen mussten abgewiesen werden. Zum anderen konnten ab den 30er Jahren freie Plätze wegen Finanzierungsproblemen der Gemeinden und verlorenen Versicherungsansprüchen der PatientInnen nicht genutzt werden. Ein weiteres Problem war die Bindung der Notstandsunterstützung an den Kranken, die bei Eintritt in eine Heilanstalt oder ein Krankenhaus verloren ging. Folglich blieb die Familie des Kranken unversorgt zurück und das hielt viele PatientInnen davon ab einen Heilstättenplatz in Anspruch zu nehmen. Die Heilstättentherapie selbst verbesserte sich nur im Bereich der chirurgischen Eingriffe. Die Erfolge der kurativen Behandlung wie

zum Beispiel Frischluftliegekuren, Heliotherapie oder diverse Ernährungsdiäten waren sehr bescheiden, da sie nur eine kurzfristige Besserung bewirkten. Positive Effekte zog aber auch die geleistete Erziehungsarbeit in den Heilstätten mit sich, die den PatientInnen eine hygienische Lebensweise näherbrachten.

Zweifelloos zog das kommunale Wohnbauprogramm eine Verbesserung der Wohnverhältnisse und in weiterer Folge durch die hochwertigere Ausstattung auch eine Verbesserung der privaten Hygiene nach sich. Alleine zwischen 1924 und 1928 baute die Gemeinde Wien über 25.000 Sozialwohnungen. 1934 standen bereits rund 61.000 Wohnungen zur Verfügung. Ein wesentliches Kriterium, das maßgeblich zur Stabilisierung des Arbeiterwohnens beitrug, war das Mieterschutzgesetz das bereits während des Ersten Weltkriegs beschlossen wurde und die MieterInnen vor willkürlichen Delogierungen schützte. Darüber hinaus sank der Anteil des Mietzinses gemessen am gesamten Familieneinkommen in Wiener Arbeiterhaushalten von 14,2 % (1910) auf 2,5 % (1925) der Ausgaben. In der Tat ist es schwer zu sagen, in welchen Ausmaß das „Wiener System“ der Sozial- und Gesundheitspolitik das rasche und massive Absinken der Tuberkulosesterblichkeit beeinflusste, denn obwohl sich in Wien eine parallele Abnahme mit dem Ausbau von Fürsorgestellen und Bau von Sozialwohnungen feststellen lässt, sanken die Sterberaten auch in Regionen, die in puncto Tuberkulosefürsorge stark unterentwickelt waren.

LITERATURVERZEICHNIS

Gedruckte Quellen und Literatur

- ANGETTER, Daniela: „Skoda, Josef von“, in: *Österreichisches Biographisches Lexikon 1815-1950*, Bd. 12 (Wien 2005).
- AST, Wilhelm: „Praxis der Tuberkulosefürsorgetätigkeit“, in: *Einführung in die Tuberkulosefürsorge. Vorträge gehalten anlässlich der vom k. k. Ministerium des Innern veranstalteten Ärztekurse (1917/18)*, Sonderbeilage der Zeitschrift: *Das österreichische Sanitätswesen* 30 (1918), 28-43.
- BANIK-SCHWEITZER, Renate: *Zur sozialräumlichen Gliederung Wiens 1869-1934* (Wien 1982).
- BARNES, David S.: *The making of a Social Disease. Tuberculosis in Nineteenth-Century France* (Berkeley / Los Angeles 1995).
- BERG, Alexander: „Miasma und Kontagium. Die Lehre von der Ansteckung im Wandel der Zeiten“, in: *Naturwissenschaften* 50 (1963), 329-396.
- BÖHM, August: *Errichtung von Fürsorgestellen für Lungenkranke* (Wien 1916).
- BÖHM, August: „Die Bekämpfung der Tuberkulose in Wien“, in: *Wiener Medizinische Wochenschrift* 68 (1918), 369-382.
- BREITNER, Hugo: *Seipel-Steuern oder Breitner-Steuern? Die Wahrheit über die Steuerpolitik der Gemeinde Wien* (Wien 1927).
- BRUCKMÜLLER, Ernst: *Sozialgeschichte Österreichs* (Wien / München ²2001).
- CONDRAU, Flurin: *Lungenheilanstalt und Patientenschicksal. Sozialgeschichte der Tuberkulose in Deutschland und England im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert* (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 137, Götting 2000).
- CZEIKE, Felix: *Wirtschafts- und Sozialpolitik der Gemeinde Wien in der ersten Republik (1919 – 1934)*, Bd. 1 (= Wiener Schriften 6, Wien 1958).
- CZEIKE, Felix: *Wirtschafts- und Sozialpolitik der Gemeinde Wien in der ersten Republik (1919 – 1934)*, Bd. 2 (= Wiener Schriften 11, Wien 1959).
- CZEIKE, Felix: *Liberale, christlichsoziale und sozialdemokratische Kommunalpolitik (1861-1934). Dargestellt am Beispiel der Gemeinde Wien* (Wien 1962).
- CZEIKE, Felix: *Geschichte der Stadt Wien* (Wien [u.a.] 1981).
- CZEIKE, Felix: *Historisches Lexikon Wien*, Bd. 1 und Bd. 5 (Wien 2004).
- Das öffentliche Armenwesen in Wien. Eine Skizze seiner geschichtlichen Entwicklung*, herausgegeben vom Magistrat der Stadt Wien (Wien 1946).
- Das Wohlfahrtsamt der Stadt Wien und seine Einrichtungen 1921-1931*, herausgegeben vom Magistrat der Stadt Wien (Wien 1931).

- Das neue Wien. Städtewerk*, herausgegeben unter offizieller Mitwirkung der Gemeinde Wien, Bd. 2, (Wien 1927), 337-654.
- DANNEBERG, Robert: *Die sozialdemokratische Gemeinde-Verwaltung in Wien* (Berlin 1926).
- DIETRICH-DAUM, Elisabeth: „Tuberkulose und Tuberkulosefürsorge in Österreich“, in: *Tiroler Heimat* 65 (2001), 159-197.
- DIETRICH-DAUM, Elisabeth: *Die „Wiener Krankheit“. Eine Sozialgeschichte der Tuberkulose in Österreich* (= Sozial- und wirtschaftshistorische Studien 32, Wien 2007).
- DORNBLÜTH, Otto (Begr.): *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch* (Berlin [u.a.] ²⁶¹2007).
- DURIG, Arnold: *Zum Ernährungsproblem Österreichs* (Wien 1920).
- EBACH, Jürgen: „Reinheitsgesetze“, in: KOCH, Klaus (Hg.), *Reclams Bibellexikon* (Stuttgart ⁷2004).
- ECKART, Wolfgang Uwe: „Die Humorallehre“, in: JAEGER, Friedrich (Hg.), *Enzyklopädie der Neuzeit*, Band 5 (Stuttgart [u.a.] 2007), Sp. 703-706.
- ECKART, Wolfgang Uwe: „Iatrophysik“, in: JAEGER, Friedrich (Hg.), *Enzyklopädie der Neuzeit*, Band 5, (Stuttgart [u.a.] 2007) Sp. 760-762.
- EDER, Franz X.: „Privater Konsum und Haushaltseinkommen im 20. Jahrhundert“, in: EDER, Franz X. / EIGNER, Peter [u.a.] (Hg.), *Wien im 20. Jahrhundert. Wirtschaft, Bevölkerung, Konsum* (= Querschnitte 12, Innsbruck [u.a.] 2003), 201-285.
- EHMER, Josef / FELDBAUER, Peter: „Arbeiterwohnen im 19. Jahrhundert“, in: *Beiträge zur historischen Sozialkunde* 9 (1979), 57-62.
- EVANS, Richard J.: *Tod in Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830-1910*. Aus dem Englischen von Karl A. Klewer (Hamburg 1991).
- EXNER, Gudrun / KYTIR, Josef / PINWINKLER, Alexander: *Bevölkerungswissenschaft in Österreich in der Zwischenkriegszeit (1918-1938). Personen, Institutionen, Diskurse* (= Schriften des Instituts für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften 18, Wien [u.a.] 2004).
- FRACASTORO, Hieronymus: *Drei Bücher von den Kontagien, den kontagiösen Krankheiten und deren Behandlung (1546)*. Übers. u. eingel. v. Viktor Fossel (= Klassiker der Medizin 5, Leipzig 1910).
- FREI, Alfred Georg: *Rotes Wien. Austromarxismus und Arbeiterkultur; sozialdemokratische Wohnungs- und Kommunalpolitik 1919-1934* (Berlin 1984).
- GEGENBAUER, Viktor: „Die wichtigsten Einrichtungen des Wiener Gesundheitsamtes“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 31 (1932), 44-47.
- GOLDER, Werner: *Hippokrates und das Corpus Hippocraticum. Eine Einführung für Philologen und Mediziner* (Würzburg 2007).
- GOTTLIEB, Karl: „Säuglings- und Kleinkinder-Fürsorge“, in: *Einführung in die soziale Hygiene*, Bd. 2 (Wien 1931), 108-128.
- GÖTZL, Alfred: „Die geschichtliche Entwicklung der Fürsorgestellen und ihre Aufgaben im Kampfe gegen die Tuberkulose“, in: *Einführung in die Tuberkulosefürsorge. Vorträge gehalten anlässlich der vom k. k. Ministerium des Innern veranstalteten Ärztekurse (1917/18)*, Sonderbeilage der Zeitschrift: *Das österreichische Sanitätswesen* 30 (1918), 3-11.

- GÖTZL, Alfred: „Die Tuberkulose und ihre Bekämpfung in Wien im Jahre 1926“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 26 (1927), 158-161
- GÖTZL, Alfred: „Die Tuberkulosebekämpfung in Wien“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 28 (1929), 18-21.
- GÖTZL, Alfred: „Die Tuberkulose und ihre Bekämpfung im Jahre 1927“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 28 (1929) 114-118.
- GÖTZL, Alfred: „Zur Geschichte der Tuberkulosebekämpfung in Wien“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 29 (1930), 270-271.
- GÖTZL, Alfred: „Die Tuberkulosefürsorge in Wien 1919 bis 1929“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 30 (1931), 38-44.
- GÖTZL, Alfred: „Die Tuberkulose in Wien und ihre Bekämpfung im Jahre 1930“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 30 (1931), 217-226.
- GÖTZL, Alfred: „Tuberkulose“, in: *Einführung in die soziale Hygiene*, Bd. 2 (Wien 1931), 97-107.
- GÖTZL, Alfred: „Die Tuberkulose in Wien und ihre Bekämpfung im Jahre 1934“, in: *Mitteilungen des Volksgesundheitsamtes* (1935), Nr. 5, 42-46.
- GREDIG, Daniel: *Tuberkulosefürsorge in der Schweiz. Zur Professionsgeschichte der Sozialen Arbeit – Die Tuberkulosefürsorgestelle Basel 1906-1961* (Bern [u.a.] 2000).
- GRMEK, Mirko: „Das Krankheitskonzept“, in: ders. (Hg.): *Die Geschichte des medizinischen Denkens. Antike und Mittelalter* (München 1996), 260-277.
- GUNDERT, Beate: „Humoralpathologie“, in: LEVEN, Karl-Heinz (Hg.), *Antike Medizin. Ein Lexikon* (München 2005), Sp. 436-441.
- HAMMERSCHMID-GOLLWITZER, Josef: *Wörterbuch der medizinischen Fachausdrücke* (München 1999).
- HADULLA, Michael (Hg.): *Die chronischen Krankheiten. Miasmen – Nosoden* (Uelzen 2005).
- HÄHNER-ROMBACH, Sylvelyn: „Künstlerlos und Armenschicksal“, in: WILDEROTTER, Hans (Hg.), *Das große Sterben. Seuchen machen Geschichte* (Berlin 1995), 278-307.
- HÄHNER-ROMBACH, Sylvelyn: *Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs* (Stuttgart 2000).
- HANISCH, Ernst: *Der lange Schatten des Staates. Österreichische Gesellschaftsgeschichte im 20. Jahrhundert* (Wien 1994).
- HANNAWAY, Caroline: „Environment and Miasmata“, in: BYNUM, W. F. / PORTER, Roy (Hg.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, Vol. 1 (London, New York 1997), 292-308.
- HAUTMANN, Hans / HAUTMANN, Rudolf: *Die Gemeindebauten des Roten Wien 1919-1934* (Wien 1980).
- HECKE, Wilhelm: *Die Sterblichkeit an Tuberkulose und Krebs in Wien im Jahre 1904 nach Berufen* (Wien 1907).
- HERZLICH, Claudine / PIERRET, Janine: *Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden. Aus dem Französischen von Gabriele Krüger-Wirrer* (München 1991).

- HIPPOCRATES: „Über die Natur des Menschen“, in: KAPFERER, Richard (Hg.), *Die Werke des Hippokrates. Die hippokratische Schriftensammlung in neuer deutscher Übersetzung (Band 1)*. Neudr. der fünfbd. Orig.-Ausg. (Stuttgart 1995), 5-34.
- HÖDL, Klaus: *Die Pathologisierung des jüdischen Körpers. Antisemitismus, Geschlecht und Medizin im Fin de Siècle* (Wien 1997).
- HUGO, Victor: *Die Elenden*. Aus dem Französischen von Edmund Th. Kauer (München 1963).
- Hugo Breitner - Julius Tandler. *Architekten des Roten Wien*, herausgegeben vom Verein für Geschichte der Arbeiterbewegung (Wien 1997).
- JEHL, Eduard: *Zehn Jahre rotes Wien* (Wien 1930).
- JOHN, Michael: *Hausherrenmacht und Mieterelend. Wohnverhältnisse und Wohnerfahrung der Unterschichten Wiens 1890-1923* (= Österreichische Texte zur Gesellschaftskritik 14, Wien 1982).
- JOUANNA, Jacques: „Die Entstehung der Heilkunst im Westen“, in: GREMK, Mirko (Hg.), *Die Geschichte des medizinischen Denkens. Antike und Mittelalter* (München 1996), 28-80.
- JUDTMANN, Fritz / RISS, Egon: „Der neue Tuberkulosepavillon im Krankenhaus der Stadt Wien“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 30 (1931), 34-38.
- JUNKER, Ermar: „Die jährlichen Tuberkuloseinfektionsraten in Wien in den Jahren 1902-1958“, in: *Praxis der Pneumologie* 26 (1972), 115-121.
- JUNKER, Ermar: „Stellenwert der Tuberkulose als Volkskrankheit“, in: *Wiener Medizinische Wochenschrift* (1978), Nr. 17, 573-577.
- JUNKER, Ermar / KLIMA, Hans: „Die Entwicklung der Kindertuberkulose in Österreich“, in: *Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung* 81 (1980), 225-229.
- JUNKER, Ermar: „Zur tuberkulösen Durchseuchung in Österreich“, in: *Praxis und Klinik der Pneumologie* 36 (1982), 502-507.
- JUNKER, Ermar: „Zur Epidemiologie der Lungenerkrankungen in Wien“, in: *Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung* 91 (1990), 157-160.
- JUNKER, Ermar: „Erfolg und Schrecken der Tuberkulosebehandlung in früheren Zeiten“, in: *Atemwegs- und Lungenkrankheiten* 18 (1992), 121-123.
- JUNKER, Ermar [u.a.]: *Die Tuberkulose in Wien* (Wien 1999).
- JUNKER, Ermar [u.a.] (Hg.): *Die Entwicklung einer pulmologischen Gesellschaft von 1951-2003* (Wien 2004).
- KAFKA, Franz: *Gesammelte Werke* (herausgegeben von Max Brod), Bd. 9: Briefe 1902-1924 (Frankfurt am Main 1958).
- KINZELBACH, Annemarie: *Gesundbleiben, Krankwerden, Armsein in der frühneuzeitlichen Gesellschaft. Gesunde und Kranke in den Reichsstädten Überlingen und Ulm 1500 – 1700* (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 8, Stuttgart 1995).
- KINZELBACH, Annemarie: „Seuchenkonzepte und frühneuzeitliche Gesellschaft“, in: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 20 (1997), 253-265.

- KOELSCH, Franz: „Tuberkulose und Beruf“, in: GROTHJAHN, A. / KAUP, J. (Hg.), *Handwörterbuch der sozialen Hygiene*, 2. Bd. (Leipzig 1912), 650-665.
- KÖHLER, Werner: „Entwicklung der Mikrobiologie mit besonderer Berücksichtigung der medizinischen Aspekte“, in: JAHN, Ilse (Hg.), *Geschichte der Biologie. Theorien, Methoden, Institutionen, Kurzbiographien* (Heidelberg / Berlin 2000), 620-641.
- KREUSER, F. / DEUSTER, H.: „Die Frage der Zwangsabsonderung asozialer Tuberkulöser vom Standpunkt der Fürsorge und Krankenbehandlung“, in: *Zeitschrift für Tuberkulose* 54 (1929), 109-114.
- LEDEBUR, Sophie: *Die Miasmentheorie. Ätiologie im 18. und 19. Jahrhundert* (ungedr. Dipl.-Arb. Wien 2003).
- LEUCHT, Robert: *Der Tb-Mythos. Aspekte einer Krankheitsmetapher in der deutschen Literatur 1850-1900* (ungedr. Dipl.-Arb. Wien 1999).
- LESKY, Erna: *Meilensteine der Wiener Medizin. Große Ärzte Österreichs in drei Jahrhunderten* (Wien 1981).
- LEICHTER, Käthe: *So leben wir... 1320 Industriearbeiterinnen berichten über ihr Leben* (Wien 1931).
- MANG, Brigitte: „Grünräume im Roten Wien“, in: ÖHLINGER, Walter (Red.), *Das Rote Wien 1918-1934. Ausstellungskatalog Historisches Museum der Stadt Wien* (Wien 1993), 62-72.
- MELINZ, Gerhard: „Von der Wohltäterei zur Wohlfahrt. Aspekte kommunaler Sozialpolitik 1918-1934“, in: ÖHLINGER, Walter (Red.), *Das Rote Wien 1918-1934. Ausstellungskatalog Historisches Museum der Stadt Wien* (Wien 1993), 104-120.
- MELINZ, Gerhard / ZIMMERMANN, Susan: „Getrennte Wege. Wohlfahrtspolitik und gesellschaftlicher Transformationsprozess in Wien und Budapest zwischen den Weltkriegen“, in: *Jahrbuch des Vereins für Geschichte der Stadt Wien* 50 (1994), 269-315.
- MELINZ, Gerhard / UNGAR, Gerhard: *Wohlfahrt und Krise. Wiener Kommunalpolitik zwischen 1929 und 1938* (Wien 1996).
- MICHALSEN, Andreas / ROTH, Manfred (Hg.): *Blutegeltherapie* (Stuttgart 2006).
- NEUBER, Berta: *Die Ernährungslage in Wien während des Ersten Weltkriegs und in den ersten Nachkriegsjahren* (ungedr. Dipl.-Arb. Wien 1985).
- NEUBER, Berta: *Die Ernährungssituation in Wien in der Zwischenkriegszeit, während des Zweiten Weltkriegs und in den ersten Nachkriegsjahren*, Bd. 1 (ungedr. phil. Diss. Wien 1988).
- NOLTE, Dietrich: „TB or not TB oder ein Kampf gegen die Tuberkulose“, in: *Atemwegs- und Lungenkrankheiten* 25 (1999), 50-52.
- NOLTE, Dietrich: „Lungenschwindsucht. Wie eiskalt ist dieses Händchen“, in: *Atemwegs- und Lungenkrankheiten* 26 (2000), 276-280.
- o. A.: „Lungenheilstätte Baumgartner Höhe. Belagererweiterung“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 24 (1925).
- o. A.: „Die Tuberkulosefürsorge der Gemeinde Wien“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 26 (1927), 123-125.
- o. A.: „Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit bei Kindern“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 28 (1929).

- OURY, Michel: „Geschichte der Tuberkulose“, in: SOURNIA, Jean-Charles [u.a.] (Hg.), *Illustrierte Geschichte der Medizin*, Bd. 8 (Salzburg 1983), 2827-2847.
- PARKER, Robert: *Miasma. Pollution and purification in early Greek religion*, (Oxford [u.a.] 1996).
- PATZER, Franz: *Streiflichter auf die Wiener Kommunalpolitik 1919-1934* (= Wiener Schriften 40, Wien 1978).
- PELLER, Sigismund: „Die Tuberkulosemortalität in Wien vor und nach dem Krieg“, in: *Wiener klinische Wochenschrift* (1920) Nr. 41, 906-909.
- PFEIFER, Klaus: *Medizin der Goethezeit. Christoph Wilhelm Hufeland und die Heilkunst des 18. Jahrhunderts* (Köln [u.a.] 2000).
- POINDECKER, Hans: „Zur Frage der Tuberkulose-Prophylaxe“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 28 (1929), 21-24.
- POINDECKER, Hans: „Tuberkulose-Merkblatt“, in: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 29 (1930), 70 f.
- PORTER, Roy: „The Eighteenth Century“, in: CONRAD, Lawrence I. (Hg.) [u.a.], *The Western Medical Tradition 800 BC to AD 1800* (Cambridge [u.a.] 1996), 371-476.
- REISCHL, Friedrich: *Wiens Kinder und Amerika. Die amerikanische Kinderhilfsaktion 1919* (Wien 1919).
- REISINGER, Gerhard: *Die Finanzpolitik Hugo Breitners. Entstehung und Ausformung des neuen Wiener Steuersystems in der Ersten Republik* (ungedr. rer. soc. oec. Diss. Wien 1990).
- RILEY, James C.: *The eighteenth-century campaign to avoid disease* (New York 1987).
- ROLLIER, Auguste: *Die Heliotherapie. Fünfundvierzigjährige Erfahrungen mit der Sonnenkur insbesondere bei der chirurgischen Tuberkulose*. Aus dem Französischen von Karl Triebold (Berlin 1951).
- ROSENFELD, Siegfried: *Die Änderungen der Tuberkulosehäufigkeit Österreichs durch den Krieg* (Wien 1921).
- ROSENFELD, Siegfried: „Tuberkulose-Abnahme in Wien im Jahre 1920“, in: *Mitteilungen des Volksgesundheitsamtes* (1921), Nr. 13, 585-595.
- SABLIK, Karl: *Julius Tandler. Mediziner und Sozialreformer* (Wien 1983).
- SARGENT, Frederick: *Hippocratic heritage. A history of ideas about weather and human health* (Oxford [u.a.] 1982).
- SCHMID, Elisabeth / JUNKER, Ermar: „Kann die BCG-Impfung einen neuerlichen Anstieg der Tuberkulose verhindern?“, in: *Atemwegs- und Lungenkrankheiten* 18 (1992), 124-129.
- SCHMUHL, Hans-Walter: *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ 1890 – 1945* (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 75, Göttingen 1992).
- SCHUBERT, Charlotte: „Griechenland und die europäische Medizin“, in: SCHOTT, Heinz (Hg.), *Die Chronik der Medizin* (Dortmund 2000), 26-29.
- SCHUBERT, Charlotte: „Selbstbewusster Architekt der europäischen Medizin“, in: SCHOTT, Heinz (Hg.), *Die Chronik der Medizin* (Dortmund 2000), 42-43.

- SELIGER, Maren: *Sozialdemokratie und Kommunalpolitik in Wien. Zu einigen Aspekten sozialdemokratischer Politik in der Vor- und Zwischenkriegszeit* (= Wiener Schriften 49, Wien [u.a.] 1980).
- SELIGER, Maren / UCAKAR, Karl: *Wien, politische Geschichte 1740 – 1934. Entwicklung und Bestimmungskräfte großstädtischer Politik*, Bd. 2: 1896-1934 (Wien [u.a.] 1985).
- SONTAG, Susan: *Krankheit als Metapher* (Frankfurt am Main 1996).
- Statistischen Mitteilungen der Stadt Wien*, herausgegeben von der Magistratsabteilung für Statistik (Wien 1927).
- STEGGER, Florian: *Das Erbe des Hippokrates. Medizinethische Konflikte und ihre Wurzeln* (Göttingen 2008).
- TANDLER, Julius: *Wohltätigkeit oder Fürsorge?* (Wien 1925).
- TANDLER, Julius: „Mieterschutz und Volksgesundheit“, in: *Arbeiterschutz. Zeitschrift für soziale Gesetzgebung* 38 (1927), 133-135.
- TANDLER, Julius: „Richtlinien für die Anstaltsfürsorge“, in: *Die Anstaltsfürsorge der Stadt Wien für das Kind* (Wien 1930).
- TELEKY, Ludwig: „Tuberkulose und soziale Verhältnisse“, in: *Einführung in die Tuberkulosefürsorge. Vorträge gehalten anlässlich der vom k. k. Ministerium des Innern veranstalteten Ärztekurse (1917/18)*, Sonderbeilage der Zeitschrift: *Das österreichische Sanitätswesen* 30 (1918), 63-81.
- WANNER, Roger M. / SPRINGER, Burkhard: „Die Tuberkulose, vom Altertum in die Neuzeit“, in: *Schweizerische Ärztezeitung* 89 (2008), 1602-1605.
- WEBER, Ingbert: „Einführung“, in: WEBER, Ingbert (Hg.), *Gesundheit sozialer Randgruppen. Gesundheitliche Probleme gesellschaftlich benachteiligter Gruppen und deren Versorgung*, (Stuttgart 1997), 1-5.
- WEIGL, Andreas: *Demographischer Wandel und Modernisierung in Wien* (Wien 2000).
- WEIHSMANN, Helmut: *Das Rote Wien. Sozialdemokratische Architektur und Kommunalpolitik 1919-1934* (Wien 2002).
- WEILANDT, Caren / ALTENHOFEN, Lutz: „Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Migranten“, in: WEBER, Ingbert (Hg.), *Gesundheit sozialer Randgruppen. Gesundheitliche Probleme gesellschaftlich benachteiligter Gruppen und deren Versorgung*, (Stuttgart 1997), 76-98.
- WEINZIERL, Josef: *Plenciz ' Anschauung über Ansteckung* (München 1937).
- WICK, Ludwig: „Die Verbreitung der Lungenschwindsucht in Wien“, in: *Wiener klinische Wochenschrift* (1895), Nr. 29 und 34, 525-527 und 607-608.
- WILDEROTTER, Hans: „Alle dachten, das Ende der Welt sei gekommen“, in: ders. (Hg.): *Das große Sterben. Seuchen machen Geschichte* (Berlin 1995), 12-53.
- WINKLE, Stefan: *Geißeln der Menschheit. Kulturgeschichte der Seuchen* (Düsseldorf 2005).

Internetquellen

- DOETSCH, Raymond: „Benjamin Marten and his «New Theory of Consumptions»“, in: *Mircobiological Reviews* 42 (1978), 521-528.
<http://mmbbr.asm.org/cgi/reprint/42/3/521.pdf>
 (Zugriff am 28. 9. 09)
- FLATH, Bernd: „Von Champagnergläsern und Weinfässern“
http://www.tumor-online.net/docs/ausg_2_2003_7.htm
 (Zugriff am 5. 10. 09)
- HOWARD-JONES, Norman: „Fracastoro and Henle. A re-appraisal of their contribution to the concept of communicable diseases“, in: *Medical History* 21 (1977), 61-68.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/pagerender.fcgi?artid=1081895&pageindex=1> (Zugriff am 28. 9. 09)
- KAFKA, Franze: „Brief an Milena Jesenská vom 4. April 1920“
<http://homepage.univie.ac.at/werner.haas/1920/mi20-004.htm>
 (Zugriff am 4. 3. 10)
- KAPPELMAN, John [u.a.]: „First *Homo erectus* from Turkey and implications for migrations into temperate Eurasia“, in: *American Journal of Physical Anthropology* 135 (2008), 110-116.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=PubMed>
 (Zugriff am 20. 9. 09)
- LUDWIG, Timm: „Frédéric Chopin. Husten mit unendlicher Anmut“, in: *Deutsches Ärzteblatt* 97 (2000)
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=22530>
 (Zugriff am 1. 10. 09)
- NUTTON, Vivian: „The seeds of disease. An explanation of contagion and infection from the Greeks to the Renaissance“, in: *Medical History* 27 (1983), 1-34.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/pagerender.fcgi?artid=1139262&pageindex=1> (Zugriff am 28. 9. 09)
- REGAL, Wolfgang / NANUT, Michael: „Das älteste Spital der Stadt Wien“, in: *Ärzte Woche* 36 (2004)
<http://www.springermedizin.at/fachbereiche-a-z/lost-and-found/?full=5699>
 (Zugriff am 5. 2. 10)
- Robert Koch Institut (Hg.): Epidemiologisches Bulletin (2009), Nr. 11
http://www.rki.de/cln_169/nn_274324/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2009/11_09.templateId=ra_w.property=publicationFile.pdf/11_09.pdf
 (Zugriff am 12. 3. 10)
- SPIGELMAN, Mark [u.a.]: „Detection and Molecular Characterization of 9000-Year-Old Mycobacterium tuberculosis from a Neolithic Settlement in the Eastern Mediterranean“, in: *Plos One – online*
<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0003426>
 (Zugriff am 20. 9. 09)
- http://euro.who.int/tuberculosis/publications/20071204_10?PrinterFriendly=1&language=German
 (Zugriff am 9. 9. 09)
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=PubMed> (Zugriff am 20. 9. 09)
- <http://www.wasserwerk.at/lexib.htm#Bassena> (Zugriff am 10. 1. 10)
- http://www.simmering.spoe.at/content/ueber/rotes_simmering.html (Zugriff am 5. 3. 10)

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Die österreichische Lebensmittelkarte

Tabelle 2: Die Tuberkulosemortalität in Wien von 1919 bis 1934

Tabelle 3: Die Errichtung von privaten Tbc-Fürsorgestellen in Wien von 1905 bis 1918

Tabelle 4: PatientInnenzuweisungen an Wiener Fürsorgestellen (Angaben in Prozent)

Tabelle 5: Wohndichte (Angaben in Prozent)

ABSTRACT

In der Ersten Republik konnte Wien das modernste Fürsorgesystem Österreichs vorweisen. Der Aufbau und die Weiterentwicklung des Fürsorge- und Wohlfahrtsprogramms des „Roten Wien“ gründet im Wesentlichen auf der Tatkraft des Gesundheitsstadtrates Julius Tandlers, der sich unter anderem der Bekämpfung der drei vorherrschenden Volksseuchen Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und Alkoholismus verschrieb.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Tuberkulose während der Ersten Republik in Wien. Die Arbeit beruht auf der These der sozialen Bedingtheit der Tuberkulose mit dem Ziel die verschiedenen sozialen Faktoren, die eine Verbreitung der Tuberkulose begünstigten, zu erläutern und im Zusammenhang damit, die Interventionsstrategien der öffentlichen Hand vorzustellen und kritisch zu hinterfragen.

Einen breiten Raum nimmt die Analyse der epidemiologischen Entwicklung der Tuberkulose von 1919 bis 1934 in Anspruch. Es werden anhand der Faktoren Wohnverhältnisse und Ernährungsbedingungen die Ursachen für die Verbreitung der Tuberkulose erörtert und mittels zeitgenössischer Sanitätsstatistiken die geschlechts-, alters- und schichtspezifischen Sterblichkeitsunterschiede untersucht. Es ist zu fragen, ob bestimmte Bevölkerungs- bzw. Berufsgruppen von der Tuberkulose häufiger betroffen waren als andere. Das Hauptaugenmerk der Arbeit richtet sich auf das Maßnahmenpaket zur Bekämpfung der Tuberkulose, welches von der roten Gemeindeverwaltung konzipiert wurde. Die drei Eckpfeiler zur Bekämpfung der Tuberkulose – Ausbau des Fürsorgenetzes, Bau von Lungenheilanstalten und soziale Wohnbaupolitik – werden vorgestellt und kritisch beleuchtet.

Die Grundlage der Arbeit bilden schriftliche Primärquellen wie Bücher, Zeitschriftenartikel, Jahresberichte, Merkblätter und Darstellungen der Sekundärliteratur.

LEBENS LAUF

Persönliche Daten

Name: Kerstin Aigner
Geburtsdatum, -ort: 15. Dezember 1981, Wels
Staatsbürgerschaft: Österreich

Schul- und Ausbildung

09 / 2006 – 02 / 2007: Auslandssemester in Spanien an der Universidad Complutense de Madrid
03 / 2003 – 06 / 2010 Lehramtsstudium Geschichte, Sozialkunde, Politische Bildung und Spanisch an der Universität Wien
10 / 2002 – 01 / 2003 Studium der Internationalen Betriebswirtschaft an der Wirtschaftsuniversität Wien
1999 – 2002: Aufbaulehrgang für wirtschaftliche Berufe, Linz
1996 – 1999: Tourismusfachschole, Bad Leonfelden
1992 – 1996: Private Mädchenhauptschole, Wels
1988 – 1992: Volksschole, Gunskirchen