

VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Band 12

Schwerpunkt: Bäder und Kuren

Herausgegeben von

Alfred Stefan Weiß, Elisabeth Dietrich-Daum und Carlos Watzka

für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin

Wien: Verlagshaus der Ärzte, 2013



.....

Iris Ritzmann

Logiken der Lungenkur

.....

English title

logics of pulmonic cures

Summary

In Switzerland, most frequent used therapy of the lung tuberculosis during the first half of the 20th century was the cure in a sanatorium. Even in this time, several investigations showed a dubious success of this treatment. Nevertheless, thousands of patients spent months or years of their lives in these institutions. Why could this kind of therapy persist for so long time? This article analyses some aspects like the benefits for the local region and for the employees of the sanatoria, or the profits from the persistence of a hierarchical relationship between physician and patients.

Keywords

Lung diseases – pulmonic cures – tuberculosis – sanatoria – Switzerland – early 20th century

Einleitung

Heilung durch die Lungenkur war das Ziel für Tausende Tuberkulosekranke in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Sie verbrachten Wochen, Monate und sogar Jahre in der Schweizer Berglandschaft, weit entfernt von ihren Familien und Freunden. Sie konnten ihrer täglichen Arbeit nicht mehr nachgehen und sahen sich gezwungen, abhängige Familienmitglieder der Fürsorge zu überlassen. Frauen fielen häufig als Familienmütter aus, Männer als Einkommensgaranten. Die Entscheidung, eine solche Kur auf sich zu nehmen, fiel in der Regel nach dramatischen Abwägungen und unter massivem eigenem und fremdem Druck. Im Kurort erwartete die Kranken kein entspannter Erholungsurlaub. Die Volkssanatorien bildeten schon fast klosterähnliche Orte, an denen die Kranken verschiedener Stadien in einer Schicksalsgemeinschaft abgeschottet zusammen lebten. Sie hatten sich an kontrollierte Abläufe zu halten, die Arbeit und Nahrungsaufnahme, Bewegung und Ruhe vorschrieben. Die Wirksamkeit der Lungenkur wurde allerdings bereits in ihren Anfängen in Frage gestellt und begleitete diese Therapieform während ihrer gesamten Existenz. Offensichtlich standen andere Logiken als die therapeutische Effizienz hinter den Bergaufenthalten.

Warum pilgerten die Kranken zu den Höhenkliniken, als wenn es Wallfahrtsorte wären? Warum wurden diese kostspieligen Kuren von der Fürsorge und den Ärzten unterstützt? Welchen Logiken folgten die Lungenkuren?

Idee der gesunden Bergluft

Die These des Arztes Hermann Brehmer (1826-1889), an „*immunen Orten*“ komme keine Schwindsucht vor,¹ entsprang dem hippokratischen Konzept, Krankheiten mit klimatischen Bedingungen begründen und heilen zu können. Allerdings war man sich lange nicht einig, wo diese paradiesischen Stellen zu finden seien. Während einige Ärzte auf Meeresklima schworen, propagierten andere das hohe Gebirge, jeweils mit der Gesundheit der einheimischen Bevölkerung argumentierend. Die Verortung einer natürlichen Heilstätte im Hochgebirge und damit in einer charakteristischen Landschaftsform der Schweiz gelang Alexander Spengler (1827-1901). Er flüchtete als junger Jurastudent, der an der Märzrevolution 1848 teilgenommen hatte, aus Mannheim nach Zürich, wo er Medizin studierte. Danach war er als Landarzt in Davos tätig. Die Berglandschaft wurde ihm zur neuen Heimat. 1868 eröffnete er in Davos das erste Kurhaus für Lungenkranke. Spengler war überzeugt, dass die dünne Luft eine natürliche Heilstätte gegen die Tuberkulose bilde. Sein Behandlungskonzept bestand im Wesentlichen darin, den Kranken

*„so viel nur immer möglich den Aufenthalt in der freien Luft zu gewähren und, je nach dem Krankheitsstadium, durch Ruhe, durch mässige Bewegung auf ebenem Boden, durch allmälige Uebung im Aufwärtssteigen bis zur täglichen, systematisch geübten Bergtour die verschiedenen heilkräftig einwirkenden Factoren der verdünnten Luft zur Geltung zu bringen.“*²

Um die Diskussion über die immunisierende Höhenluft auf eine naturwissenschaftliche Basis zu verlagern, veranlasste die Schweizerische Naturforschende Gesellschaft eine breit angelegte Studie. In erster Linie ging es um den Zusammenhang zwischen Höhenlage und Vorkommen der „*Lungenschwindsucht*“. Bei der Auswertung der zahlreichen Daten trat dann aber die aussagekräftigere Komponente der Industrialisierung in den Vordergrund. Die Daten der beruflichen Bevölkerungsstruktur erlaubte eine Einteilung der Schweiz in rein oder vorwiegend agrarische, gemischt besiedelte und rein oder vorwiegend industrielle Regionen. Ein Vergleich mit den Höhenangaben führte zum Schluss, dass mit zunehmender Höhenlage die Lungenschwindsucht zwar weniger vorkam, sich allerdings bis in die höchstgelegenen Gebiete nachweisen ließ. Dieses Muster kam aber hauptsächlich durch die berufliche Zuordnung zustande, weil in den Gebirgsregionen vor allem Bauern, bei denen die Tuberkulose seltener festgestellt wurde, lebten. Die Studie schloss daraus:

*„Eines der durchschlagendsten Momente für die grössere oder geringere Häufigkeit der L.-S. [Lungenschwindsucht], das konstant durch die ganze Untersuchung zu Tage trat, ist der soziale Stand, der Gegensatz zwischen agrikolen und industriellen Verhältnissen: in jenen ist die L.-S. selten, in diesen häufig.“*³

Die Resultate widerlegten also die These, dass die Alpen immune Orte seien. Desungeachtet erfreute sich Spenglers Lungenkur eines wachsenden Zulaufs. Zwei schwer lungenkranke Männer aus Deutschland verbrachten daraufhin 1865 erstmals einen Winter in Davos. Sie genasen angeblich, und da sie Kontakte zur Presse hatten,

¹ Hermann BREHMER, Die chronische Lungenschwindsucht, ihre Ursache und ihre Heilung: für vorurtheilsfreie Ärzte und gebildete denkende Laien (Berlin 1857).

² Alexander SPENGLER, Die Landschaft Davos (Kanton Graubünden) als Kurort gegen Lungenschwindsucht. Klimatologisch-medicinische Skizze (Basel 1869) 47.

³ Emil MÜLLER, Verbreitung der Lungenschwindsucht in der Schweiz. Bericht der von der schweiz. naturforschenden Gesellschaft zur Untersuchung darüber niedergesetzten Kommission (Winterthur 1876) 74.

warben sie viele weitere Kranke zu einem Kuraufenthalt in den Alpen an. Zudem verbreitete der Zürcher Arzt Conrad Meyer-Ahrens (1813-1872), der mit seinem Bäderführer schon früh auf die gesunde Bergluft im Hochtal von Davos hingewiesen hatte, die Kunde von Spenglers Wirken in der zweiten Auflage seines Bäderführers 1867.⁴ Lungenkranke aus aller Welt begannen im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts, im Hochgebirge einen Hoffnungsanker zu sehen. In jener Zeit entwickelten sich die Alpen zur eigentlichen Touristenattraktion, Bergbahnen erschlossen die einsamen Gegenden, und die Schweizer Hotellerie blühte auf.⁵ In Davos und bald auch in anderen Höhenorten kam es zur Gründung zahlreicher luxuriöser Berghotels, die ihren kranken Gästen das Leben so sorglos wie möglich zu gestalten versuchten.

Volkssanatorien als Wirtschaftsfaktoren

Warum sollten diese Höhenkuren nicht auch der ärmeren Bevölkerung zugänglich sein, fragten sich einige sozialpolitisch aktive Ärzte. Ihr Impetus entsprang nicht nur reiner Nächstenliebe. Die so genannte „*Unterschicht*“ stand für Schmutz, Unordnung und Chaos, für Arbeiterunruhen und Streik, aber auch für Degeneration, Kriminalität und Alkoholismus, und schließlich für Krankheit und Tod. Die Tuberkulose als wichtigste Todesursache im ausgehenden 19. Jahrhundert erschien vor diesem Hintergrund als eine Gefahr, die vor allem von armen Leuten, engen Wohnverhältnissen und schlechter Ernährung ausging.⁶ Erzieherische Fürsorgemaßnahmen und isolierende Höhenkuren als therapeutische und zugleich disziplinierende Eingriffe sollten dieses Bedrohungspotenzial der ärmsten Bevölkerungsschicht bannen. Die reine Schweizer Bergluft schien als Heilmittel gegen die „*Schmutzkrankheit*“ Tuberkulose wie geschaffen.⁷ Die armen Bergregionen ihrerseits reagierten sehr unterschiedlich. Während sich Gemeinden in Baden-Württemberg teilweise vehement gegen den Bau von Lungenanatorien wehrten,⁸ zeigten abgelegene ärmere Dörfer größtes Interesse an diesem neuen Wirtschaftszweig und rangen um die Wette, wer die klimatisch besten Voraussetzungen für den Bau einer Heilanstalt bieten könne. Das erste Volkssanatorium wurde 1895 als Asyl für Lungenkranke im Berner Heiligenschwendi eröffnet. Die fünfundvierzig Betten waren schnell besetzt, und in den wenigen Jahren bis zur Jahrhundertwende folgten in kurzen Abständen weitere Volkssanatorien mit rasant steigender Bettenzahl.

⁴ Conrad MEYER-AHRENS, Die Heilquellen und Kurorte der Schweiz und einiger der Schweiz zunaechst angrenzenden Gegenden der Nachbarstaaten. Zweite, vermehrte Aufl. (Zürich 1867) v.a. 590-592.

⁵ Vgl. Rüdiger HACHTMANN, Tourismus-Geschichte (Göttingen 2007) 73, 86-87, oder David GUGERLI, Wie die Jungfrau zu ihrer Bahn gekommen ist. Technische Naturbeherrschung an einer anthropomorphisierten Landschaft. In: Kunst + Architektur in der Schweiz (1997) 42-55.

⁶ Vgl. die detaillierte Untersuchung der sozialen Hintergründe der Tuberkuloseanfälligkeit in Elisabeth DIETRICH-DAUM, Die „*Wiener Krankheit*“. Eine Sozialgeschichte der Tuberkulose in Österreich (= Sozial- und wirtschaftshistorische Studien; Bd. 32, München 2007), z.B. 102.

⁷ Vgl. z.B. auch Flurin CONDRAU, Behandlung ohne Heilung. Zur sozialen Konstruktion des Behandlungserfolgs bei Tuberkulose im frühen 20. Jahrhundert. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 19 (2000) 71-93.

⁸ Vgl. hierzu Sylvelyn HÄHNER-ROMBACH, Sozialgeschichte der Tuberkulose: Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs. (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte-Beiheft 14, Stuttgart 2000) 234-240.

Noch im 19. Jahrhundert gegründet wurden 1896 die Basler Heilstätte für Brustkranke in Davos, 1897 das Glarner Sanatorium in Braunwald und an vierter Stelle 1898 die Zürcher Heilstätte für Lungenkranke in Wald.⁹

Wo ein Volkssanatorium errichtet wurde, profitierten im Allgemeinen die Ortschaften selbst: Poststellen wurden eröffnet, Bergbahnen gebaut, Gastwirtschaften entstanden. Beim Bau des Zürcher Lungensanatoriums kam es zum regelrechten Konkurrenzkampf zwischen verschiedenen Ortschaften. Die Gemeinde Wald obsiegte, nachdem sie den Forderungen der Baukommission zugestimmt hatte, auf eigene Kosten eine Zufahrtsstrasse zu bauen und dem Sanatorium unentgeltlich Trinkwasser zur Verfügung zu stellen.¹⁰ Braunwald, um ein zweites Beispiel zu nennen, war im ausgehenden 19. Jahrhundert ein Dorf mit knapp 150 Bauernfamilien und lediglich sieben Nichtbauern. Das ländliche Braunwald hatte nicht einmal eine eigene Kirche. Schon wenige Jahre nach Gründung des Volkssanatoriums sah die Situation anders aus: 1901 wurde eine Luftseilbahn errichtet, die das schwere Gepäck der Kranken transportierte. Eine Kirche folgte 1904, zahlreiche Läden, eine Poststelle und zusätzliche Schulen entstanden, und in den folgenden Jahrzehnten stieg Braunwald zum belebten Kurort auf.¹¹

In wenigen Jahrzehnten waren die Lungenkuren zum marktwirtschaftlich relevanten Faktor für einzelne Bergorte, aber auch für das Gesundheitswesen aufgestiegen. In den frühen 1930er Jahren gaben die staatlichen Fürsorgestellen und öffentlich unterstützten Vereine jährlich den namhaften Betrag von über dreieinhalb Millionen Franken für Lungenkuren aus.¹² Ärzte und Ärztinnen, Krankenschwestern, aber auch zahlreiche Fürsorgerinnen waren im Umfeld der Kuraufenthalte von Lungenkranken tätig. Die Volkssanatorien wuchsen zu ansehnlichen Institutionen mit einer breiten Infrastruktur heran.

Ausbau medizinischer Deutungsmacht

Eigentlich widersprach das Konzept der Lungenkur komplett den Forderungen der neuen Leitwissenschaft der 1880er Jahre: der Bakteriologie. Diese betrachtete die Kurhäuser als gefährliche Ansammlungen von Krankheitskeimen. Einzelne Kurärzte versuchten vergeblich, die Koch'sche Theorie als Irrtum zu entlarven: Der neu entdeckte Bazillus trete nicht als Ursache, sondern als Folge der Tuberkulose auf. Doch immer mehr Ärzte wandten sich explizit gegen die gemeinsame Unterbringung so vieler Kranken, die sich gegenseitig nur immer wieder anstecken würden.¹³ Wie überstand die Höhenkur diese Herausforderung?

1889 eröffnete der deutsche Arzt Ludwig Turban (1856-1935) die erste geschlossene Tuberkuloseheilstätte, das Sanatorium Dr. Turban. Seine Forderungen nahmen die

⁹ Vgl. zur Propagierung der Lungenkur v.a. Christian SCHÜRER, Die ärztliche Erfindung von Heilung. Eine Studie über Tuberkulose, Liegekur und die Heilkraft des Höhenklimas (1860–1900). Lizentiatsarbeit der Philosophischen Fakultät, Historisches Seminar der Universität Zürich (Zürich 2003).

¹⁰ Iris RITZMANN, Hausordnung und Liegekur. Vom Volkssanatorium zur Spezialklinik: 100 Jahre Höhenklinik Wald (Zürich 1998) 46-47.

¹¹ Geografisches Lexikon der Schweiz. Bd. 1, Neuchâtel 1901, Lemma „*Braunwald*“. Vgl. auch Christoph MEIER: Historische Daten von Braunwald 1196-1982. In: Braunwald.ch, die Ferienregion am Klausenpass, o.O. o.J. (www.braunwald.ch/files/?id=58420, letzter Abruf 29.4.2013) 3.

¹² Hans BAUMANN, Die Tuberkulosefürsorge in der Schweiz. Diss. ETH (Zürich 1937) 52-53.

¹³ Vgl. hierzu Flurin CONDRAU, Lungenheilstätte und Patientenschicksal. Sozialgeschichte der Tuberkulose in Deutschland und England im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert. (= Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, 137, Göttingen 2000) 143-150.

bakteriologischen Erkenntnisse mit auf. Sie beinhalteten rigide Desinfektionsmaßnahmen, die tägliche feuchte Reinigung der Böden, die Geschirreinigung in heißer Seifenlösung und einen ganzen Maßnahmenkatalog persönlicher Schutzvorrichtungen.

Im Kern ging es dem sittenstrengen Dr. Turban um die Disziplinierung der Lungenkranken. Ihm widerstrebte das Lebensprinzip der Davoser Gäste, das Genuss höher bewertete als Gesundung. Turbans Kurordnung umfasste neben zahlreichen Verboten die unbedingte Einhaltung von sechs bis neun Liegestunden täglich, enthielt strenge Diätvorschriften und verordnete eine klare Geschlechtertrennung, ja absolute Keuschheit. Die Patienten sollten das Gefühl entwickeln, mit der Einhaltung jeder einzelnen ärztlichen Vorschrift an der Wiederherstellung ihrer Gesundheit mitzuarbeiten. Denn die Grundlage zur Heilung lag laut Turban einzig in der Disziplin.¹⁴ Damit avancierten die Sanatoriodirektoren zur moralischen Instanz. Im Namen der Gesundheit und mit der Drohung eines selbstverschuldeten Todes erhielten sie Zugriff auf das Privatleben ihrer Patientinnen und Patienten, entschieden darüber, welches Verhalten sich positiv oder negativ auf die Gesundheit auswirke, und weiteten damit den Einflussbereich medizinischer Definitionsmacht aus.

Innerhalb der Sanatorien bildete sich eine Art Ständordnung heraus: Der ärztliche Direktor regierte unangefochten über den ganzen Betrieb. Häufig waren diese Ärzte selbst von der Krankheit betroffen. Sie kannten das Kurregime aus eigener Erfahrung und übernahmen die Leitung von Sanatorien, ohne dass sie sich groß vor einer Ansteckung fürchteten. Die Schwestern erfüllten die ärztlichen Anordnungen, beaufsichtigten aber auch die Patientinnen und Patienten und hatten damit die Macht, Missachtungen der Hausordnung zu melden und mit Sanktionen zu bedrohen. Sie erhielten Kost und Logis, verdienten aber nur wenig und arbeiteten häufig auch an Wochenenden. Dennoch bildete die Lungenkur die Existenzgrundlage der Angestellten. Staatliche Fürsorge und Versicherungen finanzierten mit der Lungenkur eine kostspielige therapeutische Maßnahme, an deren Aufrechterhaltung das Personal der Sanatorien essentiell interessiert war.

Jede Kritik wurde vehement bekämpft. Als Thomas Mann nach einem mehrmonatigen Einblick in das damals neu eröffnete Wald-Sanatorium in Davos ein Manuskript begann, das 1924 als „*Der Zauberberg*“ herauskam, erschien zur Ehrenrettung umgehend eine Gegendarstellung in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift. Der ebenfalls aufgeschreckte Davoser Verkehrsverein beauftragte Erich Kästner, eine heitere Gegendarstellung über die Sanatorien zu schreiben. Kästner, der von den Nationalsozialisten ein Schreibverbot erhielt, verfasste 1936 ein düsteres Romanfragment unter dem Titel „*Der Zauberlehrling*“, das wenig Bekanntheit erlangte. Entgegen den Befürchtungen der Ärzte und der Davoser Tourismusbranche konnte „*Der Zauberberg*“, der bald zur Weltliteratur zählte, dem Zulauf zu den Sanatorien nichts anhaben. Eine solche Wende trat erst mit den ersten Tuberkulostatika ein.

Nachdem Streptomycin, das 1944 als erstes wirksames Medikament gegen die Tuberkulose entwickelt wurde, langsam in die Massenproduktion ging, damit erschwinglich wurde und endlich auch von den Versicherungen bezahlt wurde und zugleich die wieder eingeführte BCG-Impfung Neuansteckungen merklich verringerte, standen in den Sanatorien immer mehr Betten leer. Eine Krise begann sich abzuzeichnen. Eindrücklich offenbarte sich das Selbstverständnis dieser Bergimperien.

¹⁴ Karl TURBAN, Beiträge zur Kenntniss der Lungen-Tuberkulose (Wiesbaden 1899) 121-124.

Beharrlich nannten die Leiter der Sanatorien noch in den 1950er Jahren die Höhenkur an erster Stelle der Tuberkulosebehandlung – neben der Chirurgie und den erst an dritter Stelle genannten Medikamenten.¹⁵ Die Tuberkulose konnte doch nicht einfach zu einer Krankheit werden, die man mit Pillen heilen kann!

Einigen Sanatorien gelang es sogar, noch nach 1950 aufwendige bauliche Erweiterung durchzusetzen, so zum Beispiel das Lungensanatorium Braunwald. Die Landsgemeinde von Glarus beschloss 1952, eine Million Franken in einen Neubau der Lungenklinik zu stecken, eine zweite Million kam aus privaten Mitteln hinzu. Die Arbeiten, die nicht nur die großzügige Ausweitung der Klinik beinhalteten, sondern ein neues Arzthaus mit einschlossen, begannen gleichzeitig mit dem Bau einer neuen SBB-Linie vom Linthal zum Sanatorium.¹⁶

Wirksamkeit der Lungenkur

Die Lungenkur bildete über viele Jahrzehnte die wichtigste medizinische Therapie gegen die Tuberkulose. Waren es die Erfolgsaussichten, die den regen Zulauf erklären könnten? Verschiedene Studien belegten bereits in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts, dass durch Lungenkuren die Heilungschancen der Tuberkulosekranken kaum stiegen.¹⁷ Immerhin konnten die Anstalten geltend machen, dass der Tod etwas hinausgezögert werden konnte. Dauerte es beispielsweise nach Entlassung aus der Basler Volksheilstätte in Davos ganze neun Jahre, bis 67 % der behandelten Tuberkulosekranken gestorben waren, so starben ohne Behandlung 68 % bereits nach sechs Jahren.¹⁸ Andere Studien wiesen sogar eine grössere Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit bei den Zuhause behandelten Tuberkulösen nach.¹⁹ Das Fazit der meisten Studien deutete in dieselbe Richtung: Kurzfristige Besserungen hielten mittelfristig nicht an, und die Langzeitergebnisse fielen geradezu niederschmetternd aus.

Wegen dieses hohen Anteils hieß die allgemeine Devise, die Sanatorien sollten den Kranken im dritten Stadium „*prinzipiell die Tore verschliessen*“.²⁰ Damit konnten bessere Erfolge ausgewiesen werden. Doch die Ärzte wiesen ihre schwer Lungenkranken weiterhin zu. Um nicht mehr in die „*peinliche Lage*“ zu geraten, schwerkranke Patienten abweisen zu müssen, wandte sich der Direktor der Zürcher Höhenklinik Wald mit der dringenden Bitte an die zuweisenden Ärzte, „*die Anstalt möchte von der Zuweisung solcher desperater Kranken verschont bleiben*.“²¹ Über die Aufnahme ins Sanatorium entschieden eine ärztliche Aufnahmekommission und das Zeugnis des Hausarztes. Der Anstaltsarzt konnte die Kranken nach kurzer Probezeit wieder nach Hause entlassen, insbesondere, wenn sie als hoffnungslose Fälle eingestuft wurden. Die Statistiken wurden zwar etwas verbessert, die ärztliche Fachwelt konnte damit aber nicht überzeugt werden.

¹⁵ RITZMANN, Hausordnung 145-151.

¹⁶ MEIER, Historische Daten 4.

¹⁷ Vgl. hierzu auch Olivier FAURE, Dominique DESSERTINE, *Combattre la tuberculose 1900-1940* (Lyon 1988) 172-174.

¹⁸ Franz GANGUILLET, *Kurerfolge der schweizerischen Volksheilstätten*. In: Schweizerische Zentralkommission zur Bekämpfung der Tuberkulose (Hg.), *Die Tuberkulose und ihre Bekämpfung in der Schweiz* (Bern 1917) 331-343, hier 338-339.

¹⁹ Vgl. Daniel GREDIG, *Tuberkulosefürsorge in der Schweiz. Zur Professionsgeschichte der sozialen Arbeit. Die Tuberkulosefürsorgestelle Basel 1906-1961* (Bern 2000) 122.

²⁰ Heinrich STAUB, *Rezension des Werkes „Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberculose“ von Karl Turban*. In: *Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte* 29 (1899) 440.

²¹ *Jahresbericht der Zürcher Höhenklinik Wald 1900* (Wald 1901) 20.

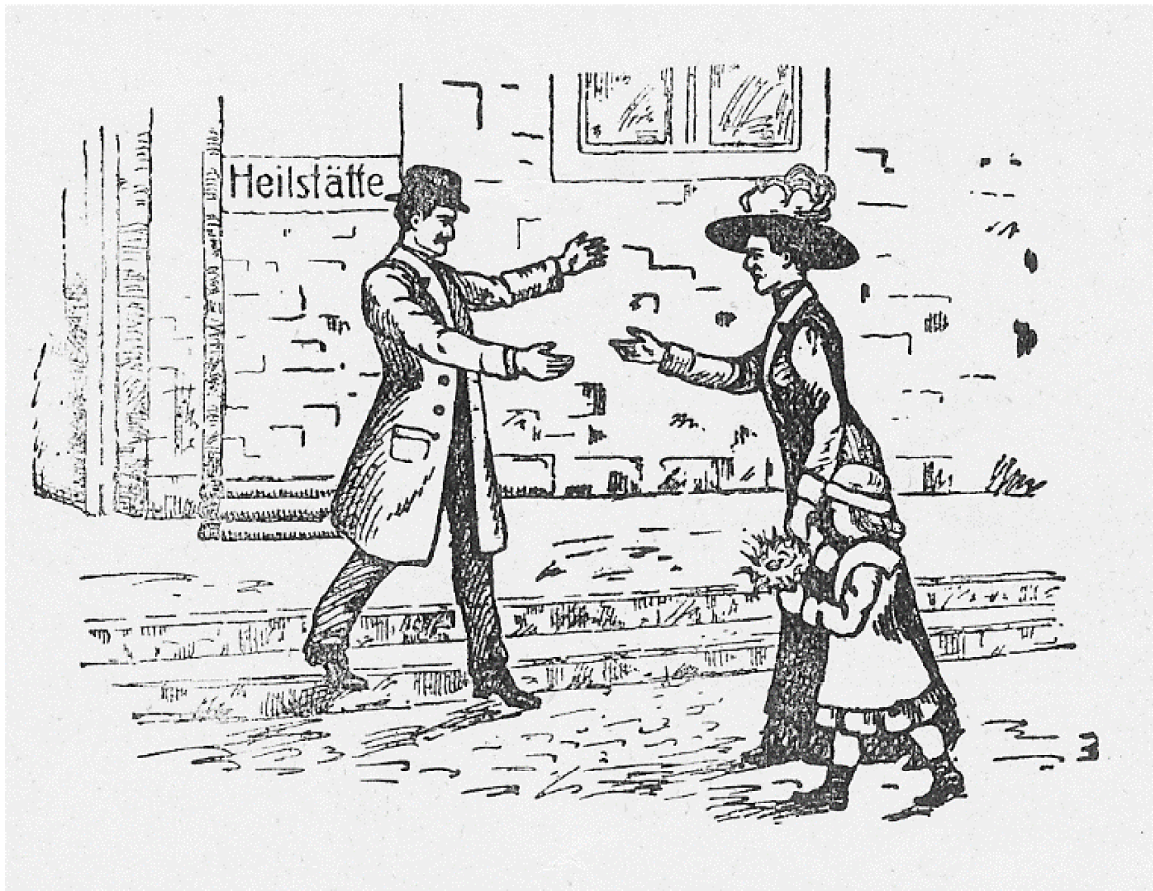


Bild 1: Abbildung aus einem Tuberkulose-Merkblatt (Hannover, ca. 1910)

In den populären Ratgebern oder im Tbc-Präventionsblatt vertraten die Ärzte allerdings eine ganz andere Meinung. Ein weit verbreitetes Tuberkulose-Merkblatt, verfasst von einem Hannoveraner Kreisarzt, führt unter dem Bild einer Lungenheilanstalt aus:
*„Wenn Du den Weisungen deines Arztes folgst und vernünftig lebst, so wird auch deine Tuberkulose heilen. Du kehrst vergnügt nach Hause zurück und bleibst der Ernährer für Weib und Kind bis in dein hohes Alter hinein. Ende gut – Alles gut“.*²²

Festigung einer paternalistischen Arztrolle

Wie war es möglich, so viele Menschen während so langer Zeit in eine Kur zu schicken, wenn diese Kur viel kostete und wenig brachte? Ganz offensichtlich bestanden für ärmere Kranke kaum Alternativen. Sie klammerten sich an die Hoffnung, durch eine entbehrensreiche Zeit in der Lungenkur einer Heilung näher zu kommen.

1950 kam der Film „Vertrauen“ in die Schweizer Kinos. Es handelte sich um einen medizinischen Aufklärungsfilm, wie er in dieser Zeit auch gegen Krebs, gegen Geschlechtskrankheiten und gegen Rheuma produziert wurde. Diese Filme standen im engen Kontext mit einer Ärzteschaft, die das bestehende, stark hierarchische Gefälle innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung aufrechterhalten wollte.

²² Tuberkulose-Merkblatt. Für den Hauptverein für Volkswohlfahrt in Hannover, verfasst von Kreisarzt Dr. Karl Dohrn in Hannover. o.J., Archiv des Medizinhistorischen Instituts der Universität Zürich.

1949 wurde im Auftrag der Schweizerischen Lungenliga und unter Leitung des ärztlichen Präsidenten der Zürcher Lungenliga ein fünfzehnminütiger Propagandafilm für die Lungenkur produziert, der als Vorfilm in den Kinos lief.²³ An verschiedenen Schicksalen sollten die Kinogäste erkennen, wie lebenswichtig für jeden Tuberkulosekranken das Vertrauen in den behandelnden Arzt und die Behandlung im Sanatorium sei. Der Film zeigt ausschließlich Patientinnen und Patienten, die nach anfänglichen Zweifeln in die Behandlung einwilligen und schließlich genesen.



Bild 2: Screenshot aus dem Film „Vertrauen“ der Lungenliga Zürich 1949.

Zu Beginn des Films wird ein Patient gezeigt, der von seinem Hausarzt untersucht wird. Dieser stellt eine Tuberkulose, eine „Schwindsucht“, fest und schlägt eine Lungenkur vor. Der Patient befürchtet, in einer solchen Kur unter fremden Leuten zu sein. Doch der Hausarzt beschwichtigt, er kenne einen guten Arzt, der ein solches Sanatorium leite. Dann sei der Kranke kein Fremder mehr. In der nächsten Szene spricht der Sanatoriumsarzt mit einem jungen Kranken. Auf die Bedenken des Kranken, die Kur dauere zu lange, lacht er und antwortet, dass es sich lohne, diese Kur auf sich zu nehmen, schließlich wolle der Kranke doch gesund werden. Eine weitere Geschichte im Film handelt von einer Frau, die nicht in die Kur gehen möchte, weil sie ihren kleinen Jungen nicht allein lassen will. Sie spricht mit der Fürsorgerin, die einen Kuraufenthalt vorschlägt. Die Einwürfe der jungen Frau, es fehle ja an allem, beantwortet die

²³ Andréa KAUFMANN, Luft zum Leben. Die Geschichte der Lungenliga Zürich (Zürich 2008) 84. Der Film befindet sich auf DVD im hinteren Buchdeckel.

Fürsorgerin mit dem Vorwurf, es fehle ihr vor allem an einem, am Vertrauen zum Herrn Doktor. Die letzte Szene zeigt die erfolgreiche chirurgische Behandlung. Ein Lungenkranke, der durch einen größeren Lungeneingriff geheilt wurde, dankt den Ärzten. Auch hier wird das Vertrauen zum Arzt als Grundlage dargestellt, obschon gerade dieser Eingriff nach Einführung der Tuberkulostatika eigentlich als durchaus problematisch betrachtet werden darf.

Eine ganz kurze Szene einer Liegekur zeigt einen unzufriedenen Mann, dem es in der Kur nicht gefällt. Es handelt sich um einen reichen Geschäftsmann, dessen Frau in der darauf folgenden Szene mit dem Sanatoriumsarzt spricht. Der Arzt ist in diesem einen Fall ausnahmsweise bereit, die Kur mit den neuen Tuberkulostatika zu empfehlen, weil der Patient so ungeduldig sei. Einzig an dieser kurzen Stelle von wenigen Sekunden wird die medikamentöse Behandlung erwähnt.

Der Film gibt weitere Anhaltspunkte für unsere Frage, warum die Tuberkulosekranken trotz harter Entbehrungen die Lungenkuren auf sich nahmen. Studienergebnisse zur fraglichen Wirksamkeit wurden ihnen nicht mitgeteilt, im Gegenteil appellierten alle Beteiligten ausschließlich an das Vertrauen, das die Kranken in ihre Ärzte haben sollten. Selbst nach den ersten Heilerfolgen durch Streptomycin wurden Patientinnen und Patienten von den Ärzten und Fürsorgestellen dahingehend informiert, dass es zur Lungenkur keine Alternativen gäbe. Damit sicherten sich die Sanatorien für weitere Jahre eine Klientel. Die zentrale Botschaft des Films „*Vertrauen*“ bestand in der Festigung der paternalistischen Arzt-Patienten-Beziehung.

In den 1960er Jahren standen die Volkssanatorien vor der Entscheidung, entweder ihre Tore zu schließen oder das gesundheitsfördernde Image der Bergwelt in einem neuen Sinn fruchtbar zu machen. Die alten Heilstätten hatten ausgedient. An ihre Stelle traten vielerorts Mehrzweck- und Rehabilitationskliniken, Gesundheits- und Wellnesshotels. Die Hausordnungen wurden umgeschrieben, die Infrastruktur erneuert und die Spucknapfe abgeschafft. Als Verursacher zahlreicher Leiden galten nun die Wohlstandsgesellschaft und ihre Begleiterscheinungen. Neben den Nachbehandlungen und Rehabilitationsaufenthalten, die größeren Operationen oder Krankheiten folgten, weitete sich das Angebot der Bergspitäler vorerst auf Erholung und Raucherentwöhnung, ab den 1990er Jahren auf Wellness und Gewichtsreduktion aus. Bis auf den heutigen Tag unterwirft sich die Klientel strengen Kurvorschriften und sehnt sich nach den heilenden Kräften der Schweizer Bergwelt, auf die damals die Tuberkulosekranken hofften.

Resümee

Die Frage, warum sich lungenkranke Menschen während eines halben Jahrhunderts langen, entbehrungsreichen und medizinisch zumindest fragwürdigen Kuren unterworfen haben, lässt sich auf verschiedenen Ebenen untersuchen.

Zahlreiche Berggemeinden profitierten ökonomisch vom Bau eines Sanatoriums, indem die verkehrsmäßige Erschließung und der Ausbau der Infrastruktur einen Modernisierungsschub der ganzen Region bewirkten. Die Sanatoriumsbetriebe selbst verhalfen als wirtschaftlicher Faktor zu einem zusätzlichen Aufschwung, da sie die Nachfrage nach Hotellerieprodukten förderten, die notwendig waren, um die Lungenkranke zu betreuen, zu versorgen und zu transportieren. Mit ihrer Infrastruktur sicherten sie zudem einer respektablem Zahl Angestellter einen Arbeitsplatz, zumindest solange das Angebot genutzt wurde.

Angesichts der Bedrohlichkeit der unheilbaren Lungentuberkulose schaffte es die Ärzteschaft über die Lungenkur, die medizinische Deutungsmacht in Bereiche des Alltags- und Intimlebens weiter auszudehnen. Diese Entwicklung stand im engen Kontext der gesellschaftlichen Medikalisierung, die im Verlauf des 19. und 20. Jahrhunderts immer stärker das Alltagsverhalten prägte.²⁴ Pikanterweise beriefen sich diese Vorschriften auf eine wissenschaftliche Basis, die aber bereits damals von verschiedenen Studien in Frage gestellt wurde. Desungeachtet konnten sich etablierte Sanatorien behaupten, ja die Sanatoriumsdirektoren stellten sich mit dem Aufkommen der Tuberkulostatika sogar gegen die medikamentöse Therapie, um ihre Einrichtungen weiter betreiben zu können. Nicht einmal die spät erfolgte therapeutische Wende, die zu einer definitiven Abkehr von der traditionellen Lungenkur führte, bewirkte eine kritische Aufarbeitung der jahrzehntelang betriebenen Lungenkur. Die Lungenkranken indessen verharrten über die Fürsorgestellen und die ärztliche Beratung in weit gehender Unmündigkeit. Jeder Widerstand gegen die Lungenkur galt daher als Unverständnis, Ungeduld und – in der Hauptsache – als fehlendes Vertrauen in die Ärzte.

Information zur Autorin

Iris Ritzmann, Dr. med., Titularprofessorin für Medizingeschichte, Universität Zürich.
iris.ritzmann@bluewin.ch

²⁴ Zur Medikalisierung vgl. z.B. Iris RITZMANN, Vom gemessenen zum angemessenen Körper – Human Enhancement als historischer Prozess. In: Akademien der Wissenschaften Schweiz (Hg.), *Medizin für Gesunde? Analysen und Empfehlungen zum Umgang mit Human Enhancement* (Köniz 2012) 27-37.