

Aus dem Institut für Geschichte und Ethik der Medizin  
des Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf  
(Direktor: Prof. Dr. Heinz-Peter Schmiedebach)

## Syphilis im Hamburg der Nachkriegszeit

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von

Anna Valentina Lahn

aus Preetz

Hamburg 2009

Angenommen vom Fachbereich Medizin

Der Universität Hamburg am: 15.9.2010

Veröffentlicht mit Genehmigung des Fachbereichs

Medizin der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. H.- P. Schmiedebach

Prüfungsausschuss, 2.Gutachter/in: Prof. Dr. Ingrid Moll

Prüfungsausschuss, 3.Gutachter/in: Prof. Dr. Eva Brinkschulte

<b>1. Einleitung</b>	<b>6</b>
<b>2. Syphilis: geschichtliche Einführung und Entwicklung der Diagnostik und Therapie</b>	<b>13</b>
2.1. Geschichtliche Einführung	13
2.2 Entwicklung der Therapie	15
2.3 Entwicklung der Luesdiagnostik	22
<b>3. Überwachung der Infizierten von der Weimarer Republik bis in die Gegenwart</b>	<b>25</b>
3.1 Weimarer Republik	25
3.2 Im Nationalsozialismus	32
<b>4. Die „Gesellschaft zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten“</b>	<b>40</b>
<b>5. Syphilis in Zahlen</b>	<b>43</b>
5.1 Auswertung der Statistischen Jahrbücher 1947 bis 1970	47
5.1.1 Die statistische Erfassung von Geschlechtskrankheiten	47
5.1.2 Neuerkrankungen an Geschlechtskrankheiten reichs- und bundesweit - dazu verschiedene Erklärungsmodelle	48
5.1.3 Anteil der Geschlechter an Neuerkrankungen von Geschlechtskrankheiten reichs- und bundesweit	51
5.1.4 Syphiliserkrankungen reichs- und bundesweit	52
5.1.5 Neuerkrankungen an Syphilis in deutschen Großstädten	53
5.2 Zahlen zu Syphilis in Hamburg	55
5.3 Weltweiter Anstieg der Geschlechtskrankheiten in den 1960er Jahren	58
<b>6. Die Syphilisbekämpfung von 1945 bis 1953</b>	<b>63</b>
6.1 Ursachen für den Anstieg von Syphilisfällen aus Sicht der Mediziner	63
6.2 Gesetzliche Regelungen zu Geschlechtskrankheiten	69
6.2.1 Geschlechtskrankheiten und Arbeitsrecht	70
6.2.2 Forderungen nach einem neuen Geschlechtskrankengesetz	70
6.2.3 Forderung nach einem Bewahrungsgesetz und das Ehegesundheitsgesetz	71
6.2.4 Diskussionen und Vorschläge zum neuen Bundesgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten	73
6.3. Namentliche Meldung – Gewinn oder Verlust im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten	75
6.4 Therapie in der Phase von 1945 bis 1953	81
6.4.1 Das „Penicillin Problem“	81
6.4.2 Die Therapie unmittelbar nach dem Krieg	82
6.4.3. Wie wurde die Therapie der Syphilis konkret durchgeführt?	85

6.4.4. Penicillin: Als Ersatz für die herkömmlichen Behandlungsverfahren?	86
6.4.5. Penicillin: Hilfe oder Hindernis bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten?	92
6.4.6. Beharrung auf früheren Behandlungsverfahren	94
6.4.7. Weitere Probleme der Syphilistherapie und Prävention	96
<b>7. Die Syphilisbekämpfung von 1953 bis 1970</b>	<b>99</b>
7.1 Unterschiede bei der Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten in Ost- und Westdeutschland	99
7.2 Überwachung der Prostitution in den 1950er Jahren in Westdeutschland	104
7.3 Die Aufklärungsarbeit und der erneute Anstieg der Geschlechtskrankheiten in den 1960er Jahren	105
7.4 Gesetzliche Regelungen zu Geschlechtskrankheiten	107
7.4.1 Das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1953	107
7.4.2 Durchführungsverordnungen und Neuerungen zum Bundesgesetz von 1953	116
7.4.3 Resonanzen auf das Gesetz von 1953	117
7.4.4 Geschlechtskrankheiten als Wehrdienstbeschädigungen?	119
7.5 Therapie in der Phase von 1953 bis 1970	120
7.5.1 Unsicherheiten bei der Dosierung des Wundermittels	127
<b>8. Syphilis im Hamburg der Nachkriegszeit</b>	<b>129</b>
8.1 Zur Behandlung Geschlechtskranker in Großbritannien	129
8.2 Nachkriegszeit und frühe Bundesrepublik: Hamburg nach 1945	131
8.2.1 Das Hamburgische Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1949	133
8.2.2 Bekanntmachungen betr. das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 1. Februar 1949 und die mangelnde Meldung der Geschlechtskrankheiten in Hamburg	135
8.3 Hamburger Behörden und britische Besatzung	138
8.4 „Gefährliches Schweigen“ – Aufklärung in der Nachkriegszeit	150
8.5 Die „Zentrale Beratungsstelle Hamburg“	154
<b>9. Zusammenfassung und Fazit</b>	<b>158</b>
<b>10. Anhang</b>	<b>164</b>
10.1 Gesetze zu Geschlechtskrankheiten im Überblick: 1927-1969	164
10.2 Kurzbiographien	164
Paul Ehrlich (1854-1915)	164

Albert Neisser (1855-1916)	165
Alfred Blaschko (1858-1922)	165
August Paul von Wassermann (1866-1925)	166
Karl Herxheimer (1861-1942)	166
Julius Wagner von Jauregg (1857-1940)	166
Sir Alexander Fleming (1881-1955)	167
Käthe Petersen (1903-1981)	167
<b>11. Literaturverzeichnis</b>	<b>168</b>
<b>12. Danksagung</b>	<b>193</b>
<b>13. Lebenslauf</b>	<b>194</b>
<b>14. Eidesstattliche Erklärung</b>	<b>196</b>

## **1. Einleitung**

In den 1970er Jahren hielt man in Deutschland Geschlechtskrankheiten wie Syphilis und Gonorrhoe für besiegt. Mit dem Auftauchen der Infektionskrankheit AIDS in den 1980er Jahren und der Tatsache, dass die Syphilis auch im Jahre 2000 noch immer eine beträchtliche Rolle unter den Infektionskrankheiten spielte, musste man feststellen, dass dies ein Trugschluss gewesen war.

Die Syphilis wird heute wegen der ernsten Spätfolgen zu den gefährlichen Sexually Transmitted Diseases (STD) gezählt und ist global gesehen nach wie vor von großer Bedeutung. Die jährliche Inzidenz wird auf 12 Mio. Erkrankungsfälle weltweit geschätzt. Syphilis gilt als behandelbare bakterielle Infektionskrankheit, verursacht durch das Bakterium *Treponema pallidum*. Betroffen sind vor allem junge Erwachsene in Entwicklungsländern, besonders in großstädtischen Ballungsräumen. Zwei Drittel der Betroffenen sind Männer im Alter zwischen 25 und 30 Jahren.<sup>1</sup> In Deutschland wurden von 1995 bis 2000 jährlich circa 1.150 Fälle registriert. Ab 2001 stiegen die Meldungen wieder an, was sich nur zum Teil auf das geänderte Meldeverfahren zurückführen lässt. Im Jahr 2003 nahm die Zahl der neu diagnostizierten Syphilis-Fälle um 20 % gegenüber dem Vorjahr zu. Und 2004 stieg die Anzahl der Meldungen um weitere 14 % auf 3.350 Fälle an. 2005 wurden 3.210 Fälle an das Robert Koch-Institut gemeldet.<sup>2</sup> In STD-Ambulanzen macht die Syphilis gegenwärtig 7-10 % aller diagnostizierten STD aus und betrifft 1 % aller Behandlungen.<sup>3</sup> Vermutungen legen nahe, dass nur jeder 6. Fall gemeldet wird. Bis zum 31. Dezember 2000 wurden Geschlechtskrankheiten in Deutschland immer noch durch ein spezielles Gesetz geregelt: Das Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten (GeschlKrG) von 1953. Ziel meiner Nachforschungen sind die historische Entwicklung der Therapie, der Meldepflicht und der Gesetzgebung zum Thema Syphilis in der Nachkriegszeit in Hamburg. Anhand dieser drei Themenbereiche soll herausgearbeitet werden, wie sich Moralvorstellungen und medizinische Argumente bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ergänzten oder auch widersprachen. Dieser Themenkomplex wurde in der Art bisher nicht bearbeitet. Der hier untersuchte Komplex schließt an die Frage an, ob strenge Reglementierung oder Aufklärung sinnvoller bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sind, was auch heute wieder oder immer noch zu erörtern ist.

---

<sup>1</sup> Adam (2001), S.12

<sup>2</sup> Robert- Koch- Institut:

[http://www.rki.de/cln\\_048/nn\\_196668/DE/Content/InfAZ/S/Syphilis/Syphilis\\_1971\\_2005/Syphilis\\_1971\\_2005.html](http://www.rki.de/cln_048/nn_196668/DE/Content/InfAZ/S/Syphilis/Syphilis_1971_2005/Syphilis_1971_2005.html) Stand 24.2.2008

<sup>3</sup> Adam (2001), S.12

Ich behandle vor allem den Zeitraum der Nachkriegszeit bis 1970, da sich in dieser Zeit bei der Therapie der Syphilis, in der Gesetzgebung und auch bei der Meldepflicht große Veränderungen ergaben. Das Hamburg der Nachkriegszeit war geprägt durch die Einflüsse der britischen Besatzung, durch die Besonderheiten als Hafenstadt und Zentrum des Handels, sowie durch zahlreiche Vergnügungsorte, aber auch durch heftige Diskussionen innerhalb der Ärzteschaft, was den Umgang mit Geschlechtskranken betraf. Ein herausragender Verfechter eines liberaleren Umgangs mit diesen Patienten war der Hamburger Arzt Gustav Hopf. Wie in der Untersuchung ersichtlich wird, hatte er die Ärzteschaft immer wieder dazu aufgerufen die Geschlechtskrankheiten mit Menschlichkeit und nicht mit Härte zu bekämpfen. Es sei nicht effektiv mit Strafen zu drohen, da so noch weniger Patienten einen Arzt aufsuchen würden.

Im Bereich der Therapie der Syphilis war schon recht früh klar, dass das Penicillin das beste Medikament war. Aber die Therapie war nun im Vergleich mit dem Salvarsankurschema so einfach geworden, dass man befürchtete, damit unmoralischen Lebenswandel zu unterstützen. In meiner Arbeit versuche ich Schritt für Schritt und Jahr für Jahr, den langen Weg von 1945 bis 1970 wiederzugeben, der beschritten werden musste, damit sich in Deutschland die Monotherapie mit Penicillin bei Syphilis durchsetzte. Ich stelle die sich verändernden Meinungsbilder in der deutschen Ärzteschaft von dem Beginn der Penicillinproduktion nach dem Zweiten Weltkrieg und der Medikamentenknappheit über die verschiedenen Kombinationsschemata bis hin zur alleinigen Penicillintherapie dar. So wie man am Anfang des 20. Jahrhunderts dem Salvarsan gegenüber sehr kritisch war, so war man es circa fünfzig Jahre später auch dem Penicillin gegenüber. Zunächst galt das Salvarsan als das Wundermittel gegen die Syphilis, dann wurde es in Kombination verwendet, um schließlich 1965 die Therapie damit als „Kunstfehler“ zu bezeichnen. Auch die Frage, ob diese einfache Therapie mit dem Penicillin nicht die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten behindere, als Ausdruck für die Beurteilung von Geschlechtskranken im Wandel der Jahre, wird in meiner Arbeit diskutiert. Des Weiteren gehe ich auf die Hamburger Geschlechtskrankenstatistik ein und versuche die Schwankungen zu begründen. Auch bemühe ich mich, einen Vergleich zwischen West- und Ostdeutschland aufzustellen. Dies ist besonders interessant, da vor allem viele Ärzte in Westdeutschland nach Kriegsende immer wieder eine härtere Reglementierung von Geschlechtskranken forderten. In der damaligen Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) gab es im Vergleich dazu tatsächlich eine schärfere Gesetzgebung als im Westen. Zum Stand der Forschung lässt sich sagen, dass das Thema Geschlechtskrankheiten in der Nachkriegszeit in Hamburg schon von verschiedenen Autoren am Rande behandelt wurde,

wobei in keiner Arbeit die drei Aspekte Therapie, Meldepflicht und Gesetzgebung dargestellt wurden. Besonders wichtig waren für mich die Arbeiten von Ulrike Lindner (2004) „Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit“, von Birgit Adam (2001) „Die Strafe der Venus“, von Michaela Freund-Widder (1999) „Frauen unter Kontrolle“, und von Lutz Sauerteig (1999) „Krankheit, Sexualität, Gesellschaft- Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert“. Andere Werke waren für meine Untersuchung von geringerer Relevanz.<sup>4</sup>

In ihrem Werk vergleicht die Autorin Ulrike Lindner die Gesundheitspolitik Großbritanniens und Deutschlands im Zeitraum der späten 1940er Jahre bis Mitte 1960. Dabei umfasst ein Themenaspekt die venerischen Erkrankungen. Thematisch überwiegt bei ihr die Geschlechtskrankheit Gonorrhöe. Sie geht kurz auf die Geschichte der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten (DGBG) und auf Albert Neissers und Alfred Blaschkos Forderungen zur Bekämpfung der venerischen Erkrankungen bis in die 1920er Jahre ein. Bei der Therapie der Syphilis erwähnt sie das Salvarsan und ab 1920 die Kombination mit Wismutpräparaten, geht jedoch nicht näher auf die Entwicklung der Therapie ein. Für die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg merkt sie an, dass die deutschen Ärzte dem Penicillin nicht vertrauten. Die Ursache für das Misstrauen sieht sie in der Tatsache, dass US-amerikanische Studien zu dem Medikament in Deutschland wenig bekannt waren. Der Rückgang der Syphilis ab 1949 wurde ihrer Meinung nach durch die verbesserte Lebenssituation, durch nachlassende Fluktuation und den zunehmenden Einsatz von Penicillin hervorgerufen. Vor allem durch das Penicillin hätten die Geschlechtskrankheiten ihren Schrecken verloren.<sup>5</sup> Das Problem der Prostitution streift Lindner vor allem im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts und erläutert die polizeiliche Reglementierung. Die Situation von Prostituierten unter dem Nationalsozialismus und ihre Überwachung werden dargestellt. Lindner stellt die These auf, dass die Zwangsmaßnahmen unter den Besatzern denen aus der NS-Zeit stark ähnelten. Sie erläutert auch die Diskussion um die Reglementierung der Prostituierten in der Nachkriegszeit. Gustav Hopfs liberale Haltung wird dargestellt. Lindner behauptet, dass die Deutschen gegen die harten Reglementierungen der Besatzungsmacht aufbegehrten.<sup>6</sup> Das Gesetz von 1953 wird von Lindner mit der vorangegangenen Diskussion

---

<sup>4</sup> z.b.: Bäumler, Ernst (1997): Amors vergifteter Pfeil, Kulturgeschichte einer verschwiegenen Krankheit, Becker, Dücker, Elisabeth von (2005): Prostitution- Lebenswelt und Mythen, Ellenbrand, Petra (1999): Die Volksbewegung und Volksaufklärung gegen Geschlechtskrankheiten in Kaiserreich und Weimarer Republik, Fenner, Elisabeth (1990): Zwangssterilisation im Nationalsozialismus- Zur Rolle der Hamburger Sozialverwaltung, Gleß, Sabine (1999): Die Reglementierung von Prostitution in Deutschland, Borelli, Siegfried (1992): Geschichte der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

<sup>5</sup> Lindner (2004), S.302

<sup>6</sup> ebd., S.305



erläutert. Es schuf die Möglichkeit für eine strengere Prostituiertenkontrolle und war Lindners Meinung nach in Tradition an die NS-Zeit entstanden. Die Stellung des Arztes wurde durch das neue Gesetz bei der Behandlung von Geschlechtskrankheiten hervorgehoben. Dies entsprach einer individualisierten Medizin, die sich von der öffentlichen Gesundheitsfürsorge für Gefährdete entfernte. Lindner beurteilt die Verbindung von gesundheitspolitischer Kontrolle und individueller Behandlung in der Arztpraxis als gescheitert. Bis 1970 gab es keine amtliche Statistik für die Bundesrepublik Deutschland. Als Ersatz für eine bundesweite Statistik erläutert Lindner daher Zahlen aus Hamburg und NRW und beschäftigt sich auch mit Bayern. Vor allem die Situation der Bekämpfungsmaßnahmen in Großbritannien wird von Lindner erläutert. In der BRD geht sie auf die Zunahme der Geschlechtskrankheiten vor allem unter Jugendlichen ein. Die Übernahme der Infektionsquellenforschung durch die Ärzteschaft beurteilt Lindner als absolut gescheitert. Des Weiteren hätten neue Konzepte zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten entwickelt werden müssen, da sich die Problemgruppen verschoben hätten und nicht nur die Prostituierten reglementiert werden sollten. Die Autorin schlussfolgert, dass auf Grund der Integration der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in das Krankenversicherungssystem die Forderung nach Kontrolle in Deutschland so stark war. Die Kassen forderten genaue Berichte über die teure Behandlung der Syphilispatienten. In Großbritannien war man nicht so sehr bereit, „zum Wohle der Volksgesundheit“ bürgerliche Freiheiten einzuschränken.

Des Weiteren beschreibt Lindner, dass der Einsatz von Penicillin die Geschlechtskrankheiten eindämmte.

Aus Lindners Thesen ergeben sich für meine Arbeit bestimmte Fragen, die anhand meines Materials überprüft werden sollen.

Waren nicht die Gründe für die Zurückhaltung bei der Syphilistherapie mit Penicillin viel mehr die, dass man an dem „guten deutschen Salvarsan“ festhalten wollte und dem Penicillin nicht zuletzt deshalb misstraute, weil es von dem ehemaligen Feind und Besatzer kam? Und dämmte das Penicillin die venerischen Krankheiten tatsächlich ein? Waren nicht Neuerkrankungen unabhängig von der Therapie? War das Gesetz von 1953 wirklich liberal? Waren die Berichte, die die Krankenkassen in Deutschland verlangten, der Grund dafür, dass stärkere Kontrollen der Geschlechtskranken gefordert wurden?

Michaela Freund-Widder behandelt in ihrer Arbeit vor allem die Situation von Prostituierten und Personen mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr, sogenannte hwG-Personen, in Hamburg. Sie beleuchtet dabei die Kontrollmaßnahmen der Behörden in der Weimarer Republik, unter den Nationalsozialisten und unter der alliierten Besatzung. Sie geht auch auf

die Behandlung Geschlechtskranker in der Nachkriegszeit in Hamburg ein, ihr Schwerpunkt liegt jedoch bei den Prostituierten. Die Therapie der Geschlechtskrankheiten und speziell das Thema Syphilis werden nicht von ihr behandelt.

Lutz Sauerteig ist in seinem sozialgeschichtlichen Werk auf die Geschichte der Geschlechtskrankheiten bis zum Ende der Weimarer Republik ausführlich eingegangen. Besonders beschäftigte er sich mit den Themen Moral, Prostitution und Geschlechtskrankheiten, und deren Bekämpfung in Großbritannien. Für die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg liegen zu dem Thema, neben der Arbeit von Lindner, keinerlei medizinhistorischen Arbeiten vor.

Birgit Adam erläutert in ihrem 2001 erschienenen Werk vor allem die Situation von Geschlechtskranken im Altertum, zur Zeit des Mittelalters, das Vorkommen und die Beeinflussung von höfischer Kultur und der Kunst und später die Auswirkungen auf das Bürgertum und die Arbeiterklasse um die Jahrhundertwende. Des Weiteren werden frühe Behandlungsmethoden beschrieben, die Überwachung durch den Staat wird bis Ende des Dritten Reiches dargelegt. Adam behandelt jedoch nicht die Nachkriegszeit.

Einen Einblick in die Nachkriegszeit gewann ich durch das Studium von verschiedenen Fachzeitschriften im Zeitraum von 1945 bis 1970. Systematisch ausgewertet wurden unter anderem die Fachzeitschriften *Der Hautarzt* von 1953 bis 1970, die *Dermatologische Wochenschrift*, die *Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten* von 1946 bis 1970, *Archiv für Dermatologie und Syphilis* von 1948 bis 1955, dann weitergeführt als *Archiv für klinische und experimentelle Dermatologie* von 1955 bis 1971, *Der öffentliche Gesundheitsdienst. Monatsschrift für Gesundheitswesen und Sozialhygiene*, *Hamburger Ärzteblatt* von 1949 bis 1970, *Ärztliche Mitteilungen* von 1949 bis 1963 dann weitergeführt als *Deutsches Ärzteblatt* von 1964 bis 1970, und das *Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten* von 1949 bis 1970. Weiterhin wurde verschiedene zeitgenössische Literatur ausgewertet.<sup>7</sup>

Auch wurden die Jahresberichte des statistischen Bundesamtes und des statistischen Landesamtes Hamburg zu den Zahlen der Geschlechtskrankheiten untersucht.

Außerordentlich aufschlussreich war die Mischung aus moralischen und medizinischen Argumenten, die in den Artikeln zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der Fachpresse zu finden waren. Schwierig zu beantworten scheint die Frage, ob sich viele Ärzte vielleicht mehr als Moralapostel und Verteidiger der Tugend des deutschen Volkes ansahen,

---

<sup>7</sup> Becker, W.(1955): Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953, das Aufklärungsheft „Gefährliches Schweigen“ von Ellerbroek, U. (1949a), und von Hopf, G. (1948): Haut- und Geschlechtskrankheiten nach den Vorlesungen an der Universität-Hautklinik Hamburg

denn als Wissenschaftler, die ihre Therapie nach fundierten Studien und Erkenntnissen richten sollten. Hier stellte sich die Frage, ob nicht die Medizin sogar instrumentalisiert wurde, um moralische Grundsätze zu verteidigen.

Ebenso interessant war das Frauenbild in der Nachkriegszeit. Fast alle Bekämpfungsmaßnahmen richteten sich gegen Frauen. Männer wurden erst spät und dann auch seltener beschuldigt. Waren wirklich vermehrt Frauen Überträgerinnen von Geschlechtskrankheiten? Es wird in der folgenden Untersuchung gezeigt, dass sich die Reglementierungen nicht nur gegen Prostituierte richteten, sondern auch gegen die Soldatenwitwen und Frauen, die Beziehungen zu Besatzungsangehörigen unterhielten. Oder waren einfach nur diejenigen, deren Lebensweise von der gängigen Moralvorstellung abwich und die emanzipierter lebten als die übrigen Frauen, von Zwangsmaßnahmen betroffen? Die Hauptteile meiner Arbeit beinhalten die Auswertung der Geschlechtskrankenstatistik, die Syphilisbekämpfung von 1945 bis 1953, sowie von 1953 bis 1970, sowie die Syphilisbekämpfung in Hamburg der Nachkriegszeit.

Zunächst führe ich geschichtlich in das Thema Syphilis ein und gebe einen Überblick über die Entwicklung der Therapie und der Diagnostik. Im anschließenden Teil wird dargelegt, wie Personen, die geschlechtskrank waren oder auch nur in dem Verdacht standen, in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus überwacht und reglementiert wurden. Die Geschichte und Aufgabe der Gesellschaft zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten wird erörtert. Dann stelle ich die Geschlechtskrankenstatistik dar und erläutere sie. Dazu wurden vor allem die Statistischen Jahrbücher der Hansestadt Hamburg von 1947-1970 als Quellen verwendet.

Als Schwerpunkt der Arbeit erfolgt die Bearbeitung der Themen „Gesetzgebung“ und „Therapie“ der Geschlechtskrankheiten, aufgeteilt nach zwei zeitlichen Phasen, da jede dieser Phasen spezielle Charakteristika aufweist. Die erste Phase von 1945 bis 1953 war gekennzeichnet durch den unmittelbaren Anstieg der Geschlechtskrankheiten nach dem Krieg, deren Therapie und Behandlung von Nachkriegsproblemen geprägt waren. Das Hamburgische Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1949 fiel in diese Phase, wird aber im Kapitel über Hamburg behandelt. Die Regelungen zur Meldepflicht waren zwischen 1945 und 1953 je nach Besatzungszone, beziehungsweise Bundesland, sehr heterogen. Hier werden die Vor- und Nachteile namentlicher Meldungen diskutiert. Die Therapie in dieser Phase war durch zaghafte Anfänge der Monotherapie mit Penicillin charakterisiert, das Salvarsan hatte aus verschiedenen Gründen noch eine starke Vormachtstellung inne.

Die zweite Phase erstreckt sich von 1953 bis 1970, wobei einleitend ein Vergleich zwischen der Geschlechtskrankheitenbekämpfung in Ost- und Westdeutschland versucht wird. Die zeitliche Unterteilung wurde gewählt, da man mit dem neuen Geschlechtskrankengesetz von 1953 plante, sich von den Besatzungsbestimmungen loszulösen. Es sollte ein „Gesetz der Friedenszeit“ werden. Für die Meldepflicht wurde ab 1954 mit der Durchführungsverordnung zum Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1953 eine bundesweite Regelung getroffen.

In der Therapie begann die Epoche der ausschließlichen Penicillinbehandlung erst Anfang der 1960er Jahre. Ab dem Jahre 1970 hatte sich eine Monotherapie mit Penicillin flächendeckend durchgesetzt. Mitte der 1960er Jahre hatte außerdem der Anstieg der Geschlechtskrankheiten seinen neuen Höhepunkt, bevor er dann wieder abfiel, was ebenfalls Anlass war, den zeitlichen Einschnitt 1970 zu setzen. Das Robert-Koch-Institut begann erst 1971 mit einer Veröffentlichung der Geschlechtskrankenstatistik. Deshalb war dies auch ein Grund sich mit der Zeit davor zu beschäftigen, da es für diesen Zeitraum kaum gesicherte Daten und unzureichende Studien gab. Die Wiedereinführung der Statistik lässt sich vielleicht als verspätete Reaktion auf den erneuten Anstieg von Geschlechtskrankheiten in Deutschland Mitte der 1960er Jahre deuten. Am Ende der Phasen folgt jeweils eine Zusammenfassung. Im folgenden Teil der Arbeit wird auf die Situation in Hamburg eingegangen.

Es wird einleitend ein kurzer Vergleich mit dem Umgang Geschlechtskranker in Großbritannien aufgestellt, um die Lage im Heimatland der Besatzer vor Augen zu haben, bevor dann die Konflikte zwischen Hamburgern und Briten dargelegt werden. Dabei wird besonders auf die Gesetzgebung in der Hansestadt eingegangen. Anschließend wird das Aufklärungsheft „Gefährliches Schweigen“ zur gleichnamigen Hamburger Ausstellung Ende der 1940er Jahre als Beispiel für Aufklärung in der Nachkriegszeit erläutert und die „Zentrale Beratungsstelle für Geschlechtskranke“ vorgestellt.

Es folgen eine Zusammenfassung und ein Fazit.

Aus Gründen der Vereinfachung und besseren Lesbarkeit wird nur die männliche Form verwendet, sie schließt die weibliche mit ein.

## 2. Syphilis: geschichtliche Einführung und Entwicklung der Diagnostik und Therapie

### 2.1. Geschichtliche Einführung

„Die Krankheit, die aus dem Dunklen kam.“<sup>8</sup>

In den 1950er Jahren nahmen die Syphiliserkrankungen in Deutschland zahlenmäßig rapide ab. 1954 strich das Statistische Bundesamt die Rubriken „Gonorrhoe- und Syphilisinfectionen“ wegen mangelnder Häufigkeit aus ihren statistischen Jahrbüchern. Seit 1971 mussten die Rubriken jedoch erneut eingeführt werden. Der sprunghafte Anstieg wurde teils durch das Wachsen der Tourismus Branche, teils durch die vermehrte Nutzung oraler Antikonzeptiva erklärt, die vermehrt zu ungeschütztem Geschlechtsverkehr geführt hätten.<sup>9</sup>

Im folgenden Kapitel soll ein Überblick über die Geschichte der Syphilis gegeben werden. Schon Arthur Schopenhauer, der wahrscheinlich selbst an Syphilis erkrankt war, schrieb in „Aphorismen zur Lebensweisheit“:

„Zwei Dinge sind es hauptsächlich, welche den gesellschaftlichen Zustand der neuen Zeit von dem des Altertums zum Nachteil des ersteren unterschieden, indem sie demselben einen ernsten, finsternen, sinistren Anstrich gegeben haben[...] Sie sind: das ritterliche Ehrenprinzip und die venerische Krankheit. Sie zusammen haben Lust und Genuß des Lebens vergiftet[...] Seitdem Amors Köcher auch vergiftete Pfeile führt, ist in das Verhältnis der Geschlechter zueinander ein fremdartiges, feindseiliges, ja teuflisches Moment gekommen; infolge wovon ein finsternes und furchtsames Mißtrauen es durchzieht. [...]“<sup>10</sup>.

Schon lange wird kontrovers darüber debattiert, ob die Syphilis aus der Neuen Welt nach Europa eingeschleppt wurde, oder umgekehrt schon in der Antike in Europa und Vorderasien grassierte und von Kolumbus nach Amerika gebracht wurde.

Berühmte Ärzte, wie Rudolf Virchow, versuchten, die eine oder andere These des Ursprungs der Syphilis zu stärken. Virchow untersuchte Knochenfunde aus präkolumbianischer Zeit auf Knochensyphilis und kam dann zu dem Schluss, dass die Seuche aus Amerika mitgebracht worden sein musste. Dies beendete die Debatte jedoch keineswegs. Selbst Sokrates Sattelnase diente den Verfechtern der Altertumssyphilis als „Beweisstück“.<sup>11</sup>

Eine weitere Theorie besagte, dass die Indienfahrer das *Treponema pertenu* mitbrachten und dieses dann, wegen der Klimaveränderung, in das *Treponema pallidum* mutierte. Als sicher anzunehmen ist jedoch, dass die Krankheit dazu beitrug, seit Ende des Mittelalters in Europa

---

<sup>8</sup> Bäumler (1997), S.5

<sup>9</sup> ebd., S.5-6

<sup>10</sup> Arthur Schopenhauer, Aphorismen zur Lebensweisheit z.n. Bäumler (1997), S.6

<sup>11</sup> Bäumler (1997), S.6

Misstrauen und Furcht unter den Geschlechtern zu schüren. Viele berühmte Persönlichkeiten litten an ihr. Anderen wurde es nur nachgesagt. Bei wiederum Anderen sollte die neurologisch-psychiatrische Komponente der Krankheit deren Genialität oder Wahnsinn erklären. So waren wahrscheinlich Friedrich Nietzsche, Heinrich Heine, Arthur Schopenhauer, Christian Dietrich Grabbe, Franz Schubert, Ludwig van Beethoven, Alfred Rethel, Edouard Manet und Johan Wolfgang von Goethe mit der Lustseuche infiziert.<sup>12</sup> Auch die katholische Kirche hat drei Päpste zu betrauern, die an Syphilis verstarben: Papst Alexander VI., Papst Julius II. und Papst Leo X.<sup>13</sup>

Die Lustseuche machte keinen Ständeunterschied. Jeder hatte sie: Kardinäle, Vagabunden, Dirnen, Matrosen, Bettler, Soldaten, Bürgermeister, Päpste und Könige. Auch beeinflusste sie wohl in ihrer Auswirkung auf die Erkrankten in gewissem Maße die Weltgeschichte mit. Von der Reformation angefangen über Iwan den Schrecklichen, Peter den Großen und Christian VII. von Dänemark, bis hin zu Ludwig den XIV., Karl VIII. und weitere wichtige Staatsmänner waren von der Lues betroffen.<sup>14</sup> Auch in der Literatur spiegelte sie sich wieder. So wurde sie nicht nur von Erasmus von Rotterdam und von Hutten beschrieben, sondern fand auch Eingang in die Werke von Francois Rabelais, Lemaire de Belges, Shakespeare, Voltaire, Goethe und Lessing.

Die Syphilis soll sogar die höfische Mode im Europa des 18. Jahrhunderts beeinflusst haben: Der Hals mit syphilitischem Ausschlag wurde unter großen Kragen versteckt, der Haarausfall brachte die Perücke als modische Neuerscheinung, ausgefallene Augenbrauen wurden nachgemalt und Narben im Gesicht wurden überschminkt.<sup>15</sup>

Geht man von der Theorie aus, die Syphilis sei aus der Neuen Welt gekommen, dann verbreitete sich die Krankheit schnell von Spanien aus über Portugal. Dort wurde sie nur „el mal de los castellanos“ (das Übel der Spanier) genannt. In Polen dagegen hieß sie die „deutsche Krankheit“ und wurde wiederum von den Russen als „polnische Seuche“ deklariert. Da die christlichen Europäer sie in den Orient brachten, erhielt sie dort den Namen „Frankenkrankheit“. Um 1500 wurde sie in China das erste Mal beschrieben und dort als „Kanton-Krankheit“ titulierte. Zehn Jahre später erreichte sie die damalige Hauptstadt Japans: Kioto. In der Alten Welt hielt sich der Name „Franzosenkrankheit“ sehr lange und wurde durch Beinamen wie „Krankheit der Venus“ oder „Lustseuche“ ergänzt. Der Name Syphilis, der als erster Name kein Volk mehr zum Schuldigen degradierte, stammte vermutlich aus

---

<sup>12</sup> Bäumler (1997), S.7-25

<sup>13</sup> Knop (1988), S.127

<sup>14</sup> ebd., S.127-130

<sup>15</sup> Nadel (1950), S.341

einer Fabel, die der italienische Arzt und Gelehrte Girolamo Fracastoro um 1520 schrieb. Darin wird der Schweinehirte Syphilos vom Sonnengott Helios bestraft, da er diesen beleidigte, indem er dem irdischen König des Landes Opfer darbrachte und nicht Helios selbst. Dieser sendet daraufhin eine Krankheit, die Syphilos am ganzen Körper mit Geschwüren bedeckte und ihm des Nachts fürchterliche Schmerzen bereitete. Der Name des Hirten stammt vermutlich aus der Griechischen Mythologie. Ein weiterer möglicher Ursprung der Bezeichnung Syphilis könnte die Arabische Sprache sein. Dort gab es das Wort „sifl“ was soviel wie „unten“ bedeutete.

Da die Ursache der Krankheit unbekannt war, gab es auch hier die verschiedensten Theorien: Einige Menschen sahen sie als Strafe Gottes für die Sünde der Unzucht. Astrologen dagegen machten den Planeten Saturn zusammen mit Mars als „böse Gestirne“ verantwortlich. Wiederum Andere äußerten den Verdacht, dass die Sodomie der Ursprung war. War auch die Herkunft unklar, so griff die Seuche doch immer schneller um sich. Begünstigt wurde dies durch die damals vielerorts beliebten Bade- und Frauenhäuser.<sup>16</sup>

## **2.2 Entwicklung der Therapie**

Therapien gegen die Syphilis gibt es schon so lange wie die Krankheit selber. Im Folgenden sollen die ursprünglichen Behandlungsmöglichkeiten erläutert werden. Außerdem soll der Weg zur Entdeckung des Bakteriums *Treponema pallidum* dargelegt werden.

Im Jahre 1500 bestand die Behandlung der „bösen Blattern“, wie die Krankheit damals auch genannt wurde, zum Beispiel aus einem Gemisch von Quecksilber, gebranntem Alaun, Tannenharz, gelber und weißer Bleiglätte, Mastix, Weihrauch und Wachs. Diese Paste wurde auf den gesamten Körper aufgetragen. Das Quecksilber galt für die Behandlung der Syphilis vierhundert Jahre lang als Mittel der Wahl. Teilweise wurden mehr als 5 g pro Patient eingesetzt, obwohl man schon seit dem Jahre 77 nach Christus von der Toxizität des Metalls wusste.<sup>17</sup> Da diese Kuren oftmals mehr schadeten als nutzten, prägte sich in diesem Zusammenhang der Begriff „Quacksalber“.

Die Quecksilberkuren wurden bis zu dreimal täglich mit Schwitzbädern kombiniert. War der Erkrankte mit der Tinktur bedeckt, begann nach damaligen Vorstellungen aus dem Mund und Rachen die Krankheit abzufließen. Der Rachen schwoll an, manche erstickten, die Zähne fielen teilweise aus, Lippen und Wangeninnenseite wurden geschwürig. Viele Patienten erlitten Schwindel, Muskelzittern, Harnverhalt und es kam zu Sprachstörungen.

---

<sup>16</sup> Bäumler (1997), S.28-30

<sup>17</sup> ebd., S.31-45

Diese Symptome waren die einer Quecksilbervergiftung. Ulrich von Hutten, der selber an Syphilis litt, beschrieb sie.

Eine neue Kur kam, wie die Krankheit vermutlich selbst aus Amerika, wo die Indios das Holz des Guajakbaumes raspelten und daraus einen Tee brauten. Da dies scheinbar Besserung brachte, verordnete die spanische Krone den aus Amerika heimgekehrten Seefahrern die neue Arznei. Von Hutten war so angetan von dessen Wirkung, dass er ein Buch darüber verfasste: „De Guajaci medicina et morbo Gallico“<sup>18</sup>. Bis heute sind sich die Medizinhistoriker darüber uneinig, ob von diesem Holz tatsächlich eine Linderung der Krankheit ausgeht. Eine Heilung sicher nicht. Auch von Hutten erlag im Alter von 36 Jahren trotz des neuen Medikamentes der Seuche. Da diese Kur aus Guajak-Holz jedoch außerdem sehr teuer war, blieb den meisten Personen nach wie vor nur die Quecksilberbehandlung. Auch operative Maßnahmen kamen dazu, wie das Ausbrennen von Primärgeschwüren, oder die von Dominicus de Marchettis, Professor der Anatomie in Padua, angegebenen Methode zur Behandlung „venerischer Kopfschmerzen“ mittels Trepanation der Hirnschale.<sup>19</sup>

Einige Jahre später verkündete Theophrast von Hohenheim, der sich selbst Paracelsus nannte, dass die Franzosenkrankheit über Blut und Geschlechtsverkehr übertragbar sei und ebenso erkannte er, dass sie von der Mutter auf das Ungeborene übertrat. Er irrte sich jedoch in der Annahme, dass die Syphilis nur im Verbund mit anderen Krankheiten zusammen auftrete. Diese Fehlbeobachtung war wohl auf das fortgeschrittenere Krankheitsstadium zurückzuführen, in dem die Lues jede andere Erkrankung zu imitieren vermag. In der ersten Hälfte des 16. Jahrhunderts nahm die Syphilis an Aggressivität ab, was die damaligen Ärzte auf die Wirkung des Quecksilbers oder den gezähmten Zorn Gottes zurückführten. Heute nimmt man an, dass die Keime im Laufe der Zeit ihre starke Virulenz einbüßten. Zumindest die Primärgeschwüre waren kleiner und weniger bösartig. Da die neurologischen Spätsymptome noch in keinen Zusammenhang mit der Infektion gebracht wurden, nahm die Angst vor einer Ansteckung ab. Das hatte zur Folge, dass wieder mehr Bade- und Frauenhäuser eröffneten, die vorher geschlossen worden waren und das Liebesleben wieder freier wurde. Damit stieg die Zahl der Erkrankten erneut an. Das Leiden der Venus wurde vor allem von kirchlichen Kreisen als gerechte Strafe Gottes empfunden, da geschlechtliche Sünde der Ursprung zu sein schien. 1826 hatte Papst Leo XII. deshalb sogar den Gebrauch des Kondoms verboten, das auf Wunsch des englischen Königs Karl II. erfunden worden war. Die Kirche wollte der „gerechten Strafe Gottes“ nicht entgegenwirken.

---

<sup>18</sup> Bäumler (1997), S.48

<sup>19</sup> Fegeler (1961), S.148



Das zeigte sich auch in dem Ausschluss des „Scharlatans“ Preval aus der Medizinischen Fakultät in Paris 1778, der glaubte ein Wundermittel gegen die Syphilis gefunden zu haben.

In der Begründung lautete es:

„Es wäre Sache der Moral zu prüfen, bis zu welchem Punkte eine Erfindung erlaubt sein könne, welche kein anderes Ziel habe, als den natürlichen Reiz des Lasters noch durch Straflosigkeit zu verstärken.“<sup>20</sup>

Nach 1760 setzte sich ein neues Medikament zur Behandlung der Franzosenkrankheit durch:

„Liquor mercurialis Swieteniae“. Das Rezept wurde von Gerard van Swieten, Schüler des Hermann Boerhaave und seit 1745 Leibarzt Maria Theresias, und seinem Studienkollegen Antonio Nunez Ribeiro Sanchez aus Russland importiert. Auch dieses enthielt Quecksilber, allerdings nur in einer Dosierung von 0,0036 g, vermischt mit 35g Kornbranntwein. Das Quecksilberchlorid wurde oral verabreicht.

Im 19. Jahrhundert wurden auch die löslichen Quecksilbersalze immer beliebter. Sie wurden in die Muskulatur oder unter die Haut injiziert, besonders gerne wurde Hydrargyrum salicyl verwendet. Eine Kur umfasste 30 bis 40 Injektionen oder 200 Quecksilber-Pillen. Auch andere Metalle wie Arsen, Silber und Gold fanden bei der Therapie Verwendung. Besonders unter den französischen Ärzten war die Idee verbreitet, dass Goldpulver die Lues besser heile als Quecksilber.

Den „Merkurialisten“ standen die „Anti-Merkurialisten“ gegenüber, die bestritten, dass Syphilis eine systemische Krankheit sei. Sie behaupteten, dass diese von selbst abheile und weder örtlich begrenzt sei noch übertragbar. Das erschreckende Krankheitsbild werde vielmehr durch die Mittel dagegen hervorgerufen und verdiene die Bezeichnung:

„Hydrargyrose“ (Quecksilberkrankheit). Der Wiener Arzt J. Hermann veröffentlichte um 1900

verschiedene Streitschriften, um die Bevölkerung vor dem Quecksilbergift zu warnen. Hermann selber behandelte über dreißigtausend Patienten. Seine Therapie bestand vor allem in der Reinigung der Geschwüre, und da er als Ursache ein „Ferment“, eine Gärung vermutete, auch in der Anwendung entzündungshemmender Mittel. Diese richteten gewiss nicht so einen großen Schaden an, wie das „Mercurium“, heilten aber ebenso selten.

Noch im 18. Jahrhundert ging man von der „Unität“ der Geschlechtskrankheiten aus und man nahm an, dass die Gonorrhoe ein Primärstadium der Syphilis sei. Auch wurde selten zwischen hartem und weichem Schanker unterschieden. Es wurde eine einzige Ursache für alle venerischen Erkrankungen verantwortlich gemacht. Auch der große Neuerer der Medizin,

---

<sup>20</sup> Fegeler (1961), S.149

Paracelsus, nannte die Syphilis „französische Gonorrhoe“, was die Abgrenzung der beiden Krankheiten erschwerte.<sup>21</sup>

Im Selbstversuch infizierte sich der englische Chirurg John Hunter Mitte des 18. Jahrhunderts mit dem eitrigen Sekret eines an Gonorrhoe Erkrankten, um die „Unität der Geschlechtskrankheiten“ zu beweisen, jedoch erkannte er nicht, dass dieser Mann gleichzeitig an Lues erkrankt war. Nach ihm wurde der syphilitische Primäraffekt „Hunterscher Schanker“ genannt.

Der schottische Chirurg Benjamin Bell erprobte Ende des 18. Jahrhunderts ebenfalls in einem heroischen Selbstversuch, ob sich aus einem harten Schanker eine Gonorrhoe entwickeln konnte, indem er sich Teile eines solchen in die Harnröhre einbrachte. Kurze Zeit später musste er bei sich jedoch einen syphilitischen Primäraffekt diagnostizieren.

Der französische Wissenschaftler Philippe Ricord begründete schließlich im Jahre 1838 die dualistische Lehre, die besagte, dass Syphilis und Gonorrhoe zwei verschiedene Krankheiten seien. Er war es auch, der die Lues erstmalig in drei Stadien unterteilte und sie als systemische Krankheit bezeichnete, die alle Organe befallen könne.

Da im Deutschen Reich seit 1871 so genannte „Kurierfreiheit“ herrschte, konnte jedermann heilerisch tätig sein, ohne staatliche Approbation oder medizinische Schulung. Nur der Begriff Arzt war geschützt. Um die Jahrhundertwende gab es laut einer amtlichen Berliner Statistik 10.000 „Kurpfuscher“ im Deutschen Reich, wovon ein Viertel ausschließlich mit Geschlechtskranken arbeitete. Als „Kurpfuscher“ oder auch „Quacksalber“ wurden zunächst Personen bezeichnet, die ohne Erlaubnis der Obrigkeit und der Zünfte heilerisch tätig waren. Im medizinischen Bereich wurden nichtstudierte, nichtapprobierte Laienheilkundige so bezeichnet, aber auch ausgebildete, sobald sie die Grenze des Legalen überschritten. Später wurden die Begriffe dann abwertend für Heiler eingesetzt, die unwirksame oder fragwürdige Methoden verwendeten.<sup>22</sup> Um 1908 herum verordneten manche dieser „Kurpfuscher“ zu Preisen von 50-60 Mark, was einem wöchentlichen Arbeiterlohn entsprach, zum Beispiel Flaschen mit 500 ml Wasser und verdünntem Honig als Mittel gegen Syphilis.<sup>23</sup> Auch die Riege der Naturheilkundler kritisierte Quecksilber und Arsenpräparate, setzte diese aber trotzdem bei so genannten „kombinierten Naturheilverfahren“ ein. Nach einer chemischer Analyse, die Anfang des 20. Jahrhunderts in Karlsruhe durchgeführt wurde, waren

---

<sup>21</sup> Knop (1988), S.131

<sup>22</sup> Faltin (2005), S.815-816

<sup>23</sup> Ellenbrand (1999), S.92

beispielsweise von 75 der angepriesenen „natürlichen Allheilmittel“ 48 direkt lebensgefährlich, 11 in der Hand von Laien gefährlich und 16 überteuert und wirkungslos.<sup>24</sup>

In den zwanziger Jahren des 19. Jahrhunderts wurde die Medikation des Quecksilbers durch Jod ergänzt. Dennoch fiel es den Ärzten schwer zu sagen, welche Patienten wirklich geheilt waren, oder welche sich nur in der Latenzphase befanden.

Julius Wagner von Jauregg, Neurologe und Psychiater führte um 1880 die Paralyse und die Tabes, die damals sowohl häufige, wie auch unverstandene Krankheitsbilder waren, auf eine syphilitische Infektion zurück. Er verband später die herkömmliche Quecksilber- und Jodtherapie mit einer Tuberkulinbehandlung. Die Tuberkulinbehandlung wurde damals genutzt, um Fieber zu erzeugen und damit Geisteskrankheiten „auszutreiben“. Wagner von Jauregg konnte bei seinen Patienten eine deutliche Besserung feststellen, die jedoch häufig nicht von Dauer war. Deshalb versucht er es mit Typhus-Vakzinen und tauschte die Quecksilber- und Jodbehandlung gegen das von Paul Ehrlich geschaffene Salvarsan ein. Da auch diese Therapie noch nicht ausreichend wirkte, infizierte er seine paralytischen Patienten mit Malaria. Diese behandelte er dann mit Chinin. Überlebte der Patient die Malaria, dann war auch die Paralyse geheilt. Leider war auch diese Heilung häufig nur vorübergehend. Eine weitere Verbesserung erfuhr seine Therapie mit der prophylaktischen Malariabehandlung. Schon bei positivem Liquorbefund wurden die Patienten mit Malaria infiziert, obwohl sie sich noch in der asymptomatischen Phase der Neurosyphilis befanden. Wagner von Jauregg erhielt 1927 den Medizin-nobelpreis für die Behandlung von Psychosen und Lues mittels der Fiebertherapie. Zur gleichen Zeit versucht man in den USA die Krankheit mit Heißluftkuren und einer Überwärmung des Körpers zu behandeln. Viele US-amerikanische Wissenschaftler zogen dies der Malariatherapie vor.

Die Übertragung der Syphilis erfolgte lange Zeit auch als Vakzinationslues. Personen die gegen Pocken geimpft wurden erhielten Lymph von Personen die gleichzeitig mit Lues infiziert waren. 1885 verbot der Bundesrat des Deutschen Reiches die Verwendung von menschlicher Lymph bei öffentlichen Impfungen. Seit der Verwendung von tierischen Impfsereen hat dieser Übertragungsweg an Bedeutung verloren. Ebenso ist heute die Infektion über Bluttransfusionen, wie sie gerade in der Nachkriegszeit häufig war, sehr selten geworden.<sup>25</sup>

Als bedeutendster Meilenstein in der Therapie der Lues lässt sich wohl Paul Ehrlichs 606. Versuch zu Anfang des 20. Jahrhunderts anführen. Ehrlich schaffte zunächst eine dreiwertige

---

<sup>24</sup> Ellenbrand (1999), S.93

<sup>25</sup> Bäumler (1997), S.120-184

Arsensubstanz, die es erreichte, sogar die Früh- und Spätstadien der Syphilis bei einigen Patienten zu heilen. Jedoch war diese nach wie vor von hoher Toxizität, wie Ehrlich ein Jahr nach der Erprobung feststellen muss. Erst bei dem 606. Versuch war die Wirkung des durch Reduktion von Nitrooxyphenolarsinsäure hergestellten Dioxyamidoarsenobenzol im Tierversuch bahnbrechend. Die Hühnerspirillose, das Rückfallfieber und auch syphilitische Geschwüre schienen effektiv behandelbar zu sein. Zunächst an zwei Oberärzten und dann an fortgeschrittenen Lues Erkrankten getestet, zeigte das Mittel 606 überraschende Erfolge: Geschwüre heilten ab, Knochenschmerzen vergingen und die Patienten nahmen wieder an Gewicht zu. Im Gegensatz zu Quecksilber reichten auch ein bis zwei Injektionen aus, um Wirkung zu zeigen. 1910 würdigte Albert Neisser offiziell Paul Ehrlich als „Wohltäter der Menschheit“<sup>26</sup> ob seiner großen Entdeckung gegen die Syphilis.

Salvarsan gelangte 1910 in den Handel.<sup>27</sup> Das neue Wundermittel war allerdings wegen seiner Abstammung vom Arsen nicht ganz nebenwirkungsfrei, wie in den folgenden Jahren von vielen Kritikern bemängelt wurde. Als potentes Chemotherapeutikum wirkte es nicht indifferent, schwächte den Organismus und war bei Patienten mit Herz- oder Gefäßerkrankungen kontraindiziert. Nebenwirkungen wie die Salvarsanencephalitis und Salvarsandermatitis, sowie Leberschäden waren nicht selten. Deswegen wurde schon bald das Neosalvarsan geschaffen, bei dem der Arsengehalt nur noch 19 % betrug und welches damit nebenwirkungsärmer war. Dennoch hatte Paul Ehrlich viele Kritiker: Erstens viele Ärzte, die noch immer an der Wirksamkeit des Medikamentes zweifelten, zweitens religiöse Eiferer, die die Sünde gerne von Gott bestraft sahen und drittens ein Kreis von Antisemiten, die Ehrlich, Wassermann und Neisser wegen ihres jüdischen Glaubens verurteilten. Auch Meinungen aus dem Ausland wurden laut, wo man die Konkurrenz des neuen Mittels fürchtete.<sup>28</sup> Der Schriftleiter einer christlichen Zeitung begründete seine Ablehnung der neuen Therapie damit, dass die Syphilis „eine Strafe Gottes sei und der Sünde keine Hintertür aufgetan“<sup>29</sup> werden dürfe. Im Frühsommer 1914 gipfelte die Diskussion im Salvarsanprozeß, indem die Staatsanwaltschaft im öffentlichen Interesse Anklage gegen Karl Wassmann, den Vertreiber der Zeitung „Freigeist“ erhob. Wassmann kritisierte vor allem das Vorgehen der Wissenschaftler bei ihren Versuchsreihen. So wurde zum Beispiel die Behandlung von Prostituierten, die eine Zwangsbehandlung war, mit Salvarsan durchgeführt. Die Frauen konnten sich also nicht dagegen wehren und wurden so zu Versuchsobjekten. Auch die

---

<sup>26</sup> Bäumler (1997), S.186

<sup>27</sup> Farbwerke Hoest AG (1965), S.52

<sup>28</sup> ebd., S.9

<sup>29</sup> ebd., S.11, Zeitung der „Christliche Hausfreund“

ungeklärten Todesfälle nach Salvarsantherapie stützten Wassmanns Argumentation. Er behauptete weiter, dass die Ärzte gegen ein Honorar bei den Versuchen zu den gewünschten Resultaten kamen.<sup>30</sup> Wassmann wurde wegen öffentlicher Beleidigung und Verleumdung zu einem Jahr Gefängnis verurteilt. Er hätte nur aus Eitelkeit, Profit- und Reklamesucht gehandelt. Salvarsan galt nun offiziell als bestes Mittel gegen Syphilis.

Zu Beginn des Ersten Weltkrieges wurde die Ausfuhr von Salvarsan aus Deutschland verboten. Die Kriegsgegner des Deutschen Reiches waren komplett von der Salvarsan Versorgung abgeschnitten, selbst für die so genannten „neutralen Länder“ war der Nachschub schwierig. Deshalb war es schon 1915 England und Kanada möglich, sowohl Salvarsan als auch Neosalvarsan zu kopieren. Nach Kriegsende wurde in Deutschland Salvarsan zu Silbersalvarsan weiterentwickelt und 1919 von Hoechst zu Sulfoxylsalvarsan, was ärmer an Nebenwirkungen war. 1923 wurde in Paris ein Arsenpräparat mit dem Namen Stovarsol entdeckt, dass oral verabreicht werden konnte. Es brachte aber nur begrenzt Nutzen und wurde vor allem bei Kindern mit angeborener Syphilis eingesetzt. 1931 gelang Hoechst die Fertigung von Solu-Salvarsan mit dem Vorteil, dass dieses auch intramuskulär und nicht mehr nur intravenös injizierbar war.<sup>31</sup> Eine Erhebung im Juli 1928 zeigte, dass die Fälle angeborener Syphilis in Deutschland seit 1919 um zwei Drittel zurückgegangen waren.

Mit der Entdeckung des *Penicillium glaucum* durch Alexander Flemings Pilzkulturenversuch 1928 war jedoch ein neuer Meilenstein in der Behandlung der Syphilis gesetzt.

Seit der Ära des Penicillins rückte Salvarsan immer mehr in den Hintergrund und die Produktion wurde 1973 von Hoechst eingestellt.<sup>32</sup>

1943 führten John Mahoney, Richard C. Arnold und A. D. Harris die Penicillintherapie in die Luesbehandlung in den USA ein.<sup>33</sup> 1944 erstattete die Studiengruppe, unter der Leitung von J. H. Stokes, Altmeister der amerikanischen Dermatologen, und J. E. Moore, zuständig für Geschlechtskrankheiten im Nationalen Gesundheitsrat der USA, Bericht über die Ergebnisse einer Studie an insgesamt 1587 Syphilispatienten, die mit Penicillin behandelt wurden. Bei einigen der Patienten musste die Herxheimersche Reaktion registriert werden. Diese von Karl Herxheimer beobachtete Reaktion weist hohes Fieber und Hauterscheinungen auf, die durch den Zerfall der Spirochäten entstehen, oft nach der ersten Injektion des anti-syphilitischen Mittels. Die intramuskuläre Injektion des Penicillins war der intravenösen weit überlegen.

---

<sup>30</sup> Farbwerke Hoest AG (1965), S.18

<sup>31</sup> Bäumlner (1997), S.187-196

<sup>32</sup> ebd., S.197

<sup>33</sup> Fegeler (1961), S.150

Noch im selben Jahr wurde in den USA die Penicillinbehandlung als Standardtherapie gegen die Lues eingeführt. Da es aber Fälle von Therapieversagen gab, vor allem bei der Neurosyphilis, wurde das Antibiotikum oft mit Arsen- und Wismutpräparaten kombiniert. In Deutschland war man mit der neuen Wunderdroge sehr zurückhaltend. Auch war die Produktion von Penicillin in der Nachkriegszeit schwierig und es war zunächst nur auf dem Schwarzmarkt erhältlich. Jedoch setzten sich englische und amerikanische Besatzer für die Penicillinbehandlung vor allem der deutschen Frauen ein, um sich bei Liebschaften nicht zu gefährden. So wurde das Medikament bald auch deutschen Ärzten zur Verfügung gestellt. Diese setzten es jedoch nur zögerlich ein, da sie nach wie vor von Paul Ehrlichs Salvarsan, ergänzt mit Wismut, anstatt Quecksilber, überzeugt waren. Das Salvarsanpräparat Spirotrypan wurde noch nach dem Zweiten Weltkrieg in die Syphilistherapie eingeführt.<sup>34</sup> Auch wurde lange Zeit mit Fieberturen kombiniert. Man ging nur sehr langsam zur Monotherapie mit Penicillin über.

Noch 1949 wurde von Syphilitikern ein ärztliches Attest zur Heirat verlangt. Da die vollkommene Heilung jedoch nach wie vor von den Ärzten schwer zu beurteilen war, empfahlen sie eine Wartezeit von 2-5 Jahren bis zur Hochzeit. Die Penicillintherapie wurde weiter optimiert. Es wurde durch Zugabe von Procain ein Depot-Penicillin geschaffen, das konstante Blutspiegel schuf und damit eine verbesserte Wirkung aufwies. Vor allem konnten die Todesfälle durch Neurosyphilis drastisch gesenkt werden. Trotz dieser Erfolge des Antibiotikums gab es in Deutschland bis Anfang der 1970er Jahre Ärzte der älteren Generation, die auf die Therapie mit Salvarsan bestanden. Die Gründe hierfür werden im Folgenden erläutert. Außerdem wird der Prozess nachvollzogen, indem sich das Penicillin in der Syphilisbehandlung als dominierendes Medikament durchsetzte, wobei sich erstaunlich wenig Resistenzen ausgebildet haben.

### **2.3 Entwicklung der Luesdiagnostik**

Auch in den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts galten Geschlechtskrankheiten noch immer als Beweis für unsittlichen Lebenswandel. Die Zahl an Erkrankten nahm stetig zu. Am Anfang des 20. Jahrhunderts wurde die Zahl von Infizierten in deutschen Großstädten auf circa 10 % geschätzt. Die Krankheit betraf alle Bevölkerungsschichten.<sup>35</sup>

Der Venerologe Alfred Blaschko erhob 1900 folgende Daten: 4 % der Geschlechtskranken waren Soldaten, 9 % Arbeiter, 16 % Kaufleute, 25 % Studenten und 30 % waren Prostituierte.

---

<sup>34</sup> Fegeler (1961), S.150

<sup>35</sup> Bäumler (1997), S.133

Blaschko erklärte die hohe Durchseuchungsrate im Mittelstand gegenüber der Arbeiterklasse, mit dem späteren Heiratsalter im Mittelstand und damit den häufigeren außerehelichen, sexuellen Kontakten.<sup>36</sup>

Albert Neisser, einer der bedeutendsten Dermatologen seiner Zeit, entdeckte 1879 die Gonokokken, die Tripper verursachen und veröffentlichte diese Entdeckung. Des Weiteren beschäftigte er sich maßgeblich mit der Syphilis und führte den Behandlungsansatz des Dermatologen Alfred Fournier fort, die Erkrankung auch in der Latenzphase zu bekämpfen. Noch war es nicht gelungen die Krankheit auf Versuchstiere zu übertragen, so dass Neisser an Prostituierten und auch minderjährigen Mädchen Impfstudien durchführte.<sup>37</sup> Als die Versuche an die Öffentlichkeit drangen, sorgte dieser Skandal für einen Verweis Neissers und er setzte daraufhin die Experimente an Affen in Batavia fort.<sup>38</sup> Der Zoologe Fritz Schaudinn und der Oberstabsarzt Erich Hoffmann entdeckten 1905 die bleiche Spirochäte und fanden heraus, dass dieses korkenzieherartige, zarte Lebewesen in allen Abstrichen von syphilitischen Patienten zu finden war. Das Bakterium war zwar zuvor schon unter dem Mikroskop gesehen worden, jedoch war ihm keine Bedeutung beigemessen worden, da es so blass und klein erschien. Aufgrund der Blässe wurde es „Spirochaeta pallida“ oder später dann „blasser Drehfaden: Treponema pallidum“ genannt. Bis dahin waren nicht weniger als 25 Bakterienarten als Syphilisursachen beschrieben worden.<sup>39</sup>

Um 1890 schuf der Internist Heinrich Irenäus Quincke eine Diagnostikform, um die Syphilis zu erkennen. Er veröffentlichte das Punktionsverfahren des Rückenmarkkanals. Dieses wurde dann 1907 von August von Wassermann und dem Münchener Psychiater und Neurologen Felix Plaut als Grundlage für die Wassermann-Reaktion im Liquor verwendet. Diese Diagnostik half, dem Zusammenhang von Syphilis und Tabes näher zukommen. Endgültig beweisen konnte diesen erst der Japaner Hideyo Noguchi im Jahre 1913.<sup>40</sup>

Karl Landsteiner, der Entdecker der Blutgruppen, erfand kurz darauf das Dunkelfeldmikroskop mit dem die Spirochäten auch lebend beobachtet werden konnten. Dennoch ließ sich nicht immer mit absoluter Sicherheit eine Lues diagnostizieren oder ausschließen, da die Bakterien nicht in allen Stadien oder Seren nachweisbar waren. So wurden die Patienten oft auch schon bei einem Krankheitsverdacht der Therapie mit Quecksilber und Jod unterzogen.

---

<sup>36</sup> Ellenbrand (1999), S.69

<sup>37</sup> Bäumlner (1997), S.46-50

<sup>38</sup> Neisser (1911), S.568-570

<sup>39</sup> Strauss (1959), S.85

<sup>40</sup> Bäumlner (1997), S.220

In den 1920er Jahren forschten Paul Ehrlich und der belgische Bakteriologe Jules Bordet an der Entwicklung der Komplementbindungs-Reaktion, mit der man außerhalb des Körpers erregerspezifische Antikörper nachweisen kann. 1919 erhielt Jules Bordet für seine Leistungen den Nobelpreis. Er bezog die Reaktion anfangs jedoch nicht auf die Syphilis. Dies tat auch August von Wassermann zunächst nicht, lange Zeit Assistent von Robert Koch, sondern erforschte damit Typhus und Tuberkulose, die damalige Volkskrankheit Nummer eins. Erst Albert Neisser und die von ihm finanzierte Expeditionen nach Java und Batavia, um an Affen Versuche durchzuführen, brachte den Wissenschaftlern die Spirochäte näher. 1906 publizierten Neisser, Wassermann und Bruck ihre Ergebnisse in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift unter dem Titel: „Eine serodiagnostische Reaktion bei Syphilis“<sup>41</sup>. Die Reaktion aus Meerschweinchen Komplement und Hammel-Erythrozyten wird noch heute die Wassermann-Reaktion genannt (WaR).<sup>42</sup> Jedoch wurde schnell deutlich, dass die Reaktion nicht spezifisch für die Lues war, sondern auch andere Infektionskrankheiten ein positives Testergebnis hervorbrachten. Die Zahl der falsch positiven Resultate konnte von Mary C. Pangborn 1941 erheblich gesenkt werden. Sie extrahierte ein stickstofffreies Phospholipoid, das Cardiolipin und nutzte dies zusammen mit Lecithin und Cholesterin als Wassermann-Antigen. Dieser Komplex war sehr viel reiner und wies eine erhöhte Empfindlichkeit auf. Auch die Flockungsreaktion von Ernst Meinicke trug wesentlich zum Nachweis der Syphilis bei. Der 1917 geschaffene Präzipitations-Test basiert auf Sera mit alkoholischen Organextrakten, anstatt mit Säure, Wasser oder anderen Fällungsmitteln. Da er jedoch nicht besonders spezifisch war, wurde er von seinem Schöpfer und anderen Wissenschaftlern immer weiter modifiziert. Auch die WaR wurde vor allem von dem amerikanischen Bakteriologen John A. Kolmer verbessert. Dennoch war der Nachteil all dieser diagnostischen Tests, dass das Ergebnis sehr lange auf sich warten ließ. Ein Schnelltest gelang erstmals dem Kubaner Alexander Chediak 1932 mit seiner Mikroflockungsreaktion, bei der schon zwei Blutstropfen zum Nachweis ausreichten. Die Chediak-Reaktion wurde wiederum von dem Kölner Hygieniker Peter Dahr verbessert. Das Problem, dass keiner der Nachweise eine hundertprozentige Spezifität oder Sensitivität aufwies, blieb jedoch bestehen. Erst 1949 gelang es dem amerikanischen Bakteriologen Robert Nelson jr. und dem Immunologen Manfred M. Mayer den Treponema- Pallidum- Immobilisations-Test (TPI) oder auch Nelson- Test genannte, zu entwickeln. Dieser bis dato empfindlichste Test hatte jedoch den Nachteil, dass er die Lues im Stadium I nicht nachweisen konnte und außerdem

---

<sup>41</sup> Bäumler (1997), S.152

<sup>42</sup> Wormer (1999), S.51-52



einen ständigen Nachschub an lebenden Treponemen erforderte. Des Weiteren ist er sehr kostspielig und umständlich. Einfacher zu handhaben ist dagegen der 1957 in den USA eingeführte Fluoreszenz-Treponemen-Antikörper-Test. Entwickelt von W.E. Deacon und seinen Mitarbeitern K.H. Falcone und Harris basiert er auf dem Prinzip der Fluoreszenz-Serologie, die die Treponemen im Mikroskop leuchten lassen. Der auch heute noch verwendete äußerst spezifische und sensitive Treponema-Pallidum-Hämagglutinationstest (TPHA) wurde 1965 bis 1966 unabhängig voneinander von dem dänischen Forscher Tara Rathlev und den Japanern T. Tomisawa und S. Kasamatsu ausgearbeitet. Auch in der Frühphase der Lues ist er sehr zuverlässig anwendbar.<sup>43</sup> Hier wird im positiven Fall die Agglutination der Treponemen aus dem Patientenserum mit den Testerythrozyten makroskopisch sichtbar.

### **3. Überwachung der Infizierten von der Weimarer Republik bis in die Gegenwart**

#### **3.1 Weimarer Republik**

Seit dem Mittelalter war Prostitution in Europa ein konzessioniertes Gewerbe mit offiziellen Frauenhäusern, die der Stadtverwaltung gehörten und von ihr durch Frauenhausordnungen geregelt wurden. Prostituierte lebten, obwohl sie einen festen Platz im Gemeinwesen hatten außerhalb der städtischen Gesellschaft und gehörten dem unehrlichen Gewerbe an.

Offiziell war die Prostitutionsfrage so geregelt, dass die Frauen durch ihren Hurenwirt bei der Stadt gemeldet sein mussten. Auch wurden Rechte und Arbeitsbedingungen vergleichbar mit einem heutigen Arbeitsvertrag zwischen den Frauen und ihren Wirten festgehalten, der auf der Polizeibehörde geschlossen wurde. Forderte die Frau den Austritt aus dem Gewerbe musste sie dabei von ihrem Wirt und der Polizei unterstützt werden.<sup>44</sup> Dennoch stellten die so organisierten Frauen die Minderheit dar, die meisten waren nicht angemeldet.

Am Ende des 18. Jahrhunderts wurde in Deutschland die Reglementierung der Prostitution, die vorher vor allem auf kommunaler Ebene stattfand, auf staatlicher Ebene weitergeführt, um einerseits die Ausbreitung von Geschlechtskrankheiten zu verhindern und andererseits die Frauen vom Rest der Gesellschaft zu isolieren.<sup>45</sup> 1841 wurde in Berlin zum ersten Mal die Aufhebung der polizeilich konzessionierten Bordelle angeordnet. Viele Einrichtungen blieben

---

<sup>43</sup> Bäumler (1997), S.153-184

<sup>44</sup> Gleß (1999), S.15-33

<sup>45</sup> Freund-Widder (2003), S.27

jedoch bestehen und geduldet. Um sich nach Verlust der Konzessionen die Kontrolle über das Milieu weiterhin zu sichern, griff die Polizei auf inoffizielle Maßnahmen, wie Wohnungsdurchsuchungen oder Bewachung der verdächtigen Frauen zur Reglementierung, zurück.<sup>46</sup>

Das Preußische Strafgesetzbuch von 1851 setzte erstmals eine Regelung zur polizeilichen Überwachung fest. Hiernach durfte die Prostituierte ihrem Gewerbe noch nachgehen, dem Bordellwirt war seines jedoch untersagt. In der Praxis waren aber auch die Wirte weiterhin geduldet, wenn auch als kriminell geächtet. Auf Grundlage des §146 PrStGB war es Prostituierten untersagt, bestimmte Örtlichkeiten und Veranstaltungen zu besuchen oder nach Einbruch der Nacht ihre Wohnungen zu verlassen. Des Weiteren mussten sie sich in regelmäßigen Abständen ärztlich untersuchen lassen. Im Deutschen Kaiserreich von 1871 übernahm das Strafgesetzbuch in §361 Nr.6 StGB zunächst die Regelung des §146 PrStGB. Fünf Jahre später wurde der Straftatbestand erneuert und sah nun eine Form der Prostituiertenreglementierung vor, in der die Frauen von der Polizei als „Kontrollmädchen“ registriert wurden. Die örtliche Polizeibehörde unterstellte die Frauen nun ihren Verordnungen und Prostitution war nur strafbar, wenn die Frauen den Verordnungen zuwider handelten oder nicht behördlich registriert waren. War man erst unter Aufsicht gestellt, so konnte man daraus schwerlich wieder entlassen werden, da es kein offizielles Verfahren für eine Entlassung gab. Die Rückkehr in ein bürgerliches Leben wurde dadurch sehr erschwert. In den 1890er Jahren wurde die Polizei auf Grund von Bürgerprotesten, vorsichtiger und unterzog weniger Mädchen der folgenschweren Einschreibung. So konnten zum Beispiel unter 16 Jährige nur registriert werden, wenn dies zur Behandlung von Syphilis notwendig war.<sup>47</sup>

Im Zeitraum zwischen 1880 und 1890 verliefen der Anstieg und der Abfall der Zahl der Prostituierten auffallend parallel mit der Preisbewegung des Brotes in den deutschen Großstädten. Besonders betroffen waren Frauen aus dem Niedriglohnsektor. So ergab ein Münchner Polizeibericht von 1908, dass 30 % der Prostituierten vorher als Kellnerin, 25 % als Dienstmädchen, 11 % als Fabrikarbeiterin und 8 % als Näherin gearbeitet hatten oder parallel arbeiteten.<sup>48</sup>

Vor allem in den Großstädten des 19. Jahrhunderts nahm mit dem Ansteigen der Prostitution auch ihre Stigmatisierung stetig zu. Sie war per Gesetz nicht strafbar, galt jedoch als

---

<sup>46</sup> Gleß (1999), S.40-46

<sup>47</sup> ebd., S.47-63

<sup>48</sup> Ellenbrand (1999), S.30

unsittlich. Da Prostitution nicht als offizielles Gewerbe anerkannt war, erhielten die Frauen auch keinen Rechtsschutz.

Albert Neisser war um 1890 einer der Verfechter der gesetzlichen und staatlichen Regelung der Beaufsichtigung der Prostitution. Er sah sie als „Hauptverbreiterin der Geschlechtskrankheiten“ an und war überzeugt davon, dass man Prostitution durch Zwang nur vermindern, nicht aber abschaffen konnte. Des Weiteren forderte er nicht nur eine polizeiliche Kontrolle, sondern vor allem eine regelmäßige, ärztliche, auch zwangsweise durchgeführte Untersuchung der Prostituierten, die nicht nur der Therapie der Syphilis, sondern auch der Prophylaxe dienen sollte. Neisser schlug vor, an Stelle des teuren Hospitalaufenthaltes der Frauen, Ambulatorien zur Untersuchung einzurichten. Die Therapie und auch die Untersuchung auf Geschlechtskrankheiten selbst sollte gratis erfolgen.<sup>49</sup>

1914 wurden die Beratungsstellen für Geschlechtskranke der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte gegründet. Auch in kommunaler Trägerschaft wurden Beratungen durchgeführt. Aus der Syphilisbehandlung entlassene Patienten, zunächst nur Hamburger, wurden hier unentgeltlich weiter betreut.<sup>50</sup> Aufgaben der Beratungsstelle waren Beratung, Untersuchung und Überwachung. Das kurz darauf entstandene „Hamburger System“ sah vor, dass ehemals syphilitisch Erkrankte vom Arzt an eine Fürsorgestelle gemeldet wurden. Dort mussten sie alle 3-5 Monate zu Kontrollen erscheinen. Taten sie dies nicht, wurden sie verwarnt. Die Behandlung von Geschlechtskrankheiten selbst war aber in den Fürsorgestellen verboten. Dazu wurden die Patienten wieder an einen Arzt zurücküberwiesen. Die heimgekehrten Soldaten bildeten die Hauptklientel der Beratungsstellen. Im Ersten Weltkrieg stieg die Zahl der Syphilisinfektionen stark an. Aus diesem Anlass wurden Merkblätter an die Soldaten verteilt, in denen es zum Beispiel hieß:

„Jeder Soldat hat die heilige Pflicht, sich für sein Vaterland gesund zu halten, doppelt und dreifach in Kriegszeiten. [...] Durch nichts werden Gesundheit und Leistungsfähigkeit des Soldaten so geschädigt, als durch die Geschlechtskrankheiten: Syphilis und Tripper. Sie verursachen nicht nur große Schmerzen, sondern machen den Mann auch schlapp, marsch- und kampfunfähig [...].“<sup>51</sup>

Des Weiteren wurde für die Soldaten der Alkoholgenuss eingeschränkt, Kondome wurden bereitgestellt und die Soldaten waren verpflichtet, sich nach dem Verkehr einer Schutzbehandlung zu unterziehen.<sup>52</sup> Alkohol galt als einer der Wegbereiter für die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten. Er führe zu einem gesteigerten, „tierischen Trieb“ und einem Wegfall der Hemmungen. Außerdem wurden das Großstadtleben, Wohnungsnot

---

<sup>49</sup> Neisser (1890), S.834-836

<sup>50</sup> Blaschko (1915), S.23

<sup>51</sup> ebd., S.9

<sup>52</sup> ebd., S.26-27

und die Prostitution verantwortlich für die Infektion mit Geschlechtskrankheiten gemacht.<sup>53</sup> Alfred Blaschko sah auch die „Industrialisierung der Frau“ als eine Gefahr an, da gerade die bürgerliche Frau durch die Berufstätigkeit Kontakt mit proletarischen Frauen habe und so eine freiere Moralauffassung kennen lernen würde.<sup>54</sup>

Nach dem Ersten Weltkrieg zeigte man sich sehr besorgt über den starken Geburtenrückgang, bei dem die Mediziner schätzten, dass ungefähr 4 % auf Geschlechtskrankheiten zurückzuführen sei. Auch der verstärkte Schutzmittelgebrauch spielte hier, neben ökonomischen und demographischen Gründen, eine Rolle.<sup>55</sup>

1918 richtete die Seeberufsgenossenschaft in Hamburg gemeinsam mit der Seekasse die „Zentralstelle für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten unter den Seeleuten“ ein.<sup>56</sup> Für die Seeleute bestand nun eine kostenlose Behandlung der Geschlechtskrankheiten. Da auch unter Strafgefangenen eine Syphilisrate von bis zu 20 % herrschte, wurde hier Ende der 1920er Jahre die kostenfreie Behandlung sichergestellt.<sup>57</sup> In England hatte die Regierung mit der „Public Health Veneral Disease Regulations“ 1916 die kostenlose Behandlung aller Geschlechtskranken geregelt.<sup>58</sup>

1922 wurden in Hamburg offiziell die Bordelle geschlossen, was zur Folge hatte, dass die Trennung zwischen den Wohnbereichen der Prostituierten und der übrigen Bevölkerung aufgehoben wurde und sich das Straßenbild in vielen Vierteln Hamburgs dadurch veränderte, dass die Mädchen Zimmer bei Familien mieteten und ihrem Gewerbe auf der Strasse nachgingen. Hierdurch zeigten sich viele Bürgerinnen und Bürger besorgt um das „sittliche Wohl“ vor allem der Kinder und Jugendlichen, die Tür an Tür mit der Prostitution lebten. Außerdem nahmen Zuhältertum und Zuhältervereine durch die Schließung der Bordelle an Bedeutung zu. Dennoch war sich die Hansestadt auch bewusst, dass die Frauen als „Touristenattraktion“ sehr beliebt waren. Durch vermehrte Nachfrage von Reisenden und Seeleuten und einer gleichzeitig zunehmend schlechteren wirtschaftlichen Situation alleinstehender Frauen stieg Mitte der 1920er Jahre die Zahl der Prostituierten in Hamburg stark an.<sup>59</sup>

Die staatliche Kontrolle der Prostituierten durch Sozialfürsorgerinnen, die meist kommunal angestellt waren, und Ärzte, sowie durch die Behörden führte dazu, dass Frauen, deren

---

<sup>53</sup> Sauerteig (1999), S.46-47

<sup>54</sup> ebd.,S.48

<sup>55</sup> Adam (2001), S.194

<sup>56</sup> Ellenbrand (1999), S.200-204

<sup>57</sup> Sauerteig (1999), S.163

<sup>58</sup> ebd., S.166

<sup>59</sup> Freund-Widder (2003), S.40-65

Verhalten nicht innerhalb der Normen lag oder die nicht in der traditionellen Familienstruktur eingebunden waren, stigmatisiert und als Personen mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr, sogenannte hwG-Personen, bezeichnet wurden.<sup>60</sup>

Am Anfang der zwanziger Jahre des 20. Jahrhunderts befürwortete Hamburgs Sozialbehörde ein Bewahrungsgesetz, das vorsah, auch volljährige Personen, wie zum Beispiel Homosexuelle, Prostituierte oder „Asoziale“ unter sogenannte Schutzaufsicht zu stellen und im Bedarfsfall zu entmündigen.<sup>61</sup> Jedoch wurde das Bewahrungsgesetz in dieser Form nie verabschiedet. Diese Idee wurde aber von den Nationalsozialisten aufgegriffen und Entmündigungen von „Asozialen“ wurden im Dritten Reich durchgeführt. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden Stimmen laut, die erneut ein Bewahrungsgesetz forderten.

Die Behörden zahlten den registrierten Frauen zu dieser Zeit nur eine geringfügige Unterstützung zum Ausstieg aus der Prostitution, wenn diese nachwiesen, dass sie ihre frühere Profession aufgegeben hatten, den Wohnort gewechselt hatten, nicht in Wohngemeinschaften lebten, sich regelmäßig vom Gesundheitsamt untersuchen ließen und von der Stadt angebotene Nähkurse besuchten, als Versuch, sie wieder ins normale Arbeitsleben einzugliedern.<sup>62</sup>

Am 1. Oktober 1927 trat das „Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ (GBG) in Kraft. Dieses Gesetz sollte vor allem die Ausbreitung von venerischen Krankheiten verhindern und sah bei Personen, die trotz Geschlechtskrankheiten, weiterhin Geschlechtsverkehr hatten, Freiheitsstrafen von bis zu drei Jahren vor. Die Höchststrafe, Gefängnis bis zu drei Jahren, wurde jedoch selten verhängt, da die Beweislage häufig sehr schwierig war. Verurteilt wurden fast doppelt so viele Frauen wie Männer. Die Verurteilungen wurden mit der Zeit seltener.<sup>63</sup>

Der Infizierte war des Weiteren gezwungen sich in eine Heilbehandlung zu begeben. 1927 konnte diese aus einer Salvarsan- oder Quecksilber-, Malaria- oder Wismutbehandlung bestehen.<sup>64</sup> Außerdem ermächtigte das neue Gesetz Ärzte und Gesundheitsbehörden, Zwangsuntersuchungen durchzuführen.<sup>65</sup> Dafür richtete die Gesundheitsbehörde fünf Fürsorgestellen in Hamburg ein: im Gesundheitsamt am Besenbinderhof, in den Polikliniken der Krankenhäuser St. Georg, Eppendorf, Barmbek und für Seeleute im Hafenkrankehaus.<sup>66</sup>

---

<sup>60</sup> Freund-Widder (2003), S.14-20

<sup>61</sup> Paragraph 6 BGB

<sup>62</sup> Freund-Widder (2003), S.70

<sup>63</sup> Adam (2001), S.192

<sup>64</sup> Silber (1927), S.3

<sup>65</sup> Ellenbrand (1999), S.205-206

<sup>66</sup> Dücker (2005), S.175

Auf der anderen Seite wurde die Reglementierung der Prostitution durch den neuen §16 des GBG aufgehoben. Prostitution war somit straffrei und nur in der Nähe von Schulen, Kirchen und Wohnungen, in denen Minderjährige lebten untersagt. Die Straffreiheit war auf eine sozialreformerische Kampagne, die so genannte „Abolitionistische Bewegung“ zurückzuführen.<sup>67</sup> Josephine Butler, eine englische Sozialreformerin, war Ende des 19. Jahrhunderts Gründerin des Zweiges der Abolitionistischen Bewegung, der sich vor allem mit der Prostitution auseinandersetzte. Sie bezeichnete die Praxis der Sittenpolizei gegenüber den Prostituierten polemisch als „weißes Sklaventum“ und verurteilte die Reglementierung der Frauen, vor allem die Zwangsuntersuchungen. Des Weiteren forderte die Abolitionistische Bewegung gleiche Rechte für Frauen. Butler kritisierte die alleinige Bestrafung der weiblichen Prostituierten, während die männlichen Kunden straffrei blieben und bezeichnete dies als „bürgerliche Doppelmoral“. 1878 gründete Josephine Butler die Internationale Abolitionistische Föderation (IAF). In Hamburg eröffnete Lida Gustava Heymann 1899 einen Zweigverein der IAF.<sup>68</sup> Abolitionisten kamen teils aus der kirchlichen Bewegung, teils aus der allmählich entstehenden Frauenbewegung und forderten die Abschaffung der einseitigen polizeilichen Reglementierung unter Kontrolle stehender Frauen. Sie vertraten eine strenge Moralauffassung, forderten aber gleichzeitig eine frühe sexuelle Aufklärung und hielten Vorträge über Geschlechtskrankheiten. Zum Beispiel organisierten sie Sexuaufklärung für Schulabgänger der Volksschulen, wobei dies von der Hamburger Schulbehörde in der Volksschule vor 1922 noch unter Strafe gestellt war. Für die Abolitionistinnen war Gesundheit eine Frage der richtigen Lebensführung. Ärzte unterstützten die Bewegung, da sie sich erhofften, dass die Frauen regelmäßiger zu den medizinischen Kontrollen erscheinen würden, wenn die Repression durch die Polizei entfiel. Als Gegenbewegung war eine Gruppe von Bürgerlichen anzusehen, die eine konsequente Unterdrückung der Prostitution forderten.<sup>69</sup> Zu ihr gehörten auch die vor allem aus gutbürgerlichen Kreisen entstandenen Sittlichkeitsvereine, die den sittlich-moralischen Aspekt der Krankheiten gegenüber der zunehmend rein medizinische Betrachtung in den Vordergrund stellten. Hier spielte der Begriff der Sittlichkeit eine zentrale Rolle, der auch Eingang ins Strafgesetz fand.<sup>70</sup> Die Erfolge der neuen Aufklärungskampagnen wurden in Frage gestellt, da die Zahl der Geschlechtskranken 1927 noch immer extrem hoch war. Allein in Berlin wurden täglich 50.000 Geschlechtskranke behandelt. Kritiker der sexuellen Aufklärung in Deutschland

---

<sup>67</sup> Gleß (1999), S.12

<sup>68</sup> Ellenbrand (1999), S.39-41

<sup>69</sup> Gleß (1999), S.71-94

<sup>70</sup> Adam (2001), S.148

verurteilten das „endlose und widerliche Gerede über Geschlechtliches und Geschlechtskrankheiten“<sup>71</sup>, da dies eher eine Förderung derselben bewirke. Nur eine sittlich-religiöse Erziehung könne die Geschlechtskrankheiten bekämpfen.

Eine weitere Neuerung des §16 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten war, dass Prostitution nicht mehr als „gewerbsmäßige Unzucht“ bezeichnet wurde und damit strafbar war, sondern „Aufforderung oder Anbieten zur Unzucht“ nur noch strafbar waren, wenn sie „öffentlich in einer Sitte oder Anstand verletzenden Weise“ erfolgten.<sup>72</sup> Die Frauen waren nicht mehr der Polizeiaufsicht unterstellt. Die Akten der Gesundheitsbehörden enthielten ab 1927 durch diese neue Definition sehr viel mehr Personen als vorher, da nun nicht nur die gewerblich Prostituierten erfasst waren, sondern sämtliche hwG-Personen und diese konnten nun, wenn sie „dringend verdächtig waren, geschlechtskrank zu sein“<sup>73</sup> auf das Gesundheitsamt vorgeladen werden. Teilweise wurde von diesen Personen im Abstand von vier Tagen bis hin zu vier Wochen ein Gesundheitszeugnis verlangt. Die Kosten mussten die Frauen selbst tragen.

Vermehrt wurden nun auch Frauen aus Rache von Männern angezeigt, die sie zurückgewiesen hatten. Die Beschuldigung geschlechtskrank zu sein, schadete dem Ansehen der Frauen und konnte sogar zum Verlust ihres Arbeitsplatzes beitragen. Häufig waren Frauen der Arbeiterklasse betroffen.<sup>74</sup>

Mit der Einführung des Geschlechtskrankengesetzes von 1927 wurde der Gebrauch von Schutzmitteln liberalisiert. Nun gab es auch auf öffentlichen Toiletten Kondomautomaten, aber weiterhin forderten Kirchen und Sittlichkeitsverbände ein Schutzmittelverbot.<sup>75</sup>

Seit der Weltwirtschaftskrise 1929 nahm auch in Hamburg die Arbeitslosigkeit dramatisch zu. Im Juni 1933 waren fast 30 % der Arbeitnehmer erwerbslos. Besonders unter den Frauen wuchs der Anteil an Arbeitssuchenden, so dass viele sich gezwungen sahen, durch Prostitution Geld dazu zu verdienen. Dies hatte eine weitere Zunahme der Straßenprostitution zur Folge.<sup>76</sup>

Durch das neue GBG wurde die Verantwortlichkeit zur Bekämpfung der Prostitution von der Sittenpolizei zur Gesundheitsbehörde hin verschoben. So suchte sich die Sittenpolizei andere Möglichkeiten, um gegen die Straßenprostitution vorzugehen. Personen, die die öffentliche Ordnung störten, konnten für 24 Stunden festgenommen werden. Dieses Vorgehen wurde

---

<sup>71</sup> Silber (1927), S.6

<sup>72</sup> Freund-Widder (2003), S.83

<sup>73</sup> ebd.,S.87-96

<sup>74</sup> Dücker (2005), S.175

<sup>75</sup> Adam (2001), S.184

<sup>76</sup> Freund-Widder (2003), S.98

massiv bei Prostituierten angewandt und es zeigte sich, dass es auch schon in der Weimarer Republik möglich war, diese Frauen auf Grund ihrer Profession einzusperren.

Während der Weimarer Republik standen fürsorgliche Maßnahmen im Vordergrund. Man wollte junge Mädchen vor einem Abgleiten in die Prostitution bewahren und solche, die nur die Grenzen von Sitte und Anstand übertreten hatten, resozialisieren und durch Nähkurse oder andere Aktivitäten wieder in ein geregeltes Arbeits- und Sozialleben eingliedern. Weibliche Polizeibeamte besuchten Mädchen an öffentlichen Plätzen, suchten sie in Cafes oder auf Spielplätzen auf und ließen sie durch die staatliche Fürsorge überwachen. Jedoch vor allem zum Ende der Weimarer Republik hin wurde von vielen der Versuch der Abschaffung der Prostitution durch die soziale Fürsorge als gescheitert betrachtet und es wurden Stimmen laut, die eine strengere Reglementierung der Frauen und mehr Zwangsverwahrungen forderten. Vor allem die Polizei, verfolgte durch die stillschweigende Duldung der Bordelle und durch Berufung auf den §22 ihre eigenen Vorstellungen davon, wie die Prostitution zu bekämpfen sei, zum Beispiel durch Inhaftierung der Frauen. Diese Ansätze wurden durch die Machtergreifung der Nationalsozialisten aufgegriffen und verschärft durchgesetzt.

### **3.2 Im Nationalsozialismus**

Unter den Nationalsozialisten bestand die Aufgabe der Frau vor allem im Gebären und Aufziehen von Kindern. Dennoch wurde auch hier das Frauenbild immer wieder verändert und angepasst, da mit dem Beginn des Zweiten Weltkrieges vermehrt Arbeitskräfte benötigt wurden. Die Nationalsozialisten förderten kinderreiche Familien, konnten aber die Geburtenrate innerhalb der Ehe nicht deutlich erhöhen. Von 1871 bis in die frühen 1930er Jahre hatte die Geburtenrate um 60 % abgenommen. Sie konnte insgesamt zwar im Dritten Reich erhöht werden, 1933 kamen auf 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter 59 Lebendgeburten, 1939 waren es schon 85, aber innerhalb der Ehen blieb der Trend zur Zweikinderfamilie ungebrochen.<sup>77</sup>

Dem Idealbild der deutschen Mutter widersprach die Prostituierte vollkommen, denn ihre Sexualität diene nicht der Fortpflanzung, sondern „dem Vergnügen und Profit“. Sie galt als unwürdige Frau, auch wenn sie Mutter war und es wurde ihr nicht nur das Mutterkreuz vorenthalten, sondern oftmals sogar das Sorgerecht für ihre Kinder entzogen. Außerdem galten Prostituierte als Verbreiterinnen von Geschlechtskrankheiten und sie wurden überwacht, verfolgt, bestraft und als „asozial“ deklariert.<sup>78</sup> Begründet wurde diese Verfolgung

---

<sup>77</sup> Freund-Widder (2003), S.109

<sup>78</sup> ebd., S.110



in Hamburg damit, dass Stadtteile wie St. Pauli und St. Georg immer mehr zu Orten der Prostitution geworden waren, wodurch die Behörden vor allem die Jugendlichen, die dort lebten, als sittlich gefährdet ansahen. Dies hatte zur Folge, dass die Polizei wieder mehr Befugnisse im Kampf gegen die Prostitution erhielt. Der §361 Nr.6 StGB wurde verschärft, da der seit 1871 geltende Paragraph nicht eindeutig definierte, wann und ob überhaupt Prostitution strafbar war.

Im Mai 1933 wurde eine Neufassung des §361 Nr. 6 StGB, durch das Gesetz zur Abänderung strafrechtlicher Vorschriften vom 26. Mai 1933, eingeführt.<sup>79</sup> Diese erleichterte der Polizei das Einschreiten gegenüber Prostituierten. Außerdem wurde ihre freie Wohnungswahl eingeschränkt. Zur Verhaftung reichte nun schon der Verdacht auf eine Geschlechtskrankheit oder ein abendlicher Aufenthalt auf der Strasse ohne männliche Begleitung. Sehr viel öfter aber wurden die Frauen aufgrund der „Verordnung des Reichspräsidenten zum Schutz von Volk und Staat“ vom 28. Februar 1933 verhaftet und blieben meist in bis zu 90-tägiger Haft. Dieses Gesetz war ursprünglich zur Verfolgung politischer Gegner gedacht.

Die Reichspolizei führte außerdem 1933 die Kasernierung wieder ein. In Hamburg wurde der Kalkhof, die Herbert- und die Winkelstrasse zu Bordellstrassen, in denen der Durchgangsverkehr gesperrt war und die man nicht einsehen konnte.<sup>80</sup> Im Oktober 1940 wurde das Kasernierungsverbot reichsweit aufgehoben.<sup>81</sup> Auch die Frauenvereine und der Nordverband des Deutsch-Evangelischen Frauenbundes, sowie der Nordverband und der Verband weiblicher Angestellter Hamburg plädierten für die Einweisung von Prostituierten in Arbeits- und Konzentrationslager. Sie beriefen sich auf Adolf Hitlers Schrift „Mein Kampf“.<sup>82</sup> Dort betonte Hitler in dem Abschnitt „Zum Kampf gegen Prostitution und Geschlechtskrankheiten“, dass man die Syphilis nicht bekämpfen könne ohne deren Ursache, die Prostitution zu bekämpfen. Er nannte die Syphilis zusammen mit der Tuberkulose die schlimmste Seuche, die Deutschland bedrohe. Der Syphilis maß er aber besondere Bedeutung zu, da der Kampf gegen diese Krankheit auf allen Ebenen stattfinden müsse, weil sie sich zwar als „Erkrankung des Leibes“ äußere, sie aber eine „Erkrankung der sittlichen, sozialen und rassistischen Instinkte“ sei. Habe man nicht mehr die Kraft seine Gesundheit zu schützen, dann ende das Recht, auf dieser Welt zu leben.<sup>83</sup> Durch die Nationalsozialisten erfuhr die

---

<sup>79</sup> RGBI I S.295 Art. 2 Nr. 20 vgl. Willing (2003), S.120

<sup>80</sup> Freund-Widder (2003), S.119

<sup>81</sup> Gleß (1999), S.97

<sup>82</sup> Freund-Widder (2003), S.121

<sup>83</sup> z.n. Borelli (1992), S.109, Adolf Hitler: Mein Kampf: Zum Kampf gegen Prostitution und Geschlechtskrankheiten

sozialreformerische und pragmatische Sexualaufklärung der Bevölkerung mit ihrer liberalisierten Sichtweise ein jähes Ende.<sup>84</sup>

Die Wiedereinführung der Kasernierung stieß deshalb vor allem bei den Fürsorgerinnen des Pflegeamtes auf Unmut. Um 1940 mussten Mädchen und Frauen, die als hwG- Personen oder als Prostituierte registriert waren stets ein Kontrollbuch mit Foto bei sich tragen, mit dem sie die zwei mal pro Woche durchgeführten ärztlichen Untersuchungen nachweisen konnten, wenn sie von der Polizei aufgegriffen wurden. Des Weiteren, waren sie verpflichtet, den Beamten jederzeit Einlass in ihre Wohnung zu gewähren, sie durften weder Kinos, noch Theater, noch öffentliche Grünanlagen besuchen. Auch die Geschlechtskrankenfürsorge ließ ab 1934 polizeilich nach Frauen fahnden, die es versäumt hatten sich untersuchen zu lassen. Zuerst wurden die Frauen ermahnt, dann verhaftet und anschließend in einem Teil der Fälle in Konzentrationslager wie Ravensbrück, Auschwitz oder andere eingewiesen.

Im Gegensatz zur Weimarer Republik wurden auch „gefährdete“ Mädchen nicht mehr rehabilitiert, sondern in Heimen verwahrt. Neben dem Schutz vor Geschlechtskrankheiten und dem Kampf gegen den sittlichen Verfall, ging es auch um Kostenersparnis, da die Frauen in den Heimen auch arbeiten mussten. Arbeit wurde als die beste erzieherische Maßnahme angesehen. Geschlechtskrankheiten wurden von den Fürsorgerinnen für die hohe Zahl an kinderlosen Ehen in Hamburg verantwortlich gemacht.

Ab 1933 gab es in Hamburg offene Heime, das Abendrothhaus als Durchgangsheim und das geschlossene Versorgungsheim Farmsen.<sup>85</sup> In ein geschlossenes Heim konnten die Frauen nur nach Entmündigung eingewiesen werden. Einen Antrag auf Entmündigung stellten die Fürsorgerinnen. Sie fertigten einen Lebenslauf der betroffenen Frauen an und ließen diesen dann von einem Oberarzt auf Geistesschwäche oder eine Geisteskrankheit prüfen. Das ärztliche Gutachten wurde dann an die Staatsanwaltschaft weitergereicht und das Entmündigungsverfahren eingeleitet. Häufig musste dieses von den Frauen selbst bezahlt werden.

Am 1. Januar 1934 trat das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933“ in Kraft. Durch dieses Gesetz war es nun erlaubt Personen, die an einer Erbkrankheit nach Definition des Gesetzes oder Alkoholismus litten, zu sterilisieren. Dieses Gesetz wurde auch gegen Prostituierte angewandt, obwohl die Prostitution als Grund allein nicht ausreichte. Jedoch wurde „moralischer Schwachsinn“ häufig unter angeborenem Schwachsinn subsumiert. Die Diagnose „angeborener Schwachsinn“ wurde meist mit der Trieb- und

---

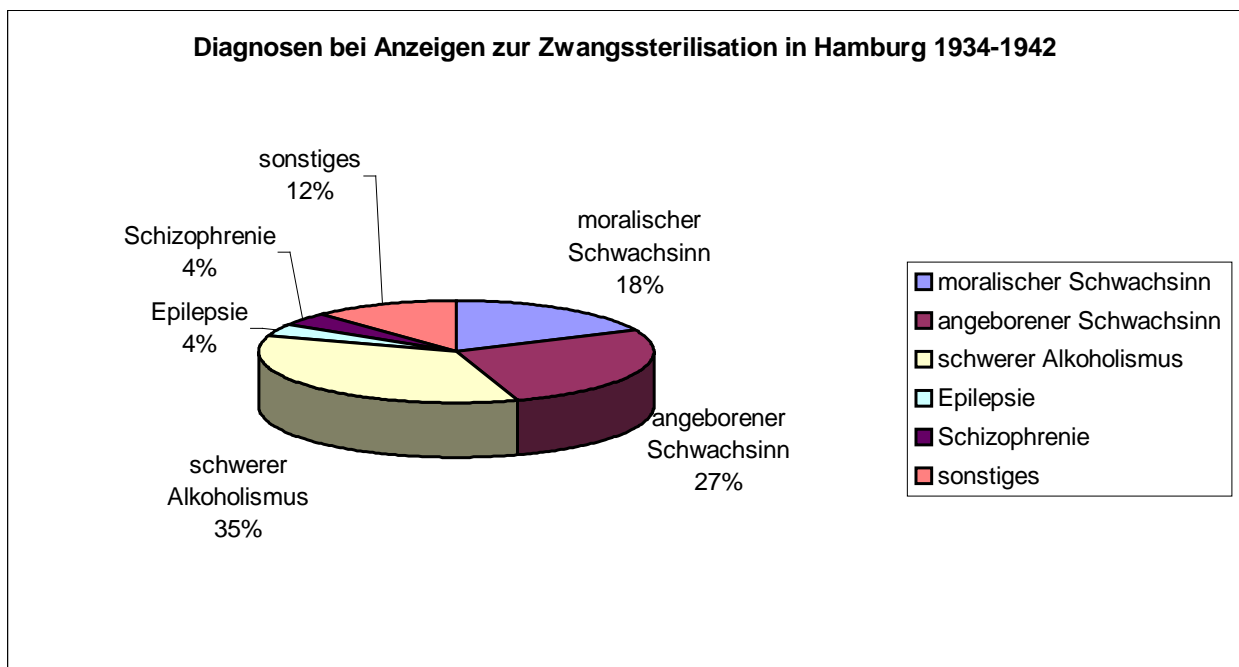
<sup>84</sup> Ellenbrand (1999), S.213

<sup>85</sup> Freund-Widder (2003), S.132-146

Haltlosigkeit der Frauen begründet, sowie mit mangelnder Schulbildung, „moralischer Schwachsinn“ mit Prostitution und unehelichen Geburten, sowie mit einer Anstellung als Hausmädchen oder Tanzdame. Auch Frauen mit häufig wechselndem Arbeitsplatz galten als verdächtig.

Die Verteilung bei der Diagnosestellung zur Zwangssterilisation sah in Hamburg zwischen 1934 und 1937, für 3128 von Fenner ausgewertete Anzeigen, folgendermaßen aus:

Von den Anzeigen waren 45 % auf der Diagnose „Schwachsinn“ begründet. Von den 45 % wurden 58 % wegen „angeborenen Schwachsinn“ und 39 % wegen „moralischen Schwachsinn“ zur Zwangssterilisation vorgeschlagen.<sup>86</sup>



**Abbildung 1. Diagnosen bei Anzeigen zur Zwangssterilisation in Hamburg 1934-1942, basierend auf Zahlen von Fenner Quelle: Fenner (1990), S.63-70**

Christiane Rothmaler untersuchte die Erbgesundheitsverfahren in Hamburg vor allem im Hinblick auf die soziale Herkunft der Betroffenen und kam zu dem Ergebnis, dass Zwangssterilisationen vor allem die Hamburger Unterschicht betrafen, und dass die Diagnosen „moralischer Schwachsinn“ und „Alkoholismus“ vor allem soziale Diagnosen waren.<sup>87</sup>

Das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 1. April 1935 ermöglichte die Zusammenführung der einzelnen Bereiche des öffentlichen

<sup>86</sup> Fenner (1990), S.63-70

<sup>87</sup> Rothmaler (1986), S.173

Gesundheitsdienstes wie zum Beispiel der Gesundheitspolizei, der Hygiene, der gesundheitlichen Für- und Vorsorge, sowie der Erb- und Rassenpflege. Dies erfüllte unter anderem den Zweck, Amtsärzte der nationalsozialistischen Idee der „Volksgesundheit“ zu verpflichten. Das Gesundheitssystem wurde folgendermaßen umstrukturiert: Die oberste Instanz war das Reichs- und Preußische Ministerium des Inneren, mit der Abteilung „Volksgesundheit“. Untergeordnet waren der Abteilung die öffentliche Wohlfahrtspflege, das Rote Kreuz, der Reichsausschuss für den Volksgesundheitsdienst und der Landgesundheitsrat. Als weiteres Organ kamen die Gesundheitsämter, die verstaatlicht worden waren und denen die gesamtheitliche Für- und Vorsorge vor allem in der Erb- und Rassenpflege übertragen worden war.<sup>88</sup> Die „Reichsarbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ und die „Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ gehörten dem Reichsausschuss für den Volksgesundheitsdienst an. Die Leitung des Gesundheitsamtes übernahm ein Amtsarzt, der „arischer Herkunft“ sein musste und die nationalsozialistischen Vorstellungen der Gesundheitserziehung teilte.<sup>89</sup>

Nach dem 3. März 1938 wurden die Begutachtungsverfahren zur Sterilisation so abgewickelt, dass Oberärzte der ärztlichen Abteilung des Fürsorgewesens die Anzeigen an die Abteilung des Gesundheitsamtes Hamburg weiterreichten. Hier wurden alle Krankengeschichten gesammelt und an den Fürsorgerinnendienst weitergeleitet. Dieser fertigte dann eine Sippentafel und einen Bericht für den begutachtenden Arzt an. Der musste dann zu einem Ergebnis kommen, ob eine Erbkrankheit vorliege oder nicht und den Antrag zur Sterilisation stellen. Nur in seltenen Fällen wurde der Antrag nicht bewilligt. Eine Ablehnung kam am häufigsten bei der Diagnose „moralischer Schwachsinn“ vor. Bestand bereits eine Schwangerschaft, konnte das Kind bis zum 6. Monat abgetrieben werden. Während eines laufenden Sterilisationsverfahrens durfte nach dem Ehegesundheitsgesetz keine Eheschließung stattfinden.<sup>90</sup>

Zur Anzeige verpflichtet waren alle Ärzte. Auch Krankenschwestern, Masseur, Heilpraktiker, Polizisten und Lehrer konnten Anzeige erstatten.<sup>91</sup> Kamen Ärzte ihrer Anzeigepflicht nicht nach, konnte ihnen die Approbation entzogen werden. Die Sterilisation wurde meist gegen den Willen der Frauen durchgeführt. Die Fürsorgerinnen befürchteten allerdings, dass die Frauen in ihrer Sexualität nach einer Sterilisation viel enthemmter seien,

---

<sup>88</sup> Fenner (1990), S.2

<sup>89</sup> ebd. S.3-17

<sup>90</sup> ebd. S.53-60

<sup>91</sup> ebd. S.VII

da sie nicht ungewollt schwanger werden konnten, und somit in noch größerem Umfang Geschlechtskrankheiten verbreiteten.<sup>92</sup>

In Hamburg wurden zwischen 1934 und 1945 24.260 Anträge auf Zwangssterilisation bearbeitet und die Erbgesundheitsgerichte stimmten bei rund 80 % der Fälle zu. In der Hansestadt wurden annähernd 20.000 Menschen sterilisiert, im gesamten Dritten Reich ca. 360.000.<sup>93</sup>

Zwischen 1934 und 1943 wurden in Hamburg auch 23 Jugendliche und 14 Kinder zur Sterilisation angezeigt. Zirka 70 % von ihnen wegen „angeborenen Schwachsinn“. Viele der später zur Sterilisation angezeigten Personen waren seit früher Kindheit Heimbewohner oder in anderem Maße von staatlicher Hilfe abhängig. Dies war für die Behörden unter Führung der Nationalsozialisten eine Begründung zur Sterilisation, da behauptet wurde, dass auch die Nachkommen dieser Personen wahrscheinlich lebenslang von staatlicher Fürsorge abhängig sein würden.<sup>94</sup>

Erst 1980 bewilligte der Deutsche Bundestag eine einmalige Entschädigungszahlung von 5.000 Deutschen Mark an die Opfer. Das Erbgesundheitsgesetz wurde bis in die Gegenwart nicht als nationalsozialistisches Gesetz eingestuft, da es schon vor 1933 Bestrebungen gegeben habe ein Sterilisationsgesetz einzuführen. Erlassen wurde das Gesetz jedoch erst nach der Machtergreifung 1933.<sup>95</sup>

Die staatliche Fürsorge änderte sich unter den Nationalsozialisten beträchtlich. Gelder wurden umverteilt und die Wohlfahrtsunterstützung reduziert. Fürsorgearbeit wurde nun in erster Linie zur Erziehungs- und Umerziehungsarbeit. Finanzielle Fürsorge wurde jetzt entsprechend „dem Wert des Einzelnen für das Volksganze“<sup>96</sup> gewährt. Zwangsarbeit wurde als Gegenleistung für wirtschaftliche Unterstützung gefordert und wurde diese nicht ausgeführt, drohten Zwangseinweisung in Anstalten und Entmündigung. Frauen, die unter dem Verdacht der Prostitution in ein Arbeitslager oder Konzentrationslager eingewiesen wurden, hatten nach Kriegsende kein Recht auf Entschädigungszahlungen, da sie weder als politisch noch als rassistisch Verfolgte galten. Auch wenn diese in den Lagern zu Tode kamen, hatten die Angehörigen keinen Anspruch auf Entschädigung.<sup>97</sup>

Im September 1939 wurde das Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durch den „Heydrich-Erlass“ außer Kraft gesetzt. Die Polizei hatte nun auch offiziell die

---

<sup>92</sup> Freund-Widder (2003), S.148-149

<sup>93</sup> Fenner (1990), S.30

<sup>94</sup> ebd.,S.30

<sup>95</sup> Jäckle (1988), S.167

<sup>96</sup> Fenner (1990), S.19-42

<sup>97</sup> Freund-Widder (2003), S.219

Aufgabe, die Prostitution zu überwachen, wie es in Hamburg schon seit der Machtergreifung die Regel war. Die Frauen durften in Häusern, in denen keine Kinder wohnten, ihrem Beruf nachgehen.<sup>98</sup> Der „Heydrich-Erlass“ wurde zur polizeilichen Behandlung der Prostitution erlassen, „[...]um eine wirksame Abwehr der den Wehrmichtsangehörigen [...] von der Prostitution her drohenden Gefahren zu gewährleisten“.<sup>99</sup>

Außerdem ordnete der Reichsminister des Inneren einen verstärkten Kampf gegen Geschlechtskrankheiten an, da vor allem die Verbreitung von Gonorrhöe und Syphilis in Kriegszeiten besonders hoch sei. Dazu konnten nun alle Personen, die den Anordnungen des Gesundheitsamtes nicht nachkamen, in Vorbeugehaft genommen werden. Gesetzlich geregelt war dies in dem „Grunderlass Vorbeugende Verbrechensbekämpfung“ vom 14. Dezember 1937, der besagte, dass, „wer, ohne Berufs- oder Gewohnheitsverbrecher zu sein, durch sein asoziales Verhalten die Allgemeinheit gefährdet“,<sup>100</sup> festgenommen werden konnte. Die Disziplinierung und Erfassung von Frauen, deren Verhalten von der erwünschten Norm abwich, wurde mit Beginn des Krieges immer wichtiger.<sup>101</sup>

Ab 1940 wurden von Heinrich Himmler Bordelle für die Wehrmacht und die SS eingerichtet, unter anderem mit der Begründung, dass man die jungen Männer vor einem Abwandern in die Homosexualität bewahren könnte, indem man ihnen genügend Frauen zur Verfügung stelle.<sup>102</sup> Auch in den Konzentrationslagern wurden Lagerbordelle eingeführt. Meist wurden nicht-jüdische Frauen dort gezwungen zu arbeiten, teils Frauen aus anderen Konzentrationslagern oder in Hamburg auch Frauen aus der Versorgungsanstalt Farmsen. So zwang die Wehrmacht Frauen einerseits zur Prostitution, auf der anderen Seite aber wurden Frauen, die nicht in einem Bordell arbeiteten und deren Sexualverhalten von dem gesellschaftlich akzeptierten abwich, weiterhin überwacht und verfolgt. Auch die Soldatenfrauen wurden immer mehr für ihren angeblich freizügigen Lebenswandel kritisiert.

1942 richtete die NSDAP deshalb das „Amt des Beauftragten für die Soldaten- und Soldatenfamilienbetreuung“ ein. Oft wurden die Soldatenfrauen schon der Unzucht beschuldigt, wenn sie sich mit einem Mann auf der Strasse sehen ließen, der nicht ihr Ehemann war. Das hatte dann zur Folge, dass ihnen das Sorgerecht für ihre Kinder entzogen oder ihnen der Familienunterhalt (FU) gestrichen wurde. Oftmals waren es die selbst untreuen

---

<sup>98</sup> Freund-Widder (2003), S.152

<sup>99</sup> Hopf, Toepfer (1952), S.420

<sup>100</sup> Freund-Widder (2003) S.154

<sup>101</sup> ebd., S.161

<sup>102</sup> Himmler am 18.2.1937, z. n. Bradley F. Smith (Hg.), Heinrich Himmler, Geheimreden 1933 bis 1945 und andere Ansprachen: mit 243 z.T. unbekanntem Bild- und Textdokumenten, Frankfurt am Main 1974, S.98

Ehemänner, die von der Front an die Pflegeämter schrieben und eine stärkere Kontrolle des Sexuallebens ihrer Frauen in der Heimat forderten.

Die Reichsregierung reagierte auf das Problem der „unsittlichen Soldatenfrauen“ mit einem neuen Erlass vom 9. März 1943, der „Verordnung zum Schutz von Ehe, Familie und Mutterschaft“ und der „Fünften Durchführungsverordnung zum Ehegesetz“ vom 18. März 1943. Diese Verordnungen regelten unter anderem, dass nach dem Tod eines Soldaten überprüft wurde, ob seine Ehefrau moralisch einwandfrei gelebt habe und ihr somit die Witwenrente zustehe oder nicht.<sup>103</sup>

Die Fürsorgerinnen sahen vor allem Minderjährige als Verbreiterinnen von Geschlechtskrankheiten in Hamburg an und warfen den Mädchen vor, die Wehrmachtssoldaten hemmungslos auszunutzen und anzustecken. Zwei Drittel aller geschlechtskranken Mädchen wurde tatsächlich aber von Wehrmachtssoldaten infiziert.<sup>104</sup>

Bis April 1942 wurden in Hamburg 65.000 ausländische Arbeiter beschäftigt.<sup>105</sup>

Der Kontakt deutscher Frauen mit ausländischen Zivilarbeitern, Zwangsarbeitern oder Kriegsgefangenen war dem Pflegeamt nicht nur ein Dorn im Auge, sondern strengstens untersagt. Den Frauen, die Beziehungen zu einem Ausländer führten wurde „Verunreinigung des deutschen Blutes“ vorgeworfen. Die Männer wurden unterschiedlich hart bestraft, je nach Herkunftsland und „rassischer Hierarchie“. Vor allem Arbeiter aus dem Osten wurden hingerichtet, Männern aus dem Westen wurde oftmals nur gedroht. Die „Verordnung zum Schutze der Wehrkraft des deutschen Volkes“ vom 25. November 1939 stellte die geschlechtliche Beziehung zu Ausländern unter Strafe. 1944 wurden täglich zwei bis drei sowjetische Kriegsgefangene aus diesem Grunde zum Tode verurteilt. Auch durften deutsche Frauen, die von einem Ausländer ein Kind erwarteten, abtreiben, was sonst den deutschen Frauen, bis auf den Prostituierten, strengstens untersagt war. Des Weiteren, mussten sie entwürdigende Rituale, wie Kahlscheren des Kopfes, über sich ergehen lassen. Ab 1940 begann die Reichsregierung an Orten, wo viele Zwangsarbeiter beschäftigt waren, mit dem Bau von Bordellen, in denen sich Frauen aus den jeweiligen Herkunftsländern prostituieren mussten.

---

<sup>103</sup> Freund-Widder (2003), S.162-169

<sup>104</sup> ebd., S.165

<sup>105</sup> ebd., S.170

#### **4. Die „Gesellschaft zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten“**

Die 1902 gegründete Gesellschaft zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten (DGBK) setzte sich nicht nur aus Wissenschaftlern zusammen, sondern auch aus Juristen, Pädagogen, Schriftstellern, Verwaltungsbeamten, Industriellen und Personen des öffentlichen Lebens.<sup>106</sup>

Die Gesellschaft erfreute sich trotz des als Anstoß erregend geltenden Themas großer Beliebtheit. So zählte sie bereits am Gründungstag 600 Mitglieder. 1903 waren es schon 1.200. Der Dermatologe und Sozialhygieniker Albert Neisser wurde 1902 Vorsitzender der DGBK und der Venerologe Alfred Blaschko Generalsekretär. Er widmete sich in seinem Leben hauptsächlich der Bekämpfung und Prophylaxe von Geschlechtskrankheiten.

Außerdem zeigte er viel soziales Engagement, vor allem im Kampf gegen Lepra. Des Weiteren war er maßgeblich an der Einführung des „Reichsgesetzes zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten“ von 1927 beteiligt.

In der Gründungsversammlung wurde die volkswirtschaftliche Belastung durch venerische Erkrankungen als eine der Motivationen für den Kampf gegen Geschlechtskrankheiten genannt.<sup>107</sup> Auch der damalige Reichskanzler Bernhard von Bülow betitelte in seiner Rede anlässlich der Gründung der DGBK die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als eine der ernstesten und wichtigsten Aufgaben der Gegenwart.<sup>108</sup>

Das Ziel der DGBK war nicht nur medizinischer Natur, sondern man wollte auch auf gesellschaftlichem Wege Einfluss nehmen und die Ausbreitung venerischer Krankheiten eindämmen. So gehörte die Verbesserung der Lebensverhältnisse „gefährdeter“ Bevölkerungsschichten zu den definierten Zielen der Gesellschaft. Man wollte hierdurch verhindern, dass Frauen in die Prostitution abglitten. Weitere Ziele waren: Prophylaxe durch Verbesserung der hygienischen Verhältnisse, Prostitutionsüberwachung, einheitliche Gesetzgebung, Aufklärung und Aufhebung der strafrechtlichen Verfolgung von Verhütungsmittelreklame. Dabei stieß der Einsatz von Schutzmitteln auf große Diskussionen innerhalb der Gesellschaft, da die moralischen Ansichten der Mitglieder sehr heterogen waren. Die einen befürworteten den Einsatz von Kondomen zur Prophylaxe, die anderen lehnten diese aus religiösen Gründen ab, da Geschlechtskrankheiten noch immer als eine „gerechte Strafe Gottes“ gesehen wurden. Auch argumentierten einige Mitglieder dahingehend, dass die Nutzung von Präservativen die Promiskuität in der Bevölkerung steigern würde. Ein weiteres Problem bestand darin, dass Kondome um 1914 nicht billig

---

<sup>106</sup> Borelli (1992), S.5

<sup>107</sup> Ellenbrand (1999), S.30

<sup>108</sup> ebd., S.54



waren. 12 Stück kosteten sechs Mark, ein Arbeiterwochenlohn betrug jedoch nur ungefähr 20 Mark. Außerehelicher Geschlechtsverkehr galt als unzüchtig und deshalb auch der Gebrauch von Schutzmitteln. Aber viele Städte fanden Sonderregelungen und so kam es doch in geringem Umfang zur Aufstellung von Schutzmittelautomaten.<sup>109</sup> Aufklärungsschriften wurden ab 1904 herausgegeben. Es gab getrennte Flugblätter für Männer und Frauen, sowie für die Risikogruppen der Soldaten und Matrosen. Bei den Flugschriften für die Männer wurde auf den Gebrauch von Präservativen hingewiesen und dieser erläutert. Bei Frauen fehlte dieser Hinweis. Sie wurden nur zur Keuschheit und ehelichen Treue angehalten. Vier Millionen Exemplare der Merkblätter wurden 1920 an die Krankenkassen geliefert und dann verteilt.<sup>110</sup> Durch die DGBK wurde auch die Fortbildung von Ärzten gefördert. Die Forderung nach einem Ehezeugnis vor der Eheschließung, das bestätigt, dass beide Partner frei von venerischen Krankheiten sind, wurde 1913 von der DGBK gestellt. Des Weiteren forderte sie 1920 die Trennung von Kriminal- und Sittenpolizei und die Umwandlung der Sittenpolizei in ein reines Gesundheits- und Pflegeamt.

1930 setzte sich die DGBK für ein Bewahrungsgesetz ein, das besagte, dass so genannte „asoziale Personen“, die an einer Geschlechtskrankheit leiden, zum Schutz der Allgemeinheit für unbegrenzte Zeit in Verwahrung genommen werden können.<sup>111</sup>

Als die NSDAP 1933 das Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums erließ, wurden im Zuge der Gleichschaltung aller wissenschaftlichen Einrichtungen des öffentlichen Dienstes „Nichtarier“ und „politisch unliebsame“ Personen entlassen. Auch der Vorstand der DGBK trat zurück 1935 wurde die Gesellschaft in den „Reichsausschuss des Volksgesundheitsdienstes“ eingegliedert. Die inhaltliche Arbeit aber ruhte schon ab 1933. Bis 1955 tagten keine ordentlichen Mitgliederversammlungen mehr.<sup>112</sup> In den Jahren 1936 bis Kriegsende beschäftigte sich die Gesellschaft unter nationalsozialistischer Federführung mit Sexualethik und Rassenpolitik, dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, angeborener Syphilis, den Geschlechtskrankheiten im Ehegesundheitsgesetz und der Prostitutionsfrage.<sup>113</sup>

Zwischen 1903 und 1935 erschien die Zeitschrift „Mitteilungen der DGBG“, auch als MDGBG abgekürzt, im Verlag von Johannes Ambrosius Barth/Leipzig.<sup>114</sup> Neben dieser Zeitschrift verlief die Öffentlichkeitsarbeit auch über Theatervorführungen, Flugblätter,

---

<sup>109</sup> Adam (2001), S.183

<sup>110</sup> ebd., S.174

<sup>111</sup> Borelli (1992), S.44-53

<sup>112</sup> Vogt (2003), S.888

<sup>113</sup> Borelli (1992), S.59

<sup>114</sup> Ellenbrand (1999), S.59

Bilder und Dias, Wanderausstellungen und Filme. Die Arbeit der DGBK wurde durch den Zweiten Weltkrieg bis 1945 unterbrochen. In den Jahren von 1945 bis 1965 gab es ebenfalls keine Aktivitäten, da sich wesentliche Mitglieder der Gesellschaft auf damaligem sowjetisch besetztem Gebiet und später dann in der Deutschen Demokratischen Republik befanden und so ein Informationsaustausch mit dem Westen erschwert war. Als Hauptgrund für die Einstellung der Aktivität wird von der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten selber, zunächst die Einführung des Penicillins ab 1945 angegeben. Damals herrschte die weit verbreitete Meinung, dass Geschlechtskrankheiten hiermit beherrschbar seien. Damit schien die DGBK nicht mehr notwendig zu sein. Doch diese Ansicht stellte sich schon bald als falsch heraus. Die Statistiken der folgenden Jahre zeigten, dass eine Mindestdurchseuchung der Bevölkerung mit Geschlechtskrankheiten geblieben war und auch durch vermehrt auftretende Resistenzen das Problem der venerischen Krankheiten keinesfalls gelöst war. Die steigenden Zahlen an Geschlechtskranken 1946 brachte immer mehr Menschen dazu, sich im Kampf gegen sie zu organisieren. So sollten nach Vorbild der DGBG auch Gewerkschaften, Kirchen, die Parteien, Verbände der Wohlfahrtspflege und der Frauen, Geistliche, Schulen und Elternschaften miteinbezogen werden. Der Gedanke die DGBG neu zu gründen setzte sich immer mehr durch. So gründeten sich 1947 zunächst mit Unterstützung der Besatzungsmächte der jeweiligen Zonen Landesgruppen, zum Beispiel in Westfalen, Freiburg und Schleswig-Holstein.<sup>115</sup>

Am 7. Mai 1955 kam es in Freiburg im Breisgau zur ersten ordentlichen Mitgliederversammlung nach dem Krieg, wo ein provisorischer Vorstand einstimmig gewählt wurde. Hier wurde die Satzung von 1902 gebilligt, die letzte Abänderung von 1937 außer Kraft gesetzt und eine Revision der Satzung für später beschlossen.<sup>116</sup>

In den 1960er Jahren lag ein Schwerpunkt der Arbeit in der Erforschung neuer Luestestverfahren. Auch die diagnostischen Fortschritte zum Nachweis von Mykoplasmen/Ureaplasmen, Chlamydia trachomatis, Herpes genitalis und der Humanen Papillomaviren sowie die Entwicklung entsprechender Therapeutika wurden wesentlich von Mitgliedern der Gesellschaft wissenschaftlich mitgestaltet.<sup>117</sup>

1972 wurde die Gesellschaft zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten von ihrer bisherigen Bezeichnung DGBG, aufgrund von Verwechslungen mit dem Deutschen Gewerkschaftsbund, in GBGK umbenannt.<sup>118</sup>

---

<sup>115</sup> Roeschmann (1947), S.154

<sup>116</sup> Vogt (2003), S.888

<sup>117</sup> ebd., S.886-893

<sup>118</sup> ebd., S.891

Durch das verstärkte Auftreten des HI-Virus Anfang der 1980er Jahre kam ein neuer Aufgabenbereich für die GBGK dazu. Eine der aktuellen Forderungen der Gesellschaft betrifft die Beibehaltung und Novellierung des Gesetzes zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten von 1953. Außerdem legt die GBGK heute großen Wert auf die soziale und psychologische Betreuung der Erkrankten.

## **5. Syphilis in Zahlen**

Zum Begriff der Geschlechtskrankheiten gab es in den letzten Jahrzehnten sehr unterschiedliche Definitionen. So hatte der Venerologe Alfred Blaschko in seiner Schrift: „Syphilis und Prostitution vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege“ die Geschlechtskrankheiten 1893 folgendermaßen beschrieben:

[ ] „Wir zählen bekanntlich zu den Geschlechtskrankheiten die Syphilis, den Tripper und den weichen Schanker. Wir zählen sie zu den Geschlechtskrankheiten, weil sie, wenn auch nicht immer, so doch in der Regel durch den Geschlechtsverkehr, insbesondere durch den Geschlechtsakt verbreitet werden, und wir zählen nur diese drei dazu, weil sie entweder überhaupt oder doch in ihren Anfangssymptomen an den Geschlechtsteilen lokalisiert sind[...]. Wenden wir uns den einzelnen Krankheiten zu, so finden wir bald, dass die drittgenannte, der weiche Schanker, eine verhältnismäßig harmlose, rein lokale Affektion, fast ausschließlich die äußeren Geschlechtsorgane und deren Lymphdrüsen befallend.“[...] ist.

Blaschko weiter:

„Anders die Syphilis und der Tripper, zwei Erkrankungen, die nicht nur für den Betroffenen sich oft zu einer schweren Gesundheitsstörung entwickeln können, sondern auch in hygienischer, sozialer und anthropologischer Beziehung von tief einschneidender Bedeutung für die gesamte Menschheit sind.“<sup>119</sup>

Im Jahre 1970 dagegen subsumieren Carl Schirren und H. Oestereich in „Geschlechtskrankheiten- eine Gefahr!“ unter die Geschlechtskrankheiten: Syphilis, Gonorrhoe, Ulcus molle und Lymphgranulomatosis inguinalis. In ihrer Aufklärungsschrift beschäftigen sie sich des Weiteren allerdings nur mit Syphilis und Gonorrhoe, da diese der Häufigkeit wegen im Vordergrund standen.<sup>120</sup>

Im Klinischen Wörterbuch Pschyrembel von 2002 wurde der Begriff Geschlechtskrankheiten so erläutert, dass dieser die Krankheiten umfasst, die durch Geschlechtsverkehr übertragen werden. Genannt werden hier als „klassische Geschlechtskrankheiten“:

„Syphilis (Lues), Tripper (Gonorrhö), weicher Schanker (Ulcus molle) und venerische Lymphknotenentzündung (Lymphgranuloma venereum). Unter dem Begriff STD (engl. sexually transmitted diseases) sind alle sexuell übertragbaren Erkrankungen zusammengefasst.“<sup>121</sup>

---

<sup>119</sup> Blaschko (1893), S.4

<sup>120</sup> Schirren, Oestereich (1970), S.7

<sup>121</sup> Pschyrembel(2002), S.591

Auch die Begriffsbezeichnungen für die einzelnen Geschlechtskrankheiten änderten sich im Laufe der Jahre in den statistischen Veröffentlichungen. So ist in den Statistiken von 1946-1970 von Syphilis und Gonorrhoe die Rede.

Das Synonym Lues hingegen, das aus dem Lateinischen kommt und „Seuche, Unheil“<sup>122</sup> bedeutet, wurde nicht benutzt. Die Krankheitsbezeichnung Gonorrhoe stammt aus dem Altgriechischen und heißt „Samenfluss“. Umgangssprachlich hat sich der Begriff Tripper durchgesetzt, der von dem niederländischen Wort „druipert“ stammt und „in Tropfen herabfallend“ bedeutet.<sup>123</sup>

Das Statistische Bundesamt Wiesbaden, sowie das Statistische Landesamt Hamburg benutzten ab 1970 die Bezeichnung Tripper, wobei das Landesamt Hamburg bis 1970 den Begriff Gonorrhoe verwendete. In den Jahrbüchern des Statistischen Landesamtes Hamburg wurden von 1946 bis 1949 unter der Kategorie Geschlechtskrankheiten in Hamburg nur die beiden häufigsten: Syphilis und Gonorrhoe statistisch erfasst. Im Jahrbuch von 1952 wurde eine weitere Geschlechtskrankheit dokumentiert: Ulcus molle (Weicher Schanker). Auch diese ist seit dem 1. September 1945 in Hamburg meldepflichtig. Die Inzidenz wurde von 1945-1952 veröffentlicht.<sup>124</sup>

In den Jahren 1953-1958 wurden unter der Kategorie „einige meldepflichtige übertragbare Krankheiten“ Syphilis, Gonorrhoe und „andere Geschlechtskrankheiten“ aufgeführt. Die gleiche Einteilung wurde in dem Statistischen Jahrbuch von 1965, das Meldefälle von 1958-1964 erfasste, verwendet und in dem von 1970/1971, das Meldefälle von 1964-1970 beinhaltet. Das Statistische Bundesamt Wiesbaden führte im Jahrbuch von 1971 unter der Rubrik Geschlechtskrankheiten die Fälle von Syphilis, Tripper, Weicher Schanker und venerischer Lymphknotenentzündung auf.

Das Statistische Landesamt Hamburg hat die Zahl der Neuerkrankungen an Syphilis und Gonorrhoe ab dem Jahr 1946 veröffentlicht. Ab dem 1. September 1945 bestand Meldepflicht für Geschlechtskrankheiten. Somit muss beim Jahresvergleich berücksichtigt werden, dass die Angaben für das Jahr 1945 nur Teilergebnisse waren. Auch die Meldungen für das Jahr 1946 waren noch nicht vollständig, da gerade im ersten Nachkriegsjahr wenige Ärzte der Meldepflicht nachkamen. Das führte dazu, dass die Gesundheitsbehörde Hamburgs die Ärzte im November 1946 offiziell an ihre Meldepflicht erinnerte. Dies wiederum führte von 1946 bis 1947 zu einem Artefakt in der Statistik der erfassten Erkrankungsfälle in Hamburg. Obwohl die Zahl der Geschlechtskranken in allen übrigen Bundesländern seit 1946

---

<sup>122</sup> Pertsch (1995), S.237

<sup>123</sup> Grimm (2004)

<sup>124</sup> Hamburg in Zahlen (1952), S.76

zurückgegangen war, stieg sie in Hamburg laut der Statistik während dieses Zeitraumes an. Jedoch unterschieden sich auch die Vorschriften über die Meldepflicht in den einzelnen Gebieten, weshalb ein Vergleich der Zahlen schwer fällt.

Während der Kriegsjahre wurde in Deutschland keine statistische Erfassung von Geschlechtskrankheiten durchgeführt. In den Jahren 1919, 1927 und 1934 wurden so genannte „Reichszählungen der Geschlechtskrankheiten“ organisiert, bei denen die Neuerkrankungen in einer bestimmten Zeit des Jahres für einen Monat gezählt wurden und hieraus der Jahreszugang geschätzt wurde.<sup>125</sup> Für die Jahre 1946 bis 1949 erfolgte die Veröffentlichung der Inzidenz von Geschlechtskrankheiten für Hamburg in dem Statistischen Jahrbuch: „Hamburg in Zahlen 1950“ mit einer Auswertung und Erklärung der Schwankungen der einzelnen Jahre. Des Weiteren wurden im Jahrbuch 1950 die gemeldeten Geschlechtskrankheiten in den westdeutschen Großstädten Hamburg, Düsseldorf, Köln, Bremen, Hannover, Kiel, Mülheim, Groß-Berlin, Essen und Frankfurt/Main verglichen. Auch wurden die Inzidenzen der einzelnen Bundesländer gegenübergestellt, wobei die verschiedenen Strukturen der Berichtsgebiete hier beachtet werden müssen, zum Beispiel ob es sich um einen Stadtstaat handelte. Eine Besonderheit stellte das Bundesland Nordrhein-Westfalen dar. Hier wurden die Meldungen der Geschlechtskrankheiten durch die Krankenkassen ergänzt, sodass vermutlich die Syphilisfälle- da hier die Kassen wegen der hohen Behandlungskosten besonders interessiert waren- vollzähliger gemeldet wurden als in anderen Bundesländern. In diesen betrug der Anteil der Syphilisneuerkrankungen nur etwa ein Drittel aller gemeldeten Fälle an Geschlechtskrankheiten.<sup>126</sup>

Eine Gliederung nach dem Geschlecht der Erkrankten liegt für die Großstädte Frankfurt/Main, Kiel und Mülheim bis 1950 nicht vor. Für Hamburg und Groß-Berlin sind die Fälle seit 1948 nach Geschlecht getrennt. Für das Jahr 1948 gibt es für Hamburg keine absoluten Zahlen nach Geschlecht getrennt, sondern nur auf 10.000 der Bevölkerung bezogen. Erst ab 1949 wurden die absoluten Zahlen auch nach Geschlecht getrennt angegeben. Allerdings nur bis zum Jahre 1953.

In dem Statistischen Jahrbuch 1952 wurde die Inzidenz von Syphilis und Gonorrhoe in absoluten Zahlen von 1949 bis 1952 nach Geschlecht und nach Altersgruppen getrennt angegeben.<sup>127</sup> Auch im Statistischen Jahrbuch von 1953/1954 erfolgte für die Jahre 1951-1953 eine Aufteilung nach Alter und Geschlecht. In den folgenden Jahrbüchern wurden die

---

<sup>125</sup> Hamburg in Zahlen (1950), S.1

<sup>126</sup> ebd., S.3

<sup>127</sup> Hamburg in Zahlen (1952), S.75

Zahlen für Geschlechtskrankheiten bis 1970 weder nach Alter, noch nach Geschlecht getrennt angegeben.<sup>128</sup>

Von 1953 bis 1970 erfolgte die statistische Erfassung von Geschlechtskrankheiten nicht bundesweit. Nur einige Bundesländer protokollierten venerische Erkrankungen je nach Meldepflicht in unterschiedlichem Ausmaße. Dadurch ist die Vergleichbarkeit der Zahlen zu hinterfragen.

Am 1. Juli 1970 wurde aufgrund der Novellierung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953 (BGBl.I S.700) durch §11a des Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 25. August 1969 (BGBl.I S.1351) die bundesweite Geschlechtskrankenstatistik wieder aufgenommen. Dies geschah, nachdem der §6 der Verordnung zur Durchführung dieses Gesetzes vom 28. Dezember 1954 (BGBl.I S.523) lediglich eine auf die Jahre 1955-1957 befristete Statistik vorgeschrieben hatte. Da jedoch die Meldungen an die Gesundheitsämter damals so lückenhaft waren, dass einige Bundesländer diese Rubrik der Statistik ganz einstellten, konnte das Statistische Bundesamt bis 1970 keine Zahlen zu Geschlechtskrankheiten veröffentlichen. Aus diesem Grund erschien auch der letzte statistische, kommentierte Bericht 1953. Erst für das zweite Halbjahr 1970 gibt es wieder einen publizierten Bericht des Bundesamtes zu diesem Thema.

Durch den §11a des oben erwähnten Gesetzes wurden ab 1970 die Ergebnisse nach Alter, Geschlecht und Familienstand der Erkrankten, Art der Erkrankung (Syphilis, Tripper, Weicher Schanker und venerische Lymphknotenentzündung) und Mehrfachinfektionen, sowie nach Bundesländern gegliedert. Das Statistische Bundesamt veröffentlichte jährlich und vierteljährlich die Zahlen, wobei die jährlichen noch zusätzliche Angaben über frühere Geschlechtskrankheiten enthielten.<sup>129</sup>

Trotz der seit 1969 geltenden Meldepflicht gelingt es selbst heute den Gesundheitsämtern, nur schätzungsweise 20- 25 % der Geschlechtskranken zu erfassen. Ursachen hierfür sind neben diagnostischen Schwierigkeiten die unvollständigen Meldungen durch die behandelnden Ärzte. Durch langjährige Erfahrung der Gesundheitsämter wird von einem annähernd gleich bleibenden Fehlerquotient ausgegangen, so dass die Geschlechtskrankenstatistik heute den wahren Zahlen vermutlich näher kommt.<sup>130</sup>

---

<sup>128</sup> Hamburg in Zahlen (1959), S.53

<sup>129</sup> Fachserie A Bevölkerung und Kultur (1972), V. Geschlechtskrankheiten 1971, S.3

<sup>130</sup> Sauerteig (1999), S.75

## **5.1 Auswertung der Statistischen Jahrbücher 1947 bis 1970**

### 5.1.1 Die statistische Erfassung von Geschlechtskrankheiten

Die kontinuierliche statistische Erfassung von Geschlechtskrankheiten wurde vor 1945 in Deutschland nicht durchgeführt. Syphilis gehörte ab dem 1. September 1945 zu den meldepflichtigen Erkrankungen. Es wurde angenommen, dass die „Reichszählungen der Geschlechtskrankheiten“ in den Jahren 1919, 1927 und 1934 der wahren Durchseuchungsrate näher kam, als die seit 1946 durch Meldepflicht gewonnenen Jahresergebnisse, da die Ärzte nicht jeden der diagnostizierten Fälle von Geschlechtskrankheiten an die Behörde meldeten.<sup>131</sup> Aber auch bei der „Reichszählung“ wurden bei weitem nicht alle Fälle erfasst. Die Ergebnisse von 1919 wurden schon damals wegen der zu kurzen Erfassungszeiträume, der mangelhaften Ärztebeteiligung und der zu geringen Stichprobengröße kritisiert. Aufgrund von Auseinandersetzungen mit den Landesbehörden über Fragen der Gebührenordnung nahmen 1927 die sächsischen und thüringischen Ärzte nahezu geschlossen nicht an der Erhebung teil. Auch das Saarland beteiligte sich nicht, da es noch unter Verwaltung des Völkerbundes stand.<sup>132</sup>

Daraus folgt, dass ein Vergleich der Daten vor und nach dem Krieg nur bedingt möglich ist. Einigen Autoren zufolge haben die Geschlechtskrankheiten von 1939 bis 1950 mindestens um das Drei- bis Vierfache zugenommen, und auch Zahl der Syphilisfälle im Verhältnis zur Gonorrhoe sei gestiegen.<sup>133</sup>

---

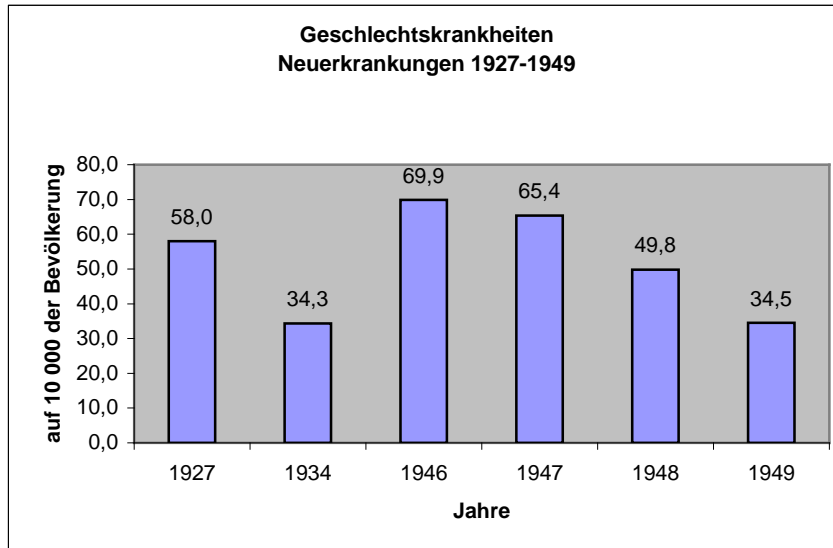
<sup>131</sup> Ritter (1952), S.262

<sup>132</sup> Sauerteig (1999), S.75

<sup>133</sup> Roeschmann (1947), S.149-151

### 5.1.2 Neuerkrankungen an Geschlechtskrankheiten reichs- und bundesweit - dazu verschiedene Erklärungsmodelle

Nach einem starken Anstieg in der Nachkriegszeit wurde 1949 mit 34,5 Neuerkrankungen auf 10.000 der Bevölkerung der Vorkriegsstand von 1934 mit 34,3 fast wieder erreicht.



**Abb. 2. Neuerkrankungen an Geschlechtskrankheiten reichs- und bundesweit 1927-1949 Quelle: Hamburg in Zahlen (1950), S.2**

Es gab über die Zu- und Abnahme der Geschlechtskrankheiten sehr unterschiedliche Erklärungsmodelle, die mehr oder weniger plausibel erscheinen.

Im Folgenden sollen verschiedene Modelle vorgestellt werden.

Von 1919 bis 1927 war in ganz Deutschland eine Abnahme der Geschlechtskrankheiten zu beobachten, obwohl noch keine ausreichende gesetzliche Grundlage zu ihrer Bekämpfung bestand. Für diesen Rückgang schienen also gesetzliche Maßnahmen von untergeordneter Bedeutung.<sup>134</sup> Hier spielt vermutlich die Arbeit von Beratungsstellen und

Fürsorgeeinrichtungen eine erhebliche Rolle. Oder folgen die Geschlechtskrankheiten womöglich ihren eigenen epidemiologischen Gesetzen, unabhängig von sozialen oder wirtschaftlichen Faktoren? Besitzen alle Seuchen eine gewisse Eigengesetzlichkeit?

Die „fatalistische Grundhaltung“ der Deutschen nach Kriegsende des Zweiten Weltkrieges wurde von einigen Autoren als wenig überzeugende Begründung für den starken Anstieg der Geschlechtskrankheiten 1946/1947 angeführt.<sup>135</sup>

Der vehemente Anstieg in der Nachkriegszeit mag zu einem großen Teil durch die starke Bevölkerungsfluktuation ausgelöst worden sein, wodurch es zur vermehrten Trennung und

---

<sup>134</sup> Lundt (1950a), S.373

<sup>135</sup> Proppe, Wagner (1965), S.872



Neubildung von Paaren kam.<sup>136</sup> Ein Grund für die Abnahme der gemeldeten Syphilisfälle seit 1947 mag die intermittierende Behandlung der Bevölkerung mit Penicillin gewesen sein, das ja nicht nur gegen venerische Krankheiten angewandt wurde. Es konnte nicht verhindern, dass sich jemand neu infizierte, da es nur selten prophylaktisch gegeben wurde. Dennoch trug es dazu bei, dass die Erkrankten nicht so lange infektiös waren und somit weniger Personen angesteckt wurden.<sup>137</sup> Seit 1957 bestand die Tendenz der Ärzte, vermehrt auch andere Antibiotika, zum Beispiel Breitbandantibiotika gegen verschiedene Infektionskrankheiten zu verordnen, die bei der üblichen Dosierung nicht besonders wirksam gegen Syphilis waren. Aufgrund dieser subkurativen Dosis wurden viele Primärsymptome der Syphilis verschleiert. So könnte diese Tatsache den leichten Anstieg der Erkrankungsfälle Anfang der 1960er Jahre erklären.<sup>138</sup>

Auch in den Ländern, die die Reglementierung aufgehoben hatten (Frankreich, Italien), war Ende der 1950er Jahre ein sprunghafter Anstieg der Neuinfektionen zu verzeichnen.<sup>139</sup> Laut Siegfried Borelli teilte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit, dass dies durch den wirtschaftlichen Aufschwung und die rasche gesellschaftliche Entwicklung der vorangegangenen zwei Jahrzehnte bedingt sei. Es wurde außerdem auch hier von einer Verschiebung zu den jüngeren Jahrgängen (den 17-30 Jährigen) und auch zu Minderjährigen hin berichtet.<sup>140</sup>

Eine andere Frage war, ob die Häufigkeit der Geschlechtskrankheiten womöglich unabhängig von der vorhandenen Therapie sei. Wäre dem so, müsse der Grundstein der Bekämpfung ein organisatorischer und sozialer sein.<sup>141</sup> Ursächliche Zusammenhänge zwischen der Zunahme der Geschlechtskrankheiten und der allgemeinen wirtschaftlichen Lage eines Landes wurde von zahlreichen Autoren zu beweisen versucht: Strandberg für Schweden, Haustein für Norwegen und Buschke und Langer für Deutschland. Sie argumentierten, dass wirtschaftliche Blüte zu einer Zunahme der Geschlechtskrankheiten führe.<sup>142</sup> Der Meinung, dass sich Geschlechtskrankheiten bei guter wirtschaftlicher Situation vermehrt ausbreiten, war auch der englische Facharzt für Geschlechtskrankheiten R.S. Morton.<sup>143</sup>

Die Autoren Proppe und Wagner nannten als mögliche Gründe für die Zunahme der Geschlechtskrankheiten in Deutschland grundsätzlich die Zeiten wirtschaftlichen Elends, da

---

<sup>136</sup> Proppe, Wagner (1965), S.760-761

<sup>137</sup> ebd., S.780

<sup>138</sup> ebd., S.780

<sup>139</sup> Borelli (1971), S.6

<sup>140</sup> ebd., S.6

<sup>141</sup> Lundt (1950a), S.373

<sup>142</sup> ebd., S.373

<sup>143</sup> Morton (1969), S.158

die Frauen dadurch in die Prostitution gezwungen wurden, aber auch Zeiten wirtschaftlicher Hochkonjunktur, da hoher Verdienst, gute Ernährung, der Besuch von Unterhaltungslokalen und der Genuss alkoholischer Getränke die Ausbreitung von venerischen Krankheiten fördere. Eine weitere, wenig plausible, von männlichen Vorurteilen geprägte These, besagte, dass das Hauptkontingent weiblicher Geschlechtskranker aus „untätigen und darum gelangweilten“ Frauen bestehe. So sei in der Ferienzeit, zum Beispiel in Finnland, die Infektionsrate besonders hoch.<sup>144</sup> Diese These wurde auch von dem Arzt Gerfeldt zu bestätigen versucht, der an Hand von Zahlen aus Nordrhein-Westfalen 1947 feststellte, dass die Sommermonate die Prädilektionszeit für venerische Infektionen darstelle. Die Gonorrhoe hätte ihren Gipfel im August, die Syphilis auf Grund ihrer Inkubationszeit im Oktober und November.<sup>145</sup> Betrachtet man die Statistik, so ist auffällig, dass die venerischen Krankheiten zwar in Korrelation zu den wirtschaftlichen Verhältnissen von 1927 bis 1934 (Weltwirtschaftskrise) erheblich abgenommen haben, aber vergleicht man die ungleich schlechtere Situation 1946 mit der von 1927 so war eine drastische Zunahme der Geschlechtskrankheiten zu verzeichnen,<sup>146</sup> auch wenn dieser Vergleich, wegen der sehr unterschiedlichen politischen und strukturellen Situationen schwierig ist.

„Syphilis als epidemische Krankheit“ wurde von dem Autor Bohnenblust Ende der 1960er Jahre zu beweisen versucht. Über den zyklischen Verlauf der Lueskurve berichteten die Ärzte Burckhardt und Bohnenblust, die die Inzidenz der Syphilis in der Schweiz beobachteten. Ihrer Auffassung nach, trete die Lues in einem Rhythmus mit jeweils 14 jährigem Intervall auf. Die Ursache dieses Rhythmus vermuteten sie in der erhöhten Aufmerksamkeit, die in der Ärzteschaft wuchs, sobald mehr Fälle von Syphilis diagnostiziert wurden. Dann gebe es einen behandlungsbedingten Rückgang der „Epidemie“ und ein Erlahmen der Aufmerksamkeit, wodurch in Folge der erneute Anstieg zu erklären wäre.<sup>147</sup>

Sie stellten für den Verlauf zwischen 1915 und 1967 fest, dass die Kurvenspitzen einer Gaussschen Glockenkurve ähneln, bei der das Maximum dann erreicht ist, wenn alle einer Ansteckungsgefahr ausgesetzten Partner sich infiziert haben. Jede Epidemie würde wegen der Übertragungsweise circa 10 Jahre dauern. Für die Übertragung und Ausbreitung spiele nur ein relativ kleiner Bevölkerungsteil eine Rolle, nur der, der sich promiskuitiv verhalte. Sei diese Gruppe einmal erkrankt und immunisiert, so sinke die Syphilisrate wieder ab, um erst dann wieder anzusteigen, wenn eine neue Generation von noch nicht immunisierten, sexuell

---

<sup>144</sup> Proppe, Wagner (1965), S.760

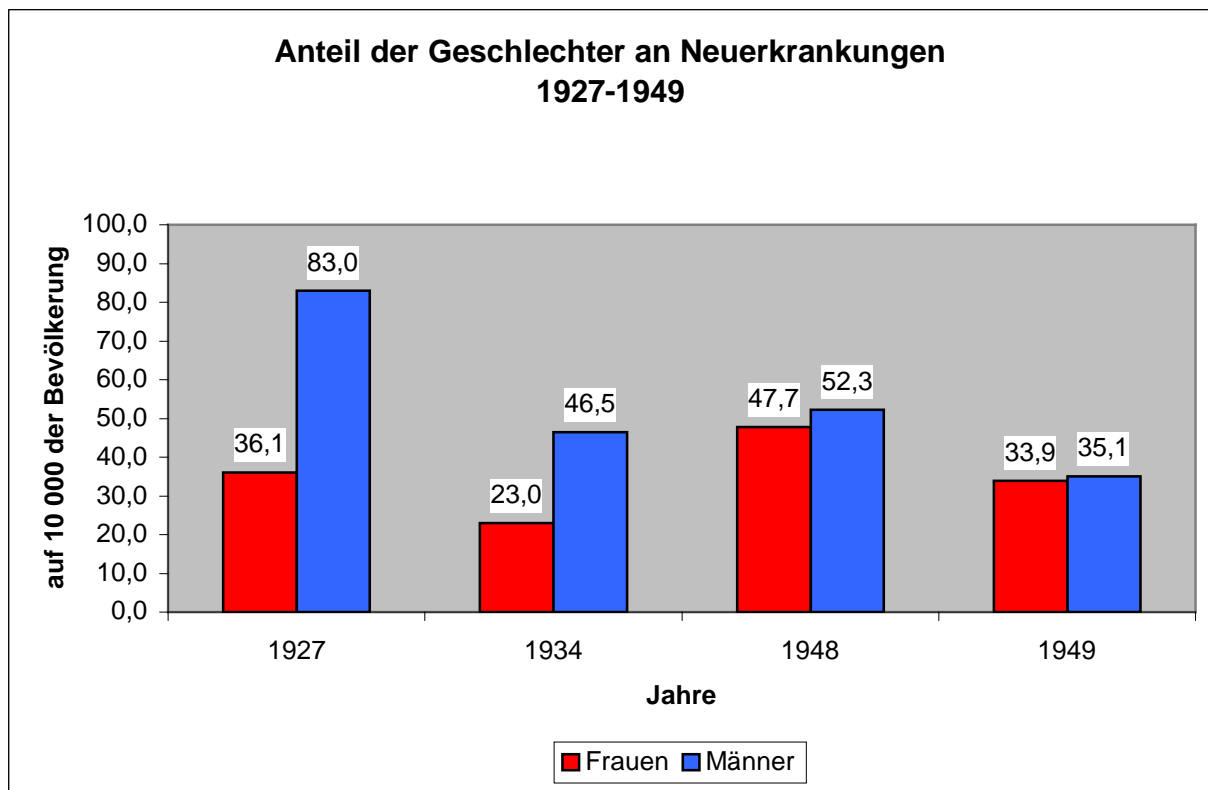
<sup>145</sup> Gerfeldt (1947), S.569

<sup>146</sup> Lundt (1950a), S.373

<sup>147</sup> Burckhardt, Bohnenblust,(1967), S.341

Promiskuitiven herangewachsen sei. Ohne Rücksicht auf den Umfang, sei die Dauer jeder Epidemie bei jeder Periode gleich lang. Da die Maxima der Kurven abnahmen, hielt Bohnenblust die Syphilis für eine sterbende Krankheit.<sup>148</sup>

### 5.1.3 Anteil der Geschlechter an Neuerkrankungen von Geschlechtskrankheiten reichs- und bundesweit



**Abb. 3. Anteil der Geschlechter an Neuerkrankungen an Geschlechtskrankheiten reichs- und bundesweit 1927-1949** Quelle: Hamburg in Zahlen (1950), S.2

Im Folgenden soll die Geschlechterverteilung unter den Infizierten erörtert werden.

In den Vorkriegsjahren 1927 und 1934 war die Häufigkeit der Neuerkrankungen bei Männern doppelt so hoch wie bei Frauen. 1949 war sie fast gleich hoch. In der Nachkriegszeit nahm die Anzahl an erkrankten Frauen im Vergleich zu den Männern also stärker zu. Gründe dafür können zum einen der starke Frauenüberschuss in der Nachkriegszeit und die vermehrten Razzien und damit verbundenen Kontrollen von Frauen gewesen sein. Viele Frauen waren in der Nachkriegszeit wegen ihrer desolaten finanziellen Situation zu so genannter Hungerprostitution gezwungen. Boten sie Männern, vor allem Besatzungsmachtangehörigen sexuelle Dienste an, erhielten sie im Gegenzug Genuss- oder Nahrungsmittel. Auch die verbesserte Erfassung von Infektionsquellen mag zu einer vermehrten Registrierung von

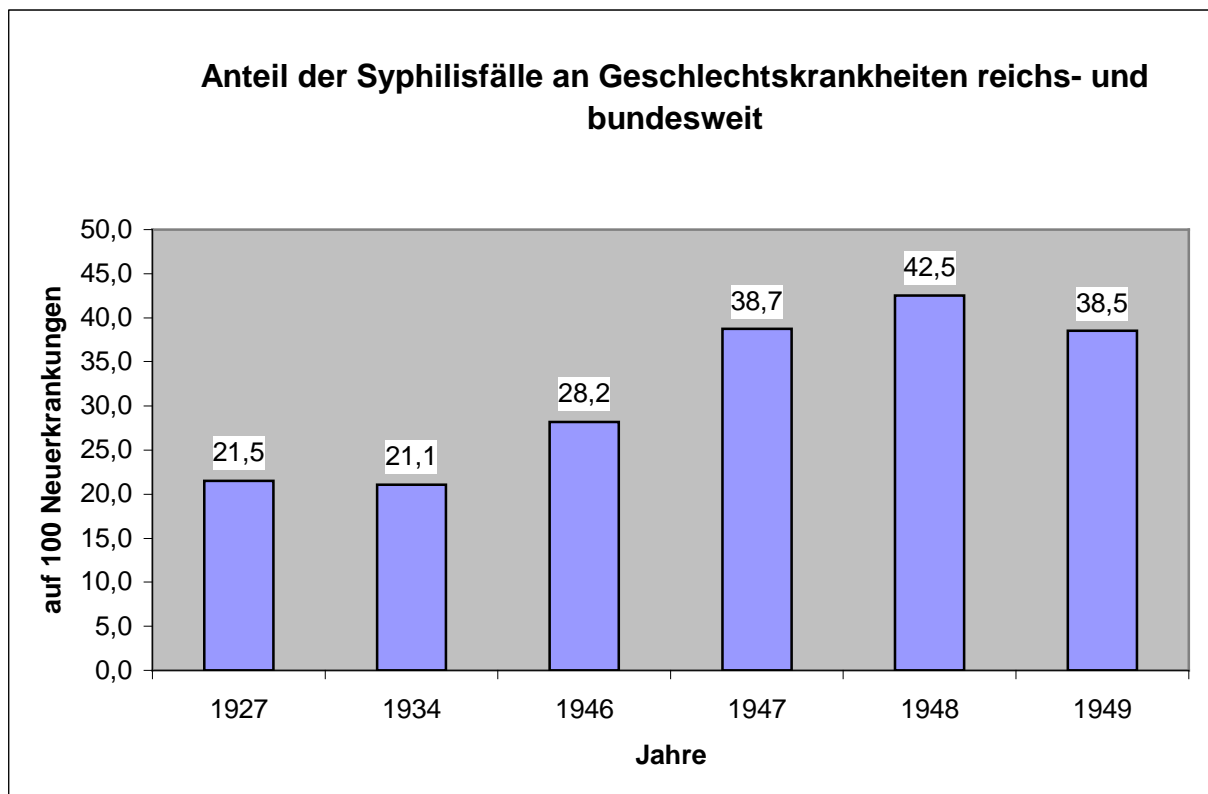
<sup>148</sup> Bohnenblust (1967) und z.n. Borelli (1971), S.18

Frauen als noch 1927 und 1934 beigetragen haben. Die „Lockerung der sexuellen Moral“ wurde ebenfalls als Grund angenommen, wobei dies nicht zu beweisen war.

Das Erkennen von Gonorrhoe ist bei Männern leichter als bei Frauen, was die Vergleichbarkeit der Häufigkeit von Geschlechtskrankheiten erschwert, da vermutlich viele Fälle bei den Frauen nicht erkannt wurden. Einer der Hauptgründe jedoch, warum die Zahlen schwer vergleichbar sind, war die Auslassung der Besatzungsmachtangehörigen bei der statistischen Erfassung!<sup>149</sup>

#### 5.1.4 Syphiliserkrankungen reichs- und bundesweit

Die Zahl, der an Syphilis erkrankten Personen stieg bundesweit von 88.082 Fällen im Jahre 1946 auf 114.652 Fälle im Jahre 1947 an und ging erst im Jahre 1949 auf 63.092 Fälle zurück.<sup>150</sup>



**Abb. 4. Anteil der Syphilisfälle auf 100 Neuerkrankungen an Geschlechtskrankheiten reichs- und bundesweit 1927-1949** Quelle: Hamburg in Zahlen (1950), S.2

Der Anteil von Syphilis an den Geschlechtskrankheiten ist seit 1947 fast doppelt so hoch wie vor dem Krieg. Ob dies aber tatsächlich an einer höheren Inzidenz liegt, oder ob nur die Datenerfassung verbessert wurde, ist auch hier unklar.

<sup>149</sup> Ritter (1952), S.263

<sup>150</sup> Hamburg in Zahlen (1950), S.2

### 5.1.5 Neuerkrankungen an Syphilis in deutschen Großstädten

Es wird nun genauer auf die venerische Krankheit Syphilis in deutschen Großstädten eingegangen. Im Folgenden wurden nur die Daten von 1947-1949 verglichen, da im November 1946 die Hamburger Ärzte wiederholt von der Stadt aufgefordert wurden ihrer Meldepflicht nachzukommen. Dies hatte, unter der Annahme, dass dann tatsächlich mehr Ärzte der Aufforderung nachkamen, 1947 einen artifiziellen Anstieg der gemeldeten Erkrankungsfälle zur Folge, wobei sich bundesweit jedoch 1947 ein Rückgang verzeichnen ließ. Bei Männern wie bei Frauen (Ausnahme bei Männern in Groß-Berlin) war Syphilis in Hamburg weniger häufig als in anderen Großstädten.<sup>151</sup>

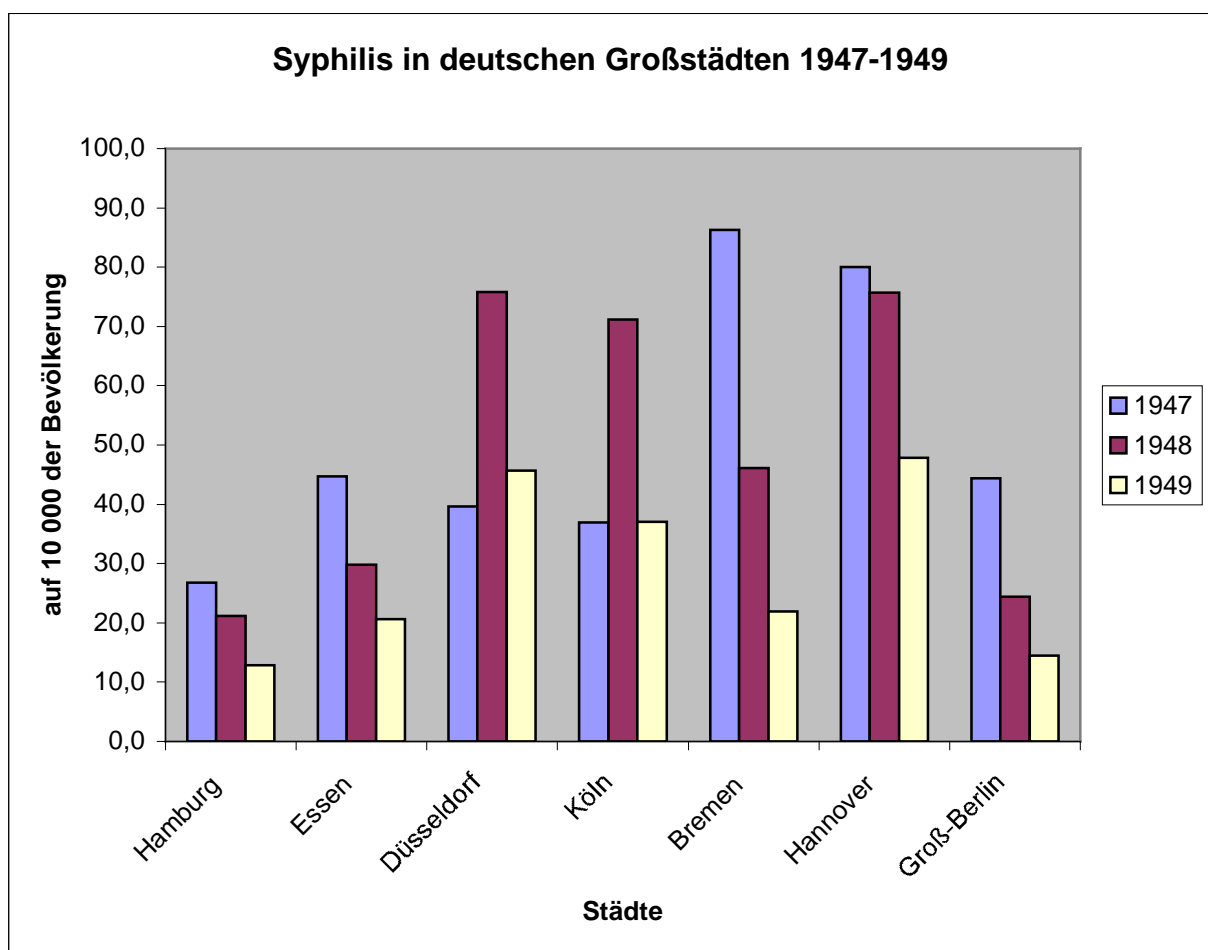


Abb. 5. Syphilis im Vergleich deutscher Großstädte 1947-1949 Quelle: Hamburg in Zahlen (1950), S.4

Die Neuerkrankungen an Syphilis waren in Deutschland bei der Stadtbevölkerung laut Statistik häufiger als bei der Landbevölkerung. Jedoch ist nicht sicher feststellbar, ob dies auf die bessere Datenerfassung in der Großstadt zurückzuführen ist, oder die höhere

<sup>151</sup> Hamburg in Zahlen (1950), S.4

Erkrankungsrate tatsächlich durch einen freizügigeren Lebensstil in der Stadt als auf dem Land hervorgerufen wurde.<sup>152</sup>

1934 wies Hamburg im Vergleich der deutschen Großstädte die meisten Geschlechtskrankheiten auf. Damals kamen während der Reichszählung von 1934 auf 10.000 der Bevölkerung in der damaligen Stadt Hamburg 100 Fälle, in der Stadt Altona waren es 69 Fälle und in Harburg-Wilhelmsburg 34 gemeldete Neuerkrankungen. Dies ergibt insgesamt 203 Fälle für das Gebiet des späteren Groß-Hamburgs. Ab 1937 waren die genannten Städte zu Groß-Hamburg zusammen geschlossen worden. 1949 wurden in Groß-Hamburg nur 47 Fälle registriert. Man muss also bei der Gegenüberstellung der Vor- und Nachkriegszeit auch den Strukturwandel Hamburgs hin zur Großstadt berücksichtigen. Ebenso war die Methode der Erhebung 1934 eine andere, vielleicht vollständigere als nach dem Krieg. Fraglich ist also, ob aus den Statistiken ersichtlich wird, dass Geschlechtskrankheiten vor dem Krieg verbreiteter waren als danach.<sup>153</sup>

Insgesamt ist auffällig, dass bei einem Vergleich der bundesdeutschen Großstädte Syphilis in Hamburg weniger verbreitet war als in Groß-Berlin, Essen (1947 und 1948), Frankfurt/Main, Düsseldorf, Köln, Bremen, Hannover und Kiel<sup>154</sup>, und das, obwohl man annehmen könnte, dass Hamburg als Hafenstadt eine höhere Durchseuchungsrate aufweisen müsste als andere Großstädte. Vor allem im Vergleich mit Bremen ist auffällig, wie gering die Erkrankungsrate in der Hansestadt Hamburg war, obwohl Hamburg von den häufig von Geschlechtskrankheiten betroffenen Seeleuten hoch frequentiert wurde. Die Neuerkrankungen an Gonorrhoe unter den Seeleuten stiegen in der Zeit von 1957-1960 um 52,7 % an, stellte die Hamburger Seemannsfürsorge fest.<sup>155</sup> Bei diesen Zahlen muss jedoch bedacht werden, dass es sich stets nur um die gemeldeten Fälle handelt. Die Dunkelziffer lag vermutlich weit höher. Ein weiterer Grund für die hohen Geschlechtskrankenzahlen in Bremen mögen die unterschiedlichen Meldeverfahren gewesen sein. Bremen gehörte zur der US-amerikanischen Besatzungszone und hier waren auch Ortsfremde in den Meldungen enthalten.<sup>156</sup> Der Facharzt für Geschlechtskrankheiten Gustav Hopf vermutete, dass die „ruhige Lebensart“ der hamburgischen Bevölkerung für die günstige Entwicklung der Geschlechtskrankheiten in der Hansestadt von großer Bedeutung war.<sup>157</sup>

---

<sup>152</sup> Hamburg in Zahlen (1950), S.1

<sup>153</sup> ebd., S.3

<sup>154</sup> ebd., S.3

<sup>155</sup> Proppe, Wagner (1965), S.763

<sup>156</sup> Hamburg in Zahlen (1950), S.4

<sup>157</sup> Hopf (1951b), S.71

## 5.2 Zahlen zu Syphilis in Hamburg

Die Neuerkrankungen an Syphilis in Hamburg wiesen seit 1947 einen starken Rückgang auf. Auf 10.000 der Bevölkerung kamen 1947 noch 26,8 Fälle. 1948 waren es 21,2 Fälle und 1949 nur noch 12,9 Fälle von Syphilis.<sup>158</sup> Dieser Rückgang wurde auf die Verbesserung der Lebensverhältnisse und den zunehmenden Einfluss von fürsorglichen Maßnahmen auf der einen Seite, und auf der anderen Seite auf die neuen Therapeutika, vor allem auf das Penicillin, zurückgeführt.<sup>159</sup> Das Penicillin konnte auf die Neuerkrankungen nur einen geringen Einfluss gehabt haben. In den 1950er Jahren hatte die Durchseuchungsrate ihren tiefsten Stand erreicht und stieg Anfang der 1960er Jahre wieder leicht an, wobei der neue Höchststand von 1964, weit unter dem von 1947 lag.

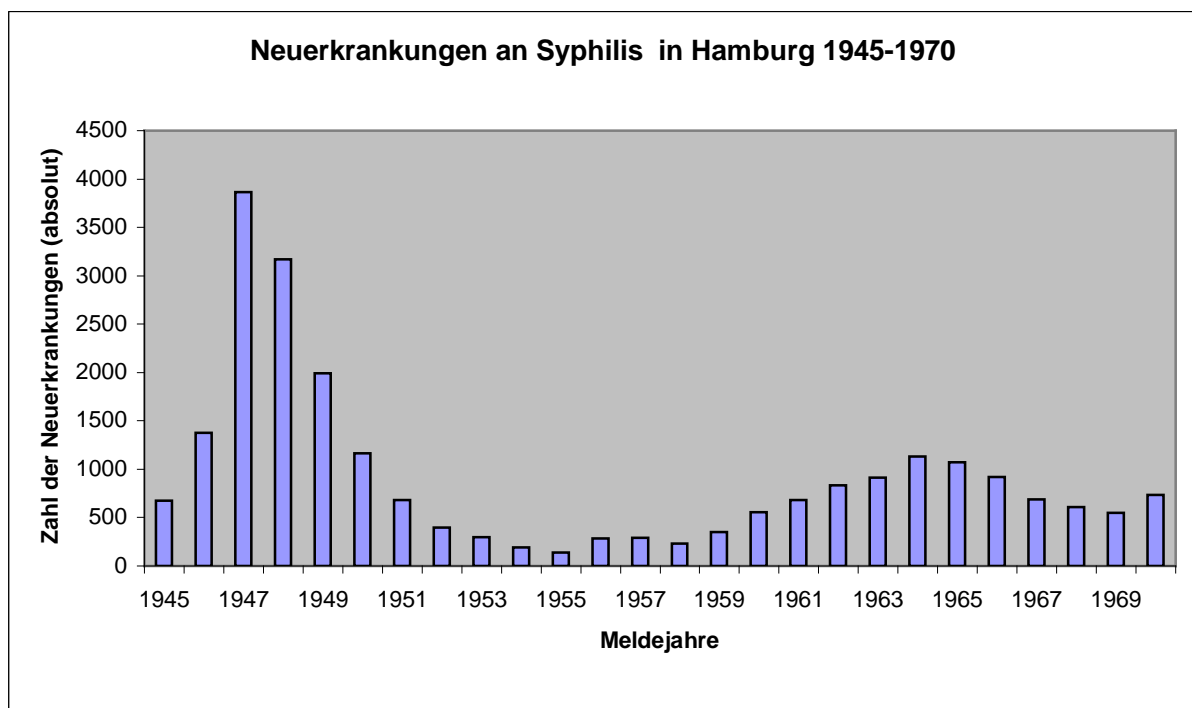


Abb. 6. Neuerkrankungen an Syphilis in Hamburg 1945-1970 Quelle: Hamburg in Zahlen. Statistisches Jahrbuch 1952 S.75-76 und 1953/1954 S.66

Die Syphilis- Neuinfektionen in Hamburg hatten sich von 1955 bis 1962 verfünffacht, im Vergleich dazu hatten sie sich in Düsseldorf zwischen 1957 und 1961 verdoppelt, während es in Essen keine Zunahme gegeben hatte.<sup>160</sup> Bringt man den Anstieg an frischen Infektionen in einer Stadt mit dem Ausmaß an internationalem Verkehr in dieser Stadt in Zusammenhang, so zeigte sich in Dortmund 1959 als eine große Ausstellung mit vielen in- und ausländischen

<sup>158</sup> Hamburg in Zahlen (1950), S.4

<sup>159</sup> Ritter (1952), S.262

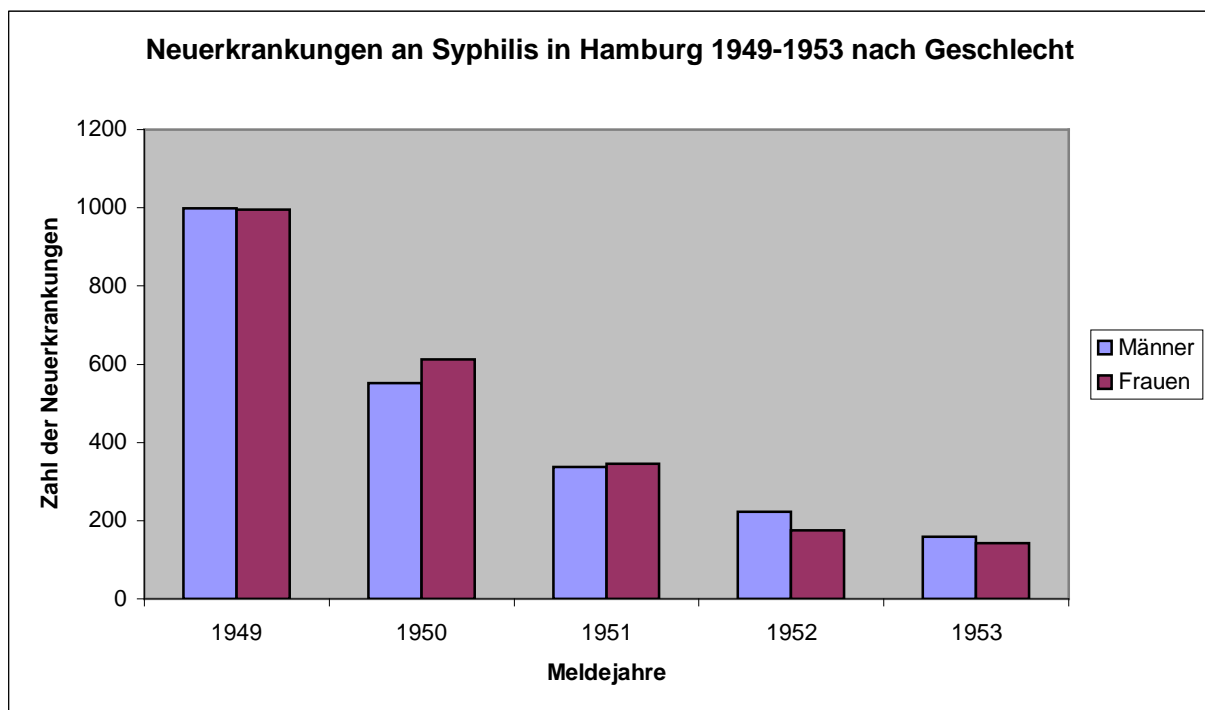
<sup>160</sup> Proppe, Wagner (1965), S.874

Besuchern stattfand, ein vorübergehender Anstieg der Syphilis mit nachfolgendem Abfall auf Normalwerte innerhalb von zwei Jahren.<sup>161</sup>

Betrachtet man die Situation in der Hansestadt Hamburg geschlechtsbezogen, so wird aus den folgenden Daten ersichtlich, dass Syphilis speziell 1948 und 1949 in Hamburg unter Männern häufiger war als unter Frauen.

Jahre	1948	1949
Frauen	18,7	12,2
Männer	23,9	13,7

**Tabelle 2. Gemeldete Neuerkrankungen an Syphilis auf 10.000 Einwohner, nach dem Geschlecht der Erkrankten 1948-1949 in Hamburg Quelle: Hamburg in Zahlen (1950), S.4**



**Abb. 7. Neuerkrankungen an Syphilis in Hamburg 1949-1953 nach Geschlecht Quelle: Hamburg in Zahlen. Statistisches Jahrbuch 1952 S.75-76 und 1953/1954 S.66**

Die Neuerkrankungsrate in Hamburg von 1949-1953 nach Geschlecht zeigt, dass im Jahre 1949 gleich viele Männer und Frauen von Syphilis betroffen waren. Dies stimmte ungefähr mit dem Bundestrend überein. In den Jahren 1950 und 1951 lag die Zahl der Frauen leicht über der der Männer. 1952 und 1953 hingegen waren mehr Männer als Frauen erkrankt. Jedoch muss berücksichtigt werden, dass bei den männlichen Bevölkerungsanteilen nur die bei den deutschen Gesundheitsämtern Meldepflichtigen erfasst wurden, nicht die

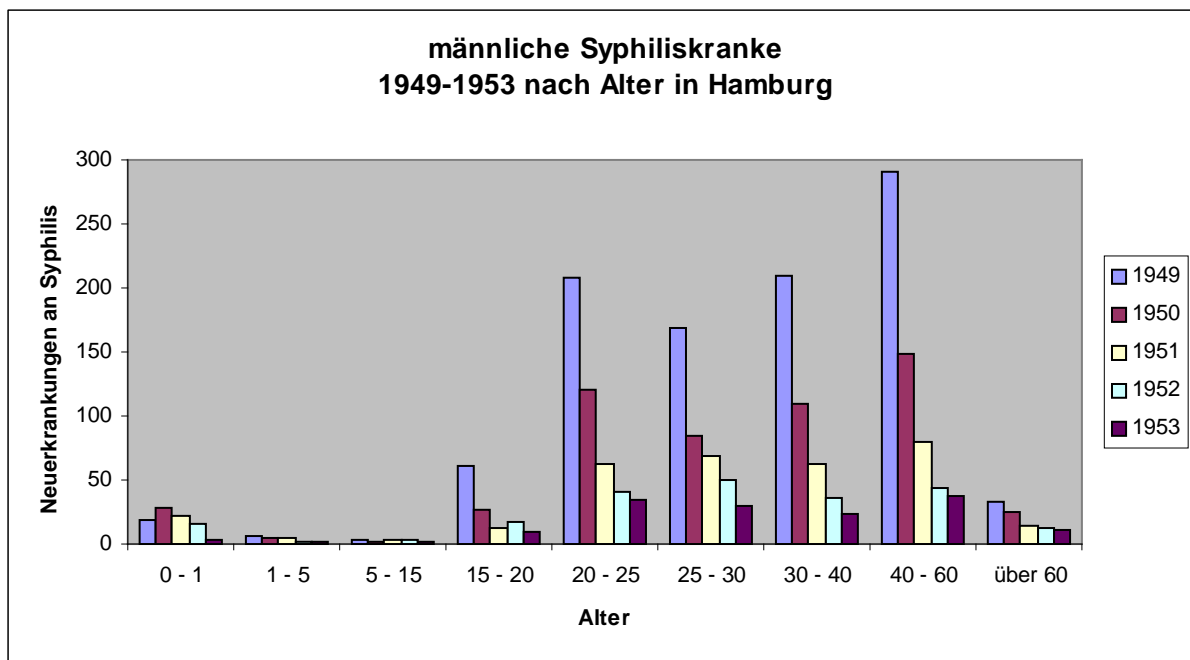
<sup>161</sup> Proppe, Wagner (1965), S.874



Angehörigen der Besatzungsmacht. Hierzu wurden von der englischen Armee für das Jahr 1948 auf 1.000 Mann folgende Zahlen bekannt gegeben: von in Deutschland stationierten Soldaten waren 185 geschlechtskrank, in England waren es nur 33. Die in Hamburg liegenden Teile der Besatzungsmacht hatten eine wesentlich geringere Infektionsquote, als der Durchschnitt in Deutschland.<sup>162</sup> Über Gründe dafür wird leider nicht berichtet.

Bei Betrachtung der Geschlechtskrankenzahlen im Nachkriegsdeutschland muss auch bedacht werden, dass in Hamburg ein großer Frauenüberschuss herrschte. Dies wird an folgenden, allerdings bundesweiten Zahlen deutlich: Nach der Volkszählung im Juni 1933 entfielen in Deutschland in der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre, in welcher die Geschlechtskrankheiten besonders häufig auftreten, auf 1.000 Männer 999 Frauen. Nach der Volkszählung im September 1950 waren es im Bundesgebiet auf 1.000 Männer in der gleichen Altersgruppe 1163 Frauen.<sup>163</sup>

In den Jahrbüchern des Statistischen Landesamtes Hamburg von 1949 bis 1953 wurde die Inzidenz der Syphilis auch für verschiedene Altersgruppen angegeben:



**Abb. 8. Neuerkrankungen an Syphilis der männlichen Einwohner Hamburgs 1949-1953 nach Alter**

Quelle: Hamburg in Zahlen. Statistisches Jahrbuch 1952 S.75-76 und 1953/1954 S.66

<sup>162</sup> Hopf (1951b), S.72-74

<sup>163</sup> Hamburg in Zahlen (1952), S. 75-76 und Hamburg in Zahlen (1952/1953). S.66

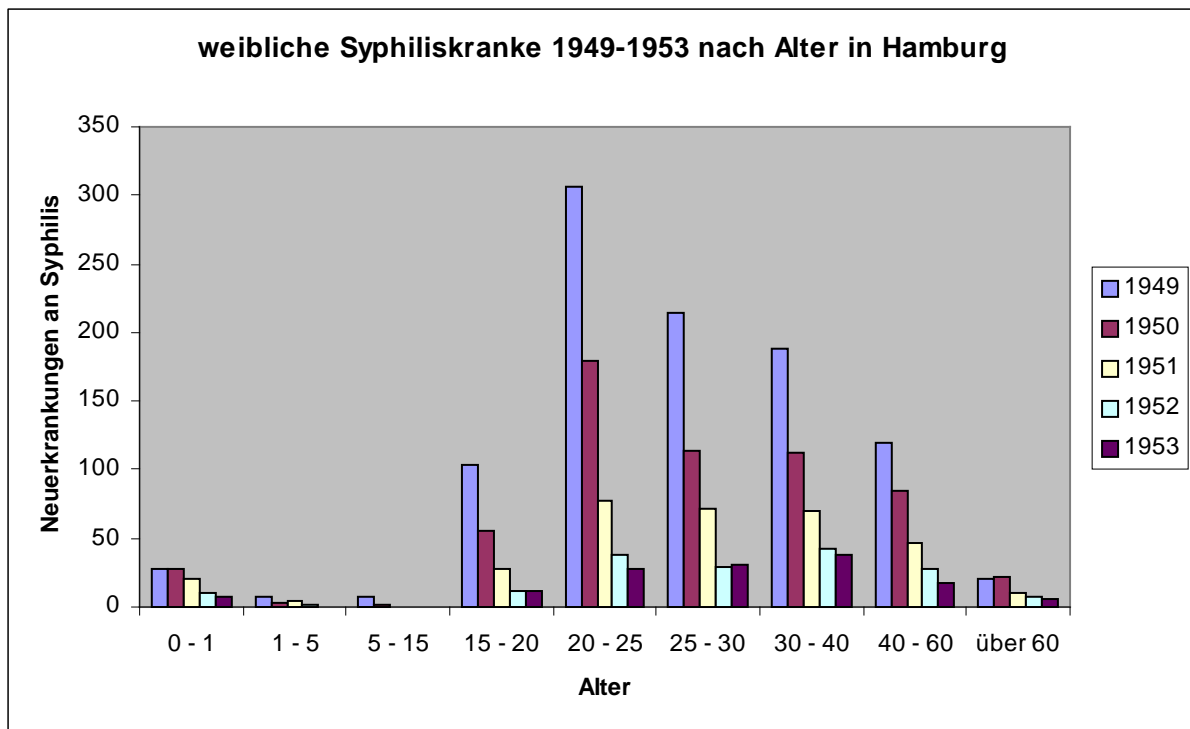


Abb. 9. Neuerkrankungen an Syphilis der weiblichen Einwohner Hamburgs 1949-1953 nach Alter

Quelle: Hamburg in Zahlen. Statistisches Jahrbuch 1952 S.75-76 und 1953/1954 S.66

Bei der Betrachtung der Inzidenz von Syphilis unter den männlichen und weiblichen Einwohnern Hamburgs zwischen den Jahren 1949-1953 ist auffällig, dass die höchste Erkrankungsrate bei den Männern zwischen dem vierzigsten und dem sechzigsten Lebensjahr diagnostiziert wurde. Bei den Frauen hingegen war die Erkrankungshäufigkeit in den Jahren 1949 und 1950 mit Anfang zwanzig am höchsten. Wie bereits erwähnt, liegt die Vermutung nahe, dass gerade junge Frauen durch die sogenannte Hungerprostitution in den Nachkriegsjahren einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt waren. Auch die Promiskuität schien in dieser Altersgruppe verbreiteter. Bei Männern hingegen nahm diese erst Anfang des vierten Lebensjahrzehnts zu.<sup>164</sup>

### 5.3 Weltweiter Anstieg der Geschlechtskrankheiten in den 1960er Jahren

Der erhebliche Rückgang der Neuinfektionen bis Mitte der 1950er Jahre war teilweise auf die Normalisierung der allgemeinen gesellschaftlichen Verhältnisse zurückzuführen. Erfassungs- und Bekämpfungsmaßnahmen von Geschlechtskrankheiten waren wieder in größerem Umfang möglich.<sup>165</sup> Ab 1955 wurde vielerorts von einem erneuten Anstieg berichtet.

<sup>164</sup> Hamburg in Zahlen (1952), S. 75-76 und Hamburg in Zahlen (1952/1953), S.66

<sup>165</sup> Fegeler (1961), S.150

Die Bundeswehr war in Deutschland die einzige Einrichtung, die über eine genaue Geschlechtskrankenstatistik verfügte. Im Jahre 1969 meldete diese den auffallend hohen Anteil an Lues latens Patienten. Dafür sah die Bundeswehr vor allem zwei mögliche Ursachen: zum einen der häufige Gebrauch von Antibiotika, der die primären Symptome einer Lues verschleierte, zum anderen die unzureichende Aufklärung der Bevölkerung.<sup>166</sup> Der Anstieg der Inzidenz von Geschlechtskrankheiten ab 1955 in Deutschland machte sich auch bei der Bundesmarine bemerkbar. Durch eine ständige, lückenlose Erfassung der Geschlechtskrankheiten entstand hier ein guter Überblick über die Zunahme. Gegenüber 1957 hatten sich die Geschlechtskrankheiten im Jahre 1961 mehr als verdoppelt. Bei der Marine war die Anzahl an Geschlechtskranken schon immer höher als bei anderen Einheiten. Man erklärte dies mit einer vermeintlich höheren Durchseuchung in Hafen- und Großstädten als auf dem Land und in Kleinstädten. Der Jahresdurchschnitt bei der Marine betrug 1957 circa 21 Neuerkrankungen auf 1.000 der Iststärke bezogen, während er bei anderen Waffengattungen nur 5 betrug.<sup>167</sup>

Da die Erfassung von Geschlechtskrankheiten von 1953 bis 1970 in Deutschland nicht bundesweit erfolgte, wird im Weiteren auch mit Zahlen aus anderen Ländern gearbeitet. Auf den Rückgang der Geschlechtskrankheiten in den 1950er Jahren hin wurden viele Bekämpfungsmaßnahmen verfrüht eingestellt. Man glaubte, die Ausrottung der Geschlechtskrankheiten stehe kurz bevor. Nach dem Tief 1955 folgte ein enormer Anstieg, der oftmals, besonders die Gonorrhoe betreffend, die Nachkriegszahlen fast wieder erreichte. Vor allem in den Staaten Griechenland, Costa Rica, USA, Frankreich und Italien war der erneute Anstieg besonders hoch. In den USA, wo die Geschlechtskrankheiten meldepflichtig waren, wurden 1950 noch 32.000 Lueserkrankungen gemeldet, 1957 nur 6.000 und 1965 wieder 23.000. Dies waren nur die gemeldeten Fälle, die Dunkelziffer vermutete man weit darüber.<sup>168</sup> Gründe für diese zweite Epidemie wurden in der Zunahme der Weltbevölkerung, in der rapiden Industrialisierung weiter Gebiete, in der Zunahme des Reisverkehrs und in der Einnahme der empfängnisverhütenden „Pille“ gesehen. Vor allem mit der Verschreibung der „Pille“ seit Beginn der 1960er Jahre wurde zusammen mit einer zunehmenden Vorstellung von einer „Lockerung der moralischen Auffassung“ versucht, die angebliche Zunahme der Promiskuität zu erklären.<sup>169</sup> Allerdings war dies in der Mitte der 1960er Jahre zunächst in den USA der Fall. Ende 1961 nahmen dort circa 408.000 Frauen die „Pille“, 1963 waren es schon

---

<sup>166</sup> Schirren, Schaller, Schubach, Ahn (1969), S.29-32

<sup>167</sup> Wandel (1961), S.1552

<sup>168</sup> Borelli (1971), S.1

<sup>169</sup> ebd., S.2

2,3 Millionen Frauen. 1967 wurde geschätzt, dass weltweit 12,6 Millionen Frauen mit oralen Antikonzeptiva verhüteten, im Jahre 1984 ging man von 50 bis 80 Millionen Frauen aus.<sup>170</sup> In Europa war der Anstieg der Geschlechtskrankheiten Mitte der 1960er Jahre sicher noch nicht von der „Pille“ beeinflusst, da sie noch nicht in dem Maße verschrieben wurde.<sup>171</sup> Auch ein erneuter Anstieg Ende der 1960er lässt sich nicht mit Sicherheit auf die Verschreibung der „Pille“ zurückführen, da zuverlässige Zahlen hierzu fehlen.

Mangelnde Aufklärung der Jugend sollte, laut dem Facharzt für Dermatologie und Venerologie Borelli die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten gefördert haben. Eine Zunahme der penicillin- und sulfonamidresistenten Gonokokken wurde darauf zurückgeführt, dass in manchen Ländern Prostituierte prophylaktisch mit diesen Medikamenten behandelt wurden.<sup>172</sup> In der Bundesrepublik wurde das Problem der Syphilisbekämpfung jedoch nicht in der unzureichenden Therapie gesehen, da wirkungsvolle Medikamente ausreichend zur Verfügung standen, sondern darin, dass viele Menschen in Deutschland sich nicht zum Arzt traute. Das Behandlungskonzept in England wurde als effektiver angesehen, da es viele anonyme, ambulante und kostenfreie Therapie- und Untersuchungsmöglichkeiten bereitstellte. Der Arzt Siegfried Borelli vertrat die Ansicht, dass die Geschlechtskrankheiten vor allem durch hwG- Personen und heimliche Prostitution verbreitet wurden und belegte das mit folgenden Zahlen: von 1945- 1950 sank der Prozentsatz der als geschlechtskrank registrierten Prostituierten von 20 % auf 7 %, bei heimlichen Prostituierten hingegen stieg er von 20 % auf 40 % an. Unter heimlichen Prostituierten fasste er die Frauen zusammen, die bei Razzien in Lokalen aufgegriffen wurden und nicht registriert waren. Bei einer Untersuchung in München 1957 hatte Borelli festgestellt, dass sich der Anteil an Geschlechtskranken unter „Professionellen“, also registrierten Prostituierten, hwG-treibenden Frauen und heimlichen Dirnen, also nicht registrierten Prostituierten 1:3:5 verhielt.<sup>173</sup> Dies bestätigte seiner Meinung nach seine These, dass vor allem die heimliche Prostitution zur Verbreitung von venerischen Erkrankungen beitrug.

1961 konnte auch in der Schweiz ein Anstieg der Neuinfektionen mit Syphilis beobachtet werden.<sup>174</sup> In einer Studie der Dermatologischen Klinik der Universität Graz von 1954 bis 1968 wurde deutlich, dass auch das Erkrankungsalter nach unten verschoben worden war. Vor allem waren vermehrt 16- 20 jährige Frauen betroffen. Laut der Grazer Studie stammten 59 % der Erkrankten aus dem städtischen Wohn- und Arbeitsmilieu und 40 % aus der Provinz, bzw.

---

<sup>170</sup> Asbell (1996), S.215

<sup>171</sup> ebd., S.215

<sup>172</sup> Borelli (1971), S.2

<sup>173</sup> ebd., S.3

<sup>174</sup> Burckhardt (1961), S.916

vom Land. Nur 1 % der Fälle waren Ausländer. Von besonderer epidemiologischer Bedeutung schien, dass 22 % der Frauen schwanger waren.<sup>175</sup>

Der englische Autor R.S. Morton ging in seinem Werk „Geschlechtskrankheiten- tabuierte Infektionen“ von 1969 auf den emotionalen Aspekt der Geschlechtskrankheiten ein. Er beschrieb, wie Geschlechtskranke auch Ende der 1960er Jahre von der Gesellschaft gemieden wurden, da die Ansteckungsgefahr häufig überschätzt wurde. War in einem Betrieb bekannt geworden, dass jemand geschlechtskrank sei, oder hatte sich auch nur das Gerücht breit gemacht, drohte der Person häufig der Verlust des Arbeitsplatzes, sie wurde verspottet und beschimpft, man weigerte sich, ihm oder ihr sogar die Hand zu geben aus Angst vor Ansteckung.<sup>176</sup> Laut Morton stellte eine andere extreme Haltung gegenüber den Geschlechtskrankheiten die Gleichgültigkeit dar. Die Krankheiten wurden heruntergespielt und es wurde behauptet, dass sich nur Leute infizieren würden, die arm seien, die sich nie waschen würden, Soldaten und Männer, die zu Prostituierten gingen.<sup>177</sup>

Feilchenfeld verwies darauf, dass die Kostenübernahme der Therapie durch die Krankenkassen und die Abschaffung der Bestrafung Geschlechtskranker beim Militär, sowie die Penicillintherapie zur Verminderung venerischer Krankheiten beigetragen habe.<sup>178</sup> Jedoch sei der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten „ein Kampf, der nie ermüden darf“, so Feilchenfeld weiter.<sup>179</sup>

In der Schrift von Schirren und Oestereich: „Geschlechtskrankheiten – eine Gefahr!“ von 1970 legen die Autoren großen Wert auf die Infektionsquellenforschung. Sie betonten, dass vor allem homosexuelle Männer Syphilis weitergeben würden. Dies war eine recht verbreitete Ansicht.<sup>180</sup> Sie argumentieren damit, dass bei homosexuellen Beziehungen die Promiskuität höher sei, als bei heterosexuellen Paaren, und dass ein Primäraffekt in der Aftergegend leichter übersehen werde. Des Weiteren würde der Partner bei gleichgeschlechtlichen Beziehungen aus Angst vor Strafverfolgung häufig nicht angegeben werden.<sup>181</sup> „Unzucht“ zwischen Männern war in jeder Form in Deutschland strafbar. (vergleiche §175 StGB in der Fassung von 1965). Dieser Meinung schloss sich Morton an. Auch er vertrat den Standpunkt, dass gerade jugendliche Homosexuelle eine wichtige Rolle bei der Verbreitung von Geschlechtskrankheiten spielten. Er belegte dies mit einer Studie aus Großbritannien, wo im

---

<sup>175</sup> Kresbach (1968), S.109-110

<sup>176</sup> Morton (1969), S.9-10

<sup>177</sup> ebd., S.9-10

<sup>178</sup> ebd., S.388

<sup>179</sup> ebd., S.389

<sup>180</sup> auch Nemeč (1970), S.562

<sup>181</sup> Schirren, Oestereich (1970), S.8-9

Londoner St. Mary`s Hospital zwischen 1960-1962 rund 65 % der Patienten mit einer Lues I oder II homosexuell waren. In der Provinz seien es nur 30 % gewesen.<sup>182</sup> Diese Theorie wurde durch Zahlen aus Großbritannien entkräftet, wonach 1962 nur ein Drittel aller an Syphilis erkrankten Männer homosexuell waren, in Schweden waren es 1965 ein Viertel und in den USA 28 %.<sup>183</sup> Auch „Gastarbeiter“ würden aus Gründen der Einsamkeit und der Entwurzelung zur Verbreitung von Syphilis in Deutschland beitragen.<sup>184</sup>

Gustav Hopf stellte 1966 fest, dass man generell keine Aussage darüber treffen könne, ob in Deutschland die Geschlechtskrankheiten ansteigen würden, oder nicht. Vorübergehend seien sie gesetzlich meldepflichtig gewesen, aber durch die vierteljährliche Erfassung, sei dieses Verfahren sehr ungenau gewesen. Allerdings kamen Angaben über einen Anstieg aus England, wo eine Erfassung durch den Gesundheitsdienst sichergestellt war. Auch in den USA war 1959/1960 ein Anstieg zu verzeichnen. Die Verbreitung venerischer Krankheiten sei vor allem ein Problem sozialer Verhaltensweisen und nur sekundär ein Problem der richtigen Behandlungsmethode. „Promiskuität in jugendlichen Horden“ verbunden mit fehlender personaler Verantwortung würde die Ausbreitung fördern.<sup>185</sup> Hopf war nicht überzeugt davon, dass eine erneute Einführung der gesetzlichen Meldepflicht bessere Daten erbringen würde.<sup>186</sup>

Eine andere Theorie machte die „sexuelle Revolution“ der 1968er-Bewegung und das Zeitalter der „freien Liebe“ für das Steigen der Geschlechtskrankenzahlen verantwortlich.<sup>187</sup> Zum Teil taten dies auch Heimleiter und Vorsteher von Jugendstrafanstalten, die eine Zunahme von Geschlechtskranken zu beobachten glaubten.<sup>188</sup> Andererseits meinte der Dermatologe Heite auf dem VI. Fortbildungskurs für praktische Dermatologie und Venerologie (1969 in München), dass die Morbidität der Lues abnehme, wobei er sich nur auf Statistiken der Bundeswehr und dem Land Nordrhein-Westfalen bezog, da andere Daten nicht vorlagen. Daraufhin korrigierten ihn andere Teilnehmer, dass nur die Anzahl gemeldeter Fälle abnehme, es also nur eine scheinbare Abnahme sei.<sup>189</sup> Dies zeigt die Unsicherheit über die Zu- oder Abnahme der Geschlechtskrankheiten, auch unter der Ärzteschaft.

Auf der 25. Generalversammlung und wissenschaftliche Tagung der Internationalen Union gegen Geschlechtskrankheiten und Treponematosen 1967 erklärte die WHO, laut Schirren

---

<sup>182</sup> Morton (1969), S. 119

<sup>183</sup> Borelli (1971), S.21

<sup>184</sup> Kimmig (1968), S.374-375

<sup>185</sup> Hopf (1966), S.120

<sup>186</sup> ebd., S.121

<sup>187</sup> Adam (2001), S.202

<sup>188</sup> ebd., S.561

<sup>189</sup> Adam (2001), S.562

dass die Furcht vor Geschlechtskrankheiten dank der neuen Therapeutika abgenommen hätte und daraus vermehrt ungehemmter Geschlechtsverkehr resultiere, der zu einer gehäuften Übertragung der Geschlechtskrankheiten führe. Sie seien kein medizinisches Problem mehr, sondern ein soziologisch-pädagogisches. Vor allem so genannte „Problemgruppen“ würden von der Aufklärung nicht erreicht. Erzieher, Eltern, Ärzte und Schulen müssten vermehrt zusammen arbeiten.<sup>190</sup> Bei einer Befragung von Jugendlichen über die Gefährlichkeit der Geschlechtskrankheiten 1970 in der Schweiz äußerten 13,8 % der Mädchen und 6 % der Jungen, dass diese harmlos seien. 60- 70 % der Jungen und Mädchen hielten sie für gefährlich, und 10,8 % der Mädchen bzw. 3,4 % der Jungen machten gar keine Angaben.<sup>191</sup> Obwohl eine Zunahme der Syphilis in Deutschland wegen der fehlenden Meldepflicht und den daraus resultierenden ungenügenden Statistik nicht direkt nachweisbar war, hatte die Inzidenz der Syphilis Berichten der Beratungsstellen und Kliniken zu Folge sowie im internationalen Vergleich zugenommen.<sup>192</sup> Es herrschte jedoch gerade in den 1960er Jahren nicht nur Unsicherheit über den Stand der Geschlechtskrankenzahlen, wie in diesem Kapitel deutlich geworden ist, sondern es gab generell keine validen standardisierten Verfahren, um zuverlässige Daten zu erhalten. Des Weiteren wurden hier verschiedene Erklärungsmodelle für die Ursachen der Infektionen dargestellt, die uns heute nicht mehr unbedingt plausibel erscheinen, die aber die damalige, von Vorurteilen geprägte Haltung gegenüber Geschlechtskranken, sehr anschaulich widerspiegelt.

## **6. Die Syphilisbekämpfung von 1945 bis 1953**

### **6.1 Ursachen für den Anstieg von Syphilisfällen aus Sicht der Mediziner**

Die Ursachen für einen Anstieg der Geschlechtskrankheiten in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg waren sehr vielfältig. Trotz statistischer Unsicherheiten wiesen die Zahlen der Landestatistik und weltweite Untersuchungen eine erhebliche Zunahme auf. Im folgenden Kapitel soll erläutert werden, wie groß die Uneinigkeit auch unter den Mediziner über die Bekämpfungsmaßnahmen gewesen ist und wie verschiedenartig die einzelnen Erklärungsversuche für den vehementen Anstieg der venerischen Krankheiten in der Nachkriegszeit waren. Diese Positionen werden herausgestellt, um das ärztliche Verhalten gegenüber Geschlechtskranken besser nachvollziehen zu können.

---

<sup>190</sup> Schirren (1967), S.307-308

<sup>191</sup> Borelli (1971), S.25

<sup>192</sup> ebd., S.6

Die angeblich gewachsene Promiskuität der Bevölkerung war eine beliebte Begründung für den Anstieg der Geschlechtskrankheiten. Ein starker Befürworter dieser Theorie war der Dermatologe Erich Schäfer. Er führte 1946 an, dass die Zahl der Geschlechtskrankheiten in Deutschland seit Kriegsbeginn steigen würde und seit dem Zusammenbruch des Dritten Reiches in noch größerem Ausmaß zugenommen hätte. Er führte dies auf die Promiskuität der Deutschen zurück und sah die Verantwortlichkeit aller Bürger darin, gegen diese vorzugehen. Die Aufgabe der Ärzte sei es vor allem, die Symptome dieses „gesellschaftlichen Misstandes“, die Geschlechtskrankheiten zu bekämpfen.<sup>193</sup> Schäfer betonte, dass der „Wiederaufstieg unseres Gesamtlebens“ von der „planvollen Bekämpfung“ der Promiskuität abhängen.<sup>194</sup>

Auch der Arzt Stümpke aus dem Stadtkrankenhaus Hannover-Linden äußerte, dass der Hauptgrund für die Zunahme der Syphilis die vermehrte Promiskuität der Deutschen sei. Vor allem die wirtschaftliche Not zwänge die Frauen, sich den Soldaten der Besatzungsmächte hinzugeben. Er habe beobachtet, dass viele Patienten nicht einmal den Namen des Geschlechtspartners kennen würden. Vor allem die Jugend sei „haltlos“ und „entwurzelt“. Der „Züchtigungswahn“ und der Zwang zum Gehorsam durch die Nationalsozialisten habe die Promiskuität im Sinne eines „Rebound-Effektes“ nahezu „angespornt“. Des Weiteren klagte er die Unkenntnis der Ärzte an. Sie würden trotz großer Aufklärungskampagnen viel zu selten an die Syphilis denken. Die langsame Erfassung der Infektionsquellen bemängelte Stümpke ebenso, wie die fehlende Aufklärung und Ermahnung zu längerer Abstinenz der Patienten durch die Ärzte. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient sei genauso wichtig wie die Therapie. Der Mangel an den Medikamenten Wismut und Salvarsan sei auch ein Grund für die vermehrte Ausbreitung der Syphilis. Die Salvarsannebenwirkungen, die 1946 zugenommen hätten, führte er auf Unterernährung zurück und meinte, dass sich die Situation der Geschlechtskrankheiten nur ändern würde, wenn sich die Wirtschafts- und Ernährungslage der Menschen ändere. Auch forderte Stümpke mehr Fürsorgerinnen, um die Infektionsquellen besser aufspüren zu können, und vermehrt öffentliche Gelder zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.<sup>195</sup>

Als Ursache dafür, dass die Lues während und nach dem Krieg so stark zugenommen habe, wurde auch das „Fluktuieren der Menschenmassen“ angeführt.<sup>196</sup> Außerdem wurde beklagt, dass die Ärzteschaft 1946 den moralischen und sozialhygienischen Aspekten der Syphilis

---

<sup>193</sup> Schäfer (1946a), S.5

<sup>194</sup> ebd., S.49

<sup>195</sup> Stümpke (1946c), S.239-242

<sup>196</sup> Fuss (1946), Leiter der Dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses Ludwigshafen a. Rhein S in seinem Beitrag „Syphilisprobleme“, S.101



kaum noch Bedeutung beimesse. Die negativistische Aufklärung der Bevölkerung über Geschlechtskrankheiten sollte überwunden werden und, anstatt der Abschreckung, sollte man „wirklichkeitsnaher“ informieren. Die venerischen Erkrankungen sollten endlich das „Odium des Schandbaren“ verlieren. Die psychologische Betreuung des Erkrankten sei ungemein wichtig. Zunächst müsse das Vertrauen des Patienten gewonnen und Mitgefühl gezeigt werden, um dann die Wichtigkeit der konsequenten Therapie zu betonen. Trotz der modernen Technik, die dem Arzt zur Verfügung stehe, müsse er doch „in erster Linie Seelsorger sein“.<sup>197</sup>

Wiederum andere Mediziner empfahlen die Frühehe und verwiesen darauf, dass nur gesunde und „vollwertige“ Menschen einander heiraten sollten. Dies sollte den venerischen Krankheiten Einhalt gebieten. Auch wurde auf den volkswirtschaftlichen Schaden hingewiesen, den die Geschlechtskrankheiten verursachten. Es würden Arbeitsausfälle, höhere Kosten der Krankenkassen durch die akute Therapie und die Therapie der Spätschäden verursacht. Des Weiteren würde Geburtenrückgang, Zerstörung von Familien, Infektion der Kinder und Infertilität entstehen. All dies trete nur auf, weil die Menschen sich nicht „in Enthaltbarkeit üben“.<sup>198</sup> Gerade die moralischen Aspekte wurden damals von vielen Ärzten betont, indem sie Abstinenz predigten. Nur wenige wollten Aufklärung, vor allem der Jugend, betreiben.

Die Aufklärungsarbeit musste nach dem Zweiten Weltkrieg neu strukturiert werden. Noch hatte sich die Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten bundesweit nicht wieder gegründet, so dass man nicht auf deren Unterstützung hoffen konnte. Ein Beispiel dafür wie die Aufklärungsarbeit um 1949 aussah, ist die Aussage eines Arztes, der seine Patienten warnte, dass die Gefahr einer Infektion nach wie vor überall „lauere“: „in jedem Kino, in jedem Lokal.“<sup>199</sup>

Als Teil der Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mussten die Amtsärzte in den Schulen vor den Entlassungsjahrgängen Aufklärungsvorträge über Geschlechtskrankheiten halten. Dies wurde von vielen Ärzten als sehr undankbare und wirkungslose Aufgabe betrachtet, weil man als Vortragender nicht wissen konnte, welche Tatsachen den Schülern schon bekannt waren und welche nicht. Mediziner beklagten, dass es keinen Sinn mache, die Jugend vom Geschlechtsverkehr abhalten zu wollen. Sie würde nicht durch einen einmaligen Vortrag überzeugt werden. Als Ursache des Problems wurde von vielen Ärzten die „Zerstörung der Sittlichkeit der Geschlechtsbeziehungen“ angesehen. Erst

---

<sup>197</sup> Bohnstedt (1946a), S.123-124

<sup>198</sup> Linser (1946), S.89-91

<sup>199</sup> Brandt (1949), S.3

der Schaden der Seele ermögliche die Erkrankung des Leibes. Aufgabe der Amtsärzte sei es, zuerst die Sittlichkeit der Jugend günstig zu beeinflussen.<sup>200</sup>

Von Seiten der Dermatologen wurde 1946 die Forderung nach der Wiedergründung eines Organs für die Dermatologie laut, da die Geschlechtskrankheiten massiv zugenommen hätten. Daraufhin wurde die Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Unterstützung der amerikanischen Militärregierung neu gegründet.<sup>201</sup> Des Weiteren wurde 1947 ein Leitfaden für Eltern, Erzieher, Lehrer und Fürsorger mit dem Titel „Jugend in Gefahr“ herausgegeben, der sich mit dem Thema Geschlechtskrankheiten beschäftigte, da man davon ausging, dass viele der Geschlechtskranken unter zwanzig Jahre alt seien. Die Jugend als Vorkämpfer für die „innere Erneuerung des Vaterlandes“ drohe an Leib und Seele zu verderben.<sup>202</sup> Der Fortschritt der Medizin allein reiche nicht aus, um die Geschlechtskrankheiten zu bekämpfen, vor allem Erzieher und Lehrer seien nun gefordert, da man erkannt habe, dass eine wirksame Therapie das Problem nicht beseitige. Eine vernünftige Aufklärung könnte aber nur betrieben werden, wenn die Sexualität nicht mehr als etwas „Schlechtes oder Verwerfliches“ betrachtet werde. Mit Autorität und Verboten alleine mache man keine Fortschritte.<sup>203</sup>

Einige Mediziner waren anderer Meinung und wollten „Asoziale Kranke“ für die gefährliche Zeit der Ansteckung durch Inhaftierung „unschädlich“ machen. Ein Bewahrungsgesetz oder auch ein Arbeitserziehungsgesetz für Geschlechtskranke unter dreißig Jahren wurde gefordert. Das „Fatale“ an den Geschlechtskrankheiten sei, dass sie meist Menschen in den „besten Jahren“ befallende und deren Arbeitskraft dann für die Gemeinschaft verloren gehe. Deshalb seien vor allem die Ärzte in der Verantwortung, dies zu verhindern. Würden die Mediziner alles tun, um die Behandlung und Heilung der Kranken gewissenhaft zu überwachen, wäre auch die vielfach diskutierte namentliche Meldung der Infizierten nicht mehr notwendig. Die Aufklärung in Schulen sei ein wichtiges Mittel im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten. Aus England sollte man die Aufklärungsmethode kurzer Veröffentlichungen im Anzeigenteil der Tageszeitungen übernehmen. Dies sei sehr effektiv.<sup>204</sup> Eine weitere Überlegung zur Bekämpfung der Geschlechtskranken in der Nachkriegszeit bestand darin, dass sich alle Neuzuziehenden in den Städten vor Erhalt der Lebensmittelkarten auf Geschlechtskrankheiten untersuchen lassen müssten.<sup>205</sup>

---

<sup>200</sup> Fischer (1948), S.93

<sup>201</sup> Langer (1946a), S.3-4

<sup>202</sup> Langer, Brandt (1947), S.7-10,

<sup>203</sup> ebd., S.12

<sup>204</sup> Roeschmann (1947), S.155-160

<sup>205</sup> Hesse (1947), S.317

Dass Prostitution die Hauptquelle der Weiterverbreitung von venerischen Erkrankungen sei, wurde versucht mit folgenden Schätzungen zu stützen. Laut Untersuchungen um 1860, deren Methodik nicht bekannt sind wurden damals rund 60 % der Patienten durch Prostituierte infiziert. Die venerische Morbidität von Prostituierten wurde in dieser Zeit auf rund 50 % geschätzt, im Jahre 1952 nur noch auf 1 %.<sup>206</sup> Der Prostitution wurde dennoch auch in der Nachkriegszeit noch eine große Rolle bei der Verbreitung von Geschlechtskrankheiten zugeschrieben. Die geheime Prostitution wurde als eine Hauptverbreiterin der venerischen Krankheiten betrachtet, wo hingegen der kontrollierten Prostitution weniger Bedeutung zugemessen wurde. Das spiegelte sich auch in der Kontrollratsdirektive vom 7. Mai 1947 zur Neuregelung des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (RGBG) wieder, die keine Paragraphen zur Prostitutionsfrage enthielt.

Zur Frage der kontrollierten Prostitution und der Verbreitung von Geschlechtskrankheiten wurde in Hamburg im Winter 1946/47 eine Erhebung durchgeführt. Auch hier ist die genaue Methodik unbekannt und die Zahlen sind deshalb nur gering valide. Sie basieren auf den Zahlen der Hamburger Beratungsstellen und ergaben, dass kontrollierte Prostitution als Infektionsquelle kaum noch eine Rolle spielte. Auch die Ergebnisse der Hamburger Prostitutionsüberwachungsstelle, die beide Formen der Prostitution, die registrierte und die „illegale“ bearbeitete, ließen sich in diese Richtung auswerten. So betrug 1946 der Prozentsatz an eingeschriebenen erkrankten Prostituierten in Hamburg 8 %, der Anteil bei Razzien aufgegriffener geschlechtskranker Frauen 15- 20%.<sup>207</sup> Schenkt man diesen Erhebungen Glauben, so stellte vor allem die unkontrollierte Prostitution nach wie vor ein großes Risiko dar. 1950 wurde von einigen Ärzten die Frage aufgeworfen, ob nicht eine „leichte Therapie“, wie die Penicillintherapie, eher ein Hindernis bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sei, da vor allem die jungen Leute, jetzt viel leichtsinniger seien, wo es so gute Therapiemöglichkeiten gebe. Auch ein Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Zunahme der Geschlechtskrankheiten wurde festgestellt.<sup>208</sup> Deshalb wurden mehr Ausbildungsplätze, Jugendheime und Sportmöglichkeiten für Jugendliche gefordert, um sie von der Straße zu holen. Für die hohe Zunahme der Geschlechtskrankheiten in der Nachkriegszeit wurden wiederholt „das Absinken der sittlichen Lebenshaltung“, das Flüchtlingsproblem und die wirtschaftliche Notlage verantwortlich gemacht.<sup>209</sup>

---

<sup>206</sup> Schmith (1952), S.434, siehe auch Schaller (1947), S.162-163

<sup>207</sup> Proppe, Wagner (1965), S.767

<sup>208</sup> Langer (1950b), S.487

<sup>209</sup> Kirchesch (1950), S.492

Auch Anfang der 1950er Jahre war die Syphilis von vielen Ärzten noch sehr gefürchtet. So machte der Mediziner Nagel die Aussage: „Das Leben der Menschheit hat keinen Sinn, solange es die Syphilis gibt.“<sup>210</sup> Sie sei das schrecklichste aller Gifte und „wirft sich oft auf die Besten, die heißen Herzen, die jugendlichen Stürmer, die Talente, die Menschen genialer Idee“<sup>211</sup>. Sein Rat zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten war „Sport, Freiluft und Körperglück, Erziehung zur Pflicht und Freude“<sup>212</sup>. „Der Geist der Menschheit wird syphilisfrei sein, oder er wird nicht sein!“<sup>213</sup> Diese Worte zeigten, welch großen Schrecken die Syphilis, trotz guter Therapiemöglichkeiten noch auslöste. Solche negativen Äußerungen wurden stark kritisiert. Viele Ärzte meinten, dass so ein Pessimismus bei einer heute gut behandelbaren Krankheit wie der Syphilis unangebracht sei. Diese Einstellung sei nur noch in „Laienkreisen“ verbreitet. Jeder Arzt wisse, wie groß die Fortschritte auf dem Gebiet der Behandlung der Syphilis in den letzten Jahren gewesen waren.<sup>214</sup>

Es musste auch beachtet werden, dass jeder Patient mit der Diagnose Syphilis längere Zeit in seinem sexuellen Leben per Gesetz eingeschränkt war (durch das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und das Ehegesundheitsgesetz). Hinzu kam, dass eine Ausheilung selten sicher festgestellt werden konnte. Es wurde sogar behauptet, dass diese Unsicherheiten bei den Patienten zu Zwangsneurosen oder sogar zum Suizid führen konnten.<sup>215</sup> Diese Aussagen in der Debatte sind jedoch ohne Beleg.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Ursachen für einen Anstieg der Geschlechtskrankheiten nach dem Zweiten Weltkrieg von den Medizinern, zum einen in der angeblich gewachsenen Promiskuität der Bevölkerung gesehen wurden, zum anderen in der mangelnden „moralischen Erziehung“ der Jugend. Einige Ärzte hielten den Mangel an Medikamenten, das „Fluktuieren von Menschenmassen“ oder die schlechte Wirtschafts- und Ernährungslage der Bevölkerung für ursächlich. Es wurde eine verbesserte Aufklärung, eine namentliche Meldepflicht und mehr Fürsorge gefordert. Auch herrschte Einigkeit darüber, dass die Ärzte mehr Verantwortung im Kampf gegen Geschlechtskrankheiten zeigen müssten. Über die Maßnahmen selbst wurde sehr kontrovers diskutiert. Auf der einen Seite wollte die Ärzteschaft aufklären, auf der anderen Seite rief sie zu mehr Sittlichkeit auf.

---

<sup>210</sup> Nadel (1950), S.338

<sup>211</sup> ebd., S.338

<sup>212</sup> ebd., S.346

<sup>213</sup> ebd., S.346

<sup>214</sup> Hübner (1952), S.335-336

<sup>215</sup> Keller (1948), S.502

## 6.2 Gesetzliche Regelungen zu Geschlechtskrankheiten

In folgendem Kapitel wird das Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten (GBG) von 1927 kurz behandelt. Es wird des Weiteren dargelegt, wie die Gesetzgebung zu Geschlechtskrankheiten zwischen 1945 und 1953 ausgesehen hat. Das Hamburgische Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1949 fällt in diese Phase und wird im Folgenden erläutert. Die Situation von Infizierten soll verdeutlicht werden, indem beispielsweise arbeitsrechtliche Folgen und familienrechtliche Konsequenzen im Rahmen des Ehegesundheitsgesetzes aufgezeigt werden. Auch die Forderung nach einem Bewahrungsgesetz wird erklärt. Außerdem soll die Diskussion um die Anwendung von Zwangsmaßnahmen wiedergegeben werden.

Bis Ende des Ersten Weltkrieges gab es kaum eine gesetzliche Grundlage für Zwangsmaßnahmen im Rahmen der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Nur Prostituierte und Soldaten konnten zu Untersuchungen gezwungen werden. Jedoch befürchtete unter anderem Neisser, damals Vorsitzender der DGBG, dass die Geschlechtskrankheiten eine Gefahr für die „Volksgesundheit“ und die bevölkerungspolitische Entwicklung Deutschlands darstellten.<sup>216</sup> Erst das 1927 verabschiedete Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten (GBG) verpflichtete infektiose Geschlechtskranke dazu, sich von einem approbierten Arzt behandeln zu lassen. Die Gesundheitsbehörden durften von Personen, die „dringend verdächtig waren“ geschlechtskrank zu sein, ein Gesundheitsattest verlangen und sie gegebenenfalls auch stationär und zwangsweise behandeln. Waren sie infektiös, wurden sie in geschlossenen Abteilungen untergebracht. Regelmäßige Untersuchungen der gesamten Bevölkerung, obwohl immer wieder gefordert, ließen sich politisch nicht umsetzen. Im „Wohlfahrtsstaat“ der Weimarer Republik herrschte im Großen und Ganzen der Konsens, dass auf Zwangsmaßnahmen verzichtet werden konnte. Argumente mit „rassenhygienischem“ Hintergrund gewannen seit dem Ersten Weltkrieg immer mehr Einfluss auf die Gesundheitspolitik. Der Einzelne sollte auf Freiheitsrechte verzichten, wenn die Allgemeinheit bedroht zu sein schien.<sup>217</sup>

Mit dem GBG von 1927 wurde die Prostitution nicht mehr nur als moralisches Problem wahrgenommen, sondern auch als gesundheitspolitisches. Auch waren die vorgesehenen Zwangsmaßnahmen des Gesetzes geschlechtsneutral sowohl für Männer, als auch für Frauen vorgesehen. Die Ärzteschaft gewann durch die Verschiebung des Einflusses von der

---

<sup>216</sup> Sauerteig (1999), S.348-349

<sup>217</sup> ebd., S.360-361

sittenpolizeilichen hin zur medizinischen Überwachung an Einfluss. Das GBG war übrigens das einzige gesundheitspolitische Gesetz, was in der Weimarer Republik verabschiedet wurde. Ihm ging eine fast dreißigjährige Diskussion voraus.

Nach dem Zweiten Weltkrieg stand Hamburg unter britischer Besatzung und dies beeinflusste auch die Gesetzgebung der Nachkriegszeit.

### 6.2.1 Geschlechtskrankheiten und Arbeitsrecht

Venerische Erkrankungen beeinflussten auch noch Mitte der 1940er Jahre nicht nur das Privatleben der Erkrankten, sondern auch ihre Arbeitssituation. Welche Auswirkungen eine Geschlechtskrankheit auch auf die finanzielle Situation der Betroffenen und deren Familien hatte, zeigt folgendes Beispiel. In einer Befragung der Ärzteschaft 1946 in der „Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete“ wurde ein Hamburger Arbeitsrichter zum Thema Geschlechtskrankheiten befragt. Auf die Frage hin, ob ein Geschlechtskranker aus einem Arbeitsbetrieb entlassen werden könnte, antwortete dieser, dass der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis bei infektiösen, venerischen Krankheiten meist fristlos kündige. Eine „abschreckende Krankheit“ war ein Entlassungsgrund. Des Weiteren bestand bei Dienstunfähigkeit, die „auf einer durch außerehelichen Verkehr hervor gerufenen Geschlechtskrankheit beruht, kein Lohnanspruch“.<sup>218</sup>

### 6.2.2 Forderungen nach einem neuen Geschlechtskrankengesetz

In der Nachkriegszeit hatten die Geschlechtskrankheiten massiv zugenommen. Die Alliierten erließen Verordnungen, die sich in den verschiedenen Sektoren unterschieden.<sup>219</sup>

Anfang 1947 hatten die vier Besatzungsmächte entschieden, dass das Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten von 1927 überarbeitet werden müsste, da die venerischen Krankheiten in Deutschland anstiegen und man um die eigenen Truppen fürchtete. 1948 sank die Zahl der Infizierten wieder, wobei die Besatzungsmächte befürchteten, dass die sinkende Inzidenz mit den ungenügenden Meldemaßnahmen zusammenhing, und forderten von den deutschen Behörden, ein neues Gesetz zu verabschieden. Dieses hatte die Alliierte Kontrollratsdirektive Nr. 52 vom 7. Mai 1947 zur Grundlage. Man übergab den Ländern die Direktive und diese sollten prüfen, inwieweit bestehende Gesetze damit übereinstimmten und diese gegebenenfalls ändern. An das neue Gesetz wurde von den Alliierten der Anspruch gestellt, dass der Aufgabenbereich der Geschlechtskrankheiten der Gesundheits- und

---

<sup>218</sup> Hartmann (1946), S.341, Befragung des Hamburger Arbeitsrichters Gradenwitz, nach §123 Ziff. 8 der Gewerbeordnung

<sup>219</sup> Grütz (1947), S.235

Sozialbehörde unterstellt werden sollte. Auch sollten ab nun Frauen und Männer kontrolliert werden. Mit der Kontrollratsdirektive von 1947 zeigten sich viele Ärzte nicht einverstanden und forderten eine Rückbesinnung auf das Gesetz von 1927.<sup>220</sup> Andere Ärzte waren der Meinung, dass es nun in Friedenszeiten auch an der Zeit war gemäßigte „friedensmäßige“ Gesetzesbestimmungen ohne Zwangsmaßnahmen zu erlassen.<sup>221</sup>

Als erstes Bundesland erließ Bremen als Reaktion auf die Kontrollratsdirektive 1947 ein neues Geschlechtskrankengesetz, Hamburg am 1. Februar 1949 und Niedersachsen am 20. April 1949. Andere Länder ergänzten nur das Gesetz von 1927.<sup>222</sup> Das Hamburgische Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wird ausführlich im Kapitel über Geschlechtskrankheiten in Hamburg behandelt.

### 6.2.3 Forderung nach einem Bewahrungsgesetz und das Ehegesundheitsgesetz

Schon seit den 1920er Jahren wurde aus den Kreisen der Wohlfahrts- und Fürsorgeeinrichtungen ein Bewahrungsgesetz gefordert, um Kosten und Aufwand bei der Betreuung von „Asozialen“ zu sparen und gleichzeitig erleichterten Zugriff auf bestimmte Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Mit dem Vorbeugehafterlass von 1937 war ein Bewahrungsgesetz der Fürsorge überflüssig geworden, da man hiermit auf „Asoziale“ zugreifen und diese in Konzentrationslagern inhaftieren konnte.

Um weiterhin Personen länger als 24 Stunden festhalten zu können, waren Sozial- und Jugendbehörde auch in der Nachkriegszeit sehr an einem Bewahrungsgesetz interessiert, um Menschen gegen ihren Willen einzubehalten, die

„sich jeder fürsorgerischen Einwirkung entziehen, die an dem Vagabundendasein Gefallen gefunden haben, die durch Gewerbsunzucht oder durch kriminelle Handlungen ihr Dasein fristen und dadurch zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und zur Vergrößerung der Kriminalität beitragen.“<sup>223</sup>

Es sollte dazu dienen vor allem jüngere Menschen wieder in ein „anständiges Leben“ einzugliedern und stellte Geschlechtskranke und Kriminelle gleich.<sup>224</sup> Auch die Fraktion des Zentrums forderte im Juni 1955 ein Bewahrungsgesetz und legte einen Entwurf dazu vor.<sup>225</sup> Zusätzlich forderte der Deutsche Akademikerinnenbund im Jahre 1951 zum Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten die strenge Reglementierung der Prostitution. Auch widersprach er der ärztlicherseits immer wieder betonten Auffassung, dass man mit Verboten nicht gegen die Verbreitung von Geschlechtskrankheiten ankäme und forderte eine

---

<sup>220</sup> Stümpke (1948), S.45, wie zum Beispiel der Arzt Stümpke aus Hannover

<sup>221</sup> Kerner (1950), S.294, wie zum Beispiel der Arzt Franz Redeker

<sup>222</sup> Becker (1955), S.VII

<sup>223</sup> Freund-Widder (2003), S.229

<sup>224</sup> Lüders (1950), S.323

<sup>225</sup> Becker (1955), S.163

strengere Regelung bei der Bekämpfung von venerischen Krankheiten.<sup>226</sup> Einige Mediziner, wie zum Beispiel der Arzt Reinhard Rachold, warnten vor einem Bewahrungsgesetz, mit der Begründung, dass sich vor allem die Deutschen auf Grund ihrer Vergangenheit immer wieder mit den Fragen nach Zwang und Freiheit auseinandersetzen sollten. Eine Resozialisierung sei nicht unter Zwang möglich.<sup>227</sup> Andere Ärzte sahen die zwanghafte stationäre Behandlung „asozialer Geschlechtskranker“ bis zur Heilung als das „billigste und erfolgreichste“ Verfahren zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten an.<sup>228</sup> In Hamburg war ein solches Bewahrungsgesetz bereits in Vorbereitung. Der Bundesrat beschäftigte sich bis 1952 damit und bezog Überlegungen aus Hamburg mit in den Entwurf ein. 1961 wurden die Entwürfe dann im Bundessozialhilfegesetz unter der Kategorie „Hilfe für Gefährdete“, §§72-74 berücksichtigt, wo die freiwillige oder zwangsweise Unterbringung geregelt wurde. 1974 hob das Bundesverfassungsgericht diese Verordnungen als Verstoß gegen das Grundrecht der persönlichen Freiheit wieder auf.<sup>229</sup>

In der Weimarer Republik konnten sich weder Ehegesundheitszeugnisse noch ein grundsätzliches Eheverbot Geschlechtskranker durchsetzen. Ab 1920 wurden Eheberatungsstellen eingerichtet, die auf freiwilliger Basis eine Beratung im Sinne einer positiven und negativen Eugenik durchführten. Sie empfahlen Sterilisationen oder rieten von Eheschließungen ab. Im Gegensatz zu den Sexualberatungsstellen erfuhren die Eheberatungsstellen keine große Resonanz in der Bevölkerung.<sup>230</sup>

Mit dem politischen Systemwechsel in die nationalsozialistische Diktatur wurde im Oktober 1935 das Ehegesundheitsgesetz verabschiedet, das zwangsweise Gesundheitszeugnisse und ärztliche Untersuchungen vorsah. Die Ehestandsdarlehen, die die Anzahl an Eheschließungen fördern sollten, waren schon ab 1934 an die Bedingung geknüpft, dass keine Erbkrankheiten, Geisteskrankheiten oder eine ansteckende Krankheit, die den Nachwuchs schädigen könnte, vorlagen. Hierunter fielen auch Geschlechtskrankheiten. Zwischen 1935 und 1941 wurde knapp 4 % der Heiratswilligen die „Eheeignung“ abgesprochen.<sup>231</sup>

Das Ehegesundheitsgesetz existierte auch nach dem Zweiten Weltkrieg und sah 1947 noch immer vor, dass ein Eheverbot bei Geschlechtskrankheit bestand. Dies befand Gustav Hopf aus Hamburg als kontraproduktiv im Kampf gegen Geschlechtskrankheiten. Es würde nur die

---

<sup>226</sup> Beckmann (1951), S.437-438

<sup>227</sup> Rachold (1950), S.377-378

<sup>228</sup> Lundt (1950b), S.173

<sup>229</sup> Freund-Widder (2003), S.233

<sup>230</sup> Sauerteig (1999), S.377-379

<sup>231</sup> ebd., S.379



Zahl an unehelichen Kindern erhöhen. Seien beide Partner von der Erkrankung des anderen informiert und nicht mehr infektiös, würde nichts gegen eine Eheschließung sprechen.<sup>232</sup>

1951 wies Gustav Hopf jedoch daraufhin, dass das Ehegesundheitsgesetz nur noch in zwei Bundesländern Gültigkeit hatte, in Hamburg und in Rheinland-Pfalz. Das Verbot, Geschlechtsverkehr zu haben, wie in dem Gesetz bei Geschlechtskrankheiten festgelegt, würde grundsätzlich unter Eheleuten kaum eingehalten werden.

Auch ein generelles Eheverbot bei Geschlechtskranken sei problematisch. Aber, wenn zum Beispiel eine Progredienz der Erkrankung vorliege und somit der Ehemann die Familie in naher Zukunft nicht mehr ernähren könne sollte er nach Ansicht vieler Ärzte keine Ehe eingehen dürfen, sei er aber reich genug, dürfe man das Risiko akzeptieren.<sup>233</sup>

#### 6.2.4 Diskussionen und Vorschläge zum neuen Bundesgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Schon im Vorfeld gab es rege Diskussionen zum neuen Bundesgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, das 1953 erlassen wurde. Ein Teil der Ärzteschaft befürwortete strengere Maßnahmen zur Bekämpfung von venerischen Erkrankungen, ein anderer Teil hielt vor allem einen verständnisvollen, humanen Umgang mit dem Patienten für wirkungsvoll. Obwohl 1952 ein deutlicher Rückgang der Geschlechtskrankheiten zu verzeichnen war, warnte ersterer Teil der Ärzteschaft davor, die Maßnahmen zu lockern. Man befürchtete, dass dann die venerischen Erkrankungen sofort wieder ansteigen würden. Ein besonderes Problem stellten noch immer Personen ohne festen Wohnsitz dar, weil sie nicht ausreichend von den Behörden erfasst werden konnten. Eine Ärztin stellte sogar fest, dass es sich bei diesem Personenkreis um Menschen handeln müsse, bei denen eine „blutmäßige Veranlagung“<sup>234</sup> gegeben sei. Die sozialen Umstände hätten sich seit dem Kriegsende deutlich verbessert und niemand sei mehr zum „Vagabundieren“ gezwungen.<sup>235</sup>

In der Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete diskutierte Gustav Hopf 1952 den Gesetzentwurf für das Bundesgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Er beschrieb den Entwurf als modern und zeigte auf, dass dieser einen „neuen Geist“ enthalte.<sup>236</sup> Des Weiteren kritisierte Hopf, dass bei der Diskussion über das neue Gesetz ärztliche Kollegen die Polizeimaßnahmen gegen Geschlechtskranke verurteilten. Als aber diese Maßnahmen gängige Praxis waren, zum Beispiel zu Beginn der

---

<sup>232</sup> Hopf (1947a), S.421

<sup>233</sup> Hopf (1951a), S.156

<sup>234</sup> Nitz (1952), S.133

<sup>235</sup> ebd.,S.133

<sup>236</sup> Hopf (1952a), S.328

britischen Militärherrschaft in Hamburg, habe keiner der Kollegen, außer ihm selber und dem Arzt Redeker dazu Stellung bezogen, so Hopf in seinem Kommentar. Eine weitere Forderung Hopfs und Redekers war die ausschließliche Untersuchung und Behandlung durch den Facharzt. Außerdem sollte die Verpflichtung des Arztes zur Infektionsquellenforschung gesetzlich festgehalten werden.<sup>237</sup>

1952 wurde auch die Frage aufgeworfen, ob ein neues Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten noch zeitgemäß sei. Seitdem der neue Gesetzesentwurf vorgelegt worden war, entbrannte eine rege Diskussion darüber, die sich vor allem in der Zeitschrift „Ärztliche Mitteilungen“ von 1952 widerspiegelte. Der Mediziner Felke vertrat die Auffassung, dass das neue Gesetz in Wirklichkeit zur Bekämpfung der Promiskuität gedacht sei und man diese mit einem Gesetz nun einmal nicht bekämpfen könnte. Man dürfe für diese Aufgabe vor allem kein medizinisches Gesetz verwenden. Die Handhabungen des alten Gesetzes genügten dem Arzt. Die Geschlechtskrankheiten als epidemiologisches Geschehen würden keiner Gesetzgebung mehr bedürfen, mit Ausnahme der Syphilis, die unter Umständen „einer milden“<sup>238</sup> Regulierung erfordere. Diese Behauptungen begründete der Mediziner damit, dass seiner Meinung nach die Geschlechtskrankheiten mittlerweile so gut zu therapieren seien und deshalb kein Problem mehr darstellten, das man mit einem Gesetz lösen sollte.<sup>239</sup>

Auch die Gesetzesbestimmung zur Behandlung der Geschlechtskranken durch Allgemeinmediziner löste heftigste Diskussionen aus. Einige Ärzte wandten sich dagegen, und meinten, dies solle dem Facharzt vorbehalten bleiben. Die Gegenseite argumentierte, dass es eine Einengung der Approbation darstelle und außerdem nicht durchführbar sei, da es an Fachärzten mangle. Der gesetzliche Wortlaut sah vor, dass jeder Arzt selber entscheiden müsse, ob er in der Lage sei eine Geschlechtskrankheit zu diagnostizieren. Fühle er sich dazu nicht im Stande, müsse er den Patienten überweisen.<sup>240</sup>

Andere Ärzte kritisierten an dem Gesetzentwurf die Gefährdung der Schweigepflicht und die „Belästigung“<sup>241</sup> des Arztes mit der Meldepflicht, die in diesem Umfang nicht mehr notwendig schien. Auch wurde kritisiert, dass das Gesundheitsamt entscheiden sollte, ob die Patienten eingewiesen werden sollten oder nicht. Dies solle nur auf Antrag eines Arztes geschehen. Die Diskussion zwischen Ärzten und dem Gesundheitsamt weitete sich immer mehr aus. Der praktische Arzt und der Facharzt waren in erster Linie um die Behandlung der

---

<sup>237</sup> Hopf (1952b), S.238

<sup>238</sup> Felke (1952), S.534-535

<sup>239</sup> ebd., S.534-535

<sup>240</sup> Hagen (1952), S.269

<sup>241</sup> Wezel (1952), S.276-279

Geschlechtskrankheiten besorgt. Der Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes hingegen, dachte vor allem an die „Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ und den Schutz der Bevölkerung.<sup>242</sup>

Der Berufsstand der deutschen Anwälte (Deutscher Anwaltverein) verurteilte die Strafandrohungen des Gesetzes als zu „überspitzt“. Es sei nicht wünschenswert, dem Arzt eine „wesensfremde Inquisition“ aufzuerlegen.<sup>243</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass schon im Vorfeld das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von ärztlicher Seite sehr kontrovers diskutiert wurde. Die Einen befürworteten Strafmaßnahmen, die anderen warnten davor. Wiederum andere Ärzte hielten ein neues Gesetz nicht für notwendig. Es wurde auch debattiert, ob nun Geschlechtskranke nur von Fachärzten behandelt werden dürften oder nicht, ob die Schweigepflicht durch die Meldepflicht des Arztes gewahrt werden würde, und ob man es dem Arzt überhaupt zumuten könne für die Meldung der Patienten verantwortlich zu sein.

### **6.3. Namentliche Meldung – Gewinn oder Verlust im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten**

Im folgenden Kapitel soll die Situation der Meldepflicht von Geschlechtskrankheiten in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg erläutert werden. Besondere Betonung liegt dabei auf den Vor- und Nachteilen, die sich Mediziner damals von einer namentlichen oder einer anonymen Meldepflicht versprachen.

Weder im Deutschen Kaiserreich noch in der Weimarer Republik konnte eine Meldepflicht politisch durchgesetzt werden, obwohl sie von Teilen der Ärzteschaft (vor allem von Militärärzten), vom Präsidenten des Reichsversicherungsamts, den evangelischen Kirchen und Sittlichkeitsvereinen und im Reichstag von Kommunisten und Sozialdemokraten gefordert wurde. Besonders nach dem Ersten Weltkrieg wurden staatliche Interventionen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Interesse des Allgemeinwohls verlangt.<sup>244</sup>

Die Gegner der Meldepflicht argumentierten hingegen, dass Geschlechtskranke so eine Stigmatisierung befürchten mussten und deshalb keinen Arzt aufsuchen würden. Viele Ärzte warnten vor einer Aushöhlung der ärztlichen Schweigepflicht oder nannten, wie Alfred Blaschko, die Meldepflicht eine „stumpfe Waffe“<sup>245</sup> im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten. Die 1927 verabschiedete Meldepflicht stellte einen Kompromiss dar

---

<sup>242</sup> Wezel (1952), S.276-279

<sup>243</sup> Sperling (1952), S.471-473

<sup>244</sup> Sauerteig (1999), S.343

<sup>245</sup> ebd., S.343

und war ein Ersatz für die gleichzeitig aufgehobene sittenpolizeiliche Überwachung der Prostitution.<sup>246</sup> In Berlin begann man schon vier Wochen nach Kriegsende mit der statistischen Erfassung der venerischen Erkrankungen. Als Geschlechtskrankheiten wurden Syphilis, Gonorrhoe und Ulcus molle definiert.<sup>247</sup> In dem Gesetz von 1927 waren die drei gleichen Krankheiten im Sinne des Gesetzes festgelegt worden.<sup>248</sup> Jedoch war die Erfassung nicht unproblematisch. Eine der Anfangsschwierigkeiten war, dass viele Ärzte ihrer Meldepflicht nicht nachkamen. Warum sie dies nicht taten, wird später versucht für Hamburg zu begründen. Nach vielen Vorarbeiten und Verhandlungen mit den Besatzungsmächten entstand am 28. September 1945 die gesetzliche Neuordnung zur Meldepflicht für Berlin.<sup>249</sup> Innerhalb von 24 Stunden nach erlangter Diagnose waren alle Neuerkrankungen an Syphilis, Gonorrhoe und Ulcus molle vom Arzt zu melden.<sup>250</sup> Für jeden Verwaltungsbezirk wurde auf je 50.000 bis 70.000 Einwohner eine städtische Behandlungsstelle eingerichtet. Dort wurden alle sich freiwillig meldenden Personen untersucht und in einem getrennten Nebenraum die Zwangsuntersuchungen für die deutschen und alliierten Dienststellen durchgeführt. Gemäß einer Anordnung der Alliierten Kommandantur mussten sich Berufsgruppen, die unter die „des wechselnden G-Verkehrs verdächtigen Personen fallen“<sup>251</sup> monatlich untersuchen lassen. Lebensmittelhändler, Köche und Kellner mussten sich nur alle 6 Monate in Sonderterminen untersuchen lassen, da diese angeblich zu einem geringeren Prozentsatz unter infektiösen Krankheiten litten. Der Arzt war dafür zuständig im Rahmen der Infektionsquellenforschung den Partner zu erfragen, was zu Problemen bei homosexuellen Paaren führte, da hier der Partner aus Angst vor einer Anzeige häufig verschwiegen und daher nicht erfasst wurde.<sup>252</sup> Bei der Erfragung des Partners konnte sich der Arzt der Fürsorgekräfte bedienen. Die Infektionsquellenforschung nach dem Zweiten Weltkrieg stand vor gewissen Schwierigkeiten, wie zum Beispiel der Zuwanderung in die Städte und den Flüchtlingsströmen. So konnten viele Patienten nicht dauerhaft erfasst werden.<sup>253</sup> Mit der neuen Bestimmung vom 28. September 1945 war es in Berlin nur noch Venerologen, Frauenärzten und anderen Ärzten mit Fachkenntnis auf dem Gebiet der Geschlechtskrankheiten gestattet, diese zu behandeln.<sup>254</sup> Da die Anzahl an ausgebildeten Venerologen nicht ausreichte, wurden mehrmonatige Kurse zum

---

<sup>246</sup> Sauerteig (1999), S.343

<sup>247</sup> Schäfer (1946a), S.5, in der Verordnung des Magistrates der Stadt Berlin vom 4. Juni 1945

<sup>248</sup> Langer, Brandt (1947), S.111

<sup>249</sup> ebd., S.117

<sup>250</sup> ebd., S.122

<sup>251</sup> Schäfer (1946a), S.7

<sup>252</sup> Schirren, Oestereich (1970), S.8-9

<sup>253</sup> Schäfer (1946a), S.7

<sup>254</sup> Schäfer (1946b), S.43

Erkennen von Geschlechtskrankheiten angeboten und so konnten auch Ärzte ohne Facharztausbildung Infizierte behandeln.

Eine Besonderheit bezüglich der Meldepflicht stellte die in vier Zonen unterteilte Stadt Berlin dar. Hier waren einzelne Sonderanordnungen der Zonenbefehlshaber zu beachten. Zum Beispiel der Befehl 030 des Marschalls Shukows, nach dem alle ansteckenden Syphilisfälle in der sowjetischen Zone einer stationären Behandlung zugeführt werden mussten. Dieser Befehl wurde wegen seiner Wirksamkeit schnell auf ganz Berlin ausgedehnt. Nach Beseitigung der Infektiosität wurden die „zuverlässigen“ Patienten in die Praxen überwiesen, die anderen verblieben stationär oder wurden zu den Behandlungsstellen geschickt.<sup>255</sup>

Auch Zwangsbehandlungen wurden nach 1945 in Deutschland weiterhin durchgeführt. Alle weiblichen Personen, die nach dem Verkehr mit einem Besatzungsmachtangehörigen „verdächtig waren krank zu sein“, wurden einer Zwangsuntersuchung und Behandlung unterzogen. Die Personen, bei denen häufig wechselnder Geschlechtsverkehr nachgewiesen wurde, mussten sich laufend untersuchen lassen, Prostituierte beispielsweise wöchentlich. Bei positivem Befund wurden sie stationär aufgenommen, wo sie dann in Sonderabteilungen behandelt wurden, aus denen sie nicht entfliehen konnten. Vor allem wurden in diesen Abteilungen der Krankenhäuser „asoziale Elemente verwahrt“<sup>256</sup>, bis diese nicht mehr ansteckend waren. In Zusammenarbeit mit der sozialen Fürsorge wurde sicher gestellt, dass „Asoziale“ von Jugendlichen, „Unerfahrenen“ und „Gefährdeten“ getrennt untergebracht wurden.<sup>257</sup> Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wurden auch Personen, die in Hotels, Gasthöfen, Bierlokalen, Kinos und Lebensmittelgeschäften arbeiteten, regelmäßig untersucht. In Lokalen wurden außerdem Razzien durchgeführt.<sup>258</sup>

Nach dem Zweiten Weltkrieg führten die Besatzungsmächte, laut Proppe und Wagner, eine anonyme Meldepflicht für Gonorrhoe, Syphilis, Ulcus molle und Lymphgranuloma inguinale ein.<sup>259</sup> Die Regelungen unterschieden sich jedoch je nach Besatzungszone. Die Briten zum Beispiel erstatteten namentliche Meldung bei Nichtbefolgen der ärztlichen Anweisungen. Ostberlin hatte die namentliche Anzeigepflicht bereits im Juni 1945 eingeführt, die gesamte sowjetische Zone im September.<sup>260</sup> In Hamburg galt seit dem Zweiten Weltkrieg eine anonyme Meldepflicht, die mit dem Hamburgischen Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1949 bestätigt wurde. Hier wird deutlich, wie sehr sich die

---

<sup>255</sup> Schäfer (1946b), S.45

<sup>256</sup> ebd., S.45

<sup>257</sup> ebd., S.45

<sup>258</sup> Winkler (1946a), S.114

<sup>259</sup> Proppe, Wagner (1965), S.737-738

<sup>260</sup> Schäfer (1947), S.304-305

einzelnen Regelungen in den vier Besatzungszonen unterschieden.<sup>261</sup> Die Meldepflicht ohne Nennung des Namens, bis auf einige Ausnahmefälle, erfolgte bundesweit erst nach Einführung des Bundesgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1953. Die wesentlichen Unterschiede der Meldepflicht in den einzelnen Sektoren betrafen die namentliche Meldung. Im sowjetischen Sektor war diese vorgeschrieben und damit hatte ein von vielen Ärzten kritisiertes „Aufweichen der Schweigepflicht“ stattgefunden. Bei den Briten mussten die Ärzte wöchentlich die neuen Fälle von Geschlechtskrankheiten melden, ohne Namen und Adresse anzugeben, nur die Anfangsbuchstaben des Vor- und Zunamens, Geburtsdatum und Geschlecht. So wurde die Schweigepflicht in gewissem Umfang gewahrt. Die Ärzte mussten des Weiteren Berichte an den Regierungspräsidenten mit der Anzahl der Fälle senden und durch Einsatz der Gesundheitsfürsorge die Überwachung der Therapie sicherstellen. Über jede Meldung musste eine Merkkarte erstellt werden, und nach Abschluss der Behandlung auch eine Behandlungskarte.<sup>262</sup>

Viele Ärzte damals hielten es für die unbedingte Pflicht des Arztes, das Vertrauen des Patienten zu gewinnen und ihm auch Mitgefühl zu zeigen, aber ebenso ihn auch in eigenem Interesse, an die Behörden zu melden. Die Mehrheit der Geschlechtskranken würde sich vorbildlich an die ärztlichen Anweisungen halten. Nur ein geringer Prozentsatz sei säumig und damit gefährlich für die Allgemeinheit. Wegen dieser Minderheit schienen manchen Mediziner Zwangsmaßnahmen notwendig.<sup>263</sup>

Bei der Erfassung der Geschlechtskrankheiten gab es schon immer ein großes Meldedefizit. Die Größe dieses Meldedefizits konnte nur grob geschätzt werden. Indirekte Hinweise erhielt man im Deutschland der Nachkriegszeit durch den Salvarsan- und Wismutverbrauch, der den Bedarf der gemeldeten Fälle bei weitem überstieg. 1951 wurde für die britisch besetzte Zone der Anteil der nicht erfassten Geschlechtskranken auf 30 % der Neuerkrankungen geschätzt, der der Deutschen Demokratischen Republik mit schärferen Bestimmungen auf 10 %-15 %.<sup>264</sup>

Tatsächlich war es so, dass die Syphilis häufiger gemeldet wurde als die Gonorrhoe, und die Klinikärzte vollständiger als die frei praktizierenden Ärzte meldeten.

Ein weiteres Problem der Meldepflicht war die Erfassung der Infektionsquelle. In der Bundesrepublik und in West-Berlin wurden auch noch 1965 nur 10-15 % der

---

<sup>261</sup> siehe auch Stümpke (1946a), S.53

<sup>262</sup> Grütz (1947), S.235-236

<sup>263</sup> Holzamer (1947), S.118-120

<sup>264</sup> Proppe, Wagner (1965), S.772

Kontaktpersonen erfasst.<sup>265</sup> Im Bundesgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1953 war diese Aufgabe dem oftmals überlasteten praktischen Arzt überlassen, der die Kontaktpersonen nur herausfinden konnte, wenn die Patienten sie freiwillig mitteilten. Das war selten der Fall, noch weniger häufig geschah es, dass die Kontaktperson dann auch wirklich zur Untersuchung erschien. Die gemachten Angaben waren oft falsch, da der Partner geschützt werden sollte. Viele Patienten betrachteten es als Verrat des Arztes ihres Vertrauens, wenn dieser ihre Namen an die Behörden weiter gab, auch wenn diese ärztlich geleitet wurden. Es bestand große Furcht vor Indiskretion, die auch tatsächlich vereinzelt auftrat. 1948 wurden Fälle von Bestechungen bekannt. Gerade betuchtere Bürger baten die Ärzte, ihre Namen nicht preiszugeben. Auch der Schwarzmarkthandel von Salvarsan und Sulfonamiden nahm in den Gebieten mit Einführung der namentlichen Meldepflicht beträchtlich zu.<sup>266</sup> Die Behörden schienen überlastet und es wurden Fragen laut, ob die namentliche Meldung, vor allem bei „pünktlichen und zuverlässigen“ Patienten überhaupt notwendig sei. Die Infektionsquellenforschung basiere vor allem auf dem Vertrauen, dass der Patient seinem Arzt entgegenbrächte. Die namentliche Meldung habe darum in den Händen des Arztes nichts zu suchen. Viele Ärzte forderten Zwang und behördliche Kontrolle nur für die Patienten, die sich den Maßnahmen entziehen wollten; für die anderen forderten sie Freiheit von behördlicher Kontrolle.<sup>267</sup>

1948 war die Behandlung Geschlechtskranker im Vergleich mit früheren Jahrzehnten um ein vielfaches einfacher und erfolgreicher geworden. Nichts desto Trotz gab es noch immer Ärzte, die Zwangsmaßnahmen forderten. Viele Patienten wurden nach wie vor durch die namentliche Meldung, die ja in bestimmten Fällen überall vorgesehen war, ungenügende Diskretion im Behördengang, Polizeirazzien, Androhungen von Arbeitsentziehung und moralische Verurteilung als Grundlage für die Durchführung von Fürsorgeerziehungen verschreckt. Die Folgen waren häufig der Gang zu einem Kurpfuscher oder „völliger Nihilismus“, wie mancher Arzt feststellte.<sup>268</sup> Gustav Hopf vertrat die Ansicht, dass polizeiliches Einschreiten generell, aber vor allem bei Personen mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr vollkommen verfehlt sei, da dies keine Straftat darstelle, sondern eine „Frage der Lebensanschauung“ sei.<sup>269</sup>

Wie schon aufgezeigt gab es sehr unterschiedliche Ansichten zur namentlichen Meldepflicht. Diese wurde vor allem im Vorfeld des Bundesgesetzes zur Bekämpfung der

---

<sup>265</sup> Proppe, Wagner (1965), S.771

<sup>266</sup> Holzamer (1948), S.41-42

<sup>267</sup> ebd., S.43

<sup>268</sup> Hopf (1948b), S.33

<sup>269</sup> ebd., S.34-35

Geschlechtskrankheiten von 1953 diskutiert. So äußerten einige Ärzte wie Roeschmann und Holzamer Bedenken.<sup>270</sup> Andere stimmten dem Vorgehen der namentlichen Meldung jedoch zu, wie zum Beispiel Schäfer und der Arzt P. Fest aus Salzwedel.<sup>271</sup> Immer wieder wurde betont, wie wichtig Takt und psychologisches Verständnis beim Umgang mit Geschlechtskranken sei. Besonders in Kleinstädten sei Vorsicht geboten. Von manchen Ärzten wurden Infektionsketten, die durch wechselnden Geschlechtsverkehr ausgelöst wurden, grafisch dargestellt, um die Wichtigkeit der Infektionsquellenforschung aufzuzeigen.<sup>272</sup> Auch aus bürokratischen Gründen sprachen sich Ärzte gegen eine namentliche Meldepflicht aus, da sie sich nicht mit dem „Papierkram“ befassen wollten, den die Meldungen mit sich brachten.<sup>273</sup> Generell ist es überraschend wie wenig die Ärzte ihrer Meldepflicht nachkamen, wie auch am Beispiel Hamburgs später dargestellt wird. Als Nachteile der namentlichen Meldung wurde die Gefahr der Abwanderung der Patienten zu Kurpfuschern oder auch die Selbstbehandlung und das gestörte Arzt-Patienten-Verhältnis genannt. Die Meldung sei überflüssig, da die Verweigerer der Behandlung sowieso der Behörde gemeldet würden.<sup>274</sup>

Zusammenfassend lässt sich über die Meldepflicht der Geschlechtskrankheiten in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg sagen, dass sie je nach Besatzungszone unterschiedlich gehandhabt wurde. Die Regelungen waren zwischen 1945 und 1953 sehr heterogen. Auch unter den Ärzten herrschte große Uneinigkeit über die Vor- und Nachteile der anonymen Meldepflicht.

Der sowjetische Sektor und auch Berlin hatten schon seit 1945 eine namentliche Meldepflicht. In Hamburg wurde, bis auf besondere Ausnahmefälle, eine anonyme Meldepflicht praktiziert, die in das Hamburgische Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1949 aufgenommen wurde. Dieses Gesetz wurde auf der Grundlage der Alliierten Kontrollratsdirektive Nr. 52 vom 7. Mai 1947 verfasst.

Insgesamt herrschte jedoch in allen Besatzungszonen ein großes Meldedefizit und es wurde eine ungenügende Erfassung von Infektionsquellen betrieben. Das wird auch anhand des Hamburger Ärzteblattes deutlich, das immer wieder Aufrufe an die Ärzteschaft veröffentlichte, ihren Verpflichtungen nachzukommen und sogar mit Strafmaßnahmen gegen die Ärzte drohte. Erst 1953 wurde die namentliche Meldepflicht offiziell in dem Bundesgesetz

---

<sup>270</sup> Holzamer (1948), S.43 und Roeschmann (1948), S.30-40

<sup>271</sup> Schäfer (1947), S.304-305 und Fest (1948), S.448-452

<sup>272</sup> Fest (1948), S.448-452

<sup>273</sup> Günther (1950), S.483

<sup>274</sup> Tiedemann (1948), S.88



zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten abgeschafft, und durch eine anonyme, bundesweite Meldepflicht ersetzt.

## **6.4 Therapie in der Phase von 1945 bis 1953**

### 6.4.1 Das „Penicillin Problem“

Der 1881 geborene Engländer Alexander Fleming erkannte 1928 die besondere Wirkung des *Penicillium notatum*. Allerdings fand diese in Fachkreisen zunächst keine besondere Beachtung. Erst zehn Jahre später untersuchten Howard W. Florey, Ernst B. Chain und Norman Heatley von Mikroorganismen gebildete Stoffe genauer. 1941 unternahm man erste klinische Tests mit Penicillin. Durch Ausbruch des Zweiten Weltkrieges wurden die Forschungen von England in die USA verlegt. Dort wurde mit Geldern der Rockefeller-Stiftung schon bald die Großproduktion gestartet.<sup>275</sup> Fleming, Chain und Florey erhielten 1945 gemeinsam den Nobelpreis für Medizin.<sup>276</sup>

Die Herstellung von Penicillin in Deutschland während des Zweiten Weltkrieges war sehr schwierig. Für die chemischen Untersuchungen gab es in den USA und in England von 1943 bis 1945 ein Veröffentlichungsverbot. Nur untereinander bestand ein geheimer Erfahrungsaustausch.<sup>277</sup> Lautenschläger, der Leiter der pharmazeutischen Abteilung der Farbwerke Hoechst nahm 1942 die Forschung in Deutschland wieder auf und beauftragte den Biochemiker Oepfinger und den Chemotherapeuten Fußgänger mit der Penicillinherstellung zu beginnen.<sup>278</sup> Doch durch den Krieg mangelte es an ausgebildetem Personal, an Rohstoffen, an Apparaten und an der Erfahrungen mit dem neuen Medikament, die anglo-amerikanische Länder schon gemacht hatten. Der IG Farben Hoechst gelang die industrielle Produktion im Herbst 1944 nur in sehr geringen Mengen, da man in Deutschland nicht über den ergiebigen Pilzstamm "*Penicillium chrysogenum*" verfügte. So konnte Hoechst unter der Leitung von Heinz Oepfinger nur geringe Mengen von Penicillin Wundpuder und Penicillinwundverbänden herstellen.<sup>279</sup>

Die britische Besatzungszone besaß zwei Penicillin-Produzenten, einmal die 1946 gegründete Penicillin-Gesellschaft, die in Göttingen produzierte und die Firma Chemie Grünenthal, die in Aachen/Stolberg (Rheinland) ihren Sitz hatte. In der französischen und russischen Besatzungszone lief die Penicillin-Produktion weitaus langsamer an, da die Besatzungsländer selber nicht über das neue Wundermittel verfügten. In Jena entstand eine vergleichsweise

---

<sup>275</sup> Goddemeier (2006), S. 2286

<sup>276</sup> Grüninger (1947), S.9

<sup>277</sup> Brunner (1962), S. 251

<sup>278</sup> Zoberbier (1951), S. 24

<sup>279</sup> ebd., S. 25-28

geringe Produktion bis 1950/1951, durch die VEB Jenapharm. Diese konnte den Penicillin-Bedarf der damaligen DDR decken. In den amerikanischen und britischen Militärlazaretten wurde der Urin der mit Penicillin behandelten Patienten gesammelt, um daraus neues Penicillin zu regenerieren. Dieser kostspielige Vorgang lohnte sich unter den damaligen Verhältnissen. Die Besatzer nahmen es bei ihren Kontrollen der Penicillinmengen sehr genau. Die Firma Schering AG, die damals in Berlin drei Standorte besaß, einen im sowjetischen, einen im französischen und einen im britischen Sektor, musste das regenerierte Penicillin entsprechend der gelieferten Urinmenge aus den jeweiligen Zonen, in genau dieser Menge an die Bevölkerung des jeweiligen Besatzungssektors zurückliefern. Erst nach dem Preissturz von Penicillin 1960 wurde die sehr aufwändige Regenerierung aufgegeben.<sup>280</sup>

#### 6.4.2 Die Therapie unmittelbar nach dem Krieg

„Seit 4 Jahrzehnten ist in aller Welt bekannt, dass die Syphilis heilbar ist, und zwar seit der Entdeckung des Salvarsans.“<sup>281</sup>

Dieses Zitat von 1946 verdeutlicht, wie sehr man in Deutschland an dem von Paul Ehrlich entdeckten Salvarsan hing, obwohl auch hier, wie schon erläutert, die Einführung des neuen Medikamentes zunächst sehr schwierig gewesen war, ähnlich schwierig wie der Übergang zum Penicillin.

In dem folgenden Kapitel soll dargestellt werden, wie die Therapie von Geschlechtskrankheiten unmittelbar nach dem Krieg aussah und wie die deutschen Ärzte zum Penicillin standen. Die Entwicklung hin zur Monotherapie der Syphilis mit Penicillin soll aufgezeigt werden. In dieser Nachkriegsdebatte sind vor allem drei Positionen erkennbar. Zunächst wird die Meinung der Mediziner dargestellt, die das Penicillin nicht grundsätzlich ablehnten, sondern noch zu unsicher waren, um die bewährten Methoden aufzugeben. Anschließend wird die Ablehnung der Ärzte aus moralischen Gründen dargelegt und dann die Ablehnung aus medizinischen Gründen.

Da die Medikamente zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten 1945 in Deutschland sehr knapp waren, waren sie nur in den autorisierten Behandlungsstellen zugänglich. Sulfonamide wurden ausschließlich zur Behandlung von Geschlechtskranken verwendet, Salvarsan durfte nur von den zugelassenen Ärzten der Arbeitsgemeinschaften gegen Geschlechtskrankheiten verschrieben werden. Diese beiden Medikamente wurden kontingentiert den Apotheken zugeteilt, die über ihren Bestand Buch führten. Die Rezepte wurden dann vom pharmazeutischen Sachbearbeiter des zuständigen Gesundheitsamtes geprüft, registriert und

---

<sup>280</sup> Brunner (1962), S. 251-256

<sup>281</sup> Hoede, (1946), S.73

abgestempelt. Dieses Vorgehen hatte den Vorteil, dass so kontrolliert werden konnte, ob alle verschreibenden Ärzte der Arbeitsgemeinschaft gegen Geschlechtskrankheiten angehörten oder gar Nichtapprobierte unter ihnen waren. Auch konnte hier nochmals geprüft werden, ob die Erkrankungsfälle auch vorschriftsmäßig gemeldet worden waren.

1943 wurde in den USA die Wirkung des Penicillins auf die Syphilispirochäte von Mahoney, Arnold und Harris entdeckt.<sup>282</sup> Es wurde auch versucht ein Schema für die Kurztherapie der Syphilis mit Penicillin zu finden. Allerdings wurde auch in den Vereinigten Staaten in den ersten Jahren zunächst eine Kombination mit Arsenpräparaten bevorzugt. Penicillin wurde, wie schon aufgezeigt, im besetzten Deutschland durch die amerikanischen und britischen Besatzungsbehörden bereitgestellt.<sup>283</sup> In den USA hatte man nicht zuletzt durch eine Musterung der amerikanischen Armee Erfahrungen mit der neuen Wunderwaffe gewonnen. 1944 wurden 15 Millionen Soldaten der US-Armee auf Geschlechtskrankheiten untersucht. Das erschreckende Ergebnis brachte zu Tage, dass 750.000 von ihnen an Syphilis litten. Da eine Salvarsantherapie Monate dauerte, stand die Armee vor einem Dilemma, da sie ihre Soldaten schnell wieder einsatzfähig wissen wollte. Man besann sich auf das Penicillin und so wurde noch im gleichen Jahr in den USA bei der Behandlung der Syphilis das Salvarsan durch Penicillin ersetzt, obwohl noch keine Langzeitstudien zu der neuen Therapie vorlagen.<sup>284</sup>

In Deutschland hingegen waren viele Dermatologen 1946 überzeugt davon, dass das Salvarsan dazu geführt hatte, dass die Syphilis eine aussterbende Krankheit sei. Durch Kriege würde die Krankheit immer wieder kurz „aufflackern“, sei dann aber ohne Probleme, dank des Medikamentes wieder zu kontrollieren.<sup>285</sup> Viele Mediziner beklagten 1947 jedoch die zunehmende Wirkungslosigkeit des Salvarsans. Es wurde vermutet, dass sich auch hier analog zu den Sulfonamidresistenzen bei der Gonorrhoebehandlung, Salvarsanresistenzen entwickelt hätten.<sup>286</sup> Die Salvarsantherapie musste wegen ihrer Toxizität stets in Kuren durchgeführt werden. Die Behandlung konnte, nach Zufuhr von 5-6g Salvarsan, erst nach einer Pause von 4-6 Wochen weitergeführt werden und zog sich deshalb über Monate hin.<sup>287</sup>

Von [...]. Grütz, einem Arzt der sich 1947 mit der Neuordnung der Geschlechtskrankheiten beschäftigte, wurde über die alliierte Kontrollratsdirektive Nr. 52 bzgl. der Bekämpfung von

---

<sup>282</sup> Schirduan (1948), S.71

<sup>283</sup> Schäfer (1946b), S.46

<sup>284</sup> Adam (2001), S.111

<sup>285</sup> Linser (1946), S.85

<sup>286</sup> Brenske (1947), S.76

<sup>287</sup> Heite, Walther (1976), S.153-154

Geschlechtskrankheiten vom 7. Mai 1947 über die Behandlung der Gonorrhoe mit Penicillin auf Grund der Medikamentenknappheit Folgendes aufgeführt:

„Es ist ein Bestandteil der Politik dieser Abteilung (der Militärregierung), nach und nach eine Lage zu schaffen, wonach die deutschen Zivilisten sich an den Gedanken gewöhnen, dass die Behandlung der Geschlechtskrankheiten in geeignet gelegenen Behandlungszentralen, vorzugsweise im allgemeinen Krankenhaus erfolgt. Diese Kliniken erhalten einen Stab von Fachärzten für Geschlechtskrankheiten [...]. Auf jeden Fall wird es während der gegenwärtigen Knappheit an Penicillin nicht möglich sein, dass irgend jemand gesetzmäßig eine Penicillinbehandlung wegen Gonorrhoe außerhalb der ausersehenen Krankenhäuser erhält. Und da damit zu rechnen ist, dass die meisten deutschen gonorrhoeerkrankten Zivilisten die Penicillinbehandlung irgendeiner anderen Behandlung vorziehen, dürfte dieses dazu führen, dass sich die deutsche Bevölkerung bei Behandlung von Geschlechtskrankheiten mehr an die Behandlung der Kliniken gewöhnt, als sich privatim behandeln zu lassen. Auf diese Weise ist eine Überwachung und eine Kontrolle aller Gesichtspunkte in dem Geschlechtskrankenproblem für die Organisation des deutschen öffentlichen Gesundheitsdienstes leichter durchführbar, u.zw. in einer Weise, wie sie in Deutschland niemals versucht worden ist.“<sup>288</sup>

Diese Überlegungen wurden von vielen Ärzten als Einschränkung ihres Behandlungsspielraumes empfunden, da die meisten von ihnen sich so von der Bekämpfung eines der wichtigsten Probleme der Nachkriegszeit ausgeschlossen fühlten. Die Alliierten glaubten jedoch, mit diesem Vorgehen nicht nur das Problem der Medikamentenknappheit in den Griff zu bekommen, sondern gleichzeitig eine gute Kontrolle über die Bekämpfungsmaßnahmen der Gonorrhoe zu gewinnen. Die Lues durfte auch außerhalb der Hospitäler behandelt werden, da hier nach wie vor die Salvarsanpräparate und nicht das knappe Penicillin eingesetzt wurde.

In der amerikanischen Zone wurde 1946 nur noch Penicillin zur Behandlung der Gonorrhoe verwendet, in der russischen Zone stand es nicht zur Verfügung. Dort musste man mit Sulfonamiden auskommen, die nach und nach ihre Wirkung einbüßten.<sup>289</sup> Erst ab 1949 gab es auch in der sowjetischen Besatzungszone Penicillin zur Behandlung der Syphilis.

Die Nicht-Venerologen beklagten die fast ausschließliche Verwendung der Sulfonamide für Geschlechtskranke, woraufhin Prontosil von dieser Regelung ausgenommen wurde. Bei strenger Indikationsstellung standen nun auch genügend Sulfonamide, unter anderem für die Behandlung von Pneumonien, zur Verfügung. Die Militärregierungen, sowie die Schweizer und Schwedische Abteilung des interalliierten Roten Kreuzes gaben zusätzlich Sulfonamide frei. Die Wirksamkeit der Sulfonamide wurde jedoch schon 1946 in Frage gestellt, da durch Unterdosierung Scheinheilungen oder resistente Gonokokkenstämme auftraten.

---

<sup>288</sup> Grütz (1947), S.236-237

<sup>289</sup> Bohnstedt (1946b), S.357

Erfahrungen mit Penicillin lagen zu diesem Zeitpunkt nur in geringem Maße vor, wurden jedoch von einigen Medizinern als hoffnungsvoll erkannt. Vor allem schwere Fälle von Syphilis, wie schon nach dem Ersten Weltkrieg, bereiteten den Ärzten Sorge.<sup>290</sup>

Zur Zeit der NS-Medizin waren Versuche mit hohen Sterblichkeitsraten ohne große Bedenken durchgeführt worden. 1944 wurde von einer Studie über hohe Arsendosen intravenös bei der Behandlung der Frühsyphilis berichtet. Die Ergebnisse dieser Studie wurden 1946 noch als Grundlage für die Therapie verwendet. Einige Ärzte zeigten auf, dass diese Therapie „nicht besonders“ gefährlich und „dabei sehr wirksam sei“. Der Vorteil dieser sei, dass die Patienten nur eine einzige Behandlung benötigten, um nicht mehr infektiös zu sein, der Nachteil sei die hohe, oft tödliche Toxizität, die doch hin und wieder auftrete.<sup>291</sup> Es scheint so, als wurde die Inkaufnahme von Todesfällen, vielleicht als Erbe der NS-Medizin, auch nach 1945 noch von einigen Ärzten akzeptiert und die Eindämmung der Infektiosität als wichtiger erachtet als das Überleben des Einzelnen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Behandlung der Syphilis mit Penicillin sich kurz nach dem Zweiten Weltkrieg in Deutschland noch nicht durchgesetzt hatte. Salvarsan kombiniert mit Wismut war nach wie vor das Mittel der Wahl bei der Syphilistherapie. Zur Penicillinbehandlung lagen laut Teller bisher nicht genügend Daten vor.<sup>292</sup> Bei der Geschlechtskrankheit Gonorrhoe wurde schon früher als bei der Syphilis eine Penicillintherapie diskutiert. Im Deutschland der Nachkriegszeit gab es neben der Frage nach der richtigen therapeutischen Behandlung, auch andere Therapieschwierigkeiten: Viele der Patienten waren Flüchtlinge und konnten deshalb die Behandlung nicht bis zum Ende durchführen, oder die Nachuntersuchungen nicht wahrnehmen.

#### 6.4.3. Wie wurde die Therapie der Syphilis konkret durchgeführt?

Die Behandlung eines stationären Patienten mit Syphilis sah zum Beispiel folgendermaßen aus: An den ersten drei Tagen bekam er täglich Bigrol intramuskulär. Durch die Wismutvorbehandlung wurde die Herxheimersche-Reaktion bei der ersten Salvarsangabe vermindert. Am vierten Tag wurde Neo-Salvarsan gegeben, dann wöchentlich zwei Neosalvarsaninjektionen und gleichzeitig Bigrol. Die Primäraffekte und Condylomata lata wurden örtlich mit Kaliumpermanganatbädern, Rivanolumschlägen, Kochsalzlösungen und Kalomelpuder (Quecksilberchlorid) behandelt. Die Primäraffekte, Papeln und Exantheme waren durchschnittlich nach 17 Tagen stationärer Behandlung verschwunden, so dass die Patienten dann entlassen werden konnten. Bei dieser Syphilistherapie traten häufig

---

<sup>290</sup> Schäfer (1946), S.47

<sup>291</sup> Däschlein (1946), S.124-125

<sup>292</sup> Teller (1947), S.111

Leberschäden auf, die aber auf die Syphilis selbst und nicht auf deren Therapie zurückgeführt wurden. Auch Salvarsandermatitiden wurden beobachtet. Deshalb wurde zur Entgiftung täglich Tecesal (Calciumthiosulfat in 10 % Lösung) intravenös (i.v.) verabreicht und Traubenzucker zur Leberunterstützung gegeben. Bemängelt wurde 1946, dass es in den letzten Jahrzehnten kaum große Fortschritte in der Syphilistherapie gegeben habe und immer noch hauptsächlich das von Ehrlich 1910 eingeführte Salvarsan, und das 1921 von Levaditi und Sazerac eingeführte Wismut Verwendung fanden. Bei Spätsyphilis im Stadium III wurde nach wie vor Jod verwendet.<sup>293</sup>

#### 6.4.4. Penicillin: Als Ersatz für die herkömmlichen Behandlungsverfahren?

Im Folgenden sollen die Meinungen der Ärzte dargelegt werden, die das Penicillin als wirksam anerkannten, jedoch auf Grund mangelnder Erfahrung mit dem neuen Medikament noch zögerten es anzuwenden. Ein großer Vorteil des Penicillins wurde darin gesehen, dass es verglichen mit den herkömmlichen Therapien, sehr nebenwirkungsarm war.

In einer Befragung von Ärzten in der Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete befragte der Arzt Stümpke aus Hannover-Linden Gustav Hopf aus der Universitäts-Hautklinik Hamburg nach dessen aktuellem Behandlungsschema der Gonorrhoe. Hopf erklärte daraufhin, dass in Hamburg alle Gonorrhoe-Fälle auf Anweisung der britischen Militärregierung mit Penicillin behandelt würden, das hier für ausreichend zur Verfügung gestellt wurde. Bei der Syphilistherapie favorisierte Hopf die Sulfonamidbehandlungen und die Malariatherapie, vor allem bei Penicillinrezidiven.<sup>294</sup>

Auch ein Mediziner aus Oldenburg war schon 1946 von der Penicillintherapie überzeugt.<sup>295</sup> Er beantwortete die Frage nach Behandlung der Gonorrhoe in dem Sinne, dass bis zum 1. Juni 1946 Penicillin nur bei Sulfonamidversagern angewandt wurde. Danach wurde auch bei frisch infizierten Männern die Gonorrhoe mit Penicillin therapiert. Dieser Arzt war überzeugt davon, dass Penicillin bei der Gonorrhoe das bessere Medikament war.<sup>296</sup>

In den Städtischen Krankenanstalten Düsseldorfs wurde die Gonorrhoe grundsätzlich nur mit Penicillin behandelt und die Heilungsraten waren „sehr gut“.<sup>297</sup> Der Arzt Grimmer berichtete schon 1945, dass Penicillin auch bei der Frühsyphilis wirksam sei. Er verglich die Penicillinbehandlung mit der von dreiwertigem Arsen, kombiniert mit Wismut. Bei letzter Behandlung trat gar keine Besserung ein und die Syphilis schritt weiter fort. Spirochäten

---

<sup>293</sup> Winkler (1946a), S.116

<sup>294</sup> Stümpke (1946a), S.49

<sup>295</sup> der Arzt Gollnick aus dem Städtischen Krankenhaus Oldenburg, z.n. Stümpke (1946a), S.50

<sup>296</sup> Stümpke (1946a), S.53, gibt der befragte Arzt Schreuss an

<sup>297</sup> ebd., S.54

waren nach wie vor nachweisbar. Bei einer Penicillindosis von 600.000-2.000.000 O.E. war die Therapie durchgehend erfolgreich, die Spirochäten verschwanden innerhalb von 10-26 Stunden nach Behandlungsbeginn. Dies führte Grimmer zu dem Schluss, dass arsenresistente Syphilisfälle mit 2.400.000 O.E. intramuskulär (i. m.) in 60 Injektionen zu je 40.000 O.E. in Abständen von 3-4 Stunden Tag und Nacht behandelt werden sollten.<sup>298</sup>

Der Hautarzt Erich Langer beobachtete bei Patienten, die sowohl an Gonorrhoe, als auch an Lues erkrankt waren, dass bei der, obwohl für die Syphilistherapie zu niedrigen Dosis an Penicillin, die Affekte der Syphilis sich verbesserten. Es wurde immer zunächst die Gonorrhoe und dann die Lues behandelt. Bei den mit Penicillin „vorbehandelten“ Patienten ergab sich eine effizientere Heilung als bei denen, die nur die Luestherapie bekamen.<sup>299</sup>

Mediziner aus Tübingen berichteten 1946, dass die Therapieerfolge des Penicillins vielversprechend seien. Neu in der Luestherapie sei vor allem die Unschädlichkeit des Medikamentes. Vielleicht ginge mit dem Penicillin sogar der Traum der ersten Syphilidologen von der „Therapia magna sterilisans“ (d. h. Heilung der Syphilis durch eine oder nur wenige Injektionen eines Mittels<sup>300</sup>) in Erfüllung.<sup>301</sup>

In der Sitzung der Straßburger Dermatologischen Gesellschaft vom 24. März 1946 wurde das Penicillin in der Luestherapie thematisiert. Man kam zu dem Ergebnis, dass es noch nicht an der Zeit sei, die „klassische Luestherapie“ zu verlassen, da man sich der Penicillinbehandlung noch nicht sicher war.<sup>302</sup> Es sei zwar prinzipiell wirksam, aber der Einfluss auf die Spirochäten sei in keiner Weise größer als der von Salvarsan-Präparaten. Auch würden die klinischen Symptome langsamer als unter Salvarsan verschwinden und Rezidive häufiger sein.<sup>303</sup> Aber schon 1947 wurde von Seiten einiger Mediziner aus Nürnberg über die Wirkung des Penicillins berichtet: es sei nach noch nicht einmal einem Jahr seit seiner Einführung schon berühmt für seine gute Verträglichkeit und rasche Wirkung bei der Behandlung der Gonorrhoe. Des Weiteren wurde die Frage aufgeworfen, ob es auch bei Lues anwendbar sei, da das Auftreten von Herxheimer-Reaktionen bei Patienten mit Gonorrhoe und Lues bei Penicillintherapie aufgefallen wäre. Das Patientengut aus Nürnberg wurde als zu klein bezeichnet, um zu einem endgültigen Schluss zu kommen, aber man vermutete, dass Penicillin auch bei Syphilis eine gute Wirkung habe.<sup>304</sup> Problematisch bei diesen Berichten ist

---

<sup>298</sup> Grimmer (1945), S.28

<sup>299</sup> Langer (1946c), S.12

<sup>300</sup> Krüger (1965), S.927

<sup>301</sup> Schneider (1946), S.252

<sup>302</sup> Pautrier, Ullmo und Burgun, in: Nikolowski (1947), S.90

<sup>303</sup> Nikolowski (1947), S.90

<sup>304</sup> Beck (1947), S.101-105, siehe auch Schuermann, Greipel (1947), S.7-12

jedoch, dass selten Patientenzahlen genannt wurden und es sich jeweils nur um Erfahrungen der Ärzte aus ihrem Klinikalltag handelte, und nicht um verlässliche Studien.

So wurde zum Beispiel von der Firma Hoechst 1951 die Kombination aus Neo-Salvarsan und Wismut favorisiert, da man sich mit dem Penicillin noch zu unsicher war. Es wurde lediglich eine Schätzung angegeben, nach der man von 20 % serologischen Rückfällen nach Penicillinbehandlung ausging. Zur Bekräftigung der These wurde von Hoechst dann die Studie einer Beratungsstelle erläutert, bei der 1948 in Dortmund 1360 Lues I und II Patienten mit der kombinierten Kur nur zu 0,66 % an Rezidiven litten.<sup>305</sup> Des Weiteren behauptete Hoechst, dass die US-Amerikaner jetzt nach den angeblich schlechten Erfahrungen mit Penicillin wieder zu einer Kombinationstherapie mit Salvarsan zurückkehrten.<sup>306</sup> Die Wirksamkeit des Salvarsans wurde von dieser deutschen Firma, wohl auch um den eigenen Umsatz zu sichern, hervorgehoben:

„Es dürfte wohl heute kein Zweifel mehr am Wert der Salvarsantherapie bestehen.“<sup>307</sup>

Interessant ist dies vor allem, da Hoechst seit 1944 selber Penicillin vertrieb. Vielleicht fiel jedoch einfach das Eingeständnis schwer, dass das traditionsreiche deutsche Salvarsan nun an Wirksamkeit überboten worden war. Aber auch produktionstechnische Gründe mögen von großer Bedeutung in der Nachkriegszeit gewesen sein.

Die deutsche Penicillin-Gesellschaft Dauelsberg & Co. Göttingen hingegen hob 1950 stärker als Hoechst die Vorzüge des Penicillins zur Behandlung der Syphilis hervor.<sup>308</sup>

Einige Mediziner waren zwar von der Wirksamkeit des neuen Medikamentes überzeugt, sahen sich aber 1947 durch die Medikamentenknappheit und die hohen Kosten gezwungen, nur eine Auswahl an Patienten damit zu behandeln.<sup>309</sup> Aus diesem Grund war man immer noch auf Salvarsan in Kombination mit anderen antiluetischen Mitteln angewiesen, vor allem mit Wismutpräparaten.<sup>310</sup>

In einem weiteren Beitrag wurde die Einstellung der Deutschen gegenüber dem Penicillin als sehr skeptisch bezeichnet. Vor allem, da es noch nicht genügend Studien mit dem neuen Medikament gäbe,

„zumal die ersten hier gesammelten Eindrücke den propagandistisch erweckten und daher zu hoch gespannten Erwartungen nicht ganz entsprechen.“<sup>311</sup>

---

<sup>305</sup> Farbwerke Hoechst (1951), S.42-43

<sup>306</sup> ebd., S.43

<sup>307</sup> ebd., S.47

<sup>308</sup> Greuer (1950), S.34

<sup>309</sup> Hussel (1947), S.1121-1127

<sup>310</sup> Schreiber (1948), S.49-52

<sup>311</sup> Hess, Proppe (1949), S.17



Die Autoren selber erläuterten jedoch anschließend die vorzügliche Wirkung des Penicillins, gerade bei salvarsanresistenten Fällen. Sie stellten fest, dass „schon jetzt das Penicillin zumindest eine unersetzliche Ergänzung“<sup>312</sup> der Luestherapie darstelle.

„Für das Penicillin würde die Ersparnis von einem Monat Zeit und die Ungefährlichkeit sprechen, gegen es der Zwang zu zehntägiger stationärer Aufnahme, die schwierigere Beschaffung und der größere Kostenaufwand.“<sup>313</sup>

Noch 1946 waren die meisten dem Penicillin gegenüber sehr skeptisch gewesen.<sup>314</sup> Und Jahre lang wurde noch angenommen, dass die alleinige Penicillintherapie ohne Arsen und Wismut ein Kunstfehler darstelle. Eine besondere Gefahr sahen einzelne Autoren bei der Therapie der Gonorrhoe mit Penicillin, da bei gleichzeitiger Syphilisinfektion diese nicht geheilt werden konnte, wohl aber der Verlauf verzögert und eine rechtzeitige Erkennung verhindert werden könnte.<sup>315</sup> Die Erlanger Klinik, die als erste in Deutschland seit Februar 1947 die ausschließliche Penicillinbehandlung der Lues durchführte, kam zu dem Ergebnis, dass die Penicillintherapie in allen Stadien am wirksamsten sei. Auch trete die Herxheimer-Reaktion nur abgeschwächt in Erscheinung, durch leichtes Fieber oder vorübergehende Erhöhung des Serum-Titers. Ein unbestreitbarer Vorteil sei die Kürze der Therapie. Als Schlusswort der Diskussion wurde aber betont, dass das Penicillin noch nicht in die Hand des praktischen Arztes gehöre.<sup>316</sup> Andere unerforschte Gebiete im Bereich der Syphilis umfassten den Wirkmechanismus des Penicillins, eine passende ambulatorische Methode der Behandlung, das pharmakologische Verhalten und die Penicillinresistenz.<sup>317</sup>

1948 stand die Wirksamkeit des Penicillins auf die *Spirochaeta pallida* unter der Mehrzahl der Dermatologen außer Frage. Auf der wissenschaftlichen Dermatologentagung in Hamburg im September 1948 wurde im Hauptreferat von einem Arzt aus Zürich jedoch dargelegt, dass die Herxheimersche-Reaktion bei der Lues seiner Beobachtung nach unter Penicillinbehandlung häufiger sei.<sup>318</sup> In der anschließenden Diskussion über die Wirksamkeit des Penicillins bei der Luesbehandlung wurde deutlich, wie unterschiedlich die Ansichten dazu 1948 noch waren: So zeigten sich Mediziner aus Marburg nicht überzeugt, dass das Penicillin dem Neosalvarsan überlegen sei. Gustav Hopf aus Hamburg berichtete, dass dort nach einigen Misserfolgen die alleinige Penicillinkur nicht fortgeführt wurde. Er nannte es als „drittes Mittel“ für die Luesbehandlung. Dem schlossen sich Ärzte aus Aachen an. In Halle meinte man, dass nur

---

<sup>312</sup> Hess, Proppe (1949), S.21

<sup>313</sup> ebd., S.21

<sup>314</sup> Thomas (1946), S.66-67

<sup>315</sup> Krüger (1965), S.929

<sup>316</sup> Hasselmann, Amtmann, Sitzberger (1948), S.129-134

<sup>317</sup> Beermann (1948), S.246

<sup>318</sup> Miescher (1948), S.123

eine Kombinationstherapie mit einer Malariakur wirklich wirkungsvoll sei. Die Firma Hoechst wies 1948 interessanterweise auf ein neues Arsenoxyd Medikament hin, obwohl sie schon seit 1944 in geringem Umfang das wirkungsvollere Penicillin vertrieb. In wie weit dies auch damit zusammenhing, dass die Besatzungsmächte die Pharmafirmen kontrollierten und ihren eigenen Absatzmarkt für Penicillin in Deutschland sichern wollten, lässt sich nur mutmaßen.

Im Jahre 1949 wurde in der Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete ein Artikel veröffentlicht, der die Wirksamkeit des Penicillins auf alle Stadien der Lues mit einer Zusammenfassung von verschiedenen Studien belegte.<sup>319</sup> In Wiesbaden war 1950 eine Studie zu Penicillin durchgeführt worden, in der festgestellt wurde, dass die Ungiftigkeit des Penicillins und die kurze Behandlungsdauer für eine alleinige Therapie sprechen würden, die leicht mögliche Akquisition einer Neuinfektion dagegen. In Wiesbaden war durch Vereinigung von Klinik und Beratungsstelle eine gründliche Nachuntersuchung der behandelten Patienten möglich. Die alleinige Penicillintherapie wurde von den amerikanischen Besatzern unterstützt und dort erstmalig konsequent durchgeführt.<sup>320</sup>

In der II. Universitäts- Hautklinik in Wien wurde eine vergleichende Studie an einem Krankengut von frischen Luesfällen zwischen 1945- 1950 mit Arsenobenzol-Schwermetall und Penicillin durchgeführt. Die Ergebnisse beider Methoden waren in etwa gleichwertig; wegen der Ungefährlichkeit, dem schnellen Abklingen der Infektiösität, sowie der klinischen Erscheinungen und der kürzeren Behandlungsdauer wurde dem Penicillin der Vorzug gewährt.<sup>321</sup> Einige Ärzte bezeichneten das Penicillin als sicheres und nicht toxisches Medikament für jede Form der Syphilis. Mit den neueren Depot- Penicillinen sei es sogar möglich, die Frühsyphilis mit nur einer einzigen Injektion zu kurieren. Auch bei der Verhütung der pränatalen Syphilis und bei Neurosyphilis sei es nachweislich sehr wirksam.<sup>322</sup> Von manchen Medizinern wurde das Penicillin als ebenbürtig neben Salvarsan und Wismut gestellt. Die Vorteile fehlender Toxizität und die besonderen Leistungen auf dem Gebiet der Neurolyues, wo es der Malariakur gleich käme, wurden jedoch betont.<sup>323</sup>

Bei einer erneuten Rundfrage 1950 wurde nach der Verwendung der bisherigen Antisyphilitika gefragt.<sup>324</sup> In Köln wurden noch Malariakuren angewendet. Dieses Verfahren

---

<sup>319</sup> Schirduan (1948), S.71-80

<sup>320</sup> Felke (1949), S.230-231

<sup>321</sup> Wiedmann (1963), S.168

<sup>322</sup> Curtis (1950), S.225-230

<sup>323</sup> Miescher (1950), S.291

<sup>324</sup> Stümpke (1950), S.303

wurde vor allem zur Vorbeugung der Neurolyues verwendet.<sup>325</sup> In Göttingen führte man die Malariatheapie, sogar ohne klinischen Befund bei einer Abweichung des Lumbalpunktates von der Norm durch.<sup>326</sup> In Frankfurt/Main wurden diese Kuren auch zur Vorbeugung des Überganges in das Stadium der Neurosyphilis angewandt.<sup>327</sup> In Essen wurden seit 1923 Malariakuren bei Liquorveränderungen gemacht und das wollte man auch so beibehalten.<sup>328</sup> In Münster dagegen wurden 1950 nur noch gelegentlich Malariakuren durchgeführt.<sup>329</sup> Auf die Frage hin, ob das Penicillin eine Änderung in der Kur der Neurosyphilis erbracht habe oder man sogar auf die Malariakur verzichten könnte, erwiderte der Arzt Bering, dass noch zu wenig Erfahrungen mit Penicillin vorlägen, um es alleine anzuwenden. Er verwendete es nur in Kombination mit der Malariakur und der Salvarsan-Bi-Kur. In Göttingen, wie in Münster wurden noch immer Quecksilber oder Wismut und eine Salvarsan Kur und dann eine Malariakur angewandt, das Penicillin sei noch zu „unsicher“. In Essen wandte man kombinierte Malaria-Salvarsan-Wismut-Kuren an. Gelegentlich kamen auch Penicillin-Malariakuren zur Anwendung, Penicillin alleine wurde jedoch als nicht ausreichend beschrieben.

Die Aussagen der Ärzte über ihre Erfahrungen zu den verschiedenen Medikamenten beruhten nicht auf umfassenden Studien, sondern allein auf Beobachtungen an ihrem jeweiligen Patientengut. Gerade deshalb scheint es interessant, die einzelnen Städte miteinander zu vergleichen. Allgemeingültige Schlüsse lassen sich aus diesen Erfahrungen jedoch nicht ziehen. Die Umfragen in den Zeitschriften geben einen guten Überblick, wie vielfältig die Meinungen der Ärzte zur richtigen Syphilistherapie waren.

Auch 1951 hatte sich die Einstellung gegenüber dem Penicillin noch nicht groß verändert. Von vielen Dermatologen wurde es zwar als wirksam anerkannt, man war jedoch nicht bereit die alten Mittel aufzugeben. Das wurde besonders auf der Festtagung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft deutlich, wo die Fragen aufgeworfen wurden, ob Syphilis mit Penicillin behandelt werden müsse und man die alten Methoden aufgeben solle. Die mehrheitliche Meinung dazu war, dass Penicillin häufig nicht ausreichend zur Verfügung stehe und es deshalb für bestimmte Indikationen vorbehalten sei, wie zum Beispiel bei Unverträglichkeit von Schwermetallverbindungen, bei Schwangeren, bei Salvarsanresistenz, bei Lues connata oder Kreislaufkrankungen.

---

<sup>325</sup> Bering (1950), S.303-304

<sup>326</sup> Nast (1950), S.305

<sup>327</sup> Gans (1950), S.305

<sup>328</sup> Memmesheimer (1950), S.306

<sup>329</sup> Moncorps (1950), S.307

Auch wurde erwähnt, dass das Salvarsan keineswegs ein ideales Mittel sei, man aber bei Kombinationstherapien bleiben wolle, bis Penicillin ausreichend zur Verfügung stehe und es sichere Studien aus den USA für die Anwendung gäbe.<sup>330</sup>

Im Jahre 1952 vertraten einige Ärzte die Ansicht, dass man dem Penicillin den Platz an Stelle des Salvarsans im Kombinationsschema der Syphilistherapie einräumen sollte.<sup>331</sup> Die Therapie der Syphilis mit Penicillin im Gebiet der späteren Bundesrepublik begann zunächst in der US-Zone, 1947 auch in der britischen Zone und 1948 in der französischen Zone.<sup>332</sup>

Wegen Medikamentenknappheit ließen sowohl die amerikanischen wie auch die britischen Besatzungsmächte das Penicillin zunächst nur für die Gonorrhoe herausgeben, da es hierbei schon in geringeren Dosen wirksam war. Als einer der ersten deutschen Ärzte äußerte sich Grimmer optimistisch zur Syphilistherapie mit Penicillin. Noch 1946 wurde ein neues Wismutpräparat, Bigrol, zur Luestherapie geschaffen. Im russischen Sektor wurde lange Zeit noch ausschließlich mit Salvarsan und Wismut therapiert. Ab 1949 nahm dann der Einsatz von Penicillin bei Syphilis in Deutschland erheblich zu.<sup>333</sup> Neu war um 1951 das Erreichen einer protrahierten Penicillinwirkung durch den Zusatz von Novocain. Dieses sogenannte Depotpenicillin bot den Vorteil, dass es weniger oft injiziert werden musste.<sup>334</sup> Depot-Penicilline standen nun in größerem Umfang zu Verfügung und es wurde 1952 in einer Studie festgestellt, dass diese Penicilline alleine den Kombinationstherapien überlegen waren, vor allem da sie fast risikofrei für den Patienten waren.<sup>335</sup> Auch auf die „Fieberung“ wollte man nun verzichten.<sup>336</sup>

#### 6.4.5. Penicillin: Hilfe oder Hindernis bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten?

Im folgenden Kapitel soll dargelegt werden, dass es auch andere Gründe für die Ablehnung der Penicillintherapie gab. Der medizinische Vorteil der Therapie wurde häufig anerkannt, die Ablehnung erfolgte aus moralischen Gründen.

1946 publizierte E. Langer einen Beitrag, in dem er schrieb, dass die Geschlechtskrankheiten, vor allem die Gonorrhoe, durch die Penicillinbehandlung ihren Schrecken verloren hätten, und die Menschen nun noch weniger Prophylaxe als vorher betreiben würden, da die Krankheiten heutzutage so schnell auszukurieren seien. Er warnte vor der Entstehung von

---

<sup>330</sup> Menze (1951), S.22

<sup>331</sup> Thelen (1952), S.365

<sup>332</sup> Lindner (2004), S.290-291

<sup>333</sup> ebd., S.302

<sup>334</sup> Cernea (1951), S.185

<sup>335</sup> Langer, Krüger (1952), S.321-326

<sup>336</sup> Teller (1952a), S.327-331

Penicillinresistenzen, wie es bei den Sulfonamiden in der Gonorrhoebehandlung schnell der Fall gewesen war. Langer erkannte den therapeutischen Fortschritt des Penicillins an, wies jedoch darauf hin, dass dies noch ein ganz neues Forschungsgebiet mit wenig Erfahrungen sei, und dass das „Problem der geistigen Einstellung“ der Menschen zu den Geschlechtskrankheiten nicht von den Ärzten gelöst werden könne, sondern nur durch „Charakter-Erziehung“<sup>337</sup>.

Auch der New Yorker Autor C. Clarke stellte in Frage, ob Penicillin die endgültige Lösung des Problems sei. Es schien ihm zwar wirksam, aber da keine ausreichenden Erfahrungen mit dem neuen Medikament vorlägen, dürfe man keine voreiligen Schlüsse ziehen. Die Schwierigkeit bei der Bekämpfung der Spirochäten sei, dass diese viel zu anpassungsfähig seien, um behaupten zu können, dass sie auch in Zukunft auf das Penicillin reagieren würden. Clarke beklagte, dass die schnelle Heilung der Gonorrhoe heutzutage kein Gewinn für die öffentliche Gesundheitspflege sei, da sich der Patient um so schneller neu infizieren könne, auch weil die Furcht vor einer Infektion nicht mehr so groß sei und eine Prophylaxe umständlicher scheine als die Therapie. Seit der Penicillintherapie der Gonorrhoe hätten die Fälle zugenommen und „wahlloser Geschlechtsverkehr“<sup>338</sup> würde sich auf der ganzen Welt verbreiten. Der „wahllose Geschlechtsverkehr“<sup>339</sup> stelle das „wahre Übel“ dar, das bekämpft werden müsse. Zur Behandlung der Syphilis mit Penicillin lägen nach wie vor noch zu wenig Langzeitstudien vor, so der Autor weiter. Vom Standpunkt der heutigen Wissenschaft aus, sei die Penicillintherapie vergleichbar erfolgreich wie die intensive Arsentherapie. Vorteile des Penicillins würden für den Patienten vor allem aus den geringen Nebenwirkungen bestehen. Nicht nur aufgrund von Neuinfektionen sei Penicillin für die öffentliche Gesundheitspflege aber von Nachteil. Es beeinflusse auch die Lebensführung der Menschen nachteilig und die Therapierfolge seien deshalb in Frage zu stellen. Clarke argumentierte weiter, dass das Penicillin alleine die Geschlechtskrankheiten nicht ausrotten könne, sondern es müsse zum Beispiel der Krankenhausaufenthalt genutzt werden, um Erziehungsarbeit zu leisten. Die Lösung des Problems der Geschlechtskrankheiten sei vor allem eines der Erzieher und nicht so sehr eines der Ärzte.<sup>340</sup> Trotz moderner Therapie sei die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ein soziales Problem, betonte auch Langer aus Berlin. Es sei nur durch die Verbesserung der sozialen Lage der Menschen zu beheben.<sup>341</sup>

---

<sup>337</sup> Langer (1946b), S.62

<sup>338</sup> Clarke (1947), S.197-203

<sup>339</sup> ebd., S.197-203

<sup>340</sup> ebd., S.197-203

<sup>341</sup> Langer (1950a), S.261

Aus Sicht einiger Ärzte war 1951 unter der Bevölkerung die Meinung sehr verbreitet, dass die Syphilis eine „Lappalie“ darstellte. Für diese Behauptung wurden aber keine Belege angeführt. Diese „neue moralische Haltung“ wurde auf die einfache Therapie mit Penicillin zurückzuführen. Die Ärzte warnten vor der massiven Zunahme der Reinfektionen.<sup>342</sup> Auch der Drang nach Verkürzung der Behandlungsdauer und die Verminderung der Anzahl an Injektionen oder gar deren oraler Ersatz wurde von vielen Ärzten aus sozialhygienischen Gründen kritisiert.<sup>343</sup>

#### 6.4.6. Beharrung auf früheren Behandlungsverfahren

Das Symptombild der Syphilis hin zu „stilleren Formen“ hatte sich im Laufe der letzten vier Jahrhunderte stark gewandelt. Ursachen dafür wurden in der wirksameren Behandlung mit Salvarsan, Wismut und Penicillin gesehen.<sup>344</sup>

Ende der 1940er Jahre war das Penicillin zur Syphilistherapie noch immer umstritten. Im Folgenden soll die Meinung der Mediziner wiedergegeben werden, die die alleinige Penicillintherapie aus medizinischen Gründen ablehnten und sich auf die alte antiluetische Therapie rückbesinnen wollten. Der Arzt Hans Hirsch ging sogar soweit, 1948 die Wiedereinführung von Quecksilberpräparaten zu fordern.<sup>345</sup>

Als Alternativen zum Penicillin gab es 1946 ein neues Wismutpräparat „Bigrol“. Zu Anfang des Jahres 1946 war in Berlin der Vorrat an injizierbaren Wismutpräparaten erschöpft, auf der einen Seite bedingt durch die Zunahme der Geschlechtskrankheiten, auf der anderen Seite durch Produktionsschwierigkeiten. Die Fabrik Grünau schuf aus den zur Verfügung stehenden Rohstoffen ein für die Luestherapie injizierbares Wismutpräparat, das aus einer 10 % Lösung Wismutsalicylat in Rapsöl mit einem Wismutmetallgehalt von 0,058g im Kubikzentimeter enthielt. Neu war das Rapsöl als Lösungsmittel. Das Medikament wurde „Bigrol“ genannt und meist in Kombination mit Neosalvarsan verabreicht. Es schien gut verträglich und nicht schlechter wirksam als die anderen Wismutpräparate.<sup>346</sup> Das Wismut wurde seit 1922 in der Behandlung der Syphilis verwendet und verdrängte das Quecksilber fast vollständig aus der Therapie. Experimentelle Untersuchungen in der Luestherapie gab es schon seit 1889 von Balzer, Uhlenhuth und Ehrlich-Karrer. Später erforschten vor allem

---

<sup>342</sup> Hofmeier (1951), S.291-296

<sup>343</sup> Hasselmann (1951), S.11

<sup>344</sup> Hoffmann (1951), S.173

<sup>345</sup> Hirsch (1948), S.453

<sup>346</sup> Siebert (1946), S.150-154

Sazerac und Levaditi die Wismutwirkung auf Mikroorganismen. Das Wismut war vor allem besser verträglich als das Quecksilber.<sup>347</sup>

Gustav Hopf äußerte sich 1948 folgendermaßen zu den Therapieempfehlungen. Die alleinige Salvarsan-Behandlung sei ein Kunstfehler. Es müsse immer mit Wismut kombiniert werden. Sein Therapieschema sah 6 Wochen lang eine Kombinationstherapie Neosalvarsan und Bismogenol vor, dann 6 Wochen Pause und eine Wiederholung der Therapie. Auch die Fieberbehandlung mit „Impfmalaria“ und Chinin, oder Pyrifer, einem Antigenpräparat aus Bakterien gewonnen, empfahl Hopf bei Lues II. Blieb die Wirkung aus, sollte man statt Wismut Gold, eventuell Quecksilber verwenden. Gustav Hopf erwähnte in seiner Schrift 1948 mit keinem Wort das Penicillin als Antisyphilitikum!<sup>348</sup>

Hopf und sein britischer Kollege C.W. Cunningham untersuchten 1949 die alleinige Penicillinwirkung und kamen zu dem Schluss, dass sie auf Grund von einigen Penicillinversagern abzulehnen sei. Weiter waren sie der Auffassung, dass das Penicillin nur ein weiteres Mittel in der Syphilistherapie sei, aber nicht „das Mittel“ schlechthin.<sup>349</sup> Auch ein anderer Autor meinte 1949: „Alleinige Penicillinbehandlung der Syphilis wird abgelehnt“<sup>350</sup>. Er befürwortete die Kombination mit der Fiebertherapie.

Noch 1949 war also umstritten, dass Penicillin alleine zu einer Heilung der Syphilis ausreiche. Die Kombination mit Salvarsan-Wismut im Anschluss an die Penicillinkur wurde daher weiterhin empfohlen, da die Ergebnisse „der Penicillinbehandlung der Frühluës deutlich hinter der, seit 20 Jahren bewährten Therapie mit Salvarsan und Wismut zurückstehen“.<sup>351</sup> Selbst 1950 äußerten sich Autoren noch über die Arsen-Schwermetallbehandlung der Lues und empfahlen sie bei bestimmten Indikationen, wie zum Beispiel bei Rezidiven. Eine Kombination mit Penicillin „wurde in Erwägung gezogen“<sup>352</sup>.

Eine weitere Meinung besagte, dass die Kombination von Penicillin und Arsenobenzol toxischer sei, als die übliche Salvarsanbehandlung, die Kombination aus Wismut und Penicillin dagegen empfehlenswert erscheine, da die Nebenwirkungen nicht so stark seien und eine alleinige Penicillintherapie noch zu unsicher erscheine.<sup>353</sup> Die Salvarsanresistenz stellte 1950 ein viel diskutiertes Problem dar. Ursachen wurden in einer fehlerhaften Herstellung des Salvarsans vermutet, in einer Resistenzformentwicklung der Spirochäten oder im Organismus

---

<sup>347</sup> Krantz (1947), S.67-69

<sup>348</sup> Hopf (1948), S.86-92

<sup>349</sup> Hopf, Cunningham (1949), S.111

<sup>350</sup> Jacoby (1949), S.425

<sup>351</sup> Hook (1949), S.270

<sup>352</sup> Luger, Wiedmann (1950), S.496-504

<sup>353</sup> Moncorps, Heite (1950), S.450

des Patienten. Zur Therapie der klinischen Salvarsanresistenz wurde eine Steigerung und Intensivierung der Salvarsanbehandlung empfohlen. Auch ein Präparatwechsel, eine Fieberbehandlung mit Pyrifer, Milchinjektionen, Malaria, Quecksilberschmierkuren, Wechsel von Wismut- zu Kalomelinjektionen, Höhensonnenbestrahlung, Röntgenbestrahlung oder Mapharseninjektionen, ein Arsenoxid, waren weitere Alternativen. Das Penicillin wurde durchaus für wirkungsvoll gehalten, aber nicht besonders favorisiert.<sup>354</sup>

Aufsehen erregte auch das von der Firma Hoechst entwickelte Arsenobenzol „Spirotrypan“, bei dem man vermutete, dass es den übrigen Arsenobenzolen und sogar dem Penicillin überlegen sei. Vorteile des „Spirotrypan“ waren, dass es sowohl intramuskulär, als auch intravenös verabreicht werden konnte. Es war auch bei salvarsan- und penicillinresistenten Fällen wirksam und gut verträglich.<sup>355</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass große Teile der Ärzteschaft Ende der 1940er Jahre noch die alten Behandlungsmethoden bevorzugten, beziehungsweise auf den Wirkstoff des Arsens nicht verzichten wollten und ihn weiterentwickelten. Das mag vielleicht daran gelegen haben, dass hier mehr Erfahrungen vorlagen, als mit Penicillin. Interessant ist auch, dass tatsächlich noch ein neues Medikament auf den Markt gebracht wurde und damit die Erfolge, die das Penicillin, zum Beispiel in den USA schon gezeigt hatte, ignoriert wurden.

#### 6.4.7. Weitere Probleme der Syphilistherapie und Prävention

Im folgenden sollen weitere Schwierigkeiten bei der Therapie der Geschlechtskrankheiten dargelegt und die Möglichkeiten der Prävention erläutert werden.

In Berlin wurden vor dem Ersten Weltkrieg eine Reihe von „Schutzmittelautomaten“ aufgestellt. Die meisten wurden jedoch durch den Krieg zerstört. Durch das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1927 wurde die Rechtslage liberalisiert. Für Kondome wurde lange Zeit nicht geworben, da diese auch sehr effektiv vor Schwangerschaften schützten und man einen Geburtenrückgang befürchtete. Dieser Aspekt wog mehr als die Tatsache, dass Präservative sowohl Männer als auch Frauen effektiver vor Infektionen schützten als Scheidenspülungen oder andere Desinfektionsmittel.<sup>356</sup> 1945 wurden sogenannte „Prophylaktorien“ vor allem auf sowjetischen Befehl hin, in Schnellhilfestellen eingerichtet. In diesen wurden nach dem Geschlechtsverkehr Medikamente verabreicht, die im Nachhinein vor Infektionen schützen sollten. Ärzte wurden dazu angehalten ihre Patienten, vor allem auch die Jugendlichen, über die Gefahren von

---

<sup>354</sup> Körber (1950), S.637

<sup>355</sup> Kühner (1951), S.176-180

<sup>356</sup> Sauerteig (1999), S.318



Geschlechtskrankheiten aufzuklären und sie auch über die Strafbarkeit des Geschlechtsverkehrs mit Geschlechtskranken zu belehren.<sup>357</sup> Auch wurde darauf hingewiesen, dass vermutlich bei der Bekämpfung der Syphilis den sozialen Umständen und der Prophylaxe eine größere Bedeutung zukäme als der Therapie.

Schon seit dem Beginn der Salvarsanära wurde die Frage aufgeworfen, ob bei einer offenbaren Gefährdung vorbeugend eine antisypilitische Therapie durchzuführen sei. Jedoch wurde davor gewarnt, ohne gesicherte Diagnose eine Therapie zu beginnen, auch nicht bei Eheleuten. Die einzige Ausnahme stelle die Transfusionssyphilis dar.<sup>358</sup> Einige Ärzte legten großen Wert auf die persönliche Prophylaxe, sei es durch Präservative, oder sei es durch Automaten, die eine chemische Prophylaxe anboten. Diese schien bei der Bevölkerung beliebter zu sein. Auch sollten sogenannte „Irrigatoren“ für die Frau wieder eingeführt werden, die vor dem Krieg üblich waren, um eine antiseptische Spülung nach dem Geschlechtsverkehr durchzuführen.<sup>359</sup>

Ein weiteres Problem der Syphilistherapie war der Therapieabbruch. Der Oberregierungs- und Obermedizinalrat Gerfeldt stellte die Behauptung auf, dass vor allem „Frauen und Syphiliskranke[...] in Folge ihrer psychischen Labilität leichter zur Unterbrechung der Kuren“ neigten.<sup>360</sup> Hier widersprach Simons, der bei einer Studie feststellte, dass „Flucht und Versäumnis“ bei der Syphilistherapie häufiger beim Mann als bei der Frau vorkomme.<sup>361</sup>

Ein anderes Problem waren Nebenwirkungen der Medikamente. Schäden durch Salvarsan wurden 1946 vermehrt beobachtet. Todesfälle durch Salvarsan aber seien seltener geworden.<sup>362</sup> Genaue Zahlenangaben wurden jedoch nicht gemacht. Stark zugenommen hätten vor allem anaphylaktische Reaktionen und in geringerem Umfang die Salvarsandermatitis. Eine der gefürchtetsten Nebenwirkungen des Medikamentes war die Salvarsanencephalitis, die immer zum Tode führte. Sie trat meist nach der zweiten oder dritten Injektion auf. Deshalb mahnten einige Ärzte auch immer wieder zur Vorsicht mit dem Medikament.<sup>363</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Entwicklung und wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Sulfonamiden und mit Penicillin in Deutschland wegen des Krieges und der schwierigen Nachkriegszeit nur sehr zögerlich vorangekommen war. Auch die

---

<sup>357</sup> Schäfer (1946b), S.47

<sup>358</sup> Löhe (1948), S.707-713, siehe auch Krüger (1965), S.937

<sup>359</sup> Hirsch (1948), S.453

<sup>360</sup> Gerfeldt (1947), S.569

<sup>361</sup> Simons (1955), S.29

<sup>362</sup> Stümpke (1946b), S.146-150

<sup>363</sup> Winkler (1946b), S. 201-204

Fortbildung der Ärzte im Hinblick auf die weltweite Pharmakaentwicklung, welche die Therapie der venerischen Krankheiten erleichterte, war verzögert. Viele Ärzte waren in dem Denkschema verhaftet, dass die kurmäßige Behandlung der Syphilis mit Neosalvarsan das Wirkungsvollste sei. Die Penicillintherapie dagegen löste heftigste Diskussionen aus.<sup>364</sup> Ärzte wehrten sich sowohl aus moralischen als auch aus medizinischen Gründen gegen das Penicillin. Obwohl Ende der 1940er Jahre vereinzelt Ärzte und einige Kliniken Syphilispatienten mit Penicillin therapierten, wurde es als Monotherapie äußerst selten angewandt. Noch Anfang der 1950er Jahre warnten Sozialhygieniker und Ärzte davor, dass die Menschen seit Einführung von „einfacheren“, nebenwirkungsärmeren Antisyphilitika leichtsinniger wären, da die Prophylaxe komplizierter erscheine als die Therapie. In Deutschland, dem Mutterland des Salvarsans konnte man sich nur zögerlich mit der alleinigen Penicillintherapie anfreunden. In Frankreich, der Geburtsstätte der Wismutbehandlung hielt man an dieser Therapieform fest und in den anglo-amerikanischen Ländern, die das Penicillin hervorbrachten, verwendete man dieses zur Luestherapie.<sup>365</sup> Durch die britische Besatzung in Hamburg wurde den deutschen Ärzten das Penicillin zwar zögerlich und rationiert, aber dennoch immer mehr, zur Verfügung gestellt. Zunächst bei der Therapie der Gonorrhoe, später dann auch zur Syphilistherapie. Die vorbeugende antisyphilitische Behandlung schon bei dem Verdacht einer Infektion wurde erstmals 1911, also kurze Zeit nach Einführung des Salvarsans, von Neisser empfohlen. Die Mehrzahl der Dermatologen in der Salvarsanära widersprachen jedoch diesem Vorgehen.<sup>366</sup> 1952 wurde die prophylaktische Therapie nur bei der Transfusions-syphilis bejaht. Eine weitere Indikation zur prophylaktischen Therapie stellten Neugeborene syphilitischer Mütter dar. Aber generell wurden auch nach Einführung der Antibiotika wenige vorbeugende Behandlungen syphilisgefährdeter Erwachsener durchgeführt.<sup>367</sup> Nach Wulf schade die sachlich unberechtigte Therapie nicht nur dem Patienten, sondern auch dem „Ansehen der Dermatologen“.<sup>368</sup>

---

<sup>364</sup> Vogt (2003), S.892

<sup>365</sup> Teller (1952b), S.99

<sup>366</sup> Wulf (1965), S.301 z.B. Hoffmann, Zieler, Vohwinkel, Löhe, Memmesheimer, Birnbaum, Keller. Dafür waren Neisser, Stühmer, Taege und Immel.

<sup>367</sup> Birnbaum, Neumann, Wulf (1952), S.509

<sup>368</sup> Wulf (1965), S.304

## **7. Die Syphilisbekämpfung von 1953 bis 1970**

Im folgenden Kapitel soll die Phase von 1953 bis 1970 dargelegt werden. Für diese Zeitspanne werden zunächst Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland aufgezeigt. Anschließend wird die Überwachung der Prostituierten in den 1950er Jahren und die Aufklärungsarbeit in den 1960er Jahren in der Bundesrepublik erläutert. Des Weiteren folgt parallel zur Phase von 1945 bis 1953 eine Betrachtung der zwei Aspekte „Gesetzgebung“ und „Therapie“ von Geschlechtskrankheiten.

### **7.1 Unterschiede bei der Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten in Ost- und Westdeutschland**

In der sowjetischen Besatzungszone wurde 1945 die öffentliche Prostitution verboten. Die Bekämpfungsmaßnahmen gegen Geschlechtskrankheiten wurden zentralisiert, fürsorgliche Maßnahmen und Infektionsquellenforschung wurden gefördert. Es gab verbindliche Vorschriften über die Therapie. Die Behandlung konnte nur in Ambulatorien und durch besonders zugelassene Ärzte erfolgen. Eine namentliche Meldung war Pflicht und die Infektionsquellenermittlung erfolgte durch die Behörden und nicht durch den behandelnden Arzt.<sup>369</sup> Prostituierte und hwG-Personen wurden in der sowjetischen Besatzungszone hinsichtlich der Überwachungsbestimmungen gleich behandelt, in den übrigen Zonen Deutschlands nicht, obwohl viele Ärzte vermuteten, dass die hwG-Personen noch mehr an der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten beteiligt waren als Prostituierte.<sup>370</sup>

Im Dezember 1947 wurde, mit dem Befehl 273 /1947 SMAD (Sowjetische Militäradministration in Deutschland) das Reichsgesetz von 1927 aufgehoben und die neue „Verordnung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten unter der deutschen Bevölkerung der sowjetischen Besatzungszone Deutschlands“ erlassen. Die Gesetzgebung der SBZ hatte relativ scharfe seuchenpolizeiliche Maßnahmen vorgesehen, die die persönliche Freiheit des Einzelnen einschränkten. So waren Zwangsbehandlungen bei Personen vorgesehen, die infektiös waren und sich einer Behandlung widersetzen, und zwar so lange, bis diese nicht mehr ansteckend waren. Zwangsuntersuchungen sollten bei Personen Anwendung finden, die in solchen „häuslichen Verhältnissen“<sup>371</sup> lebten, dass sie andere infizieren konnten, oder auch in Arbeitsbereichen angestellt waren, die dieses Risiko mit sich brachten. Bei Ammen,

---

<sup>369</sup> Weise (1958), S.168

<sup>370</sup> Richter (1948), S.37-39

<sup>371</sup> Harmsen (1956), S.5-7

Hausangestellten, Schülern oder Schwangeren konnte eine Zwangsuntersuchung nach Ermessen des Arztes erfolgen.<sup>372</sup>

Für die „anlagebedingten Asozialen“<sup>373</sup>, also Personen die gesellschaftlich nicht akzeptiert waren, wurde in den Jahren 1946-1949 eine Rechtsverordnung für polizeiliche Vorbeugehaft bis zu einem halben Jahr angewandt. Auch Ärzten wurde mit Gefängnisstrafen, Geldstrafen oder Praxissperrung bis zu zwei Jahren gedroht, wenn sie ihren Pflichten bei der Geschlechtskrankenbekämpfung nicht nachkamen. Ab 1950 wurde auf diese Verordnung nicht mehr zurückgegriffen, da in der sowjetischen Besatzungszone ein erheblicher Rückgang der Geschlechtskrankheiten und der heimlichen Prostitution zu verzeichnen war.<sup>374</sup>

Das westdeutsche Gesetz vom 23. Juli 1953 sah nicht mehr so strenge Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vor. In dem geteilten Berlin existierten 1958 also zwei unterschiedliche Gesetzgebungen nebeneinander, die westdeutsche, und die der SBZ/DDR. Angeblich bewirkte dies einen „Sog“ der Patienten in Richtung Westberlin, da dort die Maßnahmen nicht so strikt waren. In Westberlin wurden die Arztpraxen, die an der Grenze zum Ostsektor lagen, vermehrt von Geschlechtskranken aufgesucht, um der behördlichen Registrierung im Osten zu entgehen. Dies mag auch die statistische Erfassung von Geschlechtskranken in West-Berlin erschwert haben, da viele ostdeutsche Patienten so in westdeutsche Statistiken gerieten und die ostdeutschen entlasteten.<sup>375</sup>

In der Sowjetunion waren nach dem Krieg spezielle Brigaden zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gebildet worden, die neben dem Gesundheitsministerium, den allgemeinen Behandlungseinrichtungen (Dispensaires), den Gynäkologen und den praktizierenden Ärzten die Aufgabe hatten, die Diagnostik und Behandlung der Geschlechtskrankheiten zu betreiben. Nach der neuen Verordnung 1947 wurde die Behandlung Geschlechtskranker ausschließlich den Fachärzten übertragen.

Der Arzt und Sozialökonom Hans Harmsen prägte maßgeblich den Begriff der „qualitativen Eugenik“<sup>376</sup>, und setzte sich vor allem während des Nationalsozialismus für „erblich hochwertigen Nachwuchs“ ein.<sup>377</sup> Er befasste sich auch mit den Geschlechtskranken Zahlen in Ostdeutschland. Harmsen schrieb es 1956 der zentralen Planung der Bekämpfung, der namentlichen Registrierung der Erkrankten, der Meldepflicht, der unentgeltlichen medizinischen Hilfe und der Behandlungspflicht des Patienten zu, dass die Bekämpfung in

---

<sup>372</sup> Harmsen (1956), S.5-7

<sup>373</sup> ebd., S.5-7

<sup>374</sup> Hesse (1950), S.231-241

<sup>375</sup> Weise (1958), S.170-172

<sup>376</sup> Schleiermacher (1998), S.280

<sup>377</sup> ebd., S.277-280

Ostdeutschland wirkungsvoller war als in Westdeutschland. Auch wurden die Familie und andere Kontaktpersonen sofort einer Untersuchung unterzogen. Das medizinische Personal war verpflichtet, monatlich mindestens 15 Arbeitsstunden auf die gesundheitliche Aufklärung zu verwenden, die Ärzte mindestens 12 Stunden. Letztere mussten dabei wenigstens zwei Vorträge im Monat zum Thema Geschlechtskrankheiten halten.<sup>378</sup> Die Aufklärungsarbeit machte den Problemkomplex der Geschlechtskrankheiten der gesamten Bevölkerung bewusst.<sup>379</sup>

Man kann sich nun die Frage stellen, ob die Maßnahmen in Ostdeutschland wirklich erfolgreicher waren. Den amtlichen Statistiken zu Folge war die Erkrankungshäufigkeit in der sowjetischen Zone von dem hohen Stand 1945 bereits 1947 unter den Stand in den westlichen Besatzungszonen gesunken. Erst 1950 wurde dort das niedrige Niveau erreicht, dass aus Ostdeutschland schon 1948 gemeldet worden war, und dass, obwohl die Meldedisziplin und die Erfassungsvollständigkeit in Westdeutschland sicherlich nie so hoch waren wie im Osten.<sup>380</sup> Harmsen hielt die ostdeutschen Statistiken für sehr verlässlich und wies auch darauf hin, dass die materiellen Voraussetzungen im Osten sehr viel schwieriger waren als im Westen.<sup>381</sup> Wie schon aufgezeigt, waren die Zahlen für Ostberlin wahrscheinlich weniger zuverlässig.

Als eine wichtige Voraussetzung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten sahen viele Ärzte, wie zum Beispiel Harmsen, eine sittliche, soziale, wirtschaftliche und moralische Stabilisierung Deutschlands an. Er stellte fest, dass im ost- und westdeutschen Vergleich, die straffe und einheitliche Organisation der Bekämpfungsmaßnahmen in Ostdeutschland schneller zum Erfolg führen würde.<sup>382</sup>

Die Frage nach den Hauptursachen des hwG und der Prostitution sahen einige Ärzte der DDR in der „sozialökonomischen Struktur der Gesellschaft“ und dem „sich daraus ergebenden Bewusstsein“. Die Theorie der Vererbung wurde als Ursachenerklärung für prostitutives Verhalten bestritten.<sup>383</sup> In Westdeutschland hingegen hatte sie auch nach dem Krieg noch viele Verfechter. Die „kapitalistische Gesellschaftsform“<sup>384</sup> - wie sie Engels 1884 nannte - wurde in der DDR für die Existenz der Prostitution verantwortlich gemacht. Bereits Friedrich Engels betonte, dass zur Monogamie, wie sie in der kapitalistischen Gesellschaft gefordert

---

<sup>378</sup> Harmsen (1956), S.3-5

<sup>379</sup> ebd., S.33

<sup>380</sup> ebd., S.12

<sup>381</sup> ebd., S.31

<sup>382</sup> ebd., S.1

<sup>383</sup> Schulze (1961), S.1018

<sup>384</sup> Engels (1884), S.178-224

wurde, zwangsläufig die Prostitution gehöre. Sie sei hier eine Notwendigkeit, da die Eheformen von Ausbeutergesellschaften nicht in der Lage seien, auch auf Grund der ökonomischen Beschränktheit, alle sexuellen und erotischen Bedürfnisse der Menschen zu erfüllen.<sup>385</sup> „Käufliche Liebe“ wurde aber im Kapitalismus als notwendiges Übel akzeptiert. Die Prostitution könne nur in einer hochentwickelten, sozialistischen Gesellschaft überflüssig sein. Weder harte Verbote, noch großzügige Erlasse, konnten einen langfristigen Erfolg bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Prostitution erreichen. Der Rückgang der Geschlechtskrankheiten in den 1950er Jahren wurde auf die Verbesserung der Lebenslage der Menschen zurückgeführt und nicht auf Reglementierungen.<sup>386</sup> Dass weiterhin sowohl Prostitution als auch hwG in der DDR bestünden, läge daran, dass die DDR nur eine Übergangsstufe auf dem Weg zum Sozialismus sei und es längere Zeit bräuchte, um ein neues Bewusstsein unter den Menschen zu schaffen. Es wurde dazu aufgerufen, dieses Problem in der DDR schnell anzugehen, weil damit auch die Volkswirtschaft „Millionen“ sparen könne und der Gewinn der Verbesserung der Gesamtmoral und der Sexualmoral unermesslich seien.<sup>387</sup>

In der DDR wurde am 23. Februar 1961 die „Verordnung zur Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ erlassen. Sie löste die aus dem Jahre 1947 stammende Verordnung ab, die auf dem Besatzungsrecht beruhte. Die wesentlichen Neuerungen umfassten die starke Betonung von präventiven Maßnahmen, chiffrierte Meldepflicht, Sonderbestimmungen für hwG-Personen und die intensivierete Infektionsquellenforschung.<sup>388</sup> Schon aus der Benennung der Verordnung „Verhütung“ lässt sich der präventive Charakter erschließen. Für Schwangere, die jemals an Syphilis erkrankt waren, war eine Untersuchungspflicht vorgesehen (§11) und es gab besondere Bestimmungen für Neugeborene syphilitischer Mütter (§12). In der DDR war der Schutz der Gesundheit der Werktätigen und der Jugend als Grundsatz in der Verordnung festgelegt (§1 Abs. 1). Die organisatorische und fachliche Leitung war dem staatlichen Gesundheitswesen übertragen (§1 Abs. 2), das durch die Kreis- und Bezirksverwaltungen, die Polizei und die Staatsanwaltschaft unterstützt wurde. Die Behandlung der Geschlechtskrankheiten war auf Fachärzte und Ärzte mit besonderer Zulassung beschränkt.<sup>389</sup> Die chiffrierte Meldepflicht sah vor, dass jeder Geschlechtskranke innerhalb von 48 Stunden unter einer Deckbezeichnung vom Arzt gemeldet wurde. §18 der Verordnung sah eine namentliche Meldepflicht vor, wenn der Patient keine Auskunft über die

---

<sup>385</sup> Engels (1884), S.178-224

<sup>386</sup> Schulze (1960), S.1022

<sup>387</sup> ebd., S.1026

<sup>388</sup> Grimm (1961), S.274

<sup>389</sup> ebd., S.274-275

Infektionsquellen gab, sich nicht an das Verbot des Geschlechtsverkehrs hielt, oder Blut spendete. Der Geschlechtskranke benötigte eine schriftliche Erklärung des Arztes, um wieder Geschlechtsverkehr haben zu dürfen, die die Beendigung seiner Infektiosität bestätigte. Geschlechtskranke hwG-Personen wurden immer stationär behandelt (§22 Abs. 3). Die Rolle der Polizei war in §27 Abs. 2 festgelegt, wonach sie die Personalien von hwG-Personen feststellen durfte und ebenso die von männlichen Besuchern in hwG-Lokalen. Im Unterschied zu dem Bundesgesetz Westdeutschlands konnte die Unterbrechung der „laufenden gesundheitsfürsorgerischen Beobachtung“ nach §28 der Verordnung als Ordnungswidrigkeit mit einer Geldstrafe bis zu 500 Mark bestraft werden.<sup>390</sup> Fast sämtliche Vorschriften der Verordnungen wurden mit Strafe geahndet. Zunächst mit Geldstrafen, öffentlichen Tadeln und schließlich Gefängnis bis zu zwei Jahren.

Dem gegenüber war der Charakter der bundesdeutschen Gesetzgebung vermehrt der eines Fürsorgegesetzes mit wenigen gesundheitspolizeilichen Befugnissen und fast fehlenden Strafbestimmungen. Man konnte aber auf andere Gesetze zurückgreifen, um Strafmaßnahmen durchzusetzen, wie zum Beispiel auf das StGB. Die Durchführung wurde größtenteils der Ärzteschaft unter Mitwirkung der Gesundheitsämter überlassen. Die Verordnung der DDR hingegen ging vermehrt von der epidemiologischen Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für die Allgemeinheit aus und legte deshalb besondere Betonung auf die gesundheitspolizeilichen Vorschriften. Die Durchführung oblag vor allem dem staatlichen Gesundheitsdienst.<sup>391</sup>

Zur Therapie in der Sowjetischen Besatzungszone ist zu sagen, dass den Ärzten von den Sanitätsbehörden vor allem Salvarsan und Wismut zur Verfügung gestellt wurden. Direkt nach dem Zweiten Weltkrieg stand durch einen Lieferstopp das von den Farbwerken Hoechst in Frankfurt /M. hergestellte Neosalvarsan nicht mehr zur Verfügung. Es gelang jedoch dem Chemiker Ernst Schmitz, innerhalb weniger Monate in Magdeburg das Neoalvarsan-Analogon Arsaminol (Neo-Arsoluin) zu synthetisieren und dessen industrielle Produktion zu ermöglichen.<sup>392</sup>

Neosalvarsan und Wismut wurden bei den Neuerkrankungen vor allem dazu eingesetzt, die klinisch hoch infektiösen Erscheinungen wie Primäraffekt, Papeln und Exantheme zu behandeln und damit die stationäre Phase der Therapie zu verkürzen, da sonst nicht genügend Betten zur Verfügung standen, um neue Fälle aufzunehmen. Außerdem sollten die Patienten schnell wieder arbeitsfähig sein. Neosalvarsan und Bigrol (10 % Wismut-Ölsuspension

---

<sup>390</sup> Grimm (1961), S.276

<sup>391</sup> ebd., S.274-277

<sup>392</sup> Holzegel, Göring (2007), S.485-487

=Wismutsubsalicylat) wurden für alle ansteckenden Formen der Syphilis in der Klinik und auch zur Nachbehandlung in der Poliklinik eingesetzt. Die anderen Wismut-Präparate wie Bismogenol, Casbis und Spirobismol waren zu der Zeit kaum verfügbar. Es wurde aber angenommen, dass alle Wismutpräparate gleich gut wirksam waren.<sup>393</sup> Erst ab 1949 stand Penicillin in der ehemaligen DDR zur Behandlung von Geschlechtskranken zur Verfügung.

## **7.2 Überwachung der Prostitution in den 1950er Jahren in Westdeutschland**

Im Folgenden soll die Situation von Prostituierten in Westdeutschland dargelegt werden.

Die ärztliche Überwachung der gewerbsmäßigen Prostitution begründete sich auf den §4 des neuen Bundesgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953.

Hiernach hatten die Gesundheitsämter das Recht, Personen, die „dringend verdächtig waren geschlechtskrank“ zu sein und diese Krankheiten weiterzuverbreiten, wiederholt ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen. Nach Kriegsende hatte sich das Verhältnis von „gewerblichen Dirnen“ hin zu „heimlich hwG-treibenden“ Personen verschoben. Vor dem Krieg waren in Köln 1.200-1.400 gewerbsmäßige Prostituierte beim Gesundheitsamt registriert, bei Kriegsende waren es 30 und 1955 betrug die Anzahl 260. Die heimliche Prostitution lag laut Schätzungen um ein vielfaches darüber.<sup>394</sup>

Man sah bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten eine große Gefahr in gerade diesen „heimlichen Dirnen“, da die Übertragung durch die „Gewerblichen“ ausgeschaltet schien.

Wolle man die Bevölkerung vor Geschlechtskrankheiten schützen, so dürfe man die Prostitution nicht verbieten, argumentierte Borelli 1971. Während die venerologischen Morbiditätsziffern heimlicher Prostituiertes zwischen 18 % und 30 % betrügen, lägen sie bei den registrierten Frauen nur bei 2–5 %. Verdränge man die Prostitution in die Illegalität, so sei dieses Infektionsrisiko für die Bevölkerung ärztlicherseits nicht tragbar. Man müsse von der „Wegleugnung“ der Existenz einer Gewerbsunzucht, von Polizeimaßnahmen und Sperrbezirksverordnungen der jetzigen Form abkommen und vom medizinischen Aspekt her und im Sinne der psychologischen Vorbeugung den „geschlossenen Strassen“ oder Bezirken den Vorzug geben. Je geringer die Diffamierung der Prostitution sei, desto kleiner wäre die Zahl an heimlichen Prostituierten, und damit an Geschlechtskranken.<sup>395</sup>

Nach damaligen Vorurteilen waren die Ursachen für Frauen, sich in die gewerbliche Prostitution zu begeben „Intelligenz- oder Charaktermangel, Arbeitsscheu, geistige Beschränktheit, Vergnügungssucht, Willensschwäche, Veranlagungen zu übermäßigem

---

<sup>393</sup> Winkler (1946a), S.114-115

<sup>394</sup> ebd., S.155

<sup>395</sup> Borelli (1971), S.23-24



Geschlechtstrieb in Verbindung mit mangelndem Schamgefühl“, Alkoholismus und wirtschaftliche Notlagen. Dies wurde auch von einigen Ärzten so beurteilt.<sup>396</sup> Auch 1960 wurde die Promiskuität noch als Hauptursache der Verbreitung von Geschlechtskrankheiten betrachtet und die Wichtigkeit der Infektionsquellenforschung betont.<sup>397</sup>

### **7.3 Die Aufklärungsarbeit und der erneute Anstieg der Geschlechtskrankheiten in den 1960er Jahren**

Walter Grimm stellte über die Aufklärung fest, dass etwa 50 % der jugendlichen Geschlechtskranken keine Vorstellung von der Übertragungsart und den Erscheinungsformen von Geschlechtskrankheiten hätten. Viele waren der Meinung, dass sie mit wenigen Penicillininjektionen geheilt werden könnten, und dass die Geschlechtskrankheiten deshalb keine Gefahr mehr darstellten. Die Maßnahmen der Gesundheitsbehörden wurden oftmals als unberechtigte Eingriffe in die persönliche Freiheit angesehen.<sup>398</sup>

Außerdem wurde beklagt, dass viele Ärzte zu leichtfertig mit der Syphilis umgingen. Häufig würde sie von den Kollegen nicht mehr erkannt werden. Die derzeitige Gefahr der Syphilis bestehe in ihrer Verharmlosung. Die Zusammensetzung der Gruppe der Geschlechtskranken veränderte sich über die Jahre. Vor dem Zweiten Weltkrieg war der Anteil der Prostituierten am Patientenklentel besonders hoch. Während des Krieges waren es vor allem die „Kriegerfrauen mit hwG“<sup>399</sup> und Anfang der 1960er Jahren waren es vor allem die Jugendlichen, die sich infizierten.<sup>400</sup> Die Aufklärung der Jugend wurde als wichtige Aufgabe im Kampf gegen die venerischen Krankheiten angesehen. Die Schutzmittelfrage wurde noch in den 1960er Jahren sehr kontrovers diskutiert.

Der Beschluss des BGH vom 17.11.1961 (4 StR 195/61) zu prophylaktischen Maßnahmen lautete:

„Das Feilhalten von Gummischutzmitteln in Warenautomaten an öffentlichen Straßen und Plätzen verletzt schlechthin Sitte und Anstand im Sinne von §184 Abs .1 Nr. 3a StGB.“<sup>401</sup>

Auch der §221 (3. Titel des Entwurfs eines neuen Strafgesetzbuches) verbot den Verkauf von Schutzmitteln:

---

<sup>396</sup> Voss (1955), S.155

<sup>397</sup> Jung (1960), S.148-151

<sup>398</sup> Grimm (1962), S.15

<sup>399</sup> Dewald (1963), S.686-688, und laut dem Arzt W.Dewald, z.n. Grimm (1962), S.17,

<sup>400</sup> ebd., S.17

<sup>401</sup> Lundt (1964), S.87

„Wer in Sitte und Anstand verletzenden Weise

1. Mittel oder Verfahren, deren Zweck ganz oder vorwiegend die Verhütung von Geschlechtskrankheiten, von Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane oder der Empfängnis ist, öffentlich, in einer Versammlung oder durch Verbreitung von Schriften (§11 Abs. 3) ankündigt oder anpreist oder
2. solche Mittel an einem allgemein zugänglichen Ort ausstellt oder sonst zugänglich macht, wird mit Gefängnis bis zu 2 Jahren, mit Strafhaft oder mit Geldstrafe bestraft.“<sup>402</sup>

In der Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete wendete sich der Arzt Lundt gegen diese „wirklichkeitsfernen“ Vorschriften und riet dazu, Schutzmittel zu fördern. Dies sei im ärztlichen Interesse, um die Infektionsketten zu durchbrechen. Des Weiteren kritisierte er die strafrechtliche Verfolgung Homosexueller und die strafrechtliche Verfolgung der „Unzucht“, also des außerehelichen Geschlechtsverkehrs.

Sein Kollege E. Mendl hingegen befürwortete diese Vorschriften. Sie würden zum „Schutze der sozialen Sexualität des Bürgers“ beitragen, die „Ehe als biologische, religiöse und staatsbürgerliche Einrichtung“ aufwerten und gleichzeitig eine wirksame hygienische Maßnahme gegen Geschlechtskrankheiten darstellen. Das Verbot des außerehelichen Geschlechtsverkehrs sollte durch das Erschweren von Ehescheidungen bekräftigt und „Abartigkeiten“ wie Homosexualität bekämpft werden. „Die zur Zeit geübte und notwendige Geschlechtskrankenfürsorge kommt ja zu spät; sie hätte eher nur die sexuell Asozialen zu erfassen“ so Mendl wörtlich.<sup>403</sup> Dies zeigte, dass auch unter den Medizinern keineswegs Einigkeit über die Verwendung und Bereitstellung von Schutzmitteln herrschte.

Auch die von Albert Neisser getroffene Feststellung, dass „die menschliche Gleichgültigkeit und Dummheit dafür sorgen würden, dass die Syphilis niemals aussterben, sondern immer eine gefährliche Krankheit bleiben wird“<sup>404</sup> wurde in den 1960ern immer noch als zutreffend bezeichnet.<sup>405</sup>

Eine Studie zu Geschlechtskrankheiten in sozialen Randgruppen, herausgegeben 1976 vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, versuchte herauszufinden, wie man insbesondere soziale Randgruppen mit Aufklärungskampagnen erreichen könnte. Es fanden Umfragen, Wissenstests und Assoziationsversuche statt und man kam zu dem Ergebnis, dass es sehr wichtig sei die Aufklärungsmaßnahmen der Zielgruppe anzupassen, da Informationsstand und Problemwahrnehmung sehr unterschiedlich seien.<sup>406</sup>

Die Prostituierten wurden in den 1960er Jahren nicht mehr als Risikogruppe für die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten betrachtet, da sie aus eigenem Interesse und wegen

---

<sup>402</sup> Lundt (1964), S.88

<sup>403</sup> Mendl (1964), S.279

<sup>404</sup> Proppe, Wagner (1965), S.875

<sup>405</sup> ebd., S.875

<sup>406</sup> Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (1976), S.64-71

möglicher Verdienstauffälle sehr auf ihren Schutz achteten. Die sogenannte unkontrollierte Prostitution war in dieser Hinsicht jedoch nach wie vor sehr gefürchtet.<sup>407</sup> Für die Städte Hamburg, Bremen und Lübeck wurde die Morbidität von zwangsgestellten Personen zwischen 1955 und 1958 auf zwischen 25 % und 40 % geschätzt. Der Erkrankungsstand der unkontrollierten Prostituierten lag verglichen mit der durchschnittlichen Morbidität der Gesamtbevölkerung um etwa das 50 Fache höher. Für die Hafenstädte wurde sogar das 100 Fache angenommen.<sup>408</sup> Infolge des Geschlechtskrankengesetzes von 1927 gab es, laut Grimm, einen 50 %-igen Rückgang der Geschlechtskrankheiten. Nach der gesetzlichen Regelung von 1953 gab es nicht nur keinen Rückgang, sondern eine Zunahme der Morbidität, die teilweise mehr als 50 % betragen haben soll. Grimm versuchte mit diesen Zahlen zu belegen, dass sich das Gesetz nicht bewährt hätte und kritisierte die geltenden Regelungen für Geschlechtskranke. Ursächlich für den Anstieg der Geschlechtskrankheiten seien neben dem Scheitern des Gesetzes die ungenügende Erfassung von hwG-Personen.<sup>409</sup> Die WHO berichtete 1964 in Genf, dass die Syphilis seit 1955 erheblich zugenommen hätte. Der Bericht stützte sich auf Untersuchungen in 105 Ländern während der Zeit von 1950 bis 1960. Innerhalb eines Jahres seien 20% der Schiffsbesatzungen eines großen Seefahrerlandes mit Syphilis angesteckt worden. Die WHO nannte als Ursache für die Zunahme der Inzidenz die Verstärkung, die Reiseerleichterungen und den „Glauben“<sup>410</sup> an die wirksamen Medikamente.<sup>411</sup> Zahlen für Deutschland lagen jedoch nicht ausreichend vor, da die „Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 28.12.1954“ nur auf drei Jahre begrenzt war und nicht erneuert wurde. So verwendete die WHO, laut Grimm die Zahlen der DDR zur Beurteilung der deutschen Verhältnisse.<sup>412</sup>

## **7.4 Gesetzliche Regelungen zu Geschlechtskrankheiten**

### 7.4.1 Das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1953

Zur Vereinheitlichung der auf Besatzungsrecht beruhenden, landesrechtlichen Vorschriften wurde am 23. Juli 1953 das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (GBG) vom Bundestag verabschiedet. Neben einer Vereinheitlichung der Ländergesetze war durch die Abnahme der Geschlechtskrankheiten mit dem neuen Gesetz eine Lockerung möglich

---

<sup>407</sup> Grimm (1962), S. 43

<sup>408</sup> ebd., S.45

<sup>409</sup> ebd., S. 58-59

<sup>410</sup> WHO (1964), S.123

<sup>411</sup> ebd. S.123

<sup>412</sup> Grimm (1962), S.69

geworden.<sup>413</sup> Das Gesetz von 1953 definierte als Geschlechtskrankheiten nicht mehr nur Gonorrhoe, Syphilis und weicher Schanker, wie das Gesetz von 1927, sondern auch die venerische Lymphknotenentzündung.<sup>414</sup> Man wollte sich außerdem von den Maßnahmen der Besatzungszeit distanzieren und stärker den fürsorgerischen Aspekt mit einbeziehen.<sup>415</sup> Das Hamburgische Gesetz von 1949 trat im August 1953 außer Kraft. Das GBG beruhte im wesentlichen auf dem Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1927, vor allem was die sozialhygienischen und fürsorgerischen Aspekte betraf. Allerdings war 1953 die Beteiligung der Polizei, abgesehen von einigen Sonderfällen, nicht mehr vorgesehen. Wie es die abolitionistische Bewegung gefordert hatte, setzte die neue Regelung vor allem auf hygienische und sozialfürsorgerische Kontrolle. Die Polizei durfte nun nur noch Amtshilfe leisten. Dazu hieß es, zitiert nach Vogt, unter anderem in der Begründung zum Regierungsentwurf für das neue Bundesgesetz von 1953:

„Die Gesichtspunkte einer sozialen Gesundheitsfürsorge im Frieden unterscheiden sich grundsätzlich von den Maßnahmen, welche eine fremde Truppenmacht im Krieg, beim Vormarsch und in der Besatzungszeit anordnen muss. Völlige Zerstörung aller moralischen Bindungen bedingt dann den zeitweisen Ersatz der Fürsorge durch polizeiliche Zwangsmaßnahmen. Von diesem Gesichtspunkte sind die Anordnungen der Besatzungsmacht zu verstehen, welche nunmehr wieder einem anderen Denken Platz machen müssen.“<sup>416</sup>

Des Weiteren durfte die Polizei nur Personen, die aufgrund anderer Verstöße festgenommen worden waren, und bei welchen „ein hinreichender Verdacht einer Geschlechtskrankheit und der Weiterverbreitung“ bestand, dem Gesundheitsamt vor ihrer Freilassung zur Untersuchung vorführen.<sup>417</sup> Der Gesundheitsbehörde oblag weiterhin die Aufgabe, nicht nur Geschlechtskranke zu betreuen, sondern auch Personen, bei denen die „Befürchtung besteht, dass sie angesteckt werden und die G-Krankheit weiterverbreiten“<sup>418</sup>. Dies traf vor allem, aber nicht nur auf Prostituierte zu. HwG-Personen durften offiziell nicht auf Grund dieses Gesetzes zwangsuntersucht werden, beziehungsweise nur in „begründeten Fällen“. Unter die Kategorie „begründete Fälle“ fielen zum Beispiel die Personen, die keinen festen Wohnsitz hatten. Eine Neuerung des Gesetzes von 1953 bestand darin, dass vor allem die Weiterverbreitung von Geschlechtskrankheiten verhindert werden sollte. Eingriffe in das Recht der persönlichen Freiheit wurden soweit gerechtfertigt, wie es „die Gefahr der Verbreitung dieser Krankheiten gebietet.“<sup>419</sup> Geschlechtskranke durften also nur zwangsuntersucht werden, wenn sie in dem Verdacht standen, andere zu infizieren. Auf

---

<sup>413</sup> Vogt (2003), S.886

<sup>414</sup> Becker (1955), S.VIII

<sup>415</sup> Lindner (2004), S.328-329

<sup>416</sup> Vogt (2003), S.886

<sup>417</sup> Hopf (1952a), S.333-334

<sup>418</sup> Freund-Widder (2003), S.234

<sup>419</sup> Becker (1955), S.VIII

Zwangseinweisungen wurde nicht verzichtet und damit wurden die Grundrechte auf körperliche Unversehrtheit und Freiheit einer Person missachtet. Die Notwendigkeit der Einschränkung wurde wie schon in den 1920er Jahren damit gerechtfertigt, dass dies im Sinne des Allgemeinwohles sei.<sup>420</sup>

Es wurde festgelegt, Einrichtungen aufzubauen, die Geschlechtskranke, die „verwahrlost“ waren oder „zu verwahrlosen drohten“, aufnehmen sollten. Dies kam einem sozialfürsorgerischen Bewahrungsgesetz gleich.<sup>421</sup> Im Vordergrund des GBG von 1953 standen neben der Heilbehandlung die „vorbeugende und nachgehende Fürsorge“. Unter „vorbeugend“ verstand man Eingliederung von Gefährdeten in das Arbeits- und Gemeinschaftsleben und ein Unterbinden des „Vagabundierens“. Die „nachgehende Fürsorge“ umfasste Sicherung der Kuren, Verhütung von Neuerkrankungen und die Wiedereingliederung in das soziale Leben.<sup>422</sup>

Das neue Gesetz sah vor, dass die registrierten Prostituierten, die in- oder außerhalb der Bordelle arbeiteten, sich zweimal pro Woche untersuchen lassen sollten. Für die Durchführung schrieb der §15 Absatz 2 die Einrichtung von Beratungsstellen für Geschlechtskranke vor. Auch die Zentrale Beratungsstelle für Prostituierte existierte weiterhin. Zwangsuntersuchungen waren in Deutschland bis 1987 legal.

Der §4 gab den Gesundheitsämtern das Recht, von Geschlechtskranken oder Verdächtigen ein Gesundheitszeugnis zu verlangen.<sup>423</sup> Das neue GBG ließ den Frauen jedoch die Möglichkeit offen, sich kostenlos bei einem Arzt ihrer Wahl untersuchen zu lassen und das Attest bei der Beratungsstelle einzureichen. War eine Frau einmal beim Gesundheitsamt registriert, galt für sie dieser Zeugnisszwang. Männer wurden fast nie wegen Promiskuität dem Gesundheitsamt gemeldet. Ob Frauen als hwG-Personen bezeichnet wurden und damit unter die Reglementierung gerieten, war stark von der Einstellung des einzelnen Arztes abhängig. Die meisten Ärzte weigerten sich jedoch, diese Kontrollfunktion wahrzunehmen.<sup>424</sup>

Der Arzt war nicht verpflichtet, jede Neuerkrankung an Gonorrhoe oder Lues namentlich und mit Angabe der Infektionsquelle zu melden. Eine namentliche Meldepflicht war nur unter bestimmten Voraussetzungen gesetzlich vorgeschrieben. Jedoch musste jeder Krankheitsfall protokolliert werden.<sup>425</sup> Der behandelnde Arzt war verpflichtet, den Patienten zu belehren. In diesem Sinne musste er ihm ein amtliches Merkblatt überreichen, dieses mündlich erläutern

---

<sup>420</sup> Lindner (2004), S.329

<sup>421</sup> Hopf (1952a), S.334

<sup>422</sup> Becker (1955), S.VIII

<sup>423</sup> ebd., S.IX

<sup>424</sup> Lindner (2004), S.335

<sup>425</sup> Freund-Widder (2003), S.236

und sich den Empfang quittieren lassen.<sup>426</sup> Eine weitere Neuerung bestand darin, dass die Polizei die Prostituierten nicht mehr strafrechtlich verfolgen konnte, wenn diese sich der Gesundheitskontrolle entzogen. Der §28 GBG verbot ausdrücklich Personen, die gegen gesundheitliche Überwachungsvorschriften verstießen, zu bestrafen. Innerhalb von 24 Stunden mussten krankheitsverdächtige Personen einem Richter vorgeführt werden. Länger durften man sie nicht festhalten. Die Polizei befürchtete mehr denn je, die Kontrolle zu verlieren.<sup>427</sup>

Nach dem GBG von 1953 war Prostitution prinzipiell straffrei. Jedoch bot der §361 StGB der Polizei die Möglichkeit, gegen prostitutionsverdächtige Frauen vorzugehen, da Verstöße gegen „Sitte“ und „Anstand“ nach §361 Nr. 6a bis 6c StGB geahndet werden konnten. Die Nr. 6 des §361 StGB sah vor, dass mit Haft bestraft wurde,

„wer öffentlich in auffälliger Weise oder in einer Weise, die geeignet ist, einzelne oder die Allgemeinheit zu belästigen, zur Unzucht auffordert oder sich dazu anbietet“<sup>428</sup>

Die „gewerbliche Unzucht“ war in Gemeinden mit weniger als 20.000 Einwohnern strafbar und, wenn sie in der Nähe von Kirchen, Schulen und in Wohnungen, in denen Kinder und Jugendliche zwischen 3 und 18 Jahren wohnten, stattfand. Durch diese Vorschrift war es den einzelnen Beamten überlassen, was sie als „auffällige Weise“ ansahen. Dadurch war die Regelung sehr willkürlich auslegbar. Die Polizei war auf Anzeigen der „belästigten“ Bürger angewiesen. Davon beschwerten sich nur sehr wenige: Zwischen 1950 und 1958 wurden in Hamburg beispielsweise nur 39 Frauen wegen §361 Nr.6 StGB verurteilt. Und diese waren alle durch Zivilfahnder der Polizei angezeigt worden.<sup>429</sup>

Die Gesundheitsämter wurden durch das neue Gesetz von 1953 beauftragt, mit den Jugendämtern, den Versicherungsträgern, den Fürsorgeverbänden, den behandelnden Ärzten und der freien Wohlfahrtspflege zusammen zu arbeiten. Des Weiteren mussten sie kontrollieren, ob die Beratungsstellen ihren Aufgaben nachkamen. Auch die sexuelle Aufklärung in Schulen, Betrieben und Vereinigungen musste nun vom Gesundheitsamt organisiert werden. Das Amt war weiterhin befugt, Geschlechtskranken, die wegen ihres Berufes eine erhöhte Ansteckungsgefahr darstellten, die Ausübung so lange zu untersagen, bis diese nicht mehr infektiös waren. Hatten Geschlechtskranke, trotz des Verbotes des Arztes Geschlechtsverkehr, konnte das Gesundheitsamt Antrag auf Strafverfolgung stellen, es sei denn, dass sich die „Tat“ gegen den Ehepartner richtete. Wurden die ärztlichen Anordnungen

---

<sup>426</sup> Becker (1955), S.XII

<sup>427</sup> Freund-Widder (2003), S.237

<sup>428</sup> ebd., S.238

<sup>429</sup> ebd., S.239

nicht befolgt, dann konnte das Gesundheitsamt dieses durch Androhung, Festsetzung und Beitreibung von Zwangsgeld erzwingen.<sup>430</sup> Bei Eheschließung war ein „Unbedenklichkeitszeugnis“ des Arztes noch immer erforderlich, wenn einer der Partner jemals geschlechtskrank gewesen war oder gegenwärtig eine Infektion bestand. Der Partner musste vor Eheschließung von der Erkrankung unterrichtet werden. Auf Verstoß gegen die Vorschrift stand eine Strafe von bis zu drei Jahren Gefängnis (§6 Abs. 2 und 3). War der Partner trotz Erkrankung mit der Eheschließung einverstanden, so blieb der Geschlechtsverkehr dennoch verboten (§6 Abs. 1).<sup>431</sup> Zwangsmaßnahmen wurden in den §§17-19 geregelt. Staatlicher Zwang durfte zur „Durchsetzung der Pflichten der Kranken und krankheitsverdächtigen Personen“<sup>432</sup> eingesetzt werden. Die Grundrechte auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 des GG) und auf Freiheit der Person (Art. 2 Abs. 2 Satz 2 des GG) wurden eingeschränkt, damit „die Erfüllung der Gesetzaufgaben gewährleistet“ war.<sup>433</sup>

„Böswillige“<sup>434</sup> Geschlechtskranke durften der zuständigen Verwaltungsbehörde vorgeführt werden, zum Beispiel, wenn sie sich weigerten ein Gesundheitsattest zu erbringen oder sich zur Beobachtung in ein Krankenhaus zu begeben. War dort der Befund negativ, mussten sie wieder frei gelassen werden. Bei Zwangsvorfürungen musste immer ein Richter eingeschaltet werden. Die Person war spätestens am Tag nach der Festnahme einem Amtsgericht mit dem Antrag auf Zwangseinweisung in eine Klinik vorzuführen. Personen, die zur Beobachtung oder Behandlung zwangsweise in ein Krankenhaus eingewiesen wurden und dieses auch nur kurz ohne ärztliche Erlaubnis verlassen hatten, konnten mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit einer Geldstrafe rechnen.<sup>435</sup> Diese Zwangsmaßnahmen wurden, nach Lehmann folgendermaßen gerechtfertigt:

„Die mit den Geschlechtskrankheiten verbundene Gefährdung der allgemeinen Volksgesundheit ist so groß, dass ihr gegenüber die Weigerung eines Betroffenen, sich behandeln und heilen zu lassen, zurücktreten muß.“<sup>436</sup>

Für sogenannte „schwerwiegenden Eingriffe“, wie zum Beispiel die Lumbal- und Occipitalpunktionen bei der Diagnostik der Syphilis, musste nach §20 eine Einwilligung des Patienten eingeholt werden.<sup>437</sup> Die Kostenübernahme war so geregelt, dass erst der Versicherungsträger angefragt wurde, übernahm dieser die Behandlungskosten nicht, erfolgte

---

<sup>430</sup> Lehmann (1953), S.292-294

<sup>431</sup> Becker (1955), S. 3

<sup>432</sup> ebd., XIV

<sup>433</sup> Keilig (1954), S.410

<sup>434</sup> Becker (1955), S.9-10

<sup>435</sup> ebd., S.9-10

<sup>436</sup> Lehmann (1954), S.117

<sup>437</sup> Hopf (1952a), S.334

die Bezahlung aus öffentlichen Mitteln. Auf die Untersuchung gesamter Berufsgruppen wurde verzichtet. Für Krisenzeiten wurde jedoch eine Sicherung in das Gesetz eingebaut: man konnte bei Berufsgruppen, deren Beruf eine erhöhte Ansteckungsgefahr mit sich bringe, serologische Untersuchungen durchführen lassen. Neu war, dass nur die Landesregierungen diese veranlassen durften.<sup>438</sup>

Insgesamt lässt sich sagen, dass das neue Gesetz von 1953 sehr umstritten war. Ärzte wie Felke vertraten die Ansicht, dass es grundsätzlich überflüssig sei, da mit den neuen Behandlungsmethoden die Geschlechtskrankheiten bald kein Problem mehr darstellen würden. Das neue Gesetz würde nur die Verhältnisse der Vorpenicillinära berücksichtigen. Andere Ärzte, wie Hopf, schrieben den Rückgang der Geschlechtskrankheiten eher soziologischen Faktoren zu. In dem neuen Gesetz sahen viele eine Abkehr von den älteren, autoritären und sanitätspolizeilichen Methoden.<sup>439</sup> Hagen, einer der Väter des Gesetzes und Präsident des Bundesgesundheitsamtes sagte dazu anlässlich des Weltgesundheitstages 1958:

„Es gibt –letzlich- kein Problem der Überwachung der Personen mit hwG mehr, sondern nur das Problem der sexuellen Erziehung, das, weil menschlich, auch nur mit Menschlichkeit gelöst werden kann.“<sup>440</sup>

Mit dem Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (GBG) wurde auch die Meldepflicht neu festgelegt.<sup>441</sup> Jeder Krankheitsfall musste protokolliert werden.<sup>442</sup> Eine namentliche Meldung war nur vorgesehen, wenn der Geschlechtskranke die Therapie verweigerte, falsche Angaben über die Ansteckungsquelle machte oder das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte und „sittlich gefährdet“ erschien. Hatte der Arzt aber nach einem Gespräch mit den Eltern oder Erziehungsberechtigten den Eindruck gewonnen, dass der Jugendliche gut betreut wurde, konnte er von einer Meldung absehen. Des Weiteren lag eine namentliche Meldepflicht vor,

„wenn die kranke Person nach Überzeugung des Arztes durch ihre Lebensweise oder ihre allgemeinen Lebensumstände eine ernste Gefahr der Übertragung auf andere bildet.“<sup>443</sup> (§12 Abs.1 Ziff.25)

Eine nicht-namentliche Chiffremeldung entfiel und wurde nach §12 (Abs. 4) durch eine rein statistische Zählmeldung ersetzt.<sup>444</sup> Der Arzt war verpflichtet, nach der Ansteckungsquelle zu forschen (§13). Er musste den Patienten dazu bringen, ihm wahrheitsgemäß die Infektionsquelle zu nennen und diese dann zu einer freiwilligen Untersuchung zu bestellen.

---

<sup>438</sup> ebd., S.333-334

<sup>439</sup> Hopf (1953), S.289-292

<sup>440</sup> Vogt (2003), S.889

<sup>441</sup> Deutsches Ärzteblatt, Sondernr. vom 3. Juni 1970 zum Geschlechtskrankengesetz, S.1769-1770

<sup>442</sup> Freund- Widder (2003), S.236

<sup>443</sup> Becker (1955), S.6

<sup>444</sup> Hopf (1952a), S.331



Wurde dem nicht Folge geleistet, musste der Arzt das dem Gesundheitsamt melden. Dafür erhielt er eine Gebühr aus öffentlichen Mitteln. Ein Verstoß gegen die Meldepflicht führte nicht mehr zum Approbationsentzug, sondern wurde als Ordnungswidrigkeit geahndet und mit einer Geldbuße belegt.<sup>445</sup>

Die Schweigepflicht wurde auch auf die Personen ausgedehnt, die durch ehrenamtliche Tätigkeiten, wie bei der Freien Wohlfahrtspflege, von Erkrankungen erfuhren.<sup>446</sup>

In dem neuen Gesetz von 1953 gab es keinerlei Anweisungen bezüglich der statistischen Erfassung der venerischen Krankheiten. Das Meldeverfahren wurde erst in der am 28. Dezember 1954 verkündeten 1. Durchführungsverordnung zum Bundesgesetz für die folgenden drei Jahre geregelt.<sup>447</sup> Nach Ablauf der drei Jahre wurde die Verordnung wegen ihres Misserfolges nicht erneuert.<sup>448</sup> Die vorher in Teilen der Bundesrepublik bestehende allgemeine Meldepflicht von Geschlechtskrankheiten entfiel. In ihr wurde festgelegt, dass der behandelnde Arzt, gemäß §6, jeweils am Ende des Quartals dem zuständigen Gesundheitsamt auf einem „Statistischen Zählblatt“ die Anzahl der behandelten Geschlechtskranken meldete. In diesen Übersichtsmeldungen wurde keine Unterscheidung nach Ersterkrankung, Mehrfacherkrankung oder Rückfall vorgenommen. Auch wurden weder Alter, Familienstand noch Beruf erfragt. Deshalb war die Analyse der Wirksamkeit der Bekämpfungsmaßnahmen der Geschlechtskrankheiten schwierig.<sup>449</sup> Einige Ärzte waren davon überzeugt, dass sie gar nicht verpflichtet waren, Geschlechtskranke zu melden. Die Meldepflicht für Geschlechtskrankheiten sei mit dem Gesetz von 1953 abgeschafft worden, meinte der Arzt und Sachbearbeiter zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beim Innenministerium Württemberg-Baden H.[...] Wezel. Namentliche Meldungen beurteilte Wezel als schädlich im Kampf gegen die venerischen Krankheiten. Sie kämen einer Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht gleich.<sup>450</sup> Aber auch zu den rein statistischen Meldungen fühlte sich der Arzt durch die Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1954 nicht aufgefordert. Es herrschte bei den Ärzten große Unklarheit darüber, ob und wen sie denn nun melden müssten. Die namentlichen Meldungen, die ja gesetzlich bei Ausnahmefällen festgelegt worden waren, sowie die statistischen erfolgten daher ungenügend.

---

<sup>445</sup> Becker (1955), S.XIII

<sup>446</sup> ebd., S.XIV

<sup>447</sup> Morton (1969), S.28

<sup>448</sup> Hopf (1966), S.121

<sup>449</sup> Rachold (1955), S.41-44

<sup>450</sup> Wezel (1963), S.2300-2301

Der Bundestagsabgeordnete der SPD Kahn-Ackermann fragte 1964 bei der Bundesregierung an, ob es auf Grund der Zunahme von Geschlechtskrankheiten in Deutschland Maßnahmen zur Wiedereinführung der Meldepflicht für Geschlechtskranke geben würde. Die Bundesregierung hatte eine Kommission mit der Bearbeitung dieser Fragestellung beauftragt, deren Beratung bis 1964 allerdings noch nicht abgeschlossen war. Die Kommission bestand aus Vertretern mehrerer Landesgesundheitsbehörden, des Bundesgesundheitsamtes und aus einem Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheitswesen.<sup>451</sup>

Viele Ärzte kritisierten die 1954 in der Durchführungsverordnung festgelegte neue Meldepflicht als einen „Verstoß gegen das Grundgesetz“. Es sei ein Einbruch in die Intimsphäre der Kranken. Die Behandlung sollte ohne Meldungen nur privatärztlich erfolgen, sonst würden die Patienten zu sehr durch die Bedrohung der Schweigepflicht verunsichert. Nur bei Versäumnissen sollte das Gesundheitsamt eingeschaltet werden.<sup>452</sup> Ebenso stieß die Angabe des vollständigen Geburtsdatums der Patienten auf Unmut. In kleineren, überschaubaren Gebieten konnte vom genauen Geburtsdatum auf die Person geschlossen werden, die infiziert war. Damit die Schweigepflicht gewahrt blieb, sollte der behandelnde Arzt die Daten in einem verschlossenen Umschlag mit der Aufschrift „vertraulich“ ans Amt schicken.<sup>453</sup>

Auch die vorgesehene Art der Meldungen stieß auf Unmut. Die Wahrscheinlichkeit, dass der Arzt bei nur vierteljährlicher Meldung Patienten vergaß, war bei dieser Methode größer, als wenn er sofort jeden einzelnen Patienten gemeldet hätte. Einzelmeldungen waren nicht mehr vorgesehen, was stark kritisiert wurde. Damit hatte laut Proppe und Wagner das Gesetz „seinen Zweck völlig verfehlt“.<sup>454</sup> Da die Ergebnisse dieses Meldevorgehens unzureichend waren, beschloss das Statistische Bundesamt mit Zustimmung der Abteilung Gesundheitswesen des Bundesinnenministeriums, 1955 von einer weiteren Veröffentlichung der Zahlen abzusehen. Auch war man zu diesem Zeitpunkt wegen des Tiefpunktes der Zahl der Erkrankten davon überzeugt, dass die Geschlechtskrankheiten am Aussterben seien. Einzelne Länder führten weiterhin Statistiken durch, teils nach alten Erfassungsmustern. Andere Bundesländer stellten die Erfassung komplett ein. In Nordrhein-Westfalen erfolgte die Registrierung durch die „Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung und Behandlung der Geschlechtskrankheiten“. Diese Arbeitsgemeinschaft übernahm in NRW außer bei Selbstzahlern die Behandlungskosten. Diese Selbstzahler waren also nicht in der Statistik

---

<sup>451</sup> Vontz (1964), S.605

<sup>452</sup> Robert (1969), S.2692

<sup>453</sup> Hamburger Ärzteblatt, Nr.5, 9.Jg., 1955, S.99-100

<sup>454</sup> Proppe, Wagner (1965), S.774

enthalten. Ansonsten hatte NRW die wohl vollständigste Geschlechtskrankenstatistik für diese Zeit aufzuweisen.<sup>455</sup>

Im Jahre 1959 wurde der angebliche Rückgang der Geschlechtskrankheiten von den Leitern der Beratungsstellen und von vielen Ärzten bezweifelt. Harmsen aus Hamburg war der Auffassung, dass der verkündete Rückgang nicht den tatsächlichen Zahlen entspräche. Durch die Lockerung der Meldepflicht seien die Zahlen nicht vertrauenswürdig. Selbst das Bundesinnenministerium stellte 1957 die Frage, ob der Verwaltungsaufwand zur Erfassung der Geschlechtskrankheiten noch lohne, da die Resultate sehr fragwürdig seien.<sup>456</sup> Laut Meldungen der Beratungsstellen aus Berlin und Bremen würden vor allem, aber nicht nur, die Gonorrhoe-Fälle drastisch zunehmen. Die Lues-Fälle hingegen würden leicht absinken.<sup>457</sup> Harmsen kritisierte, dass die Unterlassung der Meldepflicht seitens der Ärzte nicht zu dem Trugschluss führen dürfte, dass die Geschlechtskranken weniger werden würden. Von 1954 bis 1958 habe es einen signifikanten Anstieg der Geschlechtskrankheiten, gerade unter jüngeren Mädchen gegeben.<sup>458</sup> Auch für England und Wales war ein Anstieg der venerischen Erkrankungen zu verzeichnen.<sup>459</sup> Harmsen sprach sich für eine Erhaltung und Erweiterung des Vertriebs von Schutzmitteln, insbesondere Präservative, aus. Die Prävention, vor allem durch Automaten, müsse ausgebaut werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das neue Bundesgesetz besonderen Wert auf die vorbeugende und nachgehende Fürsorge legte. Da es als ein „Gesetz der Friedenszeit“ gelten sollte, wurde auf eine generelle Polizeibeteiligung verzichtet, auf Zwangsmaßnahmen jedoch nicht. In Ausnahmefällen wurden diese nach wie vor damit gerechtfertigt, dass sie im „Sinne des Allgemeinwohls“ notwendig seien. Eine strafrechtliche Verfolgung von Prostituierten war nicht mehr vorgesehen, was scharf kritisiert wurde. Eine namentliche Erfassung von Geschlechtskranken war nur bei Minderjährigen, bei „sittlich gefährdeten“ Personen, bei Personen, die offensichtlich falsche Angaben zur Infektionsquelle machten oder eine „ernste Gefahr“ für eine Weiterverbreitung darstellten, vorgesehen. Auch wenn die sittliche Lebensweise des Patienten nicht der vorherrschenden Moralvorstellung entsprach, war dies ein Grund für eine namentliche Meldung. Bis 1969 gab es in Westdeutschland keine bundesweite statistische Erfassung der Geschlechtskrankheiten.

---

<sup>455</sup> Proppe, Wagner (1965), S.738

<sup>456</sup> Harmsen (1959), S.437

<sup>457</sup> ebd., S.437

<sup>458</sup> Weise (1958), S.167-170

<sup>459</sup> Harmsen (1959), S.438

#### 7.4.2 Durchführungsverordnungen und Neuerungen zum Bundesgesetz von 1953

Die Erste Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 28. Dezember 1954 betraf unter anderem die ärztlichen Unbedenklichkeitszeugnisse. Diese umfassten den Befundbericht und eine nicht länger als 30 Tage zurückliegende serologische Untersuchung. Die Zeugnisse mussten den Zusatz enthalten, dass keine Bedenken mehr gegen eine Eheschließung bestanden. Die Aufzeichnungen des behandelnden Arztes mussten Name, Vorname, Geburtstag und –ort, Anschrift, und Beruf des Geschlechtskranken enthalten. Des Weiteren mussten Angaben zur Vorgeschichte, Art der Untersuchung und Behandlung, Einweisungen oder Überweisungen, sowie über Entlassungen protokolliert werden. Ferner musste der Arzt für jeden Patienten ein Stammbblatt anlegen, das fünf Jahre lang aufzubewahren war. Der Erkrankte hatte den Empfang eines Merkblattes zu unterschreiben, wie auch die stattgefundene mündliche Belehrung durch den Arzt zu bestätigen. War der Patient säumig, wurde er vom Arzt einmalig ermahnt und dann dem Gesundheitsamt gemeldet.<sup>460</sup> Der Arzt musste vierteljährlich ein statistisches Zählblatt über seine Geschlechtskranken ausfüllen und dieses in doppelter Ausführung an das Gesundheitsamt schicken. Das Gesundheitsamt leitete eine Fertigung des Blattes an das Statistische Landesamt weiter.<sup>461</sup> Erst 1956 wurde das statistische Zählblatt, mit dem nach dem Gesetz von 1953 gemeldet werden sollte, den Ärzten zur Verfügung gestellt. Die Zweite Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 5. Juli 1955 legte fest, dass ärztliche Eingriffe, wie Entnahme der Rückenmarks- oder Gehirnflüssigkeiten, die Therapie der Syphilis mit Salvarsanpräparaten und der Neurosyphilis mit Malaria- oder Fieberkuren, nur mit einer Einwilligung des Patienten erfolgen dürften.<sup>462</sup>

Am 25. August 1969 beschloss der Bundestag den §11a des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1953, um ab diesem Zeitpunkt eine Bundesstatistik über ansteckungsfähige Geschlechtskrankheiten einzuführen.<sup>463</sup> Der §11a legte fest, dass jeder behandelnde Arzt verpflichtet war den Patienten unverzüglich und nicht mehr vierteljährlich ohne Nennung von Namen und Anschrift, aber mit Geburtsdatum, Geschlecht, Art der Erkrankung, Vorerkrankungen und Familienstand ans Gesundheitsamt zu melden.<sup>464</sup> Die Meldung des Namens erfolgte chiffriert.<sup>465</sup> Zwangsmaßnahmen waren in dem neuen

---

<sup>460</sup> Hamburger Ärzteblatt, Nr.5, 9.Jg., 1955, S.99-100

<sup>461</sup> Schröder (1954), S.414-415

<sup>462</sup> Schröder (1955), S.230

<sup>463</sup> Schirren, Oestereich (1970), S.8

<sup>464</sup> ebd., S.8

<sup>465</sup> Deutsches Ärzteblatt, Sondernr. vom 3. Juni 1970 zum Geschlechtskrankengesetz, S.1769-1770

Paragrafen nicht vorgesehen. Die Autoren Schirren und Oestereich befürworteten dies und argumentierten, dass Zwangsmaßnahmen die Erkrankten nur in den Untergrund drängen, und dies zu einer Verschlechterung der Behandlungs- und Nachsorgemöglichkeiten der Geschlechtskrankheiten führen würde. Auch mit gesetzlichen Maßnahmen sei es allein nicht getan, sondern das Wichtigste seien Erziehung und Aufklärung der Bevölkerung.<sup>466</sup> Auch in der DDR wurde Ende der 1960er Jahre die Erfahrung gemacht, dass Haftstrafen bei „uneinsichtigen Geschlechtskranken“ nicht viel Nutzen brachten. Durch Freiheitsentzug wurde keine gesellschaftliche Wiedereingliederung der Personen erreicht und so konnten sie nicht aus der Gruppe der „Gefährdeten“ genommen werden. Deshalb wurde 1970 dazu aufgerufen sich mehr auf den §249 des neuen Strafgesetzbuches der DDR zu beziehen, der anstelle von Haftstrafen eine Arbeitserziehung, nicht unter einem Jahr vorsah.<sup>467</sup>

#### 7.4.3 Resonanzen auf das Gesetz von 1953

Walter Grimm sah in dem Gesetz von 1953 die Schwierigkeit des großen Ermessensspielraums bei dem Begriff des „hwGs“. Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen (insbesondere nach §18) setzte eine ärztliche Feststellung der Geschlechtskrankheit und die richterliche Anerkennung der Gefahr der Weiterverbreitung voraus.<sup>468</sup> Diese beiden Faktoren sah Grimm häufig nicht gegeben. Viele Ärzte waren nicht in der Lage, die Primäraffekte der Syphilis zu diagnostizieren. Und wie konnte ein Richter erkennen, dass eine Person Geschlechtskrankheiten weiterverbreiten würde?

Fünf Jahre nach der Verkündung des Gesetzes von 1953 wurde es einerseits für die Arbeit der Beratungsstellen als allgemein brauchbar bezeichnet, andererseits sei die Erfassung und Betreuung der hwG-Personen noch nicht zufriedenstellend. Es wurde der Ausbau der Gefährdetenfürsorge gefordert und die Gleichstellung der Seuchenhygiene, der Sexualpädagogik und der Sozialfürsorge im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten.<sup>469</sup> Einige Ärzte bezeichneten das Gesetz, sechs Jahre nach der Einführung als gescheitert. Es sei nur ein Kompromiss zwischen Fürsorge- und Seuchenbekämpfungsgesetz und könne doch dabei beides nicht erreichen. Die Zahl der hwG-Personen würde ebenso ansteigen wie die Zahl der gemeldeten Gonorrhoe-Fälle. Weiter wurden die Prostituierten als

---

<sup>466</sup> Schirren, Oestereich (1970), S.10

<sup>467</sup> Elste, Krell (1970), S.933-938

<sup>468</sup> Grimm (1958), S.445

<sup>469</sup> Thelen (1959), S.475

„Behördenfahrgäste“ bezeichnet und deren kostenfreie Behandlung in den Krankenhäusern und ihr „steuerfreies“ Leben kritisiert.<sup>470</sup>

Sieben Jahre nach dem Erlass des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1953 lief dessen Ausführung bei weitem nicht reibungslos. Gustav Hopf rief 1960 die Ärzteschaft dazu auf, ihren Pflichten im Rahmen des Gesetzes nachzukommen.

Behandlungen und Untersuchungen, sowie Meldepflicht müssten gewissenhaft nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen durchgeführt werden und nicht schon bei einem bloßen Verdacht. Des Weiteren empfahl er den Ärzten mit der Ausstellung von Attesten vorsichtiger zu sein, da damit viele Personen versuchen würden, sich der Gesundheitsüberwachung zu entziehen.<sup>471</sup> Im Jahre 1966 bemängelte er, dass im Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1953 weder von hwG-Personen, noch von Prostituierten die Rede sei, obwohl diese doch zweifellos zur Verbreitung der venerischen Krankheiten beitragen.<sup>472</sup> Obwohl Bordelle in Deutschland verboten seien, würden immer wieder Sonderregelungen gefunden und diese doch von der Polizei und den Behörden geduldet. Ob schon sie als Infektionsquelle keine große Rolle spielten, müsse man sich an die Gesetze halten und gegen die Freudenhäuser vorgehen. Die entscheidende Instanz im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten sei der behandelnde Arzt. Da für venerische Krankheiten die Kurierfreiheit aufgehoben war, trug dieser allein die Verantwortung für die Behandlung.<sup>473</sup>

Auch 1961 wurde das Bundesgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten noch als gescheitert beurteilt, da seit seinem Inkrafttreten die Geschlechtskrankheiten angestiegen wären.<sup>474</sup> Obwohl es keine bundesweite Statistik mehr gegeben hat, sei der Anstieg eine nicht zu leugnende Tatsache und wurde von Medizinern mit Zahlen aus den Großstädten Bremen, Hamburg und Berlin über Syphilis und Gonorrhoe zu belegen versucht.<sup>475</sup> Die Ursache für den Anstieg sahen sie in der Prostitution, die in dem Gesetz nicht berücksichtigt wurde. Unter Prostituierte wurden von ihnen auch hwG-Personen gefasst. Die Morbidität von hwG-Personen betrage im Vergleich zu der Gesamtbevölkerung ein 50 bis 100 Faches und ihre Bekämpfung sei unzulänglich. Zwangsmaßnahmen würden in der Praxis in zu geringem Umfang und zu spät eingesetzt. Der Schutz der Allgemeinheit vor diesen „asozialen Individuen“ sei nicht gegeben. Das Fundament der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten,

---

<sup>470</sup> Doerks (1960), S. 95

<sup>471</sup> Hopf (1960), S.190

<sup>472</sup> Hopf (1966), S.121

<sup>473</sup> ebd., S.121

<sup>474</sup> zum Beispiel der Arzt H. Falliner aus Bremen, Falliner (1961), S.424

<sup>475</sup> Diese Erkrankungsfälle entnahm Falliner der Gebührenanforderungen nach § 26

die Infektionsquellenforschung, würde stark vernachlässigt. Der überforderte Arzt würde, in Bremen beispielsweise, nur in circa 8 % der Fälle eine Infektionsquelle melden.<sup>476</sup> Diese Ärztegruppe forderte 1961 die namentliche Meldepflicht wieder einzuführen.

Auch für ausländische Geschlechtskranke wurden 1962 Merkblätter in verschiedenen Sprachen vom Gesundheitsamt herausgegeben, da sich auch unter den „Gastarbeitern“ venerische Infektionen verbreiteten.<sup>477</sup>

#### 7.4.4 Geschlechtskrankheiten als Wehrdienstbeschädigungen?

Im Jahre 1954 kam die Frage auf, ob Geschlechtskrankheiten als Wehrdienstbeschädigungen anzusehen seien. Durch den Behandlungszwang der Wehrmacht und dessen schädliche Folgen hatten viele Männer gesundheitliche Probleme erlitten, wie zum Beispiel Infertilität, die bis in die heutige Zeit reichten. Vergewaltigungen und auch die außergeschlechtliche Übertragung durch Blut mussten berücksichtigt werden. Die unhygienischen Zustände in Gefangenennagern oder auch in den zerstörten Städten wurden als Ursache vieler Infektionen angegeben. Deshalb wurden „gesicherte, unverschuldete, extragenitale Infektionen, Violatio, und Schädigungen, die als Folge der Behandlung und der Nebenwirkungen“ entstanden waren, als Kriegsbeschädigungen anerkannt.<sup>478</sup>

---

<sup>476</sup> Falliner (1961), S.424

<sup>477</sup> Hamburger Ärzteblatt, Nr.1, 16. Jg,1962, S.25

<sup>478</sup> Friderich (1954), S.236-243

## 7.5 Therapie in der Phase von 1953 bis 1970

Im folgenden Kapitel soll dargelegt werden, wie die Syphilistherapie in der Phase zwischen 1953 und 1970 ausgesehen hat. Dieser Zeitraum wurde gewählt, da sich erst 1970 die Monotherapie mit Penicillin durchgesetzt hatte und die Behandlungsverfahren bis dahin sehr vielfältig waren. Diese Vielfalt wird an Hand von ärztlichen Berichten aus Fachzeitschriften verdeutlicht. Es wird versucht, Erklärungen dafür zu finden, warum Ärzte in Deutschland Penicillin nur sehr zögerlich bei Geschlechtskrankheiten einsetzten. Es werden die unterschiedlichen Meinungen zu der zum jeweiligen Zeitpunkt als am besten geltenden Therapie chronologisch dargestellt.

Fast 10 Jahre nach der Einführung der Penicillintherapie zur Behandlung der Syphilis durch Mahony, Arnold und Harris 1943, wurde sie ab 1953 in Deutschland nur langsam bei der Mehrheit der Ärzte zum anerkanntesten wirkungsvollen Antisyphilitikum. Durch eine Behandlung mit ausreichend hohen Dosen Penicillin wurden angeblich bessere Ergebnisse erreicht, als mit Arsenobenzolen und Wismut.<sup>479</sup> Auch unter dem Aspekt der Sozialhygiene hatte die rasche Therapie Fortschritte erbracht, da die Ansteckungsfähigkeit der Infektionsquelle schneller gestoppt werden konnte. Penicillin galt in allen Luesstadien als wirksam und die fehlende Toxizität gegenüber den altbewährten Mitteln war herausragend. Andere Antibiotika, wie zum Beispiel Streptomycin, Terramycin und Bacitracin stellten sich als weniger wirksam heraus.<sup>480</sup> Reverin, Terramycin oder Erycin erwiesen sich nicht nur als unwirksam bei der Syphilistherapie, sondern es bestand sogar die Gefahr, dass sie die Treponemen noch stimulierten.<sup>481</sup> Bei Penicillinunverträglichkeit war das Erythromycin die beste Alternative.<sup>482</sup> Von Penicillin G ging man schnell zu den Depotpenicillinen über. Dies vereinfachte die Darreichung. 1953 schien das beste Depotpenicillin aus den USA zu stammen: Procain-Penicillin-G in Erdnussöl mit einem Zusatz von 2 % Aluminiummonostearat („PAM“ genannt).

Der Dermatologe [...]. Hasselmann führte in Deutschland als einer der Ersten bereits seit 1948 alleinige Penicillinbehandlungen der Syphilis durch und erzielte damit große Erfolge.<sup>483</sup> Auch vom sozialen Standpunkt aus war die Penicillintherapie ein Fortschritt. Im Gegensatz zur früheren Fiebertherapie war ein längerer, teurer stationärer Aufenthalt, der sowohl das Berufs- als auch das Privatleben störte, nicht erforderlich.<sup>484</sup>

---

<sup>479</sup> Wernsdörfer (1953), S.93

<sup>480</sup> ebd., S.93

<sup>481</sup> Fegeler (1961), S.162 siehe auch Fegeler (1957), S.176-178

<sup>482</sup> Gertler (1961), S.115

<sup>483</sup> Wernsdörfer (1953), S.95

<sup>484</sup> Gumpesberger (1953), S.135-139



Noch immer wurden jedoch auch andere Antisymphilitika in der Therapie der Lues angewandt. Wie zum Beispiel das Spirotrypan, ein schwefelhaltiges Arsenobenzol. Jedoch zeigten Studien, dass die erhoffte Wirksamkeit ausblieb. Die Verträglichkeit war ausgezeichnet und Spirotrypan war besser als Neoalvarsan, aber nicht wirkungsvoller als Penicillin.<sup>485</sup>

Viele Ärzte favorisierten weiterhin die Kombinationstherapien aus Penicillin, Salvarsan, Wismut, Pyrifur, und Quecksilber.<sup>486</sup> Hier gab es jede erdenkliche Möglichkeit die Antisymphilitika zu kombinieren.<sup>487</sup> Im Folgenden werden verschiedenen Kombinationsverfahren vorgestellt.

Es wurde auch über die Wirkung der Penicillin-Wismut-Therapie berichtet.<sup>488</sup> Dem Wismut wurde nach wie vor große Bedeutung zugesprochen, jedoch war die alleinige Wirkung sehr protrahiert. Eine Behandlung dauerte circa 4-5 Jahre. Zunächst nahmen viele Mediziner an, dass man Penicillin nicht mit Wismut kombinieren dürfe, da dieses die Wirkung des Penicillins aufhebe. Schnell stellte sich das jedoch als falsch heraus und die Kombination von Penicillin und Wismut erfreute sich großer Beliebtheit, auch weil sich diese Kombination als nebenwirkungsärmste herausstellte.<sup>489</sup> So wurde zum Beispiel Peniluin-Rheinchemie geschaffen, ein Penicillin-Bi-Kombinationspräparat. Der Vorteil bestand in der 3 Mal wöchentlichen i. m.-Injektion.<sup>490</sup> Auch der Italiener Musumeci stellte die These auf, dass man das Penicillin mit Wismut kombinieren solle, da das Penicillin keine sterilisierende Wirkung habe. Er warnte vor einer Monotherapie mit Penicillin.<sup>491</sup>

Im Jahre 1955 jährte sich zum 50. Mal die Entdeckung der Spirochaeta pallida durch Schaudinn und Hoffmann. Die Begeisterung über die Therapie der Syphilis mit Penicillin hatte sich bei einigen Ärzten gelegt, da durch zu hohe Dosen viele Nebenwirkungen auftraten. Diese hohen Dosen mögen ein Ausdruck dafür gewesen sein, dass dem neuen Mittel noch immer nicht vertraut wurde. So nahmen einige Ärzte Zuflucht zu den alten Neosalvarsan-Wismut-Kuren in Kombination mit Antibiotika. Diesen sogenannten Bonner Kuren wurde in Deutschland mehr vertraut als dem neuen Wundermittel.<sup>492</sup> Die „frühe“ und die „späte“ Lues wurden teilweise als zwei verschiedene Krankheiten behandelt. Bei der „späten“ Lues würden die Bonner Tripelkuren zweimal soviel Aussicht auf Heilung bieten als Penicillin-Wismut.<sup>493</sup>

---

<sup>485</sup> Thelen (1953), S.126-130

<sup>486</sup> Krüger (1965), S.927

<sup>487</sup> siehe zum Beispiel Wernsdörfer (1954a), S.237

<sup>488</sup> berichteten F. Schmidt- La Baume und Clemens Thelen (1953), S.140-146

<sup>489</sup> Krüger (1965), S.927

<sup>490</sup> Schmidt- La Baume, Thelen (1953), S.140-146

<sup>491</sup> Musumeci (1960), S.375-377

<sup>492</sup> Simons (1955), S.28

<sup>493</sup> ebd., S.31

Der Arzt Alfred Mitze verglich 1954 in einer Studie die therapeutische Wirkung von einer reinen Penicillinbehandlung und einer Malaria-Penicillinbehandlung und befand letztere bei der Lues latens und cerebrospinalis als wirksamer, da der Penicillinspiegel im Liquor nach einer Malariatherapie ansteigen würde.<sup>494</sup> Andere Ärzte favorisierten bei der Neurolyues die alleinige Penicillintherapie.<sup>495</sup> Bei der Frühlyues kam ebenfalls eine Gruppe von Ärzten zu der Ansicht, dass die alleinige Penicillintherapie am wirksamsten und am nebenwirkungsärmsten sei,<sup>496</sup> wohingegen andere gerade bei der Frühsyphilis an der klassischen Luesbehandlung festhielten.<sup>497</sup>

Bei diesen Studien ist jedoch zu bedenken, dass das Patientengut unterschiedlich groß war. Mitze studierte 151 Fälle, der Arzt R. [...] Wernsdörfer zum Beispiel 1574<sup>498</sup>. Die Studien waren häufig von fraglicher Methodik und schwer zu vergleichen, da es sich meist um Beobachtungen der Ärzte in ihren Kliniken handelte und nicht um standardisierte Verfahren. Methoden um Fehler zu vermeiden, wie zum Beispiel Doppel-Blindversuche gab es damals in Deutschland kaum. Man verließ sich auf die Erfahrungsberichte einzelner Ärzte, die aus ihrem Klinikalltag Bericht erstatteten und diesen in Fachzeitschriften veröffentlichten. Die Patientenzahlen waren meist ausgesprochen gering und mit heutigen Studien nicht zu vergleichen.

Viele Ärzte, zum Beispiel Erich Langer und H [...] Krüger, wünschten sich endlich ein Ende in dem Durcheinander der Behandlungsmethoden, da nun langjährige Erfahrungen mit Penicillin vorliegen würden und dieses als bestes Medikament feststände. Es existiere kein Grund an den klassischen Behandlungsmethoden festzuhalten, so Langer und Krüger 1957. Im Gegensatz dazu, so Langer, stände die Meinung Kogoj's, der von der „Ära der Verherrlichung des Penicillins als bestem und alleinigem Antisyphilitikum“ warnte.<sup>499</sup> Kogoj war Begründer der „Arsenobenzol-Penicillin-Wismut“-Kombinationskuren (AsPeBis-Kuren).<sup>500</sup>

Der Mediziner Hasselmann betonte 1960, dass die Behandlung mit Arsenobenzolen mit zu hohen Risiken belastet sei und deshalb einen Kunstfehler darstelle. Penicillin und Erythromycin seien die Mittel der Wahl, solange sie zur Verfügung ständen.<sup>501</sup>

---

<sup>494</sup> Mitze (1954), S.8-13

<sup>495</sup> Wernsdörfer (1954b), S.278-287

<sup>496</sup> Döllken (1954), S.46-50

<sup>497</sup> Wernsdörfer (1954a), S.237-239

<sup>498</sup> ebd., S.237

<sup>499</sup> Langer, Krüger (1957), S.311-312

<sup>500</sup> Simons (1955), S.28

<sup>501</sup> Vollmer (1963), S.417

Als Mittel der Wahl bezeichnete auch der Direktor der Leipziger Hautklinik Gertler das Penicillin bei der Syphilistherapie. Die Erfolge seien besser und nebenwirkungsärmer als mit Salvarsan oder Wismutpräparaten. Weil das Penicillin sehr teuer sei und lange nicht ausreichend zur Verfügung stand, wurden in Deutschland erst spät Erfahrungen damit gesammelt.<sup>502</sup>

Für viele galt es als verständlich, dass Ärzte, die die Salvarsanära mitgemacht hatten nur zögerlich auf das altbewährte Wundermittel verzichten wollten, und schon gar nicht auf die Kombinationstherapien. Das Vertrauen in das neue Medikament Penicillin setzte sich außerhalb des anglo-amerikanischen Raumes nur langsam durch.<sup>503</sup>

Weltweit gesehen war das Penicillin das meistgebrauchte Medikament bei der Behandlung der Syphilis. Die WHO führte, laut Klitscher dazu 1954, zehn Jahre nach Einführung des Penicillins, eine Studie in 55 Ländern an 277 Universitätskliniken durch. Danach arbeiteten 65,3 % der erfassten Kliniken ausschließlich mit Penicillin. Nur 28,9 % verwendeten zusätzlich die klassischen Wismut-, Arsen- und Quecksilberpräparate.<sup>504</sup> In den USA wurde fast ausschließlich mit Penicillin gearbeitet. Nur 5,8 % aller Kliniken gebrauchten gar kein Penicillin. Im Jahre 1954 schätzte die WHO die Zahl der weltweit an Syphilis Erkrankten auf 20 Millionen. Besonders hoch, bis zu 80 % der Bevölkerung, sei die Zahl der Infizierten in Hafenstädten. Bei 90 % der mit Penicillin behandelten Personen zeigten sich sehr gute Heilungsergebnisse, was vor allem auf die Wirksamkeit der Depotpenicilline zurückzuführen sei.<sup>505</sup> Des Weiteren sprach sich die WHO für eine prophylaktische Penicillinbehandlung von Prostituierten aus, da dies eine „wertvolle Waffe“ im epidemiologischen Sinne sei. In den angelsächsischen Ländern war die Penicillintherapie mittlerweile auch günstiger als die Kombinationstherapie geworden.<sup>506</sup>

Wie groß die Uneinigkeit unter den Syphilidologen über die Therapie war, zeigte eine erneute Umfrage der Weltgesundheitsorganisation 1956 wieder an 277 Kliniken in 55 Ländern, bei der nur namenhafte Syphilidologen befragt wurden. Das Ergebnis der Umfrage waren insgesamt 294 verschiedene Behandlungsmethoden hinsichtlich Dosierung der Antisyphilitika und Kombination der verschiedenen Wirkstoffe, und das 13 Jahre nach Einführung des Penicillins in die Syphilistherapie.<sup>507</sup>

---

<sup>502</sup> Gertler (1960), S.972-977

<sup>503</sup> Fegeler (1961), S.150

<sup>504</sup> Klitscher (1954), S.698

<sup>505</sup> ebd., S.698

<sup>506</sup> ebd., S.699

<sup>507</sup> Fegeler (1961), S.150

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bis Ende der 1950er Jahre noch viele deutsche Ärzte an der bewährten Salvarsantherapie oder an Kombinationstherapien festhielten. Nur wenige gaben der Monotherapie mit Penicillin den Vorzug. Im Jahre 1958 waren einige Ärzte noch immer davon überzeugt, dass die kombinierte Penicillin-Arsenobenzol-Wismuttherapie bessere Ergebnisse bei der Therapie der latenten und tertiären Syphilis zeigte, als die alleinige Penicillintherapie.<sup>508</sup>

Ob eine prophylaktische Behandlung bei einer befürchteten Syphilisinfektion gestattet sei, war auch nach 1953 noch sehr umstritten. Die Ärzte Beermann aus Philadelphia, Hopf aus Hamburg und Langer aus Berlin waren der Ansicht, dass diese gerade bei Schwangeren unbedingt durchgeführt werden müsse.<sup>509</sup> Andererseits wollte man auch niemanden ohne Diagnose zum Luiker stempeln, da dies psychisch sehr belastend sei. Die WHO empfahl die Präventivbehandlung ausdrücklich.<sup>510</sup> Für Abortivtherapien (Behandlungen bei noch nicht gesicherter Diagnose) galt als relative Indikation der Sexualkontakt mit einem Partner mit einer infektiösen Syphilis und „vagabundierende“ Jugendliche und „Geisteskranke“. Als absolute Indikation galt die Gefahr einer Transfusionslues, ferner bei Neugeborenen von nicht ausreichend behandelten, syphilitischen Müttern. Simultanbehandlungen (gleichzeitige Behandlungen zweier oder mehrerer Partner, ohne dass bei den Personen eine Lues diagnostiziert wurde) mussten von den Ärzten im Einzelfall in Erwägung gezogen werden. Zur Heilungskontrolle wurde der Cardiolipintiter im Serum bestimmt. War er um zwei Stufen abgesunken, so war die Behandlung als erfolgreich anzusehen.<sup>511</sup>

1957 meldete die WHO, dass die Syphilisfälle in der ganzen Welt zugenommen hätten.<sup>512</sup> Im Jahre 1961 war die Frage nach der wirksamsten Behandlung der Syphilis noch immer nicht ausreichend geklärt. Das Penicillin hatte jedoch bei allen Luesformen den größten Stellenwert eingenommen. Das Problem der richtigen Dosierung, sowie die Frage nach der Heilbarkeit wurden noch umfassend diskutiert. Der Beweis für die Heilung im bakteriellen Sinne, also keine Krankheitserreger mehr im Körper, konnte bis 1957 nicht erbracht werden. Die Heilbarkeit ließ sich aber angeblich dadurch beweisen, dass bei therapierten Personen immer wieder Neuansteckungen mit Ausbildung eines Primäraffektes beobachtet werden konnten, die das Freisein des Organismus von spezifischen Antikörpern zur Voraussetzung hatten. Reinfektionen waren also ein indirekter Beweis für eine vorangegangene, erfolgreiche

---

<sup>508</sup> Gumpesberger, Tappeiner (1958), S.18-23

<sup>509</sup> Beermann, Hopf, Langer (1953), S.394-397

<sup>510</sup> Wernsdörfer (1954b), S.284

<sup>511</sup> Heite, Walther (1976), S.159-170

<sup>512</sup> Borelli (1971), S.22

Behandlung.<sup>513</sup> Die Möglichkeit einer Selbstheilung wurde ebenso diskutiert. Als Kriterien für eine komplette Heilung wurden nicht nur das Fehlen klinischer und objektiver Beschwerden gewertet, sondern auch ein negativer Nelson-Test<sup>514</sup>. Diese Faktoren zusammen konnten äußerst selten beobachtet werden.<sup>515</sup>

In Deutschland wurden allgemein betrachtet höhere Penicillindosen verabreicht, als von der Weltgesundheitsorganisation oder dem U.S. Department of Health empfohlen.<sup>516</sup> Das mochte noch immer mit dem mangelhaften Vertrauen der Deutschen in die Penicillintherapie zusammenhängen. Die Herxheimersche-Reaktion nach der ersten Penicillininjektion konnte nun meist durch eine Vorbehandlung mit 6-8 Wismutinjektionen oder durch die gleichzeitige Gabe von täglich 40 mg Prednisolon während 8 Tagen abgeschwächt werden.<sup>517</sup> Zur Therapie der Syphilis stellte Felke 1962 fest, dass die „Therapia magna sterilisans“ im Sinne Paul Ehrlichs mit dem Penicillin Wirklichkeit geworden war. Wismut und Arsen seien heutzutage nicht mehr zu verantworten. Damit vertrat er einen extremen Standpunkt, aber allgemein bekam die alleinige Penicillintherapie in dieser Zeit immer mehr Anhänger.<sup>518</sup>

So berichtete Brunner 1962 von 95 % Therapieerfolgen bei der Lues I und zu 90 % bei der Lues II.<sup>519</sup>

1963 stand der Wert der Penicillinmedikation bei der Syphilis außer Frage. Diese Erkenntnis hatte sich jedoch nur langsam durchgesetzt. Die Gründe hierfür waren sehr zahlreich. Im ersten Jahrzehnt der Penicillinära wurde immer wieder von therapeutischen Fehlschlägen berichtet, einerseits durch ungeeignete Präparate und insuffiziente Dosen, andererseits durch die Verwechslung von Reinfektion und Rezidiven. Erst durch die Festlegung von Therapierichtlinien durch die WHO 1954 kam Ordnung in die Therapieempfehlungen. Es galt nun die Feststellung, dass ein Kunstfehler vorliege, wenn ohne zwingende Kontraindikation keine Penicillintherapie bei der Syphilis durchgeführt wurde.<sup>520</sup>

Im Jahre 1963 galt die Säuglingssyphilis durch das Penicillin als heilbar, die Lues congenita in der Rezidiv- und Spätperiode als beherrschbar und vor allem als vermeidbar, wenn die syphilitische Schwangere untersucht und behandelt wurde.<sup>521</sup>

---

<sup>513</sup> Pambor (1961), S.311

<sup>514</sup> Bei diesem Nachweisverfahren bringt man das zu untersuchende Blutserum mit Kulturspirochäten zusammen. Liegt eine Infektion vor, werden die Spirochäten durch spezifische Antikörper unbeweglich gemacht.

<sup>515</sup> Langer, Krüger (1957), S.313

<sup>516</sup> Engelhardt (1961), S.251

<sup>517</sup> Burckhardt (1961), S.916

<sup>518</sup> Vollmer (1963), S.418

<sup>519</sup> Brunner (1962), S.515

<sup>520</sup> Wodniansky (1963), S.66

<sup>521</sup> Lindmayr (1963), S.188

Das so genannte „kalkulierte Risiko“ des Salvarsans mit seinen Todesfällen wurde 1964 nur noch von wenigen Ärzten in Kauf genommen. Jedoch stellte man sich die Frage, ob nicht auch das Penicillin ein „kalkuliertes Risiko“ hätte. Procainvergiftungen, Angioneurotische Ödeme, Penicillinüberempfindlichkeiten und anaphylaktische Reaktionen konnten beobachtet werden. Die neuen procainfreien Depotpenicilline, wie zum Beispiel das Megacillin besaßen diese Nebenwirkungen seltener und waren dennoch sehr wirksam. Aber die Unsicherheit über die alleinige Penicillintherapie blieb und wurde durch einen Blick auf Nordamerika, wo zuerst die alleinige Therapie praktiziert wurde und die besten Penicillinpräparate ausreichend zur Verfügung standen, verstärkt. Zwar hatte das Penicillin keine Auswirkungen auf die Neuinfektionen, dennoch beunruhigte deren Anstieg, da er den Eindruck vermittelte, man habe die Situation trotz Penicillin „nicht im Griff“. Die Leiterin des New Yorker Gesundheitsdienstes Leona Baumgartner, veröffentlichte folgende Zahlen von Lues-Neuinfektionen in den USA. Im Jahre 1957 gab es 6.250 Neuerkrankungen, 1959 waren es 8.180 und 1960 schon 12.470. Ein Jahr später wurden 18.781 Fälle registriert.<sup>522</sup>

Auch die Statistiken Wodnianskys aus Wien zeigten, dass das eklatante Absinken von Neuerkrankungen schon in den Jahren 1949 und 1950 deutlich wurde, also zu einem Zeitpunkt, an dem man in Österreich noch verhältnismäßig wenig Penicillin verwendete, sondern mit kombinierten Kuren therapierte.<sup>523</sup> Dies nahmen viele Ärzte als Argumentationsgrundlage, um dazu aufzurufen, die Salvarsan-Wismut-Therapie nicht vollständig aufzugeben, oder um wieder eine straffere Gesetzesgrundlage zu fordern.

Auch in Frankreich wurde von einigen Ärzten eine an die Penicillinbehandlung anschließende Wismuttherapie gefordert, um so Rückfällen vorzubeugen. Der Franzose Gatè war überzeugt davon, dass der erneute Anstieg an Syphilisfällen nicht zuletzt darauf zurückzuführen sei, dass viele Ärzte nicht mehr in der Lage waren, Geschlechtskrankheiten zu erkennen.<sup>524</sup>

Im Oktober 1965 wurden im Hamburger Ärzteblatt von der Gesundheitsbehörde, in Zusammenarbeit mit den Chefärzten der Dermatologischen Kliniken Hamburgs erstellte Richtlinien zur Behandlung der Lues und der Gonorrhoe veröffentlicht. Die wichtigsten Punkte beinhalteten, dass nur ein in Deutschland approbierter Arzt die Behandlung Geschlechtskranker durchführen dürfe, dabei nach den Grundsätzen der wissenschaftlichen Erkenntnis vorgehen und genaue Aufzeichnungen erstellen müsse. Die Gesundheitsämter seien verpflichtet, gerade bei „schwierigen Patienten“, wie zum Beispiel Obdachlosen, Minderjährigen, hWG-Personen oder Patienten, die die Behandlung verweigerten oder

---

<sup>522</sup> Vollmer (1963), S.421

<sup>523</sup> ebd., S.422

<sup>524</sup> Gatè (1964), S.630

abbrachen, eine Behandlungssicherung zu gewährleisten. Die ärztlichen Grundsätze der wissenschaftlichen Erkenntnis umfassten im Falle der Lues die Therapie mit Penicillin in Form von Kuren.<sup>525</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass man bis 1965 herausgefunden hatte, dass Penicillin große Vorteile bot, wie zum Beispiel die schnelle Wirkung, die kürzere Behandlungsdauer, große Erfolgssicherheit und weniger schwere Nebenwirkungen. Einigkeit über die beste Therapie herrschte unter den Dermatologen jedoch immer noch nicht.<sup>526</sup> Die jahrelang von vielen Ärzten befürchtete Penicillinresistenz war bis Mitte der 1960er Jahre ausgeblieben. Jedoch war noch immer umstritten, ob man die Salvarsantherapie zu Gunsten des Penicillins völlig einstellen sollte.<sup>527</sup>

#### 7.5.1 Unsicherheiten bei der Dosierung des Wundermittels

Im Hamburger Ärzteblatt wurden 1965 Richtlinien zur Therapie der Syphilis und der Gonorrhoe veröffentlicht, die die Penicillinkur genau festlegten. Die Kur bestand aus 12 Mega eines Depot-Penicillin-Präparates, das innerhalb von 12-24 Tagen in Tagesdosen von 500.000 bis 1 Millionen Einheiten verabreicht wurde. Die Pause zwischen zwei Kuren durfte höchstens 4-6 Wochen betragen. Normalerweise waren 3 Kuren ausreichend, höchstens aber 5 Kuren zu verabfolgen.<sup>528</sup> Einige Autoren verwendeten noch immer den aus der Salvarsanzeit stammenden Begriff „Kur“ und strukturierten die Therapie wie bei dem Salvarsan, obwohl dies nicht nötig war. Eine orale Penicillintherapie wurde als sehr unsicher erachtet. Aus unterschiedlichen Gründen wurde eine stationäre Therapie eingeleitet, zum Beispiel, wenn die Patienten „undiszipliniert“ wirkten, und der Arzt eine Weiterverbreitung befürchtete, oder auch wenn Sprachschwierigkeiten zu Problemen bei der Fahndung nach Kontaktpersonen führten, oder die Erkrankung vom Patienten „bagatellisiert“ wurde. Aus medizinischer Sicht war eine stationäre Therapie sinnvoll, um bei einer allergischen Reaktion oder einer starken Herxheimerschen-Reaktion schnell intervenieren zu können.<sup>529</sup> Besondere Bedeutung maß man dem Zeitpunkt des Beginns der Therapie zu. Bei einem Vergleich zwischen dem Hamburger Kurschema und den Richtlinien des US-Gesundheitsministeriums fiel auf, dass die amerikanische Kurzbehandlung (Minimaldosierung) auf den Ergebnissen der Früherfolge aufgebaut wurde, die Langzeittherapie (Maximaldosierung) auf dem alten Kurschema der Salvarsan-Behandlung.

---

<sup>525</sup> Hamburger Ärzteblatt, Nr.10, 19.Jg, 1965, S.304-305

<sup>526</sup> Krüger (1965), S.929

<sup>527</sup> Proppe, Wagner (1965), S.864-866

<sup>528</sup> Hopf (1966), S.121

<sup>529</sup> Heite, Walther (1976), S.159

Das amerikanische Therapiekonzept erreichte die geforderte Mindestkonzentration von 0,03 Einheiten pro ml Blut für die Dauer von 10-14 Tagen nur knapp, während diese durch die schon erläuterten Hamburger Richtlinien weit überschritten wurde, was folglich mehr Nebenwirkungen hervorrief.<sup>530</sup>

Bei der Neurolyues galt das Penicillin als Mittel der Wahl. Wurde eine Unverträglichkeit festgestellt, fand Reverin Verwendung.<sup>531</sup> Bei der Therapie in der Frühphase der Syphilis konnte eine Neurosyphilis als Spätfolge ausgeschlossen werden.<sup>532</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass um 1970 die Mehrzahl der Ärzte vom Penicillin zur Behandlung der Syphilis überzeugt war.

Durch den „Massenkonsum“ von Antibiotika in einer hinsichtlich der Syphilis subkurativen Dosis wurden vermutlich viele Fälle von Syphilis maskiert und sogenannte „stumme Infektionen“ provoziert, die es im Vergleich dazu früher nicht gegeben hatte.<sup>533</sup> Auch die häufigere und frühere Möglichkeit der Neuinfektion wurde der Penicillintherapie zur Last gelegt.<sup>534</sup> Unklarheiten bei den damaligen Therapierichtlinien gab es, weil viele Ärzte die Antibiotika nach dem alten Schwermetallschema anwendeten. Kombinationen der Antibiotika mit anderen Mitteln, wie sie in den 1950er Jahren noch vielfach angewendet wurden, waren Ende der 1960er Jahre weitestgehend als überflüssig erkannt worden.<sup>535</sup>

Der prozentuale Anteil an Dermatologen bei der Behandlung der Syphilis hatte abgenommen, der der Allgemeinmediziner zugenommen. Das war vor allem auf die einfache Penicillintherapie zurückzuführen.<sup>536</sup> Über die Therapie der Syphilis schrieb der Facharzt für Geschlechtskrankheiten R.S. Morton 1969: „Welche Aussichten hat ein Syphilitiker heute?“ Man kann ihm antworten: „Er hatte niemals bessere!“<sup>537</sup> Penicillininjektionen an zehn aufeinanderfolgenden Tagen führten zu einer Heilungsquote von 97 %.<sup>538</sup>

Während in Frankreich, in der DDR, in der UdSSR, in Polen, Jugoslawien, Bulgarien und Italien weiterhin von vielen Ärzten die Kombinationskur aus Schwermetallen und Penicillin als wirksamer erachtet wurde als die alleinige Penicillintherapie, wurden die Vorteile einer solchen Kur in Deutschland 1970 nun stark bezweifelt. Autoren wie Felke, Schirren,

---

<sup>530</sup> Mach (1967), S.97

<sup>531</sup> Kühl (1965), S.78

<sup>532</sup> Schuber (1968), S.806

<sup>533</sup> Kresbach (1968), S.117 siehe auch Fritsch, Müllner (1968), S.387

<sup>534</sup> Fritsch, Müllner (1968), S.387

<sup>535</sup> Luger, Kresbach (1968), S.875-880

<sup>536</sup> Lindner (2004), S.369

<sup>537</sup> Morton (1969), S.78

<sup>538</sup> ebd., S.78-79



Marchioni und Grimmer befürworteten als erste die alleinige Penicillintherapie.<sup>539</sup> Diese wurde nach dem nordamerikanischen Modell des „rapid treatment“ durchgeführt und nicht mehr in einem Kurschema, wie dies zuerst der Fall gewesen war.<sup>540</sup>

Die Zunahme der Penicillin-Allergie wurde ein wichtiges Thema je mehr das Penicillin Verwendung fand. Die Penicillinproduktion, die von 1951-1960 ungefähr gleich geblieben war, hatte sich bis 1965 verfünffacht. Die Häufigkeit allergischer Reaktionen wurde zwischen 0,7 % und 10 % geschätzt.<sup>541</sup>

## **8. Syphilis im Hamburg der Nachkriegszeit**

Im Folgenden Teil wird zunächst der Umgang mit Geschlechtskranken in Großbritannien erläutert, um darzustellen wie im Heimatland der Besatzer mit diesem Problem umgegangen wurde. Anschließend wird näher auf die Nachkriegszeit in Hamburg eingegangen. Hier stehen im Mittelpunkt der Betrachtungen die Konflikte zwischen den Besatzern und den deutschen Behörden, die gesetzlichen Bestimmungen, sowie die Situation von Geschlechtskranken oder hwG-Personen. Des Weiteren werden die Aufklärung in Hamburg nach 1945 und die „Zentrale Beratungsstelle Hamburg“ behandelt.

### **8.1 Zur Behandlung Geschlechtskranker in Großbritannien**

In diesem Kapitel soll der Umgang mit Geschlechtskranken in Großbritannien erläutert werden, um die Unterschiede zwischen der Politik im Heimatland der Besatzer und ihrem Vorgehen in Hamburg herauszustellen.

Erstmals wurde 1911 in Großbritannien eine Krankenversicherung (National Health Insurance) eingeführt. Sie umfasste 1938 schon 43 % der Bevölkerung.<sup>542</sup>

In England war die Behandlung der Geschlechtskrankheiten seit 1917 kostenfrei. Die Kliniken wurden staatlich geführt und die Behandlung war streng vertraulich. Selbst die Krankenhäuser für Geschlechtskranke wurden unverfänglich nur V.D. Kliniken genannt (englisch für Venereal Diseases). Die Behandlung erfolgte mit deutlich weniger Zwang als in Deutschland. Bis zum Zweiten Weltkrieg wurde ganz auf Zwangsmaßnahmen verzichtet. Die Aufklärung war gut organisiert und das Fürsorgesystem besser ausgebaut. Es sah vor, dass es in jeder Spezialklinik einen weiblichen und einen männlichen Fürsorger mit einer

---

<sup>539</sup> Nemeč (1970), S.573

<sup>540</sup> ebd., S.565

<sup>541</sup> Landes, Metz (1970), S.793

<sup>542</sup> Lindner (2004), S.48

Spezialausbildung gab, die als persönliche Betreuer für die Patienten während der gesamten Behandlung und häufig auch danach noch bereitstanden. Nach dem Krankenhausaufenthalt erhielt der Patient eine Nummer und ging mit dieser zum nachbehandelnden Arzt, der ihn nur unter dieser Nummer kannte und seinen Namen nicht erfuhr. Die Mehrzahl der Behandlungen erfolgte ambulant in sogenannten Treatment Centres. Die meisten Kliniken verabreichten 1949 nur noch Penicillin zur Syphilisbehandlung. Man arbeitete daraufhin, die Lues mit nur einer einzigen Depot-Dosis zu kurieren.<sup>543</sup>

Die britische Regierung schuf mit dem NHS (National Health Service) im Jahre 1948 einen für alle Bürger unentgeltlichen, staatlichen Gesundheitsdienst, der aus Steuereinnahmen finanziert wurde. Die Bundesrepublik Deutschland hingegen behielt nach 1945 die traditionelle Struktur der Sozialversicherung bei. Das deutsche Gesundheitswesen war in erster Linie durch das im Kaiserreich eingeführte Krankenkassenwesen geprägt, das während der Weimarer Republik, unter dem Nationalsozialismus bis in die Bundesrepublik wenig verändert bestand.<sup>544</sup> Im Jahre 1951 wurde in England die British Federation against the Venereal Diseases (Britische Vereinigung zur Bekämpfung venerischer Leiden) gegründet. Sie stand nicht unter Regierungsaufsicht und eine ihrer Aufgaben war es, „Tatsachenmaterial“ über Geschlechtskrankheiten zu sammeln, sowie soziale und medizinische Fragen zu dem Thema zu erörtern.<sup>545</sup> Eine Delegation deutscher Ärzte wurde 1950 nach England geschickt, um die dortigen Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu untersuchen. Sie berichtete erstaunt, dass dort alles ohne viel Zwang geschähe und wies darauf hin, dass dies nur bei der strengen Disziplin der englischen Bevölkerung möglich sei und in Deutschland nicht umsetzbar erscheine.<sup>546</sup> In England herrschte ein breiter Konsens darüber, dass Zwangsbehandlungen bei Geschlechtskranken unsinnig seien, selbst dann, wenn der Patient die Anweisungen des Arztes nicht befolgte. Auch gegen Prostituierte als potentielle Infektionsquelle gab es in England keine gesonderten Maßnahmen oder Zwangsbehandlungen. Man wollte das Problem mit einem niedrighwelligen Behandlungsangebot der VD-Centres angehen.<sup>547</sup> Festnahmen konnten nur stattfinden, wenn Prostituierte Passanten belästigten und von diesen angezeigt wurden. Die Höchststrafe bestand aus einem relativ geringen Geldbetrag. Dies änderte sich mit dem 1959 erlassenen Street Offences Act. Die Geldbußen waren erhöht worden, und Prostituierte konnten zu

---

<sup>543</sup> Memmesheimer (1949), S.313-314

<sup>544</sup> Lindner (2004), S.12-14

<sup>545</sup> Morton (1969), S.127

<sup>546</sup> Lindner (2004), S.326

<sup>547</sup> ebd., S.351

Haftstrafen verurteilt werden. Die Frauen wurden so weitestgehend von der Straße verdrängt und gingen ihrer Arbeit in Lokalen und Cafes oder als Call-girls nach.<sup>548</sup>

Der Unterschied zur Bundesrepublik bestand vor allem darin, dass die Geschlechtskrankheitenbekämpfung gesondert von der Prostitutionsbekämpfung angegangen wurde. Man suchte in den beiden verschiedenen Problembereichen Prostitution und Geschlechtskrankheiten auch nach unterschiedlichen Lösungsansätzen.

Aufklärungskampagnen wurden in größerem Umfang als in Deutschland durchgeführt und vor allem ausgeweitet, als um 1960 die Morbidität erneut zunahm. Ein spezielles gesundheitspolitisches Vorgehen gegen die „promiskuitive Frau“ gab es in Großbritannien im Gegensatz zu Deutschland nicht. Auch wehrte man sich in Großbritannien stärker gegen Einschränkungen der persönlichen Freiheit.<sup>549</sup>

## **8.2 Nachkriegszeit und frühe Bundesrepublik: Hamburg nach 1945**

Der Mai 1945 wurde von einigen Hamburgern nicht als Befreiung, sondern als Niederlage empfunden. Wohl aber bedeutete er für die Mehrheit der Bürger und vor allem für KZ-Häftlinge, ausländische Kriegsgefangene, politische Häftlinge und deutsche Widerstandskämpfer die lang ersehnte Freiheit. Auch die inhaftierten und entmündigten Frauen des Pflegeheims Farmsen erhofften sich von den Alliierten ihre Entlassung. Sie hatten sich jedoch getäuscht und wurden auch nach 1945 weiterhin in Farmsen festgehalten. Die britische Militärregierung wollte das Heim Farmsen beibehalten, um so „unmoralischem Treiben“ nach Kriegsende vorzubeugen, so dass vielen Frauen dort nur die Flucht blieb. Andere wandten sich mit einem Brief an die Gesundheitsbehörde. Der Brief wurde an Käthe Petersen weitergeleitet, dem damalige Sammelvormund vieler Hamburgerinnen und ehemaligem NSDAP-Mitglied. Seit 1932 im Dienst der Hamburger Sozialverwaltung war sie maßgeblich an der Ausführung der Fürsorge im Dritten Reich beteiligt. 1939 war sie Senatsrätin und Leiterin der Gesundheits- und Gefährdetenfürsorge der Hamburger Sozialverwaltung. Nach Kriegsende wurde sie als „unbelastete Mitläuferin“ eingestuft und wurde 1948 zur Leiterin des Landesfürsorgeamts in Hamburg und 1949 zur Oberregierungsrätin ernannt. 1965 wurde sie Leitende Regierungsrätin und erhielt nach ihrem Ruhestand zahlreiche Medaillen und Auszeichnungen, wie zum Beispiel 1966 die Wichernplakette der Inneren Mission.<sup>550</sup>

---

<sup>548</sup> Lindner (2004), S.354

<sup>549</sup> ebd., S.396

<sup>550</sup> Freund-Widder (2003), S.292

Auf den Brief der Frauen aus Farmsen mit der Bitte um Entlassung antwortete Käthe Petersen, - auch der Präses der Sozialbehörde und spätere zweite Bürgermeister Paul Nevermann - schloss sich ihrer Feststellung an, dass diese Frauen eine Gefährdung des Allgemeinwohls bedeuteten und nicht in die erwünschte Geschlechterordnung der Nachkriegszeit passten und deshalb nicht entlassen werden könnten. Auch Entmündigungsverfahren wurden nach wie vor durchgeführt.<sup>551</sup>

Der Alltag der Hamburger war geprägt von Hunger, Arbeitslosigkeit und Wohnungsnot. Zum Kriegsende hin hatte Hamburg 1,2 Millionen Einwohner, unter ihnen Tausende von Flüchtlingen und ca. 100.000 Zwangsarbeiter. Vor allem die Frauen waren in großer Not und konnten ihre Familien häufig nicht mit dem Nötigsten versorgen. Nach Kriegsende lebten in Deutschland 7,3 Millionen mehr Frauen als Männer. Tauschhandel und Schwarzmarkt blühten. Frauen aus allen Schichten prostituierten sich, um an die benötigten Lebensmittel zu kommen. Die britischen Alliierten zahlten mit Schokolade, Brot und Zigaretten für die „Liebesdienste“. Diese Art der Prostitution wurde von den Behörden als „Hunger- bzw. Überlebensprostitution“ bezeichnet.

Durch die lange Abwesenheit der Ehemänner und durch viele neue Beziehungen zwischen Besatzern und deutschen Frauen stieg die Rate an Ehescheidungen von 8,9 Scheidungen pro 10.000 Einwohner im Jahre 1939 auf 11,2 im Jahre 1946. Ihren Höchststand erreichte sie 1948 mit 18,8 Scheidungen auf je 10.000 Einwohner. Der Frau wurde 1948 in 23,9 % der Fälle die Schuld am Scheitern der Ehe zugeschrieben.<sup>552</sup>

Nach wie vor waren Ehen zwischen „Erbkranken“ oder Sterilisierten und „Gesunden“ von den Fürsorgerinnen nicht gerne gesehen, da aus diesen Ehen keine gesunden Kinder oder eben gar keine Kinder entstehen könnten.

Kasernierung und strenge Reglementierung von Prostituierten, die 1927 abgeschafft worden waren, und in den Kriegsjahren wieder eingeführt wurden, fanden in der Nachkriegszeit noch immer Befürworter. So wurde eine reglementierte Prostitution in polizeilich kontrollierten Straßen gefordert. Diese gab es vor allem noch in den Hafenstädten Hamburg und Bremen. In Hamburg lebten 1947 circa 700 Prostituierte in Bordellstraßen, woraus einige Ärzte, fragwürdigerweise 750.000 Ansteckungsmöglichkeiten pro Jahr errechneten. Diese Anzahl wäre, laut Meinung der Ärzte, noch viel größer, wäre die Prostitution nicht auf einige Straßen

---

<sup>551</sup> Freund-Widder (2003), S.222

<sup>552</sup> ebd., S.189-190

begrenzt.<sup>553</sup> Viele Mediziner hielten außerdem Zwangsmaßnahmen für die billigste und effektivste Art der Geschlechtskrankheitsbekämpfung.<sup>554</sup>

Frauen, die unter dem Verdacht standen, sich zu prostituieren, erhielten eine Aufforderung, sich ärztlich untersuchen zu lassen; erhärtete sich der Verdacht der Prostitution, mussten sie sich zweimal wöchentlich von einer Überwachungsstelle ärztlich untersuchen lassen. Nach wie vor wurde für jede registrierte Frau eine Akte angelegt, die ihre Krankengeschichte, Ein- und Auszugsmeldungen, Atteste, Familienanamnese mit geistiger Entwicklung und die „sozialhygienische Anamnese“ enthielten.<sup>555</sup> Erst ab Februar 1949 wurden auch Männer aufgegriffen und auf Geschlechtskrankheiten untersucht. Bis zu diesem Zeitpunkt galten vor allem Frauen als Verbreiterinnen venerischer Erkrankungen und die Männer als ihre „willenlosen Opfer“.<sup>556</sup>

In der Nachkriegszeit hatte sich das Bild der Prostituierten in der Bevölkerung verändert. Viele Hamburger sahen die Notwendigkeit der Frauen, sich aus wirtschaftlicher Not heraus zu prostituieren. Außerdem hatten die männlichen Bürger, laut einer Umfrage im Jahre 1949, zu 57 % selbst schon Erfahrungen mit einer Prostituierten gemacht.<sup>557</sup>

Im Jahre 1947 begann die Zahl der Geschlechtskranken in Hamburg wieder anzusteigen: 1946 betrug die Anzahl der an Syphilis Erkrankten 1.062, der an Gonorrhöe Erkrankten 3.533. Ein Jahr darauf wurden 3.873 Syphilis-Fälle und 6.788 Gonorrhöe-Fälle registriert. Die Zahlen sanken 1948 wieder auf 3.127 Syphilis Erkrankte und 6.299 Gonorrhöe Kranke ab.<sup>558</sup> Auch die Verbreitung der Lues innerhalb der Familie hatte zugenommen, teils bis in die dritte Generation hinein war die Syphilis als Lues connata bei Neugeborenen nachzuweisen.<sup>559</sup>

### 8.2.1 Das Hamburgische Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1949

Am 4. Februar 1949 trat das vom Parlament des Stadtstaates Hamburg beschlossene Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Kraft und setzte damit das Reichsgesetz von 1927, dessen Verordnung vom 21. Oktober 1940 und die Kontrollratsdirektive von 1947 außer Kraft. Der §1 des Gesetzes definierte Syphilis, Tripper, Lymphogranuloma venereum und Weiche Schanker als Geschlechtskrankheiten, gleichgültig an welchem Körperteil sie auftraten. Jeder Geschlechtskranke, der von seiner Erkrankung wusste, musste einen Arzt

---

<sup>553</sup> Schaller (1947), S.160-167

<sup>554</sup> Lindner (2004), S.319, unter anderem eine Forderung des Arztes Schaller in der Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten

<sup>555</sup> Freund-Widder (2003), S.194-196

<sup>556</sup> ebd., S.198

<sup>557</sup> ebd., S.198

<sup>558</sup> ebd., S.198

<sup>559</sup> Sauer (1949), 345-351

aufsuchen und sich bis zur Heilung behandeln lassen. Wer dieser Pflicht nicht nachkam, wurde nur auf Antrag strafverfolgt und konnte mit Gefängnis oder mit einer Geldbuße bestraft werden. Die Ärzte mussten jeden Erkrankten anonym melden, und über den Befund dem zuständigen Gesundheitsamt Bericht erstatten. Anstelle des Namens erhielt jeder Patient eine Kennung. Eine namentliche Meldung war nur durchzuführen, wenn der Erkrankte die Behandlung verweigerte, abbrach oder „Gefahr bestand, dass er andere infiziere“. Des Weiteren sollte der Arzt die Infektionsquellen aufspüren und dem Gesundheitsamt melden. Nach §8 waren die Gesundheitsämter verpflichtet, alle Personen, die geschlechtskrank waren, aufzufordern innerhalb einer bestimmten Frist ein Gesundheitsattest vorzuweisen und sich in den Beratungsstellen zu Nachuntersuchungen einzufinden. Bei Wohnungslosigkeit oder wenn der Erkrankte der Forderung nach einem Gesundheitszeugnis nicht nachkam, oder sich nicht ausweisen konnte, vermochte das Amt ihn dazu zu zwingen, sich in einer Beratungsstelle vorzustellen. Auch eine Krankenhauseinweisung konnte veranlasst werden. Auf Zwangseinweisungen wird im folgenden Kapitel ausführlich eingegangen. Kamen die Mitarbeiter des Krankenhauses oder der Beratungsstelle ihrer Schweigepflicht nicht nach, wurden sie strafrechtlich verfolgt.<sup>560</sup> Konnten die Erkrankten die Behandlungskosten nicht selber tragen, so wurden diese aus öffentlichen Mitteln, meist durch die Sozialbehörde, finanziert.

Die Strafbestimmungen sahen eine Gefängnisstrafe bis zu einem Jahr, oder eine Geldstrafe dann vor, wenn eine geschlechtskranke Frau ein fremdes Kind stillte oder man zuließ, dass ein syphilitisches Kind von einer anderen Frau als der Mutter gestillt wurde, oder ein geschlechtskrankes Kind in Pflege gegeben wurde, ohne die Pflegeeltern über die Krankheit zu informieren. Des Weiteren musste sich eine Amme bescheinigen lassen, dass sie frei von Geschlechtskrankheiten war. Diese Bescheinigung mussten die Eltern, die ihr Kind stillen lassen wollten, überprüfen. Verhütungsmittel durften erst nach einer amtlichen Kontrolle in den Umlauf gebracht werden. Die Gesundheitsämter wurden bei der Durchführung ihrer Aufgaben von der sozialen Fürsorge und dem Versicherungswesen unterstützt. Auch die Polizei konnte bei „schwierigen Fällen“ zur Unterstützung hinzugezogen werden.<sup>561</sup>

Das Hamburgische Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1949, beruhte zum größten Teil auf der alliierten Kontrollratsdirektive und besaß bis zum bundesweiten Geschlechtskrankheitengesetz von 1953 in Hamburg Gültigkeit.

---

<sup>560</sup> Blöcker (1949), S.98

<sup>561</sup> ebd., S.98

### 8.2.2 Bekanntmachungen betr. das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 1. Februar 1949 und die mangelnde Meldung der Geschlechtskrankheiten in Hamburg

Im November 1947 erschien im Hamburger Ärzteblatt unter der Rubrik „Amtliche Bekanntmachungen“ ein Aufruf an die Ärzteschaft, ihrer Meldepflicht nachzukommen. Das Gesundheitsamt Hamburg machte wiederholt darauf aufmerksam, dass die Meldungen der Geschlechtskrankheiten von der Militärregierung als mangelhaft beurteilt wurden. „Wir bitten deshalb dringend, jede Geschlechtskrankheit (Lues, Gonorrhoe, Ulcus molle) sofort dem Gesundheitsamt zu melden.“<sup>562</sup> Es folgte sogar eine Angabe der Adresse, bei der die offiziellen Meldeformulare abgeholt werden konnten.

Wie groß das Versäumnis der Hamburger Ärzte in Bezug auf ihre Meldepflicht war zeigen folgende Anzeigen in einer Hamburger Fachzeitschrift.

Im Hamburger Ärzteblatt erschien im März 1948 unter dem Titel „Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ eine Bekanntmachung des Gesundheitsamtes, in der es hieß: „um bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten die Behörden der Notwendigkeit zunehmender Reglementierung zu entheben“<sup>563</sup>, seien folgende Schritte erforderlich: Die Ärzte sollten sich stärker auf das Aufspüren und Durchbrechen von Infektionsketten konzentrieren, die „Behandlungssäumigen“ sollten schneller gemeldet werden und die zahlenmäßige Meldung ohne Namensnennung von Neuerkrankungen sollte vollständiger erfolgen. Nur dann könne die statistische Erfassung des Erfolges der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und der Medikamentenbedarf für Hamburg bewertet werden.<sup>564</sup>

In der Ausgabe des Hamburger Ärzteblattes vom Mai 1948 wurden die deutschen Ärzte darauf hingewiesen, dass es ihnen nicht erlaubt sei, Angehörige der britischen Besatzungsmacht auf Geschlechtskrankheiten zu behandeln. Die Public Health Branch, Headquarters, Control Commission for Germany gab bekannt, dass in den vorangegangenen zwei Monaten eine steigende Anzahl von sekundärer Syphilis bei Angehörigen der Occupation Forces in der britischen Zone festgestellt wurde. Unter dem Titel „Geschlechtskrankheiten bei Angehörigen der britischen Besatzung“ forderte die Militärregierung, dass diese Patienten nur in den eigenen Hospitälern behandelt werden sollten und die deutschen Ärzte dazu verpflichtet waren, sie darauf hinzuweisen und eine eigenständige Behandlung abzulehnen.<sup>565</sup>

---

<sup>562</sup> Hamburger Ärzteblatt, Nr.1, 1.Jg, 1947, S.45

<sup>563</sup> Hamburger Ärzteblatt, Nr.6, 1.Jg. 1948, S.141

<sup>564</sup> ebd., S.141

<sup>565</sup> Hamburger Ärzteblatt, Nr.8, 1.Jg 1948, S.189

Im Hamburger Ärzteblatt erschien im Oktober 1949 erneut ein Aufruf an die Ärzte ihrer Meldepflicht nachzukommen. Unter dem Titel „Meldepflicht der Ärzte auf Grund des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 1. Februar 1949“<sup>566</sup> wurde über die Klage der Gesundheitsämter zur Meldepflicht berichtet. Die Ämter bemängelten, dass die praktizierenden Ärzte ihrer Meldepflicht nach §5 des Gesetzes nicht nachkämen, insbesondere die Meldungen über unterbrochene oder nicht wieder aufgenommene Behandlungen würden gar nicht, oder zu spät kommen.

Auch im April 1950 wurde die Hamburger Ärzteschaft im Hamburger Ärzteblatt unter dem Titel „Bekanntmachung betr. das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 1. Februar 1949“ zum wiederholten Male aufgefordert, ihrer Meldepflicht nachzukommen.<sup>567</sup> Diesmal wurde sogar ausdrücklich erwähnt, dass „fahrlässiges Zuwiderhandeln“ unter Strafe gestellt sei. Der Arzt könne mit einer Geldstrafe oder sogar mit Gefängnis oder auch mit beidem bestraft werden. Die Meldungen sollten dem neuen Gesetz nach nicht namentlich erfolgen. Es wurde jedem Patienten eine Kennung zugeordnet, die aus den Anfangsbuchstaben des Vor- und Nachnamen bestanden, sowie dem Geburtsjahr. Auch Wohnort und der Hamburger Stadtteil mussten gemeldet werden. Nur bei einer „Gefahr durch die Lebensweise“ des Patienten oder Zuwiderhandlung der ärztlichen Anordnungen erfolgte die Meldung namentlich. Könnte der Patient keine Angaben zur Infektionsquelle machen, sei dies für den Arzt, als ein Hinweis auf hwG zu werten und der Patient ebenfalls namentlich zu melden. Des Weiteren habe jeder Arzt ein amtliches Behandlungsbuch über alle Geschlechtskranken zu führen, das er bei den Gesundheitsämtern anfordern musste. Das Behandlungsbuch ersetzte das „Amtliche Merkblatt für Geschlechtskrankheiten“. Eine weitere, neue Richtlinie betraf die Belehrung des Patienten durch den Arzt. Der Arzt musste dem Erkrankten ein Belehrungsblatt aushändigen, auf dem vor allem die Strafbestimmungen festgehalten waren. Die Meldungen der Infektionsquellen mussten spätestens innerhalb einer Woche erstattet werden. Die nicht namentlichen und namentlichen Meldung innerhalb von vier Tagen. Mit der Aushändigung eines amtlichen Entlassungsmerkblattes erklärte der behandelnde Arzt den Patienten für geheilt. Ordnete das Gesundheitsamt stationäre Behandlungen an, so konnten diese auf geschlossenen oder offenen dermatologischen Stationen erfolgen. Eine Zwangsbehandlung endete mit der Feststellung der Heilung durch den Arzt, oder mit Beendigung der angeordneten Kur. Die Richtlinien zur Therapie besagten, dass nur nach gesicherter Diagnose durch Erregernachweis oder serologische Befunde eine

---

<sup>566</sup> Hamburger Ärzteblatt, Nr.10, 3.Jg. 1949, S.221

<sup>567</sup> Hamburger Ärzteblatt, Nr.4, 4.Jg. 1950, S.74-76



Behandlung erfolgen durfte. Es war nur gestattet die wissenschaftlich anerkannten Heilverfahren zu verwenden, als da wären: die Verwendung von Salvarsanpräparaten (immer in Kombination mit Wismut oder Quecksilber), Penicillin, Wismut, Quecksilber und Jodpräparaten. Als Behandlungsnorm galt die Erreichung von zwei seronegativen Kuren.<sup>568</sup> Im Juni 1953 erschien erneut eine Anzeige der Gesundheitsbehörde im Hamburger Ärzteblatt, die die Ärzteschaft dazu aufrief, gemäß §5 Abs. 1 des Hamburgischen Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 1. Februar 1949 bei Geschlechtskranken eine nicht namentliche Meldung des Befundes und Unterscheidung zwischen frischen und alten Erkrankungen, mit Kennung, an das zuständige Gesundheitsamt zu machen. Auch die Angabe des Wohnortes bzw. des Stadtteils seien nach wie vor erforderlich. Die Meldungen erfolgten nur sehr ungenügend.<sup>569</sup>

Obwohl die Angemessenheit der Erstellung von Geschlechtskrankenstatistiken bereits 1957 in Frage gestellt worden war, wies die Hamburger Gesundheitsbehörde die Ärzteschaft 1960 erneut darauf hin, dass sie ihrer Meldepflicht, laut der bundesweiten Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1954, nachkommen müsste.<sup>570</sup>

Auch wurde wiederholt an die kostenlose Bereitstellung von Formblättern und Umschlägen erinnert und gebeten die Umschläge mit der Aufschrift „vertraulich“ zu versehen, da es wiederholt zu Verletzungen der Schweigepflicht gekommen war.<sup>571</sup>

Warum die Hamburger Ärzte ihrer Meldepflicht nicht nachkamen mag viele Ursachen gehabt haben. In der unmittelbaren Nachkriegszeit begründeten viele ihr Versäumnis mit dem Fehlen des Telefons oder des Postweges.<sup>572</sup> Auch musste erst das Gesundheitsamt neugeordnet werden. Des Weiteren hatten viele Ärzte in ihren überfüllten Arztpraxen genug damit zu tun, die gegenwärtige Not zu bekämpfen und befanden so die Meldung ihrer geschlechtskranken Patienten als zweitrangig. Später mag dann weiterhin der Arbeitsaufwand der Meldung den Arzt daran gehindert haben. Vielleicht befürchteten die Ärzte auch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient durch die Meldung zu gefährden und dass sich deswegen noch weniger Patienten bei dem Verdacht einer venerischen Erkrankung an den Arzt wenden würden. Auch der Gedanke den Patienten „zu verraten“ mag sicherlich eine Rolle gespielt haben.

---

<sup>568</sup> Hamburger Ärzteblatt, Nr.4, 4.Jg. 1950, S.74-76

<sup>569</sup> Hamburger Ärzteblatt, Nr. 6, 7. Jg. 1953, S.125

<sup>570</sup> Falliner (1960), S.52

<sup>571</sup> Hamburger Ärzteblatt, Nr. 3, 14.Jg, 1960, S.125

<sup>572</sup> ebd., S.115

Die selbstverantwortliche Mitarbeit zur Meldepflicht musste erst erarbeitet werden. Jedoch gelang dies bis heute nur sehr ungenügend. Einerseits forderten Ärzte gerade in der Nachkriegszeit vehement strengere Maßnahmen gegen Geschlechtskranke, andererseits halfen sie aber nicht mit, diese wenigstens statistisch zu erfassen.

### **8.3 Hamburger Behörden und britische Besatzung**

Im folgenden Kapitel sollen die Konflikte zwischen den britischen Besatzern und den Hamburger Behörden über Zwangsmaßnahmen und Polizeibeteiligung bei der Geschlechtskranken- und der Prostitutionsbekämpfung dargestellt werden. Auch die Uneinigkeit der Ärzteschaft zu diesem Thema wird erläutert. In Hamburg begannen die britische Militärregierung und die Hamburger Verwaltung im Juni 1945 mit der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Es wurden Razzien von der deutschen Sittenpolizei und der britischen Militärpolizei durchgeführt und nach Personen gefahndet, von denen man annahm, dass sie geschlechtskrank waren und venerische Erkrankungen weiterverbreiteten. Die willkürlichen Festnahmen von jungen Frauen wurden durch die Bevölkerung kritisiert. So bemängelte zum Beispiel der Leitende Volkspfleger (seit Ende der 1930er Jahre neue Berufsbezeichnung für Fürsorger) Seehase, dass die Frauen ohne Rücksicht auf ihre Person festgenommen wurden.<sup>573</sup>

Die Razzien wurden teils von gemischten Streifen, teils aber auch von der weiblichen uniformierten Polizei durchgeführt, da diese mit dem Fahndungskommando Sitte und der Militärpolizei zusammen arbeitete. Bald entbrannte eine Diskussion darüber, ob die britischen oder die deutschen Razzien effektiver waren. Die britische Besatzungsmacht griff im Vergleich mit der deutschen Polizei wahlloser Mädchen auf, was die Untersuchungen durch die hohe Anzahl an jungfräulichen Mädchen und die niedrigere Zahl an geschlechtskranken Personen belegten: Von den im November 1945 aufgegriffenen Mädchen und Frauen litten bei den durch die Briten Aufgegriffenen 6,7 % an Geschlechtskrankheiten, bei den durch die deutsche Polizei Festgenommenen 12,7 %. Die Hamburger Bevölkerung beschwerte sich über die vielen Fehlgriffe der britischen Militärpolizei, da „ordentliche“ Frauen in ihrer Freizeit gestört und ihrem Ruf geschadet wurde.<sup>574</sup>

Dass die Methoden der Razzien der Briten und der Deutschen sich unterschieden, zeigte sich darin, dass die Hamburger Sittenpolizei gezielt vorging und nur die Personen festgenommen wurden, die den Beamten „verdächtig“ erschienen. Dahingegen nahmen die Briten

---

<sup>573</sup> Freund-Widder (2003), S.192

<sup>574</sup> ebd., S.190-193

„Massenaushebungen deutscher Frauen“ vor, die zufällig zu einer bestimmten Zeit an einem öffentlichen Ort angetroffen wurden. Dass das „gezielte“ Vorgehen sinnvoller erschien zeigten folgende Erhebungen, die Hopf veröffentlichte:

	Britische Militärpolizei			Deutsche Sittenpolizei		
	vorgeführt	krank	%	vorgeführt	krank	%
1945	4667	391	8,4	1896	455	23,8
1946	10601	709	6,7	6014	763	12,7

Tabelle 1. Anzahl erkrankter Personen, festgenommen von der deutschen Sittenpolizei oder der britischen Militärpolizei<sup>575</sup>

Die wahllosen Festnahmen junger Frauen durch britische Razzien wurden sogar von den Hamburger Tageszeitungen aufgegriffen. So titelte die Hamburger Volkszeitung am 3. August 1946 „Jagd auf Frauen“ und berichtete von der Festnahme einer Gruppe von Frauen auf dem Stephansplatz.<sup>576</sup> Besonders betroffen von den Kontrollen waren junge Frauen, die mit britischen Soldaten ausgingen. Den Soldaten selbst blieb die Zwangsuntersuchung meist erspart. Mit der Aufhebung des Heiratsverbotes zwischen englischen Soldaten und deutschen Frauen am 3. August 1946 verfestigten sich immer mehr binationale Beziehungen und vielen deutschen Frauen gelang es, nach Großbritannien überzusiedeln und damit dem deutschen Hunger zu entfliehen. Doch die britische Militärregierung sah darin nicht nur die Gefahr der Ausbreitung von Geschlechtskrankheiten, sondern auch die politische Gefahr des Kontaktes ihrer Soldaten mit „Nazigedanken“.<sup>577</sup>

In der zweiten Hälfte des Jahres 1946 änderte die britische Militärpolizei, ob der massiven Kritik, ihre Strategie. Sie willigte ein, keine Razzien mehr in Lokalen durchzuführen und nur noch Frauen zwangsuntersuchen zu lassen, die „obviously loitering for purposes of prostitution or in the company of British soldiers in circumstances giving rise to the probability of immoral purpose.“<sup>578</sup> Es wurden nur noch Durchsuchungen von „einschlägigen Lokalen“ vorgenommen. Diese neue Strategie sollte jedoch nur gelten, solange die Zahl an Geschlechtskranken nicht anstieg. Von den deutschen Behörden wurden die britischen Soldaten als Gefahr für die deutschen Frauen erachtet, die Briten sahen dies umgekehrt: „the younger women`s energies are concentrated on conquering the conqueror“<sup>579</sup>. Bald wurde jedoch auf beiden Seiten eingesehen, dass das Problem der Geschlechtskrankheiten nur

<sup>575</sup> Hopf (1947), S.956

<sup>576</sup> Freund-Widder (2003), S.196

<sup>577</sup> ebd., S.207

<sup>578</sup> ebd., S.202

<sup>579</sup> ebd., S.204

gemeinsam lösbar sei. Anfang Dezember 1946 wurde eine Konferenz einberufen, zu der alle beteiligten Behörden geladen wurden. Als Ergebnis der Konferenz wurde beschlossen, den Streifendienst der Briten für die folgenden zwei Monate ganz einzustellen und an die deutsche Polizei zu übertragen. Nur weibliche Personen, die von den Briten als Infektionsquelle genannt worden waren, wurden weiterhin von ihnen festgenommen und untersucht. Im Januar 1947 jedoch befand die britische Militärregierung die Razzien der Deutschen als „illegal“ und befahl diese ganz einzustellen. Des Weiteren zog sie sich komplett von der Kontrolle der Geschlechtskrankheiten zurück und hatte von nun an nur noch beratende Funktion. Auch die Aufgaben der deutschen Sittenpolizei übernahm ab Juli 1946 der „Zufühdienst der Gesundheitsbehörde“, der Frauen, die sich der Untersuchung entziehen wollten, dazu zwang, diese durchführen zu lassen. Der Zufühdienst arbeitete auch für die Briten und brachte englische Soldaten zur Zwangsuntersuchung.<sup>580</sup>

Die deutsche Polizei musste 1947 also die Razzien einstellen und sich vom gesundheitlichen Überwachungsdienst zurückziehen.<sup>581</sup> Damit war weder die Polizei noch die Hamburger Bürgerschaft einverstanden und sie forderten die Briten auf, die Polizei wieder an der Bekämpfung der venerischen Krankheiten teilhaben zu lassen.

Der 1946 aus den USA zurückgekehrte Sozialdemokrat und Bürgermeister Max Brauer wandte sich am 9. September 1947 an die Militärregierung und forderte die Polizeibeteiligung am Kampf gegen Geschlechtskrankheiten zurück. Er verlangte vor allem Machtbefugnisse für die deutsche Polizei in Bezug auf die Prostitutionsproblematik in Hamburg.

Der Principal Officer der Public Health Section befand Brauers Ansichten als „undemokratisch“. Der Brite betonte, dass der Grundgedanke des neuen Gesetzes sein müsste, die Frauen zu resozialisieren und nicht mehr zu bestrafen. Die Besatzer wollten jetzt, dass Gesundheits- und Sozialbehörde sich der Problematik annahmen.<sup>582</sup>

Im Mai 1947 legten die Alliierten einen neuen Gesetzesentwurf vor. Diese Kontrollratsdirektive vom 7. Mai 1947 zur Neuregelung des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (RGBG) beinhaltete keine Paragraphen, die die Prostitutionsfrage betrafen. In Hamburg besaßen die Prostituierten nach Erlass des RGBG mehr Freiheiten und so kamen viele Frauen von außerhalb, um in der Großstadt ihrem Geschäft nachzugehen. Der §4 des RGBG ermöglichte es der Gesundheitsbehörde, von Personen, die dringend verdächtig waren geschlechtskrank zu sein, oder so genannten hwG-Personen, ein ärztliches Gesundheitszeugnis zu verlangen. Viele Behörden waren allerdings der Meinung, dass die

---

<sup>580</sup> Freund-Widder (2003), S.207

<sup>581</sup> ebd., S.208

<sup>582</sup> ebd., S.208

Untersuchungen von amtlicher Seite her zuverlässiger waren. Der Arzt Roeschmann warnte davor, wieder ein autoritäres System, wie unter den Nationalsozialisten einzuführen, denn die Geschlechtskrankheiten könnten nur durch das ganze Volk mit Erfolg bekämpft werden. Er lehnte die Wohnungsbeschränkungen von Prostituierten und damit neu geschaffene Bordellstrassen ab. Diese würden durch leichte Zugänglichkeit und den Alkoholausschank viele Menschen und gerade Jugendliche, zum Geschlechtsverkehr verführen. Durch die regelmäßigen Untersuchungen würde der Eindruck erweckt werden, dass keine Gefahr bestünde, sich zu infizieren.<sup>583</sup>

Die Polizeibehörden und die britischen Besatzer in Hamburg versuchten, die Zunahme der Prostitution in der Hansestadt auf zwei Ebenen zu bekämpfen: Zum einen wurden die Prostituierten in den Bordellen vermehrt überwacht, zum anderen wurde die Gelegenheitsprostitution unter dem Vorwand der Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten kontrolliert. Da die Fürsorgerinnen zu großen Teilen von der Entnazifizierung verschont geblieben waren, ähnelten die Methoden der Verfolgung und Überwachung durch die Behörden denen der Weimarer Republik und des Dritten Reiches. Obwohl auch Unterschiede bestanden, wurde als Ursache für die Ausbreitung von Geschlechtskrankheiten nach wie vor einseitig die Promiskuität der Frauen verantwortlich gemacht. Den Männern wurde so gut wie nie die Schuld zugeschrieben. Orte der Prostitution in Hamburg waren das Vergnügungsviertel St. Pauli, St. Georg und der Steindamm.<sup>584</sup>

Laut Hopf spielten die Prostituierten für die Verbreitung von venerischen Krankheiten Ende der 1940er Jahre kaum noch eine Rolle. Man sollte sich vermehrt auf das männliche Geschlecht konzentrieren, da hier die Neigung zum hwG besonders hoch sei, mahnte Hopf.<sup>585</sup> Jedoch wurden nur sehr selten männliche Personen untersucht. Der Arzt Moncorps meinte zu diesen Maßnahmen, dass sie den Zeitverhältnissen angepasst sein müssten und bis zum Funktionieren der „altbewährten Organisation“ Razzien und auch Erfassung von Infektionsquellen vor allem, aber nicht nur bei Ausländern notwendig seien.<sup>586</sup>

Am 15. Juni 1948 legten der Hamburger Senat und die Bürgerschaft einen Gesetzesentwurf vor, in dem sie Strafanrohungen für Straftatbestände in dem geplanten Hamburger Geschlechtskrankengesetz forderten, die in dem Gesetz von 1927 angeblich fehlen würden.<sup>587</sup> Auch wollten sie die Zuständigkeiten klarer abgrenzen. Im §18 des Entwurfes wurde die „fehlende Rechtsgrundlage“ für die Wiederaufnahme der Tätigkeiten der deutschen Polizei

---

<sup>583</sup> Roeschmann (1948), S.30-40

<sup>584</sup> Freund-Widder (2003), S.190-193

<sup>585</sup> Hopf (1947), S.957

<sup>586</sup> Moncorps (1947), S.234

<sup>587</sup> Becker (1955), S.IX

bemängelt. Sie sollte weiterhin, gerade in St. Pauli, in Zusammenarbeit mit dem im August 1948 gegründeten Streifendienst der Geschlechtskrankenfürsorge in „einschlägigen“ Lokalen Kontrollen durchführen dürfen.<sup>588</sup> Das Vorgehen des Streifendienstes konnte man sich so vorstellen, dass die Fürsorger- und Fürsorgerinnen sich in Kneipen und Bars mit dem Wirt bekannt machten und dann ein Getränk bestellten, die Örtlichkeit beobachteten und gegebenenfalls Frauen ansprachen.<sup>589</sup> Waren diese „verdächtig, geschlechtskrank zu sein“ wurden die Volljährigen in die geschlossene Abteilung für Venerologie des Allgemeinen Krankenhauses Langenhorn zwangseingewiesen, die Minderjährigen in das Krankenhaus Heidberg. Der verantwortliche Facharzt in diesen Häusern war der Chefarzt Gustav Hopf, der von der Militärregierung zum Verantwortlichen für die Penicillinbehandlung Geschlechtskranker ernannt worden war. Dieser kritisierte das Vorgehen der Sittenbeamten und der Sozialfürsorge vehement.<sup>590</sup> Er bemängelte, dass es keine rechtliche Grundlage für die Zwangseinweisungen gebe und englische Soldaten häufig Frauen meldeten, ohne dass diese geschlechtskrank waren, geschweige denn die gesuchten Infektionsquellen darstellten. Auch wenn die Frauen verneinten, die Soldaten angesteckt zu haben, wurde ihnen grundsätzlich kein Glauben geschenkt. Frauen, die von mehreren Soldaten angezeigt worden waren, mussten trotz negativer Befunde als „klinische Fälle“ weitere 7 Tage im Krankenhaus bleiben, bis ein endgültig negativer Befund vorlag. Verweigerten sie die Untersuchungen, wurden sie mit Chloroethyl betäubt.<sup>591</sup>

Hopf fand die Begründungen der Behörden nicht ausreichend, um eine Einweisung nach §4 Absatz 2 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1927 zu rechtfertigen, der nach Freund-Widder, besagte:

„Personen, die geschlechtskrank und verdächtig sind, die Geschlechtskrankheit weiterzuverbreiten, können einem Heilverfahren unterworfen, auch in ein Krankenhaus verbracht werden, wenn dies zur Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich scheint.“<sup>592</sup>

Gustav Hopf argumentierte, dass auch Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit, Mittellosigkeit und das Zuführen durch den Streifendienst kein Grund für eine Zwangseinweisung darstellten und nur indirekte Hinweise auf „hwG“ sein könnten. Er war der Ansicht, dass man erfahrungsgemäß mit Zwangsmaßnahmen bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten keine Erfolge erzielen könnte. Es sei allen Venerologen bekannt, dass diese Maßnahmen nur zu einem Vermeiden der ärztlichen Behandlung führen und so die Kurpfuscherei und

---

<sup>588</sup> Freund-Widder (2003), S.210

<sup>589</sup> Brandt (1949), S.52

<sup>590</sup> Freund-Widder (2003), S.208-213

<sup>591</sup> ebd., S.213

<sup>592</sup> ebd., S.214

Verbreitung von Geschlechtskrankheiten fördern würden. Seiner Meinung nach müsse man sich auf die Einsicht und das Heilungsbedürfnis der Kranken verlassen. Auch verurteilte er die Razzien der Hamburger Polizei.<sup>593</sup> Des Weiteren kritisierte Hopf, dass Geschlechtskranke nach dem schon erläuterten Hamburger Gesetz vom 1. Februar 1949 verpflichtet waren, einen ärztlichen Nachweis über die Therapie mitzuführen. Konnte ein Krankheitsverdächtiger seine Behandlung nicht nachweisen, drohte ihm eine Zwangseinweisung.<sup>594</sup> Er bemängelte die Willkür der Zwangseinweisungen und, dass alleine Anschuldigungen von Soldaten ausreichten, um Frauen einer Zwangsbehandlung zuführen zu lassen.

Mit In-Kraft-Treten des Bonner Grundgesetzes am 24. Mai 1949 wurde es schwieriger, Mädchen und Frauen zu entmündigen, da in Artikel 104 festgehalten war, dass Menschen nicht gegen ihren Willen in Anstalten eingewiesen werden dürfen. Sowohl die Hamburger Behörden als auch die Militärregierung hatten jedoch Entmündigungsverfahren weiterhin gefördert. Um aber volljährige Personen länger als 24 Stunden festhalten zu dürfen wurde in Deutschland lange ein Bewahrungsgesetz diskutiert. Noch 1952 arbeitete die Bundesregierung an dessen Entwurf. 1961 wurden dazu Überlegungen im Bundessozialhilfegesetz festgehalten, an dessen Ausarbeitung auch Käthe Petersen beteiligt war. Dort war die freiwillige oder zwangsweise Unterbringung von Personen geregelt. 1974 wurde diese Regelung als Verstoß gegen das Grundrecht der persönlichen Freiheit wieder außer Kraft gesetzt. Die Oberfürsorgerin Wehring von der Zentralen Beratungsstelle für Prostituierte befürwortete im Gegensatz zu Hopf Zwangsmaßnahmen gegen Geschlechtskranke. Sie meinte, dass das Fehlen jeglicher Arbeit den Rückschluss auf Prostitution erzwang und Wohnungs- und Arbeitslosigkeit ein Einweisungsgrund waren. Einmal eingewiesen, wurden die Frauen anders behandelt als normale Patienten. Sie wurden von Gefängnisaufseherinnen betreut, nicht von Pflegepersonal, und ständig überwacht. Die Abteilungen waren häufig überbelegt, die Bettwäsche schmutzig und die Türen verriegelt. Bei einem Besuch der britischen Zone 1948 bezeichnete die englische Expertin für Geschlechtskrankheiten Mary Shaw die Krankenhäuser für Geschlechtskranke als „Gefängnisse“.<sup>595</sup> Des Weiteren bemängelte sie die Überbelegung, die Verriegelung und die hygienischen Zustände der Stationen. Ihr Fazit war, dass man das Problem der Geschlechtskrankheiten in Deutschland ganz anders, grausamer anging als in England.<sup>596</sup> Außerdem bemängelten die Briten die Sammelvormundschaft und die Einweisung von Frauen

---

<sup>593</sup> Hopf (1947), S.955-956

<sup>594</sup> Ellerbroek (1949a), S.23

<sup>595</sup> Freund-Widder (2003), S.217

<sup>596</sup> ebd., S.217

in Arbeitshäuser, wie zum Beispiel Farmsen, zur „Resozialisierung“, legitimiert durch den §42d StGB, und §3 des Hamburgischen Geschlechtskrankengesetzes von 1949. Bis Ende 1948 war sogar eine Unterbringung in einem Arbeitshaus ohne richterliche Verfügung nach dem §361 StGB möglich. Die Polizei konnte bis dahin selbstständig eine Einweisung veranlassen. Auch war es dem Vormund- bzw. Sammelvormund erlaubt, die Frauen nach eigenem Ermessen einzuweisen, da der Vormund das alleinige Aufenthaltsbestimmungsrecht hatte.

Die Mitarbeiter des Central Legal Office legten 1948 den Länderparlamenten der britischen Besatzungszone und dem Hamburger Senat nahe, die Arbeitshäuser abzuschaffen, obwohl sie diese zunächst beibehalten wollten, mit der Begründung, dass diese schon vor 1933 existiert hätten.<sup>597</sup> Sie wurden bisher als letztes Mittel benutzt, um „arbeitsfähige“, aber „unwillige“ Personen zu maßregeln. 1949 musste diese Praxis eingestellt werden, da nach Erlass des Grundgesetzes mit Artikel 3 Absatz 4 eine richterliche Begutachtung für den Fall des Freiheitsentzugs verlangt wurde. Die Briten gerieten auch unter Druck, da Arbeitshäuser in der amerikanischen Zone bereits verboten waren. Prostituierte wurden nun zwar weiterhin, aber nur nach richterlichem Beschluss in Arbeitshäuser eingewiesen.<sup>598</sup>

Der Konflikt um die polizeiliche Beteiligung am Streifendienst setzte sich bis 1949 fort. Im Jahre 1948 war ein Streifendienst für die britische Militärpolizei eingeführt worden, mit dem eine deutsche Fürsorgerin zusammenarbeitete, die half, die Frauen zu finden, die von britischen Soldaten als Infektionsquelle angegeben worden waren.

Der fürsorgerische Streifendienst hatte die Aufgabe, Frauen, die unter dem Verdacht standen geschlechtskrank zu sein, ausfindig zu machen. Die Hamburger Fürsorge wünschte sich den Streifendienst als eine „Synthese von fürsorgerischen, gesundheitlichen und polizeilichen Aufgaben“<sup>599</sup>. Die Besatzungsmacht verbot jedoch die polizeiliche Beteiligung. Dies führte zu einer heftigen Auseinandersetzung, in der sich die Briten letztendlich durchsetzten. Denn laut dem am 1. Februar 1949 erlassenen Hamburgischen Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten war nur die Gesundheitsbehörde für venerische Erkrankungen zuständig. Sie sollte lediglich von der Polizei und den fürsorgerischen Einrichtungen unterstützt werden. Es wurde ein fürsorgerischer Streifendienst eingeführt. Der §18 fehlte im neuen Hamburgischen Gesetz vollständig, der die Aufgaben der deutschen Polizei bei der Bekämpfung von venerischen Erkrankungen regeln sollte. Die Polizei zog sich daraufhin zurück und unterstützte die Fürsorge nicht mehr, bis der Bürgermeister Max Brauer die

---

<sup>597</sup> Freund-Widder (2003), S.227-228

<sup>598</sup> ebd., S.228-229

<sup>599</sup> ebd., S.210



Beamten aufforderte, den Fürsorgerinnen doch bei ihren Streifen durch besonders „gefährliche“ Lokale Schutz anzubieten. Schiffe mit ausländischer Besatzung wurden mit Hilfe der Wasserschutzpolizei kontrolliert.

Die Zusammenarbeit zwischen Polizei und Fürsorge gestaltete sich in den nächsten Jahren jedoch sehr schwierig, da Uneinigkeit über die Legitimation der polizeilichen Unterstützung bestand.<sup>600</sup> Auch die Überwachung der Prostituierten gehörte in die Zuständigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der Gesundheitsbehörde.<sup>601</sup>

Zum 1. März 1950 wollte die Gesundheitsfürsorge den Streifendienst einstellen, da das Bonner Grundgesetz keine rechtlichen Voraussetzungen mehr bot, diesen zu erhalten. Außerdem hatten die Briten erneut Kritik geäußert, da sie den Streifendienst nicht als wirkungsvoll befanden. Die Sozialbehörde wollte ihren Streifendienst jedoch unbedingt beibehalten und war der Meinung, dass die Polizei Schuld an der Einstellung habe, da sie die Fürsorge nicht genügend unterstütze. Die Gesundheitsbehörde betonte, dass von nun an die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten nur noch durch ärztliche und soziale Methoden durchzuführen sei, und dass das Hamburgische Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 1. Februar 1949 genügend Maßnahmen dazu vorsah. Die Erfassung von Geschlechtskrankheiten sollte auf deren freiwillige Meldung beschränkt sein. Deshalb durfte ab April 1950 die Zentrale Beratungsstelle keine „Kontrollstempel“ mehr in die Untersuchungsbücher der registrierten Frauen machen. Außerdem wurde den Frauen kein Kontrollbuch mehr gegeben, damit nicht der Eindruck entstünde, man würde die offene Prostitution billigen. Die Frauen wurden aber weiterhin registriert.<sup>602</sup> Die Gesundheitsfürsorge konnte sich jedoch nicht komplett durchsetzen, so dass der Streifendienst nur von 15 auf 4 Personen, zwei weibliche und zwei männliche, reduziert wurde.<sup>603</sup>

Im 23. Juli 1953 trat das bundesweite „Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten von 1953“ (GBG) in Kraft und ersetzte das Hamburgische Gesetz von 1949.

Die Bordellprostitution wurde nach wie vor von der Kriminalpolizei, Abteilung Fahndungskommando Sitte, kontrolliert. Diese erteilte ausschließlich weiblichen Bordellwirten die Konzession, denn aus „sittenpolizeilichen Motiven“ durften nur Frauen ein Bordell leiten. Sie sollten beispielsweise dafür sorgen, dass die Frauen Kondome benutzten. Durch die Instanz der Bordellwirtinnen hatte die Polizei eine bessere Kontrolle über die Bordelle, da diese gerne einen „guten Ruf“ bei den Beamten genossen und deshalb allen

---

<sup>600</sup> Freund-Widder (2003), S.209

<sup>601</sup> Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.), (1953), S.39

<sup>602</sup> Becker (1955), S.25

<sup>603</sup> Freund-Widder (2003), S.208-213

aufgelegten Vorschriften gewissenhaft nachkamen.<sup>604</sup> Die Beamten der Sittenpolizei versicherten, dass die Übertragung von Geschlechtskrankheiten vor allem durch heimliche Prostitution stattfand und versuchten, dies mit einer Statistik zu belegen, die besagte, dass die Übertragung in den von ihnen überwachten Bordellen auf 0,2 % gesunken sei, wobei sie bei der heimlichen Prostitution 24 % betrage.<sup>605</sup>

Nach der neuen Gesetzeslage von 1953 fanden sich sehr wenige registrierte Prostituierte zu den vorgeschriebenen zwei Untersuchungen pro Woche ein. Zunächst wurden sie daraufhin von den Fürsorgerinnen zu Hause aufgesucht, willigten sie jedoch trotz des Gespräches nicht in die Untersuchung ein, so konnte die Gesundheitsbehörde die Festnahme und Zwangsvorführung durchsetzen. Waren die Frauen wohnungslos oder nicht auffindbar, wurde die Kriminalpolizei mit der Fahndung beauftragt. Dies war die Amtshilfe, die die Beamten der Fürsorge zu leisten hatten. Bei der Polizei herrschte nach wie vor Bedauern darüber, dass sie nicht mehr Kompetenzen im Kampf gegen Geschlechtskrankheiten innehatte. Auch beklagte sie, dass selbst nach einer Verhaftung die Frauen nicht bestraft werden konnten und sie kostenlosen Aufenthalt in Krankenhäusern und eine kostenfreie Behandlung bekämen. Häufig würden sie die Untersuchungsstellen nicht selbst aufsuchen, da das Zuführen in einem Dienstwagen bequemer sei, behauptete der Leitende Hamburger Regierungsdirektor Becker und beklagte, dass die Prostitution sich zu einem „privilegierten Stand“ entwickelt habe.<sup>606</sup> Bis 1959 forderte die Hamburger Polizei und sogar die Gesundheitsbehörde in einigen Fällen, die Bestrafung der Frauen wieder einzuführen. Obwohl die Geschlechtskrankheiten zwischen 1954 und 1956 einen Tiefpunkt erreicht hatten, wurden noch immer auch von Ärzten härtere Zwangsmaßnahmen und Reglementierungen von Geschlechtskranken gefordert. Andererseits erfolgten die nicht-namentlichen Meldungen durch die Ärzte nach wie vor sehr lückenhaft. Im Folgenden soll der Konflikt zwischen den Briten und den Deutschen über die Frage der Bordelle und der Prostitution dargestellt werden.

In Hamburg herrschte große Uneinigkeit unter den Behörden, was die Frage der Bordelle betraf. So wollte die Polizeibehörde diese beibehalten, während die Jugendbehörde, die Gesundheitsbehörde und die Sozialbehörde sie schließen wollten.

Schon im Oktober 1945 hatte Captain Meech von der britischen Militärregierung den Bordellen, unter dem Vorwand es werde dort zuviel Strom verbraucht, einen Kontrollbesuch abgestattet. Die Briten wollten die Einstellung der deutschen Polizei zu den Bordellen prüfen.

---

<sup>604</sup> Freund-Widder (2003), S.241

<sup>605</sup> ebd., S. 240

<sup>606</sup> ebd., S.237

Meech sprach sich nicht grundsätzlich gegen die Bordelle aus und erklärte sie für „sauber und ordentlich“<sup>607</sup>. Erst 1947 wandte sich die Militärregierung gegen die Bordelle, da diese „undemocratic in principle“ seien.<sup>608</sup> Hier fand also ein Meinungswechsel statt. Für die Angehörigen der Besatzungsmacht erklärten die Briten einige Lokale als „out of Bounds“<sup>609</sup>. Laut der Gesundheitsbehörde hätten die Hamburger Bordelle jedoch schon nach dem Gesetz von 1949 schließen müssen. Zunächst wurden keine neuen Genehmigungen mehr ausgesprochen, dann die Schließungen durch eine Senatskommission für 1951 vorbereitet. Viele Bordelle wurden jedoch weiterhin als „nichtstrafbare Dirnenunterkünfte“ geduldet.<sup>610</sup> Einige Hamburger Ärzte setzten sich vehement für eine Schließung der Bordelle ein.<sup>611</sup> Sie seien verfassungswidrig und würden nicht zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten beitragen, da die Männer glaubten, sie seien in solchen Bordellen vor einer Infektion sicher. Sittlich und moralisch gesehen seien sie aber eine Katastrophe.<sup>612</sup> Es gab aber auch andere Meinungen zu dem Thema. Es wurde beispielsweise angenommen, dass gut kontrollierte Bordelle die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten einschränken würden und vor allem junge Mädchen vor der „Verführung zur Prostitution“<sup>613</sup> bewahrt werden würden. Nur Frauen, die sich „dazu berufen fühlen“, sollten in den Bordellen arbeiten.<sup>614</sup>

In Hamburg betrogen nach Angaben der Zentralen Beratungsstelle die Zahlen der gewerbsmäßigen Prostituierten Anfang der 1950er 1.300 bis 1.400. Davon würden 300 Frauen in Bordellen leben, der Rest sei ohne festen Wohnsitz. Die Zahl der hwG-treibenden Personen wurde in Hamburg auf das zehnfache, also 13.000 bis 14.000 geschätzt.<sup>615</sup> Lediglich 15 %-20 % der Prostituierten würde sich einer freiwilligen gesundheitlichen Kontrolle unterziehen. Bei den restlichen 80 %-85 % der Frauen wurden nach zweimaligem Nichterscheinen zum Untersuchungstermin entweder ein Zuführungersuch oder die Fahndung für Personen ohne festen Wohnsitz eingeleitet. Die Zuführungersuche betrogen in Hamburg täglich 20-50. 1959 hatte die Zahl der polizeilichen Fahndungen 3.811 erreicht. Jedoch nur 1/7 der Gesuchten konnte erfolgreich zugeführt werden. 50 %-60 % der Frauen mussten wiederholt zur Untersuchung geholt werden. Doerks befand, dass diese Zahlen belegten, dass die Prostitution unkontrollierbar geworden sei und es nicht Aufgabe eines

---

<sup>607</sup> Freund-Widder (2003), S.248

<sup>608</sup> ebd., S.248

<sup>609</sup> ebd., S.248

<sup>610</sup> ebd., S.248-256

<sup>611</sup> zum Beispiel Hopf und Toepfer

<sup>612</sup> Hopf, Toepfer (1952), S.419-425

<sup>613</sup> Brabetz (1952), S.25-27

<sup>614</sup> ebd., S.25-27

<sup>615</sup> Doerks (1960), S. 95

Gesundheitsgesetzes sei, diese „sozialpathologischen Erscheinungsformen der Gesellschaft“ zu beseitigen.<sup>616</sup> Des Weiteren forderte er ein Bewahrungsgesetz, da nur mit der derzeitigen Gesetzgebung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten allein der „Gefahrenherd der Geschlechtskrankheiten“ nicht zu bekämpfen sei. Auch bemängelte er, dass sich die Prostituierten nur freiwillig den Resozialisierungsmaßnahmen zu unterziehen brauchten.<sup>617</sup> Da aber das Gesundheitsamt bei Personen mit „besonderer Ansteckungs- und Verbreitungsgefahr“ die Beobachtung in einem Krankenhaus anordnen konnte und bei Weigerung auch Personen durch das Ordnungsamt vorführen lassen durfte, gab es durchaus gesetzliche Bestimmungen, die bei Prostituierten angewandt werden konnten, um sie zur Untersuchung zu zwingen. Diese musste allerdings sofort nach der Festnahme erfolgen und gesunde Personen mussten unverzüglich an den Ort der Festnahme zurückgebracht werden. Geschlechtskranke, die verdächtig waren, andere zu infizieren, wurden zur Krankenhausaufnahme aufgefordert. Widersetzten sie sich der Aufforderung, konnten sie spätestens am Tag nach der Festnahme dem Amtsgericht mit Antrag auf zwangsweise Einweisung vorgeführt werden.<sup>618</sup>

Noch 1960 galten in Hamburg Prostituierte als immer „dringend verdächtig, geschlechtskrank zu sein und Geschlechtskrankheiten weiterzuverbreiten.“<sup>619</sup> Deshalb mussten sich die Frauen weiterhin zweimal pro Woche sechs Monate lang untersuchen lassen, bis sie Belege dafür einreichten, dass sie geheiratet hatten, einer bezahlten Tätigkeit nachgingen oder wieder im Elternhaus wohnten.<sup>620</sup>

1961 wurde eine bundesweite Sperrbezirksverordnung erlassen, die 1962 erweitert wurde, wonach die Prostituierten nur in den Randbezirken der Städte ihrem Gewerbe nachgehen durften.<sup>621</sup>

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Aufgabe der Polizei bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten schon immer mit Schwierigkeiten und Konflikten verbunden war. Von einigen Ärzten wurde eine konsequente namentliche Meldung der Geschlechtskranken und der Infektionsquellen gefordert, wobei die Schweigepflicht unbedingt gewahrt werden sollte. Die selbstständige Tätigkeit der Sittenpolizei bei der Erfassung der Geschlechtskranken war von vielen Ärzten unerwünscht.<sup>622</sup> Eine andere Position vertrat 1948 der Arzt Schaller. Er

---

<sup>616</sup> Doerks (1960), S. 95

<sup>617</sup> ebd., S. 96

<sup>618</sup> Hopf (1962), S.433-434

<sup>619</sup> BverwG- Urteil vom 21.4.1960, und vgl. Dücker (2005), S.172

<sup>620</sup> Bundesverwaltungsgericht, 1960, I C 190.57. und vgl. Freund-Widder (2003), S.283

<sup>621</sup> Borelli (1971), S.14

<sup>622</sup> Teller (1947), S.109

stellte fest, dass es für die Beamten so schwer sei, mit Prostituierten oder hwG-Personen umzugehen, da diese „eine erbliche Belastung mit einer defekten sittlichen Anlage im Sinne einer Enthemmung auf sexuellem Gebiete“ hätten, und „zu 18 % Schwachsinnige“ seien. „Ihnen fehlte auf Grund der Störung der Intelligenzphäre ein gewisser Weitblick und eine zielbewusste Steuerung des Handelns [...]“<sup>623</sup>. Bei den Personen, mit denen es die Polizei zu tun habe, handle es sich um „wenig wertvolles Menschenmaterial, das nur durch straffe Maßnahmen daran gehindert werden kann, sich zu einer Gefahr für die Öffentlichkeit auszuwirken“<sup>624</sup>. Weder unter der Bevölkerung, noch in der Ärzteschaft herrschte Einigkeit darüber, wie man das Problem der Geschlechtskranken und das der Prostitution lösen könnte. Noch immer war eine gewisse NS-Ideologie unter den Ärzten verbreitet, da sie unmoralisches Verhalten als ererbt betrachteten und diese Menschen als „wenig wertvoll“ abtaten. Auch zu Zwangsmaßnahmen gegen Geschlechtskranke bestanden unter den Ärzten sehr unterschiedliche Anschauungen. Hopf sprach sich gegen Zwangsmaßnahmen aus, Schaller befürwortete sie.

Bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Hamburg nach 1945 herrschte große Uneinigkeit zwischen den Briten und den Deutschen. Vor allem die britischen Razzien, die sich ungezielt gegen deutsche Frauen und selten gegen Soldaten richteten, wurden kritisiert und daraufhin 1946 von den Briten eingestellt. Kurz darauf verboten diese auch den Deutschen, Razzien durchzuführen. Der Konflikt zwischen den Briten und den Deutschen bestand vor allem darin, dass die Deutschen eine strengere Reglementierung von Geschlechtskranken forderten und nicht auf die Polizei bei der Überwachung verzichten wollten. 1948 verboten die Briten die polizeiliche Beteiligung und ein Streifendienst für Briten und Deutsche wurde eingerichtet. Diesen wollte die Gesundheitsbehörde 1950 mit Unterstützung der Briten wieder einstellen, da nach dem Erlass des Grundgesetzes keine gesetzliche Grundlage mehr für das zwanghafte Zuführen von Personen bestand. Die Sozialbehörde setzte ich jedoch durch und der Streifendienst wurde, wenn auch eingeschränkt, so doch beibehalten. An zwei Konflikten sollte in diesem Kapitel dargestellt werden, dass die Briten in ihrem Heimatland wohl zu anderen, liberaleren Mitteln griffen als in Hamburg, wo sie als Besatzer stationiert waren. Im Falle der Arbeitshäuser, die zuerst befürwortet und dann abgelehnt wurden, wird die sich wandelnde Einstellung der Briten deutlich. Zunächst wurde versucht mit restriktiven Mitteln durchzugreifen, später waren es

---

<sup>623</sup> Schaller (1948), S.297

<sup>624</sup> ebd., S.298

dann häufig hamburgische Sozialfürsorger oder gar Ärzte, die mehr Vehemenz im Kampf gegen Prostitution und Geschlechtskrankheiten forderten, als die Besatzer selber.

Ähnlich war es bei den Razzien, die zunächst auch von britischer Seite durchgeführt wurden und die sie dann später ganz einstellen wollten und sich gegen die deutschen Razzien wandten.

#### **8.4 „Gefährliches Schweigen“– Aufklärung in der Nachkriegszeit**

Im folgenden Kapitel wird zunächst über Erziehung und Aufklärung berichtet und anschließend wird das Aufklärungsheftchen „Gefährliches Schweigen“ aus Hamburg vorgestellt.

Anfang des 20. Jahrhunderts waren sich Ärzte, Medizinalverwaltung und die Gesundheitsbehörden darüber einig, dass die Bevölkerung über Geschlechtskrankheiten und deren Folgen aufgeklärt werden müsse. Aufklärungsschriften, wie das vom Kaiserlichen Gesundheitsamt verteilte „Gesundheitsbüchlein“, wurden als wirkungslos kritisiert, da sie die Zielgruppen nicht erreichten oder von diesen nicht ernst genommen wurden. Auch waren sie einerseits nicht ausführlich genug, andererseits wollte man auch nicht „anstößig“ werden und damit abschrecken.<sup>625</sup> Aufklärungskampagnen wurden in erster Linie nicht vom Staat durchgeführt, sondern von der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (DGBG), die in diesem Rahmen mit Flugblättern, Radiosendungen, Aufklärungsfilmern, Theaterstücken und Vorträgen mit Lichtbildern, sowie mit Ausstellungen arbeitete. Die Merkblätter warnten vor Kurpfuscherei, Verführung, Promiskuität und Alkohol und wurden meist von den Krankenkassen verteilt. Eines der bekanntesten Merkblätter aus den 1920er Jahren erzählte in sieben Bildern die Geschichte von einem jungen Mann, der ein Mädchen ehelichen möchte, sich aber nach der Arbeit von einem Kollegen zum Trinken und dem Besuch bei einer Prostituierten verführen lässt. Diese infiziert ihn und in seiner Verzweiflung sieht er eine Anzeige des „Institutes Sanitas“, das ihm rasche Heilung verspricht, aber ihm nur sein Geld abnimmt. Dann entdeckt er das Plakat einer Beratungsstelle, lässt sich dort von einem Arzt untersuchen und bekommt die Diagnose Syphilis. Der junge Mann möchte sich das Leben nehmen, lässt sich aber zu der Therapie überreden und wird nach zwei Jahren (!) als geheilt vom Arzt verabschiedet. Daraufhin heiratet er seine Verlobte und sie gründen eine glückliche Familie.<sup>626</sup>

---

<sup>625</sup> Sauerteig (1999), S. 188

<sup>626</sup> ebd., S.191

Die Flugschriften ermahnten zur Selbstbeherrschung und propagierten Sport und Enthaltensamkeit vor der Ehe. Es gab auch Merkblätter, die sich ausschließlich an Frauen richteten.

Im Jahre 1919 wurde ein Merkblatt veröffentlicht, das darauf hinwies, dass es strafbar war, trotz einer diagnostizierten Geschlechtskrankheit Geschlechtsverkehr zu haben. Dieses sollte vor allem von den Ärzten an ihre geschlechtskranken Patienten verteilt werden.

Bis 1923 bekamen an den Universitäten die Studenten Aufklärungsflugblätter bei ihrer Immatrikulation überreicht. Danach konnten die Kosten dafür wegen der Inflation nicht mehr von den Universitäten getragen werden. Auch beim Militär wurden massenhaft Aufklärungskampagnen durchgeführt.

Mit dem wichtigsten Medium der Gesundheitsaufklärung war die hygienische Ausstellung. Hier wurden von der DGBG vor allem, aber nicht nur, die Jugend, die Arbeiterschaft und die Soldaten angesprochen. Da diese Ausstellungen zu Publikumsmagneten wurden und auch oft heftig in die Kritik gerieten, luden die Veranstalter vorher den Sittlichkeitsverein und die abolitionistische Vereinigung der jeweiligen Stadt ein und berieten sich mit ihnen. Welchen großen Andrang diese Ausstellungen hatten, zeigten die Besucherzahlen 1909 in Düsseldorf, wo innerhalb von 16 Tagen 40.000 Menschen gezählt wurden. Ausgestellt wurden Moulagen in realistischen Formen, Größen und Farben von krankhaft veränderten Geschlechtsteilen. Das durch das Betrachten der Moulagen beim Zuschauer ausgelöste Erschauern sollte zu einer Änderung des Sexualverhaltens führen. Die Abschreckung ging soweit, dass manche der Ausstellungen als „Schreckenskammern“ bezeichnet wurden. Vom Sommer 1919 bis Oktober 1920 erreichte eine Wanderausstellung des DGBG eine Rekordbesucherzahl von einer Million Besuchern.<sup>627</sup> Jedoch begannen vor allem Pädagogen an der Abschreckungsmethodik zu zweifeln. Primär erzeugten die Ausstellungen Angst. Verbunden mit den Kampagnen gegen Masturbation wurde Sexualität nun gerade von Jugendlichen eng mit Angst verknüpft. Symptome wie krankhafte Angstzustände vor Infektionskrankheiten und Syphilidophobien traten vermehrt auf. Auch von Selbstmorden nach der Diagnose Syphilis wurde von Ärzten und Psychoanalytikern berichtet.<sup>628</sup> Andererseits begann die Öffentlichkeit das Problem der Geschlechtskrankheiten wahrzunehmen und die DGBG leistete große Dienste in deren Enttabuisierung.

Ab 1918 wurden gerade in den Großstädten Berlin und Hamburg Aufklärungskampagnen durch Schulbehörden durchgeführt. In Hamburg wagte man sich inhaltlich und, auch was das

---

<sup>627</sup> Sauerteig (1999), S.212

<sup>628</sup> ebd., S.225

Alter der Schüler betraf, am weitesten vor. Man wollte hier schon die Volksschüler über die Gefahr der Geschlechtskrankheiten informieren. Andere Reichsländer, die keine Großstädte hatten, wie zum Beispiel Oldenburg oder Mecklenburg-Schwerin hielten Sexualaufklärung an Schulen für unnötig. Die Forderung nach Aufklärung der Jugend wurde von der KPD und SPD unterstützt, die Deutschnationalen sprachen sich dagegen aus. Das Zentrum und die DNVP, unterstützt von den Kirchen, sahen Sexualaufklärung als Aufgabe der Mütter an.<sup>629</sup> Die DGBG setzte trotz vehementer Kritik mit Hilfe der Ärzteschaft und der Wohlfahrtsverbände ihre Kampagnen durch. 1927 stellte der Großberliner Ärztebund fest, dass der Informationsstand in der Bevölkerung große Fortschritte gemacht habe.<sup>630</sup> Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der Nachkriegszeit in Hamburg wurde 1949 ein Heftchen: „Gefährliches Schweigen“ verfasst. Diese Schrift sollte dazu beitragen, das Hauptproblem der Geschlechtskrankheiten zu bekämpfen: die Unwissenheit. Wurde vorher die Heilung der Syphilis als die größte Herausforderung betrachtet, so waren es nun nach Meinung des Verfassers der Broschüre Udo Ellerbroek, einem Mediziner aus Hamburg, die moralischen Vorurteile und die Unkenntnis. Ellerbroek sah 1949 den Rückgang der Geschlechtskrankheiten als zu gering an und suchte die Ursachen dafür auf sozialer oder moralischer Ebene.<sup>631</sup> In der Schrift wurden Eltern und Erzieher dazu aufgerufen mit dem „Storchen-Märchen“ aufzuräumen und ihre Kinder ausführlich über Sexualität aufzuklären. Vor allem sollte dabei nicht nur der biologische Teil bedacht werden, sondern auch zwischenmenschliche und seelische Aspekte Beachtung finden. Die Jugendlichen wurden aufgefordert, ihre Partnerwahl gut zu bedenken, vor allem in Hinblick auf die Vererbung von Eigenschaften oder Erkrankungen an ihre Nachkommen.<sup>632</sup> Den genetischen Aspekt hielt man auch in der Nachkriegszeit noch für sehr bedeutsam. Der Verfasser wollte Sensationslust und moralisierende Gedankengänge meiden. Dennoch wurde zu sittlichem Lebenswandel aufgefordert und dazu, den häufig wechselnden Geschlechtsverkehr zu meiden und beständige Beziehungen, am besten Ehen, einzugehen. Das Liebesleben sollte zumindest von Dauer sein und auf „seelisch-gefühlbetonter Basis“ beruhen.<sup>633</sup> Des Weiteren erläuterte Ellerbroek in seinem Werk die Geschlechtskrankheiten Tripper, Syphilis, Weicher Schanker und die Nikolas-Favre'sche Krankheit. Hier betonte er vor allem die Übertragungswege und die Vermeidbarkeit der Infektionen sowie deren komplikationslose Heilungschancen. Dennoch sei das Vermeiden der Erkrankungen prinzipiell einfacher als

---

<sup>629</sup> Sauerteig (1999), S.260

<sup>630</sup> ebd., S.226

<sup>631</sup> Ellerbroek (1949b), S.147

<sup>632</sup> Ellerbroek (1949a), S.3

<sup>633</sup> Ellerbroek (1949b), S.147



deren Heilung. Deshalb legte er ausführlich die Gefahren der Promiskuität dar. Als Schutz vor Ansteckung erläuterte er den Gebrauch von Präservativen oder die Möglichkeit für Frauen, danach eine „Sanierstube“ aufzusuchen und sich dort desinfizieren zu lassen. Jedoch sei diese Methode recht unsicher. Auch betonte Ellerbroek, dass es keineswegs nur die Prostituierten seien, die zur Ausbreitung von Infektionskrankheiten beitragen würden, sondern er sah den Alkohol als den wichtigsten Wegbereiter, da er den Verstand ausschalte. Auch die Fluktuation der Bevölkerung und die damit verbundenen „Behandlungsentzieher“ sah er als problematisch an, da hierdurch die Ehe als feste Institution an Bedeutung verloren habe. Auch die Elterngeneration sei in einer Großstadt wie Hamburg häufig kein gutes Vorbild. Er versuchte mit Vorurteilen aufzuräumen und erläuterte des Weiteren, dass es keine Immunität gegen diese Krankheiten gebe. In seinem Kapitel über die Lues betonte er, dass diese eine Systemerkrankung sei und deshalb den Namen Geschlechtskrankheit zu Unrecht trage. Er erläuterte Nachweismethoden und nannte als weitere Übertragungswege neben dem Geschlechtsverkehr auch das Küssen oder das gemeinsame Rauchen einer Zigarette. Vor allem warnte Ellerbroek vor dem destruktiven dritten Stadium der Syphilis und der Übertragung auf die Kinder. Als Mittel der Wahl zur Behandlung war der Mediziner auch 1949 noch von der Salvarsan-Wismut Therapie überzeugt und äußerte Zweifel an Flemings Antibiotikum, obwohl er dessen Vorzüge klar erkannte. Das wichtigste Fazit aus seiner Abhandlung über die Syphilis schien das Hervorheben der frühen Erkennung und Behandlung der Erkrankung zu sein. Dabei betonte er, dass das Schicksal jedes Syphilitikers in seinen eigenen Händen ruhe.<sup>634</sup> Am Ende des Heftchens wurden Adressen und Öffnungszeiten von Beratungsstellen für Haut- und Geschlechtskrankheiten bei den Gesundheitsämtern angegeben, sowie Buchempfehlungen zu „Ehefragen“ und zur „geschlechtlichen Aufklärung und Erziehung“.

„Gefährliches Schweigen“ war auch der Titel einer hamburgischen Ausstellung, die zum Ziel hatte, mit „modernen Methoden“ über Geschlechtskrankheiten aufzuklären und mit dem Schweigen über dieses Thema zu brechen. Der Titel wurde gewählt, da das Schweigen zu Themen wie Sexualität und venerischen Krankheiten einen großen Teil des gesamten Problems darstellte. Die Ausstellung wurde von der Gesundheitsbehörde Hamburg organisiert und wurde 1949 von circa 170.000 Menschen besucht.<sup>635</sup>

---

<sup>634</sup> Ellerbroek (1949a), S.5-31

<sup>635</sup> Lindner (2004), S.343

## 8.5 Die „Zentrale Beratungsstelle Hamburg“

Im Folgenden wird die Arbeit der Beratungsstellen für Geschlechtskranke dargelegt, um anschließend Beispiele für Aufklärung im 20. Jahrhundert zu erläutern. 1914 wurden in einigen Kommunen des Deutschen Reichs Beratungsstellen für Geschlechtskranke eingerichtet, die von der Bevölkerung kostenlos und freiwillig aufgesucht werden konnten. Sie gewährleisteten eine wichtige Ergänzung zur Krankenversicherung, da hier auch Nichtversicherte Leistungen in Anspruch nehmen konnten. Noch während des Ersten Weltkrieges waren sie wichtige Institutionen im Rahmen der Geschlechtskrankheitsbekämpfung. Auch die Ärzte wurden von „unangenehmen Aufgaben“, wie das Wiedereinbestellen der Patienten, entlastet. Die Beratungsstellen hatten neben der fürsorgerischen Funktion, vor allem für die krankenversicherten Arbeiter auch eine überwachende Funktion. Alfred Blaschko kritisierte, dass sie sehr einseitig eine Überwachung der Arbeiterschaft vornahmen und damit „Klassenhygiene“ betrieben. Das Bürgertum ließ sich lieber privat bei Spezialisten behandeln und entging damit der Überwachung.<sup>636</sup> Die Gradwanderung zwischen Kontrolle und Fürsorge war deshalb in den Beratungsstellen schwierig.<sup>637</sup> Sie wurden trotzdem sehr gut von den Menschen angenommen. Die Zahl der dort betreuten Personen verfünffachte sich zwischen 1916 und 1924.<sup>638</sup> Nicht alle diese Personen waren wirklich erkrankt. Viele wollten sich lediglich informieren, da die Beratung kostenlos erfolgte. Das war von großem Vorteil für die nicht Versicherten, aber auch versicherte Personen kamen zu einem Erstgespräch, da dies vertraulich behandelt wurde. Im Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1953 war festgelegt worden, dass Beratungsstellen als Instanz zwischen Kranken und Gesetz einzurichten seien.<sup>639</sup> Die Beratungsstellen in Hamburg unterstanden dem Leiter des Gesundheitsamtes und hatten sieben Hauptaufgaben:

1. statistische Erfassung aller Geschlechtskrankheiten (namentlich oder chiffriert)
2. Infektionsquellenforschung und Kontrolle von Behandlung und Heilung, als funktionelle Einheit mit den anderen regionalen Beratungsstellen
3. Finanzielle Unterstützung des Kranken, wenn dieser das Geld nicht aufbringen konnte
4. Unterstützung des Arztes
5. Vermittlung der privaten und staatlichen Fürsorge für den Einzelnen
6. Unterstützung des Gesundheitsamtes bei der Unterlagenbeschaffung

---

<sup>636</sup> Sauerteig (1999), S.186

<sup>637</sup> ebd., S.185

<sup>638</sup> Adam (2001), S.172

<sup>639</sup> Wucherpfennig (1949), S.456

## 7. Überwachung der Prostitution

Eine Behandlung in der Beratungsstelle war nicht erlaubt. Das stellte den Unterschied zu den Ambulatorien der Sowjetischen Besatzungszone bzw. DDR dar, an die die Beratungsstellen direkt angegliedert waren.<sup>640</sup>

Leiter der Beratungsstelle war ein Amtsarzt oder ein Fachmann für Verwaltungsmedizin. Für fachärztliche Fragen gab es zusätzlich einen Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten.<sup>641</sup> Den Beratungsstellenleitern war die Aufgabe übertragen worden, im Sinne der Seuchenbekämpfung alle Maßnahmen, außer Zwangsmaßnahmen, zu erlassen. Die Zwangsmaßnahmen wurden von den Gesundheitsämtern durchgeführt.<sup>642</sup> Dies war ein Grund dafür, dass sich die Beratungsstellen bei der Bevölkerung großer Beliebtheit erfreuten. So wurden 50 % der Syphiliskuren nur auf Einwirken der Beratungsstellen hin durchgeführt.<sup>643</sup> Aber es gab auch Kritiker der Beratungsstellen. Einige Ärzte aus Hamburg<sup>644</sup> waren der Meinung, dass die Lösung des Problems der Geschlechtskrankheiten nicht durch eine behördliche Beratungsstelle geschehen könne. Sie bemängelten, dass Beratungsstellen nur von einer „qualitativ nicht sehr ausgesuchten Klientel“<sup>645</sup> besucht würde, die „überall da auftauche, wo es was zu sehen und umsonst gäbe“. Die Beratungsstellen seien zu anonym, um die Menschen bei solchen intimen, seelischen und moralischen Fragen beraten zu können. Dies könne nur der Hausarzt, der den Patienten seit Jahren kenne und betreue. Diese Gruppe von Ärzten glaubte im Sinne der Hamburger Ärzteschaft zu sprechen, wenn sie dem Gesundheitsamt die Kapazität und Fähigkeit aberkannte, eine Beratungsstelle für Geschlechtskranke einzurichten. Außerdem argumentierten sie, dürfe diese Aufgabe nicht von politischen Strömungen der Zeit abhängen.<sup>646</sup> In diesem Lobbyismus der niedergelassenen Ärzte wird deutlich, wie sehr sie fürchteten, dass die Beratungsstelle ihnen die Patienten wegnehmen könnte.

Die Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten war nicht nur im Sinne der Betroffenen, sondern auch schon seit langem im Interesse des Staates. In der Vergangenheit wurde dies meist versucht, durch Zwangsmaßnahmen zu erreichen. Noch in dem 1953 erlassenen Geschlechtskrankheitengesetz (GeschlKrG) wurde festgesetzt, dass es den

---

<sup>640</sup> Wucherpfennig (1949), S.457-461

<sup>641</sup> ebd., S.462-463

<sup>642</sup> Fromme (1950), S.260

<sup>643</sup> ebd., S.263

<sup>644</sup> wie zum Beispiel der Arzt Karl Fettweiß, Fettweiß (1953), S.95

<sup>645</sup> ebd., S.95

<sup>646</sup> ebd., S.95

Gesundheitsbehörden möglich war, jeder Prostituierten eine regelmäßige Untersuchung vorzuschreiben.

Ab 1978 reichte der bloße Verdacht der Prostitution nachzugehen, nicht mehr aus, die verdächtigen Frauen zwangsweise untersuchen zu lassen. Auch die Zentrale Beratungsstelle Hamburg verlor ihre Zwangsmittel des Zuführens, der Fahndung und der Krankenhauseinweisung. Die Frauen durften nur noch registriert werden, wenn sie sich freiwillig gemeldet hatten oder sich der Prostitutionsverdacht bestätigt hatte. Außerdem wurde die Zahl der Zwangsuntersuchungen in Hamburg auf einmal pro Woche beschränkt. Durch diese „Liberalisierungen“ nahm die Anzahl registrierter Frauen zwischen 1978 und 1983 um 40 % ab.<sup>647</sup>

Ende 1985, mit Beginn der AIDS-Krise, entwickelte die Gesundheitsbehörde ein neues Konzept, das von den Zwangs- und Strafmethode der Nachkriegszeit Abstand nahm. Auch die Einsicht, dass die herkömmlichen Methoden nur einen Teil der Prostituierten erfassten und somit nicht zu einer Senkung der STD führten, trieb den Abbau der Zwangsmaßnahmen voran. Der sozialfürsorgliche Aspekt, vor allem durch Streetwork, wurde vermehrt ausgebaut.<sup>648</sup> Im Jahre 2001 wurde das Infektionsschutzgesetz (IfSG) eingeführt. Der Zweck des Gesetzes ist es,

„übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Die hierfür notwendige Mitwirkung und Zusammenarbeit von Behörden des Bundes, der Länder und der Kommunen, Ärzten, Tierärzten, Krankenhäusern, wissenschaftlichen Einrichtungen sowie sonstigen Beteiligten soll entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen und epidemiologischen Wissenschaft und Technik gestaltet und unterstützt werden. Die Eigenverantwortung der Träger und Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen, Lebensmittelbetrieben, Gesundheitseinrichtungen sowie des Einzelnen bei der Prävention übertragbarer Krankheiten soll verdeutlicht und gefördert werden.“<sup>649</sup>

In diesem Gesetz wurde die Gefahr der Übertragung von Infektionskrankheiten vor allem durch drogenabhängige, gelegentlich arbeitende Frauen und solche mit illegalem Aufenthaltstatus gesehen. Diese Frauen sind ausschließlich durch ein freiwilliges Angebot zu erreichen. Routineuntersuchungen von Prostituierten sind im IfSG nicht vorgesehen. Die Zentrale Beratungsstelle in Hamburg-Altona arbeitet seit dem 1. Januar 2001 auf Grundlage des IfSG. Sie bietet Beratung, Untersuchung und auch Behandlung von Betroffenen an, oder präventiv Gespräche für Menschen, die von STD bedroht sind. Im Team der Beratungsstelle sind heute Ärztinnen, Sozialpädagoginnen, Krankenschwestern und Dolmetscherinnen vertreten. Die Zielgruppen der Beratungsstelle sind vor allem weibliche,

---

<sup>647</sup> Gleß (1999), S.112-113

<sup>648</sup> Dirks- Wetschky (2005), S.170-172

<sup>649</sup> Robert Koch-Institut:

[http://www.rki.de/cln\\_048/nn\\_196882/DE/Content/Infekt/IfSG/ifsg\\_node.html?\\_nnn=true](http://www.rki.de/cln_048/nn_196882/DE/Content/Infekt/IfSG/ifsg_node.html?_nnn=true)

Stand: 21.03.2006

männliche und transsexuelle Prostituierte und deren Freier, sowie Jugendliche und allgemein die sexuell aktive Bevölkerung. Über 90 % der Klientel sind Frauen, meist Migrantinnen aus Osteuropa, Lateinamerika, Afrika und Asien. Sie sind auf die Beratungsstelle als kostenlose Untersuchungsmöglichkeit angewiesen, da sie nicht krankenversichert sind. Häufig schildern sie daher auch allgemeinmedizinische Beschwerden. Des Weiteren betreibt die Beratungsstelle in Zusammenarbeit mit kirchlich finanzierten Prostituiertenberatungsstellen (Teestube Sarah; Kaffeekluppe) und dem Projekt TAMPEP (Transnational AIDS/STD Prevention among Migrant Prostitutes in Europe/Project) Prävention in St.Pauli und St. Georg, sowie in ganz Hamburg in der Apartmentprostitution.<sup>650</sup>

2002 hat die rot-grüne Bundesregierung das Gesetz zur Gleichstellung der Prostitution erlassen, nach dem die Frauen ein Anrecht auf Kranken- und Sozialversicherung, sowie auf eine Lohnsteuerkarte haben. Ihre Arbeit gilt nun als legale Erwerbsarbeit und wird mit anderen Berufsgruppen nahezu gleichgestellt.<sup>651</sup> Die Frauen können ihren Lohn nun auch einklagen. Die Prostitution wird im Zivilrecht nicht mehr als sittenwidrig angesehen. Bordellbesitzer, die „angemessene Arbeitsbedingungen“ schaffen, verstoßen nicht gegen das Strafrecht. Des Weiteren forderte die Partei Die Grünen zu prüfen, ob die „Ermächtigungsgrundlage zum Erlass von Sperrbezirksverordnungen (Art. 297 EGStGB)“<sup>652</sup> zu streichen sei, da diese die Freiheit der Frauen einschränke und Stigmatisierung, Ghettoisierung und Diskriminierung verstärke.

Prostituiertenorganisationen fordern heute Hilfe zur Selbsthilfe und Freiwilligkeit im Rahmen der Geschlechtskrankheitenbekämpfung. Auch müsse endlich eine Gleichberechtigung zwischen Prostituierten und Freiern herrschen, in so fern, dass auch die Kunden als Personen mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr anzusehen seien und hier ebenso ein Gesundheitszeugnis verlangt werden müsse. Um so mehr, als nach neuen Studien belegt sei, dass Prostituierte nicht mehr als andere Personen zur Ausbreitung von venerischen Krankheiten beitragen.<sup>653</sup>

Im Gegensatz zu Deutschland wurde in Schweden der Kauf, nicht jedoch der Verkauf von Sexarbeit unter Strafe gestellt. Ausgangspunkt hierfür war eine feministischen Debatte, nach der Frauen in einer patriarchalen Gesellschaft nicht den gleichen Zugang zu Geld, Macht und Arbeit haben wie Männer. Das 1999 erlassene Gesetz bestraft „Sexkäufer“ mit bis zu sechs Monaten Gefängnis, mit dem Hintergrund, dass Männer als die sozial Mächtigeren die

---

<sup>650</sup> Dirks- Wetschky (2005), S.170-172

<sup>651</sup> Freund-Widder (2003), S. 284-185

<sup>652</sup> Gleß (1999), S.139-140

<sup>653</sup> ebd., S.153-154

Möglichkeit haben, Frauen zu kaufen. Das Gesetzpaket wurde erklärend „Frauenfrieden“ (Kvinnofrid) genannt.<sup>654</sup> Die Straßenprostitution ist seitdem aus dem öffentlichen Leben praktisch verschwunden. Die nachhaltige Wirkung auf anderen Gebieten lässt sich schwer nachweisen. Ob die sexuelle Ausbeutung von Frauen durch Zuhälter zurückgegangen ist, wurde noch nicht belegt.<sup>655</sup>

## **9. Zusammenfassung und Fazit**

Die Phase von 1945 bis 1953 war gekennzeichnet durch den vehementen Anstieg der Geschlechtskrankheiten bis 1947 und deren anschließender Rückgang. In der unmittelbaren Nachkriegszeit wurden die Ursachen für den Anstieg der venerischen Erkrankungen von vielen Ärzten in der angeblich gewachsenen Promiskuität der Bevölkerung und deren mangelnder Moral gesehen. Ein anderer Faktor, der zu berücksichtigen war, war der Mangel an Medikamenten. Auch die schlechte Wirtschafts- und Ernährungslage wurde von den Einen als ursächlich für eine Zunahme der Geschlechtskrankheiten angesehen, von wiederum anderen jedoch wurden wirtschaftliche Hochzeiten als Wegbereiter betrachtet. Einig war man sich darin, dass das „Fluktuieren von Menschenmassen“ zu einem Anstieg der Erkrankungen beitrug und auch die geheime Prostitution eine Gefahr darstellte. Im Gegensatz zur Vorkriegszeit wurde die kontrollierte Prostitution als weniger gefährlich eingestuft, was sich auch in der Kontrollratsdirektive von 1947 widerspiegelte, die keine Regelungen zur Prostitutionsfrage beinhaltete. Die Syphilis stellte für den Einzelnen noch immer eine gefürchtete Diagnose dar.

In der sowjetischen Besatzungszone waren die Bekämpfungsmaßnahmen zentralisiert und man ging härter gegen Geschlechtskranke und Prostituierte vor. Leider sind die Quellen zu Geschlechtskrankenzahlen in Ost- und Westdeutschland sehr unzuverlässig, so dass es schwer fällt, festzustellen, ob ein liberalerer oder ein strengerer Umgang mit Geschlechtskranken effektiver war. Verschiedene Autoren weisen jedoch darauf hin, dass es im Osten vergleichsweise weniger Fälle von venerischen Krankheiten gegeben habe.<sup>656</sup>

In Hamburg herrschte nach 1945 große Uneinigkeit zwischen der britischen Besatzungsmacht und den deutschen Behörden, was das Vorgehen gegen Geschlechtskrankheiten betraf. Die Briten beurteilten das deutsche Vorgehen als zu hart und zu eng an die NS-Zeit angelehnt und forderten liberalere und humanere Maßnahmen als die deutschen Behörden, sowohl zur

---

<sup>654</sup> Dodillet (2006), S.95-96

<sup>655</sup> Perger (2006), S.1, [http://www.zeit.de/2006/40/Schwedens-Freier Stand](http://www.zeit.de/2006/40/Schwedens-Freier-Stand) 11.3.2008

<sup>656</sup> Harmsen (1956), S.12

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als auch zur Reglementierung der Prostitution. Die Deutschen aber beschwerten sich einerseits über das zu strenge Regiment der Briten, andererseits waren ihnen die Maßnahmen häufig nicht drakonisch genug. Dies mag zu der wachsenden Kritik der Bevölkerung an der Militärregierung beigetragen haben. Zu Beginn der Besatzungszeit gab es in Hamburg eine durchaus freundschaftliche Einstellung gegenüber den Briten.<sup>657</sup>

Ulrike Lindner beurteilte den Nachweis, den die Krankenkassen in Deutschland für die teure Behandlung ihrer Syphilispatienten verlangten, als Grund dafür, dass stärkere Kontrollen der Geschlechtskranken gefordert wurden. Diese Forderung nach Kontrolle kann jedoch nicht losgelöst von der Zeit betrachtet werden, die den 1950er und 1960er Jahren voranging und hat nicht allein finanzielle Hintergründe. Vielfach war noch immer der Glaube in der Bevölkerung verankert, dass man einen gesunden Menschen durch Zwangsmaßnahmen und Strafen schaffen könnte. Das findet auch in dem Gesetz von 1953 Ausdruck, das, auch wenn es als „Gesetz der Friedenszeit“ gelten sollte, keineswegs frei von Zwängen war.

Unter den Ärzten gab es Befürworter und Gegner von Zwangsmaßnahmen. Bei dem Studium der Fachzeitschriften fiel auf, dass die Mehrheit der Mediziner Zwangsmaßnahmen bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten als am Wirkungsvollsten beurteilte. Nur einzelne Ärzte, wie Hopf und Redeker plädierten für einen liberaleren Umgang mit den Infizierten. Als besonders bemerkenswert schien die mangelnde Bereitschaft der Mediziner, die Geschlechtskranken zu melden. Die Meldungen gehörten schließlich zu den Überwachungsmaßnahmen. Eindeutig lässt sich die Frage, warum sie dies nicht taten, nicht beantworten.

Das Hamburgische Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1949 beruhte auf der alliierten Kontrollratsdirektive und war an das Reichsgesetz von 1927 angelehnt. Strafverfolgung konnte nur noch auf Antrag hin stattfinden und es bestand eine anonyme Meldepflicht. Bis weit in die Nachkriegszeit hinein wurde ein Bewahrungsgesetz gefordert. In Hamburg war sogar schon ein Gesetzesentwurf ausgearbeitet worden. Das Ehegesundheitsgesetz hatte Mitte der 1940er Jahre nur noch in Hamburg und Rheinland-Pfalz Bestand und sah ein Eheverbot bei Geschlechtskrankheit vor.

Im Vorfeld gab es große Diskussionen um das neue bundesweite Gesetz von 1953, wobei die Einen Zwangsmaßnahmen befürworteten, die Anderen diese abstritten und wiederum andere überhaupt keine Notwendigkeit für ein neues Gesetz sahen. Besonders debattiert wurden die Themen: Schweigepflicht trotz Meldepflicht und die Frage der Facharztbehandlung.

---

<sup>657</sup> Stüber (1984), S.76

Die Meldepflicht in dieser Phase wurde je nach Besatzungszone unterschiedlich gehandhabt. Die Regelungen waren zwischen 1945 und 1953 sehr heterogen. Die SBZ und auch Berlin hatten schon seit 1945 eine namentliche Meldepflicht. In Hamburg wurde, bis auf besondere Ausnahmefälle, eine anonyme Meldepflicht praktiziert, die durch das Hamburgische Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1949 bestätigt wurde. Insgesamt herrschte jedoch in allen Besatzungszonen ein großes Meldedefizit und es gab nur eine ungenügende Erfassung von Infektionsquellen. Erst 1953 wurde die namentliche Meldepflicht offiziell in dem Bundesgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten abgeschafft, und durch eine anonyme, bundesweite Meldepflicht ersetzt.

Zur Therapie der Syphilis in der unmittelbaren Nachkriegszeit fand nach wie vor das Salvarsan Verwendung. Nach dem Zweiten Weltkrieg herrschte in Deutschland eine große Medikamentenknappheit. Die Therapie mit Penicillin im Gebiet der späteren Bundesrepublik begann zunächst in der US-Zone, 1947 auch in der britischen Zone und 1948 in der französischen Zone.<sup>658</sup> Im russischen Sektor wurde lange Zeit noch ausschließlich mit Salvarsan und Wismut therapiert. Ab 1949 nahm dann der Einsatz von Penicillin bei Syphilis erheblich zu.<sup>659</sup> Wegen Medikamentenknappheit ließen sowohl die amerikanischen, wie auch die britischen Besatzungsmächte das Penicillin zunächst nur für die Gonorrhoe herausgeben, da es hierbei schon in geringeren Dosen wirksam war. Noch Anfang der 1950er Jahre warnten jedoch Ärzte vor der Penicillintherapie, aber nicht nur aus medizinischen Gründen, sondern vor allem, weil sie fürchteten, dass die Menschen leichtfertiger mit dem Thema Geschlechtskrankheiten umgingen, wenn die Therapie so einfach sei. Die Gründe, aus denen Mediziner Ende der 1940er bis Ende der 1960er Jahre das Penicillin ablehnten, waren wie dargelegt wurde, vielfältig. Die eine Gruppe von Ärzten war sehr vorsichtig, auf Grund von wenig Erfahrung, erkannte aber die Wirksamkeit an. Eine andere Gruppe lehnte das Penicillin aus moralischen Gründen ab und eine weitere Gruppe war noch nicht von der Wirksamkeit überzeugt und wollte zurück zur klassischen antilueischen Therapie. Ebenso mag es eine Rolle gespielt haben, dass das Penicillin aus dem anglo-amerikanischen Raum kam, also vom ehemaligen Feind und derzeitigem Besatzer, und keine deutsche Erfindung war, wie das Salvarsan. Es ist erstaunlich, wie lange die Mediziner an den nebenwirkungsreichen Salvarsankuren festhielten.

Am 23. Juli 1953 wurde das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (GBG) vom Bundestag verabschiedet. In dem neuen Gesetz sahen viele eine Abkehr von den älteren,

---

<sup>658</sup> Lindner (2004), S.290-291

<sup>659</sup> ebd., S.302



autoritären und sanitätspolizeilichen Methoden. Da es als ein „Gesetz der Friedenszeit“ gelten sollte, wurde auf eine generelle Polizeibeteiligung verzichtet. In Ausnahmefällen wurden aber nach wie vor Zwangsmaßnahmen durchgeführt und damit gerechtfertigt, dass sie im „Sinne des Allgemeinwohls“ notwendig seien. Eine strafrechtliche Verfolgung von Prostituierten war nicht mehr vorgesehen, was zeitweise scharf kritisiert wurde. Obwohl nicht direkt Verordnungen zur Prostituiertenfrage in dem Bundesgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953 vorgesehen waren, konnten mit dem §4 die Gesundheitsämter Personen, die „dringend verdächtig waren geschlechtskrank“ zu sein und diese Krankheiten weiterzubreiten, wiederholt ärztlichen Untersuchungen unterziehen. Dieser Paragraph wurde vor allem gegen Prostituierte eingesetzt. Also gab es durchaus Möglichkeiten, Frauen zu inhaftieren, die unter dem Verdacht der Prostitution standen. Auch wurden Frauen noch immer häufiger verdächtig Geschlechtskrankheiten weiterzubreiten als Männer. Die Hamburger Zahlen bewiesen jedoch, dass 1949 die Anzahl von geschlechtskranken Männern und Frauen gleich hoch war. Nur in den Jahren 1950 und 1951 überwog der weibliche Patientenanteil leicht, wobei dies auch darauf zurückzuführen sein kann, dass vornehmlich Frauen untersucht wurden.

Dem Rückgang der Geschlechtskrankheiten in den 1950er Jahren, folgte ein Anstieg Anfang der 1960er. Da man in den 1950er Jahren das Thema Geschlechtskrankheiten für erledigt hielt, wurden viele Maßnahmen gelockert. Auch die Ärzte waren nicht mehr so geübt darin, die Syphilis zu diagnostizieren. Anfang der 1960er Jahre beurteilten viele das Gesetz von 1953 als gescheitert, da seit seinem Inkrafttreten die Geschlechtskrankheiten ansteigen würden. Ob aber überhaupt ein bundesweiter Anstieg von Geschlechtskrankheiten stattgefunden hatte, wurde bezweifelt, da keine Statistik dies eindeutig belegen konnte. Zahlen aus dem Ausland und die Landesstatistiken wiesen jedoch darauf hin. Auch die WHO berichtete 1964 in Genf, dass die Syphilis seit 1955 weltweit erheblich zugenommen hätte. Im Gegensatz zur Bundesrepublik ging die Verordnung der DDR vermehrt von der epidemiologischen Bedeutung der Geschlechtskrankheiten für die Allgemeinheit aus und legte deshalb besondere Betonung auf die gesundheitspolizeilichen Vorschriften. Die Durchführung oblag vor allem dem staatlichen Gesundheitsdienst und schien, laut Grimm, wirkungsvoller zu sein als in Westdeutschland.<sup>660</sup> Genau lässt sich dies ob der mangelnden westdeutschen Statistik nicht feststellen. Interessant ist jedoch, dass die WHO bis 1969 nur die ostdeutschen Statistiken verwendete.

---

<sup>660</sup> Grimm (1961), S.274-277

Zur Meldepflicht in dieser Phase ist festzustellen, dass das neue Bundesgesetz eine namentliche Erfassung von Geschlechtskranken nur bei Minderjährigen, bei „sittlich gefährdeten“ Personen, bei Personen, die offensichtlich falsche Angaben zur Infektionsquelle machten oder eine „ernste Gefahr“ für eine Weiterverbreitung darstellten, vorsah. Auch wenn die sittliche Lebensweise des Patienten nicht der vorherrschenden Moralvorstellung entsprach, war dies ein Grund für eine namentliche Meldung. So lag es im Ermessen des Arztes, den Patienten namentlich zu melden. Die vorher in Teilen der Bundesrepublik, bestehende allgemeine Meldepflicht von Geschlechtskrankheiten entfiel. Durch die Erste Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 28. Dezember 1954 wurde die statistische Erfassung für drei Jahre geregelt. Schon 1955 wurde jedoch festgestellt, dass diese Statistik sehr unvollständig war und die Dreijahresfrist der Verordnung wurde nicht verlängert, so dass bis 1969 keine bundesweite statistische Erfassung der Geschlechtskrankheiten stattfand. Wiederholt wurden die Ärzte dazu aufgerufen, ihre Patienten zu melden und statistisch zu erfassen. Am 25. August 1969 beschloss der Bundestag den § 11a des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1953. Ab diesem Zeitpunkt gab es wieder eine Bundesstatistik über ansteckungsfähige Geschlechtskrankheiten.<sup>661</sup>

Zur Therapie der Syphilis bis zum Ende der 1950er Jahre lässt sich sagen, dass viele deutsche Ärzte an der bewährten Salvarsantherapie oder an Kombinationstherapien fest hielten. Nur wenige gaben der Monotherapie mit Penicillin den Vorzug. Die Phase nach 1965 war vor allem dadurch gekennzeichnet, dass das Salvarsan aus der Syphilistherapie verdrängt worden war und gleichzeitig die „Pille“, seit 1961 von der Berliner Schering AG auf den Markt gebracht, eine neue Ära der Verhütung einleitete. Endgültig durchgesetzt hatte sich die Penicillintherapie in Deutschland erst um 1970.

1976 hatten die venerischen Erkrankungen in Westeuropa wieder den Vorkriegsstand erreicht. Es wurde hinterfragt, ob eine Gesetzgebung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten noch notwendig war, oder ob die allgemeine Seuchengesetzgebung ausreiche.

Die Syphilis gehörte nun zu den Krankheiten, deren Ausheilung und therapeutischer Erfolg durch Penicillin mit fast 100 % angegeben wurde. Obwohl die Therapie mit Salvarsan und anderen Schwermetallen von den meisten Ärzten als nicht zeitgemäß angesehen wurde, so gab es noch immer vereinzelt Ärzte, die diese Therapeutika verwendeten.

Die Syphilis wird heute zu den gefährlichen Sexually Transmitted Diseases (STD) gezählt und ist weltweit gesehen nach wie vor von großer Bedeutung. Gemäß dem

---

<sup>661</sup> Schirren, Oestereich (1970), S.8

Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist der direkte oder indirekte Nachweis von Syphilis nichtnamentlich durch den diagnostizierenden Arzt dem Robert-Koch-Institut zu melden. Diese Regelung löste am 1. Januar 2001 das Bundesseuchengesetz ab. Bis zum 31. Dezember 2000 wurden Geschlechtskrankheiten in Deutschland immer noch durch das Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten (GeschlKrG) von 1953 geregelt. Die anonyme Meldepflicht beinhaltete eine spezielle Verschlüsselung des Namens, das Geschlecht, Geburtsmonat und- jahr, die ersten drei Ziffern der Postleitzahl und Informationen zum Zeitpunkt und zur Art der Diagnose und dem wahrscheinlichen Infektionsweg. Eine gesetzliche Meldepflicht nach dem GBGK entfiel.<sup>662</sup> Nur ein Drittel der Exponierten infiziert sich, die Infektiosität ist nur gegeben bei den Stadien I und II. Unbehandelt entwickelt sich eine Immunität, diese unterbleibt bei frühzeitiger Antibiotikatherapie. Therapie der Wahl ist das Penicillin.<sup>663</sup>

In heutiger Zeit ist festzustellen, dass eine höhere Infizierung von Prostituierten mit Geschlechtskrankheiten gegenüber der Allgemeinbevölkerung nicht mehr nachweisbar ist. Die Datenlage der Gesundheitsämter ist jedoch nicht zuverlässig, da nicht alle Prostituierten sich dort untersuchen lassen und gerade drogenabhängige Frauen den Kontakt zum Gesundheitsamt häufig meiden.<sup>664</sup>

Noch heute wird die Frage im Zusammenhang mit der Immunschwäche AIDS wieder aufgeworfen, in wie weit man die Freiheiten des Einzelnen beschneiden darf, um die Allgemeinheit zu schützen. Die historischen Erkenntnisse aus der Nachkriegszeit verdeutlichen, wie unterschiedlich die Meinungen dazu waren. Auch damals gab es Verfechter eines liberaleren Umganges mit Geschlechtskranken, sowie Befürworter von Zwangsmaßnahmen. Ärzte wurden einerseits dazu instrumentalisiert moralische Vorstellungen durchzusetzen, andererseits waren manche Mediziner überzeugt von ihrer moralischen Aufgabe. Die Gesetzgebung sieht heute keine Zwangsuntersuchungen mehr vor. Geschlechtskrankheiten sind jedoch keineswegs besiegt, sie nehmen an Häufigkeit zu.

---

<sup>662</sup> Petzhold, Gross (2001), S.153

<sup>663</sup> ebd., S.152-153

<sup>664</sup> Gleß (1999), S.112-113

## **10. Anhang**

### **10.1 Gesetze zu Geschlechtskrankheiten im Überblick: 1927-1969**

**1927:** Das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1927

**1939:** im September wurde das Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durch den „Heydrich-Erlaß“ außer Kraft gesetzt.

**1940:** Verordnung vom 21. Oktober 1940 zum Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1927

**1947:** Alliierte Kontrollratsdirektive Nr. 52 vom 7. Mai 1947

**1949:** Das Hamburgische Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 1. Februar 1949

**1953:** Das bundesweite Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1953

**1954:** Erste Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 28.12.1954

**1955:** Zweite Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 5. Juli 1955

**1969:** Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 25. August 1969, §11 a des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1953

### **10.2 Kurzbiographien**

#### **Paul Ehrlich (1854-1915)**

Der jüdische Chemiker, Arzt, Serologe und Immunologe gilt als Begründer der Chemotherapie und entwickelte als erster eine medikamentöse Behandlung der Syphilis. Des Weiteren beteiligte er sich an der Entwicklung des Serums gegen Diphtherie. Noch als Student gelang ihm die Differenzierung der Mastzellen von den Plasmazellen. Auch entwickelte er die „Seitenkettentheorie“, die die Wirkungsweise von Seren erklärte und es ermöglichte, den Antigengehalt genau zu messen. Ehrlich veröffentlichte mit der Diazoreaktion eine neue Untersuchungsreaktion für den Harn, die seitdem bei der Diagnose von fieberhaften Erkrankungen eine wichtige Rolle spielte. Die dabei verwendete Farblösung wird heute noch als Ehrlichs Reagenz bezeichnet. 1908 erhielt er zusammen mit Metschnikow den Nobelpreis

für Medizin für die Begründung der Immunologie. Mit Unterstützung seines Assistenten Sahachiro Hata entwickelte er im Jahre 1909 das Salvarsan gegen die Syphilis. Dieses war das erste spezifisch wirkende Chemotherapeutikum das hergestellt wurde. Es kam jedoch bald zu Zwischenfällen, auf Grund von schweren Nebenwirkungen des Salvarsans. Das löste einen Streit aus, indem Ehrlich Opfer einer antisemitischen Kampagne wurde und als „jüdisch-kapitalistischer Verbündeter der Farbenindustrie“ bezeichnet wurde.<sup>665</sup> Durch den Krieg wurde der Streit beendet.

#### Albert Neisser (1855-1916)

Der Dermatologe und Venerologe Albert Neisser entdeckte 1879 den Erreger der Gonorrhoe, den Gonokokkus. Er forschte zur Ätiologie der Lepra und wurde 1907 erster Professor Deutschlands für Haut- und Geschlechtskrankheiten an der Universität Breslau. Mit Blaschko zusammen gründete er 1902 die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, deren Präsident er wurde. Er setzte sich für die Ablösung der ineffektiven sittenpolizeilichen Überwachung von Prostituierten ein. Seit 1890 beschäftigte sich der nationalliberale Neisser mit der Syphilis und versuchte eine Serumtherapie zu entwickeln. 1898 kam es wegen Versuchen, die er dabei an Krankenhauspatienten, zum Teil noch minderjährigen, durchgeführt hatte zum Skandal. Er setzte seine Forschungen an Affen in Java fort. Diese Versuche brach er erfolglos ab. Seine Untersuchungen legten jedoch die Grundlage für die Entwicklung eines Verfahrens zur Serodiagnose von Syphilis gemeinsam mit August von Wassermann (1866–1925), die Wassermann-Reaktion.<sup>666</sup>

#### Alfred Blaschko (1858-1922)

Alfred Blaschko, jüdischer Arzt für Innere Medizin und Chirurgie, habilitierte in der Dermatologie und beschäftigte sich hier vor allem seit 1892 mit den Geschlechtskrankheiten. Seine Arbeiten betrafen die Entwicklungsgeschichte und Architektur der Oberhaut sowie Spirochätennachweise in syphilitischem Gewebe. Nach ihm wurden die Blaschko'schen Linien der Haut benannt. Blaschko studierte die Lepra und wies vor allem auf soziale Phänomene hin. Ebenfalls setzte er sich für eine stationäre Behandlung der Geschlechtserkrankten anstatt, der damals üblichen sittenpolizeilichen Überwachung ein. Blaschko wollte weg von der Kontrolle und hin zu medizinisch und sozialer Betreuung, Verhütung und Aufklärung. Des Weiteren wies er auf die Nebenwirkungen des Quecksilbers

---

<sup>665</sup> Eckart, Gradmann (2006), S.105-106

<sup>666</sup> ebd., S.237-238

hin, vor allem auf die Paraffinembolie der Lunge. Er war Mitglied der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands und zeigte sein Engagement 1902 auch in der Gründung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.<sup>667</sup> Dort war er Generalsekretär, der in gleicher Weise aktive Albert Neisser wurde 1. Vorsitzender. Nach Neissers Tod übernahm Blaschko das Amt. Trotz zu Lebzeiten anerkannter wissenschaftlicher Leistungen blieb Blaschko ein Hochschullehrstuhl wegen seines jüdischen Glaubens und seines sozialistischen Engagements versagt.<sup>668</sup>

#### August Paul von Wassermann (1866-1925)

Der Bakteriologe und Immunologe arbeitete mit Neisser und Carl Bruck an der später nach ihm benannte Reaktion zur Serodiagnostik der Syphilis. Mit Hilfe der Wassermannschen Reaktion konnte man in zweifelhaften Fällen und bei latenter oder kongenitaler Syphilis die Infektion zuverlässig nachweisen und somit eine Behandlung einleiten. Auch der Erfolg einer Therapie konnte mit Hilfe der Reaktion überprüft werden. Die Erkennung von Folgekrankheiten der Syphilis wurde ebenfalls ermöglicht.<sup>669</sup> Des Weiteren entwickelte Wassermann 1906 das polyvalente Meningokokkenserum und eine Färbemethode für Meningokokken, zusammen mit Wilhelm Kolle. Im Laufe der Zeit wurden die Wassermannsche Reaktion und ihre Modifikationen von den später entwickelten Flockungsreaktionen abgelöst.<sup>670</sup>

#### Karl Herxheimer (1861-1942)

Der Dermatologe Karl Herxheimer beschrieb 1902 die nach ihm und A. Jarisch benannte Reaktion. Diese besteht in einem vorübergehenden Aufflammen von Krankheitssymptomen durch massiven Erregerzerfall bei Beginn der Behandlung der Syphilis. Früher vor allem bei der Behandlung mit Quecksilber, Arsen oder Bismut-Präparaten, heute bei der Penicillintherapie.<sup>671</sup> Die Reaktion entsteht durch frei werdende Toxine der zerfallenden Spirochäten. Karl Herxheimer wurde am 6. Dezember 1942 im KZ Theresienstadt ermordet.

#### Julius Wagner von Jauregg (1857-1940)

Der österreichische Psychiater wurde für die Entdeckung der therapeutischen Bedeutung der Malaria-Impfung berühmt. Schon 1883 war Wagner-Jauregg die heilende Wirkung von

---

<sup>667</sup> Eckart, Gradmann (2006), S.51

<sup>668</sup> Scholz, Ehring, Zaun (1995), S.18

<sup>669</sup> Wassermann, Neisser, Bruck (1906), S745-746

<sup>670</sup> Eckart, Gradmann (2006), S.338-339

<sup>671</sup> ebd., S.165

Fieberanfällen bei Patienten aufgefallen, die an Paralyse, ausgelöst durch Neurosyphilis, erkrankt waren. Nachdem Versuche mit Tuberkulin nur geringe Erfolge gezeigt hatten, gelang es ihm 1917, durch das Herbeiführen von Fieber mit Hilfe von Malariaerregern die Progressive Paralyse erfolgreich zu behandeln. Für diese Entdeckung erhielt Wagner-Jauregg 1927 den Nobelpreis für Medizin.<sup>672</sup>

#### Sir Alexander Fleming (1881-1955)

Der schottische Bakteriologe erhielt 1945 den Nobelpreis für Medizin und Physiologie für die Aufklärung der Wirkung und Struktur des Penicillins. Außerdem entdeckte er das Lysozym, ein Enzym, das starke antibakterielle Eigenschaft aufweist.

#### Käthe Petersen (1903-1981)

Die Hamburger Rechtsanwältin trat 1932 als Assessorin in der Rechtsabteilung der Sozialbehörde in den Dienst der Hamburger Sozialverwaltung ein. Bis 1933 war sie Mitglied der Deutschen Staatspartei, dann trat sie der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt bei, sowie der NS-Frauenschaft. Nach ihrem Eintritt in die NSDAP 1937 wurde sie 1939 Senatsrätin und Leiterin der Gesundheits- und Gefährdetenfürsorge. Nach Kriegsende galt Petersen bei der Entnazifizierung als unbelastete Mitläuferin und wurde 1949 Oberregierungsrätin. Im Jahre 1951 übernahm sie wieder die Sammelvormundschaft und stieg 1965 zur Leitenden Regierungsrätin auf. 1973 bekam sie das Verdienstkreuz der Bundesrepublik Deutschlands verliehen.<sup>673</sup>

---

<sup>672</sup> Eckart, Gradmann (2006), S.335

<sup>673</sup> Freund-Widder (2003), S.292

## 11. Literaturverzeichnis

Adam, B. (2001): Die Strafe der Venus. Eine Kulturgeschichte der Geschlechtskrankheiten. München.

Asbell, B.(1996): Die Pille und wie sie die Welt veränderte. München

Bäumler, E. (1997): Amors vergifteter Pfeil, Kulturgeschichte einer verschwiegenen Krankheit. Frankfurt am Main

Beck, F. (1947): Penicillin bei Gonorrhoe und Syphilis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete.2(1947): 101-105

Becker, W. (1955): Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953. (=Aschendorffs Juristische Handbücherei,46.) Münster

Beckmann, E. (1951): Stellungnahme des Deutschen Akademikerinnenbundes zum Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der Generalversammlung vom 29. Juli 1951 in Stein bei Nürnberg. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 11(1951, ): 437-438

Beermann, H. (1948): Syphilis als Forschungsgebiet der Dermatologen. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 5(1948): 239-247

Beermann, H., Hopf, G., Langer, Erich (1953): Ist gegebenenfalls eine prophylaktische Behandlung einer zu befürchtenden Lues-Infektion gestattet? Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 15(1953): 394-397

Bering (1950): Rundfrage Malariatherapie bei Syphilis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 9(1950): 303-304

Birnbaum, G., Neumann, F., Wulf, K. (1952): Zur Frage der vorbeugenden Behandlung bei Syphilis, insbesondere bei zweifelhaften Ansteckungen. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 194(1952): 493-510



- Blaschko, A. (1893): Syphilis und Prostitution vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege. Berlin
- Blaschko, A. (1915): Welche Aufgaben erwachsen dem Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten aus dem Kriege? Berlin
- Blöcker, H. (1949): Das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Hamburger Ärzteblatt. 3(1949): 98
- Bohnenblust, A.(1967): Die Frequenz der Syphilis und Gonorrhoe an den schweizerischen Polikliniken für Dermatologie und Venerologie 1917-1966. Zürich
- Bohnstedt, R.M. (1946): Gedanken über Syphilis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 1(1946):123-124
- Bohnstedt, R.M. (1946): Ergebnisse der Tripperbehandlung unter den Bedingungen der Nachkriegszeit. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 1(1946):357-366
- Borelli, S. (1971): Zum Problem der Epidemiologie der Geschlechtskrankheiten und zu Fragen der Prostitution. *Materia Medica Nordmark: Wissenschaftliches Beiblatt* 65:1-26.
- Borelli, S. (1992): Geschichte der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Berlin
- Brabetz, V. (1952): Prostitution als Infektionsquelle. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 13(1952): 25-27
- Brandt, W. (1949): Geschlechtskrankheiten. (= Gesundheit und Beruf. Schriftenreihe zur Gesundheitslehre ,2). Berlin /Hannover
- Brenske, J. (1947): Zur Frage der salvarsanresistenten Lues. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 3(1947): 68-76

Brunner, R. (1962): Die Antibiotica, Allgemeiner Teil Penicillin, 1. Nürnberg

Bundesarchiv:

[http://www.bundesarchiv.de/bestaende\\_findmittel/bestaendeuebersicht/index\\_frameset.html?id\\_bestand=58](http://www.bundesarchiv.de/bestaende_findmittel/bestaendeuebersicht/index_frameset.html?id_bestand=58) Stand 21.9.2007

Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.), (1976): Geschlechtskrankheiten in sozialen Randgruppen. (=Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, 26). Bonn- Bad Godesberg

Burckhardt, W. (1961): Diagnose und Behandlung der Syphilis. Praxis. 1(1961): 916

Burckhardt, W., Bohnenblust, A (1967): Die Lueskurve in der Schweiz seit dem 1. Weltkrieg. Dermatologica. 1967: 341

Cernea, R. (1951): Neue Methoden zur Erreichung einer protrahierten Penicillinwirkung. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 10(1951): 180- 186

Clarke, C. W. (1946): Penicillin- Hilfe oder Hindernis in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten? Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete 2(1947): 197-203

Curtis, F.R.L.(1950): Die Behandlung der Syphilis mit Penicillin. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 9(1950): 225-230

Däschlein (1946): Hohe Arsendosen bei der Behandlung der Früh-Syphilis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 1946: 124-125

Deutsches Ärzteblatt(1970): Sondernummer vom 3. Juni 1970 zum Geschlechtskrankengesetz: 1769-1770

Dewald, W. (1963): Worin besteht heute eine Gefahr bei der Syphilis? Dermatologische Wochenschrift. 148 (1963): 686-688

Dirks-Wetschky, N. (2005): Gesundheitsaspekte der weiblichen und männlichen Prostitution. In: Dücker, E.von (Hrsg.):Prostitution- Lebenswelt und Mythen. 2005, Hamburg, 170-172.

Döllken, H. (1954): Alleinige Penicillinbehandlung der Lues. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 17(1954): 46-50

Dodillet, S. (2006): Prostitutionspolitik in Deutschland und Schweden. Zum ideologischen Hintergrund von Sexarbeit und Sexkaufverbot. In: Grenz, Sabine, Lücke, Martin. (Hrsg.): Verhandlungen im Zwielficht. Bielefeld

Doerks, G. (1960): Die gesundheitliche Kontrolle der Prostitution und der §28 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Der öffentliche Gesundheitsdienst. Monatsschrift für Gesundheitswesen und Sozialhygiene. 22(1960 ): 94-99

Dücker, E. von (2005): Prostitution- Lebenswelt und Mythen. Hamburg

Eckart, W.C., Gradmann, C. (2006): Ärzte Lexikon: von der Antike bis zur Gegenwart. Heidelberg

Ellenbrand, P. (1999): Die Volksbewegung und Volksaufklärung gegen Geschlechtskrankheiten in Kaiserreich und Weimarer Republik. Marburg.

Ellerbroek, U. (1949a): Gefährliches Schweigen. Hamburg

Ellerbroek, U. (1949b): Gedanken zur Ausstellung „Gefährliches Schweigen“. Hamburger Ärzteblatt. 3(1949) :147-148

Elste, G., Krell, L. (1970): Zur Bedeutung der Verhütungs- und Bekämpfungsmaßnahmen von Geschlechtskrankheiten in der DDR bei „uneinsichtigen Gefährdeten und Kranken“. Dermatologische Monatsschrift. 156(1970): 932-938

Engelhardt, H. Kl. (1961): Syphilis und ihre Behandlung. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 31(1961): 251-260

Engels, F.(1884): Der Ursprung der Familie, des Privateigentums und des Staates. Marx-Engels Ausgewählte Schriften. 2(1950): 178-224. Moskau

Evers, P. (1949): Umfang und Entwicklung der Erbgesundheitspflege während und nach dem Kriege, Akademie für Staatsmedizin Gesundheitsamt Hamburg. Hamburg

Fachserie A Bevölkerung und Kultur (1972): V. Geschlechtskrankheiten 1971  
(=Gesundheitswesen 7, Hrsg.: Statistisches Bundesamt Wiesbaden): 3-5

Farbwerke Hoechst AG (1965): Dokumente aus Hoechster Archiven. Beiträge zur Geschichte der Chemie (=Die Salvarsan- Prozesse, 7). Frankfurt am Main

Farbwerke Hoechst AG (1951): Penicillin- Präparate ;Hoechst“- und ihre therapeutische Anwendung (= Schriftenreihe Arzneimittel Hoechst, 1). Frankfurt am Main

Fallinger, H. (1960): Probleme und Erfahrungen bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in einer Hafenstadt. Der öffentliche Gesundheitsdienst. Monatsschrift für Gesundheitsverwaltung und Sozialhygiene. 22(1960): 52-61

Fallinger, H. (1961): Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Der öffentliche Gesundheitsdienst. Monatsschrift für Gesundheitsverwaltung und Sozialhygiene. 23(1961): 421-424

Faltin, T.(2005): Kurpfuscher, Scharlatan. In: Enzyklopädie Medizingeschichte. Gerabek, Werner, Haage, Bernhar, Keil, Gundolf, Wegner, Wolfgang (Hrsg.). Berlin, New York

Fegeler, F. (1957): Treponema pallidum immobilisierende Wirkung von Penicillin, Streptomycin, Tetracyclinen und Erycin in vitro. Der Hautarzt. 8(1957) :176-178

Fegeler, F. (1961): Moderne Serodiagnostik in der Erfolgsbeurteilung der antisypilitischen Therapie. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 31(1961): 147-164

Feilchenfeld, E. (1961): Geschlechtskrankheiten- Bekämpfung. Dermatologische Wochenschrift. 143(1961): 386-389

Felke (1949): Mitteilungen über 100 9-18 Monate nachbeobachtete reine Penicillin- Luesfälle. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 8(1950): 230-231

Felke (1952): Ist ein Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten noch zeitgemäß?. Ärztliche Mitteilungen. 37(1952): 534-535

Fenner, E. (1990): Zwangssterilisation im Nationalsozialismus- Zur Rolle der Hamburger Sozialverwaltung. Ammersbek bei Hamburg

Fest, P. (1948): Die Bedeutung der Infektionsquellenforschung an Hand von Ausbreitungsketten der Syphilis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 6(1949): 448-452

Fettweiß, K. (1953): Gedanken über Sexual- und Eheberatung. Hamburger Ärzteblatt. 7(1953): 95

Fischer, J. (1948): Das Problem der „Aufklärung“ im Rahmen unserer Jugendhilfe. Der öffentliche Gesundheitsdienst. Monatsschrift für Gesundheitsverwaltung und Sozialhygiene. 11(1949): 91-96

Freund-Widder, M. (2003): Frauen unter Kontrolle: Prostitution und ihre staatliche Bekämpfung in Hamburg vom Ende des Kaiserreichs bis zu den Anfängen der Bundesrepublik. Münster

Friderich, H. (1954): Geschlechtskrankheiten als Wehrdienstbeschädigung. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 16(1954): 236-243

Fritsch, P, Müllner, H. (1968): Zum Problem der Reinfektion bei Syphilis. Dermatologische Wochenschrift. 154(1968): 387-395

- Fromme, W. (1950): Erfahrungen eines Beratungsstellenleiters. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 9(1950): 259-266
- Fuss, S. (1946): Syphilisprobleme. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 1(1946): 101
- Gans, O. (1950): Rundfrage Malariatherapie bei Syphilis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 9(1950): 305-306
- Gatè, J. (1964): Einige Betrachtungen zum Wiederaufstieg der Syphilis in letzter Zeit. Der Hautarzt. 15(1964) :630
- Gerfeldt, E. (1947): Umwelt und Anlage in der Epidemiologie der Geschlechtskrankheiten. Dermatologische Wochenschrift. 119(1947): 561-569
- Gertler, W. (1960): Neuzeitliche Behandlung der Syphilis. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 54(1960): 972-977
- Gertler, W. (1961): Die Behandlung der Frühsyphilis mit Erythromycin. Dermatologische Wochenschrift. 9(1961): 220
- Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.), (1953): Das Hamburgische öffentliche Gesundheitswesen. Ein Bericht über die seit Beendigung des Krieges geleistete Arbeit der Gesundheitsbehörde. Hamburg
- Gleiß, S. (1999): Die Reglementierung von Prostitution in Deutschland.(=kriminologische und sanktionen-rechtliche Forschungen, 10)
- Goddemeier, C. (2006): Alexander Fleming (1881–1955): Penicillin. Deutsches Ärzteblatt 36(2006):2286
- Greuer, W. (1950): Penicillin-Therapie. Kurzgefasste Darstellung. Oldenburg
- Grimm, J. (2004): Deutsches Wörterbuch. Leipzig.

Grimm, W. (1958): Zwangsmaßnahmen nach dem Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Der öffentliche Gesundheitsdienst. Monatsschrift für Gesundheitsverwaltung und Sozialhygiene. 19(1958) :444-449

Grimm, W. (1961): Neue Rechtsgrundlage der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Mitteldeutschland. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 31(1961): 274-277

Grimm, W. (1962): Neue Formen der Prostitution im Hinblick auf die Nichterfassung durch das Geschlechtskrankengesetz. Sozialhygienische Forschungen. H. Harmsen (Hrsg.) (=Schriftenreihe der Lehranstalt für Allgemein- und Sozialhygiene an der Universität Hamburg, 5) Hamburg/Berlin

Grimmer (1945): Penicillin in der Behandlung der Frühsyphilis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 1(1946): 28

Grüniger, W. (1947): Penicillin. Bern

Grütz (1947): Zur Neuordnung der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 2(1947): 235-238

Gumpesberger, G. (1953): Zur Penicillinbehandlung liquorpositiver Fälle von Neurosyphilis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 15(1953): 135-139

Gumpesberger, G., Tappeiner, J. (1958): Die Ergebnisse der Penicillinbehandlung der latenten und tertiären Syphilis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 24(1958): 18-23

Günther, J. (1950): Zur Frage der Beratungsstellen und den „Erfahrungen eines Beratungsstellenleiters“. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 9(1950): 479-483

Hagen (1952): Und wieder „das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“. Ärztliche Mitteilungen. 37(1952): 266-270

Harmsen, H. (1956): Die Bekämpfung und Vorbeugung der Geschlechtskrankheiten in der Sowjetunion und in Mitteldeutschland. (= Zur Entwicklung und Organisation des Gesundheitswesens in Sowjetrußland, in osteuropäischen Volksdemokratien und in Mitteldeutschland,7). Hamburg

Hamburger Ärzteblatt von 1947-1950, 1953, 1955, 1959, 1960, 1962, 1965-1968

Hamburg in Zahlen (1950): Die Neuerkrankungen an Gonorrhoe und Syphilis in den Ländern des Bundesgebietes und einigen westdeutschen Großstädten (1946-1949). (Hrsg.: Statistisches Landsamt der Hansestadt Hamburg). 1-4(1950): 1-4

Hamburg in Zahlen. Statistisches Jahrbuch (1952): Die Neuerkrankungen und Sterbefälle an einigen meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten von 1938 bis 1952. (Hrsg.: Statistisches Landsamt der Hansestadt Hamburg). (1952): 75-76

Hamburg in Zahlen. Statistisches Jahrbuch (1953/1954): Die Neuerkrankungen an Gonorrhoe und Syphilis 1951-1953. (Hrsg.: Statistisches Landsamt der Hansestadt Hamburg). (1953/1954): 66

Hamburg in Zahlen. Statistisches Jahrbuch (1959): Die Neuerkrankungen an einigen meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten von 1938 bis 1958 (Hrsg.: Statistisches Landsamt der Hansestadt Hamburg). (1959):53

Harmsen, H. (1959): Der Wiederanstieg der Geschlechtskrankheiten erfordert präventive Maßnahmen. Hamburger Ärzteblatt. 13(1959): 437-438

Hartmann (1946): Rechtsfragen. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 1(1946): 340-341

Hasselmann, C.M. (1951): Ergebnisse über den gegenwärtigen Stand der Behandlung der Syphilis, insbesondere mit Penicillin. Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten. 76(1951): 1-28



Hasselmann, C.M., Amtmann, Sitzberger (1948): Ergebnisse alleiniger Penicillinbehandlung bei Syphilis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 6(1949): 129-130

Heite, H.J., Walther, H. (1976): Gonorrhoe Syphilis. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. München-Gräfelfing

Hess, P., Proppe, A. (1948): Fortschritte der Luestherapie. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 6(1949): 14-23

Hesse, P. G. (1947): Organisation der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Thüringen. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 3(1947): 313-318

Hesse, P. G. (1950): Erfahrungen und Ergebnisse in Bekämpfung der Prostitution. Z. Sexualforsch. (1950): 231-241

Hirsch, H. (1948): Welche Maßnahmen sind noch zur wirksamen Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erforderlich? Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 4(1948): 450-453

Hoede, K., Paulus, M. (1946): Syphilis- Spätfolgen. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 1(1946): 73

Hoffmann, E. (1951): Über auffallend schnelle Wandlung des Krankheitsbildes der Syphilis und ihre Ursachen. Dermatologische Wochenschrift. 123(1951): 169-173

Hofmeier, H. K. (1951): Die moralische Auffassung der Geschlechtskrankheiten im Wandel der Jahrhunderte. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 11(1951): 291-296

Holzamer, H. (1947): Ein Hilfsmittel für den Praktiker zur Überwachung der Geschlechtskranken. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 3(1947): 118-120

Holzamer, H. (1948): Ist die namentliche Meldepflicht ein Gewinn oder ein Verlust im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten? Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 4(1948) :40-43

Holzegel, K, Göring, H.-D. (2007): „Ein Glücksfall für die Ostzone [...]” -Die Synthese des Neo-Salvarsan-Analogons Arsaminol (Neo-Arsoluin) durch Prof. Dr. Ernst Schmitz und dessen Bedeutung für die Eindämmung der Syphilis in der Sowjetischen Besatzungszone Deutschlands. Aktuelle Dermatologie. 33(2007): 485-487

Hook, G. (1949): Die Penicillinbehandlung der sogenannten salvarsanresistenten Lues. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete.7(1949): 264-271

Hopf, G. (1947): Ehekonsens nach Penicillinbehandlung. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 3(1947): 421-422

Hopf, G. (1947): Moderne Erfassung der Infektionsquellenforschung bei den venerischen Krankheiten. Ärztl. Wschr. 1./2.(1947): 955-959

Hopf, G. (1948): Haut und Geschlechtskrankheiten nach den Vorlesungen an der Universität-Hautklinik Hamburg. Hamburg

Hopf, G. (1948): Gesichtspunkte für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 5(1948): 32-37

Hopf, G., Cunningham, C. W. (1949): Erfahrungen in der Penicillinbehandlung der Lues. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1949. Unna Tagung. 189(1949): 107-112

Hopf, G. (1951a): Der ärztliche Standpunkt in der Frage der Heiratserlaubnis der Syphilitiker. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 11(1951): 156-172

Hopf, G. (1951b): Die Geschlechtskrankheiten in Hamburg. In: Neues Hamburg. Zeugnisse vom Wiederaufbau der Hansestadt VI. Hamburg. 71-74

Hopf, G. (1952a): Das Bundesgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 12(1952): 328-334

- Hopf, G. (1952b): Der Arzt und das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Ärztliche Mitteilungen. 37(1952): 237-238
- Hopf, G., Toepfer, O. (1952): Das Bordellwesen in der heutigen Gesetzgebung. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 12(1952): 419-425
- Hopf, G. (1953): Das Bundesgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 15(1953): 289-292
- Hopf, G. (1960): Atteste bei Geschlechtskrankheiten. Hamburger Ärzteblatt. 14(1960): 190
- Hopf, G. (1962): Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen. Versammlung der Hamburger Dermatologischen Gesellschaft am 26./ 27.5 1962 in der Universitäts-Hautklinik Hamburg Eppendorf. Dermatologische Wochenschrift. 147(1963): 433-434
- Hopf, G. (1966): Die Geschlechtskrankheiten. Hamburger Ärzteblatt. 20(1966): 120-121
- Hussel, F. (1947): Die Penicillinbehandlung der Syphilis. Ärztl. Wschr. 1./2(1947): 1121-1127
- Hübner, H. (1952): Der Einfluss der Syphilis auf die Geschichte der Menschheit. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 12(1952): 335-336
- Jäckele, R. (1988): Die Ärzte und die Politik 1930 bis heute. (= Beck'sche Reihe 361), München
- Jacoby (1949): Über die kontinuierliche Behandlung der Syphilis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 7(1949): 423
- Jung, H. D. (1960): Infektionsquellenforschung und Geschlechtskrankheitenbekämpfung. Dermatologische Wochenschrift. 141(1960) : 148-151

Keilig, W. (1954): Bemerkungen zum neuen Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953. *Der Hautarzt*. 5(1954): 410-413

Keller, P. (1948): Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten in der Sprechstunde. Berlin und Göttingen

Redeker, F. (1950): Zur Neuauffassung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. *Ärztl. Wschr.* (1950): 535-537.

Kimmig (1968): Diagnostik und Therapie der Syphilis. *Hamburger Ärzteblatt*. 22(1968) : 374-376

Kirchesch, J. (1950): Beitrag zum Problem der vagabundierenden Personen. *Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete*. 8(1950): 492-500

Klitscher, G. (1954): Syphilisbehandlung mit Penicillin- und ihre Beurteilung nach 10 Jahren. *Ärztliche Mitteilungen*. 39(1954): 698-699

Knop, D. (1988): Von Pest bis Aids: Die Infektionskrankheiten und ihre Geschichte. Freiburg im Breisgau

Körper (1950): Klinisch salvarsanresistente Syphilis und ihre Behandlung. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*. Kongressbericht. 191(1950): 628-637

Krantz, W. (1947): Rückschauende Betrachtungen über die Wismutbehandlung der Syphilis. *Dermatologische Wochenschrift*. 119(1947): 67-73

Kresbach, H. (1968): Zum gegenwärtigen Bild der Frühsyphilis. *Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete*. 43(1968): 109-118

Krüger, G.H. (1965): Klinik der erworbenen Syphilis. In: *Dermatologie und Venerologie einschließlich Berufskrankheiten, Dermatologischer Kosmetik und Andrologie*. 5(1965) T.2. Stuttgart, S.870-950

Kühner, H.A.(1951): Behandlung der menschlichen Syphilis mit Spirotrypan. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 10(1951): 175-180

Kühl, M. (1965): Zur Behandlung der Lues mit Pyrrolidino-methyl-tetracyclin. Der Hautarzt. 16(1965) :78-79

Landes, E., Metz, B. (1970): Syphilis- Behandlung bei Penicillin- Unverträglichkeit. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 45(1970): 793-798

Langer, E. (1946a): Was wir wollen. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 1(1946):3-4.

Langer, E. (1946b): Penicillin: Eine Hilfe oder ein Hindernis bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten? Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 1(1946): 62

Langer, E. (1946c): Die Gonorrhoebehandlung mit Penicillin. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 1(1946): 12

Langer, E., Brandt, W. (1947): Geschlechtskrankheiten bei Kindern und Jugendlichen (= Jugend in Gefahr,1).Berlin

Langer, E. (1950a): Fragen der Geschlechtskrankheitenbekämpfung. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 8(1950): 261-262

Langer, E. (1950b): Fragen der Geschlechtskrankheitenbekämpfung. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 8(1950): 486-492

Langer, E., Krüger, H. (1952): Penicillinbehandlung der Frühluës. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 13(1952): 321-326

Langer, E., Krüger, H. (1957): Zur Problematik unserer Kriterien der Syphilisheilung. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 23(1957): 310-315

Lehmann, M. (1953): Aufgaben der Gesundheitsämter bei Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 15(1953): 292-294

Lehmann, M. (1954): Zwangsbehandlung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 16(1954): 117

Lindemayr, W. (1963): 20 Jahre Penicillinbehandlung der kongenitalen Syphilis. Archiv für klinische und experimentelle Dermatologie. 219(1964): 177-189

Lindner, U. (2004): Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik im Vergleich. Schulze, Hagen (Hrsg.) (= Veröffentlichungen des Deutschen Historischen Instituts London, 57) München

Linser, K. (1946): Die Geschlechtskrankheiten ihre Gefahren für Familie und Volk, ihre Behandlung und Bekämpfung. (= Leben und Gesundheit, 1, Neue Schriftenreihe des Deutschen Hygiene-Museums). Dresden

Löhe, H. (1948): Zur Frage der prophylaktischen Behandlung Syphilisgefährdeter. Dermatologische Wochenschrift. 119(1947/1948): 707-713

Lüders, M.E. (1950): Alte Probleme, alte Aufgaben. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 8(1950): 320-323

Luger, A., Wiedmann, A. (1950): Ergebnisse der Arsen-Schwermetallbehandlung bei frischer Lues. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 9(1950) : 496-504

Luger, A. , Kresbach, H. (1968): Der heutige Stand der Syphilisbehandlung. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 43(1968): 875-886

Lundt, P. V. (1950a): Zur Epidemiologie der Geschlechtskrankheiten in der Nachkriegszeit. Der öffentliche Gesundheitsdienst. Monatsschrift für Gesundheitswesen und Sozialhygiene. 11(1950): 369-375

Lundt, P.V. (1950b): Weiterer Beitrag zur Resozialisierung weiblicher Geschlechtskranker. Der öffentliche Gesundheitsdienst. Monatsschrift für Gesundheitswesen und Sozialhygiene. 12(1950): 169-174

Lundt, P.V. (1964): Gedanken zum Thema: Geschlechtskrankheiten und Strafrecht. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 37(1964): 81-89

Mach, K. (1967): Richtlinien zur Behandlung der Frühsyphilis. Wien. klin. Wschr. (1967): 97

Memmesheimer (1949): Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in England. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 7 (1949): 313-314

Memmesheimer (1950): Rundfrage Malariatherapie bei Syphilis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 9(1950): 306

Mendl, Erich (1964): Bemerkungen zu P.V. Lund`s „Gedanken zum Thema: Geschlechtskrankheiten und Strafrecht“. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 37(1964): 278-279

Menze, H. (1950): Muß die Frühles mit Penicillin behandelt werden? Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 10(1951): 21-26

Miescher (1948): Ausländische Erfahrungen mit neueren Behandlungsmethoden in der Dermato-Venerologie. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 6(1949): 121-126

Miescher, G. (1950): Chemotherapeutica und Antibiotica in der Behandlung von Haut- und Geschlechtskrankheiten. Klinische Anwendung von Syphilis. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 191(1950): 267-291

Mitze, Alfred (1953): Zur Behandlung der seroresistenten Lues latens und der Lues cerebrospinalis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 16(1954): 8-13

Moncorps, C. (1947): Das Geschlechtskrankheitenproblem und Stand der Bekämpfungsmaßnahmen in Westfalen. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 2(1947) : 234-235

Moncorps, C. (1950): Rundfrage Malariatherapie bei Syphilis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 9(1950): 306

Moncorps, Heite (1950): Experimentelle und klinische Studien über die antiluische Penicillinbehandlung bei Kombination mit Arsenobenzolen und Wismut. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1950. Kongressbericht. 191(1950): 446-450

Morton, R. S. (1969): Geschlechtskrankheiten- Tabuierte Infektionen. Reinbek bei Hamburg

Musumeci, Vittorio (1960): Kombination von Penicillin-Wismut zur Behandlung der syphilitischen Infektion. Der Hautarzt. 11(1960) : 375-377

Nadel, B. (1950): Der Einfluß der Syphilis auf die Geschichte der Menschheit. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 9(1950): 338-346

Nast, Otto (1950): Rundfrage Malariatherapie bei Syphilis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 9(1950): 305

Neisser, Albert (1890): Über die Mängel der zur Zeit üblichen Prostituiertenuntersuchungen. Deutsche medizinische Wochenschrift. 16(1890): 834-837

Neisser, Albert (1911): Beiträge zur Pathologie und Therapie der Syphilis. Berlin

Nemec, F. (1970): Die Therapie der Früh-Syphilis in den letzten 21 Jahren in Wiesbadener Dermatologischen Klinik. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 45(1970): 561-575

Nikolowski (1947): Réunion dermatologique de Strasbourg (24.III.1946): Penicillin in der Luestherapie. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 2(1947): 90



Nitz, M. (1952): Ärztliche Probleme im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten. Der öffentliche Gesundheitsdienst. Monatsschrift für Gesundheitswesen und Sozialhygiene. 14(1952) : 132-137

Pambor, M. (1961): Luische Reinfektion nach antiluischer Kurzbehandlung mit 9 Mega IE Penicillin. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 30(1961): 311-317

Perger, A. Werner (2006): Ende des Straßenstrichs. Die Zeit. 40(2006).  
<http://www.zeit.de/2006/40/Schwedens-Freier>, Stand 11.3.2008

Pertsch, E. (1995): Langenscheidts Schulwörterbuch Latein. Berlin

Petzhold, D., Gross, G. (2001): Diagnostik und Therapie sexuell übertragbarer Krankheiten. Berlin

Proppe, A., Wagner, G. (1965): Statistik der Geschlechtskrankheiten. In: Dermatologie und Venerologie einschließlich Berufskrankheiten, Dermatologischer Kosmetik und Andrologie. Gottron, H.A. (Hrsg.) 5(1965)T.2. Stuttgart:736-786

Pschyrembel (2002): Klinisches Wörterbuch. Berlin

Rachold, R. (1950): Über Resozialisierung weiblicher Geschlechtskranker. Der öffentliche Gesundheitsdienst. Monatsschrift für Gesundheitswesen und Sozialhygiene. 11(1950): 376-379

Rachold, R. (1955): Zur Geschlechtskrankenstatistik. Der öffentliche Gesundheitsdienst. Monatsschrift für Gesundheitswesen und Sozialhygiene. 17(1955): 41-44

Richter, U. (1948): Geschlechtliche Promiskuität der Jetztzeit. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 5(1948): 37-39

Ritter, G. (1952): Die Entwicklung der Geschlechtskrankheiten im Bundesgebiet und West-Berlin nach dem Kriege auf Grund der Ergebnisse der amtlichen Statistik. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 13(1952): 261-266

Robert, C. (1969): „Chiffrierte“ Meldungen über Geschlechtskranke. Deutsches Ärzteblatt. 66,2(1969): 2692

Robert –Koch-Institut: Das Infektionsschutzgesetz:

[http://www.rki.de/cln\\_048/nn\\_196882/DE/Content/Infekt/IfSG/ifsg\\_node.html?\\_nnn=true](http://www.rki.de/cln_048/nn_196882/DE/Content/Infekt/IfSG/ifsg_node.html?_nnn=true)

Stand 21.03.2006

Roeschmann, H. (1947): Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten! Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 3(1947): 149-160

Roeschmann, H. (1948): Zur Prostitutionsfrage. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete.4(1948): 30-40

Rothmaler, C. (1986): Fürsorgerinnenberichte bleiben ein wichtiges Material der Zukunft: Soziale Kontrolle und Erfassung zur Zwangssterilisation durch die Hamburger Fürsorge in der Weimarer Republik und im NS Staat. Hamburg

Sauer, L. (1949): Lueseinbruch in Familien. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete.7 (1949): 345-352

Sauerteig, L. (1999): Krankheit, Sexualität, Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Stuttgart

Schaller, K. F. (1947): Kontrollierte Prostitution und Geschlechtskrankheiten. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 3(1947): 160-167

Schaller, K. F. (1948): Polizei und Geschlechtskrankheiten. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 4(1948): 296-299

Schäfer, E. (1946a): Probleme und Einrichtungen zum Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in Berlin. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete 1(1946): 5-9.

Schäfer, E. (1946b): Probleme und Einrichtungen zum Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in Berlin. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete 1(1946): 43-49

Schäfer, E. (1947): Schweigepflicht durchlöchert. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 2(1947): 304-305

Schirduan, M. (1948): Die Penicillinbehandlung der Lues. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 6(1949): 71-82

Schirren, C. (1967): 25. Generalversammlung und wissenschaftliche Tagung der Internationalen Union gegen Geschlechtskrankheiten und Treponematosen. Tagungsbericht. Hamburger Ärzteblatt.21(1967): 307-308

Schirren, C., Schaller, K.F., Schubach, G., Ahn, U. von (1969): Zur Epidemiologie der venerischen Infektionen bei der Bundeswehr. Wehrmedizinische Monatsschrift. 1(1969): 29-32

Schirren, C., Oestereich, H. (1970): Geschlechtskrankheiten- eine Gefahr!. Köln

Schleiermacher, S. (1998): Sozialethik im Spannungsfeld von Sozial- und Rassenhygiene: der Mediziner Hans Harmsen im Centralausschuß für die Innere Mission. Winau, R., Bleker, J. (Hrsg.) (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, H. 85) Husum

Schmidt-La Baume, F., Thelen, K. (1953): Über die einzigartige Penicillin-Wismuttherapie der Lues. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 15(1953): 140-146

Schmith, O. (1952): Sozialhygienische Kriterien zur Zwangsbehandlung Geschlechtskranker. 13(1952): 434-437

Schneider (1946): Die Behandlung der Syphilis mit Penicillin. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 1(1946): 252

Scholz, A., Ehring, F. Zaun, H. (1995): Exlibris berühmter Dermatologen. Berlin

Schreiber, H.-U. (1948): Zur Frage der Abortivbehandlung der Lues. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 4(1948): 49-53

Schröder (1954): Gesetze und Verordnungen. Erste Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 28. Dezember 1954. Der öffentliche Gesundheitsdienst. Monatsschrift für Gesundheitswesen und Sozialhygiene. 16 (1954/1955): 414-415

Schröder (1955): Gesetze und Verordnungen. Zweite Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 5. Juli 1955. Der öffentliche Gesundheitsdienst. Monatsschrift für Gesundheitswesen und Sozialhygiene. 17(1955/1956): 230

Schuber, W.(1968): Penicillintherapie bei Neurolues. Med. Klinik. 20(1968): 806

Schuermann, H., Greipel, G.(1947): Die Behandlung der Gonorrhoe mit Penicillin bei gleichzeitig bestehender Lues. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 2(1947): 7-12

Schulze, R. (1960): Zum Problem der Prostitution und des häufig wechselnden Geschlechtsverkehrs in seiner heutigen Bedeutung. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 54(1960): 1017-1026

Siebert, C. (1946): Therapeutische Erfahrungen mit einem neuen Wismutpräparat „Bigrol“. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 1(1946): 150-154

Silber, E. (1927): Salvarsan? Quecksilber? Naturheilbehandlung? Berlin

Simons, R.D.G. (1955): Zur Meinungsverschiedenheit über die Resultate der antibiotischen Syphilisbehandlung. Der Hautarzt. 6(1955): 28-31

Smith, B. F. (1974): Heinrich Himmler. In: Geheimreden 1933 bis 1945 und andere Ansprachen mit 243 z. T. unbekanntem Bild- und Textdokumenten, Frankfurt am Main, 98

Sperling (1952): Wir stehen nicht allein- Eine weitere Stimme zum Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Ärztliche Mitteilungen. 37(1952): 470-473

Strauss, C. (1959): Betrachtungen über die Infektions- und Geschlechtskrankheiten in den letzten hundert Jahren im Spiegel der Münchner Medizinischen Wochenschrift. Med. Dissertation. Universität München.

Stüber, G. (1984): Der Kampf gegen den Hunger 1945-1950. Die Ernährungslage in der britischen Zone Deutschlands, insbesondere in Schleswig-Holstein und Hamburg.(= Studien zur Wirtschafts- und Sozialgeschichte Schleswig-Holsteins,6).Neumünster

Stümpke (1946a): Rundfrage Lues und Salvarsanschäden. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete 1(1946): 49-54

Stümpke (1946b): Rundfrage Lues und Salvarsanschäden. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete 1(1946): 146-150

Stümpke (1946): Lues und Salvarsanschäden. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 1(1946): 239-242

Stümpke (1948): Bericht über die gemeinsame Tagung der Nordwestdeutschen und Hamburger Dermatologengesellschaften vom 2.-4. April 1948 in Hamburg. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 5(1948): 43-64

Stümpke (1950): Rundfrage Malariatherapie bei Syphilis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 9(1950): 303-308

Teller, M (1947): Erste Arbeitstagung der Dermatologen der sowjetischen Besatzungszone. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 2(1947): 108-113

Teller, H (1952a): Penicillin-Salvarsan-Wismut-Pyrufer-Behandlung der Frühsyphilis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 13(1952): 327-331

Teller, H. (1952b): Zur Penicillinbehandlung der Frühsyphilis. Dermatologische Wochenschrift. 125(1952): 99-107

Thelen, K. (1952): Beobachtungen bei und nach der Behandlung von Geschlechtskrankheiten mit Penicillin. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 12(1952): 355-367

Thelen, K. (1953): Klinisch-serologische Erfahrungen bei der Luesbehandlung mit Spirotrypan. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 15(1953) : 126-130

Thelen, K. (1959): Zur gegenwärtigen Situation der Geschlechtskrankheiten und ihrer Bekämpfung. Der öffentliche Gesundheitsdienst. Monatsschrift für Gesundheitswesen und Sozialhygiene. 20(1959) : 469-477

Thomas, E. W. (1946): Moderne Syphilisbehandlung. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete.4(1948) : 66-67

Tiedemann, E. (1948): Das Problem der namentlichen Meldung der Geschlechtskranken unter Berücksichtigung neuer Gesetzgebung in der Ostzone und im Westen und unter Berücksichtigung der Erfahrung aus einem Landkreis. (= Gegenwartsprobleme unseres Gesundheitswesens,1) Hamburg

Vogt, H.J. (2003): Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten. Die Ära von 1945-1984. Der Hautarzt 9, 54: 886-893.

Vollmer, G. (1963): Die Therapie der Syphilis im Spiegel divergierender Meinungen und im Beginn erhöhten Risikos. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 37(1964) : 416-423

Vontz, W. (1964): Meldung Geschlechtskranker unter Wahrung ärztlicher Schweigepflicht. Deutsches Ärzteblatt. 61.1(1964): 605

Voss, W. (1955): Die Aufgaben der Gesundheitsstelle und ihre Möglichkeiten zur Bekämpfung der Prostitution. Der öffentliche Gesundheitsdienst. Monatsschrift für Gesundheitswesen und Sozialhygiene. 17(1955): 154-160

Wandel, A. (1962): Die Geschlechtskrankheiten in der Bundesmarine. Die Medizinische Welt. 1962: 1552

Wassermann, A. P. von, Neisser, A., Bruck, C. (1906): Eine serodiagnostische Reaktion bei Syphilis. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 1906: 745-746

Weise, H.J.(1958): Probleme der Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten in Westberlin unter den neuen gesetzlichen Bestimmungen. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 24(1958): 167-172

Wernsdörfer, R. (1953): Penicillinbehandlung der Syphilis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 14(1953): 92-96

Wernsdörfer, R. (1954a): Penicillinbehandlung der Syphilis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 17(1954): 236-243

Wernsdörfer, R. (1954b): Penicillinbehandlung der Syphilis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 17(1954): 278-287

Wezel, H. (1952): Fachärztliche Abänderungsvorschläge zum neuen Bundesgesetzentwurf zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Ärztliche Mitteilungen. 37(1952): 275-279

Wezel, H. (1963): Gegen namentliche Meldepflicht für Geschlechtskranke. Ärztliche Mitteilungen. 47(1963) : 2300-2301

WHO (1965): Syphilis nimmt zu. Deutsches Ärzteblatt. 62.1(1965): 123

Wiedemann, A. (1963): 20 Jahre Penicillinbehandlung der Syphilis. Frühles. Archiv für klinische und experimentelle Dermatologie. 219(1964) : 160-168

Willing, M.(2003): Das Bewahrungsgesetz 1918-1967, eine rechtshistorische Studie zur Geschichte der deutschen Fürsorge (=Beiträge zur Rechtsgeschichte des 20. Jahrhunderts, 42) Tübingen

Winkler, K. (1946a): Beobachtungen und Erfahrungen über die Behandlung von Geschlechtskrankheiten im letzten Jahr. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete 1(1946): 114-118

Winkler, K. (1946b):Die Salvarsanencephalitis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 1(1946): 201-204

Wodniansky, P. (1963): Zur Frage des Späterfolges der Penicillintherapie bei der Syphilis. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 35(1963): 65-74

Wormer, E.J. (1999): Neisser, Albert. Neue Deutsche Biographie 19. München

Wucherpennig, V. (1949): Die Beratungsstelle. Zeitschrift für Haut- und Geschlechtskrankheiten und deren Grenzgebiete. 7(1949): 456-463

Wulf, K. (1965): Beitrag zur prophylaktischen antibiotischen Syphilisbehandlung mit besonderer Berücksichtigung fraglicher Berufsinfektionen. 227(1966/1967) : 301-304

Zoberbier, E. (1991): Penicillin: Stationen einer Forschungsarbeit. Frankfurt/M



## **12. Danksagung**

Ich danke dem Institut für Geschichte der Medizin Hamburg und insbesondere meinem Doktorvater Prof. Dr. Heinz-Peter Schmiedeback für seine große Unterstützung und die vielen Hilfestellungen.

Außerdem danke ich meiner Familie, die mich bei meinem Studium und meiner Promotion unterstützt und getragen hat.

## **13. Lebenslauf**

Anna Valentina Lahn  
Suttnerstr. 21  
22765 Hamburg

geboren am	23. Oktober 1982 in Preetz, Kreis Plön
August 1993	Einschulung in das bischöfliche Mädchengymnasium Marienschule Münster, bilingualer Englischzweig
September 1995 bis Juli 1996	Auslandsjahr in den USA, Besuch der Junior High School in Pismo Beach, Kalifornien
Februar 2001	AP International English Language Examination (APIEL)
Sommer 2001	6 wöchiges Praktikum bei der Diakoniekatastrophenhilfe Kolumbien, Projektarbeit in Honduras und Nicaragua
Juni 2002	Allgemeine Hochschulreife mit bilingualem Abschluss (Certificate of Additional Language Qualifications)
September 2002 bis Februar 2003	Spanischstudium an der Universidad Nacional de Bogota mit Erwerb des „Certificado de Espanol para Extranjeros“
17. September 2002 bis 17. Dezember 2002	Praktikum im Büro der Katastrophenhilfe Kolumbien in Bogota und im Caqueta
10. März 2003	Krankenpflegepraktikum im Krankenhaus:

bis 10. Juli 2003	Puente de Comun in Bogota
Oktober 2003	Beginn des Medizinstudiums in Hamburg
Sommer 2005	1. Staatsexamen
Dezember 2005	Beginn der Promotion am Institut für Geschichte der Medizin in Hamburg
August 2006	Famulatur in einem Kinderkrankenhaus in Bogota, Kolumbien
Februar 2007	Famulatur in allgemeinmedizinischer Praxis
Juli 2007	Famulatur in neurologischer Praxis
August 2008	Famulatur in der Inneren Medizin
Februar 2009	Beginn des Praktischen Jahres in Hamburg 1. Tertial: Chirurgie (Asklepios Klinik Altona) 2. Tertial: Innere Medizin (Elim Krankenhaus Hamburg) 3. Tertial: Kinderkrankenhaus Altona

Hamburg, den 19.11.2009

## **14. Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Unterschrift: .....